

# Dlaczego warto leczyć ból?



Lek.med.Aniela Artyńska  
SK Przemienienia Pańskiego UM Poznań  
XIV Forum Szpitali Klinicznych  
26-27.11.2015r.

# Ból



☞ Doznanie czuciowe związane z działaniem uszkodzającego bodźca i spostrzeżenie powstające na podstawie psychicznej interpretacji zachodzących zjawisk, zmodyfikowanym przez wcześniejsze doświadczenia i psychosomatyczne uwarunkowania

# Taksonomia bólu:



- ∞1. ostry, pooporacyjny
- ∞2. przewlekły

# Taksonomia bólu:



- ❧ Ostry - funkcja ostrzegawczo ochronna, następstwo działania bodźców szkodliwych, objaw uszkodzenia tkanek przez uraz, chorobę
- ❧ Przewlekły - powyżej 3 miesięcy lub często nawracający, występujący przez 6 miesięcy w roku:
  - ❧ choroba zwyrodnieniowa stawów(34%),
  - ❧ bóle krzyża(18%),
  - ❧ bóle głowy(15%),
  - ❧ urazy(12%),
  - ❧ obwodowy ból neuropatyczny(5-8%)

# Statystyka bólu:



- ❧ Ból ostry-5% populacji
  - ❧ Ból przewlekły-20% populacji(ok.8mln ludzi);  
50%chorych powyżej 65 roku życia
  - ❧ Nowotwory-1% populacji(50% pacjentów odczuwa ból w momencie rozpoznania)
  - ❧ W Polsce 170 Poradni Leczenia Bólu(z tego tylko 20 wielospecjalistycznych)
- 
- ❧ Leczenie bólu- skuteczne w 85% za pomocą farmakoterapii

# Ocena natężenia bólu:



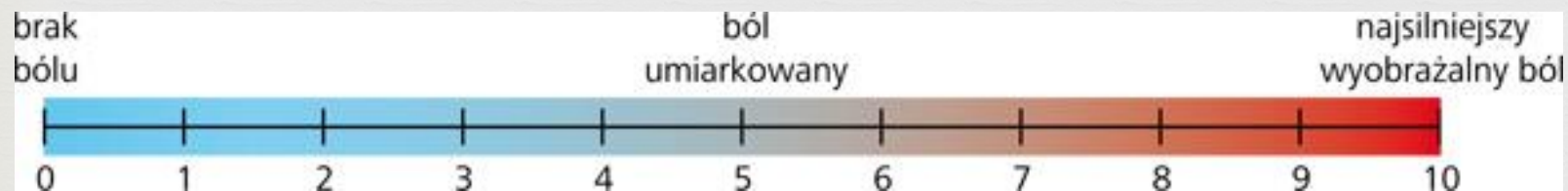
- 1. Skala słowna (Verbal Rating Scale) - skala Likerta
- 2. Skala numeryczna (Numerical Rating Scale) - NRS
- 3. Skala wzrokowo- analogowa (Visual Analogue Scale) - VAS

# Skala Likerta



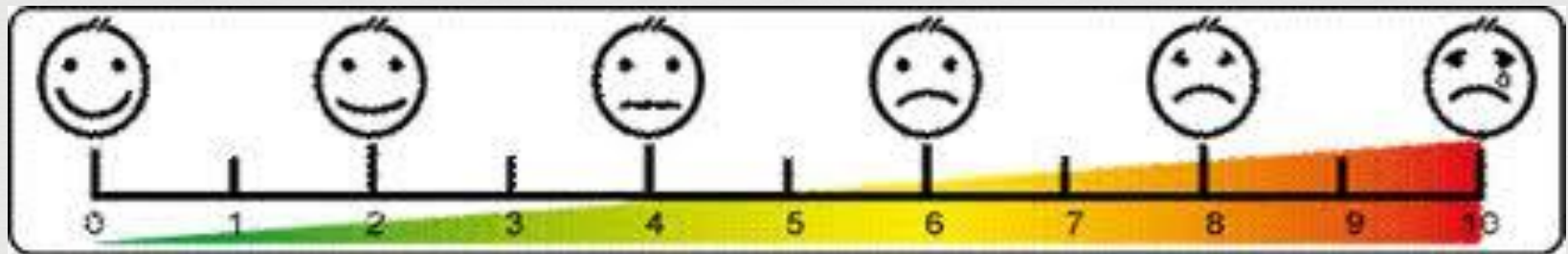
- ∞ 1.bardzo małe
- ∞ 2.małe
- ∞ 3.średnie
- ∞ 4.duże
- ∞ 5.bardzo duże

# SKALA NRS





# SKALA VAS



# Ból pooperacyjny w zależności od kategorii zabiegów:



- ☞ Kategoria I-niewielki uraz tkanek-zabiegi o małej rozległości, NRS/VAS <4/10
- ☞ Kategoria II-mierny uraz tkanek, NRS/VAS>4/10, dolegliwości bólowe do 3 dni; operacje brzuszne bez naruszenia ciągłości p.pokarm. oraz otwierania j.otrzewnej(cholecystektomia, nefrektomia, adrenalektomia), zabiegi ortopedyczne na kończynach,zab.ginekolog. i urolog., neurochirurgia
- ☞ Kategoria III i IV-znaczny i rozległy uraz tkanek-otwarcia otrzewnej, zabiegi w obrębie miednicy, kręgosłupa, rekonstrukcje dużych stawów, kardio-i torakochirurgia, zabiegi więcej niż jednej jamy ciała; NRS/VAS>6 przez więcej niż 5 dni

# Natężenie bólu:



- ⌘ największe w ciągu pierwszych dni po zabiegu operacyjnym
- ⌘ zależy od rodzaju operacji
- ⌘ czasu trwania zabiegu
- ⌘ jego rozległości oraz stopnia traumatyzacji tkanek

# Uśmierzanie bólu pooperacyjnego

## Zalecenia leczenia bólu pooperacyjnego 2014r.



- ⌘ Analgezyja multimodalna (zbilansowana) - działanie na wielu poziomach powstawania i przetwarzania bodźca bólowego
- ⌘ Stosowanie paracetamolu, metamizolu i NLPZ z opioidami lub technik znieczulenia miejscowego i regionalnego w zależności od indywidualnych wskazań w asyście leków dodatkowych

# Skuteczne uśmierzanie bólu:



- ⤴ minimalizuje cierpienie pacjenta, umożliwia szybką mobilizację i rehabilitację
- ⤴ poprawia jego jakość życia
- ⤴ zmniejsza liczbę powikłań
- ⤴ skraca pobyt w szpitalu
- ⤴ zmniejsza koszty leczenia
- ⤴ zmniejsza częstość występowania tzw. bólu przetrwałego

# Nieskuteczna kontrola bólu może prowadzić do:



- ⌘ Rozwoju bólu przewlekłego(50%operacji w obrębie klp)
- ⌘ Immunosupresji
- ⌘ Zakażeń
- ⌘ Gorszego gojenia się rany
- ⌘ Aktywacji adrenergicznej: incydenty wieńcowe, niedrożność przewodu pokarmowego
- ⌘ Brak mobilności: zakrzepica, zatorowość

# Szpital bez Bólu; Akredytacja CMJ:



- ❧ Projekt „Szpital bez bólu” został zainicjowany przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu, które do jego realizacji zaprosiło związane z tematem programu towarzystwa naukowe – Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne.
- ❧ Podnoszenie standardów opieki nad pacjentem

# Korzyści z uzyskania certyfikatu:



- ❧ Promocja szpitali poprzez umieszczenie informacji o certyfikacie na stronach internetowych towarzystw naukowych, zaangażowanych w realizację projektu „Szpital bez bólu”,
- ❧ Poprawa satysfakcji pacjentów z jakości leczenia,
- ❧ Redukcja kosztów hospitalizacji pacjentów dzięki zmniejszeniu częstości występowania powikłań pooperacyjnych oraz wcześniejszemu wypisowi ze szpitala,
- ❧ Umożliwienie ubiegania się o dodatkowe środki finansowe z NFZ na realizację programu,



# Zespół Leczenia Bólu (Acute Pain Service, APS)

---

- ❧ Interdyscyplinarna struktura
- ❧ Informowanie pacjenta o możliwościach leczenia bólu po operacji
- ❧ Szkolenie ustawiczne personelu
- ❧ Stosowanie zasad analgezji zgodnej z najnowszymi wytycznymi
- ❧ Monitorowanie natężenia bólu
- ❧ Ocena występowania powikłań
- ❧ Recertyfikacja co 3 lata

# Edukacja pacjenta:



- ❧ Po zabiegu może występować ból, jednak istnieją skuteczne metody jego łagodzenia,
- ❧ Nasilenie bólu pooperacyjnego będzie systematycznie kontrolowane, przed zabiegiem należy też poinstruować pacjenta w zakresie oceny bólu (skala NRS, VAS),
- ❧ W przypadku odczuwania bólu powinien zawsze zwrócić na to uwagę personelowi, który się nim opiekuje na oddziale,
- ❧ Otrzyma skuteczne leczenie przeciwbólowe,
- ❧ Wskutek zabiegu, znieczulenia lub stosowanego leczenia przeciwbólowego może odczuwać działania niepożądane np. nudności, zawroty głowy.
- ❧ Informacje te powinny zostać przekazane w rozmowie z pacjentem przed planowaną operacją, a także w postaci ulotki informacyjnej.

# Raportowanie działań niepożądanych:



- ❧ Szpitale i oddziały muszą bezwzględnie przestrzegać zasady raportowania wystąpienia u pacjenta działań niepożądanych związanych z zastosowanym leczeniem.
- ❧ Raportowanie to powinno odbywać się przy pomocy specjalnie opracowanych i przyjętych formularzy działań niepożądanych.
- ❧ Informacje związane z wystąpieniem działań niepożądanych leków należy niezwłocznie zgłosić do Regionalnego Ośrodka Monitorowania Działań Niepożądanych Leków.

# Kliniczna ocena chorego z bólem pooperacyjnym:



- 1. natężenie bólu oceniane w spoczynku i przy ruchach
- 2. w oddziale pooperacyjnym, przy dużym natężeniu bólu, nawet co 15 min., potem co 1-2 godz.
- 3. w oddziale chirurgicznym- co 4 do 8 godz.
- 4. modyfikacja leczenia jeśli w spoczynku w skali NRS > 3 a przy ruchu 4

# Dokumentacja:



- ❧ Dokumentacja, dotycząca zastosowanego postępowania przeciwbólowego, powinna być prowadzona dla wszystkich pacjentów.
- ❧ Dokumentacja ta powinna być prowadzona w formie indywidualnej „Karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego” (dokument do pobrania poniżej). W przypadku zastosowania innej karty należy przesłać ją do akceptacji PTBB – karta taka zawsze powinna zawierać dane dotyczące pacjenta, chorób towarzyszących, przeprowadzonego zabiegu i zastosowanego znieczulenia oraz zastosowanego postępowania przeciwbólowego (ze wskazaniem leku, dawki i metody podania).
- ❧ Załącznikiem do karty postępowania pooperacyjnego może być karta kontroli natężenia bólu oraz ewentualnie formularz działań niepożądanych.

# Przykład karty p/bólowej:



NAZWA LEKU	SPOSÓB DAWKOWANIA	DROGA PODANIA	DOBOWA DAWKA MAKSYMALNA	DATA				DATA				DATA				DATA			
PARACETAMOL	1,0g x4	iv(100ml gotowego roztworu) /po	4,0g (max. do 7dni)																
METAMIZOL (PYRALGINA)	2,5g	iv-min.50ml 0,9%NaCl lub 5%glukoza powoli	Jednorazowa dawka nasycająca																
METAMIZOL (PYRALGINA)	1,0g x3	iv-min.20ml 0,9%NaCl lub 5%glukoza	3,0g (max. do 7dni)																
KETOPROFEN (KETONAL)	50mg x4 100mg x2	iv-50ml 0,9%NaCl lub 5%glukoza iv-100ml 0,9%NaCl lub 5%glukoza	200mg (max. do 7dni)																
TRAMADOL (TRAMAL)	50mg x4 100mg x3 100mg x4	iv 50-100ml 0,9%NaCl lub 5%glukoza	300-400mg																
TRAMADOL (TRAMAL) WE WLEWIE	300mg/50ml wlew2ml/h 400mg/50ml wlew2ml/h	iv																	
MORFINA	.....co 4-5h (dawka miareczkowana)	iv(2mg/min)/sc	Wystąpienie objawów niepożądanych																
MORFINA - pompa PCA	40mg/20ml 2,5mg na żądanie	iv 0,9%NaCl																	



NAZWA LEKU	SPOSÓB DAWKOWANIA	DROGA PODANIA	DOBOWA DAWKA MAKSYMALNA	DATA				DATA				DATA				DATA			
DOLARGAN	25-50mg	iv powoli/ w razie dreszczy pooperacyjnych	300mg																
OKSYKODON	.....co 4-5h	iv	Wystąpienie objawów niepożądanych																
GABAPENTYNA (NEURAN, SYM LEPTIC, NEURONTIN)	300-600-900mg	po	900-2400mg/ dobę																
KARBAMAZEPINA (AMIZEPIN, FIN LEPSIN, TEGRETOL)	100mgx2	po	max.800mg																
<b>SKALA NRS/VA</b>																			

