

Sygepleje i forbindelse med perioperativ smertebehandling

af Kirsten Rud, Dorthe Hjort Jakobsen og Henrik Kehlet



Dato 01.01.2009

Behandling af postoperative smerter er en af nøglefaktorerne i forbindelse med accelererede operationsforløb og en forudsætning for et optimeret perioperativt rehabiliteringsprogram. Den smerte, operationspatienten føler, er resultatet af en lang række fysiologiske delprocesser, hvor inflammatoriske reaktioner omkring operationssåret, direkte transmission af smertesignaler, perifer og central smerteoverfølsomhed, samt hæmmende og faciliterende mekanismer indgår.

I erkendelse af smertesystemets kompleksitet søges smertebehandlingens problem løst ved at kombinere analgetika med forskellige virkningsmekanismer og med forskellige administrationsmåder. Et væsentligt mål for behandlingen af operationspatienten er hurtig reetablering af organfunktioner med hurtig genoptagelse af et normalt funktionsniveau. Ved at have fokus på forebyggende smertebehandling, hvor hypotesen er, at smertebehandling påbegyndes før operationen, kan man beskytte smertesystemet, det vil sige reducere den traumeudløste smerteoverfølsomhed og dermed reducere intensitet og varighed af den kliniske smerte bedre, end hvis smertebehandling først påbegyndes postoperativt, hvor overfølsomheden allerede er etableret

Multimodal opioidbesparende smertebehandling søges anvendt, da det er velkendt, at morfin og andre opioider har bivirkninger som kvalme og nedsættelse af tarmperistaltikken.

Der er tiltagende evidens for, at effekten af et givet analgetikum eller analgetisk regime varierer afhængigt af den kirurgiske procedure, se hjemmesiden www.postoppain.org. Procedurespecifik smertebehandling er angivet på hjemmesiden: www.periopsygepleje.dk, under den specifikke operationstype og bygger på den bedst tilgængelige evidens. Effektiv postoperativ smertebehandling er en forudsætning for patienternes velbefindende. Dette kan bedst gøres i et tæt samarbejde mellem kirurg, anæstesi og sygeplejen. (Dahl 2006, White 2007)

Kroniske postoperative smerter

Kroniske smerter udgør et stort sundhedsmæssigt og socialt problem. Det angives, at omkring 20% af den voksne befolkning i en række vestlige lande lider af kroniske moderate til svære smerter, som i betydelig grad forværrer deres livskvalitet. Kroniske smerter efter operative indgreb er langt hyppigere end før antaget, ikke kun efter store indgreb, men også smerter efter mindre operationer som fx herniotomi (10%) og mastektomi (30-50%). Efter amputationer ses smerter hyppigere (30-75%), men kun hos (5-10%) er der tale om svære postamputationssmerter.

Kroniske smerter efter operation er smerter, der forekommer mere end seks måneder efter et kirurgisk traume. Det kliniske billede er domineret af spontane hvilesmerter lokaliseret til det kirurgiske område og episoder af gennembrudssmerter. Smerten beskrives som en spontan eller provokeret smerte. Undersøgelser tyder på at nerveskade er en væsentlig årsag til kroniske smerter efter en operation. De neurogene skader kan i modsætning til de inflammatoriske skader være vedvarende. Ud over intraoperative nerveskader er således genetiske forhold, den præoperative og tidlige postoperative smerteintensitet, psykosociale forhold, alder og køn faktorer der spiller en rolle for forekomsten og karakteren af kroniske smerter. Der er ved flere operationsforløb påvist en relation mellem intensiteten af akutte

postoperative smerter og risikoen for udvikling af en kronisk smertetilstand. Dette er baggrunden for hypotesen om, at optimeret akut smertebehandling kan mindske de kroniske smerter. (Kehlet 2006, Jensen 2006)

Psykosociale variabler efter kirurgi

Sammenhængen mellem angst, depression og akut smerte efter kirurgi er undersøgt hos kvinder efter større gynækologisk operation. Præoperativ angst hos patienter var fundet som prediktor for postoperativ angst. Patienter der er meget angstefuld for operationen fortsætter også efter operationen med en følelse af angst. Akut smerte er forbundet med angst og depression. Angstefulde patienter havde en højere smertescore end mindre angstefulde. Depression har maximum score på 4 postoperative dag. Patientens forventninger og bekymringer til smerte postoperativ er vigtig at afdække forud for operationen, ligesom andre bekymringer som cancerdiagnose, ændret seksualitet og levevis som følge af operationen kan være med til at mindske patientens angst og derved smertefølsomheden (Carr 2005).

Forberedelse af patient på det operative indgreb

Det er afgørende forud for en operation, at patienten er forberedt i forhold til den specifikke operation som patienten skal gennemgå. Sygeplejersken skal have viden om smertebehandlingen indenfor den specifikke operation og informere patienten om denne. Samtidig er det sygeplejerskens rolle forud for operationen, at afdække patientens psykosociale forhold, reaktion på tidligere operationer og reaktioner på andre stimuli som koldt / varm. Dette er for at identificere, om patienten tilhører risikogruppen for at udvikle postoperative kroniske smerter. Patienten skal have viden om det forventede realistiske smerteniveau efter operationen og den akutte smertebehandling. Hvordan administreres smertebehandlingen, og at det er bedre at forebygge smerten opstår end at behandle høj intensitet i smerteniveau. Det anbefales at have kliniske retningslinier med beskrevne mål for smertebehandling, samt anbefaling af brug af VAS til vurdering af smerteniveau (Coll 2004, 1+2).

Måling af patientens smerte

Smerte er en subjektiv følelse, men kan objektiviseres ved brug af rating skalaer. De mest anvendte er Visuel Analog Skala VAS, Verbal Rating Scala VRS, Numerisk Rating Scala, NRS (Williamson 2005). Et eksempel er en undersøgelse hvor formålet er; *At vurdere kvaliteten af den postoperative smertebehandling til henholdsvis planlagte og akutte patienter*. VAS blev anvendt til at måle patienternes smerteintensitet. Undersøgelsen viste markant forskel i smertebehandlingen af henholdsvis de planlagte og de akutte patienter. 18 % af de planlagte patienter scorede VAS > 4 den første postoperative dag. 26 % af de akutte patienter scorede VAS > 4. Ved gennemgang af patienternes smertebehandling viste det sig, at de planlagte patienter fik epidural smertebehandling, hvilket er den anbefalede smertebehandling, hvorimod de akutte patienter blev smertelindret med intravenøs eller peroral morfin (Toft 2006).

Referencer:

Dahl JB, Kehlet H. Behandling af postoperative smerter – en status. Ugeskr Læger 2006; 168: 1986-8.

Carr ECJ, Thomas VN, Wilson-Barnet J. Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective. Int J Nurs Stud 2005; 42: 521-530.

Coll AM, Ameen JRM, Moseley LG. Reported pain after day surgery: a critical literature review. J Adv Nurs 2004; 46: 53-65.

Coll AM, Ameen JRM, Mead D. Postoperative Pain assessment tools in day surgery: literature review. J Adv Nurs 2004; 46: 124-133.

Jensen TS, Kehlet H. Kroniske postoperative smerter. Ugeskr Læger 2006;168:1989-1991.

Kehlet H, Jensen TS, Woolf C. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. Lancet 2006;367:1618-1625.

Toft A AE, Rahbek Leinum LR, Glindvad J. Akutte patienter oplever flere smerter. Sygeplejersken 2006;16:36-38.

Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales J Clin Nurs 2005;14:798-804.

White PF, Kehlet H, Neal JM; Schricker T, Carr DB. The role of Anesthesiologist in fast-track Surgery: From Multimodal Analgesia to Perioperative Medical Care. Anesth Analg 2007;104:1380-1396