



- **OPRACOWANIE NR 1**

## **Co społeczeństwo powinno wiedzieć o bólu pooperacyjnym**

Każdego roku na świecie przeprowadzanych jest ponad 300 milionów zabiegów operacyjnych. Zakres zabiegów sięga od drobnych procedur aż po wielogodzinne operacje najważniejszych narządów u obciążonych pacjentów. Ból pooperacyjny zwykle uznaje się za nieunikniony, coś co trzeba wytrzymać. W rzeczywistości prawie połowa pacjentów hospitalizowanych po operacji, ankietowanych w drugiej połowie XX wieku zgłaszała epizody silnego bólu pooperacyjnego. Przewlekły ból pooperacyjny stał się tematem systematycznych badań dopiero 25 lat temu, częściowo dzięki wysiłkom IASP.

Zmiana praktyki kontroli bólu pooperacyjnego zaszła dzięki wspólnym wysiłkom pacjentów, apelujących o poprawę komfortu po zabiegach operacyjnych, i klinicystów, zainteresowanych promowaniem krótszego i bezproblemowego pobytu w szpitalu po operacji. Jednocześnie minimalnie inwazyjne techniki chirurgiczne oraz nowe, bardziej efektywne metody leczenia bólu pooperacyjnego, dające mniej objawów niepożądanych, pozwalają na wykonywanie większej liczby procedur w trybie chirurgii jednego dnia lub wypisywanie pacjentów do domu po krótkim pobycie w szpitalu. Mimo to częstsze ocenianie nasilenia bólu w codziennej praktyce pokazało, że często ból utrzymuje się długo po zabiegu operacyjnym.

Podsumowując dawniejsze podejście do bólu pooperacyjnego:

- Akceptowano, że często ból może mieć duże nasilenie, ponieważ w tradycyjnych technikach chirurgicznych stosowano duże cięcia, uszkadzając otaczające zdrowe tkanki
- Wzmacniało fatalistyczne podejście do bólu w trakcie hospitalizacji
- Nie odnosiło się do pacjentów wypisanych po operacji ze szpitala, którzy leczyli ból w domu sami (lub z pomocą rodziny)
- Koncentrowało się na prostych zasadach, takich jak „morfina w razie potrzeby”, obarczonych częstym występowaniem objawów niepożądanych
- Nie zbierano danych, mających na celu identyfikację rodzajów przetrwałego bólu pooperacyjnego
- Odnosiło się do problemów z kontroli bólu w czasie hospitalizacji, pozwalając personelowi na dowolność

### **Natomiast aktualne podejście do bólu pooperacyjnego:**

- Zakłada, że prawie każdy ból po operacji może – i powinien- być uśmierzany w celu optymalizacji funkcjonowania fizycznego i emocjonalnego
- Ocena nasilenia bólu w spoczynku i w trakcie istotnej aktywności, mająca na celu dostosowanie terapii bólu do potrzeb rehabilitacji, zwykle dążąc do niewielkiego nasilenia bólu, ale z uwzględnieniem istotnych wyjątkowych sytuacji, takich jak poważny uraz z zaburzeniami stanu psychicznego
- Identyfikuje z wyprzedzeniem pacjentów, którzy mogą wymagać specjalnej uwagi, np. z powodu czynników behawioralnych lub przedoperacyjnego stosowania opioidów
- Integruje kontrolę bólu z innymi aspektami przygotowania i rekonwalescencji po operacji, takimi jak aktywność czy żywienie i nawodnienie
- Zaadoptowało podejście multimodalne, łączące różne rodzaje leków i (gdy to możliwe) technik znieczulenia miejscowego w celu zmniejszenia opierania się na leczeniu jednododalnym, np. opioidy z ich licznymi działaniami niepożądanymi
- Bierze pod uwagę różnice między pacjentami w zakresie doświadczania i zgłaszania bólu, wyboru możliwych metod leczenia oraz reakcji na leczenie- odzwierciedlające takie czynniki jak płeć czy pochodzenie
- Kontynuacja oceny pacjenta, także po wypisaniu ze szpitala, w celu rozpoznania i leczenia bólu przetrwałego i innych niepożądanych następstw chirurgicznych tak szybko jak to możliwe
- Uznaje (w niektórych krajach), że uśmierzanie bólu ostrego, np. pooperacyjnego, stało się podspecjalizacją, wynikającą z rosnącej wiedzy i stosowania specjalistycznych technik, takich jak anestezja regionalna

### **Co ty i twoja rodzina powinniście zrobić w celu zapewnienia sobie jak największej korzyści z najnowszych postępów w leczeniu bólu pooperacyjnego?**

- Porozmawiaj z chirurgiem czy proponowana procedura będzie wiązała się z bólem i, jeśli tak, jak silny będzie to ból, jak długo będzie trwał oraz jaki będzie plan jego leczenia. Niektóre zabiegi operacyjne wiążą się z większym ryzykiem przetrwałego bólu pooperacyjnego niż inne
- Zwróć uwagę chirurga i innych członków zespołu leczącego (anestezjologa, pielęgniarki, fizjoterapeuty, farmaceuty) na istotne elementy wywiadu oraz aktualnego stanu zdrowia, takie jak wcześniejsze problemy bólowe, aktualne leczenie bólu oraz inne uwarunkowania, np. działania niepożądane po lekach
  - Zapytaj: o Kto przygotuje dla mnie plan leczenia bólu (nawet jeśli jest to tylko standardowy protokół o udowodnionej skuteczności u innych pacjentów poddanych tej samej operacji)?
    - o Czy plan leczenia bólu będzie multimodalny? To znaczy, czy będzie kombinacją różnych rodzajów leków przeciwbólowych i/lub analgezji miejscowej, np. znieczulenia zewnątrzoponowego lub blokad nerwów, w celu zmniejszenia opierania się na pojedynczym leku, np. morfinie?

- Jakie kroki będą przewidziane, aby przewidzieć ewentualną potrzebę stosowania wyższych niż normalne dawek opioidów w celu uśmierzenia mojego bólu (dla pacjentów leczonych opioidami w okresie przedoperacyjnym)?
- Kto będzie monitorował plan leczenia bólu, dostosowywał go lub zmieniał w razie potrzeby?
- Jakie są plany kontroli bólu po wypisaniu mnie ze szpitala?
- Jeśli ból będzie się utrzymywał po wypisaniu mnie ze szpitala, do kogo mogę się zwrócić (w dzień i w nocy) jeśli plan leczenia bólu będzie niewystarczający do zapewnienia odpoczynku i rekonwalescencji (np. kiedy głębokie oddychanie albo fizykoterapia nie pomogą), jeśli leki przeciwbólowe będą wywoływały nieakceptowane objawy niepożądane albo kiedy ból powróci lub się nasili?

Powyższe wskazówki wspierają podejście skoncentrowane na pacjencie i rodzinie, w oparciu o dowody naukowe i wspólne podejmowanie decyzji. Pozostałe opracowania z tej serii przygotowane z okazji Ogólnoswiatowego Roku na Rzecz Ulgi w Bólu Pooperacyjnym IASP odnoszą się do specyficznych grup pacjentów (takich jak dzieci lub osoby w wieku podeszłym) i zabiegów operacyjnych (np. po urazie lub w przebiegu choroby nowotworowej).

#### AUTORZY

Daniel B. Carr, MD, DABPM, FFPMANZCA (Hon)

Professor of Public Health and Community Medicine

Professor of Anesthesiology and Medicine

Founding Director, Tufts Program on Pain Research, Education and Policy

Boston, Mass., USA

Bart Morlion, MD, PhD, DESA Director of the Leuven Center for Algology & Pain Management University Hospitals Leuven, KU

Leuven, Belgium

Hon. Assoc. Professor, University of Groningen, Netherlands

#### RECENZENCI

Oscar A. DeLeon-Casasola, MD

Professor of Anesthesiology and Medicine

Senior Vice Chair, Department of Anesthesiology, University at Buffalo, Jacobs School of Medicine

Chief, Division of Pain Medicine and Professor of Oncology

Roswell Park Cancer Institute

Buffalo, New York, USA

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

Director, Professor, Center for Sensory-Motor Interaction

Department of Health Science and Technology

School of Medicine, Aalborg University

Aalborg, Denmark



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

**IASP łączy naukowców, klinicystów, świadczeniodawców ochrony zdrowia i decydentów w celu inicjowania i wspierania badań nad bólem i przekładania zdobytej wiedzy na poprawę leczenia bólu na całym świecie.**

**O Międzynarodowym Stowarzyszeniu Badania Bólu  
*International Association for the Study of Pain®***

IASP jest wiodącym profesjonalnym forum naukowym, praktycznym i edukacyjnym w zakresie bólu. [Uzyskanie członkostwa](#) jest możliwe dla wszystkich zajmujących się zawodowo bólem, w tym badaniem, diagnostyką i leczeniem bólu. IASP zrzesza ponad 7000 członków w 133 krajach, 90 oddziałów krajowych i 20 specjalnych grup roboczych (*Special Interest Groups*).

Jako element Ogólnoświatowego Roku na Rzecz Ulgi w Bólu Pooperacyjnym IASP przedstawia serię opracowań dotyczących specyficznej tematyki związanej z bólem pooperacyjnym. Opracowania te zostały przetłumaczone na wiele języków i są dostępne do nieodpłatnego pobrania. W celu uzyskania dalszych informacji odwiedź stronę [www.iasp-pain.org/globalyear](http://www.iasp-pain.org/globalyear).



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP łączy naukowców, klinicystów, świadczeniodawców ochrony zdrowia i decydentów w celu inicjowania i wspierania badań nad bólem i przekładania zdobytej wiedzy na poprawę leczenia bólu na całym świecie.