



# God basal sårbehandling – what you need to know !



Sårsygeplejerske Trine Thule Hansen  
Karkirurgisk afdeling  
Kolding sygehus

3/10-22



# Basal Sårbehandling

## PROCEDUREN

1. Klargøring af patient/borger, evt. smertebehandling, remedier klar og husk infektionshygiejnen.
2. Fjernelse af brugte bandage.
3. Oprensning: Fjerne urenheder, fibrin, nekrotisk væv, fremmedlegemer (eks. suturer, tophi), biofilm m.m.
4. Anlæggelse af ny bandage
5. Oprydning og dokumentation



# Sårrensning / Revidering / Revision

Hvilken form for revision bruger du så?

Mekanisk

Kirurgisk

Autolytisk

Biologisk



# Mekanisk sårrensning

- Vandhanevand eller isoton NaCl (helst 32 grader)
- Skyllevæsker eks. eddike og røde bade/hyperton saltvandsbad
- Debrideringsklude, pincet, mescher



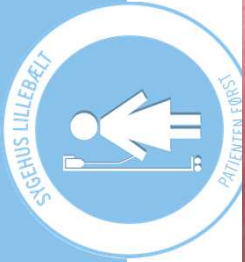


# Kirurgisk revision

- Skalpel
- Curette/skarpske
- Pincet
- Saks
- Kanyle
- Lokalbedøvelse



Sygehus Lillebælt







# Autolytisk revision

- kroppens egne enzymer og vævsvæske fremmer fibrinolysen og enzymaktiviteten
- Autolysen opnås optimalt i fugtigt sår miljø og starter omkring 3 døgn efter at såret er aflukket
- Spalter nekrotisk væv fra sundt væv
- Rids gerne nekrosen og brug hydrogel
- Hydrokolloider: til overfladiske sår med minimal sekretion – ikke til DM eller infektion. God til at beskytte hudomgivelser med ved NPWT og larvebehandling.
- Smertefri behandling







# Biologisk oprensning

- Udskiller enzymer som nedbryder nekrose
- Spiser ikke det raske væv
- Kontraindikationer: blottet kar
- Øget sekretion
- Kan give smerter
- Larver kan ligge 3-5 døgn.





# Vi reviderer ikke når:

Tørre nekroser på diabetiske fødder





## Vi reviderer heller ikke sår med pyoderma gangrenosum





## Nu kan du revidere et sår...

### ...hvilken metode bruger du så til valg af bandage?

1.



2. Mængde og udseende af ekssudat på den brugte bandage.

3. Vælg en bandage med god absorberingsevne som kan håndtere sekretionsmængden. En bandage som sikrer fugtig sårheling og som samtidig beskytter sårkanterne og den omkringliggende hud.

FUGTIG SÅRHELING



# Sårbunden

- Fylde evt caviteter op uden at udtamponere
- Hvis nekrose/fibrin – opløses med gel
- Hvis blottet knogle/sene: Beskyttes med gel, gerne levertransssalve 25%. Skal holdes fugtig – går til grunde af ilt og lys!
- Obs undermineringer/lommer/fistler: fyldes med hydrofob kontaktlag/alginat
- Hypergranulation: kirurgisk revision eller eloconsalve





# Sårkanter

Hvis tør:

- dannes sårskorper som også hindrer epiteliseringen fra kanterne
- hydrofob passiv sårkontaktlag 1-2cm ud over sårkanten med en fugtbevarende sekundær bandage på.

Hvis våde/massererede:

- den nye hud/epitelceller går til grunde og sårets vokser i størrelse
- barrierevæske/-creme/sårkontaktlag med en bandage på som kan håndtere sekretionsmængden.



# Omkringliggende hud

- Kan den tåle klæb?
- Er der ødem?
- Husk at tilføre fugt til huden: fugtighedscreme, fedtcreme, olie til tør skældende hud, evt. hormoncreme
- Hvis våde/massererede: zinkprodukt, skum der kan transportere væske væk fra sårbunden og op i en superabsorbant som fikseres over.







## Den ideelle bandage

Den ideelle bandage skal:

- fjerne overskydende sårveske, så der sikres et fugtigt sårmiljø
- beskytte sårkanterne og huden omkring
- tillade diffusion af ilt, væske og kuldioxid gennem bandagen
- sikre en temperatur i sårbunden på ca. 37 grader
- være uigennemtrængelig for mikroorganismer og minimere udefrakommende kontaminering
- kunne fjernes uden at beskadige det nye granulationsvæv.

Overvej også hvordan bandagen kan:

- være brugervenlig, så patienten/borger også vil anvende den
- minimere behovet for bandageskift
- anvendes i kombination med evt. kompressionsbehandling
- forblive på såret.



# bandagevalg

- Aktive bandager:
  - sølv: binder sig til cellevæg og hindrer celledeling, evaluer efter 1 uge, behandle højst 2-4 uger
  - Aktiv sårkontaktlag: hydrofob, bakterier og svampe tiltrækkes bandagen, ingen max
  - honning: osmose trækker væske ud, max 4 uger
  - jod: til inficerede sår, binder væske, kan skade nye celler
  - kul: mod lugt
    - bør der podes først?
- Passive bandager:
  - f.eks til nekroser der skal holdes tørre / hvis huden ikke tåler klæb
  - en bandage der ikke hænger fast, eks sårkompres
  - er ikke fugtbevarende
  - + fiksering af bandagen;
    - tubenette/tubefast
    - undgå tryk/afklemning
    - tape – test kvaliteten
    - undgå at tape cirkulært 😊



# Bandage valg

- Hvis minimalt sekretion/tør:  
tilføre fugt med gel, aktive eller passive  
sårkontaktlag(hydrofobe)
- Hvis moderat sekretion:  
tynd/tyk skum, med/uden klæb, med/uden sølv/ibu, med/uden  
border osv.
  - fugtbevarende, må klippes, op til 7 døgn
  - hydrofiber/alginat skal kun dække sårbunden!
- Hvis kraftig sekretion: barrierevæske / zink / væsketransporterende  
skum med superabsorbant over som skal fikseres, røde  
bade/hyperton saltvandsbad



## Skifteinterval bestemmes af:

- Den valgte bandages evne til at håndtere sekretmængden
- Patientens/borgerens situation
- Hyppigt ved DM fodsår



## Andre bandager

- NPWT: VAC/PICO/Avelle: Øger perfusion, stimulerer dannelsen af granulationsvæv, håndterer sekretion og reducerer mikroødem
- Vækstfaktorer: leucopatch
- Aflastning med gips/filt/pelotter som beskyt mod tryk, stød og friktion
- Kompression: behandlerstrømper, kortstræksbandager, IPC-pumpe





# Litteratur / Referencer





# PAUSE

