

WONDZORG EN PIJN

Frans Meuleneire*

De kennis rond wondzorg is tijdens de voorbije twee decennia enorm toegenomen. Dankzij het wetenschappelijk onderzoek worden heel wat facetten in het wondhelingsproces stilaan duidelijk. Aanvankelijk was het onderzoek vooral gericht naar de mogelijkheden om de wondhelingsprocessen te ondersteunen. De lokale wondbehandeling moet echter gezien worden in het kader van een holistische benadering van elke individuele patiënt. Hoewel pijn inherent is aan het ontstaan van een wond en bovendien blijft voortbestaan tijdens het verdere wondhelingsproces, werd aan dit aspect pas sinds een paar jaar de volle aandacht geschonken na de publicatie van enkele belangrijke artikels.

Chronische wondpijn veroorzaakt een angstgevoel waardoor het normale functioneren van de patiënt in het gedrang komt. Deze pijn heeft een impact op de kwaliteit van leven en stoort het normale wondhelingsproces. Door te streven naar een adequate pijnbehandeling zal de wondgenezing niet alleen comfortabeler maar ook sneller verlopen. Het is van groot belang de oorzaak van de pijn te achterhalen om de onderliggende oorzaak efficiënt te kunnen behandelen. Het Krasner pijnmodel beschrijft de chronische (persistente) wondpijn, de cyclische acute wondpijn en de niet-cyclische acute wondpijn (zie schema). Een chronisch aanhoudende wondpijn, zonder aanwijsbare oorzaak, kan vaak verholpen worden door het corrigeren van de onderliggende oorzaken van de wond. Bij een veneus ulcus kan een constante pijn aanwezig zijn door een oppervlakkige of diepe flebitis, door een lipodermatosclerose of door een infectie. De niet-cyclische acute pijn houdt vaak verband met een lokale wondbehandeling zoals het debrideren van de wond. Een cyclische acute

pijn kan ontstaan door het verwijderen van een verband of het toepassen van een nieuwe lokale wondbehandeling.

Een goede pijncontrole zal dus vooral op de oorzaak gericht zijn. Het kan bv. nodig zijn om de lokale wondbehandeling aan te passen, zodat een verband niet meer kleeft in de wond. Tevens kan het nodig zijn een bredere ondersteunende behandeling op te starten. Door het aanbrengen van een aangepaste compressietherapie, zal bij oedeemcontrole de pijn gelijktijdig verminderen. Tenslotte kan systemische medicatie gebruikt worden naargelang de pijn acuut of chronisch optreedt.

Nergens beter dan bij een diabetes neuropathische voet zien we het belang van de pijn als signaalfunctie. Hoewel een aantal diabetici soms een prikkelend, stekend tot branderig gevoel hebben, zien we heel wat wonden optreden omdat de pijnsensatie totaal verstoord is. Een doorgedreven preventie en controle van de diabetesvoet is noodzakelijk om dramatische situaties te voorkomen.

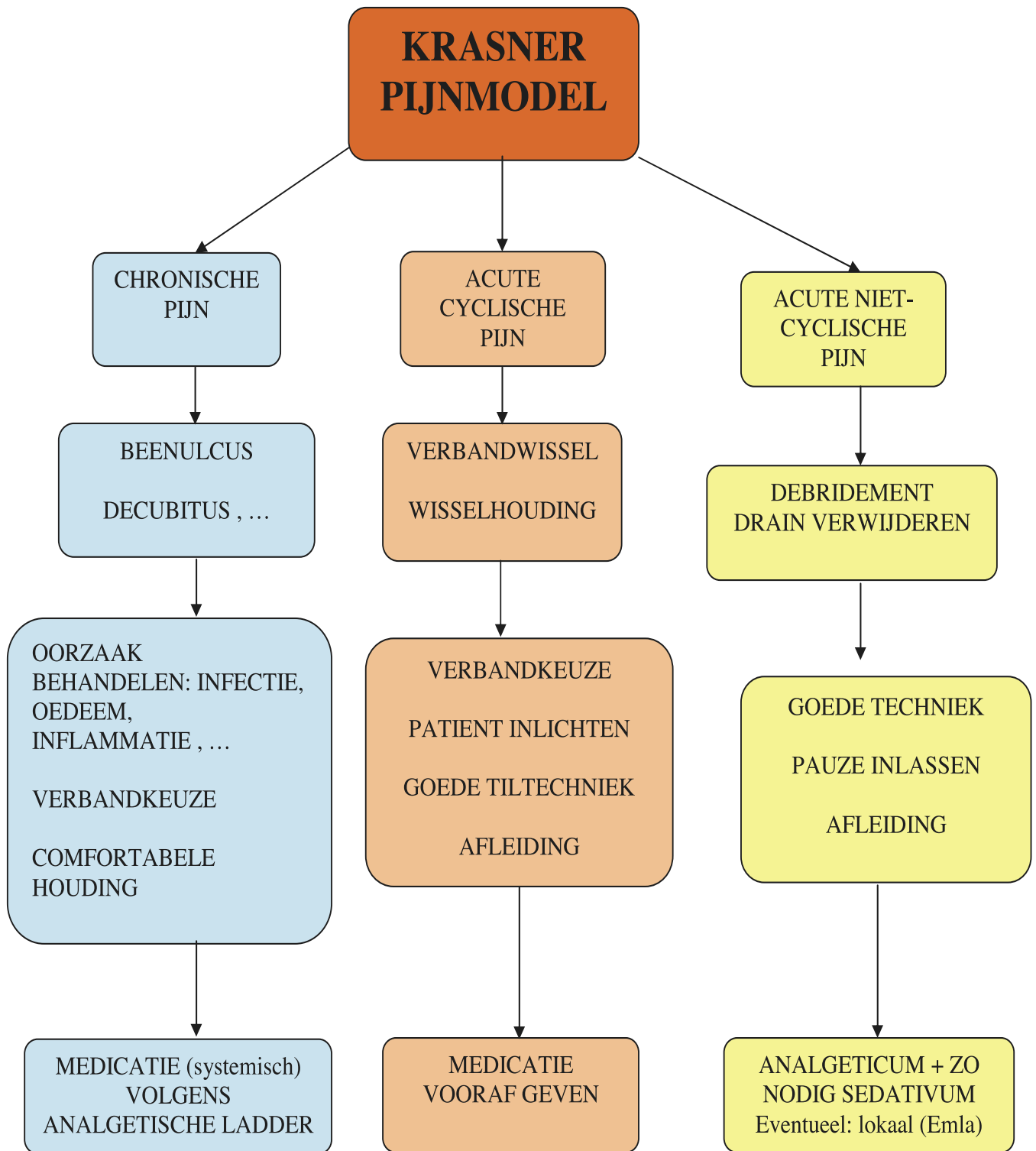
Bij decubitus kan pijn eveneens gesitueerd worden in het Krasner pijnmodel. De immobiliteit zal vaak oorzaak zijn van aanhoudende pijn. Vaak liggen wondinfecties aan de basis van verhoogde pijn. Het is belangrijk om bij elke wondevaluatie de cyclisch acute pijn te evalueren en onderscheid te maken met de niet-cyclische acute pijn na het wonddebridement.

In de praktijk houden we er rekening mee dat elke wond pijnlijk is of tijdens het wondhelingsproces zelfs meer pijnlijk kan worden. Ook de wondomgeving kan gevoelig tot pijnlijk zijn. De definitie 'Pijn is wat de patiënt zegt wat pijn is' moet heel ernstig genomen worden. We moeten er ook rekening mee houden dat sommige patiënten hun pijn niet kunnen of durven verwoorden. Sommige schijnbaar identieke wonden kunnen individueel van draaglijk tot onmenselijk pijnlijk zijn. We kunnen gebruik maken van een VAS-evaluatie (visuele analoge schaal), waarbij de patiënt op eenvoudige wijze aangeeft hoeveel pijn hij heeft. Bij ouderen met een ernstige cognitieve beperking kan gebruik gemaakt



Diabetes neuropathic: helemaal geen pijn tijdens debridement

Decubitus wond : 1 uur vooraf werd ¼ amp Dipidolor gegeven



worden van andere pijnbeoordelingsmethoden, zoals de Doloplus schaal of de ECPA schaal. In de praktijk lijkt deze methode echter zeer omslachtig en wordt om die reden weinig toegepast.

De behandeling wordt gericht op het verminderen van de pijn en anderzijds op het creëren van een ideaal wondhelingsmilieu. Analgetica worden toegediend volgens de 'WGO-

analgetische pijnladder'.

Indien een verbandwissel of een wondreiniging de pijn doet toenemen, waardoor sterkere analgetica nodig zijn, dan herzien we de keuze van lokale wondbehandeling.

Niet onbelangrijk is de voorbereiding van de wondzorg. De patiënt wordt op een rustige plaats behandeld, met gesloten ramen en deuren en waar de zorgverstrekker niet

steeds gestoord wordt door telefoontoeroepen. Pas wanneer de patiënt eventueel een pijnstiller gekregen heeft en goed geïnformeerd is over het wondbeleid, kan de verzorging van start gaan. Bij complexe wondzorg is meestal een extra hulp nodig om bv. het steriele materiaal aan te geven of te helpen tijdens het fixeren van de verbanden. De wondzorg moet vlot uitgevoerd worden zonder



*Uiterst pijnlijk veneus ulcus
Aanpassing verband en pijnstilling*

te lange blootstelling aan de lucht. Het afkoelen kan niet alleen de pijn beïnvloeden, maar heeft zeker een nadelig effect op het wondhelingsproces. Hoewel een debridement of wondspoeling vaak nodig is, houden we er rekening mee dat elk wondcontact pijnlijk kan zijn. De verbandkeuze speelt hierin een belangrijke rol. Sommige osmotische producten veroorzaken een verhoogde pijnsensatie. Wanneer bv. een vacuüm wondhelingsstechniek teveel pijn veroorzaakt moet nagegaan worden of het wondbeleid kan herzien worden. Bij matig vochtige wonden zien we vaak verkleefing van de verbanden, waardoor de verbandwisseling onnodig pijnlijk wordt. Vandaag beschikken we over een arsenaal aan verbanden, welke een oplossing kunnen bieden aan elk wondprobleem. Wanneer een verband verkleeft of bloeding veroorzaakt, overwegen we om over te schakelen naar een alternatief verband. Ten slotte is het belangrijk een verbandkeuze te maken die zo lang mogelijk ter plaatse kan blijven. In ieder geval maken we bij elke verbandwissel een evaluatie betreffende de impact van het wondbeleid op de pijnperceptie van de individuele patiënt.

Er zijn tenslotte een aantal technieken waarbij de patiënt zich wat minder concentreert op de pijn. Op ons wondcentrum wordt bij belangrijke wondzorg een muziek DVD aangezet, waardoor de patiënt min of meer afgeleid wordt.

Als besluit kunnen we stellen dat elke patiënt recht heeft op een geïndividualiseerde wondverzorging, waarbij het pijnbeleid de volle aandacht krijgt. Pijn wordt vaak onder-

schat bij de behandeling van chronische wonden. Het probleem situeert zich vooral bij ouderen welke problemen hebben om zich verbaal uit te drukken. Het evalueren van de pijn zou bij elke wondzorg systematisch moeten ingebouwd worden. We stellen vast dat zowel over het type van wondpijn als voor de behandeling ervan nog veel misverstand bestaat. Voor de verpleegkundige is een belangrijke taak weg gelegd om de complexiteit van wondpijn beter in te schatten, waardoor we de patiënten met wondpijn adequater kunnen handelen.

***Frans Meuleneire**
Verpleegkundig wondexpert
Wondcentrum
AZ St Elisabeth - Zottegem

BIBLIOGRAFIE

- 1 Moffatt CJ: 'Pain at wound dressing changes' in: 'European Wound Management Association; Position Document' London, 2002
- 2 Price Patricia: 'An Holistic Approach to Wound Pain in Patients With Chronic Wounds' in: *Wounds*, 2005; 17 (3): 55-57.
- 3 Popescu A., Salcido R: 'Wound Pain: A Challenge for the Patient and the Wound Care Specialist' in: 'Advances in Skin & Wound Care: Vol 17, No 1
- 4 Sibbald G: Practical Treatment of Wound Pain and Trauma: A Patient-Centred Approach. An Overview, in: 'HMP Communications' 2005
- 5 Harding K: 'Minimising pain at wound dressing-related procedures; a consensus document' in: 'Principles of Best Practice' 2004