

Pasauliniai Kovos Metai Ūminis Skausmas

PAIN

2010 SPALIS – SPALIS 2011

Kokia Tai Problema?

Apibrėžimas ir įtaka

Ūminis skausmas yra apie žalingą poveikį neseniai pažeistuose audiniuose pranešantis signalas, kurį lydi periferinės ir centrinės nervų sistemos (CNS) sensibilizacija. Šio signalo intensyvumas keičiasi, priklausomai nuo uždegiminio proceso, audinių gyjimo procesų, judesių. Laikas, per kurį ūminis skausmas baigiasi, yra vienas svarbiausių jo požymių (3). Skausmas pagal apibrėžimą yra subjektyvus, bet ūminio skausmo simptomus lemia aiškiai apibrėžti fiziologiniai procesai jutiminėje ir autonominėje nervų sistemos grandyse, cirkuliuojančių katecholaminų ir streso hormonų buvimas bei uždegiminis atsakas. Uždegiminis atsakas sensibilizuoja receptorių netoli ūmiai pažeistų audinių bei sensibilizuoja CNS laidus, kurie perduoda žalingą signalą.

Pagal prigimtį ūminis skausmas praneša apie traumą, o sensibilizacija pakeičia normalią elgseną taip, kad sumažintų sužalojimo laipsnį ir paskatintų audinių gyjimą. Nors būdamas nemalonių, ūminis skausmas skatina išgyjimą. Kontroliuojamose medicinišose būsenose, tokiose kaip priežiūra po chirurginių operacijų ar atliekant invazines procedūras, ūminis skausmas kartais tarnauja kaip naudingas vertinimo rezultatas, kuris gali ir blogėti.

Individų skausmo intensyvumo atsakai į identiškas procedūras, sužalojimus ar žalojančias būsenas yra labai skirtingi. Genetika, epigenetika, lytis, personalinė istorija – visa tai turi įtakos skausmo jautrumui. Kiti veiksniai, kurie įtakoja skirtumus tarp individų, yra žaizdos tipas ar skausmingos būklės pobūdis, žaizdos gyjimo fazė, prieš buvusi stresinė situacija, lydintys susirgimai, kartais ir amžius. Ženklius individų skirtumus lemia ir asmeniniai sveikatos ypatumai bei atsakai į analgetikų paskyrimą.

Psichologiniai veiksniai, tokie kaip tikėjimai, depresija, nerimas ar baimė gali sutiprinti skausmo intensyvumą ir trukmę. Pacientai, kurie perdėtai blogai vertina sužalojimų įtaką ar situaciją („katastrofuoja“), gali patirti didesnį skausmo intensyvumą nei kiti. Kultūrinis veiksnys ar turinys taip pat gali veikti skausmo intensyvumą ir jo išraišką.

1 lentelė. Ūminio skausmo pavyzdžiai.

Pooperacinis skausmas Trauma, nudegimai ar kiti sužalojimai kaip intensyvios terapijos būklės Sporto traumos Su virškrūvių susiję patempimai, sužalojimai Burnos mukozitas vėžiu sergantiems pacientams, gydytiems galvos ar kaklo srities spinduline terapija Chemoterapijos provokuota periferinė neuropatija vėžiu sergantiems pacientams Diagnostinės procedūros, tokios kaip biopsija Gimdymas Ūminis galvos skausmas Skausmingos menstruacijos Dantų skausmas

Problemos apžvalga

Vien tik Jungtinėse Valstijose kasmet operuojama daugiau daugiau kaip 46 milijonai ambulatorinių ir 55 milijonai stacionaro pacientų. Virš 80% pacientų, kurie operuojami, praneša apie pooperacinį skausmą (1). 86% šių pacientų nusako savo skausmą kaip vidutinį, stiprų ar nepakeliamą. Dauguma šių pacientų sako, kad skausmo intensyvo kontrolė po išrašymo iš ligoninės blogėja. Tai bendra tendencija, galimi tik šių rodiklių skirtumai atskirose šalyse.

Skausmas yra pati dažniausia būklė, dėl kurios pacientai patenka į skubios pagalbos skyrius (SPS) (8), tai sudaro apie 70% SPS vizitų. Daugiau kaip 115 SPS vizitų kasmet Jungtinėse Valstijose, vien tik ūminis galvos skausmas sudaro 2.1 milijoną šių vizitų (4). Ūminis skausmas yra dažnai sutinkama problema šeimos medicinos praktikoje, sporto medicinoje, vidaus ligų medicinoje.

Nepaisant ženklių pasiekimų skausmo tyrimuose paskutiniiais dešimtmečiais, neadekvati ūminio skausmo kontrolė yra daugiau kaip taisyklė nei išimtis. Dauguma tyrimų rodo, kad mažiau nei pusė pooperacinių pacientų gauna efektyvų nuskausminimą (2). Pacientams, kurie patenka į SPS dėl stipraus skausmo, nėra geriau. Jungtinėse Valstijose atliktas didelis tyrimas parodė, kad vidutinis skausmo intensyvumas SPS pacientams svyravo nuo 8 iki 10 pagal žodinę skalę, o išrašant vidutinis intensyvumas buvo 6. Apie 41% pacientų nurodė, kad jų ūminis skausmas nepasikeitė ar net sustiprėjo SPS vizito metu, o beveik trys ketvirtadaliai

pacientų nurodė, kad jų skausmas išrašant buvo vidutinis ar stiprus (7). Skubios pagalbos gydytojai taip pat linkę perdozuoti skausmo nuskausminančius medikamentus.

Blogai gydomo ūminio skausmo pasekmės

Blogai gydomas ūminis skausmas yra daugiau nei tik diskomfortas. 2 lentelė rodo, kad ūminis skausmas turi dideles neigiamas pasekmes pacientui, klinicištam, kurie gydo pacientų skausmą, bei visiems, kurie padeda pacientui jį valdyti. Blogas skausmo valdymas palieka didelę riziką pacientui, sukelia nereikalingą kančią, padidina sveikatos priežiūros išlaidas.

2 lentelė. Nekontroliuojamo ūminio skausmo pasekmės
<p><i>Klinikinio požiūrio</i> užtrukęs žaizdos gijimas dėl simptikotonijos didėjantis anastomozinio nepakankamumo rodiklis dėl skausmo apriboto kvėpavimo padidėjusi pulmoninių komplikacijų, įskaitant pneumoniją, rizika trombozių rizika didėjantis mirtingumas išliekantis hiperadrenerginis stresas ir arterinė hipertenzija</p> <p><i>Paciento požiūrio</i> nereikalinga kančia blogas miegas šlapinimosi susilaikymas apribotas judėjimas ir kvėpavimas bei nukentėjusi paciento autonomija baimė ir nerimas nereikalingas dalinis ar visiškas invalidumas su darbingumo praradimu sulėtėjęs sveikimas, grįžimas į normalias funkcijas ir gyvenimo ritmą sumažėjusi gyvenimo kokybė sveikimo laikotarpiu</p> <p><i>Administraciniu požiūriu</i> prailgėjusi gulėjimo stacionare ar intensyvios terapijos skyriuje trukmė didesnis komplikacijų ir susijusių išlaidų rodiklis padidėjusi lėtinio skausmo ir tolimesnių didelių išlaidų gresmė įvaizdžio, kad bloga skausmo kontrolė reiškia blogą priežiūrą, kūrimas</p>

Blogai gydomo ūminio skausmo finansinės pasekmės

Nekontroliuojamas ūminis skausmas prailgina gulėjimo ligoninėje po operacijų rodiklius. 2010m. Jungtinėse Valstijose lovodienio kaina yra 2129 doleriai. Jei vien tik 20 milijonų JAV pacientų praleis ligoninėje papildomai bent vieną dieną dėl blogai valdomo pooperacinio skausmo, tai kainuos 42580000000 dolerių. Kitos išlaidos bus susijusios su komplikacijomis, nurodytomis 2 lentelėje ir pavėluotu ligonių judėjimu po operacijų. Lėtas sveikimas dėl skausmo reiškia ir daugiau prarastų darbo dienų ir mažesnę produktyvumą. Blogai gydomas ūminis skausmas sukelia nereikalingą dalinį ar pilną invalidumą.

Ūminis skausmas dažnai išaukia lėtinį skausmą. Besitęsiantis skausmas pasitaiko 10-50% pacientų po chirurginių procedūrų (5,6). Stiprus lėtinis skausmas išsivysto 2-20% šių pacientų. Esantys įrodymai sako, kad blogai kontroliuojamas ūminis pooperacinis skausmas sukelia lėtinį pooperacinį skausmą.

Literatūra

- [1] Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003;97:534–40.
- [2] Benhamou D, Berti M, Brodner G, De Andres J, Draisci G, Moreno-Azcoita M, Neugebauer EA, Schwenk W, Torres LM, Viel E. Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): a practice pattern study in 7 Central/Southern European countries. *Pain* 2008;136:134–41.
- [3] Chapman, CR, Donaldson GW, Davis JJ, Bradshaw DH. Improving individual measurement of postoperative pain: the pain trajectory. *J Pain*; in press.
- [4] Edlow JA, Panagos PD, Godwin SA, Thomas TL, Decker WW; American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache. *Ann Emerg Med* 2008;52:407–36.
- [5] Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent surgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006;367:1618–25.
- [6] Hinrichs-Rocker A, Schulz K, Järvinen I, Lefering R, Simanski C, Neugebauer EA. Psychosocial predictors and correlates for chronic post-surgical pain (CPSP): a systematic review. *Eur. J Pain* 2009;13:719–30.
- [7] Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P; PEMI Study Group. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007;8:460–6.
- [8] Todd KH, Miner JR. Pain in the emergency room. In: Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmell JP, editors. *Bonica's management of pain*, 4th edition. Lippincott, Williams and Wilkins; 2010. p 1576–87.
- [9] Yaksh TL. Physiologic and pharmacologic substrates of nociception after tissue and nerve injury. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, editors. *Cousins & Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p 693–751.

