

Pijn is waarschijnlijk het meest voorkomende symptoom, waarmee men als gezondheidswerker geconfronteerd wordt. De oprichting van pijncentra bracht het fenomeen pijn meer onder de aandacht, maar niettemin blijven wondpijn en pijn bij wondzorg weinig gekend.



Foto: Isabelle Persyn

Pijnbehandeling bij wondzorg

Eén uur pijn duurt even lang als een dag genot

Zorgverstrekkers, artsen en verpleegkundigen hebben te maken met een brede waaier van wonden waarvan de oorzaak zeer verscheiden kan zijn: chirurgische wonden, brandwonden, decubituswonden enz. Elk van die wonden heeft eigen karakteristieken zoals omvang, diepte, ontstekingsreacties, infecties of zenuwletsels.

Chronische wondpijn is een complexe pijn en vormt een ernstig probleem voor de patiënt. Als een patiënt langdurig pijn lijdt, raakt dat zijn hele wezen. Pijn kan ertoe leiden dat de patiënt minder eet en slecht slaapt. Pijn beïnvloedt het gedrag en de mentale veerkracht van de patiënt.

Pijn is een verpleegprobleem dat zich bij uitstek leent om systematisch volgens het verpleegkundig proces te worden aangepakt. Iedere hulpverlener moet zich realiseren dat elke patiënt zijn eigen pijngeschiedenis heeft. Het is bijgevolg zeer belangrijk regelmatig te evalueren hoe de patiënt omgaat met de dagelijks terugkerende wondverzorgingen, hoe intens hij

pijn ervaart en of de ingestelde pijnbehandeling wel aangepast is.

De verpleegkundige vervult een zeer belangrijke rol in de **preventie, diagnose en behandeling van de pijn** van de patiënt. Het verpleegkundig team staat dicht bij de patiënt, zijn symptomen en zijn klachten en komt dus vaak in aanraking met de pijnwaarneming van de patiënt. Bij het opstellen van een behandelplan is de geneesheer afhankelijk van de observatie van de verpleegkundige.

Wat is pijn?

Iedereen weet wat pijn is, maar een omschrijving geven ligt moeilijk.

De International Association for the Study of Pain (IASP), stelt voor om pijn te omschrijven als 'een onaangename sensoriele en emotionele ervaring, die gepaard gaat met een aanwezige of potentiële weefselbeschadiging of wordt beschreven in termen van dergelijke schade'. Het belang van deze definitie is dat de notie pijn niet beperkt

wordt tot wondoorzaken. Het subjectieve karakter van pijn ligt in deze definitie verrat.

Soorten pijn

Men kan pijn rangschikken volgens de duur van de evolutie, het fysiopathologisch mechanisme en de lokalisatie van de pijnbron. Pijn kan echter niet altijd in één categorie ingedeeld worden. Een nauwkeurige analyse van het type pijn geeft de mogelijkheid om de pijn te documenteren en een meer doelmatige behandeling op te stellen. Pijn die ingedeeld wordt volgens de duur, de snelheid van optreden en de tijd wordt ofwel acuut ofwel chronisch genoemd. Deze twee soorten pijnen zijn echter totaal verschillend. Chronische pijn is immers niet gewoon een uitbreiding van acute pijn.

Acute pijn wordt veroorzaakt door plotse linge weefselbeschadiging. Er is een duidelijke relatie tussen de schadelijke prikkel en de pijngewaarwording. Acute pijn reageert vrijwel altijd goed op somatische behandelingen. Acute pijn heeft een signaalfunctie. De plaats van de weefselbeschadiging blijft meestal pijnlijk zolang de genezing duurt.

Daardoor wordt de wonde ontzien, zodat de genezing sneller en beter tot stand kan komen.

Chronische pijn wordt gekenmerkt door een geleidelijk optredende en een hardnekkige pijn, die ondanks een behandeling blijft bestaan. Misschien is er wel een weefselbeschadiging, maar het letsel is niet altijd duidelijk te zien. De klachten verdwijnen ook niet altijd als het letsel genezen is. Nu heeft pijn ook niet meer die signaalfunctie. Er zijn psychologische en sociale factoren die een ingewikkelde rol spelen. We noemen dit een chronisch pijnsyndroom.

Types van wondpijn

Wondpijn kunnen we indelen in acute en chronische wondpijn.

Onder de acute pijn rekenen we de operatie-, snij-, schaaf-, bijt- en lichte brandwonden.

Als wondbehandelingen langdurig zijn, zou men kunnen spreken over chronische wondpijn. De chronische wondpijn bestaat uit drie soorten pijn:

- De eerste pijn treedt af en toe op, bijvoorbeeld door een eenmalige wonddebridatie. Hoewel deze pijn meestal gerelateerd is aan een procedure wordt hier toch gesproken van eenmalige, acute pijn.
- De tweede pijn treedt op bij de dagelijkse verzorgingen en wordt de procedurele pijn genoemd. Deze pijn is zeer intens, maar kort van duur.
- De achtergrondpijn is continu aanwezig, zelfs zonder wondmanipulaties. Deze pijn is redelijk constant en vermindert in de tijd als de wonden helen.

Medicamenteuze behandeling van pijn

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) heeft in 1986 een 'pijnschaal' opgesteld voor een adequaat en rationeel gebruik van analgetica. De WGO pleit voor het gebruik van specifieke geneesmiddelen in adequate doses en op regelmatige tijdstippen en een therapeutische logica die berust op drie principes:

- Evaluatie van het 'pijnsymptoom' door aandachtig naar de patiënt te **luisteren**.
- Het vooropstellen van een **therapeutisch** doel door een **realistische** kijk op de situatie.
- Het **volgen van een beleid** van pijnverlichting met toepassing van een therapeutische logica, waarbij gebruik wordt gemaakt van een **beperkt** aantal analgetica, **gerangschikt volgens drie opeenvolgende niveaus**.

Trap 1: 'Behandeling van lichte tot matige pijn'

Deze pijn wordt behandeld met niet-opioïde analgetica: paracetamol en NSAID. Paracetamol is een efficiënt eerstelijns analgeticum met weinig of geen bijwerkingen. Acetylsalicyzuur (aspirine) en NSAID's hebben naast een pijnstillend, ook een ontstekingsremmend effect.

Trap 2: 'Behandeling van matige tot hevige pijn'

Deze pijn wordt behandeld met paracetamol en NSAID (waar mogelijk) in combinatie met een zwak opiaat. De combinatie van analgetica met een verschillend werkingsmechanis-

me kan efficiënter zijn dan de dosis van één analgeticum systematisch te verhogen (principe van synergie).

Trap 3: 'Behandeling van hevige tot zeer hevige pijn'

Deze pijn wordt behandeld met paracetamol en NSAID (waar mogelijk) in combinatie met een sterk opiaat (bv. morfine).

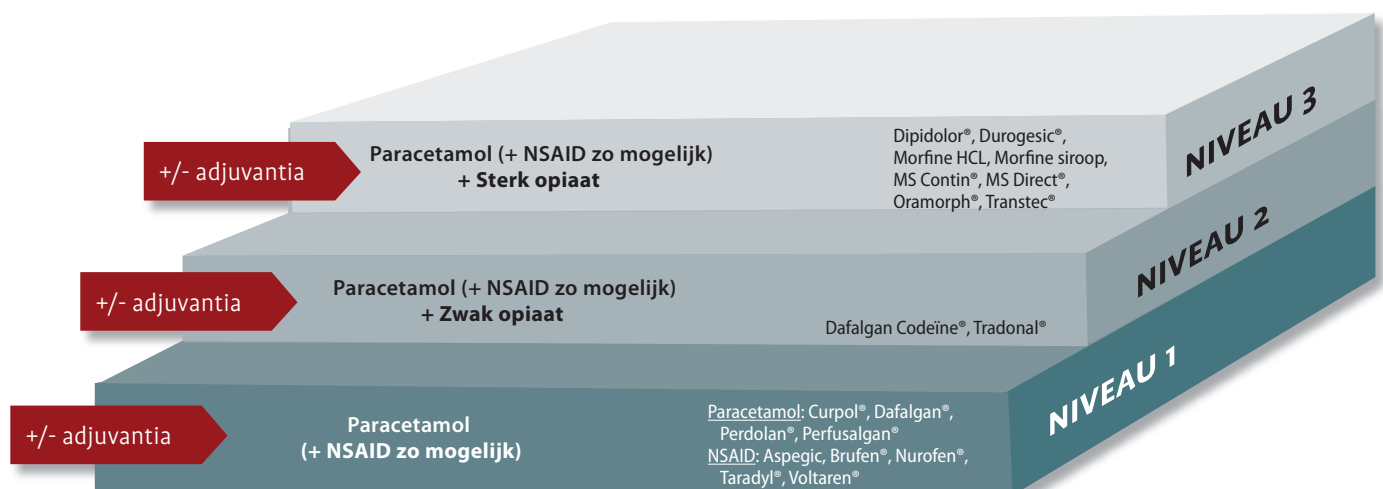
Er bestaat geen standaarddosis van sterke opiaten. Een adequate dosis is deze die de patiënt efficiënt verlicht, dit wil zeggen dat de dosis moet aangepast worden naargelang de **intensiteit** van de pijn en de **evolutie** van de ziekte.

WGO-aanbevelingen

Om de doeltreffendheid van dit **stapsgewijs analgetisch beleid** te optimaliseren, doet de WGO de volgende aanbevelingen:

- By the mouth: de analgetica bij voorkeur per os geven.
- By the clock: het analgeticum op vaste tijdstippen toedienen om het opnieuw optreden van de pijn (in geval van chronische pijn) te voorkomen.
- By the ladder: voor een gegeven niveau het analgeticum in optimale dosis gebruiken alvorens over te schakelen op het volgende niveau.
- Details die het comfort van de patiënt kunnen verbeteren niet verwaarlozen.

Fig. 1: De analgetische ladder



Visuele Analoge schaal



Patiënten dienen onderhoudsanalgetica te krijgen volgens een **schema met vaste tijdstippen**. Alleen voor plotse pijn of doorbraakpijn is het zinvol medicatie op 'zo nodig' basis voor te schrijven. Het is van het grootste belang om de pijn te voorkomen en niet de pijn pas te gaan bestrijden als de patiënt erge pijn aangeeft. De neiging van veel patiënten en zorgverstrekkers om zo weinig mogelijk analgetica te gebruiken, kan een adequate pijnstilling in de weg staan.

Sommige aanvullende geneesmiddelen (adjuvantia) versterken de pijnstillende werking van analgetica of worden gebruikt om bijkomende symptomen te behandelen. Deze co-analgetica worden meestal toegevend in combinatie met de geneesmiddelen die op de pijnladder voorkomen. Voorbeelden van deze adjuvantia zijn antidepressiva, anti-epileptica, spierrelaxantia, antihistaminica, anxiolytica, corticosteroïden, neuroleptica.

De behandeling van wondpijn omvat een aantal componenten waarbij de wondbehandeling centraal staat. Het belang van niet-medicamenteuze interventies wordt steeds meer onderstreept. Het is zeer belangrijk dat elke verpleegkundige de patiënt kan begeleiden en informatie kan geven. Herken en erken zijn psychische, sociale en spirituele pijn. Vaak is het belangrijk 'er te zijn' in plaats van 'iets te doen'.

Pijn meten

De kwaliteit en het succes van pijnbestrijding hangen in grote mate af van de verpleegkundige observatie. De verpleegkundige zal de pijn moeten evalueren door observatie van de patiënt, waarbij zij pijnbeoordelingsinstrumenten kan gebruiken.

Bij gebruik van de visuele analoge schaal geeft de patiënt met een aanduiding op een lijn van 10 cm aan hoe erg de pijn is die hij ervaart. Meer naar links op de lijn betekent minder pijn, meer naar rechts betekent meer pijn.

Bij de verbale pijnintensiteitschaal verwoordt de patiënt de hevigheid van zijn pijn: ondraaglijk, ernstig, aanzienlijk, mild, licht

of geen pijn.

De verkregen pijnscores worden geregistreerd op het verpleegplan. Artsen en verpleegkundigen kunnen in één oogopslag het verloop van de pijn bij de patiënt overzien.

Idealiter ziet men de pijnscore als een vijfde vitale parameter (naast de bloeddruk, puls, ademhaling en temperatuur).

Behalve observatie van de eigenlijke pijnbeleving van de patiënt moet de verpleegkundige ook andere gegevens observeren: bloeddruk, polsslag en ademhaling, veranderingen van lichaamshouding, mimiek. Die gegevens zijn dikwijls bepalend voor de pijnbestrijding, zeker bij patiënten die (nog) niet in staat zijn om te communiceren. De evaluatie dient uit te monden in een beschrijving, waaruit blijkt hoe de patiënt op de verleende zorg reageert.

Besluit

Pijn bij wondverzorging is een groot probleem, maar we beschikken over middelen om de patiënt bij te staan en de pijn te verminderen. Niet alleen de kennis over wondproducten en verbandmaterialen, maar ook de kennis over analgetica en andere pijnreducerende interventies zijn van belang bij de behandeling van wondpijn.

De verpleegkundige kreeg in de loop der jaren een kostbare en onontbeerlijke rol in de verzorging van pijn. Het blijft het doel om die rol verder te ontwikkelen en aan te passen aan de specifieke kenmerken van de zieken.

Wij zijn dit aan de patiënt verplicht om evidente redenen van zorgkwaliteit en van humanitaire aard.

Anne Mie Menten

Pijnverpleegkundige, O.L.V.-Ziekenhuis Aalst

Verbale Analoge schaal

