

Heilberufe PflegeKolleg

FERNFORTBILDUNG

Das **Heilberufe PflegeKolleg** ist Fortbildung zum Mitmachen. Die erfolgreiche Teilnahme wird mit einem Zertifikat bestätigt und sichert Ihnen Punkte im Rahmen der freiwilligen Registrierung beim Deutschen Pflegerat (DPR). Der Fortbildungsaufwand wird je nach Thema mit der entsprechenden Stundenzahl bewertet.

Die Teilnahme am **PflegeKolleg** ist jeder Leserin und jedem Leser möglich, und zwar in folgenden Schritten:

1. **Auseinandersetzung** mit dem Thema anhand der angebotenen Beiträge in dieser Rubrik.
2. **Studium** weiterführender Literatur, sofern angegeben.
3. **Beantwortung** der Fragen auf dem entsprechenden Fragebogen, der zusammen mit der jeweils letzten Folge eines Themas erscheint.
4. **Einsendung** des ausgefüllten Fragebogens an die Redaktion bzw. Beantwortung der Fragen im Internet unter www.heilberufe-online.de.

Alle Einsender mit richtigem Ergebnis erhalten das Teilnahmezertifikat vom Institut für Innovation und Beratung der Evangelischen Fachhochschule Berlin und der Redaktion.

Wir wünschen viel Erfolg!

SONDERDRUCK

INHALT

- S. 3 **Schmerzen und Wunden behandeln**
– Teil 1
- S. 7 **Nicht medikamentöse Schmerztherapie**
– Teil 2
- S. 11 **Lokale und systemische Schmerztherapie**
– Teil 3
- S. 14 **Kasuistik: Wundschmerzen lokal behandeln**
- S. 16 **Neue Wundstandards**
- S. 17 **Fernlehrgang via Internet**
- S. 18 **Links und Literatur zum Thema „Wundschmerz“**

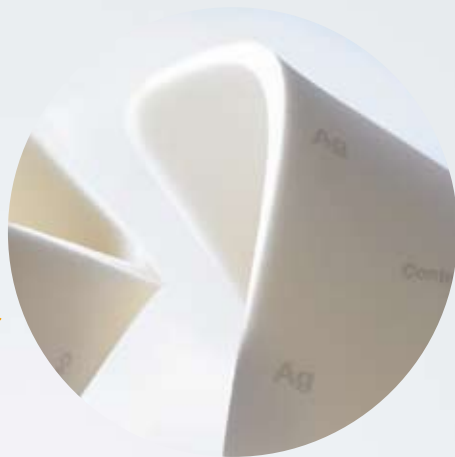


Pflege bei Wundschmerz

Moderne Wundversorgung mit Schaumverbänden von **Coloplast**



Biatain-Ibu Schaumverband
Exzellentes Exsudatmanagement +
lokale Freisetzung von Ibuprofen



Contreet Schaumverband
Exzellentes Exsudatmanagent +
antibakterielle Wirksamkeit von Silber



Biatain Schaumverband
Exzellentes Exsudatmanagement

Biatain



Biatain - Ibu



Contreet





1. Teil Pflege bei Wundschmerz

Schmerzen und Wunden behandeln

Im Teil 1 dieses PflegeKollegs möchten wir auf einen ganzheitlichen prozessorientierten Ansatz des Schmerzmanagements bei akuten und chronischen Wunden, angelehnt an den nationalen Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, eingehen. Danach geht es um das Thema Schmerzerfassung. Im zweiten und dritten Teil des PflegeKollegs stehen Verfahrensregelungen zur medikamentösen und nicht medikamentösen Schmerzbehandlung sowie die Beratung und Schulung im Vordergrund.

Im nationalen Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege heißt es: „Jeder Patient/Betroffene mit akuten oder chronischen Schmerzen sowie zu erwartenden Schmerzen erhält ein angemessenes Schmerzmanagement, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie auf ein erträgliches Maß reduziert oder beseitigt.“ (DNQP 2005)

Demgegenüber stehen Aussagen im Bereich der Wundversorgung von Briggs und Hofmann (1999): Schmerzen stellen einen wesentlichen Faktor in der Behandlung chronischer Wunden dar, dem noch nicht in ausreichendem Maße Rechnung getragen wird. Weiter heißt es bei Probst-Vasel Biergans (2004): Wunden sind in der Regel schmerzhaft, das gilt für akute, traumatische genauso wie für chronische Wunden. Es erstaunt jedoch sehr, dass trotz der Häufigkeit und großen Bedeutung der Wundschmerzen ihrer Erfassung und Behandlung relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird.



Schmerz beeinflusst den Menschen physisch, psychisch, sozial und auch geistig-intellektuell. Permanenter Schmerz vermindert erheblich die Lebensqualität und führt im Krankheitsverlauf zu vermehrten Komplikationen.

Ein erstes Positionspapier zum Thema Schmerzen beim Verbandwechsel wurde von der EWMA European Wound Management Association 2002 veröffentlicht. In der letzten Dekade wurde somit deutlich, dass nicht nur die Wundheilung allein das Ziel einer adäquaten Wundversorgung sein darf, sondern vorgeschaltet und zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt auch die Schmerzreduktion bzw. Schmerzfreiheit, die für den Patienten ein ebenso zentrales Thema der Wundbehandlung ist wie der Wundverschluss. Ebenso muss festgehalten werden, dass

es ungeachtet aller Fortschritte der Medizin und Pflege Patienten gibt, die trotz einer best practise in der Wundbehandlung mit einer chronischen Wunde leben. Die pflegerische und medizinische Betreuung dieser Patienten, die sich vornehmlich im außerklinischen Sektor befinden, erfordert ein hohes Maß an Professionalität im Schmerzmanagement und reicht somit über die alleinige Wundversorgung hinaus.

Eine inadäquate Schmerzbehandlung beeinträchtigt die Gesundheit und Lebensqualität der Patienten (Tolks-

SCHMERZHAFTE WUNDTYPEN

- ▶ **Beinulzera:** 83 % der Patienten mit arteriellen Ulzera leiden unter Schmerzen (Lindholm 1999); 65 % der Patienten mit venösen Ulzera leiden unter Schmerzen (Ryan et al. 2003, Briggs and Nelson, Cochrane Review 2003)
- ▶ **Diabetische Fußulzera:** 48 % der Patienten klagen über Schmerzen (Ebbeskog et al. 1996)
- ▶ **Druckulzera:** 59 % der Patienten klagen über Schmerzen (Dallum 1995); fast die Hälfte der Patienten mit Stufe-3-4-Ulzera leiden unter Schmerzen (Lindholm 1999)

1. Teil Pflege bei Wundschmerz

dorf et al. 1982, Vincent et al. 1993) und verursacht dem Gesundheitssystem erhebliche Kosten (DNQP 2004, S. 29). Schmerz beeinflusst den Menschen physisch, psychisch, sozial und auch geistig-intellektuell (Mac Lellan 2004).

Permanenter Schmerz erschwert die Erholung und führt zu vermehrten Komplikationen und Langzeitschmerzen sowie einem längeren Krankenhausaufenthalt (Mac Lellan 2004, Watt-Watson et al. 1999, DNQP 2004, S. 29). Hohe Schmerzscores stehen darüber hinaus in Verbindung mit einer ansteigenden Inzidenzrate von Übelkeit und Brechreiz (Quinn et al. 1994, Desbiens et al. 1997), respiratorischen Komplikationen (Justins & Richardson 1991), wie z.B. der Verminderung des Atemzugvolumens, Sekretverhalt, Atelektasen, Infektionen (Melber 2003) und einem abgeschwächten Hustenstoß (Melber 2003, Macintyre & Ready 2001), sowie einem gesteigerten Risiko tiefer Beinvenenthrombosen (Mac Lellan 2004) und Lungenembolien (Macintyre & Ready 2001). Diese Komplikationen wiederum bedingen eine Verminderung der Mobilität der Patienten (Abbott et al. 1992, Yates et al. 1998).

Durch eine angemessene, den Erkenntnissen der modernen Analgesie entsprechenden Schmerztherapie bei Patienten mit chronischen Wunden, die medikamentöse und nicht medikamentöse Therapien verknüpft, könnten vielen Patienten Schmerzen, vor allem starke Schmerzen erspart bleiben.

Die positiven Folgen wären die Zunahme an Lebensqualität bei Betroffenen und deren Angehörigen (Tolksdorf et al. 1982, Vincent 1993), betriebswirtschaftlich gesehen eine Verweildauerverkürzung im Krankenhaus (Osterbrink 1999, 2000) sowie auch eine Reduktion von kurzfristigen Wiedereinweisungen (Brüggemann et al. 2002) und gesundheitsökonomisch betrachtet eine Reduktion der Krankheitsraten (Winefield 1990).

Schmerzmanagement bei chronischen Wunden

Schmerzen werden von Patienten vielfach verschwiegen. Daher sollte das Thema Schmerz bei jeder Wundbehandlung mit dem Patienten besprochen werden, denn nur wenn der Schmerz bekannt ist, kann er vermieden oder gezielt behandelt werden. Wichtig ist es, die Schmerzen individuell durch den Patienten beurteilen zu lassen. Denn Schmerzen sind subjektiv und von Patient zu Patient unterschiedlich.

Ein wichtiger Grundsatz bei der Behandlung von Schmerzen lautet: Schmerz ist das, was der Patient als Schmerz angibt und was er als Schmerz definiert (Margo McCaffery 1983). Chronische Wunden sind oft schmerzhaft. Dadurch wird nicht nur die Lebensqualität der Patienten erheblich beeinträchtigt, sondern auch die Wundheilung verzögert. Das Schmerzempfinden der Patienten ist individuell unterschiedlich. Daher sollte jeder Patient selbst anhand einer Schmerzskala angeben, wie er seinen Schmerz einstuft. In Abhängigkeit vom individuellen Schmerzerleben des Patienten sollte dann ein Pflege- und Behandlungsplan abgestimmt werden. Die Behandlung des Schmerzes, gleich welcher Ursache, setzt also eine adäquate Dokumentation voraus.

Die Wahl eines Einschätzungsinstrumentes erfordert immer sorgfältige patientenorientierte Überlegungen. Auf Grund Ihrer klinischen Erfahrung wissen Sie, dass bei akuten Wundschmerzen (z.B. postoperative Schmerzen) neben der Intensität auch die Lokalisation wichtig ist. Dagegen sind bei chronischen Wunden oft chronische Schmerzen manifestiert, hier müssen wir neben der Lokalisation und Intensität des Schmerzes auch Fragen zur Vorgeschichte stellen: Seit wann besteht der Schmerz, wie fühlt er sich an, wie oft und bei welchen Gelegenheiten tritt er auf? Ist er ausstrahlend oder ständig vorhanden? Welche Faktoren verschlimmern oder lindern ihn? Wel-

che Folgen haben die Schmerzen auf das Leben des Patienten? Erst wenn Sie diese Fragen an den Patienten stellen und dokumentieren, wird Schmerz kommunizierbar.

Bei Patienten mit chronischen Wundschmerzen sind die Regeln des akuten Schmerzes aufgehoben, da nicht nur der Schmerz bewertet wird, sondern auch der Umgang mit der Schmerzkrankheit und die Auswirkungen auf das Alltagsleben. Chronische Wundschmerzen waren einmal akut. Ihre Aufgabe als Pflegekraft ist es, Schmerzen zu erkennen, sie fachgerecht zu dokumentieren und berufsgruppenübergreifend zu diskutieren.

Allein durch diese Maßnahmen kann die Chronifizierung von Schmerzen bei Patienten mit akuten Wundschmerzen eingeschränkt und die Schmerzsituation von Patienten mit bereits chronischen Schmerzen adäquater eingeschätzt und therapiert werden.

Im Fernlehrgang Pain Nurse des Klinikums Nürnberg, www.cekib.de, kann man lesen:

„Institutionalisierte Schmerzmessung und -dokumentation sind aus folgenden Gründen anzustreben:

1. Sie bietet den Patienten Gelegenheit, Schmerzen und schmerzbedingte Einschränkungen zum Ausdruck zu bringen.
2. Sie verleiht Patienten eine aktive Rolle im Schmerzmanagement.
3. Sie hilft den Patienten, die Schmerzen besser zu bewältigen.
4. Sie erleichtert die Kommunikation zwischen den beteiligten Berufs- und Dienstgruppen.
5. Sie ist ein dokumentierter Nachweis für die Wirksamkeit oder das Versagen jeglicher schmerzreduzierender Medikamente und Therapieformen.
6. Sie bietet die Möglichkeit zur Dokumentation jeglicher therapiebezogener Nebenwirkungen sowie zur Evaluation ihrer Behandlung.
7. Sie unterstützt die Suche nach der Differenzialdiagnose.
8. Sie bietet ärztlichen Kollegen eine



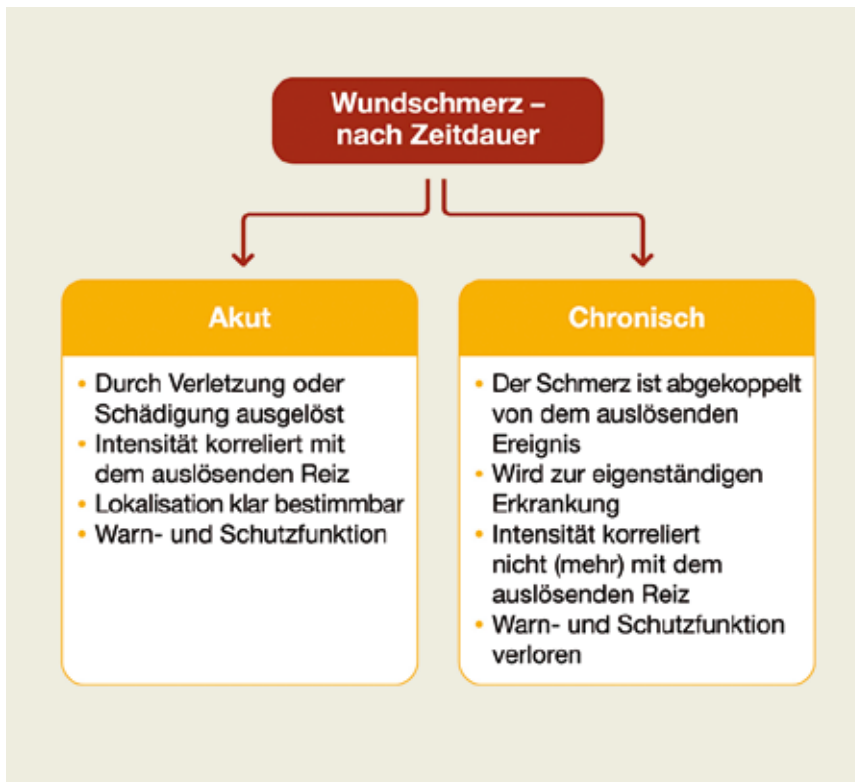
Grundlage für Arztbriefe, Gutachten und interne Praxisstatistik.“

Ein ganzheitliches Wundschmerzmanagement-Modell beinhaltet die Diagnosen. Deshalb müssen Behandlungsschemata immer individuell angepasst werden.

Das im folgenden vorgestellte Konzept zum Management von Wundschmerzen umfasst:

- ▶ Wunddiagnose,
- ▶ Wundmanagement,
- ▶ Einschätzung des Wundschmerzes,
- ▶ Wundschmerz.

Der Patient kann unter akuten und chronischen Wundschmerzen leiden. Chronische Wundschmerzen können bei Ruhe oder auch bei den Aktivitäten des täglichen Lebens auftreten. Eine weitere Form ist der akut rezidivierende Schmerz, der u.a. beim Verbandwechsel, Wundreinigung und Debridement auftreten kann.



Möglichkeiten der Schmerzerfassung

Die kontinuierliche Schmerzbestimmung ist ein wichtiges Instrument zur Optimierung der chronischen Schmerzbehandlung.

Mehrere Möglichkeiten stehen hier zur Verfügung.

- ▶ Numerische Rangskala
- ▶ Verbale Rangskala
- ▶ Visuelle Rangskala

(siehe Abbildungen, S.49 oben)

Kombinierte Skalen

Bei kombinierten Skalen (siehe Abbildungen, S.49 unten) sollten Sie den Patienten bitten, einen Punkt auf der stufenlosen Skala zu wählen, der seine aktuell empfundene Schmerzstärke am besten beschreibt.

Auf der Rückseite der Skala kann dann mit Hilfe der numerischen Rangskala der Schmerzwert (0-10) abgelesen werden und in das entsprechende Dokumentationsblatt oder in ein Schmerztagebuch eingetragen wer-



2. Teil Pflege bei Wundschmerz

Nicht medikamentöse Schmerztherapie

Im ersten Teil dieses PflegeKollegs ging es um die Unterschiede zwischen akuten, chronischen und akut rezidivierenden Wundschmerzen. In diesem Teil möchten wir Ihnen ein grundlegendes Verständnis der Schmerzphysiologie vermitteln, damit Sie die unterschiedlichen Schmerzzustände, das Schmerzemp-

finden Ihrer Wundpatienten besser verstehen und individuelle Behandlungskonzepte ableiten können. Die vorgestellten Behandlungskonzepte beziehen sich auf die nicht medikamentöse Behandlung von schmerzhaften Wunden, vor, während und nach dem Verbandwechsel.

Schmerzen haben eine wichtige Warn- und Schutzfunktion, welche die Unversehrtheit des Körpers erhalten sollen. Die Fähigkeit, Schmerzen zu empfinden, ist somit eine lebenserhaltende biologische Funktion unseres Organismus.

Die Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes definiert Schmerz als ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit einer aktuellen oder potenziellen Gewebeschädigung einhergeht, oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird (IASP, International Association for Study of Pain 1979).

Die Wahrnehmung des Schmerzes ist ein Bewusstseinsvorgang (Perzeption), der von der Aufnahme, Weiterleitung und zentralen Verarbeitung gewebeschädigender oder möglicherweise gewebeschädigender Signale (Nozizeption) bestimmt wird.

Wir unterscheiden verschiedene Schmerzarten: Nozizeptive Schmerzen und neuropathische Schmerzen.

Gewebeschädigung	↔	Nozizeptiver Schmerz
Nervenschädigung	↔	Neuropathischer Schmerz
Furcht und Angst	↔	Psychogener Schmerz



Nozizeptive Schmerzen

Nozizeptive Schmerzen lassen sich als angemessene physiologische Reaktion auf einen schmerzhaften Reiz definieren. Mechanische, biochemische oder thermische Reize (Wärme und Kälte) führen bei der Überschreitung einer individuellen Schwelle zur Aktivierung freier Nervenendigungen (Nozizeptoren) und dort zur Entstehung von

Aktionspotenzialen. Hierdurch kommt es zur Weiterleitung von elektrischen Impulsen in das periphere, anschließend in das zentrale Nervensystem (Rückenmark). Danach erst erfolgt die eigentliche Empfindung von Schmerzen in verschiedenen Bereichen des Gehirns. (Wieden, Sittig 2004). In der Regel sind diese Schmerzen von begrenzter Dauer. Jedoch können bei

2. Teil Pflege bei Wundschmerz

langsam heilenden Wunden oder chronischen Wunden anhaltende entzündliche Reaktionen zu einer verstärkten Empfindlichkeit von Wunde (primäre Hyperalgesie) und umliegender Haut (sekundäre Hyperalgesie) führen.

Neuropathische Schmerzen

Neuropathische Schmerzen entstehen auf Grund von Irritationen oder Verletzungen des peripheren oder zentralen Nervensystems und werden meistens von vegetativen, motorischen oder sensiblen Störungen begleitet. Häufige Ursachen sind primäre Läsionen, die auf ein Trauma, eine Infektion, eine Stoffwechselstörung oder auf eine Krebserkrankung zurückgeführt werden können. Oft sind neuropathische Schmerzen eine Ursache für die Entstehung von chronischen Schmerzen. Oft sind sie auch mit veränderter Berührungsempfindlichkeit verbunden. Schon leichte Berührungen, Druckausübung oder Temperaturänderungen können hier starke Schmerzen (Allodynie) auslösen. Patienten mit gesteigerter Empfindlichkeit werden die zusätzlichen Schmerzen bei der Wundversorgung wahrscheinlich unerträglich finden (Jane Jones 2004).

Auch psychogene Faktoren spielen eine große Rolle. Schmerzhaftes Vorerfahrungen beim Verbandwechsel können zu erhöhten Schmerzerwartungen führen. Viele weitere Faktoren, wie das Alter des Patienten oder der kulturelle Hintergrund, können ebenfalls eine Rolle spielen.

Atraumatischer Verbandwechsel

Insbesondere der Schmerz beim Verbandwechsel wird oft als stark eingestuft. Daher ist es besonders wichtig, moderne Wundauflagen zu verwenden, die eine feuchte Wundheilung fördern und einen atraumatischen sowie gewebeschonenden Verbandwechsel ermöglichen. Zum Beispiel sollten bei der Behandlung von schmerzhaften exsudierenden Wunden keine klebenden, adhäsiven Schaumverbände, sondern eher nicht haftende oder sanft haftende Schaumverbände mit hoher Absorptionsfähigkeit verwendet werden.

Grundsätzlich ist die Linderung von Schmerzen zunächst medikamentös geprägt. Mit dieser Maßnahme allein wird man aber der Komplexität des Schmerzes nicht gerecht.

Mythen rund um die Wundversorgung

Die Initiative der World Union of Wound Healing Societies räumt in ihrem Konsensusdokument „Reduzierung von Schmerzen bei der Wundversorgung“ mit einigen Mythen auf und erläutert:

Erste Annahme:

Nass-trocken-Verbände sind noch immer höchster Standard für die Wundversorgung.

Richtig ist:

Adhäsive Gaze kann empfindlich heilendes Gewebe zerstören und schwere Schmerzen auslösen.

Zweite Annahme:

Transparente Folienverbände sind die besten Verbände zur Behandlung von Hautrissen und anderen akuten kleineren Wunden und zur Verringerung von Schmerzen.“

Richtig ist:

Die falsche Anwendung von transparenten Folienverbänden ist eine häufige Ursache von Hautrissen.

Dritte Annahme:

Fixierverbände gehören zur schmerzlosesten Art, einen Verband zu befestigen.

Richtig ist:

Durch die gesteigerte Nervenempfindung in der weiteren Wundumgebung kann das Abnehmen jedes Fixierverbands schmerzhaft sein.

Vierte Annahme:

Das rasche Abziehen eines Verbands verringert die Schmerzen beim Verbandwechsel.

Richtig ist:

Diese Methode kann potenzielle Gewebeschäden und Traumaschmerz auslösen.

Fünfte Annahme:

Die Verwendung eines Hautversiegelungsmittels auf der wundumgebenden Haut verringert das Schmerz- und Traumarisiko.

Richtig ist:

Hautversiegelungsmittel schaffen lediglich eine dünne topische Schicht und schützen die tiefen Hautschichten nicht.

Sechste Annahme:

Patienten mit diabetischen Fußwunden spüren keine Schmerzen.

Richtig ist:

Zwar kann ein gewisser Verlust an peripherer Nervenempfindung vorliegen, aber auch eine höhere Sensibilität.

Siebte Annahme:

Schmerz kommt von der Wunde. Die umliegenden Hautgewebenerven spielen nur eine geringe Rolle.

Richtig ist:

Rückenmarksreaktionen auf eingehende Schmerzsignale können eine abnorme Sensibilität im umliegenden Bereich auslösen (Allodynie).

Achte Annahme:

Die einzige Art, Wundschmerzen zu behandeln, ist die Verabreichung eines oralen Analgetikums 30-60 Minuten vor dem Verbandwechsel.

Richtig ist:

Orale Analgetika können eine gewisse Linderung schaffen, sollten allerdings nicht als einzige Lösung in Betracht gezogen werden. Eine vollständige Schmerzbeurteilung muss zur Bewertung und Feineinstellung einer jeden verordneten Therapie erfolgen.

Quelle: Principles of best practise: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. London: MEP Ltd, 2004.



Medikamentöse und nicht medikamentöse Methoden müssen einen sinnvollen Zusammenhang ergeben. Erst dann können sie sich gegenseitig verstärken. Nicht medikamentöse Therapieformen können im pflegerischen und ärztlichen Leistungskatalog enthalten sein (Osterbrink, Stiehl 2004).

Periphere pflegerische, nicht medikamentöse Techniken

► Lagerungen

Achten Sie bei der Lagerung des Patienten darauf, jede unnötige Berührung oder Belastung zu vermeiden. Die Grundlagen der Kinästhetik sollten konsequent angewendet werden, um den Patienten schmerzfrei bzw. schmerzarm zu lagern.

► Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)

Niederfrequente Impulsströme haben große Verbreitung gefunden. Die Applikation erfolgt über aufklebbare Elektroden. Neben einer guten Analgesie bewirkt der niederfrequente Impulsstrom an der motorischen Endplatte eine Depolarisierung. Es handelt sich um eine sichere, nicht invasive Methode der Schmerzlinderung, die Erfolgsrate der Anwendung schwankt.

► Anwendung von Kälte

Bei der Kältetherapie werden bei postoperativen Schmerzen Kältepackungen direkt über der Inzisionsstelle einge-

Nicht medikamentöse Therapieoptionen bei Schmerz

Periphere Methoden	Zentral wirksame Methoden
Lagerungen	Ablenkung
TENS	Imagination
Kälte- und Wärmetherapie	Tiefe Atemtechnik
Massage	Entspannung
Hydro- /Thermotherapie	Meditation
Elektrotherapie /Ultraschall	Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
Schmerzphysiotherapie	

Periphere Techniken wirken bei allen Patienten ähnlich, während zentral wirksame (kognitive) Techniken von den individuellen Erfahrungen der Patienten bestimmt werden.

setzt, um den Schmerz oder eine potenzielle Schwellung zu verringern. Bei Patienten mit chronischen Schmerzzuständen ist häufig ein langsames Herantasten an Kälte erforderlich.

► Anwendung von Wärme

Oberflächliche Wärmeanwendungen haben in der Regel nur einen Effekt auf die Haut. Muskeln und andere tiefere Gewebeschichten sind häufig nicht betroffen, da sie durch das subkutane Fettgewebe isoliert werden.

Bei allen nicht medikamentösen Maßnahmen sollten die Indikationen und Kontraindikationen genau beachtet werden (vgl. hierzu Osterbrink, Stiehl 2004).

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Bestimmen Sie immer den Typ des Wundschmerzes (akut, akut rezidivie-

rend, chronisch, nozizeptiv, neuropathisch). Behandeln Sie die möglichen Schmerzursachen, z.B. Infektion, unbehandeltes Ödem etc. Stellen Sie eine angemessene nicht medikamentöse Behandlung sicher.

Weitere Informationen sowie Materialien über Wundschmerzmanagement erhalten Sie bei der Coloplast GmbH, Kuehnstr. 75, 22393 Hamburg, Internet: www.biatain-ibu.coloplast.de Tel.: 0180 2428246428 (0,06 € pro Anruf aus dem Festnetz)

Im dritten Teil dieses PflegeKollegs

- lernen Sie lokale und systemische Behandlungen für schmerzhafte Prozeduren wie Verbandwechsel und Debridement, aber auch zur Linderung andauernder lokaler Schmerzen kennen
- sowie die allgemeine lokale und systemische Schmerzbehandlung nach den gültigen Standards von Medizin und Pflege.

Fotos: Superbild, HELBERUFE Archiv



Großen Stellenwert bei der Pflege von Patienten, die Schmerzen haben, besitzen Beratung, Anleitung und Schulung der Patienten und ihrer Angehörigen. Pflegende bilden hier meist den Schnittpunkt zwischen den Patienten und anderen beteiligten Berufsgruppen.



Die Auswahl eines Verbandes, der für den Wundtyp geeignet ist und eine feuchte Wundheilung aufrecht erhält, ist von großer Bedeutung für die Wundheilung und für die Schmerzreduktion beim Verbandwechsel. Er sollte nicht mit der Wunde verkleben und lange auf der Wunde bleiben.

2. Teil Pflege bei Wundschmerz

Zehn Tipps zur nicht medikamentösen Schmerzbehandlung von Wundpatienten

- 1 Involvieren Sie den Patienten!**
Durch ein Gespräch lassen sich die Ängste des Patienten reduzieren und gemeinsam kann die am besten geeignete Verbandwechselltechnik vereinbart werden. Manchen Patienten helfen z.B. Pausen beim Verbandwechsel. Anderen fällt es leichter, wenn sie den Verband selbst wechseln.
- 2 Vermeiden Sie unnötige Reize!**
Ein Luftzug durch ein offenes Fenster beispielsweise kann die Schmerzen erhöhen. Denken Sie daran, dass jede leichte Berührung Schmerzen auslösen kann.
- 3 Wann immer indiziert, weichen Sie auf ein autolytisches Debridement, z.B. mit Hydrogelen, aus!**
- 4 Tragen Sie bei einem mechanischen Debridement ein Lokalanästhetikum auf!** (Ausführlich im nächsten Teil dieses PflegeKollegs.)
- 5 Spülen Sie die Wunde zur Wundreinigung möglichst mit körperwarmen Spüllösungen!**
Vermeiden Sie starken Druck bei der Spülung!
- 6 Lassen Sie die Wunde nicht unnötig lang unverbunden!**
So vermeiden Sie die Auskühlung und Austrocknung der Wunde.
- 7 Wählen Sie einen Verband, der für den Wundtyp geeignet ist und der eine feuchte Wundheilung aufrecht erhält!**
Dadurch können die Reibung an der Wundoberfläche reduziert, Schmerzen und Trauma beim Abnehmen des Verbands auf ein Mindestmaß verringert werden. Ein Verband, der ein feuchtes Milieu erhält, verklebt nicht mit der Wunde und kann möglichst lange auf der Wunde verbleiben. So reduzieren Sie die Häufigkeit der Verbandwechsel.
- 8 Achten Sie auf Ödeme!**
Bei venösen Erkrankungen kann eine Kompressionstherapie zur Ödemkontrolle helfen.
- 9 Analysieren Sie nach jedem Verbandwechsel den Schmerzauslöser!**
Fragen Sie den Patienten direkt, bei welcher Aktion er die meisten Schmerzen hatte!
- 10 Lassen Sie den Sitz und das Verfahren des Wechsels beurteilen!**

Literaturliste:

1. Osterbrink, Jürgen; Stiehl, Michael: „Der Schmerzpatient in der Pflege.“ 1. Aufl. 2004, ComMed Basel, Verlagsagentur.

2. Wieden, Thorsten; Sittig, Hans Bernd: „Leitfaden Schmerztherapie.“ 1. Aufl. 2005, Elsevier GmbH München, Urban und Fischer Verlag, S. 30-39.

3. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004): „Sonderdruck Expertenstandard ‚Schmerzmanagement in der Pflege‘ einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse.“ University of Applied Sciences, Fachhochschule Osnabrück (DNQP).

4. Aktories, Förstermann, Hofmann, Starke: „Allgemeine Pharmakologie und Toxikologie.“, 9. Auflage 2005, Elsevier GmbH München, Urban und Fischer.

5. „Principles of best practise: Minimising pain at wound dressingrelated procedures.“ A consensus document. London: MEP Ltd, 2004.

6. Jünger, Münter, Osterbrink, Schröder: „Einschätzung und Management von schmerzhaften chronischen Wunden.“ Leitfaden für Medizin und Pflege. 1. Aufl. 2006, Coloplast GmbH, Hamburg.

Dieses PflegeKolleg ist ein gemeinsames Projekt der Redaktion HEILBERUFE und des Instituts für Innovation und Beratung (INIB) der Evangelischen Fachhochschule Berlin mit freundlicher Unterstützung der Coloplast GmbH, Hamburg.



Kälte wirkt durch Hemmung entzündlicher Stoffwechselprodukte. Durch die lokale Unterkühlung kommt es zur direkten Hemmung der Schmerzrezeptoren und der Schmerzleitung. Bei postoperativen Wundschmerzen hat sich Kälteanwendung bewährt. Vorsicht bei chronischen Schmerzen!



3. Teil Pflege bei Wundschmerz

Lokale und systemische Schmerztherapie

Nachdem es im ersten und zweiten Teil dieses PflegeKollegs um die Klassifizierung von Typen des Wundschmerzes (akut, akut rezidivierend, chronisch, nozizeptiv, neuropatisch) und um nicht medikamentöse Konzepte zur Schmerztherapie ging, vermitteln wir Ihnen nun medikamentöse Behandlungskonzepte. Bitte beachten Sie bei der Anwendung auch die jeweiligen Gebrauchsanweisungen und Beipackzettel der Hersteller, um die Indikationen, Nebenwirkungen und Gegenanzeigen individuell bewerten zu können.

Grundsätzlich kann empfohlen werden, mit dem Patienten über seine Erwartung an die Schmerztherapie zu sprechen und gemeinsam mit ihm realistische Ziele zu formulieren. Das Ziel einer modernen Schmerztherapie besteht nicht darin, Schmerzen völlig verschwinden zu lassen. Vielmehr ist der Ansatz: größtmögliche Schmerzminderung bei kleinstmöglicher Aktivitätseinschränkung. Der Patient soll seine Schmerzen im Griff haben und nicht umgekehrt. (Osterbrink, Knöpfel 2004).

Zur Schmerzbehandlung kommen neben den klassischen Nicht-Opioid- und Opioid-Analgetika auch andere Wirkstoffgruppen, wie z.B. Lokalanästhetika, Narkotika und Benzodiazepine zum Einsatz. Die Auswahl richtet sich nach der Art und Intensität der Schmerzen. Weiter sind das Alter, der Allgemeinzustand, die Nieren- und Leberfunktion der Patienten zu berücksichtigen.

Während des Kongresses „Die Zukunft in der Versorgung von Patienten mit schmerzhaften chronischen Wunden“ (Köln 2006) kam Prof. Dr. Eike Debus zu dem Schluss, dass Schmerzen in chronischen Wunden immer multifaktoriell sind und häufig auch lokal in der Wunde entstehen. Nur eine effektive lokale Schmerzausschaltung könne eine effektive Verbesserung der Lebensqualität erreichen. Neben dem krankheitsspezifischen Therapieansatz

sei ein ganzheitlicher Therapieansatz erforderlich.

Lokale Behandlungsansätze

Zu einer adäquaten und schmerzarmen Wundbehandlung gehören moderne Wundauflagen, die eine feuchte Wundheilung fördern sowie eine atraumatische und gewebeschonende Entfernung ermöglichen. Mit einem neuen Schaumverband (Biatain-Ibu) ist es gelungen, exzellentes Exsudatmanagement um die schmerzlindernde Wirkung von Ibuprofen zu ergänzen. Anwendung: In Abhängigkeit von der Exsudatmenge wird Ibuprofen in die Wunde abgegeben, um den Wundschmerz lokal zu lindern. Pro cm² sind 0,5 mg Ibuprofen im Polyurethanschaum enthalten und homogen verteilt. Die Ibuprofenabgabe kann über einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen anhalten, je nach Exsudatbildung der Wunde. Die Freisetzung von Ibuprofen kann hier über die gesamte Tragezeit und während des Verbandwechsels zur Schmerzreduktion führen. Der Ibuprofen freisetzende Schaumverband wird zur Behandlung von exsudierenden Wunden, die durch Gewebeschädigung schmerzen, empfohlen, wie z.B. Ulcus cruris, Dekubitus, Diabetisches Fußsyndrom, kleinere Brandwunden bis Grad II a, Spalthautentnahmestellen, postoperative Wunden, Hautabschürfungen, sofern keine tieferen Schich-



ten als die Haut betroffen sind (z.B. Knochen, Sehnen, Muskeln). Biatain-Ibu-Schaumverbände können unter Kompressionsverbänden angewendet werden. Jorgensen hat dabei in einer Studie nachgewiesen, dass die systemische Wirkung von Ibuprofen auf Grund der Konzentration im Blutplasma unterhalb der Nachweisgrenze liegt und Nebenwirkungen, die sonst bei der oralen Therapie von Ibuprofen auftre-

Foto/Grafiken: Coloplast

ZIELE

Ziele der medikamentösen Schmerztherapie sind:

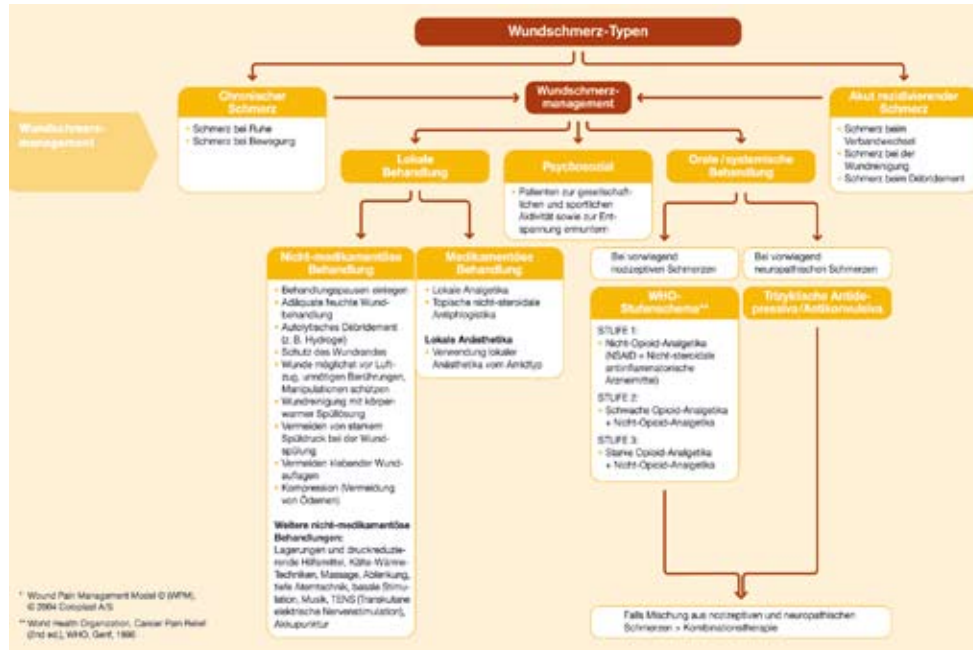
- ▶ Das Leben des Patienten sollte nicht mehr allein vom Schmerz beherrscht sein und er sollte sein inneres Gleichgewicht zurückgewinnen.
- ▶ Durch die Schmerzreduktion kann sich der Patient besser bewegen und gewinnt mehr Bewegungsfreiheit.
- ▶ Der Patient ist weniger auf die Hilfe anderer angewiesen und kann den Alltag wieder eigenständiger gestalten.
- ▶ Nachts ist er schmerzfrei und kann durchschlafen. Dadurch ist er tagsüber belastbarer und kann wieder mehr am Leben teilnehmen (Familie, Arbeitsplatz etc.).

3. Teil Pflege bei Wundschmerz

ten, unter Anwendung von Biatain-Ibu nicht nachgewiesen werden konnten. (Jorgensen et al. 2006).

Bei akuten Schmerzphasen im Rahmen kurzfristiger Manipulationen an der Wunde (Debridement, Wundverschluss) genügen häufig Lokalanästhetika. Bei kleineren Eingriffen können Infiltrationsanästhesien erforderlich sein, bei denen die Wunde um- oder unterspritzt wird. Wichtig ist, dass bei Anwendungen im Bereich von Wunden die lokalanästhesierenden Lösungen keinen Zusatz eines Vasokonstriktors (z.B. Adrenalin) enthalten, um die Wundheilung nicht zu stören.

Bewährt hat sich auch der Einsatz von einer Lidocain/Prilocain-Creme unter Okklusion (EMLA). Sie kann zur Lokalanästhesie vor mechanischer Wundreinigung (Debridement) von Ulcus cruris u.a. eingesetzt werden. Dazu wird eine messerrückendicke Schicht (1-2 g Creme/10 cm² bis maximal 10 g) 30 Minuten vor dem geplanten Debridement aufgetragen. Um eine gleichmäßige Wirkung zu erhalten, ist es meist hilfreich, EMLA mit einer Kompresse unter einer Folie (Okklusion) zu fixieren. Nach dem Entfernen der Folie fällt die anästhesierende Wirkung schnell ab, so dass unmittelbar danach mit dem Debridement begonnen werden muss.



Es steht also nur ein sehr geringes Zeitfenster für den Eingriff bereit und eine gute Zeitplanung ist unbedingt erforderlich. (Probst, Vassel-Biergans 2004).

Invasive Verfahren

Für einige Patienten kann es auch sinnvoll sein auf subkutane, intravenöse, peridurale, intrakathedrale oder intraventrikuläre Darreichungsformen auszuweichen.

Das WHO-Stufenschema

Die medikamentöse Schmerztherapie stellt vor allem in der Akutschmerztherapie und in der Tumorschmerztherapie die bedeutendste Therapiekomponente dar. Von der Weltgesundheitsorganisation wurde 1986 das WHO-Stufenschema entwickelt. Es diente zunächst zur Orientierungshilfe bei der medikamentösen Therapie chronischer Tumorschmerzen, wird heute aber zunehmend auch

EINTEILUNG DER ANALGETIKA

Die früher gängige Einteilung in zentral und peripher wirksame Analgetika ist heute nicht mehr korrekt. Es empfiehlt sich daher, opioidartige Analgetika (Opioidanalgetika) und nicht opioidartige Analgetika zu unterscheiden (Aktories et al. 2005). Grundsätzlich kommen bei der Schmerztherapie folgende Substanzgruppen zum Einsatz:

- ▶ Opioide (z.B. Morphin)
- ▶ Nichtopioide (z.B. Ibuprofen, Metamizol)
- ▶ Lokalanästhetika (z.B. Lidocain)
- ▶ Co-Analgetika (z.B. Kortison, Antidepressiva, Antiepileptika)
- ▶ Begleitmedikamente (d.h. Medikamente gegen Nebenwirkungen, z.B. Abführmittel)

ERKLÄRUNGEN ZUM WHO-STUFENPLAN

(vgl. Osterbrink, Knöppel 2004)

Stufe 1:

Leichte bis mäßige Schmerzen sollten mit Nichtopioide-Analgetika behandelt werden. Überwiegend kommen nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) zur Anwendung. Zunehmenden Einsatz in der Praxis finden auch COX-2-Hemmer.

Stufe 2:

Werden Schmerzen mit Schmerzmitteln der Stufe 1 nach Aussage des Patienten nicht ausreichend gelindert, wird auf schwach wirksame Opioide, die nicht der BtmVV (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung) unterliegen, umgestiegen.

Stufe 3:

Ist bei stärksten Schmerzen mit der Kombination eines Nichtopioids plus eines schwach wirksamen Opioids keine zufrieden stellende Wirkung zu erzielen, wird in der dritten Stufe das schwach wirksame gegen ein stark wirksames Opioid ausgetauscht. Alle Opioide der Stufe 3 unterliegen in Deutschland in der Regel der BtmVV.



bei Schmerzen nicht maligner Ursache eingesetzt. (Wieden, Sittig 2005).

Der WHO-Stufenplan sieht den Einsatz von schwach wirksamen bis zu stärksten Schmerzmitteln vor. In der Regel beginnt man mit der Stufe 1. In Ausnahmefällen, etwa nach Operationen, bei Unverträglichkeiten, älteren Patienten oder primär chronischen Schmerzerkrankungen kann es jedoch empfehlenswert sein, direkt mit Opioidanalgetika anzufangen.

Medikation bei neuropathischen Schmerzen

Als zusätzliche Medikation bei der Therapie neuropathischer Schmerzen haben sich sogenannte Co-Analgetika bewährt. Hier sind Produktgruppen wie Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva zu nennen. In der Schmerztherapie sind die Dosierungen oft niedriger als in der Psychiatrie und zeigen gute Erfolge.

Antikonvulsiva (Antiepileptika) gehören auch zur Gruppe der Co-Analgetika bei neuropathischen Schmerzen. Psychopharmaka werden von Schmerzpatienten nicht selten abgelehnt, weil sie sich ohnehin schon zu oft „auf die Psychoschiene abgeschoben“ fühlen. Ermutigen Sie hier die Patienten zu einem Therapieversuch und klären Sie

sie über den Grund der Verordnung und mögliche Nebenwirkungen auf.

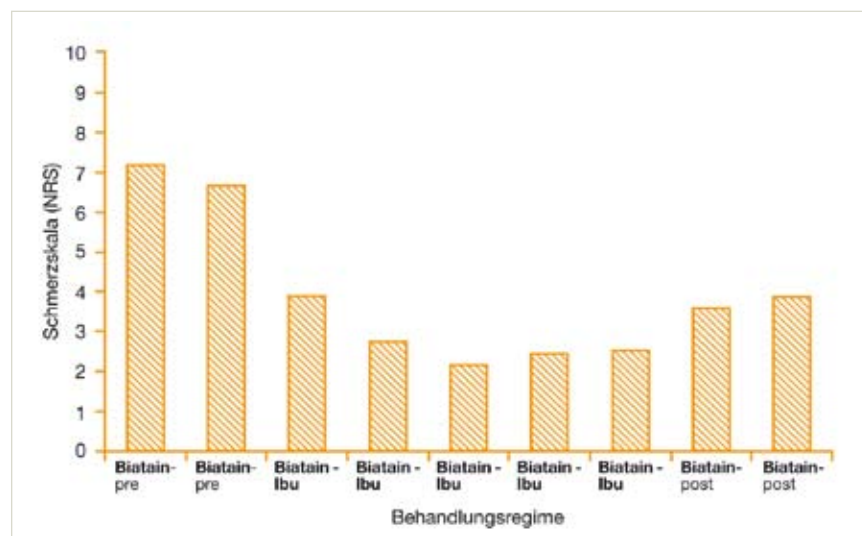
FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Beachten Sie immer, dass Schmerztherapie eine sehr individuelle Therapie ist und die Dosierung vom Schmerz des Patienten und nicht allein von Dosierungsschemata abhängig ist. Bedürfnisse des Patienten sollten auf jeden Fall berücksichtigt werden und nicht medikamentöse Maßnahmen sollten in den Therapieplan aufgenommen werden. Auch der Behandlung von Nebenwirkungen und eine entsprechende Aufklärung des Patienten muss eine erhöhte Aufmerksamkeit zukommen.

Das Führen eines Schmerztagebuches sollte sowohl in der Einstellungsphase als auch zur laufenden Therapiekontrolle empfohlen werden.

Schmerztagebücher für Patienten mit chronischen Wundschmerzen sowie Schmerzskaleten für ein entsprechendes Assessment können Sie anfordern unter:

Coloplast GmbH
Postfach 70 03 40
22003 Hamburg
www.biatain-ibu.coloplast.de
0180 2428246428



Behandlungsregime Biatain-Ibu

Literaturliste

Osterbrink, Jürgen; Stiehl, Michael:
„Der Schmerzpatient in der Pflege“,
1. Aufl. 2004, ComMed Basel, Verlags-
agentur.

Osterbrink, Jürgen; Knöpfel, Silvia:
„Begleitung von Schmerzpatienten. Thera-
piestrategien mit retardierten Opioiden“,
2004, Aesopus Verlag e.K., Linkenheim

Wieden, Thorsten; Sittig, Hans Bernd:
„Leitfaden Schmerztherapie“,
1. Aufl. 2005, Elsevier GmbH München, Ur-
ban und Fischer Verlag, S. 30-39

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwick-
lung in der Pflege (2004):
Sonderdruck Expertenstandard „Schmerz-
management in der Pflege“ einschließlich
Kommentierung und Literaturliste
University of Applied Sciences, Fachhoch-
schule Osnabrück (DNQP)

Aktories, Förstermann, Hofmann, Starke:
„Allgemeine Pharmakologie und Toxi-
kologie“
9. Auflage 2005, Elsevier GmbH München,
Urban und Fischer

Zenz, Strumpf, Willweber-Strumpf:
„Taschenbuch der Schmerztherapie“,
2. Aufl. 2004, Wissenschaftliche Verlagsge-
sellschaft mbH, Stuttgart

Jünger, Münter, Osterbrink, Schröder:
„Einschätzung und Management von
schmerzhaften chronischen Wunden. Leit-
faden für Medizin und Pflege“,
1. Aufl. 2006, Coloplast GmbH, Hamburg

Probst, Wiltrud; Vassel-Biergans, Anette:
„Wundmanagement. Ein illustrierter Leit-
faden für Ärzte und Apotheker“,
2004, Wissenschaftliche Verlagsge-
sellschaft mbH, Stuttgart

Dieses PflegeKollekt ist ein gemeinsames
Projekt der Redaktion HEILBERUFE und
des Instituts für Innovation und Beratung
(INIB) der Evangelischen Fachhochschule
Berlin mit freundlicher Unterstützung der
Coloplast GmbH, Hamburg.

PflegeKolleg: Fortbildung zum Mitmachen!

Auf dieser Seite finden Sie einen Fragebogen zum Thema „Pflege bei Wundschmerz“ (Juli bis September 2006). Für jeden richtig ausgefüllten und an die Redaktion gesandten Fragebogen vergibt das Institut für Innovation und Beratung an der Evangelischen Fachhochschule Berlin (INIB) gemeinsam mit der Redaktion HEILBERUFE ein Zertifikat, das Ihnen die erfolgreiche Teilnahme am **PflegeKolleg** bestätigt.
Bei jeder Frage ist nur eine Antwort richtig! Einsendeschluss ist der 30. November 2006.

Den Fragebogen
 bitte ausgefüllt bis
 30. November 2006
 senden an:
 HEILBERUFE
 Ehrenbergstr. 11-14
 10245 Berlin
 oder per Fax:
 030 20456012
 Teilnahme im Internet:
www.heilberufe-online.de

Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir:

1. Preis: Eine Fortbildungswoche in Hamburg zum Wundexperten ICW mit Hotelunterkunft
2. Preis: Eine Digitalkamera zur Wunddokumentation
- 3.-8. Preis: Ein Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege

Name

Vorname

PLZ/Ort

Straße

Ich bin Abonnent/in von HEILBERUFE.

Ich arbeite als Ich bin Schüler/in.

Fragebogen

1. Welche Aussage ist richtig?

- Schmerzen, die der Patient angibt, sollten durch eine Pflegekraft immer in Frage gestellt werden.
- Schmerz ist das, was der Patient als Schmerz angibt und was er als Schmerz definiert.
- Schmerzen beeinträchtigen die Lebensqualität eines Menschen nicht.

2. Institutionalisierte Schmerzmessung und -dokumentation sind aus folgenden Gründen anzustreben (Welche Aussage ist falsch?):

- Sie bietet dem Patienten eine passive Rolle im Schmerzmanagement.
- Sie bietet dem Patienten die Gelegenheit, Schmerzen und schmerzbedingte Einschränkungen zum Ausdruck zu bringen.
- Sie ist ein dokumentierter Nachweis für die Wirksamkeit oder das Versagen jeglicher schmerzreduzierender Medikamente und Therapieformen.

3. Wenn Schmerzen abgekoppelt sind vom auslösenden Ereignis, spricht man von:

- Akuten Schmerzen
- Chronischen Schmerzen
- Akut rezidivierenden Schmerzen

4. Möglichkeiten der Schmerzerfassung bieten folgende Skalen (Welche Aussage ist falsch?):

- Numerische Rangskala
- Visuelle Rangskala
- Benjamin-Franklin-Fragebogen

5. Schmerzen, die bei einer Gewebeschädigung auftreten, sind:

- Psychogene Schmerzen
- Neuropathische Schmerzen
- Nozizeptive Schmerzen

6. Unter sekundärer Hyperalgesie kann man Folgendes verstehen:

- Eine verstärkte Empfindlichkeit der Wunde
- Eine verstärkte Empfindlichkeit der umliegenden Haut
- Schmerzfreiheit bei optimaler Therapie

7. Welche Aussage ist richtig?

- Patienten mit diabetischen Fußwunden verspüren keine Schmerzen.
- Das rasche Abziehen eines Verbands verringert die Schmerzen beim Verbandwechsel.
- Durch die gesteigerte Nervenempfindung kann das Abnehmen eines Fixierverbands schmerzhaft sein. Deshalb sollte man bei Bedarf z.B. auf nicht haftende oder sanft haftende Schaumverbände ausweichen.

8. Zu den nicht medikamentösen Therapieoptionen gehören folgende Optionen nicht:

- TENS
- EMLA-Creme
- Ablenkung

9. Auf der Stufe 1 der WHO-Stufenskala findet man folgende Medikamente:

- Starke Opioide (Oxycodon, Hydromorphon etc.)
- Nichtopioid-Analgetika (Ibuprofen, Diclofenac, Acetylsalicylsäure etc.)
- Schwache Opioide (Tramadol, Dihydrocodein, Tilidin etc.)

10. Neuropathische Schmerzen können mit folgenden Co-Analgetika nicht behandelt werden:

- Antidepressiva
- Antikonvulsiva
- Insulin

11. Biatain – Ibu, der Schaumverband mit Ibuprofen, ist indiziert für folgende Schmerzen:

- Neuropathische Schmerzen mit rezidivierenden Spitzen
- Psychogene Schmerzen mit starken Kopfschmerzen
- Zur Behandlung von exsudierenden Wunden, die durch Gewebeschädigung Schmerzen

12. EMLA-Creme wird eingesetzt:

- Bei Rückenbeschwerden u. Nackenschmerzen
- Zur Lokalanästhesie vor mechanischer Wundreinigung (Debridement) von z.B. einem Ulcus cruris.
- Darf nicht unter Okklusion angewendet werden.

13. Welche Aussage ist falsch?

- Die Schmerztherapie ist immer eine individuelle Therapie.
- Die Dosierung des Medikamentes ist nur vom Behandlungsschema abhängig, nicht aber vom Schmerz des Patienten.
- Nicht medikamentöse Maßnahmen sollten den Therapieplan unterstützen.



Die erfolgreiche Teilnahme an diesem PflegeKolleg erfordert einen zeitlichen Aufwand von ca. sechs Stunden und kann mit vier Punkten im Rahmen der vom Deutschen Pflegerat getragenen Freiwilligen Registrierung geltend gemacht werden.

www.freiwillige-registrierung.de



Überprüfen Sie Ihr Wissen!

Kasuistik

Thema: Wundschmerzen lokal behandeln



1.6.2006: Das Ulcus cruris zu Beginn der Behandlung mit Biatain – Ibu®.

Ausgangssituation

Eine Patientin wurde am 24.5.2006 in die stationäre Behandlung der geriatrischen Abteilung des Evangelischen Waldkrankenhauses Berlin-Spandau aufgenommen. Beide Beine der Patientin waren stark ödematös. Von der Mitte des linken Unterschenkels bis zum Fußgelenk fanden sich, zirkulär am Unterschenkel verteilt, multiple, dicht aneinander gereihete, unterschiedlich große schmerzhafte Ulzerationen.

Die Fläche der Wundulzerationen variierte von 0,2–3 cm² bei einer Tiefe von 0,2–0,3 cm. Bei der Aufnahme wurde eine lokale Infektion des Unterschenkels diagnostiziert. Typische Endzündungszeichen waren sichtbar. Nach Behandlung der Infektion äußerte die Patientin trotz oraler Gabe von Metamizol 4 x 500 mg weiterhin Ruheschmerzen der Stärke 4–5 mit kurzzeitigen intermittierenden Spitzen bis zur Stärke 7 auf einer numerischen Rangskala (NRS 1–10). Während der Verbandwechsel gab die Patientin Schmerzen der Stärke 7–8 an.

► Therapie und Verlauf

Nach einem ausreichenden Debridement der Wunde wurde zunächst die lokale Infektion der Wunde behandelt. Als Wundaufgabe wurde hier ein silberhaltiger Schaumverband (Contreet®) verwendet.

Nach Abklingen der Infektionszeichen und trotz systemischer Schmerzbehandlung bestanden weiterhin, wie oben beschrieben, Ruheschmerzen und Schmerzen während des Verbandwechsels. Am 1.6.2006 wurde daher die Therapie mit einem Schaumverband mit Ibuprofen (Biatain – Ibu®) fortgesetzt. Auf Grund von lokalen Fibrinbelägen wurde die Therapie mit einem Hydrogel (Purilon®) kombiniert. Bereits am Folgetag reduzierte sich der Ruheschmerz auf das Niveau von 2–3.

Der erste Verbandwechsel erfolgte am 4.6.2006 und war nach Angabe der Patientin vollkommen schmerzfrei. Die Wunde wurde gespült und der Schaumverband mit Ibuprofen (Biatain – Ibu®) gewechselt. Am 8.6.2006 wurde die systemische Analgesie mit Metamizol auf 2 x 500 mg reduziert. Die darauf folgenden Verbandwechsel waren trotz

leichter mechanischer Entfernung von Fibrinbelägen und geringem nekrotischen Material schmerzfrei – lediglich ein kleines Areal am proximalen Rand des Unterschenkels war etwas berührungsempfindlich.

► Ergebnis

Während der Behandlung zeigte das Ulcus einen sehr guten Wundheilungsverlauf. Die Ulzerationen zeigten bei der Entlassung sauberes, gut durchblutetes Granulationsgewebe. Die Rötung und die Infektionszeichen verschwanden unter der Behandlung mit dem silberhaltigen Schaumverband Contreet®. Die Ruheschmerzen waren bei der Behandlung mit Biatain – Ibu® soweit gelindert, dass die Patientin eine weitgehende Schmerzfreiheit angab, sie berichtete nur noch über gelegentliche Schmerzen der Stärke 2–3 für kurze Zeit.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

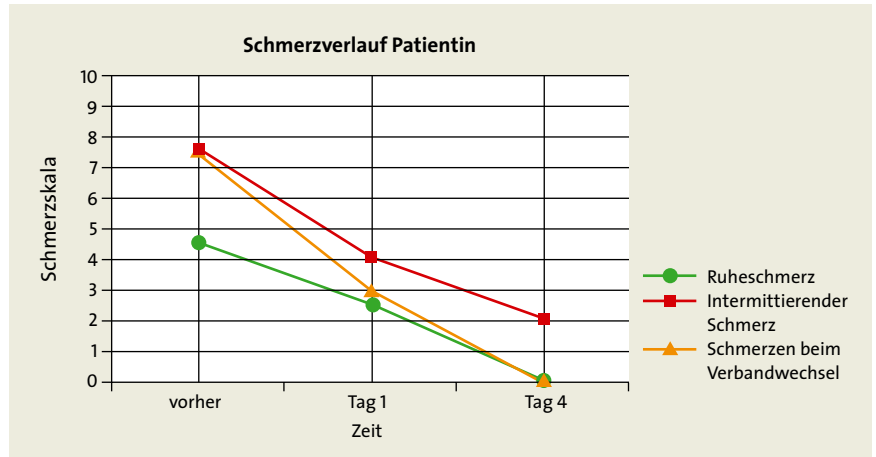


6.6.2006: Die Patientin gibt seit dem 4.6.2006 völlige Schmerzfreiheit während des Verbandwechsels und der Tragezeit des Verbands an.



8.6.2006: Die Patientin wird schmerzfrei und mit gesundem Granulationsgewebe in die häusliche Umgebung entlassen. Die Therapie mit Biatain – Ibu® wird weiter fortgesetzt.

Fotos: Ev. Waldkrankenhaus Berlin-Spandau



Die Patientin wurde am 14.6.2006 nach Hause entlassen. Die Weiterbehandlung mit Biatain – Ibu® wurde empfohlen.

► Schlussfolgerung

Dieser Fall zeigt deutlich, dass sich Schaumverbände mit Ibuprofen (Biatain – Ibu®) gut zur Behandlung von exsudierenden Wunden, die durch Gewebeschädigung schmerzen, eignen. Die Schaumverbände können auf Grund ihres guten Exsudatmanagements – insbesondere ihres guten

Retentionsvermögens – sehr gut unter Kompressionstherapie eingesetzt werden. Die Freisetzung von Ibuprofen erfolgte über die gesamte Tragezeit und führte auch während des Verbandwechsels zur Schmerzreduzierung.

Dr. med. Govinda Kühn-Freitag
 Funktionsoberärztin,
 Fachärztin für Allgemein und
 Klinische Geriatrie,
 Akut-Geriatrie
 Ev. Waldkrankenhaus Berlin-Spandau

LITERATUREMPFEHLUNG

HEILBERUFE spezial „Ulcus cruris“

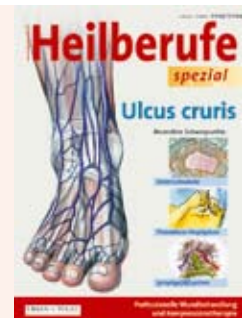
65 Seiten kompaktes Pflegewissen, Handlungsanleitungen, Checklisten

Preis: 7,50 € (inklusive MwSt. und Versand)

Bestellung per E-Mail: heilberufe@urban-vogel.de

Internet: www.heilberufe-online.de

Fax: 089 4372-1410



In dieser Reihe werden aktuelle Standards für die tägliche Pflege im ambulanten wie im stationären Bereich vorgestellt. Eine Zusammenfassung der Standards finden Sie in der dritten Auflage des Fachbuchs „Moderne Wundversorgung“ von Kerstin Protz, erschienen im Verlag Urban & Fischer, München.



Polyurethanschaumverband mit Ibuprofen (Biatain – Ibu)		
Indikationen	Kontraindikationen	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Zur Behandlung von exsudierenden, schmerzhaften Wunden, wie z.B. Dekubitus, Ulcus cruris, Läsionen beim Diabetischen Fußsyndrom, kleinere Verbrennungswunden bis zu Grad IIa, Spalthautentnahmestellen, postoperative Wunden und Hautabschürfungen ▶ Voraussetzung: Die Wunde darf nicht über eine Verletzung der Hautschichten wie z.B. Knochen, Muskulatur, Sehne hinausgehen ▶ Verweildauer 1-7 Tage 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bekannte Allergie/Überempfindlichkeit gegenüber Ibuprofen oder einem sonstigen Inhaltsstoff, Acetylsalicylsäure oder andere nicht steroidale Entzündungshemmer, insbesondere wenn in der Vergangenheit Reaktionen wie Asthmanfälle, Nasenschleimhautentzündungen oder Hautreaktionen aufgetreten sind. ▶ Wunden, die tiefere Schichten als die Haut betreffen: z.B. Knochen-, Muskulatur- oder Sehnenngewebe ▶ Keine Anwendung während der Schwangerschaft und bei Kindern unter 12 Jahren 	
Ziele/Eigenschaften	Maßnahmen	Dokumentation
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Polyurethanschaumverband der pro cm² 0,5 mg Ibuprofen enthält ▶ Ibuprofenfreisetzung bei Kontakt mit Wundexsudat ▶ Kontinuierliche Abgabe von Ibuprofen in die Wunde bis zu 7 Tage in Abhängigkeit von der Exsudatmenge ▶ Lokale Schmerzlinderung über die gesamte Tragezeit und während des Verbandwechsels ▶ Effektives Exsudatmanagement = rasche Aufnahme und Bindung von Wundexsudat ▶ Reduktion des Mazerationsrisikos durch punktuelle Exsudataufnahme und Speicherung in die kapillare dreidimensionale Polymerstruktur der Wundauflage ▶ Bei begleitender Kompressionstherapie einsetzbar ▶ In zwei Varianten erhältlich: nicht haftend und sanft haftend mit einer spinnennetzartig aufgebrachten Haftschicht auf dem Polyurethanschaum (aber ohne Klebeflächen) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Patient über geplante Maßnahmen informieren und entsprechend lagern ▶ Bettenschutz einlegen ▶ Abwurf bereitstellen ▶ Ablage, um Material vorzubereiten ▶ Material bereitlegen: entsprechende Größe Biatain – Ibu (je nach Zustand der Wundumgebung nicht haftend oder sanft haftend verwenden), sterile Kompressen, sterile Pinzette, Ringerlösung/NaCl 0,9 %, elastische Mullbinden oder Fixiervlies/-pflaster zum Befestigen, ggf. Schere zum Zuschneiden des Fixierpflasters ▶ Hände desinfizieren und bei Verschmutzung waschen (je nach hauseigenem Hygienestandard) ▶ mit unsterilen Handschuhen alten Verband lösen und werfen ▶ Hände desinfizieren und Einmalhandschuhe wechseln ▶ Wundreinigung mit Ringerlösung/NaCl 0,9 %, Spritze, Kanüle, Knopfkanüle oder Einmalpulpkatheter ▶ Wundränder mit steriler Kompresse trocken wischen, b. Bed. Hautschutz applizieren 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bei Dekubitalulzerationen Risiko einschätzung alle 7 Tage anhand einer Risikoskala (Braeden-Skala, Norton-Skala) ▶ Regelmäßige Dokumentation nach jedem Verbandwechsel im Pflegebericht oder auf extra Wunddokumentationsbögen; zusätzlich sollte ein Schmerztagebuch und eine Schmerzsкала geführt werden ▶ Dokumentation von: Lokalisation, Ausmaß der Gewebeschädigung, Wundheilungsphase, Wundsekretion (Menge, Farbe, Geruch), Infektionszeichen, Wundumgebung, Größe, Tiefe; Begleitmaßnahmen: Lagerung, Hilfsmittel, Systeme, Medikamente, Fotodokumentation alle 14 Tage und bei Wundveränderung (Patienteneinwilligung)
Risikofaktoren/Hinweise	Allgemeines	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Keine gemeinsame Anwendung mit oxidierenden Lösungen wie z.B. Hypochlorid oder Wasserstoffperoxid ▶ Entfernung der Wundauflage vor Strahlenbehandlungen wie z.B. Röntgenaufnahmen, Ultraschall, Diathermie, Mikrowellen oder MR-Tomographie ▶ Bei schwach exsudierenden Wunden empfiehlt sich eine Anfeuchtung der Wundauflage mit NaCl 0,9 % oder Ringerlösung = Ibuprofenfreisetzung ist abhängig von der Exsudatmenge ▶ Die Wundauflage kann bis zu einer Gesamtwundauflagefläche von 1.200 cm² angewendet werden = z.B. 3 Verbände à 20 x 20 cm. Verbandwechsel nicht häufiger als 2 x/Tag = entspricht bei einer Maximalanwendung 2.400 cm² Gesamtverbandfläche. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bestand überprüfen; beh. Arzt wegen Rezeptierung kontaktieren ▶ Qualifikation: examiniertes Krankenpflegepersonal ▶ Unterschriften: PDL/beh.Arzt 	

Foto: Coloplast

Handlungskompetenz in der Wundversorgung

Fernlehrgang via Internet

Jetzt ist es soweit: Der interaktive Fernlehrgang „Handlungskompetenz in der Wundversorgung“ ist online. Interessierte Pflegefachkräfte können sich unter www.e-learning.coloplast.de rund um das Thema Wundversorgung kostenlos fortbilden.

Der Fernlehrgang wurde von Madeleine Flanagan, University of Herthfortshire, konzipiert und von der Coloplast GmbH für den deutschen Sprachraum adaptiert. Schwerpunkte des Kurses sind die Wundbeurteilung, die Wundbehandlung sowie die Prophylaxe, Therapie, Pflege und Wundversorgung bei Dekubitalulzera, Ulcus Cruris und dem diabetischen Fußsyndrom.

Produktneutral erlernen Interessierte die Indikationen von Hydrokolloiden, Schaumverbänden, Alginaten und Hydrogelen.

Das Modul zum Thema Schmerzmanagement bei chronischen Wunden verwendet aktuelle Daten zur lokalen Behandlung von chronischen schmerzhaften Wunden. Besonderen Wert legten die Verantwortlichen auf die Verknüpfung von theoretischen Komponenten mit Bezügen zur Pflegepraxis, interaktiven Übungen mit kleineren Filmen und animierten Grafiken. Teilnehmer, die nicht so oft das Internet nutzen, werden am

Anfang in den Kurs und seine Symbolik eingeführt.

Zahlreiche Quellen sind hinterlegt und damit der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Forschung dokumentiert.

Der Lehrgang schließt mit einem Test von 56 Fragen ab. Bei Bestehen von 80 Prozent der Fragen können sich die Teilnehmer ein personalisiertes Zertifikat ausdrucken, das die Punktezahl wiedergibt.

INFOS:

Coloplast GmbH
Dirk Meyer
Kuehnstr. 75
22045 Hamburg
e-mail: fortbildung@coloplast.de
www.e-learning.coloplast.de

The screenshot shows the top navigation bar with 'Zurück zur Coloplast Website', 'Login', and 'Kontakt'. The main header features the 'Wundversorgung' title and the Coloplast logo. Below the header is a large image of a healthcare professional. The main content area is divided into two columns. The left column contains a welcome message: 'Willkommen zu unserem e-learning-Modul Handlungskompetenz in der Wundversorgung'. The right column contains a login form with fields for 'E-Mail-Adresse' and 'Passwort', a 'Login' button, and a checkbox for 'Ich möchte eingeloggt bleiben'. At the bottom of the right column, there is a note: 'Wir hoffen Sie finden die Seite lehrreich und anregend. Wenn sie Fragen oder Anregungen haben, kontaktieren Sie uns bitte, indem Sie oben den „Kontakt“ Button klicken.'



Links und Literatur zum Thema „Wundschmerz“

LITERATUR

- Basler, H.D. et al.: *Schmerz und Alter – Ein vernachlässigtes Gebiet? Stand der Forschung und offene Fragen*, DGSS-Initiativgruppe „Schmerz und Alter“ 1998, 2003
- Carr, E.C.J. et al.: *Schmerz und Schmerzmanagement*, Übersetzer Herrmann, M., Hrsg. Osterbrink, J. Bern: Verlag Hans Huber 2002
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege*, 2. akt. Auflage, Osnabrück 2004
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege*, Osnabrück: Sonderdruck Januar 2004
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: *Nationaler Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse (DNQP)*, 2004
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Lehmann, K.A., Nix, W.A.: *Handbuch chronischer Schmerz*, Schattauer Verlag Stuttgart, 1. Auflage 2003
- European Wound Management Association (EWMA): *Schmerzen beim Wundverbandwechsel*, Positions-Dokument, 2002
- Flanagan, M., Vogensen, H., Haase, L.: *Case series investigating the experience of pain in patients with chronic venous leg ulcers treated with a foam dressing releasing ibuprofen*.
- www.worldwidewounds.com/2006/april/Flanagan/Ibuprofen_Foam_Dressing.html
- Gralow, I., Husstedt, I.W., Bothe, H-W., Evers, S., Hürter, A., Schilgen, M. (Hrsg.): *Schmerztherapie interdisziplinär* Schattauer, Stuttgart, New York, 2002
- Hardt, R.: *Der ältere Schmerzpatient in der Praxis*, Basel: ComMed Healthcare 2003

Huseboe et al.: *Palliativmedizin. Einführung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Ethik und Kommunikation* (2. Auflage), Berlin: Springer 2000

Jørgensen, B., Friis, G.J., Gottrup, F.: *Pain and quality of life for patients with venous leg ulcers: proof of concept of the efficacy of Biatain – Ibu, a new pain reducing wound dressing*. *Wound Repair and Regeneration*, 2006, 14 (3), 233-239

Jungck D.: *Kongressbericht: deutscher Schmerztag 2001*

McCaffery, M. et al.: *Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis*, Übersetzer Villwock U Hrsg. Osterbrink J Vol. 1, Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby 1997

McCaffery, M. et al.: *Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis*, Berlin: Ullstein Mosby 1997

Neumann, U.: *Schmerz: Gesundheitsökonomische Bedeutung aus Sicht der Kostenträger*, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2002, 45 (5), 451-454

Osterbrink, J., Stiehl, M.: *Der Schmerzpatient in der Pflege*, Com-Med Basel, Verlagsagentur, 2004

Osterbrink, J.: *Der Deutsche Schmerzstandard und seine Auswirkungen auf die Pflege*. *Die Schwester, der Pfleger* 2003, 42, 758-764

Seemann, H.: *Schmerzdokumentation*, in: Zenz, M. & Jurna I. (Hrsg.): *Lehrbuch der Schmerztherapie*, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, 2001

Stiehl, M.: *Schmerztherapie in der Hausarztpraxis*, Basel: ComMed Healthcare 2001

Vogensen, H.: *Caring for a painful venous leg ulcer*. *Journal of Community Nursing*, 2006, 20 (9), 33-37

Waldvogel, Hermann, H.: *Analgetika, Antinozizeptiva, Adjuvantien*; *Handbuch der Schmerztherapie*, 2. Auflage, Springer Verlag 2001

Zenz, M. et al.: *Lehrbuch der Schmerztherapie*, 2. Auflage, Hrsg. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 2001

FERNLEHRGANG:

Pain Nurse – Schmerzmanagement in der Pflege, Centrum für Kommunikation, Information, Bildung, Klinikum Nürnberg www.klinikum.nuernberg.de

LINKS:

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) www.dgss.org

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) www.dnqp.de

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) e.V. www.divs.info

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. www.deutsche-schmerzgesellschaft.org

Deutsche Schmerzliga e.V. www.schmerzliga.de

European Wound Management Association www.ewma.org

Paineurope.com www.paineurope.com

Biatain - Ibu

Moderne Wundversorgung
mit Ibuprofen

Nicht apothekenpflichtig!
Verordnungs- und erstattungsfähig.



Der **Biatain - Ibu** Schaumverband

- basiert auf der bewährten Schaumtechnologie von Biatain
- bietet exzellentes Exsudatmanagement plus lokale Freisetzung von Ibuprofen
- kann zu einer Schmerzlinderung während der Tragezeit der Wundauflage und des Verbandwechsels führen
- erhöht die Lebensqualität der Patienten

2 4 2 8 2 4 6 - 4 2 8
0180 - Biatain - Ibu
Beratungs-Service für Deutschland,
0,06 € pro Anruf (aus dem Festnetz)

Coloplast GmbH
Postfach 70 03 40
22003 Hamburg
www.biatain-ibu.coloplast.de

Biatain - Ibu

