

### **Instruktion**

Fastställt av: Bo Sundqvist

Upprättat av: Oliver Mattsson

Organisation gäller inom: Närsjukvårdsområde Skellefteå, Närsjukvårdsområde Södra Lappland, Närsjukvårdsområde Umeå, Primärvård Länsuppsdrag, Primärvård Mitt Södra Lappland, Primärvård Nord Skellefteå, Primärvård Nord Södra Lappland, Primärvård Nord Umeå, Primärvård Syd Skellefteå, Primärvård Syd Södra Lappland, Primärvård Syd Umeå, Primärvård Väst Skellefteå, Primärvård Väst Umeå, Primärvård Öst Umeå, Primärvårdsjour Umeå, Privat primärvård

## **Svårläkta bensår - Vårdpraxis**

Förändringar från föregående utgåva

Nytt ledningssystemdokument.

### **Arbetsgrupp**

Richard Lindström överläkare Hud- och STD-kliniken NUS, Johan Dahlberg ST-läkare Hud- och STD-kliniken NUS, Bo Sundqvist distriktsläkare allmänläkarkonsult.

### **Giltighetsområde**

Region Västerbotten

### **Svårläkta bensår**

### **Bilagor:**

[Sårflöde vanliga sårtyper.docx](#)

[Sårflöde, ovanliga sårtyper.docx](#)

[Checklista Sår 2021-02-23.docx](#)

[Kostråd vid svårläkta sår.docx](#)

[Råd till dig som har venöst bensår Broschyr.docx](#)

### **Bakgrund**

Svårläkta bensår definieras som ett sår nedom knäleden som inte läkt inom 6 veckor. Bensår är inte en diagnos i sig utan ett symptom på en bakomliggande orsak.

---

**Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.**

## Utredning

Alla svårläkta sår bör bedömas av läkare och alla patienter som behandlas med bensårsomläggningar ska ha en diagnos.

**Anamnes:** Hjärt-kärlsjukdom, diabetes, autoimmun sjukdom, rökning? Sårhistorik, debut, progress, lägesberoende, claudicatio intermittens?

## Status

**Ankel-/armindex (AAI)** ska alltid genomföras för att utesluta inslag av arteriell insufficiens. Patienten ska helst undersökas i liggande med doppler och beräknas som:

*systoliskt ankeltryck / systoliskt armtryck = index (AAI)*

Patient med normalt AAI (>0,9 - 1,4) och bensår ska kompressionsbehandlas. Detta bör göras även vid måttligt sänkt AAI (0,8 - 0,9) men med vissa förbehåll (se Behandling nedan). Om AAI är högre beror detta sannolikt på ateroskleros, Remittera ev till Klin Fys för duplexundersökning. Vid arteriella sår samt blandsår med både arteriell och venös insufficiens skickas remiss till kärlkirurg för bedömning.

Vanliga anamnes- och undersökningsfynd vid venöst bensår:

- Smärta och tyngdkänsla som förvärras under dagen
- Ofta lokaliserat på underbenet, sällan foten
- Täckt med gult fibrin
- Pittingödem med eller utan varicer
- Hemosiderininlagringar (bruna fläckar på underben/fot)
- Staseksem (rodnad, torrt, fjällande)
- Lipodermatoskleros (rodnad, öm, ofta varm, brädhård stram hud, progredierande förlopp)
- Atrophie blanche (vita atrofierade hudområden med förstörade kapillärer)

## Biopsi

Vid misstanke om hudtumör tas en 4 mm stansbiopsi från sårkanten, alternativt fotografering (både makroskopiskt och dermatoskopiskt, se separat vårdpraxis Hud/Teledermatoskopi remiss).

Vid misstanke om vaskulit tas biopsi ca 5 mm utanför (OBS!) sårkant. Vid behov kontakta Hud- och STD kliniken.

---

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

## Lab

Blodprov för att utesluta diabetes. Om aktuellt, se separat vårdpraxis Medicin/Diabetes typ 2/Diabetessår – vårdprogram med flödesschema.

## Behandling

För att ett venöst sår ska kunna läka måste ödemet behandlas bort. Vid ett venöst bensår är den viktigaste behandlingen därför kompression. Utan denna kommer alla andra insatser att vara verkningslösa på lång sikt. Initialt kommer smärtan att öka vid kompressionen och normaliseras på några dagar. Informera patienten om detta för att underlätta acceptans för behandlingen. Även andra sår med ödematösa kanter bör kompressionsbehandlas. Diuretika har ingen plats i behandlingen av ödemet såvida det inte kan hänföras till kardiella orsaker. Om patienten har en uttalad hjärtsvikt måste man även ta hänsyn till den ökade kardiovaskulära volymsbelastning som kompressionen kan ge initialt.

Blandsår med både ett sänkt AAI och venös insufficiens förekommer. Är AAI måttligt sänkt (0,8 - 0,9) kan även dessa sår komprimeras, om än med viss försiktighet. Linda av vid uppkomst av smärtor. Läkningstiden är ofta lång. Skriv remiss för kärlkirurgisk bedömning.

För att följa förloppet rekommenderas tydlig dokumentation. Mät såret med 2 vinkelräta linjer där det är som störst. Fotodokumentation underlättar bedömningen.

## Kompression

Kompression sker i första hand med lindning. Efter lokalbehandling och applicering av förbandsmaterial (se nedan) polstras benet med polstervadd. Ofta behövs extra vid fotknölar och hälsena. Ha patientens fot i 90 grader, högst tryck vid tåbas och minskande upp mot knä. Viktigt att kompressionen även finns över fotryggen, tryckmätare kan användas vid träning.

- Lågelastisk linda (t.ex. Rosidal K) kan sitta kvar över natten men behöver oftast lindas om 2–3 gånger per vecka. Lämpar sig för patienter som är uppegående.
- Hög- eller medelelastisk linda (t.ex. Vitri, Coban) ska lindas av nattetid och kan användas när det är en isolerad venös insufficiens. Lämpar sig främst för patienter som inte är så mobila och som därmed inte använder underbenets muskelpump.

Venösa bensår ska kompressionsbehandlas till läkning, samt minst 4 veckor efter att såret har läkt helt. Därefter kan kompressionsstrumpor av adekvat kompressionsgrad utprovas.

---

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

## Lokalbehandling

- Hela benet bör tvättas (kroppstempererat kranvatten + tvål) och smörjas med mjukgörande kräm (t. ex. Canoderm, Essex) vid varje omläggning.
- Vid fibrinbeläggning utförs debridering för att optimera läkningsmöjligheterna. Bedöva med Xylocain gel 2%, eventuellt tillsammans med Prontosan gel (50/50) 10 minuter och därefter debridering med sax/pincett/curette eller debriderings-pad, t.ex. Debrisoft.
- Maceration av omgivande hud är vanligt förekommande om såret vätskar mer än förbanden kan absorbera. Optimera val av förband samt kompression. Vid behov använd kaliumpermanganat samt använd barriärkräm (t.ex. Cavilon) runt sårkanter. Kaliumpermanganat (spädning beroende på koncentration) appliceras via fotbad eller på kompresser som får ligga över såret i ca 10 minuter. Obs! kaliumpermanganat är missfärgande.
- Eksem behandlas med kortisonkräm grupp 2 (t.ex. Locoid, Emovat) eller grupp 3 (t.ex. Betnovat, Ovixan, Elocon) under 2 veckor innan successiv uttappning. Omläggning och kompressionsbehandling samtidigt.
- Vanligen räcker det att lägga om såret 2–3 gånger per vecka. Vid tillfälligt ökad vätskning, t.ex. i samband med infektion, kan dock tätare omläggningar krävas.

## Förbandsval

Valet av förband beror på typ av sår och utseende, olika förband har olika egenskaper men en fuktig miljö ska eftersträvas med exempelvis polyuretanförband (Polymem, Allewyn, Mepilex) eller hydrokolloida förband (t.ex. Duoderm). Om såret blir för torrt mellan omläggningarna kan med fördel sårgelsprodukter användas (t.ex. Prontosan gel, Duoderm gel).

## Infektion

Bensår har normalt en kolonisering av bakterier och sårodling tas endast om tecken på infektion och om svaret förväntas påverka handläggningen eller vid misstanke på resistens.

Infektion behandlas i första hand med tätare omläggningar och antiseptiskt förband (t.ex. Medihoney, Iodosorb) eller svamp- och bakteriebindande förband (t.ex. Sorbact).

Systemisk antibiotikabehandling endast vid streptokocker grupp A, allmänpåverkan med feber, eller kraftigt lokal infektion med *S. aureus*. Värmeökning, rodnad, ökad smärta och/eller sekretion kan bero på infektion men även andra orsaker (t. ex. staseksem). Var dock extra observant om patienten är

---

**Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.**

immunosupprimerad eller har diabetes.

Kolonisering med *Pseudomonas aeruginosa* ger ofta en odör från såret och grönt missfärgade förband. Detta kan behandlas genom att surgöra miljön i såret med ättiksyra-omslag som får sitta på 10–15 minuter i samband med omläggning.

### Allergi

Vid misstanke om kontaktallergi mot omläggingsmaterial eller lokalbehandlingar remitteras patienten till Hud STD-kliniken för ställningstagande till epikutantestning.

### Andra faktorer av betydelse

Smärta – Vanligt förekommande och kan ge en försämrad läkning samt livskvalitet.

Nutrition – Dålig nutrition försämrar sårets läkningsmöjlighet, remiss till dietist vid behov.

Tryck – Observera om såret ligger över ett benutskott, då behövs extra polstring för att undvika lokal traumatisering.

Sömn – Störd sömn till följd av smärta eller obehag kan försämra sårhälingen.

### Transplantat

Vid stora sår där etiologin är säker men lång läkningstid förväntas kan hudtransplantat övervägas (pinch graft eller delhud). Remittera till Hand- och plastikkirurgkliniken eller Hud- och STD-kliniken för ställningstagande.

### Vakuumbehandling

Vid vissa omständigheter kan det vara motiverat att behandla med en vakuumpump. Metoden rensar såret samtidigt som den också stimulerar bildning av granulationsvävnad. Denna typ av behandling kan precis som konventionella såromläggningar skötas inom primärvård eller hemsjukvård på ordination av Hud- och STD-kliniken.

Byte av förband sker vanligen 1–2 ggr/vecka. Det finns några olika fabrikat av pumpar och handhavandet kan skilja sig åt något beroende på tillverkare. Tydliga instruktioner kring handhavandet finns hos respektive tillverkare. Hud- och STD-kliniken kan vara behjälplig med råd och stöd till omläggande personal vid behov.

Omläggingsmaterial och hyra av pump är kostsammare än konventionell omläggning, varför detta endast ordinerar i undantagsfall. Behandlingen brukar dock endast pågå en kortare tid för att vända ett hastigt negativt förlopp.

---

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

## Remissvägar

Om bensår inte läker trots adekvat behandling, eller vid oklarheter i diagnostik, kontakta Hud- och STD kliniken.

Trycksår handläggs i första hand via Hand- och plastikkirurgkliniken.

Avseende indikation för kärlkirurgisk bedömning av venösa sår och varicer, se separat vårdpraxis Kirurgi/Extremitetsvaricer.

## Område

Vårdpraxis\Ämnesområde\Hud och STD

## Utarbetat av

Innehållet utarbetat av arbetsgruppen och granskat av AKO-gruppen.

## Referenser

Nationellt kunskapsstöd bensår, <https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/dokument/35b2deec-75e9-467c-9a80-703709b92a14>

SBU-rapport, Svårläkta sår hos äldre (2014)

Internetmedicin.se Bensår venösa, <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=255>

Bilagor från Sårvårdgruppen; Broschyerna är framtagna av arbetsgrupp uppdrag svårläkta sår Region Västerbotten 2019–2022

Ansvarig för bilagorna är uppdragstagare Åsa Nordlund, Verksamhetschef, Hud- och STD-kliniken Västerbotten

## Sökord

Vårdpraxis, Primärvård, Hemsjukvård, Hud och STD

### Dokumentinformation

Här anges information om vad som finns i grå ruta, sidhuvud, sidfot och om information angetts om kontrollerade kopior.

Det anges här för att kunna läsas av hjälpmedel för synnedsatta. **Denna information får inte tas bort!**

#### Information i sidhuvud

Bild på region Västerbottens logga.

Versionsnummer: 95312

Giltigt från och med: 2021-12-02

Giltigt till och med: 2025-12-31

#### Information i grå ruta på första sidan

Dokumenttyp: Instruktion

Fastställt av: Bo Sundqvist

Upprättat av: Oliver Mattsson

Organisation gäller inom: Närsjukvårdsområde Skellefteå, Närsjukvårdsområde Södra Lappland, Närsjukvårdsområde Umeå, Primärvård Länsuppdrag, Primärvård Mitt Södra Lappland, Primärvård Nord Skellefteå, Primärvård Nord Södra Lappland, Primärvård Nord Umeå, Primärvård Syd Skellefteå, Primärvård Syd Södra Lappland, Primärvård Syd Umeå, Primärvård Väst Skellefteå, Primärvård Väst Umeå, Primärvård Öst Umeå, Primärvårdsjour Umeå, Privat primärvård

#### Information i Sidfot

Dokumentnummer: 95312

#### Kontrollerade kopior

---

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.