

Om sår og sårtilheling

Sår kan i hovedsak kategoriseres som akutte og kroniske sår. Akutte sår omfatter blant annet kuttskader og brannså, som begge gror forholdsvis raskt. Kroniske sår har en tregere helingsprosess, og er vanskeligere å behandle. Dette er for eksempel trykksår, leggsår og diabetiske fotsår.

Hva forårsaker kroniske sår?

- Diabetiske fotsår: Mange med diabetes er rammet av perifer nevropati i føttene, og har dårlig blodsirkulasjon. Omtrent 10 til 15 % av alle som har diabetes, vil fra tid til annen lide av fotsår. Én av årsakene til dette er høyt blodsukker. Nerveskade kan føre til at pasientene ikke merker sår og andre skader på føttene. Ubehandlete fotsår kan i vanskelige tilfeller føre til amputasjon. Diabetikere har 20 til 40 % økt risiko for amputasjon sammenliknet med personer uten diabetes. Hvert 30. sekund utføres det en amputasjon under kneet på en pasient med diabetes.
- Leggsår: Det finnes ulike typer leggsår, men de vanligste er venøse og arterielle leggsår. Venøse leggsår skyldes svekket tilbakestrømming av blod fra leggene til lungene og hjertet. Arterielle leggsår kan oppstå hvis det ikke kommer nok oksygenrikket blod til nedre del av leggene og føttene. Mellom 0,12 og 1,69 % av befolkningen lider av leggsår.
- Trykksår: Slike sår skyldes ofte dårlig blodsirkulasjon innenfor et bestemt hudområde over en lang periode. Symptomer på trykksår er sår eller misfarget hud. Trykksår rammer ofte personer som av ulike årsaker ikke kan bevege seg fritt og derfor belaster det samme hudområdet for et konstant trykk. De fleste trykksår kan unngås hvis de oppdages tidlig og det iverksettes tiltak.

Hvordan heles et sår?

Når et sår heles, går det vanligvis gjennom fire faser: 1) koagulering, 2) inflammasjon, 3) celledannelse og 4) modning.

1) Koagulering

Når huden er skadet, strømmer blodplater til såret slik at blodet koagulerer, og det dannes en sårskorpe som gir midlertidig beskyttelse.

2) Inflammasjon

Immunforsvaret vårt reagerer også umiddelbart ved hudskader, og i inflammasjonsfasen renses såret for bakterier, smuss og døde celler. Denne fasen fortsetter til såret er renset, og varer i ca. 1–6 dager.

3) Celledannelse

Deretter dannes nye celler nederst i såret. Immuncellene og blodplatene skiller ut vekstfaktorer som stimulerer dannelsen av ulike typer celler og små blodkar, som er viktige for oksygentilførselen. Deretter dannes det epitelceller, altså overflatevev, over det åpne såret fra sårkanten og hårsekkene. Etter ca. 7–10 dager er det dannet et tynt, beskyttende hudlag.

4) Modning

Modningsfasen fortsetter i lang tid. I denne fasen foregår det dannelse og omforming av kollagen, som gir vevet styrke og elastitet samt den karakteristiske arrdannelsen etter dype sår.

Om sårrelaterte smerter

En pasients opplevelse av sårsmerte er individuell, sammensatt og påvirkes av en rekke ulike faktorer^{2,3,4}. Særlig psykologiske faktorer spiller en viktig rolle for både opplevelsen av smerte og hvordan den håndteres⁵. Studier har vist at psykologisk stress kan øke nivået av visse hormoner i blodet, og dermed føre til økt smerteopplevelse og redusert sårtilheling^{6,7,8,9,10}.

Hva forårsaker sårrelatert smerte?

Det finnes flere årsaker til smerte under sårtilhelingen. I tillegg til smerten selve årsaken til såret kan gi, for eksempel dårlig blodsirkulasjon, kan døde celler i såret utskille stoffer som irriterer nerveendene og forårsaker smerte. Såret kan også bli betent, og dette øker følsomheten i både såret og huden rundt. Faktorer som kjønn, alder og pasientens tidligere smerteopplevelser kan også bidra til følelsen av smerte.¹¹

Hva forårsaker smerte ved bandasjerelaterte prosedyrer?

En vanlig årsak til smerte ved bandasjeskift er at bandasjen har festet seg til og er tørket fast i såret. Dette fører til både vevsskader og tap av hudceller rundt såret når bandasjen fjernes. For å redusere smertene for pasienten er det derfor svært viktig å bruke en bandasje som er skånsom mot huden rundt, og som ikke sitter fast i såret. Det er dessuten helt avgjørende at bandasjen støtter den naturlige sårtilhelingen.

Hvilke egenskaper kjennetegner en sårbandasje av god kvalitet?

Kort oppsummert bør en sårbandasje av god kvalitet:

- Være kjemikaliefri
- Holde såret fuktig
- Suge opp overflødig sårveske
- Ikke sitte fast i såret
- Ikke feste for godt til huden rundt
- Beskytte mot skader og infeksjon
- Tilpasse seg kroppens konturer
- Forårsake minst mulig smerte
- Være kostnadseffektiv

Hva er myk silikon?

Myk silikon er et føyelig og klebrig materiale som lett fester seg til huden. Bandasjer med dette materialet kan enkelt fjernes uten å forårsake smerte i såret eller huden rundt. Myk silikon påvirker ikke sårtilhelingen, og forårsaker sjelden allergiske reaksjoner sammenliknet med de fleste andre materialer som brukes i sårbandasjer. Myk silikon blir ikke oppløst i såret, og påvirker derfor verken cellemembran eller blodkar. Sammen med absorberende materialer er myk silikon svært egnet til å behandle væskende sår.

Hva er Safetac?

Safetac® er en patentert teknologi utviklet av Mölnlycke Health Care som kjennetegnes av et mykt silikonbelegg som hefter skånsomt til huden. Bandasjer med Safetac sitter ikke fast i såret, og de kan enkelt fjernes uten å forårsake skade verken i såret eller på huden rundt. Dette gir en uforstyrret sårtilheling og minst mulig smerte for pasienten.

Safetac-teknologi gjør mindre vondt og forårsaker mindre skade fordi den

- 1) hefter skånsomt til tørre flater slik som hud, men ikke til fuktige flater slik som åpne sår
- 2) former seg etter hudens konturer, og danner en stor og effektiv kontaktflate som jevnt fordeler avrivningskreftene og dermed er enkel å fjerne uten at huden skades.

3) forseglar sårkantene slik at sårvæsken ikke spres til huden rundt og forårsaker maserasjon

¹ Rubin's Pathology: clinicopathologic foundations of medicine/editor-in-chief, Emanuel Rubin; associate editors, Fred Gorstein... [et al.]. Lippincott Williams & Wilkins. 4th ed.0-7817-4733-3.

² Coulling, S. Fundamentals of pain management in wound care. British Journal of Nursing (Tissue Viability Supplement). 2007; 16: 11, 4-12.

³ White, R. Pain assessment and management in patients with chronic wounds. Nursing Standard. 2008; 22: 32, 62-68.

⁴ Kammerlander, G., Eberlein, T. Nurses' views about pain and trauma at dressing changes: a central European perspective. Journal of Wound Care. 2002; 11: 2, 76-79.

⁵ Soon, K., Acton, C. Pain-induced stress: a barrier to wound healing. Wounds UK. 2006; 2: 4, 92-101.

⁶ Marucha, P.T., Kiecolt-Glaser, J.K., Favagehi, M. Mucosal wound healing is impaired by examination stress. Psychosomatic Medicine. 1998; 60: 3, 362-365.

⁷ Weinman, J., Ebrecht, M., Scott, S. et al. Enhanced wound healing after emotional disclosure intervention. British Journal of Health Psychology. 2008; 13: 95-102.

⁸ Norman, D. The effects of stress on wound healing and leg ulceration. British Journal of Nursing. 2003; 12: 21, 1256-1263.

⁹ Finestone, H.M., Alfeeli, A., Fisher, W.A. Stress-induced physiologic changes as a basis for the biopsychosocial model of chronic musculoskeletal pain: a new theory? Clinical Journal of Pain. 2008; 24: 9, 767-775.

¹⁰ Gouin, J-P., Kiecolt-Glaser, J.K., Malarkey, W.B., Glaser, R. Influence of anger on wound healing. Brain, Behaviour & Immunity. 2008; 22: 5, 699-708.

¹¹ Minimizing Pain at wound dressing-related procedures. A consensus document from World Union of Wound Healing Societies. (2008)