

| | | | |
|---|---|--|-----------------|
|  | PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO OP | | NR – OP4 - 2014 |
| | OCENA SKUTECZNOŚCI LECZENIA BÓLU | | |
| | Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA | | DATA 01-10-2018 |

1. CEL

Celem niniejszej procedury jest uszczegółowienie standardu **Opieki nad Pacjentem**.

2. PRZEDMIOT

Przedmiotem niniejszej procedury jest identyfikacja pacjentów z bólem, ocena stopnia nasilenia dolegliwości i wdrożenia adekwatnego i bezpiecznego leczenia przyczynowego lub objawowego.

3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA

Procedura obowiązuje we wszystkich oddziałach Szpitala Rejonowego w Raciborzu.

4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY

Przyjęta z opracowaniu terminologia i skróty, zgodna jest z zasadami obowiązującymi w działającym Zintegrowanym Systemie (ZSZ) oraz terminologią określoną w rozdziale „Terminy i określenia przyjęte w Programie Akredytacji Szpitali”, zamieszczonym w opracowaniu Centrum Monitorowania, Jakości w Ochronie Zdrowia o nazwie ‘ZESTAW STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH’ z roku 2009.

5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

5.1. KKO (koordynator leader) odpowiada za wykonanie, aktualizację i nadzorowanie realizacji procedury.

5.2. Pielęgniarki we wszystkich oddziałach szpitala - minimum dwa razy na dobę oceniają ból u wszystkich pacjentów. Wynik zapisują w Karcie Oceny Bólu.

5.3 U pacjentów po operacji, w karcie znieczulenia anestezjolog zapisuje zaleczone leczenie w dobie operacji, w tym p/bólowe.

5.4 Lekarz opiekujący się pacjentem lub lekarz dyżurny w każdym oddziale szpitala, na podstawie oceny w Karcie Oceny Bólu wdraża adekwatną terapię p/bólową. Do jego obowiązków należy sprawdzenie skuteczności zleconej terapii.

5.5 Za właściwie zorganizowaną terapię przeciwbólową odpowiada kierujący oddziałem.

6. OPIS PROCESU

6.1 Pielęgniarka na podstawie wywiadu z chorym ustala i określa w 10 stopniowej skali VAS natężenie bólu i zapisuje w Karcie Oceny Bólu: Zarządzenie Dyrektora nr 17 – 2011rok.

6.2 O natężeniu bólu pacjenta informuje lekarza prowadzącego lub dyżurnego w czasie wizyty lub natychmiast, gdy pacjent zgłasza ból powyżej 3.

6.3 Lekarz zleca leki w odpowiednich dawkach i odstępach czasu.

6.4 Lekarz kontroluje skuteczność zleconej terapii p/bólowej.

6.5 Kierujący oddziałem: ustala rutynowe zasady leczenia bólu w najczęściej występujących jednostkach chorobowych zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiego Towarzystwa Badania Bólu.

| | | | |
|---|---|--|------------------------|
|  | PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO OP | | NR – OP4 - 2014 |
| | OCENA SKUTECZNOŚCI LECZENIA BÓLU | | |
| | Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA | | DATA 01-10-2018 |

W oddziałach zabiegowych – opracowuje schemat terapii bólu po różnych rodzajach operacji. Zaleca się, aby ustalone rutynowe zasady leczenia bólu zapisane zostały w postaci oddziałowego SOP. Kierownik oddziału odpowiada za skuteczność terapii bólu stosowanej u chorych w swoim oddziale.

6.6 Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Badania Bólu z 2011r podstawowe leki stosowane w terapii bólu to metamizol, paracetamol, niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), słabe i mocne opioidy oraz środki znieczulenia miejscowego. Leki te można stosować, jako monoterapię lub jako multimodalną terapię celu wykorzystania różnych mechanizmów i miejsc działania, charakteryzujących każdy z leków. Wieloletnie badania potwierdzające podanie leku przeciwbólowego przed zabiegiem operacyjnym tzw. analgezja wyprzedzająca zmniejsza zapotrzebowanie na leki p/bólowe po zabiegu. Hypowolemia i wychłodzenie organizmu w okresie pooperacyjnym lub pourazowym są przyczyną złej absorpcji leków podanych podskórnie lub domięśniowo. Dlatego leki w okresie pooperacyjnym, szczególnie po rozległych zabiegach należy podawać dożylnie. Złotym standardem wśród leków przeciwbólowych pozostaje morfina. Jest czystym agonistą receptorów opioidowych, nie wykazuje efektu pułapowego. Stosowanie opioidów może zagrażać depresją oddychania oraz skutkami niepożądanymi jak nudności i wymioty (można zapobiegać stosując deksametazon lub/ i ondansetron). Stosowana dotychczas petydyna, okazała się neurotoksyczna (aktywny metabolit norpetydyna kumuluje się w organizmie i może wywołać mioklonie i napady drgawek). Petydyna częściej niż morfina wywołuje wymioty, mają także podobny wpływ na zwieracz Odiego. W ciąży opioidy mogą powodować dystrofię wewnątrzmaciczną płodu. W leczeniu bólu zalecane jest stosowanie metadonu, ze względu na jego skuteczność także w bólach neuropatycznych, brak uzależniania oraz bezpieczeństwo u pacjentów z niewydolnością nerek. Nie bez znaczenia jest także niska cena.

W ostatnim czasie rekomendowana jest terapia sekwencyjna oxycodonem. Preparat występuje w postaci doustnej i dożylnej, podawany jest, co 12 h. Może być zastosowany, jako analgezja wyprzedzająca doustnie, dożylnie bezpośrednio po zabiegu i kontynuacja terapii bólu tabletkami lub syropem.

Metamizol hamuje COX 2 i COX 3 w OUN. Działa także spazmolitycznie hamując wychwyty zwrotne adenozyne w OUN. Nie wywołuje działań niepożądanych ze strony żołądka i nerek. Przypadków agranulocytozy w Polsce nie stwierdzono. Dawka dobową nie powinna być większa niż 5.0. Metamizol wykazuje synergistyczne działanie z tramadolem – zastosowanie łączne tych leków w ciągłym wlewie zmniejsza zapotrzebowanie na opioidy ok. 37%. Bezwzględnie zakazane jest stosowanie metamizolu w ciąży. Zgodnie z rejestracją lek ten nie powinien być stosowany u dzieci.

Paracetamol jest środkiem p/bólowym i p/gorączkowym, bez działania p/zapalnego. Mechanizm działania nie jest w pełni poznany. Wydłużony czas opróżniania żołądka po operacjach ogranicza użyteczność doustnych preparatów paracetamolu. Nadaje się jednak w tej postaci do pre – analgezji. Metabolizm paracetamolu przebiega w wątrobie, należy więc zachować ostrożność w przypadku pacjentów z czynną chorobą wątroby, nadużywaniem alkoholu, niedożywieniem (obniżone zapasy glutationu), zakażenie HCV i HIV. Lek ma wpływ na agregację płytek krwi, obserwowano także obniżenie wskaźnika sercowego o 10%, rzadkie przypadki hemolizy.

Korzystne jest łączne podawanie paracetamolu z opioidami lub NLPZ we wlewach ciągłych.

| | | | |
|---|---|------------------------|---------------------------------------|
|  | PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO OP | | NR – OP4 - 2014 |
| | OCENA SKUTECZNOŚCI LECZENIA BÓLU | | |
| | Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA | DATA 01-10-2018 | Strona 3/5 WYDANIE 3 |

NLPZ działają przez hamowanie cyklooksygenazy (COX) - nioselektywne, koksyby - selektywnie działają na poszczególne izoformy COX. Koksyby podane przed zabiegiem operacyjnym zmniejszają ból pooperacyjny i zapotrzebowanie na opioidy. Koksyby i nioselektywne NLPZ charakteryzują się podobnym, dość wysokim, wskaźnikiem niepożądanych incydentów sercowo – naczyniowych i niewydolności nerek. Ryzyko uszkodzenia nerek jest zwiększone w przypadku wcześniej istniejącego upośledzenia czynności nerek, hipowolemii, hipotensji, równoczesnego stosowania inhibitorów ACE. NLPZ zwiększają ryzyko ciężkiego krwawienia po wielu rodzajach operacji. W ciąży stosowanie NLPZ zwiększa ryzyko poronienia, zmniejsza ilość płynu owodniowego oraz zwiększa ryzyko przedwczesnego zamknięcia przewodu Botalla. Najbezpieczniejszy wydaje się naproksen.

Podawanie choremu dawki leku przeciwbólowego arbitralnie ustalonej w określonych odstępach czasu utrudnia dostosowanie terapii do indywidualnych potrzeb chorego. Natomiast uzależnienie podania leku od zgłoszenia przez pacjenta bólu, obarczone jest ryzykiem niedostatecznego leczenia oraz opóźnienia podania kolejnej dawki. Szczególnie korzystne jest podawanie opioidów metodą analgezji sterowanej przez pacjenta PCA – iv. Konieczne do tej procedury są specjalnie zaprogramowane pompy infuzyjne.

6.7 POSTĘPOWANIE PRZECIWBÓLOWE W ZALEŻNOŚCI OD ROZLEGŁOŚCI I STOPNIA URAZU

TKANEK:

6.7.1 Farmakoterapia przed zabiegiem operacyjnym – w celu indukowania efektu analgezji z wyprzedzeniem należy rozważyć podanie metamizolu, paracetamolu, NLPZ lub metadonu doustnie lub parenteralnie.

* Analgezja miejscowa: rozważyć przed zabiegiem operacyjnym ostrzyknięcie spodziewanej linii cięcia 1% roztworem lignokainy lub 0.25% Bupivacainy (ok.10ml). Po zakończeniu zabiegu zalecane jest ponowne ostrzyknięcie rany. Możliwy jest ciągły wlew leków miejscowo znieczulających przez zaimplantowany podczas operacji do rany cewnik (strzykawka automatyczna).

6.7.2 ZABIEGI POŁĄCZONE Z NIEWIELKIM URAZEM TKANEK; Metamizol max 5.0/dobę lub paracetamol max 4.0/dobę lub NLPZ np. ketoprofen 50mg p.o. Co 6-8 godz.

6.7.3 ZABIEGI OPERACYJNE POŁĄCZONE Z MIERNYM URAZEM TKANEK

Poziom natężenia bólu w okresie pooperacyjnym >4pkt w skali VAS, ale czas trwania dolegliwości jest krótszy niż 3 dni. Do rozważenia: ciągły wlew leków przez zaimplantowany cewnik, dostawowe podanie leków, blokadę nerwów obwodowych lub splotu. Farmakoterapia: metamizol lub paracetamol w dawkach zalecanych. Dodatkowo w razie bólu, na żądanie chorego należy dołączyć małe dawki opioidu np. tramadol 20mg, morfina 1-2 mg lub oksykodon 0.03mg/kg mc.

6.7.4 ZABIEGI OPERACYJNE POŁĄCZONE ZE ZNACZNYM URAZEM TKANEK

Przewidywane natężenie bólu >4pkt w Skali VAS, Czas trwania dolegliwości powyżej 3 dni. Wskazana analgezja multimodalna. Zalecany jest ciągły dożylny wlew opioidu (morfina, oksykodon) w dawce ustalonej metodą miareczkowania. Opioidy należy kojarzyć z NLPZ, metamizolem lub paracetamolem. Należy pamiętać o ko-

| | | | |
|---|---|--|------------------------|
|  | PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO OP | | NR – OP4 - 2014 |
| | OCENA SKUTECZNOŚCI LECZENIA BÓLU | | |
| | Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA | | DATA 01-10-2018 |

nieczności uśmierzenia tzw. bólów przebijających, poprzez zastosowanie dodatkowych dawek opioidów (morfiny 1-2mg, lub oksykodonu 1-2mg). W kolejnych dobach pooperacyjnych należy modyfikować postępowanie p/bólowe w oparciu o badanie poziomu natężenia bólu.

6.7.5 ZABIEGI POŁĄCZONE Z ROZLEGŁYM URAZEM TKANEK

Spodziewany poziom natężenia bólu wynosi >6pkt w okresie dłuższym niż 7 dni. Standard postępowania analgetycznego nie odbiega od tego określanego dla pacjentów ze znacznym urazem tkanek, jednakże ze względu na rozległość urazu przewidywane dolegliwości bólowe są większej długości trwania. Szczególnie istotne jest prowadzenie analgezji czasie rehabilitacji, okresie gojenia ran.

7. DOKUMENTY ZWIĄZANE

Z niniejszą procedurą związane są następujące dokumenty:

- Zestaw Standardów Akredytacyjnych 2009, wydanych przez CMJwOZ Kraków
- Standard akredytacyjny 4 OP
- Zalecenia postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym
- Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym.

- 1) Karta Oceny Bólu
- 2) Karta zleceń,
- 3) Dokumentacja chorego

8. ZAŁĄCZNIKI – brak

| | | | |
|---|---|------------------------|------------------------|
|  | PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO OP | | NR – OP4 - 2014 |
| | OCENA SKUTECZNOŚCI LECZENIA BÓLU | | Strona 5/5 |
| | Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA | DATA 01-10-2018 | WYDANIE 3 |

9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA.

| | |
|--|---|
| 1. CEL..... | 1 |
| 2. PRZEDMIOT..... | 1 |
| 3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA..... | 1 |
| 4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY..... | 1 |
| 5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ..... | 1 |
| 6. OPIS STANDARDU..... | 1 |
| 7. DOKUMENTY ZWIĄZANE..... | 4 |
| 8. ZAŁĄCZNIKI..... | 4 |
| 9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA..... | 5 |

Karta zmian

| Nr zmiany | Zmiany | | Opis zmiany | Data zmiany | Podpis autora zmiany |
|-----------|----------------------------|---|--|-------------|------------------------|
| | Punktu Podpunktu rozdziału | Akapitu lub fragmentu tekstu ze strony nr | | | |
| 1 | Całość | Całość | Aktualizacja Standardu Akredytacyjnego | 01-08-2014 | B. Wysoczańska |
| 2 | Całość | Całość | Aktualizacja Standardu Akredytacyjnego | 01-10-2018 | -Skroban J. Garbacz |

Zatwierdzenia

| Zespół | Imię i nazwisko KO | Data | Podpis |
|--------------------|---------------------------------|------------|-------------|
| Opracował | Adam Czepiel Justyna Garbacz | 01-10-2018 | Nieczytelny |
| Sprawdził | Marek Olech | 01-10-2018 | Nieczytelny |
| Sprawdził | Grzegorz Bula | 01-10-2018 | Nieczytelny |
| Zatwierdził | Elżbieta Wielgos - Karpińska | 01-10-2018 | Nieczytelny |