

Sledování bolesti u nemocných po kardiokirurgické operaci – aortokoronárním bypassu

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.

Slezská univerzita, Opava, Fakulta veřejných politik, Opava, Ústav ošetrovatelství

Príspevek je zaměřen na sledování bolesti u nemocných po aortokoronárním bypassu. Cílem průzkumné práce bylo zjistit, zda sestry používají k hodnocení bolesti hodnotící škály, jaký je rozdíl v intenzitě bolesti první a šestý pooperační den a vyhodnotit, které analogové škály jsou pro nemocného k hodnocení intenzity bolesti lépe vyhovující.

Klíčová slova: aortokoronární bypass, kardiokirurgie, bolest, vizuální analogová škála.

Monitoring post-operative pain in patients undergoing cardiac surgery – aortocoronary bypass

The main focus of the article is on post-operative pain monitoring in patients after aortocoronary bypass surgery. The main objective was to establish: 1. whether nurses use pain assessment scales, 2. the differences in pain intensity between day 1 and day 6 post-op, 3. which of the analogue scales that are available meets patient needs better as a form of pain intensity report.

Key words: aortocoronary bypass, heart surgery, pain, visual analogue scale.

Paliat. med. liec. boles., 2012, 5(2): 59–61

Úvod

Kardiovaskulární onemocnění v České republice jsou hlavní příčinou úmrtnosti a významně přispívají k nemocnosti a předčasné invaliditě. V evropském měřítku patříme k zemím s nejvyšší úmrtností na kardiovaskulární onemocnění. Chirurgická léčba je bezpečná a má přijatelnou prognózu pro přežití (5).

Kardiokirurgie se stala rychle rozvíjejícím se medicínským oborem, která se postupně vyčlenila z velké chirurgie a stala se samostatnou chirurgickou disciplínou a je nejmladším chirurgickým oborem. Jedná se o práci týmovou, která spočívá v úzké spolupráci chirurgů, kardiologů, anesteziologů, instrumentářek a také sester u lůžka. K zajištění zdárného výsledku operace je nutné nejen perfektní provedení vlastního operačního zákroku, ale i přesná předoperační diagnostika a kvalitní intenzivní pooperační péče (2, 3).

Za základ kardiokirurgie lze považovat zavedení mimotělního oběhu do klinické praxe v roce 1953. Kardiokirurgie nabývá obrovského rozmachu koncem šedesátých let, kdy se ukázala možnost léčení ischemické choroby srdeční aortokoronárním přemostěním.

K aortokoronárnímu bypassu jsou indikováni pacienti s nestabilní anginou pectoris, k dalším indikacím patří uzávěry koronárních tepen, které nelze ošetřit perkutánní koronární angioplastikou.

Většina operací probíhá s využitím mimotělního oběhu, rostou počty výkonů provedených bez mimotělního oběhu na bijícím srdci (4). Operace srdce představuje i v současné době velký operační výkon s nezanedbatelnou mortalitou i morbiditou. Rizika jsou ovlivněna např. věkem, pohlavím, celkovým zdravotním

stavem, srdečním onemocněním, přidruženými chorobami apod (4).

Pooperační bolest je typickým příkladem akutní bolesti, jak z hlediska patofyziologického, tak terapeutického. Místní poškození tkáně, které je způsobeno chirurgickým zákrokem, vede k uvolnění prostaglandinů, histaminu, serotoninu, bradykininu a dalších působků (7).

Pooperační bolest

Vyšší intenzita bolesti představuje velkou psychickou změnu. Akutní pooperační bolest zpravidla způsobuje pouze krátkodobé psychické změny. Nemocní mohou pocítovat obavy a strach. V období předoperační přípravy se zaměřujeme i na psychickou přípravu. V průběhu rozhovoru informujeme o možnostech pooperační analgezie, sledování bolesti pomocí VAS. Vnímání bolesti je ovlivněno věkem, pohlavím, sociálními, kulturními a genetickými vlivy.

Strach z pooperační bolesti patří k nejčastějším obavám pacientů. Z řad studií je zřejmé, že na začátku 21. století není pooperační bolest řádně tlumena (8).

Opakovaně bylo zjištěno, že pacienti se zvýšenou pooperační bolestí udávají spokojenost s pooperační léčbou. Příčiny jsou multifaktoriální, kromě samotné intenzity bolesti sem patří vstřícný přístup personálu, absence dalších pooperačních komplikací, interval mezi podáváním analgetik a nástupem jeho účinku a interval bezprostřední úlevy od bolesti po podání analgetika (8).

Po skončení operace vyžaduje nemocný intenzivní péči. Cílem bezprostřední pooperační péče je stabilizovat a optimalizovat stav centrální

hemodynamiky, korigovat odchylky parametrů vnitřního prostředí, tlumit bolest aj. Operace srdce je spojená s bolestí jako každá jiná operace. Bolest je multidimenzionální fenomén, je to jev, který leží na pomezí fyziologie a psychologie (11). Bolest se léčí standardním způsobem např. aplikací opioidů, epidurální analgezií, pacientem kontrolovanou analgezií, přičemž bolest postupně odeznívá. Akutní bolest trvá omezenou dobu a rychle odezní během několika hodin až dní. Chronická bolest může vznikat v důsledku sternotomie. Důvodem této bolesti může být neúplné zhojení kosti, costochondritis, osteomyelitida sternu, zlomeniny žeber, zachycení nervů do drátěných kliček při uzavírání sternotomie aj. V rámci edukace pacienta vysvětlíme, aby odlišil bolest, která vzniká v důsledku anginy pectoris, a bolest, která je způsobena v důsledku sternotomie. Pacienti mohou uvádět bolest v místech po odběru žilních štěpů z dolních končetin, parestezie horních končetin, bolest a omezení pohybu v ramenních kloubech.

Větší část nemocných po kardiokirurgických výkonech udává bolesti zad a bolest v oblasti jizvy po sternotomii a safenektomii. Z tohoto důvodu jsou do rehabilitačního programu zařazeny i masáže zad, elektroléčba a péče o operační jizvy. K urychlení hojení ran a ke zmenšení lokální bolestivosti se využívá polarizovaného světla „biotronové“ lampy. Inhalační léčba pomáhá doléčit dechové obtíže a kašel, jako následek endotracheální intubace, operační narkózy a retrakce rány po sternotomii. Tradiční lázeňská léčba – balneoterapie přispívá k celkovému zlepšení stavu nemocného, k relaxaci a rovněž se využívá lokálního působení některých procedur.

Pooperační bolest zhoršuje kvalitu pooperační péče.

V klinické praxi hraje důležitou roli sledování bolesti, protože ta nemocného tělesně a duševně vyčerpává a deprimuje, čímž ohrožuje proces uzdravování (12).

Sledování a hodnocení bolesti

Každý z nás vnímá bolest individuálně. Nemocní snášejí bolest, která je krátkodobá a dobře vysvětlitelná.

Sestra je jedním ze základních článků pečující o pacienta. V rámci ošetrovatelské péče sleduje změny zdravotního stavu, sleduje a hodnotí intenzitu, druh bolesti a odhaluje pocity jejího vnímání. Bolest je ošetrovatelský problém. Ošetrovatelské hodnocení se skládá ze subjektivních, objektivních údajů a diagnostiky. Činnost sestry v souvislosti se sledováním bolesti je vymezena do několika oblastí, která jsou uvedena v kapitole doporučení pro praxi.

Řízení pooperační bolesti zmírňuje utrpení a vede k dřívější mobilizaci, zkrácení hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, nižším nákladům a vyšší spokojenosti pacientů.

Pro monitorování bolesti se nejčastěji používá desetistupňová škála bolesti od mírné až po nesnesitelnou, kterou pacient hodnotí nejčastěji na vizuální analogové škále. Pro děti je vhodná řada obličejů s mimikou (od úsměvu po pláč). Používání škál má bezesporu i několik výhod, např. jsou časově nenáročné, mají jednoduché použití, hodnotí intenzitu bolesti apod.

Výhodou škál pro hodnocení bolesti je maximální objektivizace bolesti. Škály jsou jednoduché na použití, názorné, relativně objektivní a časově úsporné. Slouží nejen k diagnostice intenzity bolesti, využívají se za účelem zjištění – ověření účinku analgetické terapie.

Cíle průzkumu

1. Zjistit intenzitu bolesti u nemocných v prvním a šestém pooperačním dni po CABG.
2. Zjistit pomoci, které hodnotící škály se pacientovi hodnotí lépe intenzita bolesti.
3. Zjistit, jaké hodnotící škály používají sestry k hodnocení bolesti.

Metodika

Průzkumná práce byla provedena v kardiologickém centru první a šestý den po operaci. Nemocní byli do průzkumu zařazeni tak, jak postupně přicházeli k operaci. Všichni oslovení respondenti souhlasili se zařazením do průzkumu. Byla použita metoda rozhovoru a k sledování bolesti vizuální analogová škála.

Jednalo se o číselnou a obličejovou škálu pro hodnocení bolesti.

Statistické zpracování

Získaná data byla ukládána do databáze vytvořené v programu Microsoft Excel. Hodnoty jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti.

Charakteristika zkoumaného souboru

Bylo osloveno 60 mužů ve věku 55 – 75 let. Sledování bylo realizováno 1. a 6. pooperační den po operaci. Průměrný věk respondentů byl 66,7 let.

Respondenti hodnotili bolest v první pooperační den, kdy 58,3% (40) nemocných hodnotilo intenzitu bolesti jako střední (3. stupeň) a 20,8% (10) uvedlo 4. stupeň. K tlumení bolesti byl nejčastěji používán Novalgin (i.m.).

Hodnocení bolesti v šestém pooperačním dni 83,3% (52) respondentů neuvádí žádnou bolest, jen u 16,7% (8) byl zaznamenán 1. stupeň bolesti. Sledování respondenti byli hospitalizováni na standardním oddělení, zdravotní stav byl stabilizován, operační rána se hojila per primam. Ibalgin per os užívalo padesát respondentů dle potřeby.

U každého nemocného při hodnocení bolesti byla použita vizuální analogová škála, na které byla vyjádřena intenzita bolesti, poté byla použita obličejová škála. Bolest byla hodnocena čtyřikrát denně, tzn. před podáváním léků a před zahájením nočního klidu na oddělení.

Výsledky průzkumu

K hodnocení bolesti byla použita vizuální analogová škála, jak uvádí tabulka č. 1. Padesát procent (28) respondentů uvedlo, že se lépe hodnotila bolest podle obličejové škály bolesti, i když je více doporučována k sledování bolesti u dětí. Podle číselné škály se lépe hodnotila bolest u 36,7 % (22) nemocných. VAS nerozlišuje 12,5% (10).

Tabulka 1: Která vizuální analogová škála (VAS) lépe vyjadřovala Váš pocit bolesti?

Otázka	Počet nemocných	Relativní četnost
Číselná VAS	22	36,7%
Obličejová VAS	28	46,7%
Nerozlišuje VAS	10	16,7%

Na otázku, jak sledovala intenzitu bolesti sestra, dokládá tabulka 2. Celkem 33,3% (20) respondentů uvedlo, že sestry sledují bolest formou rozhovoru. Zbýlých 66,7% (40) nemoc-

ných uvedlo, že bolest ze strany sestry nebyla hodnocena. Sestry nepoužívaly žádnou vizuální analogovou škálu k sledování bolesti.

Tabulka 2: Sledování intenzity bolesti sestrou

Otázka	Počet nemocných	Relativní četnost
Ano	20	33,3%
Ne	40	66,7%

Diskuze

Po prostudování odborné literatury je vhodné sledování bolesti pátý až šestý pooperační den.

Hodnocení bolesti bylo sledováno první a šestý pooperační den. Toto období bylo zvoleno z toho důvodu, že je to ideální doba pro vhodnou komunikaci s nemocným. Operační den nebyl považován za vhodný z mnoha důvodů, jedním z nich byl umělý spánek, kontinuální tlumení bolesti, je to období velkého stresu pro pacienta a z pohledu sestry náročná ošetrovatelská péče v bezprostředním pooperačním období. Po stabilizaci zdravotního stavu na základě stabilizace laboratorních výsledků je nemocný odpojen z umělé plicní ventilace, jsou zrušeny invazivní vstupy, je zajištěna periferní žíla a v případě, že nejsou žádné komplikace je překládán na jednotku intermediální péče. Stabilizovaní pacienti se překládají první pooperační den na jednotku intermediární péče, kde zůstávají dle zdravotního stavu 1 – 2 dny. Poté je nemocný přeložen na standardní oddělení. Sledování bolesti je důležité z hlediska psychické stability pacienta. Hlavní roli v sledování bolesti má sestra, která má za úkol sledovat nejen její intenzitu, včas dle ordinace lékaře podat analgetika, sledovat účinek analgetik a také jejich vedlejší účinky. Důležité je mít na paměti, že riziko vzniku bolesti řešíme dřív, než propukne. V případě vzniku bolesti se u nemocného můžeme setkat se strachem a úzkostí. Nedostatečné tlumení pooperační bolesti může mít celou řadu nepříznivých důsledků. Fyziologické reakce na operaci, pooperační bolest a stres zahrnují změny celé řady systémů. Snížení vitální kapacity plic, dechového objemu, snížení funkcí bránice vedou k neschopnosti se zhluboka nadechnout nebo zakašlat. Zvýšený svalový tonus je doprovázen zvýšenou spotřebou kyslíku a nároky na činnost srdce. Další reakce na bolest zahrnují zrychlený puls, zvýšená srdeční práce a vyšší nároky srdečního svalu na kyslík. Výsledkem je riziko ischemie a infarktu myokardu, při omezení hybnosti ze strachu z bolesti dochází k venostáze a agregaci destiček s možností trombózy hlubokých žil. Jedním z následků bolesti je vyšší výskyt zvracení, potíže s močením, katabolismus, hyperglykemie.

K hodnocení bolesti lze použít VAS nebo obličejovou škálu hodnocení bolesti, ta je doporučována k použití sledování bolesti u dětí, v průzkumu se ukázalo, že nemocným se intenzita bolesti pomocí této škály určuje velmi dobře. Při dotazu, zda jim nevádí, že škála je určena dětem, uvedli, že jim to nevádí a nemají pocit devalvace. Dále bylo sledováno, zda bude rozdíl v hodnocení intenzity bolesti při použití VAS obličejové a číselné. Intenzita bolesti byla při použití obou škál ve shodě.

Zarážející je, že sestry nepoužívají k hodnocení bolesti žádnou škálu pro hodnocení bolesti. Je potřeba se zamyslet, proč se hodnotící škály nepoužívají. Touto problematikou se zabývala i Birešová, která ve svém průzkumu uvádí, že sestry znají hodnotící škály, 52% sester z celového počtu vůbec nezná žádné hodnotící škály. Jejich využití v klinické praxi není dostatečně využíváno. Rozpoznání bolesti je důležité pro zlepšení kvality péče. V praxi jsou různé škály, které je potřeba začít v klinické praxi používat.

Bolest hrudníku po sternotomii bude trvat minimálně tři měsíce. Sestra v rámci svých kompetencí nemocného edukuje. V rámci edukace je nutné nemocného upozornit, že může mít vyšší intenzitu bolesti při změně počasí, dále, že se musí naučit odlišovat bolest srdce od bolesti sternu. Vhodná je edukace ve využití léčebných a podpůrných metod, jako je např. muzikoterapie.

Doporučení pro praxi

1. Sledování dynamiky bolesti, vedení denního záznamu, hodnocení intenzity bolesti dle hodnotící škály, sledování bolestivých projevů a chování. Sledovat nonverbální

projevy nemocného. Vyzvat nemocného, aby co nejpřesněji popsal bolest. Provádět šetrné převazy.

2. V oblasti nefarmakologické např. uplatnění fyzikální léčby, jako je masáž, aplikace tepla, chladu aj.
3. V rámci pooperační péče zajistit rehabilitaci, která je její nedílnou součástí. Zaměřit se na pravidelnou dechovou gymnastiku, vibrační a poklepovou masáž hrudníku, vykašlávání. Šetrně polohovat.
4. Z psychologických metod je vhodné naučit nemocné využívat relaxačních technik, ze strany sestry je vhodné vlídné slovo, vstřícnost, pohazení, naučit rytmickému dýchání. Dát prostor pro vyjádření emocionálních projevů např. obavy, hněv, frustrace.
5. Farmakologická podpora, dle ordinace lékaře sestra podává analgetika dřív, než pacient bolest pocítí, dále sleduje účinek ordinovaných léků s přehodnocením na škálách bolesti, zároveň sleduje jejich vedlejší účinky.
6. Provést záznam do dokumentace.
7. Zajistit na kardiologickém oddělení a jednotce intermediální péče seminář pro sestry se zaměřením na sledování a hodnocení bolesti s možností využití škál pro hodnocení bolesti.
8. Vypracovat standardy pro sledování a hodnocení pooperační bolesti: kdy a v jakých časových intervalech sledovat a hodnotit pooperační bolest.

Závěr

K zmírňování bolesti se podávají analgetika, které předepisuje lékař. Důležité je znát vedlejší účinky těchto léků. Kromě aplikace analgetik

by sestry měly znát psychologii bolesti a použít alternativních technik k tlumení bolesti. Posouzení bolesti klade na sestru vysoké nároky po stránce vědomostní. Dále by sestry měly mít i dostatečnou empatii, zkušenosti a měly by umět cíleně klást otázky k zjištění a posouzení intenzity bolesti. Při hodnocení bolesti je doporučeno využívat hodnotících škál, které usnadní její posouzení.

Literatura

1. Birešová E. Implementace sofistikovaných hodnotících škál bolesti do ošetrovatelské dokumentace. Sestra 2011: 7–8.
2. Doležal T, Hakl M, Kozák J. Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní a chronické nenádorové bolesti. Praktický lékař 2004: 8.
3. Dominik J. Kardiologie. Praha: Grada 1998.
4. Horáček M. Nejčastější problémy u kardiologických a kardiologických pacientů v intenzivní péči. Anesteziologie a intenzivní péče 2005: 1.
5. Hyánková J, a kol. Dlouhodobé sledování pacientů po kardiologických výkonech. Cor et Vasa 2003; 45(6).
6. Kapounová G. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada 2007.
7. Málek J, Ševčík P, a kol. Léčba pooperační bolesti. Praha 2009.
8. Ševčík P, a kol. Léčba akutní pooperační bolesti. Bolest č. 3, 2008: 1–7.
9. Trachtová E, a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: IDVZP 1999.
10. Zadák Z, Havel E, a kol. Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. Praha: Grada 2007.
11. Zacharová E, Hermanová M, Šrámková J. Zdravotnická psychologie. Praha: Grada 2007.
12. Zacharová E, a kol. Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi. Ostrava: OU 2010.

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.

Slezská univerzita, Opava,
Fakulta veřejných politik, Opava,
Ústav ošetrovatelství
Hauerova 4, 746 01 Opava
jana.haluzikova@fvp.slu.cz

- Slovenská onkologická spoločnosť
- Slovenská lekárska spoločnosť
- Slovenská chemoterapeutická spoločnosť
- spoločnosť SOLEN
- časopis Onkológia

Vás pozývajú na

Organizátor

Ing. Monika Liedlová
SOLEN, s. r. o.
Lovinského 16, 811 04 Bratislava
tel.: 02/5413 1365, fax: 02/5465 1384
e-mail: kongres@solen.sk
www.solen.sk sekcia
Kongresy a semináre

Bratislavské onkologické dni XLIX. ročník

18. – 19. október 2012
Hotel Holiday Inn, Bratislava



www.solen.sk

HLAVNÁ TÉMA

ZRIEDKAVÉ NÁDORY (ORPHAN TUMOR)

Podujatie bude ohodnotené CME kreditmi



SLOVENSKÁ
CHEMOTERAPEUTICKÁ
SPOLOČNOSŤ

SOLEN
MEDICAL EDUCATION