

Сестринский уход при болевом синдроме.

Организация общего ухода у инкурабельных пациентов

Лекция № 6

Малкова Диана Николаевна

ВОЗ установила, что недостаточное устранение боли при раковых заболеваниях представляет собой серьезную проблему во всем мире.

Как ни трагично, но раковую боль часто оставляют без лечения; если ее все же лечат, облегчение часто недостаточное.

При этом ВОЗ удалось продемонстрировать, что в большинстве случаев при раке, если не во всех, боль можно было снять, если бы применялись имеющиеся медицинские знания и способы лечения.

В лечении есть пробел: разница между тем, что можно сделать, и что делается для снятия раковой боли.

15:36 / 10.02.2014



7912



10

[КОММЕНТАРИЕВ](#)

Контр-адмирал Апанасенко умер в реанимации после попытки суицида

Бывший военачальник скончался в больнице спустя трое суток после попытки застрелиться из наградного пистолета.

9

[Нравится](#) 4

[Твитнуть](#) 23

[g+1](#) 0

[Поделиться](#) 0

Контр-адмирал Вячеслав Апанасенко, пытавшийся покончить с собой из наградного пистолета, скончался в реанимации так и не приходя в сознание.



Как уже сообщал LifeNews, 66-летний Апанасенко решил уйти из жизни из-за онкологического заболевания.

Контр-адмирал выстрелил себе в голову 6 февраля днем на западе Москвы, но чудом остался жив.

Как рассказал сын Вячеслава Апанасенко, у его отца была терминальная (заключительная) стадия рака поджелудочной железы.



Почему онкологические больные страдают от боли?

«Боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением тканей...».

(Международная Ассоциация по изучению боли - IASP, 1994 г.)

Боль

«ноцицепция»
происходит от
латинских слов
nocere — вредить и
capere — брать,
взять, принимать.



Уровни организации болевого феномена (по Loeser, 1980)

Эпидемиология боли

Частота развития хронического болевого синдрома зависит от стадии развития опухоли:

- Начальная стадия: 50%;
- Стадия распространения: 75-80%;
- Стадия генерализации (терминальная): 90 -100%

Частота болевого синдрома

Рак желудка – 20,2%

Рак легкого – 15,9%

Рак толстой кишки – 12,5%

Рак молочной железы – 10,8%

Рак гениталий – 6,6%

Осипова Н.А.

Причины возникновения боли у онкологических больных

- **собственно опухолью:** костные боли, боли при сдавлении нерва висцеральные боли;
- **побочным действием противоракового лечения:** последствия специального противоопухолевого лечения (оперативное, лучевое, лекарственное) хронические послеоперационные боли;
- **воздействием злокачественного процесса на организм в целом:** миофасциальные боли, боли при запорах, спастические боли.
- **сопутствующими заболеваниями** (например, боли в позвоночнике при остеохондрозе).

Хроническая боль

- Самостоятельное заболевание
- Снижает физическую, социальную активность
- Психоэмоциональные нарушения
- Нарушения микроциркуляции
- Нарушение функционирования систем

Восприятие боли зависит

- настроения пациента;
- душевного состояния;
- значимости боли для пациента.

Факторы усиливающие боль

- **Соматический источник**: наличие других тяжелых симптомов (тошнота, рвота, слабость), побочные эффекты лечения.
- **Депрессия**, вызванная утратой социального положения, престижа связанного с работой, утратой роли в семье, хроническим чувством усталости и бессонницей, чувством беспомощности, уродством, предстоящей смертью, длительным пребыванием в стационаре, смертью соседа по палате со схожим диагнозом.
- **Гнев**, вызванный бюрократической неразберихой, прекращением посещений друзей, родственников, недоступностью врачей и их молчанием, отсутствием результатов лечения.
- **Тревога**, вызванная страхом госпитализации, болью или ожиданием беспокойством о финансовом положении семьи, неуверенностью в будущем, душевным беспокойством.

Факторы уменьшающие боль

- Сон;
- Отдых;
- Проявление внимания;
- Дружеское общение;
- Понимание;
- Антидепрессанты;
- Транквилизаторы;
- Анальгезия.

Классификация боли у онкологических больных (1)

По характеру:

Ноцицептивная (соматическая, висцеральная, мышечная):

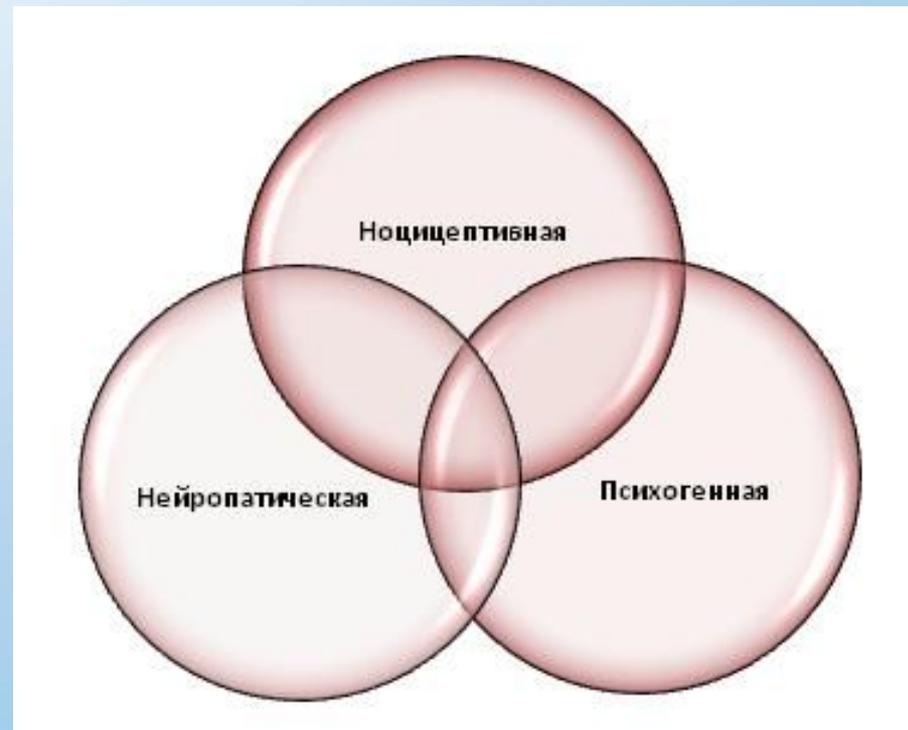
- адекватная физиологическая реакция на болевые раздражители;

Нейропатическая:

- неадекватная реакция, вызванная дисфункцией периферической или центральной нервной системы при отсутствии прямого раздражения ноцицепторов;
- возникает вследствие поражения нервной системы (периферической и/или центральной);
- по характеру: стреляющая, жгучая, по типу электрического тока в сочетании с покалыванием, онемением;
- локализуется не обязательно в месте повреждения, а чаще в зоне проекции поврежденного нерва, корешка, участка спинного мозга, головного мозга;
- плохо купируется анальгетиками и нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП);

Классификация боли у онкологических больных (3)

«У 70% пациентов с генерализованной формой опухолевого процесса выявляются более двух патофизиологических видов болевых ощущений». (Oscar A. de Leon-Casasola, 2006)



Классификация боли у онкологических больных (4)

По степени тяжести:

Слабая;

Умеренная;

Сильная

По временным параметрам:

Острая;

Хроническая

- Боль субъективна!!!
- Верить человеку!
- Восприятие боли зависит от индивидуальных особенностей

Оценка боли

- Способ измерения боли должен быть простым, легким в применении и регистрации в динамике
- Не бывает двух одинаковых больных
- *боль всегда строго индивидуальна*

«Интенсивность боли, от которой страдают пациенты такова, как они говорят, а не та, какая должна быть по мнению персонала...»

Майк Хамер, 1999

БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ У ВСЕХ РАЗНАЯ



Оценка боли

...не просто: «болит – не болит»!

Вербальная шкала

- **Минимум 5 степеней**
 - *нет боли*
 - *слабая*
 - *умеренная*
 - *сильная*
 - *мучительная*

Цифровая шкала

- *Обычно от 0 до 10 баллов*

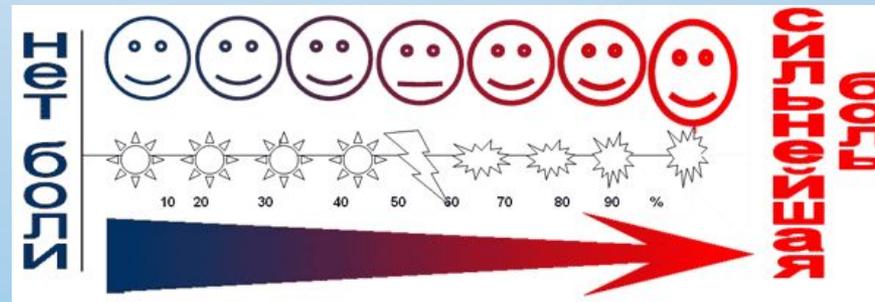
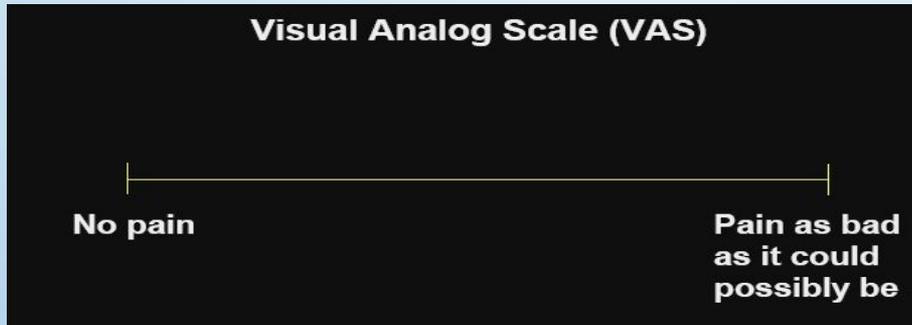
Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)

- *100 мм линейка*

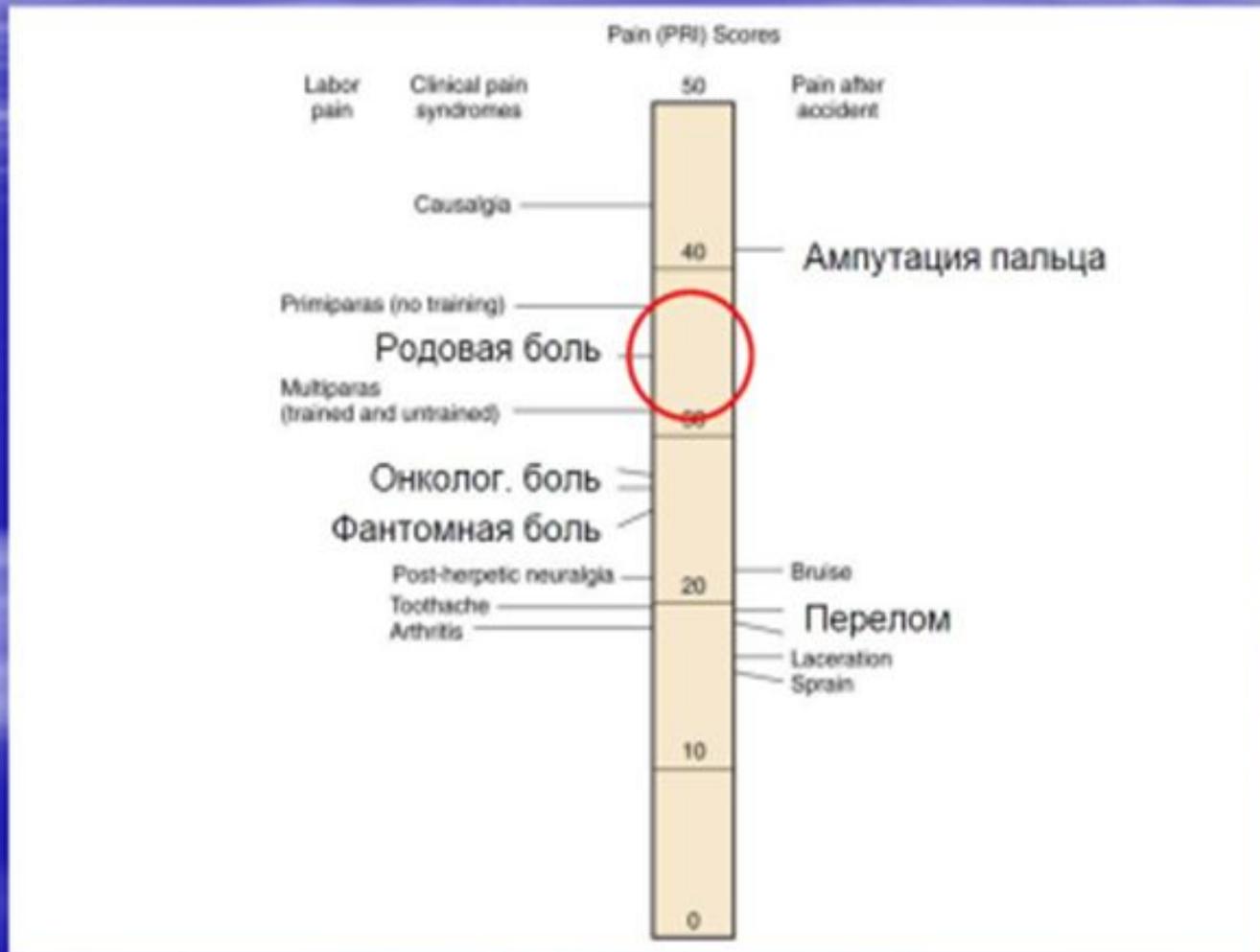
Шкала Wong/Вакер Оценка выражения лица



Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)



Шкала боли



Оценка боли

- **Когда и как оценивать боль?**

- **Каждый раз при возникновении/ усилении боли**

- **Каждый раз после введения анальгетика**

- **Только при регулярной и систематической оценке боли, мониторинговании её, можно обеспечить адекватный контроль над ней!**

Оценка интенсивности боли (0-10 баллов)

- 0 баллов – отсутствие болей;
- 1-3 балла - слабая;
- 4-6 баллов - умеренная;
- 7-9 баллов - острая(сильная);
- 10 баллов - нестерпимая.

**Как же подобрать
противоболевую терапию
у онкологического
больного?**

Все терапевтические меры делятся на две большие группы:

- Немедикаментозная терапия
- Медикаментозная терапия

Методы немедикаментозного обезболивания

- Массаж – с целью облегчения боли, помогает уснуть, снять напряжение, вносит разнообразие в привычный распорядок дня.
- Метод описания картин – с целью отвлечь пациента от концентрации внимания на болезненных ощущениях и плохого настроения. Используется при умеренных и слабых болях.
- Дыхательные упражнения - отвлекающая методика.
- Релаксационные упражнения – с целью облегчения боли, препятствия ее усилению, снятия беспокойства, улучшить засыпание.

Варианты упражнений:

- 1) глубокий вдох, одновременно напрягая мышцы плечевого пояса и шеи, затем медленный выдох и расслабление мышц;
- 2) сжать кулаки и сделать глубокий вдох, задержать дыхание. Затем медленно выдохнуть и расслабиться (тело как «ватное»), зевнуть.

Основные принципы медикаментозной терапии:

- Таблетированные формы анальгетиков являются основными средствами в лечении хронической боли;
- Терапевтический режим лечения болевого синдрома должен быть индивидуальным для каждого больного, с внимательным отношением ко всем деталям лечебного процесса, а также с одновременным использованием психотерапевтических методов лечения; некоторые препараты должны даваться больным регулярно («по часам»);
- Необходимо проводить постоянное динамическое наблюдение за больными, чтобы убедиться в достижении обезболивающего эффекта, а также для своевременного выявления побочных эффектов лекарственных препаратов;

Лекарственные препараты использующиеся для обезболивания (1)

Неопиодные анальгетики:

- Ацетоминофен,
- Метамизол,
- Нестероидные противовоспалительные препараты- НПВП (локноксикам, кетопрофен, кеторолак, диклофенак, индометацин, ибупрофен);

Опиоидные анальгетики:

- Слабые опиоиды (трамадол, дигидрокодеин /ДГК-континус, просидол);
- Сильные опиоиды (бупренорфин, фентанил, морфин, омнопон);

Лекарственные препараты использующиеся для обезболивания (2)

Адьювантные препараты:

- Трициклические антидепрессанты (имипрамин, amitриптилин, кломипрапин, доксепин);
- Антиконвульсанты (карбамазепин, фенитион, клоназепам, финлепсин, тебантин);
- Бензодиазепины (диазепам, реланиум, седуксен);
- Нейролептические препараты (галоперидол, дроперидол, хлорпромазин);
- Кортикостероиды (дексаметазон, преднизолон);
- Бисфосфонаты (бонефос, аредиа, клодрониан);
- Местные анестетики

Принципы терапии боли

- От слабого к сильному
- Добиваясь устранения/существенного облегчения боли
- Подбор способа введения, дозы, схемы (комбинации)
- Строго по часам!!!



3 Ступень - Сильная боль

- Сильные опиоиды
- ±Неопиоидные анальгетики
- ±Адьювантные препараты



2 Ступень - Умеренная боль

- Слабые опиоиды
- ±Неопиоидные анальгетики
- ±Адьювантные препараты



1 Ступень- Слабая боль

- Неопиоидные анальгетики
- ±Адьювантные препараты

Принципы терапии

опиоидами

- Нет предельной («потолочной») дозы в назначении опиодов, доза может увеличиваться до достижения желаемого анальгетического эффекта или до того момента, когда начнут развиваться побочные эффекты опиоида;
- Адекватное дозирование вариабельно, титрование опиоида проводится по достижению эффекта или по развитию побочных эффектов или токсического действия препарата;
- Максимальная доза ограничивается токсичностью препарата и вариабельна как среди различных опиоидов, так и у разных пациентов;
- Титрование дозы опиоидов должно проводиться часто – обычно 1 раз в 3-4 дня до достижения анальгетического эффекта;

Принципы терапии опиоидами

- Осмотр пациента также должен проводиться 1 раз в 3-4 дня для того, чтобы убедиться в достижении желаемого анальгетического эффекта и/или для своевременного выявления побочных эффектов или токсического действия препарата;
- Пролонгированные морфины удобны в употреблении, так как длительность их действия составляет 12 часов, что позволяет использовать их для контроля стабильной боли;
- Опиоиды короткого действия используются для быстрого титрования дозы при начале лечения нестабильной боли;

Трансдермальная терапевтическая система Дюрогезик

(фирма Янссен-Силаг)

Представляет собой пластырь, содержащий опиоид фентанил.

Обеспечивает непрерывное высвобождение фентанила с постоянной скоростью в течение 72 часов. Побочные эффекты, характерные для препаратов морфина, выражены слабее.

Наклеивается на участки кожи без волосяного покрова. Выпускается в виде пластырей различного размера, что обеспечивает различную концентрацию фентанила в крови.

Подбор осуществляется в зависимости от интенсивности болевого синдрома.

Opioids and driving ability

Is there an answer to this dilemma?

Dr Ans Vielvoye-Kerkmeer, Anaesthesiologist and Pain Clinician, Pain Relief Unit, Leiden University Medical Centre (LUMC), Leiden, The Netherlands

Driving while on legal and illegal drugs is a complex issue. It is known that many drugs can affect the central nervous system (CNS) and are a potential cause for impaired driving ability. However, the response to drugs differs greatly between individuals.

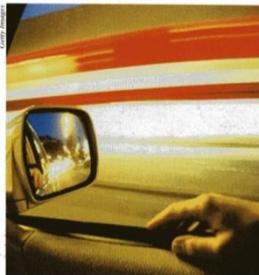
Opioids are a cornerstone of the management of acute, postoperative and chronic pain. Many patients suffering from chronic, intractable malignant and/or non-malignant pain experience a better quality of life when taking opioids. Apart from multiple side effects, patients may develop tolerance during long-term treatment. Occasionally the patient may suffer from varying degrees of cognitive impairment and psychomotor performance, which may occur in the first hours or days after starting treatment.

Laws relating to an individual's ability to drive are not the same in every country. For example, in The Netherlands, the law stipulates that individuals are forbidden to drive a motor vehicle when taking drugs such as opioids, while in Germany, it is not illegal to drive whilst taking opioids, but the patient should be on a stable dose and feel confident enough to drive, having first consulted their physician. In France, drivers involved in fatal accidents are routinely checked for illicit drug use.

The physician's dilemma

Driving is an important aspect of modern living and contributes considerably to an independent lifestyle. What answer should a doctor give to the question: 'On this stable dose of opioids I feel better, sleep better. I am neither in pain nor sleepy while driving my car. So, why can't I drive to my friends' houses and come out of my social isolation?'

What about the doctor's dilemma regarding the possibility of an accident? Does the answer given confer responsibility? Such concerns have previously been identified as barriers to



the appropriate prescription of opioids for pain management. In many cases, physicians have avoided the issue entirely, leaving patients to make their own decision.

Is there any published guidance?

The literature seems to have produced contradictory outcomes. In June 2003, Fishbain published a review article (*J Pain Symptom Manage* 2003; 26: 559-577) of 209 papers to find answers to the following question: 'Do opioids affect the driving abilities of patients who are on stable doses of opioids or who would be presumed to have developed some tolerance to the sedative effects of opioids?'

Most studies showed that after chronic administration, opioids do not impair psychomotor abilities, a finding that was considered to be robust and consistent. However, the finding that opioids do not affect cognitive function was considered to be inconsistent. Moreover, the review concluded that, in comparison to the general population, patients receiving chronic use of opioids do not have a greater incidence of motor vehicle violations and/or accidents. Of these studies, 75 per cent indicated that chronic opioids did not

impair driving performance, a strong and consistent evidence. Some differences may be related to the make-up of the different study groups (eg methadone-maintained versus chronic cancer or non-malignant pain patients) or to the level of uncontrolled pain, educational levels of the patients and the state of the disease.

The overall outcome of the Fishbain review indicates that many drugs, including opioids affect the CNS and are, therefore, a potential cause of impaired driving ability. However, it has been found that an opioid will have a less pronounced, acute effect when a patient has been using the same daily dose for weeks or months. Therefore, under certain conditions, patients stabilised on long-term opioid therapy are able to drive safely.

It would be sensible for the physician to explain the outcome of these studies to the patient. Whether a patient chooses to drive would then be based on this information and their own personal decision.

Advice for the patient could include:

- Do not drive if it is illegal.
- Do not drive for several days after beginning opioid treatment or after having an increase in dose.
- Do not drive if drowsy and discuss problems with the doctor as soon as sedation or other symptoms occur.
- Do not use opioids (or any illicit drugs) just before driving.
- Do not drive if you have taken alcohol, cannabis, antihistamines, benzodiazepines, antidepressants, major tranquilizers, etc.

The physician can never know for certain how much the patient's ability to drive has been affected. Impairment due to drugs can vary from one person to the next as well as in the same individual over time and upon re-use.

Unlike alcohol, the concentration of opioids in the blood or other body fluids tends to be a poor indicator of cognitive impairment because the bioavailability of the different opioids is totally different. A simple test similar to that used to test alcohol levels will, therefore, not be seen in the near future.

Conclusion

The question of whether to drive remains a decision for the patient after adequate discussion with their physician; it is also an issue to be examined by physicians and governmental health authorities. Additional well-controlled studies are required in order to answer definitively the question of whether chronic opioids affect the driving skill of a patient.



Dr Vielvoye-Kerkmeer: The physician can never know for certain how much the patient's ability to drive has been affected

Советы пациенту могут быть следующими:

- Не садитесь за руль в течение нескольких дней после начала опиоидной терапии или после увеличения дозы
- Не садитесь за руль, если вы чувствуете сонливость
- Не принимайте опиоиды непосредственно перед вождением
- Не водите машину, если вы приняли алкоголь, антигистаминные, бензодиазепины, антидепрессанты, транквилизаторы и т. д.

Вывод:

Водить машину или нет, остается решением самого пациента после адекватной консультации с врачом; это является предметом изучения для терапевта и руководителей здравоохранения. Требуются дополнительные, достоверные исследования, чтобы окончательно ответить на вопрос, влияют ли опиоиды при постоянном применении на способность к вождению у пациентов

Промедол не должен применяться при терапии хронической боли !

- нейротоксичность метаболитов (нормеперидина), что оговорено в ряде зарубежных руководств, где разрешенная продолжительность терапии этим препаратом не превышает 2-3 дней

Промедол не должен применяться при терапии хронической боли !

- недостаточной продолжительностью действия
- недостаточная анальгетическая эффективность:

анальгетический потенциал промедола составляет 0,3 от потенциала морфина, поэтому инъекции промедола эффективны не более 2-4 часов при тяжелой онкологической боли

Основная задача:

вместе с пациентом сформулировать реальные цели

Качество жизни:

- Ночной сон
- Способность к самообслуживанию
- Возможность полноценного отдыха
- Полноценное общение с родственниками и окружающими
- Способность к работе



Анальгезия: боль не должна превышать 3-4 баллов по ВАШ, необходимо минимизировать частоту «прорывов» боли.

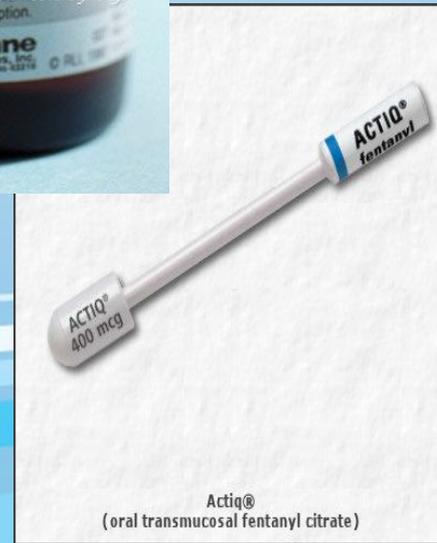


Photo: usdoj.gov



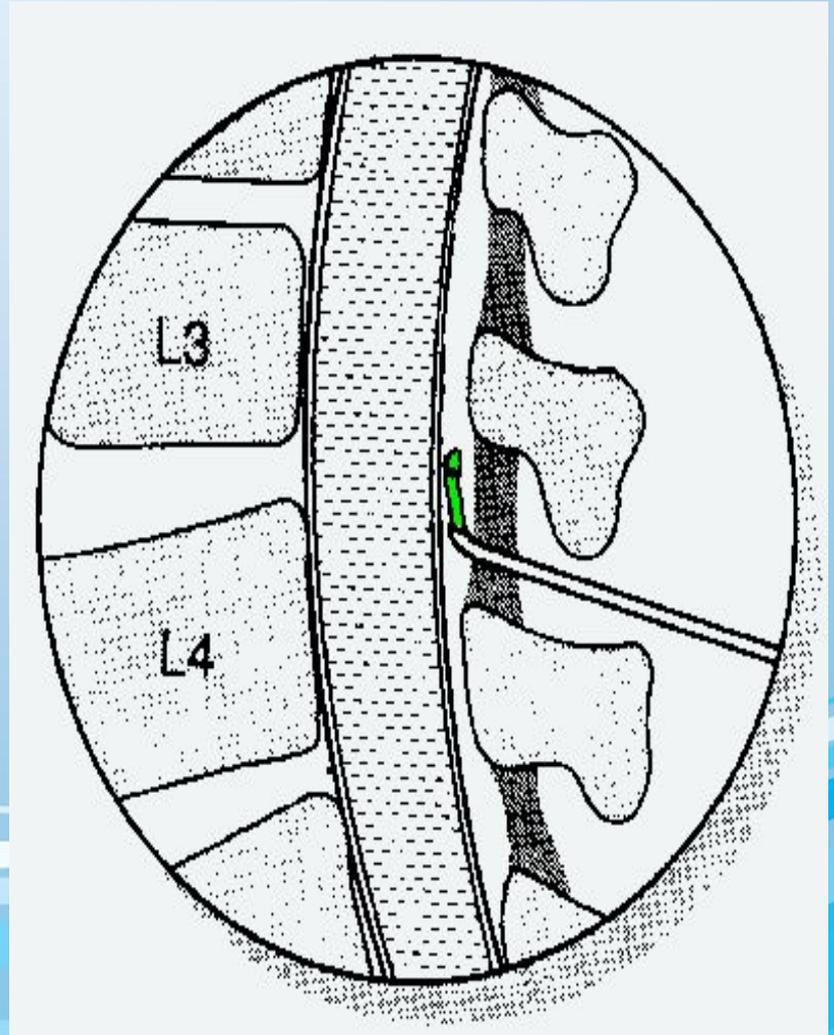
**Основная ошибка назначения
опиоидов при лечении
прорывной боли – попытка
комбинировать опиоиды
различных групп!**

Инвазивные методы лечения боли

- при безуспешной консервативной терапии онкологической боли, показаны инвазивные методы ее лечения:
- регионарная анестезия
- химическая денервация
- продленная эпидуральная электростимуляция спинного мозга
- нейродеструкция
- хордотомия

Продленная эпидуральная блокада ЭА является

методом выбора у
больных, у кого
оральные и
парентеральные
методы приема
аналгетиков не
дают
удовлетворительн
ых результатов

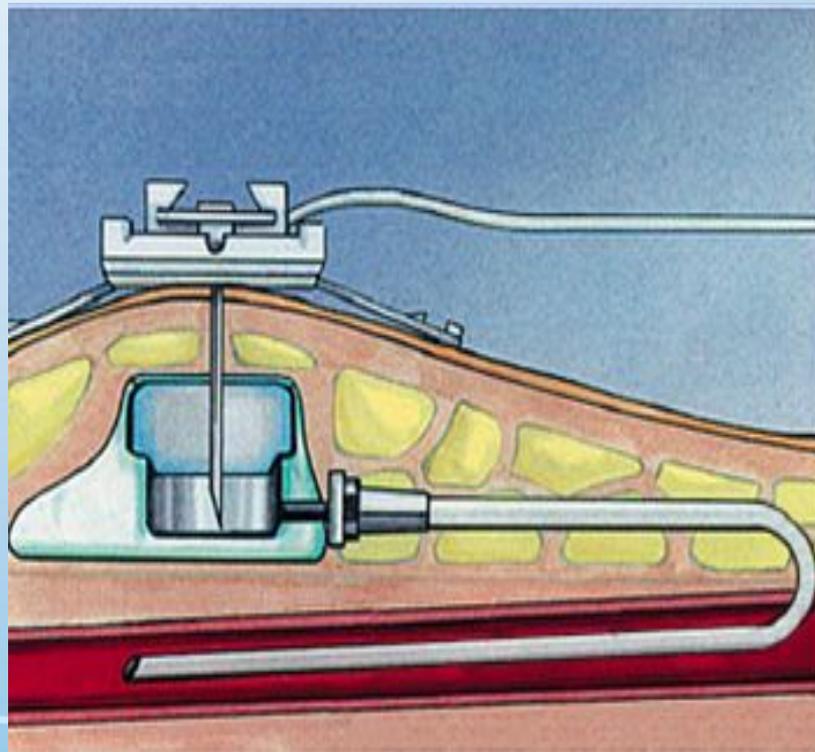


**Имплантируемые порты для
купирования
хронического болевого синдрома**



Принцип использования порта

Использование порта сводит эпидуральную инъекцию к простой подкожной инъекции



Почему не у всех онкологических больных удается достичь адекватного обезболивания?

- неадекватная оценка (недооценка / переоценка) длительности и интенсивности боли;
- отнесение болевого синдрома, не связанного со злокачественным процессом, к разряду "опухолевых";
- назначение обезболивающих средств в неадекватной дозе;
- повторное и /или сочетанное назначение слабодействующих анальгетиков;
- страх появления зависимости при назначении сильнодействующих анальгетиков;
- прекращение эффективного лечения при возникновении побочных эффектов;
- первичное парентеральное применение анальгетика, без предварительной попытки использовать его оральный прием;
- недостаточное использование адьювантных средств;

Распространенные ошибки медсестер при контроле хронического болевого синдрома

- неумение выслушать;
- недостаточное внимание к психологическому состоянию пациента;
- неумение предотвратить или проконтролировать появление побочных эффектов;
- небрежное отношение к графику приема препаратов;
- недооценка важности разъяснительных бесед с пациентом и его родственниками;
- неправильное введение препаратов (нельзя вводить препараты в отечную, парализованную конечность);
- переоценка степени облегчения боли в результате приема анальгетиков, и занижение уровня боли, испытываемой пациентом.