

Postępowanie w bólu pooperacyjnym u dzieci

Postoperative pain in children

Janusz Ziótkowski

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Akademia Medyczna, Warszawa

Abstract: The actual postoperative pain treatment in children – difficulties and limits of different methods and drugs were discussed.

Key words: Postoperative pain in children; Postoperative pain treatment

Streszczenie: Omówiono aktualne możliwości leczenia bólu pooperacyjnego u dzieci i noworodków. Przedyskutowano trudności i ograniczenia w stosowaniu poszczególnych metod i leków.

Słowa kluczowe: Ból pooperacyjny u dzieci; Leczenie bólu u dzieci

Ewolucyjnie i osobniczo ból ma istotne znaczenie ostrzegawcze, natomiast w aspekcie klinicznym – ból pooperacyjny jest bólem niepotrzebnym, ubocznym efektem działań chirurgicznych. Od lat 80. XX w. jesteśmy przekonani o anatomicznej i funkcjonalnej gotowości układu nerwowego noworodka do odbioru i przetwarzania bodźców bólowych [Anand i Hickey, 1987; Anand i Carr, 1989], nie ulega też wątpliwości szkodliwość bólu i konieczność jego zwalczania. Ma to szczególne znaczenie u noworodków i niemowląt, zwłaszcza urodzonych przedwcześnie, z niską lub skrajnie niską masą ciała, gdzie zaburzenia homeostazy wywołane przez ból mogą powodować poważne, niekorzystne następstwa krążeniowe i metaboliczne. Każda przedłużająca się lub powtarzana stymulacja bólowa uruchamia procesy charakterystyczne dla bólu przewlekłego, może też pozostawiać „ślad” w tzw. „pamięci proceduralnej”, odbijając się na późniejszym funkcjonowaniu człowieka. Zagadnieniom tym poświęca się coraz więcej badań – daleko jednak do jednoznacznych konkluzji. Niektórzy badacze sugerują, że część zaburzeń psychosomatycznych występujących w późniejszych okresach życia ma swoje początki w doznaniach bólowych z pierwszych tygodni życia [Janow, 1971; Holden, 1997].

TRUDNOŚCI OCENY BÓLU I REAKCJI BÓLOWYCH U DZIECI

Specyficzne dla pediatrii problemy to brak kontaktu słownego u dzieci młodszych i niemowląt, nieadekwatne opisy słowne wynikające z różnego rozumienia używanych pojęć przez pacjenta i oceniającego, brak pojedynczej ce-

chy będącej jednoznaczną miarą oceny bólu. Nie można zobaczyć bólu będącego subiektywnym odczuciem pacjenta, może jednak zebrać wystarczająco wiele danych dla jego oceny notując behawioralne, fizjologiczne i psychologiczne reakcje bólowe. Noworodek odbiera ból jako nieprzyjemny bodziec, „uczy się bólu” rozróżniając bodźce „generalnie pozytywne” i „negatywne”. O bólu wnioskujemy pośrednio oceniając częstość akcji serca (przyspieszenie lub oddechowa ciężka bradykardia typowa dla noworodków), przyspieszenie oddechu, wahania ciśnienia tętniczego krwi, objawy aktywacji układu współczulnego (piloerekcja, wzrost przepływu obwodowego, nasilenie perystaltyki przewodu pokarmowego). Miary behawioralne zbudowane są w oparciu o ocenę zachowania i ogólnej reakcji ciała (ułożenie tułowia, ruchy rąk, reakcje cofania, reakcje obronne, podkurczenia nóg), płaczu (natężenie, barwa, modulacje itp.) i wyrazu twarzy. U niemowląt szczególnie ważna jest mimika, gdyż mniej niż inne parametry podlega procesowi uczenia się i wcześniejszym doświadczeniom bólowym. U dzieci między 3 a 6 m.ż. reakcje na ból stają się łatwiejsze do odróżnienia od innych reakcji negatywnych; między 6 a 18 m.ż. dziecko coraz dokładniej potrafi lokalizować ból a od ok. 2 r.ż. pojawia się możliwość kontaktu werbalnego. W wieku przedszkolnym stosuje się skale oparte o ocenę bólu przez dziecko. Nie należy jednak rezygnować z oceny ogólnego zachowania czy mimiki, ponieważ udowodniono, że zachowania niewerbalne są bardziej wiarygodne od opisów słownych, co skłania do stosowania skal opartych o mimikę również u dzieci starszych [Arvieux i von Baeyer, 2002].

W wieku szkolnym zaczynają być przydatne skale liczbowe lub liniowe często wzbogacone o stylizowane ryciny. Mogą one być zrozumiałe już dla dzieci ok. 5 r.ż. U dzieci powyżej 12 r.ż. można stosować kwestionariusze bólu lub