



Schmerzvermeidung vor Schmerzbehandlung

Grundsatz auch in der Wundbehandlung

von Werner Sellmer

Schmerzen sind Warnsignale des Körpers und weisen üblicherweise auf Missstände oder Schädigungen hin. Sie sind im leichtesten Falle unangenehm und störend, werden aber im schlimmsten Falle zu einem eigenständigen Krankheitsbild, das den Patienten permanent quält, lähmt, ermüdet und nicht selten in den Suizid treibt. Ein Blick auf deutsche Seiten im Internet, dass Begriffe wie chronische Schmerzen oder Schmerzkrankheit in Deutschland nicht unbekannt sind:

Suchbegriff(e)	Einträge
Schmerzen	1.840.000
Schmerzen + vermeiden	1.200.000
Schmerzen + behandeln	1.300.000
Schmerzen + Wunde	704.000
Schmerzen + chronische + Wunde	160.000
Schmerzen + chronische + Wunde + vermeiden	92.000

(Googlesuche, Seiten aus Deutschland)

Die Geschichte der „modernen“ Medizin beschreibt die unerträgliche Situation der Patienten ohne wirksame Schmerzmittel, bis es endlich dem deutschen Apotheker Friedrich Wilhelm Sertürner 1803 gelang, den Hauptwirkstoff des Opiums, Morphin, zu isolieren und 1828 als stark wirksames Schmerzmittel auf den Markt zu bringen. Morphin, so der bekanntere Name, fand sich bald in jeder Hausapotheke und diente, trotz starker Nebenwirkungen, zur Behandlung sämtlicher schmerzender Krankheiten. Entscheidend für die rasche Verbreitung waren auch die Kriege jener Zeit: Im Krim-Krieg (1853 bis 1856), im Deutsch-Französischen Krieg (1870/71) und im amerikanischen Bürgerkrieg (1861 bis 1865) setzten die Feldärzte massenhaft Morphin ein. Starke körperliche und physische Abhängigkeit zeigte schnell den Nachteil unkritischer „Opiat“-Schmerztherapie auf und sorgten für wachsende Vorbehalte gegenüber den Opioiden, einer Substanzklasse, zu der heute Produkte wie Tramal®-Tropfen, Oxygesic®-Tabletten und Transtec®-Pflaster zählen.

Im Jahre 1897 gelang es erstmalig Felix Hoffmann (Fa. Bayer) Acetylsalicylsäure zu synthetisieren, es kam kurze Zeit später als Aspirin® auf den Markt. Damit wurde eine völlig neue Form der Schmerzlinderung möglich, die später als periphere Analgesie bekannt wurde – peripher als Gegensatz zur

zentralen Therapie mit Opioiden. Aus ASS entwickelten sich im Laufe der Zeit Wirkstoffe wie Ibuprofen, Diclofenac oder Metamizol, die bei deutlich stärkerer Wirkung nur unwesentlich höhere Nebenwirkungen aufweisen.

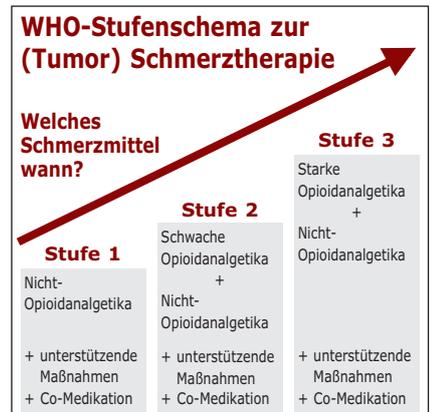
Den bewussten und kombinierten Einsatz dieser beiden Substanzklassen hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1986 als „Stufenschema zur medikamentösen Therapie tumorbedingter Schmerzen“ vorgestellt, bei dem an erster Stelle nichtsteroidale Analgetika/Antiphlogistika (NSAR) eingesetzt werden sollen, gefolgt von mittelstark wirksamen Opioiden (Stufe-II-Opiode: Tramadol, DHC, Tilidin/Naloxon) und als letzte Stufe stark wirksame Opiode vom Morphin-typ (Stufe-III-Opiode: Morphin, Oxycodon, Hydromorphon, Fentanyl), wobei Stufe II oder III zusätzlich zu Schmerzmitteln der Stufe I gegeben werden.

Schmerz tritt in drei Arten auf, die natürlich nur im Lehrbuch sauber von einander zu trennen sind. In der Wirklichkeit des Patienten treten der so genannte nozizeptive Schmerz, der auf eine Schädigung des Gewebes zurückzuführen ist, der neuropathische Schmerz, der sich aus einer Schädigung der Nerven ergibt und der psychogene Schmerz, der von Furcht oder Angst ausgelöst wird parallel bzw. gemischt auf.

In der Wunde sind innerhalb der nozizeptiven Schmerzen wiederum akute von chronischen Wundschmerzen zu unterscheiden.

Schädigung oder Verletzung des Gewebes lösen durch die Freisetzung von Botenstoffen wie Acetylcholin, Histamin und Bradykinin akute Schmerzen aus. Die Intensität des Schmerzes hängt dabei vom jeweiligen Reiz bzw. dem Grad der Verletzung ab. Der akute Wundschmerz ist meist klar zu lokalisieren und dient als Warnsignal oder Hinweiszeichen.

Bei andauernder Gewebeschädigung, z.B. einer chronischen Ulceration, wird das Rezeptorengebiet durch Prostaglandine dauerhaft sensibilisiert, der Schmerz ebbt kaum noch ab, hat seine Warnfunktion verloren und wird als permanente Empfin-



Gerhard Müller-Schwefe, Göppingen
Schmerztherapeutisches Kolloquium



dungsstörung zu einer eigenständigen Erkrankung, s. Schmerzkrankheit nach WHO.

Schmerz und damit Schmerztherapie sind in der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Menschen ein allgegenwärtiges Thema. Auffallend ist, wie unterschiedlich Patienten und Versorger mit Schmerz umgehen. Neben bewusst oder unbewusst indolenten Patienten (der Patient spürt nichts oder gibt keinen Schmerz zu) kommen auch häufig Schmerzhypochonder vor, die bereits über stärkste Wundschmerzen klagen – BEVOR Manipulationen an der Wunde überhaupt begonnen haben.

Aber auch im pflegerischen und ärztlichen Verständnis ist Schmerz unterschiedlich angesehen. Während meistens Schmerzfreiheit durch rechtzeitige und regelmäßige Analgesie erreicht wird, sind nicht selten, z.B. beim Verbandwechsel, unter Zeitdruck oder bei ängstlichen Patienten Aussagen wie unten beschrieben zu hören.

Kommentare bei schmerzhaften Verbandwechseln

- ▶ Sie müssen jetzt ganz tapfer sein
- ▶ Seien Sie froh, dass Sie da noch was spüren
- ▶ Da ist ja noch Leben in der Wunde
- ▶ Das kann jetzt gar nicht wehtun!
- ▶ Hier, beißen Sie mal fest auf die Mullbinde!
- ▶ Was nicht wehtut hilft auch nicht!

Schmerzen werden vom Patienten sehr subjektiv empfunden und sind daher nicht objektiv durch Geräte erfassbar, wie die Pulsfrequenz oder der Blutdruck.

Andererseits ist eine adäquate Schmerztherapie ohne konkrete Vorstellung vom Umfang der Schmerzen des Patienten kaum möglich. Zur angepassten und erfolgversprechenden Schmerzbehandlung ist es daher unumgänglich, Informationen über Art, Dauer und Intensität des Schmerzes zu erhalten. Zur Unterstützung und Quantifizierung der im Gespräch mit dem Patienten ermittelten Informationen dienen so genannte visuelle Analogskalen (VAS), hand bedienbare Schmerzskalen. Auf einer „visuellen“ (farbcodierten oder Smiley-) Skala stellt der Patient die für ihn derzeit geltende Schmerzintensität ein (von „kein Schmerz“ bis „unerträgliche Schmerzen“). Die oft auf diesen Skalen verwendeten Gesichter sind sehr hilfreich, da der Patient sich dabei selbst besser einordnen kann. „Weinende“ Smileys könnten hierbei für Patienten aus anderen Kulturkreisen eher abschreckend wirken und sollten vermieden werden. Hat sich der Patient festgelegt, kann sein therapeutisches Gegenüber durch umdrehen der Skala einen analogen Zahlenwert zwischen 0 und 10 ab-

lesen und in die Patientenakte eintragen. Erst eine zusätzliche Schmerzanamnese, die Schonhaltungen, Mimik, Gestik und Stimmlage einbezieht, vermittelt den Gesamteindruck vom Schmerzzustand des Patienten.



Verschiedene Schmerz-VAS (Vorder- und Rückseite), meist kostenlos zu beziehen.

Grundsätzlich sollte es das Ziel einer guten Wundbehandlung sein, die Schmerzen des Patienten auf ein erträgliches Maß zu minimieren ohne dabei einerseits das Bewusstsein auszuschalten und andererseits zu große Arzneimittelnebenwirkungen zu erzeugen (z.B. Magen-Darm-Blutungen bei NSAR-Wirkstoffen...)

Besondere Bedeutung kommt hier dem Verbandwechsel, als unvermeidliches und bewusstes Manipulieren an der Wunde zu. Treten neben den sowieso schon schmerzauslösenden Problemen wie Durchblutungsstörung (pAVK), Druck, Schwellungen, Infektion, Polyneuropathie oder Tumoren auch noch Schmerzen beim Verbandwechsel auf, sperrt sich der Patient gegen diese Behandlung, woraus nicht selten eine ernsthafte Beeinträchtigung der Versorgung entsteht, die den gesamten Behandlungsprozess in Frage stellt.

Es ist nicht verwunderlich, dass vermehrt über methodische oder produktspezifische Möglichkeiten nachgedacht wird, Schmerzen zu VERMEIDEN oder weniger bedrohlich erscheinen zu lassen. So schreibt der Osnabrücker Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ (DNQP 2005): „Jeder Patient/Betroffene mit akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen sowie zu erwartenden Schmerzen erhält ein angemessenes Schmerzmanagement, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie auf ein erträgliches Maß reduziert oder beseitigt.“



*Herr Werner Sellmer
Wilstedter Weg 22 a
22851 Norderstedt
werner.sellmer@wtmet.de
www.werner-sellmer.de*



Schmerzvermeidung beim Verbandwechsel:

a) Methodische Vermeidung (Beispiele)

- ▶ Rechtzeitige Patientenaufklärung über Art und Ablauf des Verbandwechsels
- ▶ Im Verlauf ggf. Pausen und Ablenkung (z.B. Gespräch, Hand halten)
- ▶ bequeme Lagerung des Patienten
- ▶ unnötige Berührungen der Wunde und Wundumgebung vermeiden
- ▶ längeres Freilegen der Wunde vermeiden
- ▶ Türen schließen (Intimsphäre)
- ▶ Fenster schließen, Zugluft vermeiden
- ▶ Schmerzen ernst nehmen
- ▶ Stop-Signale vereinbaren (ggf. Klopfzeichen)

b) Schmerzvermeidung durch spezielle Produkte (Beispiele)

- ▶ Verklebende Wundverbände/Wundgaze sollten bei bestehender Indikation vermieden und durch feuchthaltende Wundauflagen ersetzt werden.
- ▶ Wo möglich und sinnvoll sollten Wundaufgaben ohne Klebefläche zum Einsatz kommen, da sich häufig überreizte Nerven in der Wundumgebung befinden.
- ▶ Fettfreie Distanzgitter sind schmerzfreier zu entfernen als angetrocknete Fettgazen (Produkte wie Mepitel®, Sorbion plus® oder Hydrokolloidgazen wie Urgotül®, Hydrotüll® oder Physiotulle®).



Moderne Distanzgitter sind schmerzfrei entfernbar

- ▶ Alternativ zu stark klebenden Auflagen können Wundverbände mit geringer Klebkraft (Biatain® sanft haftend) oder Produkte mit Silikonhaftung wie Mepilex® oder Mepilex® border eingesetzt werden.
- ▶ Schnelles Abziehen der Wundaufgabe (Peeling) sollte auch bei modernen Auflagen vermieden werden, ggf. Pflasterlöser (Dermasol® oder Wundbenzin) einsetzen.



Pflasterlöser (Dermasol®) unterstützt schmerzfreies Entfernen von Verbänden

- ▶ Falsches Ablösen von Folienverbänden kann zu schmerzhaften Hautläsionen und Rissen führen. Die Folie lässt sich durch stückweises Überdehnen parallel zur Haut atraumatisch lösen. Um Scherkräfte zu vermeiden, wird die Haut unterhalb der Folie durch Hand auflegen gestützt.
- ▶ Angewärmte und physiologische Wundspüllösung bzw. temperierte Antiseptika verwenden (Wärmeschrank, Flaschenwärmer, Wasserbad...)

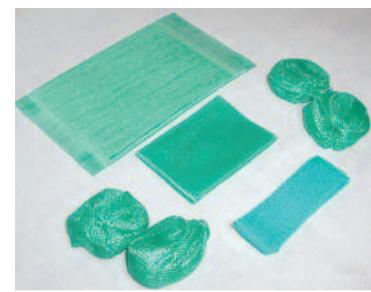


Körpertemperatur – das Geheimnis schmerzfreier Lokalthherapie

- ▶ Nicht schmerzende Spüllösungen und Antiseptika (Polyhexanidlösung®, Octenisept®) ist der Vorzug zu geben.



Diese Spüllösungen werden schmerzfrei vertragen



Polyhexanidlösung®, Octenisept®, Cutisorb Sorbact® und Silberprodukte – Antiseptik ohne Schmerzen



- ▶ Bei Wunden mit gereizter oder empfindlicher Umgebungshaut empfiehlt sich der unterstützende Einsatz eines Hautschutzes (z.B. Cavilon®-Lolly/Spray).

Hautschutz mit Cavilon®-Lolly – 3 bis 4 Tage Schutz vor Mazeration



- ▶ längere Wechselintervalle durch länger haltende Verbände sicherstellen
- ▶ Seit wenigen Monaten neu auf dem deutschen Markt ist ein mit 0,5 mg Ibuprofen pro cm² versetzter Polyurethanschaumverband (Biatain® Ibu).

Biatain® IBU – Wundverband und Schmerzmittel in einem



Der Wirkstoff wird bei Kontakt mit Wundexsudat freigesetzt, wodurch beim Patienten eine lokale nozizeptive Schmerzlinderung über die gesamte Tragezeit und während des Verbandwechsels erreicht werden soll. Die therapeutischen Erfolge sind bei enger Indikationsstellung frappierend, es ist jedoch sicher zu stellen, dass diese Wundaufgabe nur ergänzend, nicht im Austausch zu professioneller Schmerztherapie eingesetzt wird. Bei schwach nässenden Wunden ist der Schaum vor Aufbringen auf die Wunde mit NaCl 0,9%-Lösung zu tränken um ein Ankleben zu verhindern und eine Ibuprofenfreisetzung sicher zu stellen.

- ▶ Zur Schmerzprophylaxe vor dem chirurgischen Debridement ist der Einsatz von Emla®-Creme, einem Lokalanästhetikum

Emla®-Creme, nach einer Stunde kann schmerzfrei gearbeitet werden



zugelassen. Diese wird direkt auf die Wunde und deren Umgebung aufgebracht, mit einer sterilen Transparentfolie abgedeckt und sollte 45-60 Minuten einwirken. Die Wirkung hält jedoch nur kurze Zeit an.

Weiterführende Überlegungen

Schmerzvermeidung und Schmerztherapie gehen zum Nutzen des Patienten Hand in Hand. Grundsätzlich sollten alle Konzepte im multiprofessionellen Team entwickelt und gemeinsam umgesetzt werden. Schmerz ist das, was der Patient als Schmerz empfindet – das Scheitern einer gut gemeinten Idee gehört somit zum Alltag und ist als Herausforderung und nicht als Niederlage zu verstehen.

Zusätzlich zu den o.a. Strategien lassen sich in Abhängigkeit vom Patienten und seiner Wunde weitere Ideen anwenden, um Schmerzen zu minimieren.

Gezielte Kälte- und Wärmeanwendungen können akute und manchmal auch chronische Schmerzen lindern (Octenisept® kann z.B. sowohl erwärmt als auch z.B. zu Eiswürfeln eingefroren werden) TENS-Geräte (transkutane elektronische Nervenstimulation) reduzieren durch Stromstöße und subkutane Nervenreizung Schmerzen. Ähnliche Effekte sind möglicherweise von WoundEl®, einer Elektrostimulation der Wunde über spezielle Elektroden-Wundverbände zu erwarten.

Auch Massage und spezielle Lagerung unter kinästhetischen Gesichtspunkten sowie der Einsatz anderer Lagerungshilfsmittel können zur Schmerzlinderung beitragen.

Meditation, Atem- oder andere Entspannungstechniken können ebenfalls zum Einsatz kommen, erfordern jedoch etwas Übung und eine Bereitschaft des Patienten, mitzuarbeiten.

Abschließend sei auf mögliche Beiträge durch Musiktherapie und Akupunktur hingewiesen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Schmerzvermeidung und -therapie eine für die Wundheilung entscheidende Rolle zukommt. Inadäquate Schmerztherapie, der unkritische Einsatz veralteter oder schmerzhafter Produkte und die fehlende Einbeziehung des Patienten in seine Wundtherapie riskieren das Scheitern der Gesamttherapie.

*Anfragen an den Verfasser
Literatur beim Verfasser*