

# PAIN

PAŹDZIERNIK 2010-2011

## Postępowanie w bólu ostrym: korzyści oraz ograniczenia

### Uśmierzanie bólu ostrego - korzyści

Skuteczne zapobieganie oraz uśmierzanie bólu ostrego jest postępowaniem opłacalnym. W tabeli 1 wymieniono niektóre z korzyści płynących dla placówek opieki zdrowotnej, w których prawidłowo stosuje się zasady uśmierzenia bólu ostrego. Nie ma istotnych powodów, aby utrzymywać przepaść pomiędzy aktualną wiedzą i metodami stosowanymi w bólu ostrym, a nadal obecnymi wzorcami postępowania w codziennej praktyce.

Tabela 1: Skuteczne uśmierzanie bólu ostrego – korzyści dla placówek opieki zdrowotnej
Wcześniejsze wypisanie pacjenta z oddziału intensywnej terapii oraz ze szpitala
Niższe zużycie funduszy na opiekę zdrowotną
Mniejsza liczba powikłań wymagających pomocy lekarskiej oraz nakładów finansowych
Lepsze wykorzystanie opieki pielęgniarskiej oraz środków finansowych na nią przeznaczonych
Większa satysfakcja pacjenta z leczenia i jakości opieki szpitalnej, poprawa opinii o placówkach ochrony zdrowia
Obniżone koszty dla ubezpieczycieli oraz innych płatników ochrony zdrowia
Niższe ryzyko chronifikacji bólu i powstania przewlekłych zespołów bólowych na skutek przetrwałego bólu ostrego
Mniejsza liczba dni niezdolności do pracy oraz obniżenia wydajności pracy

### Postępowanie w bólu ostrym

Techniki znieczulenia miejscowego hamują dośrodkową impulsację nocyceptywną, leki przeciwzapalne zmniejszają proces zapalny i związaną z nim sensytyzację obwodową, a z kolei leki podawane dokanałowo hamują powstawanie sensytyzacji ośrodkowej. Opioidy biorą udział w endogennych procesach kontroli bólu. Inne środki jak np. leki przeciwdrgawkowe wpływają na zjawisko bólu ostrego poprzez inne różnorodne mechanizmy. W postępowaniu pooperacyjnym stosowanych jest jednocześnie wiele różnych metod uśmierzenia bólu ostrego, co nosi nazwę analgezji multimodalnej. W tabeli 2 wymienione zostały metody uśmierzenia bólu pooperacyjnego i innych rodzajów bólu ostrego.

Tabela 2: Metody zapobiegania i uśmierzenia bólu ostrego
<i>Postępowanie przedoperacyjne – przygotowanie i procedury</i>
Informowanie pacjenta
Techniki o minimalnej inwazyjności, odpowiednie ułożenie pacjenta w sali zabiegowej
Podanie leków lub zastosowanie technik znieczulenia miejscowego przed nacięciem chirurgicznym
<i>Analgetyki stosowane systemowo</i>
Opioidy w analgezji sterowanej przez pacjenta (PCA)
Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)
Ketamina i inne inhibitory aminokwasów pobudzających (EAA)
Leki przeciwdrgawkowe
Agoniści układu alfa 2 adrenergicznego
<i>Techniki znieczulenia miejscowego</i>
Ciągłe znieczulenie zewnątrzoponowe
Dokanałowe podawanie opioidów
Znieczulenie zewnątrzoponowe sterowane przez pacjenta
Techniki znieczulenia nerwów obwodowych
<i>Metody nefarmakologiczne</i>
Zastosowanie ciepła lub zimna
Masaż i ćwiczenia rozciągające
Przezskórna elektrostymulacja nerwów
Akupunktura i inne techniki neuromodulacyjne

## Ograniczenia w optymalizacji postępowania w bólu ostrym

Nikt z personelu opieki zdrowotnej nie chce, by pacjenci cierpieli niepotrzebnie, a metody kontroli bólu ostrego są łatwo dostępne. Chirurdzy uważają ból ostry za kluczowy objaw, zarówno dla samych pacjentów, jak i dla postępowania leczniczego [2]. Ciągłe jednak ponad połowa pacjentów cierpi z powodu silnego bólu po zabiegach operacyjnych. W codziennej praktyce nadal dominują stare nawyki, gdzie klinicyści uważają ból ostry za nieszkodliwy i nieunikniony, a pacjenci nie wiedzą, iż mają prawo do skutecznej kontroli bólu. Ponad połowa szpitali w Europie nie posiada opisanych procedur czy protokołów dotyczących uśmierzania bólu [1]. W ponad połowie szpitali ból uśmierzany jest tylko wtedy, gdy pacjenci uskarżają się na dolegliwości bólowe. Istnieje tendencja do bagatelizowania stopnia natężenia bólu opisywanego przez pacjenta. W większości szpitali i innych placówkach opieki zdrowotnej metody oceny stopnia natężenia bólu oraz metody jego uśmierzania są nieznane lub niestosowane.

## Problemy organizacyjne ograniczające optymalne postępowanie w bólu ostrym

Problemy organizacyjne obejmują:

- Ignorowanie problemu przez administratorów i personel opieki zdrowotnej oraz brak odpowiednich protokołów prawidłowego postępowania w bólu ostrym;
- Niedostateczna edukacja personelu (lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, farmaceutów) w zakresie metod uśmierzania bólu ostrego;
- Niedostateczne informowanie pacjentów o zjawisku bólu oraz o prawie do jego prawidłowego uśmierzania;
- Złożoność zjawiska bólu ostrego oraz metod jego uśmierzania;
- Brak oceny stopnia natężenia bólu oraz odpowiedniej dokumentacji (za wyjątkiem krajów rozwiniętych);
- Wiara, iż ból jest zjawiskiem nieistotnym, ma tendencję do samoistnego ustąpienia, a pacjenci szybko o nim zapomną;
- Brak interdyscyplinarnej wymiany wiedzy o sposobach postępowania w bólu ostrym oraz o związanej z tym odpowiedzialności.

## Piśmiennictwo

- [1] 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.
- [2] Neugebauer E, Hempel K, Sauerland S, Lempa M, Koch G. [The status of perioperative treatment of pain in Germany. Results of a representative and anonymous survey of 1,000 surgical clinics. *Chirurg* 1998;69:461–6.

