

TRYCKSÅR

Sammanfattning

Trycksår påverkar personen på många sätt, både fysiskt som psykosocialt. Det upplevs ofta som en onödig och allvarlig komplikation till vården och kan ofta vara skuldbelagt och laddat. I många fall är sjukhus/institution och hemsjukvård inte orsak till patientens uppkomna trycksår utan en skada som uppkommit vid t.ex. traumat eller p.g.a. personens försämrade allmäntillstånd.

Kunskap, stöd och information från vårdpersonal kan förhindra sårens uppkomst och/eller försämring av dessa för att senare leda till läkning.

I detta kapitel beskrivs orsaker, uppkomstmekanismer och förebyggande av sår. Det är också beskrivet hur de olika sårgraderna uppvisar sig samt hur de behandlas.

Definition

Trycksår (decubitalsår) uppstår när huden utsätts för ett sådant tryck att blodflödet avstannar.

Om trycket mot huden och underhudsvävnaden överstiger trycket i hudens blodkärl, leder detta till en mikrocirkulatorisk kollaps och utveckling av mikrotromber.

Syre- och näringsbrist uppstår och slaggprodukter från cellernas metabolism kan inte längre transporteras bort.

Om detta får fortsätta tillräckligt länge leder det till oreparerbara skador och vävnadsdöd

Diagnostik

Diagnosen ställs med hjälp av patientens sjukhistoria, sårets lokalisation samt klinisk undersökning av såret, då sår över sackrum, höftregionen och sittbensknölar vanligen ej orsakas av andra problem eller sjukdomar.

Vid sår på fötter bör ischemisk kärlsjukdom uteslutas.

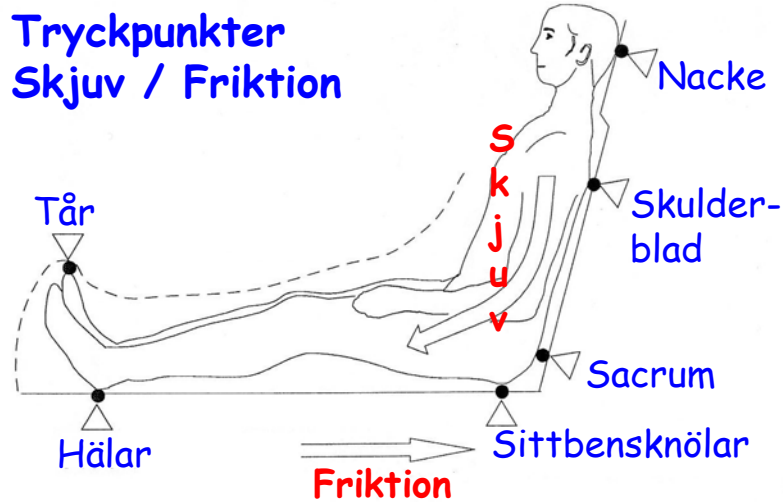
Förebyggande vård

En viktig del i förebyggandet av trycksår är att kunnig personal på ett tidigt stadium kan identifiera patienter i riskzonen och sätter in primärpreventiva åtgärder innan såren uppkommer.

För att få en objektiv bedömning av patientens tillstånd görs en riskbedömning med t.ex. Modifierad Norton skala.

Tryckavlastning är en avgörande betydelse i trycksårsbehandlingen. Tryckavlastande hjälpmedel så som kuddar, kilar och madrasser av olika slag kan användas. En vanlig tidsgräns som anges för lägesändring är ofta två timmar, men svårt sjuka patienter behöver ändra läge oftare. Under nattetid måste man också ta hänsyn till patientens behov av sömn som också ger möjligheter till att reparera skador.

Är patienten sängliggande bör man om det går att ändra vinkelposition omväxlande höger och vänster på 30 grader. På detta sätt avlastas sacrum, höfter, höftbenskammen och hälar. Placera kudden mellan knäna och vid behov mellan och under fotknölna. Dokumentera vändningarna.



©Huntleigh Healthcare

Minimera riskerna för hudirritation av urin, avföring och svett. Smörj huden med mjukgörande kräm om det behövs men massera inte, detta p g a att de små blodkärlen går sönder och detta försämrar läkningen.

Nutritionen är av stor betydelse för sår-läkningsprocessen. Patienter med nedsatt näringsintag utgör en riskgrupp. (och för att uppnå så bra nutritionstatus hos dessa patienter behövs en utförlig plan för näringstillförsel.) Dietist kan hjälpa till med optimal plan för näringstillförsel.

Om man har patienter som äter dåligt är det viktigt att undersöka orsaken, det kan bero på tandstatus, sväljsvårigheter eller exempelvis svampinfektioner.

Etiologisk diagnos

Fastställs utifrån anamnes och symtom. Riskfaktorer som påverkar är;

- Hög ålder
- Kvinnligt kön
- Nedsatt rörlighet
- Nedsatt medvetande grad
- Inkontinens för urin och avföring
- Malnutrition
- Feber / Infektioner
- Anemi
- Längd av sjukhusvistelsen
- Multi trauma

Alla patienter som inte har ett normalt rörelseregister löper större risk för trycksår.

Lågt systoliskt blodtryck, lågt albumin, lågt Hb, feber, smärtor och dåligt vätskeintag, med risk för uttorkning, kan också bidra till uppkomsten av trycksår.

Norton skalan

För att bedöma om en patient är i riskzonen för att utveckla ett trycksår används den Modifierade Norton skalan.

Får patienten 20 poäng eller mindre är det stor risk för att patienten ska utveckla ett trycksår.

Norton skalan

Nortons skala används för bedömning av patienter med risk för trycksår					
A Allmäntillstånd	B Mental-status	C Aktivitet	D Rörlighet	E Inkontinens	F Nutritionsstatus
4 Bra	4 Alert	4 Går själv	4 Fullt rörlig	4 Kontinent	4 Äter bra, väl nutrierad
3 Ganska bra	3 Apatisk	3 Går med stöd	3 Lite orörlig	3 Ibland in- kontinent	3 Äter dåligt
2 Dåligt	2 Förvirrad	2 Stolsbunden	2 Orörlig	2 Urin in- kontinent	2 Äter lite
1 Mycket dåligt	1 Somnolent, koma	1 Sängliggande	1 Immobil	1 In- kontinent	1 Undernutrierad, äter inte

Modifierad Nortonskala

Poäng	A Psykisk status	B Fysisk Aktivitet	C Rörelseförmåga	D Födointag	E Vätskeintag	F Inkontinens	G Allmän- Tillstånd
4	Helt orienterad till tid och rum	Går med/utan hjälpmedel	Full	Normal portion	> 1000ml/dag	Nej	Gott
3	Stundtals förvirrad	Går med hjälp av personal	Något begränsad	¾ portion	701-1000 ml/dag	Tillfällig	Ganska gott
2	Svarar ej adekvat på tilltal	Rullstolsbunden	Mycket begränsad	½ portion	501- 700ml/dag	Urin-eller tarminkontinens	Dåligt
1	Okontaktbar	Sängliggande	Orörlig	< ½ portion	<500ml/dag	Urin- och tarminkontinens	Mycket dåligt

Upp till 9 poäng: Mycket hög risk

10-14 poäng: Hög risk

15-19 poäng: Medel risk

20 poäng och uppåt: låg risk

RBT skalan - RiskBedömning Trycksår (The RAPS scale (Risk Assessment Pressure Sores))

ALLMÄNTILLSTÅND

4. **Gott** (Afebril). Normal andning, frekvens och rytm. Normal puls och blodtryck. Ej smärtpåverkad. Normal hudfärg. Utseende motsvarande ålder.

3. **Ganska gott** (Afebril-subfebril). Normal andning, puls och normalt blodtryck, ev. lätt tachycardi. Latent hypo-hypertermi. Ingen eller lätt smärtpåverkan. Hud: ev. blekhet. Lätta ödem. Patienten vaken.

2. **Dåligt** (Ev. feber). Påverkad andning. Tecken på cirkulatorisk insufficiens, tachycardi, ödem. Hypo- hypertoni. Smärtpåverkad. Hud: blek eller cyanotisk, varm och fuktig alt. kall och fuktig, nedsatt turgor eller ödem. Somnolent, men vaken och apatisk.

1. **Mycket dåligt** (Ev. feber). Påverkad andning. Utpräglade tecken på cirkulatorisk insufficiens. Ev. chock. Starkt smärtpåverkad. Huden blek eller cyanosisk, varm o fuktig eller kall och fuktig, nedsatt turgor eller ödem. Somnolent, stuporös, comat.

FYSISK AKTIVITET

4. Går med eller utan hjälpmedel
3. Går med hjälp av personal (Ev. rullstol för oberoende förflyttning)
2. Rullstolsburen (Hela dagen)
1. Sängliggande

RÖRELSEFÖRMÅGA

4. Fullgod
3. Något begränsad (Viss assistans vid lägesändring)
2. Mycket begränsad (Behöver fullständig hjälp vid lägesändring, men kan bidra)
1. Orörlig (Kan ej bidra alls till lägesändring)

I VILKEN GRAD HUDEN UTSÄTTS FÖR FUKT

4. Torr eller normal fuktighet (Byte av sängkläder med normala intervall)
3. Ibland fuktig (Byte av sängkläder någon gång per dag)
2. Ofta fuktig (Byte av sängkläder flera gånger per dag)
1. Ständigt fuktig (På grund av svettning, urin eller faeces)

FÖDOINTAG

4. Normal Portion (Eller motsvarande via sond eller total parenteral nutrition)
3. ¾ av normal portion (Eller motsvarande via sond eller parenteral nutrition)
2. ½ portion (Eller motsvarande via sond eller parenteral nutrition)
1. Mindre än halv portion (Eller motsvarande via sond eller parenteral nutrition)

VÄTSKEINTAG

4. > 1000 ml/ dag
3. > 700 - < 1000 ml/dag
2. > 500 - < 700 ml/dag
1. < 500 ml/dag

KÄNSEL

4. Fullgod
3. Något nedsatt (Oförmåga att uttrycka obehag eller behov av lägesändring eller nedsatt känsel i en eller två extremiteter)
2. Mycket nedsatt (Reagerar endast på smärtsamma stimuli eller nedsatt känsel över halva kroppen)
1. Saknar känsel (Reagerar ej på smärtsamma stimuli eller nedsatt känsel över större delen av kroppen)

FRIKTION OCH SKJUVNING

3. Inga problem (Rör sig obehindrat i säng och stol. Har tillräcklig muskelstyrka för att helt lyfta sig vid förflyttning)
2. Vissa problem (Något orörlig, behöver viss assistans vid förflyttning, Glider i viss grad mot lakan, stoldynor etc. vid förflyttning. Glider av och till ner i sängen)
1. Stora problem (Behöver mycket eller helt och hållet hjälp vid förflyttning. Omöjligt att

förflytta utan glidning mot underlaget. Glider ständigt ner i säng och stol, behöver lyftas upp med maximal hjälp. Spastisk, har kontrakturer eller rastlös/orolig vilket leder till ständig friktion)

KROPPSTEMPERATUR

4. Afebril (36,0 – 37,5°C)
3. Subfebril (37,6 – 37,9°C)
2. Febril (38°C)
1. Låg temperatur (< 36°C)

SUMMA POÄNG

HUDINSPEKTION

Inga trycksår
Stadium I
Stadium II
Stadium III
Stadium IV

DATUM LOKALISATION

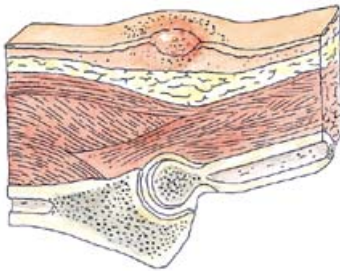
Maxpoäng 35, patienter med <_ 29 riskerar att utveckla trycksår.
--

Behandling

Sårgrad 1

Symtom

Kvarstående missfärgningar som inte bleknar vid avlastning. Huden är hel med en djupröd eller blåröd missfärgning.



Behandling

Antidecubitusmadrass.

Se avsnitt "Madrassval".

Om grundsjukdomen inte tillåter att patienten vändes bör han eller hon ligga eller sitta på tryckavlastande underlag.

Tryckavlasta och tryckutjämna. Se också avsnittet "Förebyggande vård".

Tryckutjämnande hjälpmedel som kuddar och kilar liksom tryckavlastande underlag ska användas för att förhindra att benutskott, exempelvis knän, hälar och malleoler, trycker mot varandra och/eller mot underlaget. Ligg-och sittställningar ska också anpassas så att trycket mellan underlaget och benutskott blir minsta möjliga.

Förband

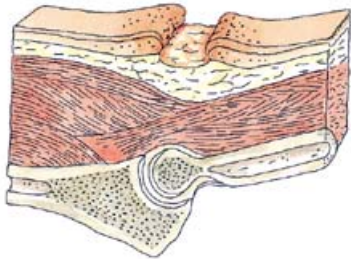
Inget eller ex. Skyddande film , oklusivt förband.

Se avsnitt "Förbandsmaterial, egenskaper och rekommendationer vid olika sårtyper".

SÅRGRAD 2

Symtom:

Epitelskada med ytliga sår, blåsor eller sprickor. Djup rodnad.



Behandling

Samma som för sårgrad 1.

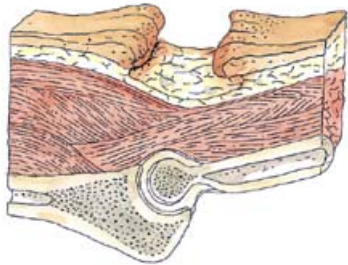
Förband

Ex. Polyuretanskum, ocklusivt förband och skyddande film.
Se avsnitt "Allmänna förbandsrekommendationer".

SÅRGRAD 3

Symtom

Fullhudsskada. Epidermis, dermis och subcutis är involverade. Såren ser ut som en krater.



Behandling:

Samma behandling som för sårgrad 1 och 2.

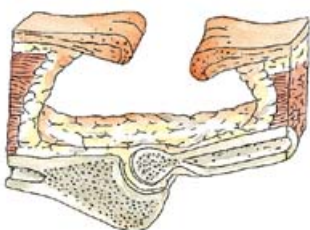
Förband

Ex. Geler, hydrofiber, polyuretanskum, skyddande film, ocklusivt förband.
Se avsnitt "Allmänna förbandsrekommendationer".

SÅRGRAD 4

Symtom

Djup skada även genom muskellager ända ner till muskelfascia, senor och ben.



Behandling

Samma behandling som för sårgrad 1, 2 och 3.

Förband

Ex. Geler, hydrofiber, polyuretanskum, skyddande film, ocklusivt förband.
Se avsnitt "Allmänna förbandsrekommendationer".

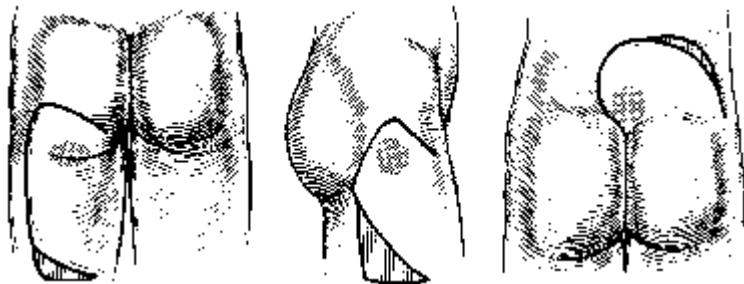
KIRURGI SOM BEHANDLING

Om det visar sig att sårdefekten blir betydande och inte kan läka ihop själv blir patienten i allmänhet föremål för kirurgi. Oftast då rekonstruktion med lambåer. Innan en operation ska patienten förmodas vara rehabiliteringsbar. Det är en stor operation som är påfrestande och kan innebära sängläge i ca 5 veckor.

Rekonstruktion är i huvudsak med:

- Hud-fett lambå
- Fasciekutan lambå
- Muskellambå
- Muskulokutan lambå

Eftersom det i allmänhet föreligger en betydande hud/vävnadsdefekt blir ingreppet ofta av rätt stor omfattning. En utbredd sårhåla behöver utfyllas med muskelvävnad för en adekvat utläkning från sårbottnen till hudytan och för att i viss mån öka polstringen mellan ben och hud.



Val av lämplig lambå kräver erfarenhet och ett visst mått av taktiskt tänkande hos kirurgen, eftersom reservlambåer alltid måste kunna användas längre fram i händelse av recidiv (återfall), vilket tyvärr inte är så ovanligt, trots alla försiktighetsmått av patient och vårdpersonal.

Trots framgångsrik inläkning av lambån kan fistelsystem uppkomma under denna. Infektioner kan tillstöta med vävnadsförstörelse som följd. Detta föranleder ibland till ytterligare operationer.

Patienten brukar i allmänhet vårdas helt i sängläge under drygt en veckas tid. Har läkningen då utfallit väl kan rehabilitering med successivt ökande belastning av skadeområdet påbörjas.

Uppföljning och efter läkning

Uppföljning bör ske genom kontinuerlig bedömning, åtgärd, utvärdering och dokumentation av behandlande läkare, sjuksköterska och övrig personalkategori som träffar patienten.

Genom att patienten och dess anhöriga är informerade och delaktiga i sårhäkningsprocessen kan mycket göras för att förhindra att nya sår uppstår eller befintliga sår förvärras. Hemsituationen kan lättare ses över och eventuella problem som uppstår kan lättare åtgärdas.

Patienten bör vara informerad om att sekundär läkning av ett djupt trycksår tar mycket lång tid, mellan 6-12 månader. Ibland kan fotodokumentation vara till stor hjälp i motiveringssynpunkt, för att visa att såret faktiskt minskar, speciellt när patienten och/eller anhöriga känner tröstlöshet över att det tar så lång tid.

En hel, ren och smidig hud har bästa förutsättningarna för att klara yttre påfrestningar.

Detta kan skapas genom att patienten instrueras i;

- Hålla huden ren från smuts, urin och avföring.
- Använda ljummet vatten och mild, återfuktande tvål (ph 5,5)
- Klapptorka huden och inte gnida hårt.
- Smörja och återfukta huden med hudkräm.
- Äta så allsidig kost som möjligt och förse kroppen med vätska.
- Inspektera "hudkostymen", gärna med spegel på områden som är svårare att inspektera själv.
- Utprovning av inkontinenshjälpmedel för att förhindra urin-/ avföringsläckage på huden.

För övrigt gäller förebyggande vård enligt tidigare kapitel Tryckavlastande så som i sårgrad 1

Exempel: polyuretanskum.

Källa bilder; Smith&Nephew

