

✖ Bogumiła Kempieńska-Mirostawska, 2017-10-16 14:05

Pacjent nie powinien czuć bólu

✖

Thinkstock/GettyImages

- Ból jest pierwszym powodem zgłaszania się pacjentów do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i pierwszym powodem wzywania karetki na miejsce zdarzenia – mówił prof. Robert Ładny, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej, podczas debaty pt. „Medycyna ratunkowa – jak uśmierzamy ból”.

Czy wobec tego pacjenci mogą liczyć na odpowiednią pomoc w uśmierzaniu bólu? Na to i inne pytania próbowali odpowiedzieć uczestnicy debaty, w której także wzięli udział: prof. Krystyn Sosada - kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Ratunkowej SUM w Katowicach, Klaudiusz Nadolny - koordynator pogotowia ratunkowego na Śląsku, dr n. med. Marzena Wojewódzka-Żeleźniakowicz - podlaski konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej. Moderatorem debaty był red. Witold Laskowski.

(...)

W roku 1995 r. Amerykańskie Towarzystwo Bólu uznało ból za tzw. piąty parametr życiowy, wymagający pomiaru. Najbardziej popularną skalą bólu jest skala amerykańska NRS od 0 do 10 punktów, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 ból najsilniejszy. Jest to skala numeryczna, w której pacjenci sami starają się określić swój ból. – My nie obiektywizujemy bólu w żaden inny sposób i nie dyskutujemy z ich oceną bólu. Musimy postarać się tylko, by subiektywna ocena bólu przez pacjenta w tej skali się obniżyła – tłumaczy M. Wojewódzka-Żeleźniakowicz. A jak się okazuje, redukcja bólu już o 2 punkty w skali NRS u chorych z bólem powyżej 6 punktów powoduje istotną poprawę samopoczucia chorego.

W intensywnej terapii stosowane są jeszcze inne skale bólu, tzw. skale wymiarowe, jak BPS (*behavior pain scale*), CPOT (*critical – care pain observation tool*), NVPS (*non-verbal pain scale*). – Z nich korzysta się u chorych z analgedacją, wentylowanych mechanicznie, u których nie ma możliwości subiektywnej oceny bólu przez pacjenta – mówi M. Wojewódzka-Żeleźniakowicz.

Jak jest z oceną bólu w systemie ratownictwa medycznego w Polsce? – Ustawa o prawach pacjenta narzuca konieczność wywiadu i badania fizykalnego, co jest podstawą kontaktu ratownika medycznego z pacjentem. Ponieważ skala oceny bólu jest subiektywna, to tylko kontakt z pacjentem na miejscu zdarzenia jest ważny – mówi K. Nadolny. – Trzeba pamiętać, że bez względu na skalę, jeśli ból będzie na poziomie 1 czy 2, to pacjenta i tak trzeba zabezpieczyć, np. znieść do ambulansu i przewieźć kilka czy kilkanaście kilometrów przez dziurawe drogi – tłumaczył K. Nadolny. – Jeśli chodzi o dokumentowanie oceny nasilenia bólu, to w karcie ratownika medycznego jest skala od 1 do 10, czyli najbardziej powszechna, natomiast w dokumentacji medycznej systemowej nie ma już skali ciężkości bólu. Gdyby taka rubryka była, to ratownik by ją wypełniał. Z własnego doświadczenia wiem, że wielu ratowników pyta pacjentów o ból w skali 1 – 10, ale często tego nie notuje. I to jest błąd, który należy naprawić – dodaje.

Problem z oceną natężenia bólu według skali i notowaniem tego w dokumentacji medycznej występuje też na SOR. – Jeśli chodzi o SOR w Białymstoku, to 63 proc. chorych miało odnotowane w dokumentacji zgłoszenie bólu. Jednakże pomiar jego nasilenia z użyciem skali i zanotowaniem tego w dokumentacji medycznej zastosowano u zaledwie 2,6 proc. tej grupy. – Najwięcej chorych umiejscowiło się w kategorii bólu umiarkowanego, czyli w skali NRS między 4 a 6. Najmniej chorych

zgłaszało ból silny, czyli od 7 do 10, z wyjątkiem pacjentów urazowych. W tej grupie najwięcej pacjentów oceniało swój ból jako silny, najrzadziej jako ból słaby – mówi M. Wojewódzka-Żeleźniakowicz. – Niestety, ocenianie bólu na SOR za pomocą skal pozostawia jeszcze wiele do życzenia – dodaje.

Problem ten można by jednak rozwiązać, gdyby wprowadzić wymóg pisania przez lekarza w dokumentacji medycznej nie tylko, z jakim bólem zgłasza się pacjent na SOR, ale też jak jest on nasilony wg skali. – Można to zrobić, ucząc studentów, a potem lekarzy, którzy robią pod naszym kierunkiem specjalizację. Nikt bowiem nie dyskutuje z tym, że prawo do leczenia bólu jest jednym z podstawowych praw pacjenta – mówił prof. R. Ładny.

Prawo pacjenta do leczenia bólu zostało wprowadzone nowelizacją ustawy o prawach pacjenta w marcu 2017 r. Wskazuje ona też, iż podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia. Należy mieć nadzieję, że spowoduje to upowszechnienie się pomiaru bólu i notowanie tego w dokumentacji medycznej chorego.

Leczenie bólu

W Polsce ból, jako objaw, który należy zwalczać, był przez długi czas lekceważony, zarówno ze względu na brak dostatecznej wiedzy, jak i niewydolność systemu opieki zdrowotnej. Świadczą o tym mity: „ból nikogo nie zabił” lub „przeciwbólowe przyjmowanie opioidów prowadzi do uzależnienia”, o których mówił K. Nadolny. Ale nie tylko błędne przekonania są problemem w podejmowaniu skutecznego leczenia przeciwbólowego. – Nie mamy ujednoczonych wytycznych postępowania przeciwbólowego – mówi M. Wojewódzka-Żeleźniakowicz. – A wyniki leczenia bólu na oddziałach czy w ratownictwie przedszpitalnym są stosunkowo kiepskie. My wiemy, że ból należy leczyć, ale w praktyce gdzieś się o tym zapomina – dodaje.

Skuteczność terapii przeciwbólowej determinuje wiedza na temat terapii, dostęp do leków oraz przepisy regulujące, kto i kiedy może je stosować w systemie ratownictwa medycznego. Jak ten problem wygląda wśród ZRM i na SOR?

– Mówi się przewrotnie, że nie ma takiego bólu pacjenta, którego by ratownik nie zniósł, a na podstawie wielośrodkowych badań nt. leczenia przeciwbólowego śmiem twierdzić, że w państwowym ratownictwie medycznym mamy jeszcze wiele do zrobienia – powiedział K. Nadolny. Pewne zmiany jednak powoli zachodzą zarówno w prawie, jak i w świadomości personelu. Zdecydowana większość zdaje sobie sprawę, że leczenie bólu powinno być standardem postępowania, gdyż poprawia nie tylko komfort pacjenta, ale także współpracę z nim. – Jeszcze do niedawna ratownik ZRM dysponował dwoma lekami przeciwbólowymi: morfiną i ketonalem. Jak miał do czynienia z pacjentem pediatrycznym, gdzie ketonal jest przeciwwskazany, to miał tylko morfinę. Teraz wachlarz leków przeciwbólowych jest większy. W kwietniu 2016 r. ukazało się nowe rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie samodzielnego podawania leków przez ratowników medycznych. Teraz mają oni do wyboru morfinę, fentanyl, pyralginę, ketonal, ibuprofen, paracetamol i aspirynę – tłumaczy K. Nadolny. – Ważne, aby stosować leki przeciwbólowe najszybciej jak to możliwe i nie należy bać się leków narkotycznych – dodaje.

Interesujące wyniki badań na temat leczenia bólu przez ZRM przedstawił prof. K. Sosada. Jak się okazuje, większość ZRM poprawnie stosuje opioidowe, jak i nieopiodowe leki przeciwbólowe. Natomiast respondenci często błędnie odpowiadali na pytania dotyczące stosowania nowych leków przeciwbólowych, w tym wziewnych. – Cieszy natomiast fakt, że zdecydowana większość ankietowanych osób (ok. 70 proc.) stosuje numeryczną skalę bólu od 1 do 10 – mówi prof. K. Sosada.

Wydaje się, że potrzebne są jednak dalsze zmiany poprawiające skuteczność leczenia bólu. – Mamy wykaz leków, które ratownik może podać choremu samodzielnie. To leki, w które muszą być

zaopatrzone ambulanse obsługiwane tylko przez ratowników medycznych. Co do zespołów specjalistycznych, to o zaopatrzeniu decyduje dyrektor ds. medycznych danego dysponenta. Tacy dyrektorzy to awangarda, która mogłaby wprowadzać do ZRM nowe leki przeciwbólowe lub działające na nowo poznanych mechanizmach. Podczas kongresu w Falentach doszliśmy do przekonania, że chcemy iść z postępem. W związku z tym wymyśliliśmy, że skoro nie możemy zmienić leków, to zmienimy ich sposób podawania, korzystając z doświadczeń zagranicznych, np. Australii, gdzie dużo leków podawanych jest drogą wziewną. Nie widzę przeszkód, by taką metodę zastosować także u nas – tłumaczy prof. R. Ładny.

Co decyduje o wyborze leku przeciwbólowego? – Jak pokazują badania, głównym kryterium jest cena, dostępność i przyzwyczajenie. O ile w opiece przedszpitalnej zakres leków przeciwbólowych jest dosyć wąski, tak w opiece szpitalnej wachlarz jest już szerszy. Bardzo ważną rzeczą, o której ZRM bardzo często zapominają, jest fakt, że pacjent nieprzytomny też może odczuwać ból. Po zmianie rozporządzenia ZRM dostały lek, który ma służyć do sedacji pacjentów w przypadku np. wykonania kardiowersji. Bardzo ważna jest nie tylko sedacja, ale także podanie leku przeciwbólowego. I to też, niestety, musimy poprawić – tłumaczy K. Nadolny.

A jak jest z leczeniem przeciwbólowym na oddziałach SOR? – Pacjent w szpitalu nie powinien odczuwać bólu – to jego prawo. Jest to standard obowiązujący na całym świecie – mówił prof. K. Sosada. – Są też wytyczne opublikowane w Clinical Care w 2013 r., które mówią, jak powinniśmy leczyć pacjentów wymagających intensywnej terapii. Oddziały ratunkowe mają stanowisko tzw. krótkotrwałej intensywnej terapii. W związku z tym również te wytyczne powinniśmy zaaplikować do oddziałów ratunkowych i stosować szczególnie u chorych wymagających intensywnej terapii – wyjaśnia M. Wojewódzka-Żelezniakowicz.

By poprawić skuteczność leczenia, potrzebna jest stała edukacja lekarzy i ratowników medycznych. Jak podkreśliła M. Wojewódzka-Żelezniakowicz, nie wszyscy lekarze muszą jednak odbywać kurs leczenia bólu. – W szpitalach wystarczy powołać zespoły do leczenia bólu. I kiedy na danym oddziale zespół lekarski nie radzi sobie z leczeniem bólu u danego pacjenta, czy jest problem z doбором leków, wzywany jest taki zespół, który interweniuje w takich sytuacjach – dodała. Jak się okazuje, edukacja powinna także dotyczyć pacjentów z bólem i ich rodziny, w szczególności gdy jest to ból przewlekły.

W leczeniu bólu należy przede wszystkim pamiętać, że każdy pacjent jest inny, z różnym progiem bólowym. – Nie można wprowadzić jednego standardu podawania leków u każdego pacjenta, aczkolwiek są zalecenia towarzystw naukowych, które ukierunkowują leczenie przeciwbólowe w Polsce – mówi prof. K. Sosada. Leki przeciwbólowe trzeba dostosować m.in. do natężenia bólu, jego lokalizacji, przyczyny, wieku pacjenta oraz schorzeń i stanów towarzyszących. Niektóre można stosować w ratownictwie przedszpitalnym, a inne tylko w szpitalu.

Lek idealny?

Jaki powinien być idealny lek przeciwbólowy? – Taki, który skutecznie usuwa lęk, daje bezpieczne uspokojenie i efekt przeciwbólowy zależny od dawki przy niewielkim wpływie na krążenie i oddychanie, zmniejsza ruchliwość pacjenta i nie wykazuje interakcji z innymi lekami oraz etanolem, daje możliwość odwrócenia swojego działania, które jest szybkie, i nie wykazuje objawów ubocznych – mówi K. Nadolny. Ale takiego leku na razie nie mamy. – Medycyna jednak nie stoi w miejscu, a przemysł farmaceutyczny tworzy wciąż nowe leki. Dlatego każdy lekarz i ratownik medyczny musi się stale dokształcać – dodaje prof. K. Sosada.

– To oczywiście jest niezbędne, by lepiej rozwiązywać w praktyce problem bólu. Ale konieczne jest także arbitralne wprowadzenie skali do określenia nasilenia bólu przez pacjenta. I dobrze byłoby, abyśmy spotykając się za parę lat, mogli powiedzieć, że ten problem mamy opanowany – powiedziała na koniec M. Wojewódzka-Żelezniakowicz. – Pacjent nie powinien czuć bólu. A my musimy dążyć do

tego, by ograniczyć jego cierpienie – podsumował debatę prof. K. Sosada.
