

PIJN BIJ DECUBITUS

Helma Hofland*

Het niet adequaat behandelen van alle soorten pijn is iets dat wereldwijd voorkomt. In dit artikel wordt er aandacht gevraagd voor de pijn bij de decubituspatiënt. Zeker bij decubitus staat de pijnbehandeling nog in de kinderschoenen. Aandacht wordt geschonken aan de etiologie van de pijn die de decubituspatiënt kan ervaren en hoe men de pijn vast kan stellen. De soort pijn die de patiënt kan ervaren wordt aan de hand van het wondpijn model van Krasner (1995) uitgelegd. Als laatste wordt ingegaan op de behandeling van de decubituspijn. Hopelijk levert dit artikel een bijdrage zodat er in de toekomst meer aandacht is voor dit pijnlijke probleem van de decubitus patiënt.

INLEIDING

Hoewel het fenomeen pijn, mede door de komst van de pijnkenniscentra in Nederland steeds meer in de belangstelling staat is er weinig bekend over wondpijn. Wondpijn kan men indelen in acute wondpijn en chronische wondpijn. Onder acute wondpijn zou men de operatiewonden en snij-, schaaf-, bijt- en oppervlakkige brandwonden kunnen rekenen. Als wonden langdurig blijven bestaan en wondbehandelingen langdurig noodzakelijk zijn zoals bijvoorbeeld bij decubitus, ulcus cruris en wonden met grote oppervlakten ten gevolge van operaties of brandwonden zou men kunnen spreken over chronische wondpijn. Krassner (1995) heeft dit als volgt gedefinieerd:

'Chronic woundpain is the complex, subjective phenomenon of extreme discomfort experienced by a person in response to skin and flesh or tissue injury.' (Krasner 1995)

Er bestaat weinig inzicht bij de chronische wondpijn die patiënten met bijvoorbeeld decubitus kunnen ervaren. Artsen en verpleegkundigen weten er niet veel van en men gaat er vaak van uit dat een wond doet nu eenmaal pijn doet. Men realiseert zich niet dat de patiënt met decubitus veel pijn kan lijden, want men gaat er al snel van uit dat bij de diepe decubitus (graad III en IV) de patiënt door de verwoeste zenuwvelden geen pijn voelt. Niets is minder waar! Men realiseert zich ook niet wat voor effecten pijn heeft voor het fysiek functioneren zoals immobili-

teit en het ontstaan van contracturen, kans op thrombose en vermoeidheid waardoor men slecht gaat eten en dit kan de wondgenezing weer kan belemmeren. Maar ook voor de psyche heeft wondpijn consequenties zoals depressie, angst en stress wat weer slechte wondgenezing tot gevolg kan hebben. In het kort kan men zeggen dat chronische wondpijn een enorme impact kan hebben op de kwaliteit van leven van de patiënt.

In dit artikel wordt ingegaan op de etiologie van de decubituspijn en welke mogelijkheden er zijn om de pijn te verlichten.

ERVAART DE DECUBITUS PATIËNT PIJN?

Er is niet veel bekend over chroni-

sche wondpijn bij decubitus. Dit is niet zo verwonderlijk. Veel patiënten met decubitus zijn weinig tot niet aanspreekbaar. Denk maar aan de patiënten op de Intensive Care, de oudere verwarde patiënten, de langdurig bedlegerige patiënten. Bij anderen voelt men door hun ziekte geen pijn, zoals bijvoorbeeld patiënten met dwarslaesies, of patiënten met neuropathie ten gevolge van diabetes mellitus. Ook de patiënten gaan ervan uit, zoals veel hulpverleners, dat wonden nu eenmaal pijn doen. Maar aan de patiënten die wel adequaat kunnen reageren wordt vaak niet eens naar hun pijnbeleving of pijnintensiteit gevraagd. In 1995 publiceerde Dallam (1) de resultaten van een uitgebreid onderzoek naar pijn bij decubitus wonden.

VOORKANT

geen pijn

de ergste pijn

ACHTERKANT

geen pijn

de ergste pijn

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Figuur 1: de Visuele Analoge Schaal (VAS)

Deze schaal bestaat uit een lijn van 10 centimeter waarbij links 0 of 'geen pijn' staat en aan de rechter kant staat 10 of 'ondraaglijke pijn'. De patiënt kan op deze lijn aanwijzen welke pijnintensiteit hij ervaart. Op de achterkant kan de verpleegkundige het cijfer van de pijn aflezen. Soms vinden patiënten het gemakkelijker om direct een 'pijncijfer' te geven van 0 tot 10.

Bij 132 patiënten met decubitus uit een groot streekziekenhuis in de Verenigde Staten werd de pijnintensiteit gemeten met de Visuele Analoge Schaal (VAS) (zie figuur 1), of met de 'gezichtjesschaal' de Smiley Analoge Scale (figuur 2). Omdat veel patiënten met chronische wonden en ook ouderen depressief kunnen zijn, werd ook naar de aanwezigheid van depressie gekeken.

Van de 132 patiënten was bij 52% (69 patiënten) het cognitieve niveau zodanig dat zij de gebruikte meetinstrumenten konden hanteren.

Ongeveer 60% van de respondenten gaven pijn van de decubitus aan, maar 40% rapporteerde geen pijn. De volgende conclusies werden getrokken:

- Patiënten met decubitus ervaren pijn, velen ervaren zelfs erge pijn.
- Ondanks de pijn kregen de patiënten geen pijnmedicatie
- Ook patiënten met decubitus in stadium III en IV ervaren pijn!
- Eenvoudige meetinstrumenten zoals de VAS, maar zeker de 'gezichtjesschaal' kunnen ook bij patiënten gebruikt worden die verminderd adequaat functioneren.
- Hoewel een groot aantal patiënten niet in staat was de vragenlijsten in te vullen, mag men aannemen dat deze patiënten wel pijn ervaren.

Ondanks het feit dat slechts de helft van de respondenten in dit onderzoek daadwerkelijk kon meedoen is dit toch één van de weinige onderzoeken die inzicht geven in deze materie. Hoewel er sociale en culturele verschillen mogelijk zijn, mogen

we aan de hand van deze studie aannemen dat ook in Nederland patiënten met decubitus pijn ervaren.

ETIOLOGIE VAN DECUBITUSPIJN

Waarom hebben patiënten met decubitus nu pijn? Bij de kapotte huid, bij de wond komen stoffen vrij die de pijnvezels of zenuwen prikkelen en activeren of juist gevoeliger maken voor pijnprikkels zodat deze sneller worden doorgegeven aan het centrale zenuwstelsel. Dit zijn onder andere prostaglandines, bradykinines en histamines.

Bij de diepe decubitus wonden (stadium III en IV) is er sprake van verwoesting van de zenuwuuiteinden. De patiënt zou dan geen pijn kunnen voelen. Maar hoewel er zenuwuuiteinden verwoest zijn, zijn ze langs de wondranden nog aanwezig en als de zenuw weer gaat regenereren (herstellen), worden er eerst immature zenuwvezels gevormd. Deze zijn extra gevoelig voor schadelijke en niet-schadelijke prikkels. Patiënten ervaren dit als pijn, vervelende prikkelingen, tintelingen of jeuk. Zelfs prikkels die in een normale toestand niet pijnlijk zijn worden nu als pijnlijk ervaren zoals bijvoorbeeld het lostrekken van pleister, of de niet kapotte huid voorzichtig schoonmaken met een gaasje. Dit fenomeen wordt soms ook gezien bij de wondverzorging. De patiënt ervaart de wondbehandeling als pijnlijk, terwijl de verpleegkundige bemerkt dat er een genezingsstadium is en dat de wond bijna dicht is. Dit is moeilijk te begrijpen want als de wond geneest moet de pijn toch afnemen

en dit blijkt helaas niet altijd het geval te zijn.

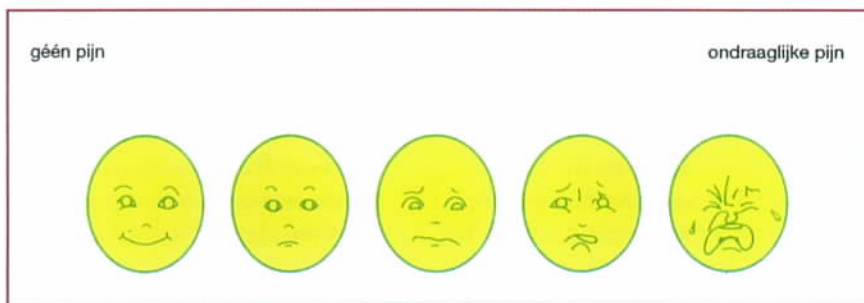
Infectie is ook een oorzaak waardoor men pijn ervaart. Bacteriën produceren enzymen die de vrije zenuwuuiteinden irriteren. Het is niet ondenkbaar dat bij een ernstige infectie het bot aangetast kan worden. Patiënten kunnen dan te maken krijgen met de zeer ernstige pijn van de osteomyelitis.

Het spreekt voor zich dat het wonddebridement, de dagelijks terugkerende wondbehandeling, de operatieve correcties met flappen en huidtransplantaties allemaal zeer pijnlijke episodes voor de patiënt kunnen zijn. Maar los van de wonden kan de decubitus patiënt ook geconfronteerd worden met andere soorten pijn. Bij voorbeeld bij bedlegerige patiënten kunnen er ten gevolge van de immobiliteit (misschien wel door de pijn) contracturen zijn ontstaan. Pogingen om deze te corrigeren of om bijvoorbeeld de extremiteiten door te bewegen zijn vaak erg pijnlijk. Spasmen van de spieren in het gebied van de decubitus is ook een zeer oncomfortabele ervaring.

Natuurlijk kunnen de patiënten ook pijn ervaren door een onderliggend lijden zoals de reumatoïde artritis of fracturen waardoor de patiënt al snel immobiel dreigt te worden. Ook de wisselgating kan een zeer pijnlijke aangelegenheid zijn. Het komt voor dat de patiënt juist zo angstig is voor de pijn tijdens het draaien dat de verpleegkundige, hoewel bewust van de noodzaak, van deze handeling afziet.

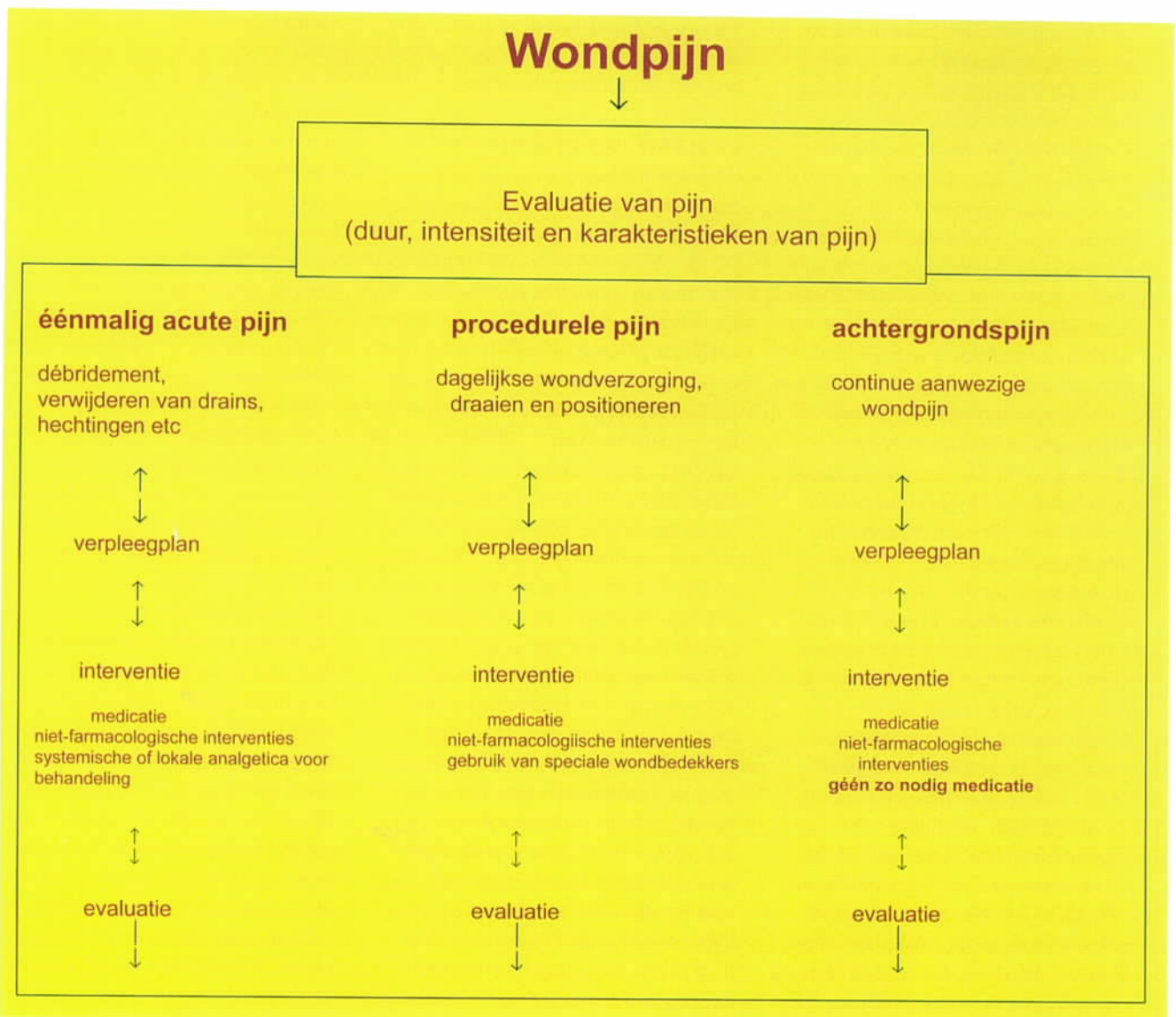
Een bijzondere groep patiënten zijn de patiënten met dwarslaesies.

Spasticiteit is een groot ongemak voor deze patiënten, en juist door het hebben van een decubituswond kunnen spasmen verergeren. Ook al voelen de patiënten de pijn van de decubituswond zelf niet, ze krijgen wel onaangename sensaties van de spasmen te verwerken. Bij patiënten met een hoge dwarslaesie kan een onbehandelde decubituswond lijden tot hoofdpijnen, verhoogde bloeddruk en plotseling blozen. Dit wordt ook wel autonome dysreflexia genoemd. Het adequaat behandelen van de decubitus kan hierin verbetering brengen.



Figuur 2: De 'gezichtjes schaal'

Deze schaal bestaat uit 5 of soms 6 gezichtjes die elk een uitdrukking van heel verdrietig tot vrolijk weergeven. Hoewel het een schaal is die ontwikkeld is voor kinderen blijkt uit onderzoek dat sommige volwassenen deze schaal ook als prettig ervaren. Dit is zeker het geval als patiënten het moeilijk vinden om de VAS te gebruiken. Het is een idee om dan eerst deze schaal aan te bieden. De patiënt kan bij geen pijn de 0 of het 'blijve' gezichtje aangeven. Bij 4 betekent het dat de patiënt erge of ondraaglijke pijn heeft.



Figuur 3: Het chronisch wondpijnmodel van Krasner (1995)

HET VASTSTELLEN VAN DE PIJN

Willen we de patiënt helpen om met de pijn om te gaan is het noodzakelijk dat er inzicht is in welk soort pijn men toebrengt en aan welk soort pijn de patiënt kan lijden. Krasner maakte in 1995 een model om de wondpijn in beeld te brengen (zie figuur 3). De chronische wondpijn kan bestaan uit drie verschillende soorten pijn. De eerste is de pijn die af en toe éénmalig optreedt bijvoorbeeld door het verwijderen van hechtingen of een drain, maar ook het éénmalige wonddebridement. Hoewel deze pijn meestal gerelateerd is aan een procedure wordt hier gesproken van een **éénmalige acute pijn**. De tweede pijn wordt veroorzaakt door de routinematige terugkerende pijn ook wel de **procedurele pijn** genoemd. Deze pijn treedt op bij de dagelijkse wondverzorgingen.

Onder de **achtergrondpijn** verstaat Krasner de continue aanwezige pijn die zonder manipulatie aan de wond of procedure altijd aanwezig is bij een wond. In dit model laat zij ook zien welke medicatie en welke andere interventies zij noodzakelijk acht voor de behandeling van de wondpijn.

Andere aspecten die een rol spelen om de pijn vast te stellen zijn de leeftijd, het cognitief functioneren, de lichamelijke toestand. Ook is het belangrijk om de lever- en nierfuncties te weten in verband met de pijnmedicatie.

Bij een goed reagerende patiënt kan er gebruik gemaakt worden van de zelfrapportage meetinstrumenten; de Visuele Analoge Schaal of de 'gezichtjesschaal' (zie figuur 1 en 2). Bij patiënten die niet reageren of

cognitief niet in staat zijn om hun pijn aan te geven moeten we gebruik maken van observatie. Hoewel er voor kleine kinderen al veel observatieschalen zijn is dit voor de oudere verwarde of dementerende patiënt nog niet het geval. Bij deze patiënten is het belangrijk om de mantelzorgers of de dagelijkse verzorgenden te vragen hoe de patiënt normaal reageert, wat het normale gedrag is en of dat afwijkt nu de patiënt decubituswonden heeft. Dit is vaak de enige manier om iets te weten te komen over de pijn die deze patiënten mogelijk kunnen ervaren.

BEHANDELING BIJ DECUBITUSPIJN

De behandeling van de decubituspijn omvat een aantal componenten waarbij de wondbehandeling centraal staat. Een multi-disciplinaire aanpak is alleen maar wenselijk. De

stap 1	NIET-OPIOÏDE ANALGETICA Paracetamol NSAID's (bijvoorbeeld diclofenac of naproxen)
stap 2	NIET-OPIOÏDE ANALGETICA MET ZWAKWERKEND OPIOÏDE Paracetamol met codeïne of tramadol NSAID's met codeïne of tramadol
stap 3 *	OPIOÏDE ANALGETICA morphine morphine met gecontroleerde afgifte (MS-contin®) transdermale toediening van fentanyl (Duragesic®)

*Ook hier kunnen nog steeds paracetamol en NSAID's gegeven worden omdat zij een ander aangrijpingspunt voor de pijn hebben dan de opioïden. Het is dus niet noodzakelijk omdat men nu bij stap 3 is deze middelen te staken.

Figuur 4: De analgetische ladder van de WHO (1994)

wijze van wondbehandeling en de materialen kunnen van groot belang zijn bij de pijnvermindering voor de patiënt.

De fysiotherapie en de ergotherapie kunnen hun bijdrage leveren door bij bedlegerige patiënten de vorming van contracturen te voorkomen en de spier spasmen te verminderen. Dit kan door patiënten te bewegen of te masseren. Ook het gebruik van warmte en koude kan bij spierspasmen verlichtend werken. Het is wel belangrijk dat deze behandeling juist niet meer schade toebrengt zoals brandwonden of bevriezing (bij het gebruik van ice-packs). De fysiotherapie kan de verpleegkundigen aanwijzingen geven hoe de patiënt het beste te positioneren. Vaak is juist de ergotherapie de aangewezen discipline om de bedlegerige patiënt van materiaal te voorzien dat preventief werkt zodat er geen nieuwe wonden ontstaan, zoals het gebruik van speciale hulpmiddelen; matrassen, zitelementen of speciale hoofdkussens. Dit geldt natuurlijk ook voor de mobiele decubitus patiënt.

Het voorschrijven van pijnmedicatie door de artsen en natuurlijk het geven van pijnmedicatie door de verpleegkundigen is ook essentieel. Dit lijkt het intrappen van een open deur, maar helaas, veel onderzoek toont aan dat artsen te weinig pijnmedicatie voorschrijven en dat verpleegkundigen dan nog eens te weinig medicatie geven, vaak uit angst

voor bijwerkingen zoals verslaving. Naast het geven van de medicatie kan de verpleegkundige veel bereiken met de niet-farmacologische pijninterventies om de patiënt ontspanning te brengen, zoals afleiding, ontspanningsoefeningen, het geven van informatie, het goed positioneren en het geven van een lichte massage bijvoorbeeld bij handen, voeten of de nek.

MEDICATIE

Welke analgetica helpen nu bij decubituspijn? De World Health Organisation (WHO) heeft in 1990 richtlijnen opgesteld voor de chronische kankerpijn (zie figuur 4). Deze richtlijnen zijn ook bruikbaar bij de behandeling van chronische wonden. Er wordt gebruik gemaakt van een aantal stappen of analgetische ladders. Ze geven een opsomming van analgetica die in opklimmende sterkte zijn gerangschikt. Op de eerste trede van de ladder bevinden zich paracetamol en de ontstekingsremmende analgetica: de Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs (NSAID's). Op de tweede trede staan deze middelen met tramadol. Dit was codeïne, maar in Nederland wordt dit door de effecten en bijwerkingen als minder wenselijk beschouwd en is dit vervangen door tramadol. Op de derde trede worden de opioïden of morfinepreparaten geadviseerd. Soms gaat men meteen over op de derde stap met morfine-

preparaten in een lage dosering. Belangrijk is te vermelden dat juist bij chronische wondpijn het geven van zo nodig medicatie niet wenselijk is. Het is beter om om het aantal uur (afhankelijk van de werking van het analgeticum) medicijnen aan te bieden voor de achtergrondpijn zodat er een spiegel in het plasma kan worden opgebouwd. Daarnaast kan er voor de éénmalige pijn en de routine procedurele pijn extra pijnmedicatie gegeven worden, hetzij lokaal (verdovende zalf of injecties), hetzij systemisch. Het is echt niet altijd noodzakelijk om met stap 3 van de pijnladder te beginnen. De medicijnen op stap 1 zijn zeer goede perifere pijnstillers die zeker bij wonden goed resultaat kunnen hebben. Zeker de NSAID's, medicijnen die de prostaglandinesynthese remmen, zijn prima pijnstillers. Er zijn er een aantal van en als er één niet werkt is het de moeite waard om een ander NSAID te proberen, ze hebben allemaal een net iets anders aangrijpingspunt.

Het gebruik van co-analgetica, medicijnen die geen pijnstillende werking hebben maar er wel voor kunnen zorgen dat pijnstillers beter hun werk doen zijn soms noodzakelijk. Een voorbeeld is het slaaptablet zodat de patiënt een rustige nacht krijgt, het gebruik van antihistaminica die ook een sederende werking hebben en jeuk verminderend kunnen werken. Maar ook het gebruik

van antidepressiva is beschreven. Nadeel is dat deze medicijnen een lange tijd geslikt moeten worden voordat men hier resultaat van ziet. Bij een angstige of gespannen patiënt kan men overwegen om relaxantia of sedativa voor te schrijven. Dit kan een kortdurend sedativum zijn, voor bijvoorbeeld de pijnlijke verzorging. Spierrelaxantia kunnen helpen de pijnlijke spierspasmen te verminderen.

CONCLUSIE

Pijn bij decubitus is een groot probleem. In de praktijk wordt dit niet altijd onderkend. Belangrijk is om altijd naar de pijn te vragen. Patiënten hebben het idee dat het hebben van pijn bij wonden nu eenmaal hoort en dat er niets aan gedaan kan worden. We hebben middelen voor handen om decubituspatiënten met pijn bij te staan en de pijn te verminderen. Als we uit de praktijk nog steeds verhalen horen van verpleegkundigen die medelijden hebben met een patiënt die zo'n pijn heeft bij het draaien of bij de wondverzorging dan moet dat anders, dan moet dat toch beter kunnen. Niet alleen kennis over wondproducten maar ook kennis over analgetica en de andere pijnreducerende interventies is van belang bij de behandeling van de patiënt met decubitus.

ABSTRACT

Undertreatment of all types of acute and chronic pain is common all over the world. moreover, the treatment of pressure ulcerpain and its management is truly in its infancy. This article includes the etiology of pressure ulcer pain, the assessment and the treatment. The means are available to minimize pain from pressure ulcers. It is hoped that this article will help stimulate the interest in the management of chronic woundpain.

Drs. Helma Hofland is verpleegkundige en cursusleidster van de WCS-cursus pijnbestrijding bij wondbehandeling. Zij is tevens lid van de commissie brandwonden.

LITERATUUR

- Crul BJ. Mens en pijn, achtergronden en mogelijkheden van pijnbestrijding. 1999. Valkhof pers Nijmegen.
- Dallam L, Smyth C, Jackson BS, et al. Pressure ulcer pain: assessment and quantification. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing* 1995; 22: 211-218
- Hofland H. Studiegids WCS- Pijnbestrijding bij wondbehandeling 2de druk, maart 2000.
- Krasner D. The chronic wound experience : a conceptual model. *Ostomy Wound Management* 1995;41:20-25
- Rook JL. Woundcare Pain management. *The nurse Practitioner* 1997; 22:3:122-136.

LEGENDA

- figuur 1 De Visuele Analoge Schaal
- figuur 2 De 'gezichtjesschaal'
- figuur 3 Het chronische wondpijn model van Krasner (1995)
- figuur 4 WHO analgetisch ladder (1994)