

Au!

Over zelfbehandeling van schaaf-, snij- en bijtwonden

E.H. VAN DE LISDONK
R.H.P.D. VAN DEIJCK

Van de Lisdonk EH, Van Deijck RHPD. Au! Over zelfbehandeling van schaaf-, snij- en bijtwonden. Huisarts Wet 1998;41(9):410-2, 420.

Doel Vaststellen welke zelfbehandelingen worden toegepast bij schaaf-, snij- en bijtwonden en in hoeverre deze zelfzorg adequaat is.

Opzet Transversaal onderzoek onder patiënten en literatuuronderzoek.

Plaats Vier willekeurige doorsneehuisartspraktijken.

Methoden Schriftelijke enquête onder opeenvolgende spreekuurbezoekers op verschillende dagen van de week. Voor het opsporen van literatuur werd onder meer een Medline-search verricht.

Resultaten Desgevraagd herinnerde bijna 30% van de respondenten zich de afgelopen maand een schaaf- of snijwond te hebben opgelopen, terwijl 3% een bijtwond meldde. Gewoonlijk behandelt men bijna 90% van de schaaf- en snijwonden zelf; alleen voor bijtwonden acht het merendeel van de respondenten een professioneel oordeel nodig. Bij zelfbehandeling worden wondbedekkers en desinfectantia het meest toegepast. Gecontroleerde trials naar de klinische effectiviteit en de veiligheid van zelfzorgmiddelen bij kleine verwondingen in de thuissituatie werden niet gevonden.

Conclusie Hoewel niet wetenschappelijk onderbouwd, lijkt de gebruikelijke zelfzorg bij wonden adequaat en onschadelijk.

Afdeling huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

dr. E.H. van de Lisdonk, huisarts;
R.H.P.D. van Deijck, medisch student.

Correspondentie: dr. E.H. van de Lisdonk.

Inleiding

Schaaf-, snij- en bijtwonden komen veel voor. Vooral vallen, werken met scherpe voorwerpen en verzorgen van huisdieren zijn oorzaken. Al deze wonden genezen gewoonlijk spontaan – restloos of met achterlating van een onbetekenend litteken. Medisch relevant zijn de weinig frequent optredende complicaties, zoals wondinfectie, niet te stelpen bloeding en disfunctionele littekenvorming.¹

In de Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen worden per jaar gemiddeld 129 episoden per 1000 mannen geregistreerd en 82 per 1000 vrouwen.² Dat komt in een gemiddelde praktijk neer op ongeveer 8 nieuwe gevallen per week. Daarbij zijn gesloten verwondingen, zoals contusies en brandwonden, niet inbegrepen.

Daarnaast gaan mensen met kleine verwondingen ook naar de eerstehulpafdelingen van ziekenhuizen. In de periode 1991-1995 behandelden de EHBO-afdelingen van de gezamenlijke Nederlandse ziekenhuizen jaarlijks ongeveer 5.800 schaafwonden, 54.000 snijwonden en 24.000 andere wonden (waaronder bijtwonden) die het gevolg waren van ongevallen in en om het huis.³ Dat lijkt veel, maar per huisarts gaat het om gemiddeld ongeveer 12 incidenten per jaar; dat is ongeveer 3 procent van het aantal kleine verwondingen dat de huisarts zelf ziet.

Medische hulp kan zinvol zijn, indien problemen worden verwacht bij de wondgenezing:

- Tijdens de epithelialisatiefase, in de eerste dagen na de verwonding worden trombosevorming en het ontstekingsproces belemmerd bij patiënten die anticoagulantie of corticosteroïden gebruiken, bij patiënten met stollingsstoornissen of diabetes mellitus, en bij immuungecompromitteerde patiënten.
- In de proliferatieve fase, één tot twee weken na het ongeval, worden de ingroei van fibroblasten en de collageensynthese belemmerd in geval van hypoxie, bijvoorbeeld ten gevolge van een slechte doorbloeding, mechanische stress, wondinfectie of necrotische resten.
- Tijdens de resorptiefase, die verschei-

dene maanden na de eerste fase kan duren, is de uiteindelijke littekenvorming afhankelijk van veel factoren, die hier buiten beschouwing blijven.

Veruit de meeste kleine verwondingen komen niet onder ogen van een arts, maar worden door de mensen zelf behandeld, zonder dat goed bekend is hoe.⁴⁻⁶ Waarschijnlijk is er veel variatie, zoals onder meer valt op te maken uit consumentenboeken.^{7,8}

De vraagstelling van dit onderzoek luidt:

- Op welke wijze behandelen mensen zichzelf bij schaaf-, snij- en bijtwonden?
- Wat is bekend over de effectiviteit en eventueel de schadelijkheid van deze zelfbehandelingen?

Methode

Allereerst werd in de literatuur gezocht naar informatie vanuit omschrijvingen voor de bedoelde letsels (wond, trauma, ontsteking, bijtwond, snijwond, open verwonding, schaafwond) en de diverse behandelingen (zelfbehandeling, zelfmedicatie, verbandmiddelen, huismiddelen, homeopathie). Gezocht werd in de Nederlandstalige literatuur (*Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *Huisarts en Wetenschap*, *Vademecum*, boekencollectie van de Medische Bibliotheek van de Faculteit der Medische Wetenschappen KU Nijmegen) en in Medline. Inclusiecriteria waren: clinical trial, de aanwezigheid van een controlegroep, en onafhankelijke beoordeling van de resultaten.

Daarnaast ontwierpen wij een enquête, waarmee spreekuurbezoekers in vier huisartspraktijken werden ondervraagd. Deze huisartspraktijken werden gekozen op grond van persoonlijke contacten. De desbetreffende huisartsen hadden geen bijzondere expertise op het terrein van de 'kleine chirurgie' en de auteurs van dit artikel waren niet werkzaam in een van de vier praktijken. De enquête bestond uit vier vragen over sociaal-demografische achtergrond en de volgende vijf vragen, die werden achtereenvolgens werden gesteld voor schaaf-, snij- en bijtwonden:

- Hebt u de laatste maand een schaaf/snij/bijtwond opgelopen?
 - Stel dat u thuis een schaaf/snij/bijtwond oploopt, zou u dan actief iets aan wondbehandeling doen?
 - Indien ja, wat gebruikt u dan (enkele voorbeelden; meer dan één antwoord mogelijk) en waar haalt u deze middelen?
 - Kunt u de naam of merknaam van die middelen aangeven?
 - Van wie kreeg u informatie over deze behandeling?
- wondbedekkers (pleister, zwaluwstaartje, steriele gazen, geïmpregneerde gazen, pleisterpray, wondverband);
- desinfectantia (betadine, dermatol, desinfecterende spray, sterilon, dettol, sodabad, badedas, purol, ontsmettingswater);
- homeopathisch (bijvoorbeeld calendula, bioforce, nestosyl, echinaforce, arnica);
- zalven (babyzalf, uierzalf, levertraanzalf, vaseline, biotherm littekenzalf);
- pijnstillers (met name paracetamol, aspirine-achtigen, NSAID's);
- spoelen;
- overigen (tetanus, ijsblokjes).

In drie praktijken vroeg de tweede auteur tijdens drie verschillende dagen van de week aan opeenvolgende bezoekers van het spreekuur om hun medewerking. Bij een positieve reactie vulde de respondent ter plekke de enquête in. In één praktijk verliep deze procedure via de praktijkassistente.

Zelfbehandeling werd ingedeeld in zeven categorieën:

Daarna hebben wij getracht de vraag naar de effectiviteit en schadelijkheid van zelfbehandelingen te beantwoorden door nogmaals gericht de literatuur te raadplegen, waarbij ook de hulp van de verschillende fabrikanten werd ingeroepen.

De gegevens werden verwerkt met be-

hulp van de programma's SPSS (Statistical Package for Social Sciences) en SAS (Statistical Analysis Systems).

Resultaten

Het literatuuronderzoek leverde geen enkel artikel op dat voldeed aan de inclusiecriteria. Over de klinische behandeling van wonden werd wel geschreven, maar niet over zelfbehandeling in de thuissituatie. Ook werd geen onderzoek gevonden naar de aard en effectiviteit van adviezen die drogisten en apothekers bij schaaf-, snij- en bijtwonden geven.

De enquête werd ingevuld door 189 van de 199 uitgenodigde spreekuurbezoekers. Van de respondenten was 36 procent man en 64 procent vrouw; 9 procent was jonger dan 25 jaar, 58 procent tussen de 25 en 49 jaar oud, en 33 procent was ouder dan 50 jaar.

Van de respondenten gaf 26 procent op in de afgelopen maand een schaafwond te hebben gehad; 29 procent liep een snijwond op en 3 procent een bijtwond.

Op grond van de hypothetische situaties in de enquête zeiden 134 respondenten dat zij een schaafwond zouden (laten) behandelen; bij snijwonden waren dat er 171 en bij bijtwonden 177 (tabel 1). Bij schaafwonden kozen meer vrouwen dan mannen ($p=0,016$) en meer respondenten >50 jaar dan jongeren ($p=0,001$) voor behandeling. Bij snij- en bijtwonden werden geen significante verschillen gevonden tussen beide geslachten, en evenmin tussen de onderscheiden leeftijdsgroepen.

Wat de aard van behandelingen betreft, waren er verschillen tussen de drie typen wonden. Van schaafwond, via snijwond naar bijtwond zou een afnemend deel van de respondenten de wond zelf behandelen, terwijl meer respondenten professionele hulp (huisarts, eerste hulp van ziekenhuis) zouden inroepen. Bij zelfzorg bij schaaf- en snijwonden werden wondbedekkers en desinfectantia het meest genoemd. Bij bijtwonden scoorde de categorie 'rest' (inclusief tetanusvaccinatie) zeer hoog.

Vrijwel alle respondenten zouden bij schaaf- en snijwonden thuis met de behan-

Tabel 1 Vormen van (zelf)behandeling bij wonden. Percentages van aantallen respondenten die zeiden behandeling toe te passen

	Schaafwond n=134	Snijwond n=171	Bijtwond n=177
Zelfbehandeling	90	86	41
– wondbedekker	53	74	19
– desinfectans	43	29	22
– homeopathisch	16	7	5
– zalven	12	3	1
– pijnstillers	5	3	1
– spoelen	15	11	5
– overige	1	1	68
Professionele hulp	27	39	95
Geen antwoord	10	14	14

Tabel 2 Plaats waar respondenten zeiden middelen voor wondbehandeling te krijgen

	Schaafwond n=134	Snijwond n=171	Bijtwond n=177
thuis, zelfhulp	95	97	29
Drogist	77	68	24
Reformwinkel	8	5	2
Apotheek	28	19	15
Huisarts	17	33	78
Ziekenhuis (EHBO, poli)	14	15	29
Anders	5	5	1

deling beginnen. De drogist werd genoemd als de belangrijkste leverancier van de hierbij toegepaste middelen. Toch zou bij schaafwonden voor één op de zes à zeven gevallen vroeg of laat professionele hulp worden gevraagd, en bij snijwonden in één op drie gevallen. Bijtwonden worden blijkbaar als ernstiger beoordeeld: men zou in het merendeel van de gevallen naar de huisarts gaan.

Wat is bekend van de *effectiviteit* en *schadelijkheid* van de vele genoemde middelen?

Vier middelen bleken te zijn vermeld in het *Farmacotherapeutisch kompas*: betadine (polyvinylpyrrolidonjodium), nestosyl (pramocainehydrochloride en zinkoxide), paracetamol en sterilon (chloorhexidine in alcohol). Naar deze middelen hebben wij geen verder onderzoek ondernomen. Van de vele andere middelen konden wij met behulp van literatuur en informatie van fabrikanten geen randomised clinical trials op het spoor gekomen, wel opvattingen, meningen en overtuigingen. Uit het vele materiaal dat wij verzamelden, selecteren wij enkele punten:

- Spoelen met water (of fysiologisch zout) dient vooral ter verwijdering van corpora aliena; sommigen adviseren een zachte hand om helend weefsel niet te beschadigen, anderen adviseren uitspuiten onder enige druk met een 50 of 100 ml spuit.⁹

- Van zepen en biologische ontsmettingsmiddelen (soda, badedas, biotex en andere wasmiddelen) wordt beweerd dat zij de wond schoonmaken en desinfecteren en de omliggende huid soepel maken; sommigen vechten dat aan, menen dat zepen niet beter schoonmaken dan water en achten zepen toxisch voor subcutane cellen.^{10,11}

- Chloorhexidine is een veilig en goedkoop desinfectans, irriteert en sensibiliseert zelden en is waarschijnlijk niet cytotoxisch; met name dit laatste lijkt een belangrijk voordeel boven povidonjodium en waterstofperoxide.¹²⁻¹⁴

- Levertraanzalf en uierzalf, hoewel door sommigen als ontsmettend en voedend voor de huid aangemerkt, zijn waarschijn-

lijk niet effectief en geven aanleiding tot allergische huidreacties.^{9,15}

- Wondstrooipoeders geven korsten en belemmeren het zicht op de wond en een eventuele wondinfectie.

- Wondbedekking dient de bescherming van de wond tegen contaminatie van buiten en de resorptie van wondvocht; na 24-48 uur is de epithelialisatie gewoonlijk ver genoeg voortgeschreden en kan van wondbedekking worden afgezien.

Beschouwing

Kleine verwondingen behoren tot het leven van alledag. De wetenschappelijke belangstelling voor dit soort wonden is gering, getuige de magere oogst aan gepubliceerde onderzoeksbevindingen.

Een meerderheid van de ondervraagde patiënten zei iets aan wondbehandeling te doen. Bij schaaf- en snijwonden was dit meestal zelfbehandeling (met name wondbedekking en desinfectantia), bij bijtwonden zou bijna de helft van de respondenten een arts raadplegen. De literatuur is het met deze wijze van handelen goeddeels wel eens, hoewel er desinfectantia zijn die schadelijk voor subcutaan weefsel worden geacht.

De door ons gekozen benadering van spreekuurzoekers bleek efficiënt. De non-respons was laag en het was mogelijk om direct te controleren of de enquête volledig was ingevuld (ook al is dat niet altijd gebeurd). Spreekuurzoekers vormen geen zuivere afspiegeling van de praktijkpopulatie: mensen met een hoge consumptiegeneigdheid zijn waarschijnlijk oververtegenwoordigd. Dat heeft misschien geleid tot een overschatting van de vraag naar medische hulp bij schaaf-, snij- en bijtwonden, en zou betekenen dat een nog grotere meerderheid van de mensen geneigd zal zijn om deze wonden zelf te behandelen.

Voor informatie over zelfbehandeling kan men terecht bij een groot aantal publicaties.^{7,8,16,17} Sommige apothekers maken voor hun adviezen gebruik van zelf ontwikkelde schriftelijke informatiebronnen.^{18,19}

Kennelijk roepen de meeste mensen bij kleine verwondingen niet snel medische hulp in. Dit gegeven is een reden te meer voor serieuze inspectie en behandeling in gevallen waarin deze wonden wél aan de (huis)arts worden gepresenteerd.

De arts overweegt dan de kans op een vertraagde wondgenezing (slechte circulatie ter plaatse, diabetes mellitus, immunstoornissen, gebruik van anticoagulantia en corticosteroiden), inspecteert de wond, en verricht eventueel een wondtoilet door verwijdering van corpora aliena en reiniging met water of fysiologisch zout. Andere middelen worden niet aangeraden. Het gebruik van weefseltoxische middelen, zoals waterstofperoxide, wordt afgeraden. Waar nodig volgt sluiting van de wond. Bij verder gezonde patiënten is wondbedekking misschien de eerste 24 tot 48 uur nuttig; daarna kan de wond aan de open lucht worden blootgesteld.

Literatuur

- 1 Kopjar B, Wickizer M. Population-based study of unintentional injuries at home. *Am J Epidemiol* 1996;144:456-62.
- 2 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM, redactie. *Ziekten in de huisartspraktijk*. Tweede druk. Utrecht: Bunge, 1994.
- 3 LIS 1991-1995. Stichting Consument en Veiligheid, Amsterdam.
- 4 Dean KJ. Self-care of common illnesses in Denmark. *Med Care* 1983;21:1012-31.
- 5 Russell EM. Self-care in illness a review. *Fam Pract* 1985;2:108-20.
- 6 Segall A. A community survey of self-medication activities. *Med Care* 1990;28:301-10.
- 7 Consumentenbond. *Zelf dokteren*. Baarn: Bosch & Keuning, 1987.
- 8 Van der Mey M. *Oma's gezondheidstips*. Soest: Verba, 1994.
- 9 Singer AJ, Hollander JE, Quinn JV. Evaluation and management of traumatic lacerations. *New Engl J Med* 1997;337:1142-8.
- 10 Biert J. Is er nog plaats voor huishoud-soda of sunil bij geïnfecteerde wonden? *Vademecum* 1997;15(8).
- 11 Delemarre JBVM. Is wondreiniging door badedas rationeel? *Vademecum* 1997;35.
- 12 Faddis D, Daniel D, Royer J. Tissue toxicity of antiseptic solutions: a study of rabbit articular and periarticular tissues. *J Trauma* 1977;17:895-7.
- 13 Houwing RH. Antiseptische wondbehandelingsmiddelen, een overzicht. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:1908-11.

Vervolg literatuur op pag. 420.

therapy with regional formularies was low. Although 75 per cent of the medication prescribed by the Groninger group (Nijmegen group 67 per cent) was mentioned in the regional formulary, in only 35 per cent of all prescriptions (Nijmegen group 26 per cent) the medication was prescribed for indications mentioned in the formulary. The compliance of the Groninger group with the Nijmegen formulary, as well as the compliance with the formulary of the Dutch College, was somewhat lower (69 per cent and 65 per cent) than with their own regional formulary. Furthermore, the

compliance of the Nijmegen group with the Groninger formulary was even higher than the compliance with their own Nijmegen formulary. The regional formularies seemed rather complete, because health problems for which GPs were consulted but were not mentioned in the regional formularies were rare. However, according to the regional formularies most of the medication the GPs prescribed was actually indicated for other health problems. Not only do GPs from different regions vary in their prescription behaviour (due to their place of education), but also GPs in the same region

showed extensive differences. Alternative medication was rarely prescribed, only 1 per cent of all prescriptions. Selfdispensing GPs behaved more favourably in all aspects: less drugs, less prescriptions, and better compliance.

Conclusion The results of our study implying a low compliance of GPs' pharmacotherapy with regional formularies undermines the raison d'être for regional formularies.

Correspondence G.B. Kamps, MD, 'De Veenhove', Blijhamsterweg 77, 9673 XA Winschoten, The Netherlands.

Au! Over zelfbehandeling van schaaf-, snij- en bijtwonden

Vervolg literatuur

- 14 Trevelyan J. Wound cleansing. *Nursing times* 1996;92:44-6.
- 15 Van den Hoogenband HM. *Kinderen met huidproblemen*. Meppel: Boom, 1989.
- 16 Het Oranje Kruis. *Het Oranje Kruis boekje*. Lei-

- den: Spruyt, Van Mantegem & De Does, 1986.
- 17 Ten Winkel E, redactie. *Elsevier Medische Encyclopedie*. Amsterdam: Elsevier, 1986.
- 18 Van Ommeren GJ, Schepman RC. *Geneesmiddelen in de handverkoop*. Utrecht: Werkgroep zelf-

medicatie, 1992.

- 19 Vincken BJ. *Handboek zelfzorg*. 's-Hertogenbosch: Kring apotheken, 1996.

Abstract

Van der Ree CM, Morkink HGA, Van den Hoogen HJM, Grol R. **A therapy decision support system (ETAS) for general practitioners. A pilot study.** *Huisarts Wet* 1998;41(9):413-5.

Objective To investigate (1) the applicability in daily practice of a therapy decision support system (ETAS) based on Dutch national guidelines and integrated in a GP information system, and (2) the effects of ETAS on performance in GP's perception.

Design and setting Descriptive research in a local health centre (7 GPs).

Methods Data on use, appreciation and experienced results were gathered by means of registration forms and questionnaires.

Results The ETAS was used in 25 per cent of the consultations in which a therapy was established, adapted or continued. The ETAS-advice was followed in most of the cases. The appreciation of the advice turned out very well. The GPs mentioned a positive influence

on the quality of their performance, on the rational subscription of medicine and on the use of the Information System.

Conclusion The study shows that ETAS is very well applicable in daily practice, that it is frequently used and that it has a positive effect on the performance according to the GPs.

Correspondence C.M. van der Ree MD; Health Centre De Schans; Schans 8; 8251 GB Dronten, The Netherlands.