- **OPRACOWANIE NR 5**

Postępowanie w ostrym bólu pooperacyjnym u dorosłych

Uśmierzenie bólu po operacji jest istotne dla dobrego samopoczucia i komfortu pacjenta, ponieważ przyczynia się to do szybszego i lepszego powrotu do zdrowia. Poprzednie podejście w oparciu o morfinę lub inne opioidy wyewoluowało w kierunku podejścia wielokierunkowego, z zastosowaniem analgetyków nieopioidowych, i jeżeli to możliwe technik analgezji regionalnej, w celu poprawy skuteczności i zmniejszenia ryzyka objawów niepożądanych.

Zebrano liczne dowody naukowe w celu ustalenia, czym kierować się przy wyborze odpowiednich leków i metod, dostosowanych do potrzeb każdego pacjenta i rodzaju zabiegu operacyjnego. Dowody naukowe potwierdzają znaczenie trzech istotnych i strategicznych elementów leczenia:

- Analgezja multimodalna
- Analgezja specyficzna dla danej procedury
- Wczesna rehabilitacja po operacji

Analgezja multimodalna

Historycznie, ból pooperacyjny był leczony głównie z zastosowaniem opioidów takich jak morfina, która była przeważnie podawana domięśniowo. Choć opioidy nadal pozostają ważną składową w leczeniu silnego bólu pooperacyjnego, to ich stosowanie w monoterapii może powodować poważne problemy jak zaburzenia wentylacji, sedację, nudności i wymioty oraz opóźnienie powrotu prawidłowej czynności przewodu pokarmowego. Te objawy niepożądane mogą zagrażać bezpieczeństwu pacjenta, i/lub zaburzyć rekonwalescencję i rehabilitację i tym samym opóźnić wypisanie ze szpitala.

Zalecenia oparte o dowody naukowe obecnie rekomendują stosowanie kombinacji dwóch lub więcej analgetyków lub technik o różnym mechanizmie i miejscu działania analgetycznego ("multimodalna" lub "zbilansowana"). Zalety analgezji multimodalnej obejmują:

- Poprawa analgezji

International Association for the Study of Pain IASP Working together for pain relief

© 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.

- Zmniejszenie zapotrzebowania na opioidy (“oszczędzanie opioidów”)
- Zmniejszenie objawów niepożądanych po opioidach

Aktualne dowody potwierdzają zasadność stosowania w miarę możliwości metod analgezji miejscowej, blokad nerwów obwodowych i blokad centralnych jako istotnych elementów podejścia wielokierunkowego.

Analgetyki systemowe o udowodnionej lub potencjalnej skuteczności, stosowane w leczeniu bólu pooperacyjnego jako składowe analgezji mutimodalnej to:

- Paracetamol (acetaminofen)
- Nieselektywne i selektywne niesteroidowe leki przeciwzapalne blokujące COX-2
- Modulatory podjednostki alfa-2-delta (gabapentyna, pregabalina)
- Antagoniści receptora NMDA (ketamina)
- Agoniści receptora alfa-2 adrenergicznego (klonidyna, deksmedetomidyna)
- LZM podawane systemowo
- Kortykosteroidy

Analgezja specyficzna dla danej procedury

Dotychczas większość przeglądów systematycznych, dotyczących postępowania w ostrym bólu pooperacyjnym sumowała dane pochodzące z badań klinicznych prowadzonych w niejednorodnych grupach pacjentów. Takie podejście może nie odróżniać specyficznych efektów danego analgetyku lub metody analgetycznej w jednym rodzaju zabiegu lub w specyficznej podgrupie chirurgicznej. Oczywiste jest, że różne procedury chirurgiczne powodują:

- Ból o różnym mechanizmie powstawania (przykładowo ból mięśniowo-szkieletowy po operacjach ortopedycznych lub ból trzewny po operacjach brzusznych)
- Ból o różnym nasileniu i różnym wpływie na funkcjonowanie
- Ból w różnych lokalizacjach

Te zmienne okoliczności wymagają podejścia analgetycznego, specyficznego dla danego rodzaju operacji i populacji.

Dostępne są rekomendacje oparte o dowody naukowe na temat leczenia bólu pooperacyjnego w konkretnych for procedurach chirurgicznych (patrz strona internetowa PROSPECT wymieniona dalej). Konieczne są dalsze badania w celu identyfikacji, jaka jest najbardziej odpowiednia kombinacja metod dla danego pacjenta w odniesieniu do poszczególnych warunków zabiegowych i pooperacyjnych.

Wczesna rehabilitacja pooperacyjna

Oczywiste jest, że zapewnienie dobrej analgezji pooperacyjnej jako takiej nie jest wystarczające do polepszenia rekonwalescencji i efektów leczenia po operacji. Opracowano natomiast multimodalne protokoły, mające na celu polepszenie rekonwalescencji po zabiegu i dotyczące wielu jej wymiarów.

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

Implementacja takich protokołów może ułatwić skrócenie hospitalizacji i zmniejszyć częstość powikłań. Protokoły te akcentują następujące aspekty:

- Zmniejszenie reakcji stresowej po operacji i ryzyka dysfunkcji narządowej
- Optymalizacja okołooperacyjnej płynoterapii i kontroli temperatury ciała
- Unikanie niepotrzebnych drenaży chirurgicznych, sond żołądkowych, cewników itd.
- Wczesne karmienie doustne
- Wczesne uruchomienie

Metody analgetyczne ułatwiające osiągnięcie tych celów, szczególnie oszczędzające zużycie opioidów, mogą ułatwić rekonwalescencję pooperacyjną i pozwolić na implementację "szybkiej ścieżki" chirurgicznej.

PIŚMIENNICTWO

- *Acute Pain Management: Scientific Evidence* (4th edition, 2015) published by Australian and New Zealand College of Anesthetists i Faculty of Pain Medicine
- Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council
- PROSPECT (Procedure Specific Postoperative Pain Management)
- ERAS Society

AUTORZY

Stephan A. Schug, MD, FANZCA, FFPMANZCA
Chair of Anaesthesiology
Pharmacology, Pharmacy, and Anesthesiology Unit
School of Medicine and Pharmacology University
of Western Australia
Director of Pain Medicine, Royal Perth Hospital Perth, Australia

Ramani Vijayan, MBBS, FRCA, FFARCS(I), FANZCA, FAMM
Professor, Department of Anesthesiology University
Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia

Andi Husni Tanra, MD, Ph.D Anesthesiologist and
Pain Management Faculty of Medicine
Hasanuddin University, Makassar, Indonesia

RECENZENCI

Norman Buckley, MD, FRCPC
Professor and Chair, Department of Anesthesia Michael G.
DeGroote School of Medicine McMaster University

International Association for the Study of Pain IASP Working together for pain relief

© 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.

Henrik Kehlet, Prof., MD, Ph.D.
Section for Surgical Pathophysiology 4074
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9 Copenhagen, Denmark

TŁUMACZ
Dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska

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 .

© 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.