

Lokal sårbehandling: skiftning af sårbandage

Professor Finn Gottrup, klinisk oversygeplejerske Susan Bermark & sygeplejefaglig konsulent Kirsten Müller

Bispebjerg Hospital, Videncenter for Sårheling, Afdeling S, og Dermatologisk Afdeling

Behandlingen af en patient med et problemsår sker normalt både systemisk og lokalt. Den systemiske behandling varetages oftest af læger i form af ordination af undersøgelse og behandling, mens lokalbehandlingen af såret normalt varetages af plejepersonalet, især sygeplejersker. Optimal sårbehandling er et samarbejde mellem læger og plejepersonale, og denne artikel er derfor baseret på såvel læge- som sygeplejefaglige erfaringer.

Formålet med at behandle sår lokalt er at bringe såret og dets omgivelser i en biologisk tilstand, der giver den hurtigste og bedste heling. Behandlingen kan ske på to måder: åbent (ekspositionsbehandling) eller lukket (okklusion) ved brug af bandager [1]. I denne artikel fokuseres der på den lukkede metode, specielt skiftning af bandager. Denne korte procedurebeskrivelse er dog ikke dækkende for alle og mere specielle typer af bandageskift, og der skal derfor henvises til speciallitteraturen i tilfælde, hvor der ønskes yderligere viden om emnet.

Indikation/kontraindikation

For at man kan opnå optimale helingsbetingelser, skal bandagen skiftes og såret renses med passende mellemrum. Skiftningsfrekvensen afhænger af sårtype og af de brugte bandagematerialers egenskaber.

Der findes ingen kontraindikationer for et bandageskift, men der skal altid tages hensyn til såvel lokale som systemiske faktorer, når tidspunktet og skiftehøppigheden fastlægges.

Forberedelse af patienten

Patienten anbringes behageligt siddende eller liggende og mest hensigtsmæssigt i forhold til behandlerens arbejdsstilling. Patienten informeres om baggrund for at skifte bandage, ligesom selve proceduren gennemgås. Visse typer af bandager, f.eks. af jod- og sølvprodukter, kan medføre smerter (oftest kortvarigt).

Redskaber og utensilier

- Et sterilt skiftesæt (1-2 anatomiske pincetter og en saks).
- Et antal kompresser helst af typen *nonwoven*, da de ikke efterlader fibre i såret og har en stor sugeevne
- Flydende medicinsk sæbe
- Engangsskumvaskeklude

- 2-3 par usterile engangshandsker
- Affaldspose
- Bandager
- Evt. en saks til opklipping af »gammel« fikseringsbandage
- Renses såret ved brug af højtryksskylning, skal der også være en 30 ml sprøjte med Luer-Lock, en stump kanyle (18 eller 20 gauge), et vandfad, en kande eller en anden beholder og et afdækningsstykke
- Til evt. *débridement* af såret medbringes en Metzenbaums saks og/eller skalpel samt en kirurgisk pincet (f.eks. en Adsons pincet).

Procedure

Hygiejnen er vigtig ved al sårbehandling. Afbrydelse af smitteveje sker ved god håndhygiejne, anvendelse af handsker og evt. engangsforklæde. Der må ikke bæres ringe, armbånd eller armbåndsur, og arbejdstøjet skal have korte ærmer. Hænderne vaskes, hvis de er synlig forurenet, eller desinficeres med et godkendt spritholdigt middel tilsat et hudplejemiddel (f.eks. ethanol 70-85% tilsat glycerol). Der skal altid foretages en håndvask/desinfektion før og efter aftagning af handsker.

Skiftning af en bandage inddeles i: 1) fjernelse af eksisterende bandage, 2) revision/sårrensning og 3) anlæggelse af ny bandage.

Fjernelse af eksisterende bandage

Hænderne skal være vaskede/desinficerede ved procedurestart. Der anvendes handsker ved fjernelsen. Forbindingen kasseres sammen med handskerne i affaldsposen. Hænderne vaskes/desinficeres.

Sårrensning

Der anvendes handsker ved sårrensning. Formålet med sårrensning er at fjerne nekrotisk væv, bakterier og sekret fra sår og såromgivelser. Dette kan gøres med vandhanevand eller NaCl 0,9% [2, 3].

Vandhanevandet i Danmark er så kontrolleret, at det kan anvendes til rensning af sår, blot man anvender vand fra en hane, der jævnligt er i brug. For at undgå afkøling af såret skal vandet være tempereret dvs. ca. 32 °C. Handskerne kasseres, og hænderne vaskes/desinficeres efterfølgende.

Sår i inflammationsfasen (**Figur 1**) renses oftest dagligt.

Sår i proliferationsfasen (**Figur 2**) renses 1-2 gange ugentligt.

Sår i maturationsfasen (**Figur 3**) renses kun efter skøn eller patientens behov for velbefindende.

Sæbe

Sæbe bør kun anvendes til sår i inflammationsfasen. Det skal

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KLINISK PROCEDURE

være en flydende medicinsk sæbe, dvs. en sæbe uden parfume eller konserveringsmidler og med en pH på 4,5-5,7. Den skånsomste metode at sæbevaske på er, at komme sæben på en fugtig skumvaskeklud, som lægges på såret, og gnide forsigtigt med et par fingre på vaskekluden. Herved vaskes såret effektivt og smertefrit. Den omkringliggende hud vaskes herefter med en ny vaskeklud, med eller uden sæbe. Al sæben skylles af med tempereret vandhanevand.

Højtryksskylning

Højtryksskylning kan nedsætte bakterieantallet i sårbunden. Metoden anvendes ofte til rensning af akutte sår, men kan også med fordel anvendes til kroniske sår. Højtryksskylning opnås ved at anvende en 30 ml sprøjte, gerne med Luer-Lock og en stump kanyle på 18-20 gauge. Der skal skylles så tæt på såret som muligt, og stemplet skal trykkes så hårdt som muligt i bund. Til et sår med en diameter på ca. 5 cm skal der anvendes minimum 150 ml vand [4].

Der er stadig nogle uafklarede forhold i forbindelse med højtryksskylning, bl.a. bakterieforurening i omgivelserne, hvorfor denne metode kun bør anvendes af personale med speciel erfaring.

Débridement

Der anvendes handsker ved *débridement*. Er der nekroser i såret, skal disse fjernes, for at bringe såret hurtigere fra katabol til anabol fase. Til *débridering* anvendes saks/skalpel og kirurgisk pincet. Handskerne kasseres, og hænderne vaskes eller desinficeres efterfølgende.

I de fleste tilfælde kan *débridement* foretages uden anæstesi. Ved smerter kan man anvende lidocain-prilocain (Emla) creme til overfladeanæstesi. Emla cremen skal lægges i et tykt lag på nekrosen og overgangen til vitalt væv. Cremen dækkes med semipermeabel film eller almindelig pvc-fri husholdningsfilm og skal sidde mindst 30 minutter. Grundet den karkontraherende effekt må Emla creme ikke anvendes ukritisk [5, 6].

Til opløsning af væskende sår med mindre gule nekroser kan der anvendes autolytisk *débridement*. Princippet er, at en bandage skaber et fugtigt sårmiljø, hvorved sårsekretets enzymer opløser de tilstedeværende nekroser. Dette ses ved en række bandagetyper, men især ved typer som hydrogeler og hydrokolloider [1].

Podning fra sår

Er der behov for podning skal denne foretages inden evt. antibiotisk behandling iværksættes og efter rensningen af såret [7]. Ved brug af Emla-creme til rensning skal der podes, før cremen lægges i såret, idet Emla-creme har vist sig at have en antiseptisk effekt [8].

Ved sekretion fra absces erstattes podning med opsamlet materiale i en steril sprøjte eller skål med tætsluttende prop/låg [7].

Bandagering

Antallet af bandager på markedet er meget stort, og hver bandage har sine egenskaber (**Tabel 1**). Selv om der er mange bandager i den enkelte kategori, har de overordnet samme egenskaber. Bandagerne kan med fordel inddeles i kategorier (**Tabel 2**). Har man som behandler et eller to produkter til rådighed fra hver kategori, vil det dække behovet.

Nogle bandager forhandles uden border (klæbekant), men kan i stedet fastholdes med et fikseringsbind (helst elastisk).

Efterfølgende kontrol

Det er vigtig at observere forbindingen mhp. gennemsvivning,



Figur 1. Sår i inflammationsfase (ekssudationsfasen) med sekretion, fibrinbelægninger og gul nekrose.



Figur 2. Sår i proliferationsfasen (fibroplasisfasen) med sundt granulativsvæv.



Figur 3. Sår i maturationsfasen (modnings- eller arfasen) med epitelialisering.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KLINISK PROCEDURE

Tabel 1. Bandagevalg foretages ud fra et eller flere af nedenstående krav.

- Skal kunne opretholde et fugtigt miljø
- Skal nedsætte skiftefrekvensen
- Skal kunne absorbere sårsekret
- Skal muliggøre fordampning fra såret
- Skal være semipermeabel, så der ikke kan trænge bakterier ind via bandagen
- Skal være let at fjerne, så nydannet væv ikke beskadiges
- Skal ikke efterlade partikler i såret, så sårhelingen forsinkes, eller der fremkaldes allergi
- Skal være økonomisk i brug

Tabel 2. Bandager inddeles i nedenstående kategorier.

- Hydrokolloider
- Hydrogeler
- Skumbandager
- Alginater
- Hydrofiberbandager
- Semipermeable film
- Antimikrobielle bandager/sølvbandager
- Bandager mod luftgener/kulbandager
- Smertestillende bandager
- Bandager, der indeholder aktive substanser til optimering af sårhelingen [9]

lækage og forandringer af sår og såromgivelserne. Et sår i inflammationsfasen skal observeres tæt, da der oftest er meget sekretion og dermed behov for hyppige skift af bandagen. Hos patienter med diabetes og patienter i steroidbehandling er det yderst vigtigt hyppigt at observere sårets reaktion på behandlingen.

I disse tilfælde skal uigennemtsigtige bandager, som f.eks. hydrokolloider, hydrogeler og skumbandager skiftes hyppigt; minimum hver anden dag.

Hvilken type sårprodukt?

Valg af bandage er relateret til typer af sår, hvilken fase såret er i, bandagens egenskaber og type, og den erfaring behandleren har. En god retningslinje fås ved at vurdere ud fra sårets fase i helingen.

Sår i inflammationsfase

Er der meget sekretion fra såret, behandles det med enten hydrofiber eller et alginatprodukt. Disse produkter kræver en ydre sekundær bandage. Denne vælges alt efter mængden af sårsekret, der er fra såret, og kan være en skumbandage eller anden absorberende bandage.

Ikkevæskende sår og sår med nekroser og fibrin skal behandles med hydrogel eller hydrokolloid. Hydrogel kræver en sekundær bandage som f.eks. en semipermeabel film eller anden ikkesugende bandage. Ved traumesår på benet vil der i den tidlige inflammationsfase oftest også være behov for en let kompressionsbehandling, hvis gennemblødningen i benet tillader dette.

Sår i proliferationsfasen

Sår i denne fase væsker mindre, hvorfor der bør vælges en bandage, der tilfører fugt eller sikrer et fugtigt miljø. Hydrogel tilfører fugt, men skal dækkes af en semipermeabel film eller anden ikkeabsorberende bandage. Hydrokolloid- eller skumbandage kan anvendes som primær bandage.

Sår i maturationsfasen

Er der behov for bandage til at beskytte det nydannede epitelvæv, kan en semipermeabel film anvendes.

Kommentar

Ovennævnte procedurer bør kunne udføres alle steder i sundhedsvæsenet, hvor man behandler patienter med problemsår.

Korrespondance: *Finn Gottrup*, Videncenter for Sårheling, Dermatologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV.
E-mail: fgottrup@post4.tele.dk

Antaget: 19. november 2007
Interessekonflikter: Ingen

Retningslinjerne er godkendt af Dansk Kirurgisk Selskab

Litteratur

1. Gottrup F, Olsen L. Sår, baggrund, diagnose og behandling. København: Munksgaard, 2002.
2. Fernandez R, Griffiths R, Ussia C. Water for wound cleansing. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 4. Art. No.: CD003861. DOI: 10.1002/14651858.CD003861.
3. O'Neill D. Can tap water be used to irrigate wounds in A&E. *Nurs Times* 2002;98:56-9.
4. Stevenson TR, Thacker JG, Rodehaver GT et al. Cleaning the traumatic wound by high pressure syringe irrigation. *JACEP* 1976;5:17-21
5. Vanscheidt W, Sadjadi Z, Lillieborg S. EMLA anaesthetic cream for sharp leg ulcer debridement: a review of the clinical evidence for analgesic efficacy and tolerability. *Eur J Dermatol* 2001;11:90-6.
6. Blanke W., Hallern BV. Sharp wound debridement in local anaesthesia using EMLA cream: 6 years' experience in 1084 patients. *Eur J Emerg Med* 2003;10:229-31.
7. Jarlov JO, Gottrup F. Klinisk mikrobiologisk prøvetagning: vævsprøver og podning. *Ugeskr Læger* 2006;168:3910-2.
8. Berg JO, Mossner BK, Skov MN et al. Antibacterial properties of EMLA and lidocaine in wound tissue biopsies for culturing. *Wound Repair Regen* 2006; 14:581-5.
9. Gottrup F. Sårbehandling med aktive substanser. *Ugeskr Læger* 2007; 169:1133.