

ROLA PIELEŃNIARKI

W LECZENIU BÓLU POOPERACYJNEGO



mgr Anna Szewczak
pielęgniarka
Uniwersytet
Medyczny w Lublinie

Ból pooperacyjny pojawia się w momencie, gdy ustępuje znieczulenie stosowane do zniesienia bólu podczas operacji. Jest spowodowany uszkodzeniem tkanek. Jego natężenie zależy od miejsca, którego dotyczy operacja, jej rozległości, stopnia uszkodzenia tkanek i indywidualnej reakcji na bodziec bólowy, tzw. próg bólowy.

Odczuwanie bólu jest doznaniem subiektywnym, przykrym. Każda skarga chorego określana przez niego bólem musi być uwzględniona, choć obiektywne objawy mogą wskazywać inaczej. Do objawów bólu należą m.in. przyspieszenie akcji serca, przyspieszenie i pogłębienie oddechów, wzrost ciśnienia tętniczego. Mimo że ból ma działanie ostrzegawczo-ochronne i w tym znaczeniu jest czynnikiem pozytywnym, to jednak jego utrzymywanie się z powodu braku lub nieskuteczności leczenia jest przyczyną występowania różnych powikłań. Powikłania wynikające z braku lub niewłaściwego leczenia bólu:

- Immunosupresja (hamowanie wytwarzania przeciwciał)
- Kontaminacja
- Trudniejsze gojenie ran
- Aktywacja układu adrenergicznego i pojawiające się z tego powodu bóle wieńcowe niedrożność przewodu pokarmowego
- Brak mobilności chorego i predyspozycje do zatorowości i zakrzepicy
- Brak satysfakcji chorego
- Zmęczenie
- Wydłużenie czasu hospitalizacji
- Ponowna hospitalizacja.

podczas zgniatania czy rozciągania trzewi, stan zapalny wywołują ból tzw. trzewny. W związku z tym często łączy się różne środki przeciwbólowe i dopiero takie postępowanie przynosi zamierzony efekt. Bezpośrednio po operacji mamy do czynienia z bólem ostrym, który jest najsilniejszy w pierwszej dobie operacyjnej i zmniejsza się lub ustępuje w kolejnych trzech, czterech dobach.

Jeśli ból utrzymuje się dłużej niż 3 miesiące, to jest bólem przewlekłym (Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu). Jest on trudny do opanowania, gdyż zazwyczaj stosowane środki przeciwbólowe nie działają. Ten rodzaj bólu może występować po mastektomii, operacji pęcherzyka żółciowego, ból kikutu po amputacji, tzw. fantomowy, itp.

PSYCHOLOGICZNA STRONA BÓLU

Zabieg operacyjny jest sytuacją stresową, nie tylko dlatego, że wywołuje uszkodzenie tkanek. Stwarza on poczucie zagrożenia w znaczeniu psychologicznym – przyczynia się to do pobudzenia układu współczulnego, wzmożonego wydzielania adrenaliny, noradrenaliny, kortyzolu i znanych nam już objawów przyspieszenia tętna,

Wdrożenie standardowych procedur postępowania już przed zabiegiem operacyjnym ułatwi zarządzanie bólem po zabiegu.

Źródłem bólu po zabiegach chirurgicznych są tkanki powierzchniowe, takie jak skóra, tkanka podskórna, błony śluzowe, głębiej położone mięśnie, więzadła, okostna, opłucna. Ten ból nazywany jest somatycznym powierzchniowym i głębokim. Również skurcz mięśni gładkich spowodowany urazem

oddechu, wzmożonego napięcia mięśni szkieletowych oraz zmniejszenia dopływu krwi do skóry i trzewi. Bólowi często towarzyszy lęk. Badania potwierdzają, że lęk zwiększa doznania bólowe, i odwrotnie – ból i koncentrowanie się na nim zwiększa lęk. Dlatego w leczeniu bólu nie można

skupić się tylko na działaniach farmakologicznych. Należy uwzględnić sytuację chorego, jego umiejętność i sposoby radzenia sobie ze stresem, przekonania co do bólu i zastosowane przez pacjenta środki farmakologiczne.

ZASADY POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM

Podstawowym celem postępowania przeciwbólowego jest profilaktyka bólu przewlekłego, wzmocnienie umiejętności samoopieki i radzenia sobie z bólem, co może zwiększyć satysfakcję pacjenta. Pozytywne emocje mogą ułatwić choremu i skrócić jego czas hospitalizacji oraz uzyskanie zadowalającej analgezji – przy minimalnym zagrożeniu potencjalnymi powi-

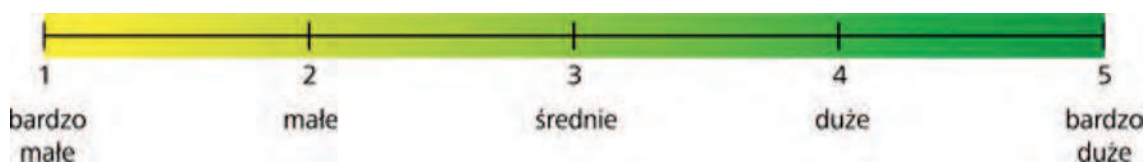
kłaniami (związanymi z przedłużającym się pobytem w szpitalu).

W Polsce powstały zalecenia oparte na doświadczeniu klinicznym i opinii ekspertów powołanych przez różne towarzystwa, np. Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Są one źródłem informacji o sposobie postępowania przeciwbólowego dla wielu szpitali i pracującego w nich personelu. Spośród wszystkich pracowników ochrony zdrowia najwięcej czasu z pacjentem cierpiącym ból spędzają pielęgniarki. Odgrywają one kluczową rolę w uśmierzaniu bólu cierpiącemu, przyczyniając się do zwiększenia komfortu życia i wyników leczenia. Prześledźmy zatem, jak można pomóc choremu w konkretnej sytuacji.

OCENA BÓLU

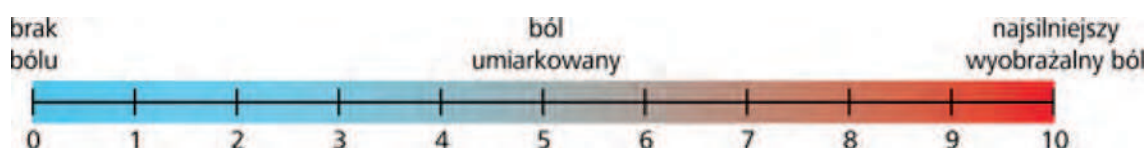
Powszechnie stosowane są następujące skale bólu:

- **Verbalna (VRS):** czterostopniowa lub pięciostopniowa 0 – brak bólu, 1 – ból słaby, 2 – ból umiarkowany, 3 – ból silny, 4 – ból nie do zniesienia.



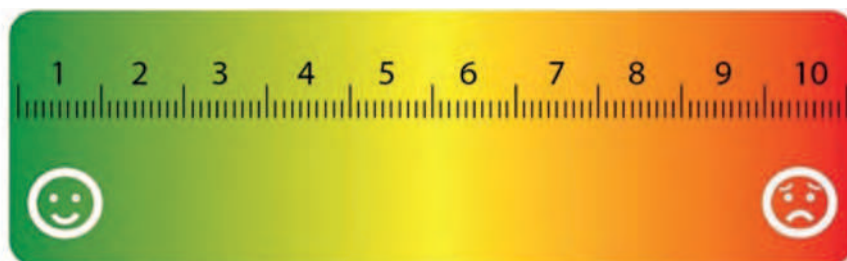
źródło: Wordliczek J., Dobrogowski J. Leczenie bólu, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007 oraz <http://www.mp.pl/>

- **Numeryczna (NRS):** od 0 do 10; 0 = brak bólu, 10 – najsilniejszy możliwy ból. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) rekomenduje stosowanie skali 10-stopniowej w ocenie bólu, w której poziomowi bólu odpowiadają diagnozy pielęgniarskie pozwalające na skonstruowanie planu opieki.



źródło: Wordliczek J., Dobrogowski J. Leczenie bólu, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007 oraz <http://www.mp.pl/>

- **Wzrokowo-analogowa (VAS)** na 10 cm linii poziomej pacjent zaznacza miejsce najbardziej odpowiadające jego dolegliwościom bólowym, następnie mierzy się długość linii do zaznaczonego miejsca, 0 = brak bólu, 10 = najsilniejszy ból.



źródło: Wordliczek J., Dobrogowski J. Leczenie bólu, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007 oraz <http://www.mp.pl/>

WARTO WIEDZIEĆ

W ochronie zdrowia stosowana jest metoda tzw. analgezji kontrolowanej przez pacjenta (PCA). Metoda ta polega na samodzielnym aplikowaniu dawki leku przez chorego w momencie, gdy pojawia się ból. System PCA to strzykawka automatyczna sterowana mikroprocesorem, którą uruchamia się, naciskając przycisk. Pacjent otrzymuje określoną dawkę leku, po czym włącza się blokada systemu dozującego, uniemożliwiając ponowne podanie środka. Opioidy powodują wiele niepożądanych objawów. Należą do nich senność, depresja oddechowa, zaparcia, uwalnianie histaminy (świąd skóry) – w tym znane pacjentce z poprzedniego okresu pooperacyjnego nudności i wymioty. Konieczność użycia coraz większych dawek narkotyku z powodu zmniejszenia się efektu przeciwbólowego może prowadzić do uzależnienia.

ROLA PIELEŃNIARKI

Pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w zarządzaniu objawem, bólem w interdyscyplinarnym zespole (działamy w obszarze ochrony zdrowia). Rozpoznają sygnalizowane objawy, edukują pacjentów – prze-

kazują im niezbędne informacje, jak radzić sobie z bólem po zabiegu operacyjnym, tzn. jak go rozpoznawać i odróżniać od innego rodzaju bólu, zmniejszać jego napięcie w sposób nefarmakologiczny. Reagują na ból, uśmierzają go możliwie najszybciej od momentu zgłoszenia dolegliwości i uniemożliwiają powrót dolegliwości – administrują lekami (dawka, miejsce, czas, sposób podania), monitorują odpowiedź na leczenie, obserwację, pomiar natężenia bólu. Skuteczne leczenie bólu zmniejsza cierpienie chorego i może przyspieszyć proces leczenia, daje też niewymierną korzyść w postaci satysfakcji z otrzymanej opieki.

Odpowiednie zarządzanie bólem zmniejsza wydzielanie katecholamin, pacjent jest spokojny, może być mobilny i niezależny. Przyczynia się to do powrotu perystaltyki jelit, obniża się zmęczenie, rzadziej pojawiają się powikłania, a pacjent szybciej opuszcza szpital. Właściwie przygotowany do samoopieki pacjent nie wraca do szpitala, jest funkcjonalnie niezależny i potrafi zarządzać objawami – zna powikłania, na które musi zwrócić uwagę.

STUDIUM PRZYPADKU

Pacjentka, lat 41, skierowana na operację usunięcia pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową, operacja w trybie planowym, podwyższone parametry ALT, AST, USG, dodatni objaw Chełmońskiego-prawy, wzmożone napięcie mięśniowe powłok brzusznych. Rozpoznanie: kamica żółciowa – po spożyciu tłustych, obfitych posiłków występowały napadowe silne bóle nadbrzusza w okolicy prawego podżebrza,

o charakterze kolki na 5 w skali NRS, czasami nudności, często zgaga, wzdęcia brzucha. Objawy nasiliły się w ciągu ostatnich dwóch miesięcy. Pacjentka stosuje dietę lekkostrawną, unika tłustych, ostrych potraw, alkoholu, „ze strachu przed koniecznością operacji właściwie boi się jeść”. Podczas napadu kolki żółciowej przyjmuje leki rozkurczające, stosuje głodówkę. Kobieta ma wiedzę na temat choroby, zna sposób postępowania dietetycznego. W chwili przyjęcia do szpitala bólu brak.

DODATKOWE INFORMACJE

Pacjentka była dwukrotnie znieczulana ogólnie do cięcia cesarskiego, odczuwała wówczas nudności i wymioty, dyskomfort pomimo braku bólu. Po drugiej operacji „nie przekazywała personelowi szpitala prawdziwych informacji o swoich odczuciach bólowych, zaniżała wartość odczuwanego bólu, z obawy przed powtórzeniem się poprzednich doświadczeń”. Podczas pobytu w szpitalu nie miała mierzonego natężenia bólu, środki przeciwbólowe otrzymywała na swoją prośbę. Z rozmowy z pacjentką wynika, że „ma wysoki próg bólowy, bardzo rzadko przyjmuje środki uśmierzające ból”. Zgłasza brak wiedzy nt. uczuleń na NLPZ, metamizol i Paracetamol. Nie przyjmuje na

stałe żadnych leków. Nie leczy się z powodu chorób przewlekłych. Nie zgłasza też innych dolegliwości. W dniu zabiegu podano premedykację oraz dodatkowo Paracetamol, bólowych dolegliwości brak. Działanie to ma na celu zmniejszenie stymulacji bólowej związanej z urazem związanym z operacją. Ból powoduje wiele niekorzystnych reakcji, przyczyniając się m.in. bólu w okresie pooperacyjnym. W takim przypadku stosuje się analgezję z wyprzedzeniem, stosując różne grupy leków (np. Paracetamol) oraz różne metody znieczulenia. Działania te zwiększają możliwości skutecznego uśmierzenia bólu w okresie pooperacyjnym. Podanie pacjentce Paracetamolu przed operacją metodą analgezji z wyprzedzeniem ma zmniejszyć o 40% zapotrzebowanie na opioidy po operacji.

PLANY OPIEKI W UJĘCIU MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ – ICNP®

Potencjalne problemy

Zabieg operacyjny jest sytuacją, w której największym problemem jest ostry ból związany z chirurgicznym naruszeniem ciągłości tkanek. Wystąpienie bólu predysponuje do wystąpienia innych problemów, wśród których należy wymienić:

- zaburzony sen
- zaburzone oddychanie
- nadciśnienie w okresie pooperacyjnym
- tachykardia
- obniżony nastrój
- zaburzony apetyt
- ograniczoną mobilność.

W opiece należy uwzględnić następujące elementy postępowania:

- informowanie i instruowanie
- wspieranie
- wprowadzenie reżimu dietetycznego.

PLAN OPIEKI PIELĘGNACYJNEJ

Diagnoza pielęgniarska: ból [10023130]

Ból [10013950] oznacza stan „nasilenia przykrego odczucia cielesnego, subiektywne zrelacjonowanie cierpienia, grymas, zmianę – napięcia mięśni”.

Ból skórny [10005470] – dyskomfort od łagodnego do ciężkiego spowodowany urazem, w tym ból spowodowany raną [10021243].

Interwencje:

1. Administrowanie lekami przeciwbólowymi [10023084]
2. Ewaluacja odpowiedzi na zarządzanie bólem [10034053]
3. Inicjowanie analgezji kontrolowanej przez pacjenta [10010245] (termin z osi: środki – urządzenie do infuzji [10033352])
4. Umieszczanie urządzenia do dostępu żylnego [10034200]
5. Konsultowanie w zakresie zarządzania bólem [10024331]
6. Ocenianie bólu [10026119]
7. Ewaluacja psychospołeczna na instruowanie [10007107]
8. Ocenianie kontroli bólu [10002710]
9. Wprowadzanie wytycznych przeciwbólowych [10009872]
10. Współdziałanie w podawaniu analgezji kontrolowanej przez pacjenta [10004561]
11. Zarządzanie bólem [10011660] plus z osi: środki/narzędzia – usługa w zakresie leczenia bólu [10024799]
12. Monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]
13. Ocenianie wiedzy o bólu [10039104]
14. Ocenianie wiedzy o analgezji kontrolowanej przez pacjenta [10039060]

Wynik:

brak bólu [10029008] lub ból ustępujący [10027917], lub kontrola bólu [10025831], zarządzanie bólem [10011660]

Diagnoza pielęgniarska:

brak wiedzy o zarządzaniu bólem [10040016]

Przedmiot:

wiedza o zarządzaniu bólem [10034259]: wiedza: status: treści myślenia wynikające z mądrości własnej, nabytej wiedzy, informacji lub umiejętności

Interwencje:

1. Nauczenie radzenia sobie z bólem [10019489]
2. Ocena wiedzy o zarządzaniu bólem [10039041]
3. Nauczenie o leku [10019470]
4. Ocenianie kontroli bólu [10002710]
5. Monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]

Wynik:

wiedza o zarządzaniu bólem [10033750]

Zarządzanie [10011625]: bycie odpowiedzialnym i rozporządzanie kimś lub czymś

Diagnoza pielęgniarska: brak wiedzy o analgezji kontrolowanej przez pacjenta [10040028]

Przedmiot: efekt analgetyczny [10002267]: efekt leku

Interwencje:

1. Nauczanie pacjenta [10033126]
2. Nauczanie o leku [10019470]
3. Nauczanie o analgezji kontrolowanej przez pacjenta [10039073]
4. Zarządzanie urządzeniem [10031776]
5. Nauczanie o urządzeniach [10032902]
6. Dostarczenie urządzeń wspomagających terapię [10039158]
7. Ocenianie radzenia sobie [10002723]
8. Demonstrowanie podawania leków [10024354]
9. Poradnictwo dla pacjenta [10031062]
10. Ewaluacja psychospołecznej reakcji na instrukcje dotyczące stosowania leku [10007130]
11. Nauczenie radzenia sobie z bólem [10019489]
12. Ocenianie postawy wobec zarządzania lekiem [10002687]
13. Zarządzanie lekiem [10011641]

Działanie: informowanie: przekazywanie komuś wiedzy na temat zagadnień zdrowotnych w uporządkowany, systematyczny sposób

Wynik:

wiedza o zarządzaniu bólem [10033750]

TAB 1. SKALA OCENY NUDNOŚCI

Skala	Opis objawu wg HOBIS	Diagnoza wg ICNP	Kod ICNP
0	Brak nudności	Brak nudności	10028984
1	Nudności odczuwane okazjonalnie, niezwiązane z jedzeniem i niedokuczające przy codziennej aktywności	Nudności	10000859+1
2	Nudności umiarkowane, częściowo związane z jedzeniem lub codzienną aktywnością	Nudności	10000859+2
3	Ciężkie codzienne nudności związane z jedzeniem i/lub codzienną aktywnością	Nudności	10000859+3
4	Nudności silnie obezwładniające, nawet w łóżku, przy jedzeniu i codziennej aktywności	Nudności	10000859+4

Diagnoza pielęgniarska: problem emocjonalny [10029839]

Przedmiot: emocja negatywna [10012675]

Interwencje:

1. Ocenienie oczekiwań [10026072]
2. Ocenianie potrzeb [10033368]
3. Ocenianie niepokoju [10041745]
4. Ocenianie nastroju [10038938]
5. Zarządzanie niepokojem [10031711]
6. Dostarczanie prywatności podczas praktyk duchowych [10024504]
7. Dostarczanie wsparcia emocjonalnego [10027051]
8. Wspieranie [10019142]

Wynik:

zmniejszający się niepokój [10027858], dobry nastój [10040670], prawidłowe radzenie sobie [10022378]

Diagnoza pielęgniarska: (grupa diagnoz)

1. ryzyko [10015007] nudności [10000859]
2. ryzyko [10015007] wymioty [10025981]

Interwencje:

1. Dostarczenie urządzeń zabezpieczających [10024527], + termin z osi środki/narzędzia – podkład [10006248]
2. Zarządzanie objawami [10031965]
3. Zarządzanie reżimem diety [10023861]
4. Ocenianie kontroli objawów [10026161]

REKLAMA

NOWOŚĆ

**neria[®] soft – bezpieczeństwo i komfort
podskórnej terapii przeciwbólowej**



- **Bezpieczeństwo** - stworzona i przebadana specjalnie do podskórnego podawania leków
- **Wygoda** - łatwa i szybka w aplikacji
- **Komfort** - praktycznie niewyczuwalna dzięki miękkiej i delikatnej kaniuli

Więcej informacji na www.neriasoft.pl

ConvaTec Polska Sp. z o.o.
Al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa, tel. (22) 579 66 50, fax (22) 579 66 44
www.neriasoft.pl, www.convatec.pl, dzial.pomocy@convatec.com

Bezpłatna linia informacyjna: 800 120 093

® Omsicra zastrzeżony znak towarowy Unomedical a/s Denmark
© ConvaTec Polska Sp. z o.o. 2015

ConvaTec