



• 2. TÁJÉKOZTATÓ KIADVÁNY

Műtét Utáni Fájdalom: Amit az Egészségügyi Szakembereknek Tudniuk Kell

Évente sokmillió műtéti beavatkozást hajtanak végre világszerte. Ezek spektruma az ambuláner végrehajtott rövid kisműtétektől egészen az elesett állapotú betegek kulcsfontosságú szervein végzett több órás operációikig terjed. Az elmúlt generáció jelentős változásnak volt tanúja a posztoperatív fájdalom kezelésével szemben tanúsított hozzáállást illetően: a sorsszerű elviselés attitűdjét az élettani és pszichológiai folyamatok befolyásolásába és erősítésébe vetett bizalom kezdte felváltani [11], még akkor is, ha a fájdalom elhúzódik vagy krónikussá válik bizonyos betegek esetében [8].

Továbbá a minimálisan invazív sebészeti technikák és a multimodális rehabilitációs eljárások fejlődése, beleértve fájdalomcsillapító eljárásokat, javíthatják a posztoperatív felépülést és áttolhatják azt a fekvőbeteg-ellátásból a járóbeteg-önellátás felé [2].

A posztoperatív fájdalomhoz való hozzáállás ma:

- Abból indul ki, hogy csaknem minden posztoperatív fájdalmat lehet – és kell is – kezelni, annak érdekében, hogy a lehető legmagasabb szintű fizikális és érzelmi funkciót tudjuk biztosítani.
- Felméri a nyugalomban és a releváns fizikai tevékenység végzése közben tapasztalt fájdalom intenzitását, annak érdekében, hogy a rehabilitáció igényeihez igazítsa a fájdalomcsillapító terápiát, általában úgy, hogy a fájdalom intenzitása enyhe legyen, kivéve olyan kiemelendő eseteket, mint például a súlyos trauma megváltozott mentális képességek mellett [12].
- Előre azonosítja azokat a betegeket, akiknél különös odafigyelésre lehet szükség, pl. műtét előtti krónikus fájdalom, szorongás, opioidkezelés vagy viselkedésproblémák pl. katasztrófizálás vagy szerhasználati zavar miatt [9].
- Integrálja a fájdalomcsillapítást a műtétre való felkészítés és az azt követő felépülés kapcsán releváns egyéb aspektusokkal, mint pl. a betegoktatás, a táplálkozás vagy a folyadékbevitel.



© Copyright 2017. Nemzetközi Fájdalomtársaság (IASP). Minden jog fenntartva.

Az IASP azzal a céllal hoz össze tudósokat, klinikusokat, egészségügyi ellátókat és törvényhozókat, hogy világszerte előmozdítsa és támogassa a fájdalommal kapcsolatos kutatásokat, és a hatékonyabb fájdalomkezelés érdekében átültesse a megszerzett tudást a klinikai gyakorlatba.

- Kombinál számos különböző típusú gyógyszert, mint pl. a gyulladáscsökkentőket és – amennyiben kivitelezhető – a helyi érzéstelenítést egy olyan multimodális stratégiában, melynek célja, hogy csökkentse az egyetlen egyféle hatóanyagtól való függést (mint pl. a számos mellékhatással bíró opioidok).
- Utánköveti a betegek állapotát a hazabocsátást követően is, hogy mihamarabb felismerje és kezelje a tartósan fennálló fájdalmat és egyéb nemkívánatos sebészeti szövődeményeket.
- A körülményekhez igazítva és az egész egészségügyi ellátórendszerre kiterjesztve megszervezi a pre-, intra- és posztoperatív fájdalomcsillapítást, annak érdekében, hogy növelje az ellátás minőségét és biztonságát.
- Felismeri (néhány országban), hogy az olyan akut fájdalom kezelése, mint amilyen a posztoperatív fájdalom is, egy önálló orvosi szubspecialitássá vált, a témával kapcsolatos ismeretek bővülése és az olyan speciális technikák miatt, mint a regionális anesztézia [10].

A ma alkalmazott, evidenciákon alapuló, beavatkozás- és területspecifikus megközelítésmód csökkentheti vagy elkerülheti a nem megfelelően kezelt akut posztoperatív fájdalom következő nemkívánatos hatásait:

- A beteg számára nemkívánatos élmények:
 - Félelem, szorongás és szükségtelen szenvedés.
 - Korlátozott mozgás- vagy légzőképesség és alacsony szintű önállóság.
 - Rossz alvás.
 - Vizeletretenció.
 - Csökkent életminőség egy szükségtelenül lassú felépülési folyamat során.
 - Szüségtelen részleges vagy teljes rokkantság elvesztett munkaképességgel.
- Nemkívánatos klinikai eredmények:
 - Megkésett sebgyógyulás a megnövekedett szimpatikus tónus és rossz oxigenizáltság miatt.
 - A fájdalom elhúzódásának vagy krónikussá válásának nagyobb rizikója.
 - Gyakoribb anasztomózis-elégtelenség.
 - A pulmonáris megbetegedések, beleértve a fájdalom miatt csökkent légzőmozgás kapcsán kialakuló pneumonia magasabb rizikója.
 - Megnövekedett trombózisrizikó.
 - Megnövekedett delíriumrizikó.
 - Megnövekedett mortalitási rizikó.
 - Elhúzódó stresszreakció: emelkedett katekolamin- és kortizolszint, felgyorsult katabolizmus.
- Költséges adminisztratív terhek:
 - Megnövekedett kórházi vagy intenzív osztályos benntartózkodási idő.
 - Magasabb szövődésményráta (beleértve a lehetséges krónikus fájdalmat), amely megemeli az egészségügyi ellátórendszer költségeit.
 - A „teljesítményalapú finanszírozás” csökkenése a kalkulált alacsonyabb ellátási minőség miatt.

A klinikusok bebizonyították, hogy képesek adaptálni és személyre szabottan alkalmazni a klinikai irányelveket a betegek közti különbségek és az eltérő szükségleteknek megfelelően [4]. A posztoperatív fájdalom variabilitásához hozzájáruló potenciális tényezők többek között:

- Genetikai különbségek (beleértve a nemet is) a nocicepció, a szenzitizáció, az endogén fájdalomcsillapítás, és a gyulladásos válaszreakció nagysága tekintetében, valamint olyan genetikai eltérések, melyek a fájdalomcsillapítók által megcélzott rendszereket érintve (mint például az opioidmetabolizmus) befolyásolják azok farmakokinetikai és farmakodinámiai tulajdonságait.
- A betegek életkora, testsúlya, fizikális státusza, társbetegségei és jelenleg szedett gyógyszerei.
- Etnikum, ami befolyásolhatja a posztoperatív fájdalmat és annak kezelési módjait [1,3].
- Preoperatív és távolabbi anamnézisben szereplő fájdalom vagy fájdalomcsillapító kezelés, pl. fájdalom általi szenzitizáció vagy opioidkezeléshez való hozzászokás az anamnézisben.
- Pszichológiai tényezők, mint pl. a tájékozott kontroll, az előzetes várakozások (pl. placebo vagy nocebo hatások) vagy a katasztrófizálás.
- Szociális tényezők, mint pl. a kontextus és az adott személy műtétjének és fájdalmának jelentősége (pl. rokkantsági állapot, illetve a kuratív vagy nem kuratív cél egy onkosebészeti műtét tekintetében).
- A műtéti terület és a műtéttechnika (pl. „kulcslyuk” vagy idegmegtartó feltárások).

A jövő orvosi gyakorlata már úton van néhány klinikai központban és kutatócsoportban. Ez a gyakorlat összességében arra törekszik, hogy egy betegközpontú multimodális fájdalomcsillapító megközelítésmódot tegyen magáévá, amely magába olvasztja a felépülés elősegítésének egyéb dimenzióit, úgymint a fizikális mobilizálás, a folyadékháztartás, a testhőmérséklet és a tápanyagbevitel kontrollálása, valamint a csökkent légzésfunkció helyreállítása [5].

Az egyes specifikus betegcsoportok és műtét típusok az IASP 2017-es Nemzetközi Műtét Utáni Fájdalomellenes Év kampánya keretében kiadott más Tájékoztató Kiadványokban kerülnek bemutatásra. Fontos szem előtt tartani, hogy függetlenül az agresszív fájdalomcsillapítás specifikus élettani vagy éppen gazdasági előnyének (ha van egyáltalán) nagyságától, a betegeknek alapvető emberi joga az egészségügyi ellátó által biztosítható leghatékonyabb fájdalomcsillapításban való részesülés. Ez nem jelenti azt, hogy minden betegnél nulla fájdalomintenzitást kellene elérni. Hanem inkább azt, hogy minden egyes betegnél a rizikók, előnyök és az adott körülmények között nyújtható biztonságos posztoperatív ellátás lehetőségeinek mérlegelésekor a hatékony fájdalomkontroll mint integráns komponens kell szemünk előtt lebegjen.



© Copyright 2017. Nemzetközi Fájdalomtársaság (IASP). Minden jog fenntartva.

Az IASP azzal a céllal hoz össze tudósokat, klinikusokat, egészségügyi ellátókat és törvényhozókat, hogy világszerte előmozdítsa és támogassa a fájdalommal kapcsolatos kutatásokat, és a hatékonyabb fájdalomkezelés érdekében átültesse a megszerzett tudást a klinikai gyakorlatba.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Campbell CM, Edwards RE. Ethnic differences in pain and pain management. *Pain Manage* 2012;2:219–30.
- [2] Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, Carter T, Cassidy CL, Chittenden EH, Degenhardt E, Griffith S, Manworren R, McCarberg B, Montgomery R, Murphy J, Perkal MF, Suresh S, Sluka K, Strassels S, Thirlby R, Viscusi E, Walco GA, Warner L, Weisman SJ, Wu CL. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain* 2016;17:131–57.
- [3] Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB, Kalauokalani DA, Lasch KE, Myers C, Tait RC, Todd KH, Vallerand AH. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Med* 2003;4:277–94.
- [4] IASP, Akut Fájdalom Speciális Érdekcsoport (Acute Pain Special Interest Group). A 2014-es Szatellit Szimpózium internetes közzététele „Faces or the crowd: variability and diversity in acute pain control” („Arcok vagy tömeg: változékonyság és sokféleség az akut fájdalom ellátásában”) címmel.
- [5] Kehlet H. Accelerated recovery after surgery: a continuous multidisciplinary challenge. *Anesthesiology* 2016;123:1219–20.
- [6] Meissner W, Zaslansky R. PAIN OUT is an international quality improvement and registry project that provides a web-based information system to improve treatment of patients with post-operative pain.
- [7] McQuay HJ, Moore RA. An evidence-based resource for pain. Oxford: Oxford University Press; 1998.
- [8] Niraj G, Rowbotham DJ. Persistent postoperative pain: where are we now? *Br J Anaesth* 2011;107:25–9.
- [9] Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Acute pain management: scientific evidence, 4th ed. Melbourne: ANZCA & FPM; 2015.
- [10] Tighe P, Buckenmaier CC, Boezaart AP, Carr DB, Clark L, Herring A, Jacobs W, Kent M, Mackey S, Mariano ER, Polomano RC, Reisfield GM. Acute pain medicine in the United States: a status report. *Pain Med* 2015;16:1806–6.
- [11] Wilder-Smith O, Arendt-Nielsen L, Yarnitsky D, Vissers KCP. Postoperative pain: science and clinical practice. Philadelphia: IASP Press/Wolters Kluwer; 2014.
- [12] Zaslansky R, Rothaug J, Chapman CR, Bäckström R, Brill S, Fletcher D, Fodor L, Gordon DB, Komann M, Konrad C, Leykin Y, Pogatski-Zahn E, Puig MM, Rawal N, Ullrich K, Volk T, Meissner W. PAIN OUT: the making of an international acute pain registry. *Eur J Pain* 2015;19:490–502.

SZERZŐK

Daniel B. Carr, MD, DABPM, FFPANZCA (tiszteletbeli tag)

A népegészségügy és közegészségügy professzora

Az aneszteziológia és az orvostudományok professzora

A Tufts Egyetem, Orvostudományi Kar Fájdalommal Kapcsolatos Kutatás, Oktatás és Szakmapolitika Programjának (Program on Pain Research, Education and Policy) alapító igazgatója

Boston, Massachusetts, Egyesült Államok

Bart Morlion, MD, PhD, DESA

A Leuveni Algológiai & Fájdalomkezelő Központ igazgatója

Leuveni Egyetemi Kórházak, KU Leuven, Belgium



© Copyright 2017. Nemzetközi Fájdalomtársaság (IASP). Minden jog fenntartva.

Az IASP azzal a céllal hoz össze tudósokat, klinikusokat, egészségügyi ellátókat és törvényhozókat, hogy világszerte előmozdítsa és támogassa a fájdalommal kapcsolatos kutatásokat, és a hatékonyabb fájdalomkezelés érdekében átültesse a megszerzett tudást a klinikai gyakorlatba.

Tiszteletbeli egyetemi docens, Groningeni Egyetem, Hollandia

LEKTOROK

Asokumar Buvanendran, MD

Az Aneszteziológia kinevezett William Gottschalk elnöke
Kutatásokért felelős alelnök & Ortopédiai Anesztézia vezetője
Professzor, Aneszteziológiai Osztály (Department of Anesthesiology)
Rush Egyetem Egészségügyi Központ (Rush University Medical Center)
Chicago, Illinois, Amerikai Egyesült Államok

Lars Arendt-Nielsen, Dr Med Sci, PhD, FRSM, FIAMBE

Igazgató, professzor, Szenzoros-motoros Kölcsönhatás Központ
Egészségtudományi és Technológiai Osztály
Orvostudományi Kar, Aalborg Egyetem
Aalborg, Dánia

A Nemzetközi Fájdalomtársaságról (IASP)[®]

Az IASP a vezető szakmai fórum a fájdalommal kapcsolatos tudomány, orvosi gyakorlat és oktatás tekintetében. [A tagság lehetősége minden olyan szakember számára nyitva áll](#), aki a fájdalom kutatásával, diagnosztikájával vagy kezelésével foglalkozik. Az IASP tagjainak száma meghaladja a 7000 főt, akik 133 ország, 90 nemzeti szervezet és 20 speciális érdekcsoport képviselői.

A Nemzetközi Műtét Utáni Fájdalomellenes Év keretében az IASP egy Tájékoztató Kiadványokból álló sorozatot adott ki, amely műtét utáni fájdalommal kapcsolatos különböző témakörökkel foglalkozik. A dokumentumok számos különböző nyelvre lettek lefordítva és ingyenesen letölthetők. További információért látogassa meg a www.iasp-pain.org/globalyear weboldalt.

FORDÍTOTTA:

Dr. Szalárdy Levente



© Copyright 2017. Nemzetközi Fájdalomtársaság (IASP). Minden jog fenntartva.

Az IASP azzal a céllal hoz össze tudósokat, klinikusokat, egészségügyi ellátókat és törvényhozókat, hogy világszerte előmozdítsa és támogassa a fájdalommal kapcsolatos kutatásokat, és a hatékonyabb fájdalomkezelés érdekében átültesse a megszerzett tudást a klinikai gyakorlatba.