

ГБУЗ _____		СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА		Номер:
				Лист № 1. Всего 14.
Название: Оценка интенсивности боли			Подразделение: Хирургическое отделение	
Действует: с 2020 г.	Заменяет: вводится впервые	Причина пересмотра:		Действует: до внесения изменений
СОСТАВИЛ:		ПРОВЕРИЛ:		УТВЕРДИЛ: Главный врач
		"___" _____ 2020 г.		"___" _____ 2020 г.

Содержание:

1. Область применения и цель создания
 2. Нормативно-справочная документация
 3. Основные термины и определения
 4. Персонал и ответственность
 5. Ресурсы
 6. Документирование
 7. Общие сведения
 8. Алгоритм оценки интенсивности боли
 9. Принципы адекватной оценки боли
 10. Обезболивание
 11. Процедура оценки результатов эффективности обезболивания
 12. Распределение СОПа
 13. Лист ознакомления
- Приложение 1.1. Инструкция к применению шкалы СРОТ
- Приложение 1.2. Лист оценки боли невербальных пациентов (СРОТ)

1. Область применения и цель создания

Настоящая стандартная операционная процедура (далее – СОП) устанавливает требования к порядку измерения и оценки интенсивности болевого синдрома у пациентов после оперативного вмешательства. Требования СОП предназначены для применения средним медицинским персоналом, работающим на посту в хирургическом отделении ГБУЗ РК «Межрайонной больницы № 1» города Костомукша. Соблюдение требований СОП гарантирует качество и безопасность оказания медицинской помощи в хирургическом отделении. СОП закрепляет алгоритм оценки интенсивности боли и предоставляет процедуру оценки результатов эффективности обезболивания.

Целью внедрения СОП оценки интенсивности боли является обеспечение безопасности пациентов в послеоперационном периоде, а именно – обеспечение адекватного обезболивания, что в свою очередь снижает частоту возникновения послеоперационных осложнений и хронических болевых синдромов.

Область применения СОП – хирургическое отделение «Межрайонной больницы №1», где происходит взаимодействие среднего медицинского персонала с пациентами, испытывающими боль после оперативного вмешательства.

2. Нормативно-справочная документация:

- ГОСТ Р 52623.3-2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода, URL: <http://docs.cntd.ru/document/1200119181>
- Обезболивание пациентов после операции кесарева сечения. Проблема лечения послеоперационной боли, С. И. Михалевич, Л. Ч. Недень, Электронная версия специализированного издания «Медпросвита», предназначенного для работников сферы здравоохранения, фармакологии и медицинских учреждений, 30 июня 2015 год, URL: <https://medprosvita.com.ua/posleoperacionnyjj-bolevojj-sindrom-i/>
- Правила оценки уровня боли пациентов, Электронный журнал «Заместитель главного врача», 25 декабря 2018 год, URL: <https://www.provrach.ru/article/2519-sop-18-m12-25-pravila-otsenki-urovnya-boli-patsientov>
- Оценка интенсивности боли, Электронный журнал «Главная медицинская сестра», 8 декабря 2017 год, URL: <https://www.zdrav.ru/articles/4293658104-17-m12-08-otsenka-intensivnosti-boli>

- Оценка интенсивности болевого синдрома, Невзорова Диана, Абузарова Гузель, Про Паллиатив - Просветительский проект о паллиативной помощи, 11 октября 2018 год, URL: <https://pro-palliativ.ru/blog/otsenka-intensivnosti-bolevogo-sindroma/>
- Шкала Глазго для оценки тяжести комы, URL: <https://healthperfect.ru/shkala-glazgo-dlya-otsenki-tyazhesti-komy.html>

3. Основные термины и определения:

«**Боль** - неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения» - определение боли Международной ассоциации по изучению боли (IASP). Пациенты имеют право на соответствующую оценку и контроль болевого синдрома.

Оценка интенсивности боли - выявление всех факторов (физических, эмоциональных и др.), влияющих на восприятие боли. Эффективная оценка боли — необходимое условие борьбы с ней.

4. Персонал и ответственность

За проведение измерения интенсивности боли ответственность несут постовые медицинские сестры, имеющие навыки выполнения данной медицинской услуги. Контроль над соблюдением СОП осуществляет старшая медицинская сестра хирургического отделения.

5. Ресурсы:

1. Визуально-аналоговая шкала боли
2. Вербально-ранговая шкала боли
3. Шкала боли «в лицах» (лицевая)
4. Шкала СРОТ
5. Шкала комы Глазго (Glasgow Coma Score)

6. Документирование:

- Лист оценки боли.
- Лист медикаментозных назначений медицинской карты стационарного больного.

7. Общие сведения

В послеоперационном периоде пациенты нуждаются во внимании и уходе со стороны медицинского персонала, в обезболивании. Алгоритм оценки интенсивности боли позволит медицинской сестре быстро сориентироваться в последовательности выполнения процедуры, а владение знаниями о принципах адекватной оценки боли и их применение повысит эффективность обезболивания. После проведения назначенного врачом обезболивания необходимо произвести оценку результатов эффективности снижения боли.

8. Алгоритм оценки интенсивности боли

Подготовка к процедуре

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, (если пациент в сознании). Получить добровольное информированное согласие. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача;
2. Убедиться, что пациент находится в сознании;
3. При диагностировании сознания, отличного от ясного, использовать шкалу комы Глазго (Glasgow Coma Score) для диагностики уровня угнетения сознания:

Шкала Глазго для оценки степени угнетения сознания		
Критический признак	Показатель	Оценка, баллы
Открывание глаз	Спонтанное открывание	4
	В ответ на обращенную речь	3
	В ответ на болевое раздражение	2
	Отсутствует	1
Словесные ответы	Сохранность ориентации, быстрые правильные ответы	5
	Спутанная речь	4
	Отдельные бессвязные слова	3
	Неразборчивые звуки	2
	Отсутствие речи	1
Двигательная активность	Целенаправленный ответ на словесную инструкцию	6
	Может указать больное место	5
	Одергивает конечность при болевом раздражении	4
	Патологическое тоническое сгибание в ответ на болевое раздражение	3
	Патологическое тоническое разгибание в ответ на болевое раздражение	2
	Отсутствие двигательной активности при болевом раздражении	1
	Благоприятный прогноз	15
	Неблагоприятный прогноз	3

Интерпретация результатов:

- самая высокая - 15 баллов – ясное сознание,
- оценка 8 баллов и ниже определяется как кома,
- самая низкая оценка - 3 балла – крайне неблагоприятное состояние.

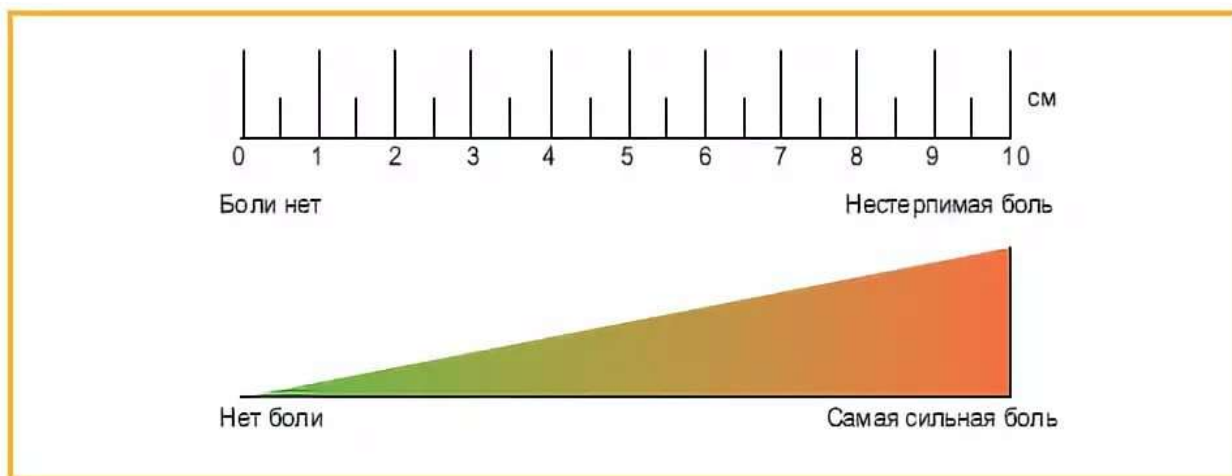
4. Убедиться в возможности речевого контакта с пациентом, учитывая тяжесть состояния, возраст, уровень сознания, нарушения речи, наличие/отсутствие языкового барьера;
5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

Выполнение процедуры

1. При наличии ясного сознания и возможности речевого контакта провести оценку уровня боли на диагностическом уровне: спросить у пациента о наличии боли.
2. При подтверждении пациентом наличия болевого синдрома:
 - 1) Предложить пациенту оценить интенсивность боли по шкале. Варианты шкал:

Оценка интенсивности боли

а) Визуально-аналоговая шкала боли



Шкала представляет собой возможность оценить интенсивность боли – без всяких подсказок. Визуально аналоговая шкала представляет собой линию длиной 10 см, нарисованную на чистом листе бумаги – без клеточек. 0 см – это «боли нет», самая левая точка, а самая правая точка - 10 см – «боль самая нестерпимая, которая вот-вот приведет к гибели». Линия может быть как горизонтальной, так и вертикальной.

Пациент должен поставить точку там, где, как он чувствует, располагается его боль. При помощи линейки необходимо определить, на какой отметке находится точка пациента: (0-1 см – боль крайне слабая; от 2 до 4 см – слабая; от 4 до 6 см – умеренная; от 6 до 8 см – очень сильная; 8-10 баллов – нестерпимая).

б) Вербально-ранговая шкала боли

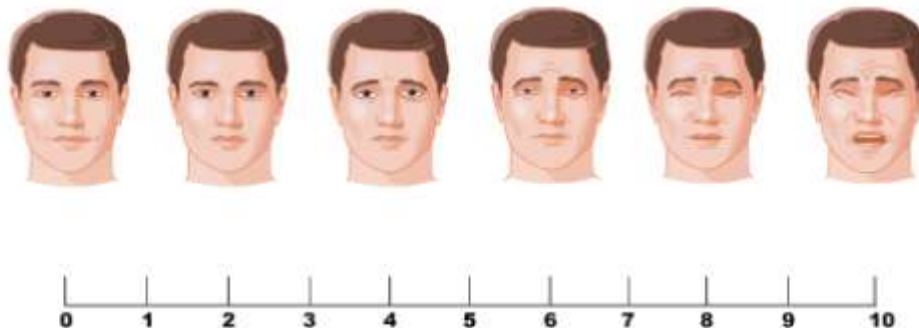


Оценка интенсивности боли

Она очень напоминает визуальную аналоговую шкалу: так же линия длиной в 10 см, которую можно прочертить при пациенте самостоятельно. Но отличие есть: каждые 2 см следует надпись: (на 0 см – боли нет; на 2 см – слабая боль; на отметке 4 см – умеренная боль; на 6 см – сильная; на 8 см – очень сильная; в конечной точке – невыносимая боль.)

В этом случае человеку уже легче сориентироваться, и он ставит точку, исходя из того, с каким эпитетом у него больше всего ассоциируется собственное состояние.

с) Шкала боли «в лицах» (лицевая)



Шкала может быть использована в педиатрической, геронтологической практике, а также в случаях, когда проведение оценки уровня боли затруднено языковым барьером. Шкала состоит из 6 рисунков лиц с эмоциями, каждая из которых схематично передает силу болевого синдрома. Расположены они по нарастанию боли. Перед тем, как пациент укажет лицо, отображающее соответствующую степень боли, ему нужно объяснить картинку: «У первого человека ничего не болит, дальше показаны люди, которые чувствуют боль – с каждым разом все сильнее. Самый правый человек ужасно мучается от боли. Покажите мне, какую боль чувствуете Вы?» После этого пациент указывает или обводит нужное лицо.

- 2) Выяснить локализацию боли.
- 3) Выяснить иррадиацию боли.
- 4) Выяснить продолжительность боли.

Оценка интенсивности боли

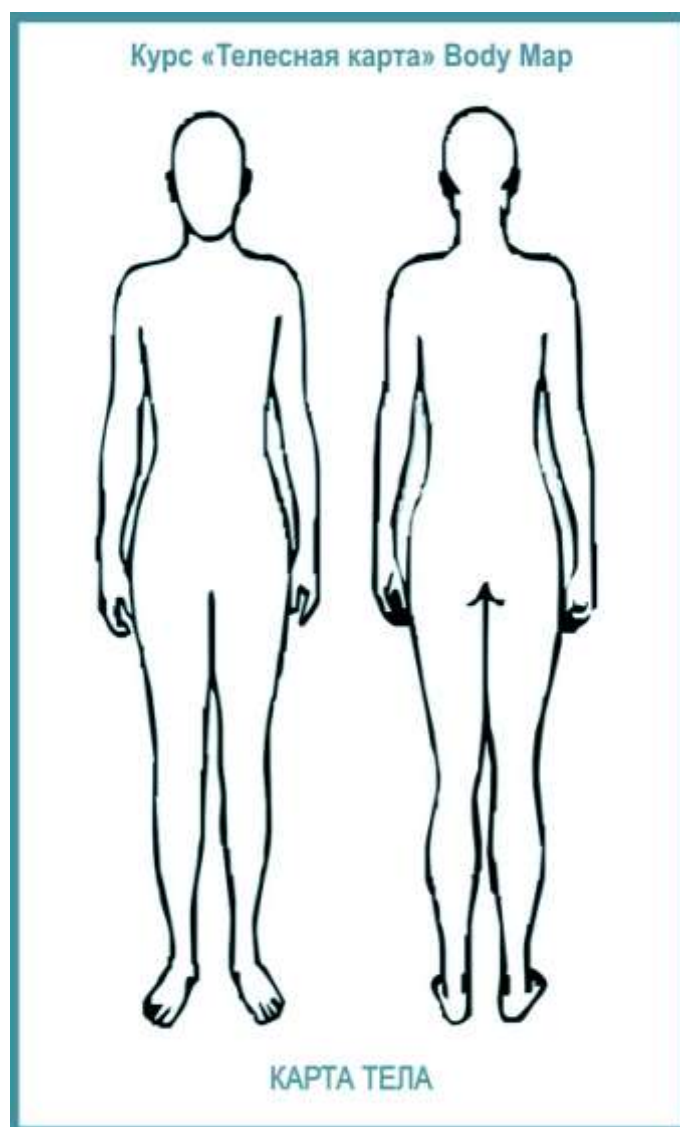
5) Выяснить характер боли:

- Появляется боль днем или ночью; она постоянная, периодическая или «прорывная?»
- Какая это боль: острая, тупая, жгучая, пронзающая, давящая, распирающая, пульсирующая и др.?
- Есть ли симптомы нейропатической боли: прострелы, чувство жжения, зоны онемения кожи, гиперестезия и др.?
- Сопровождается ли боль другими симптомами: тошнота, рвота, диарея, запоры, одышка, потеря аппетита, кашель, слабость и др.?

б) Спросить пациента:

- Как он спит? Если сон нарушен, то как часто пациент просыпается и почему: дискомфорт, боль, привычка мало спать, одышка, неудобное положение? Если есть сложности с засыпанием, в чем причина: дискомфорт, боль, одышка?
- Если сон не нарушен, испытывает ли пациент дискомфорт, боли и т.д., когда просыпается утром?
- Что усиливает боль (например, прием пищи, дефекация и т.п.) и что ее облегчает (например, особое положение в постели)?
- Есть ли побочные эффекты от анальгетика (и др. обезболивающих медикаментозных средств) и как они выражены?

3. Полученные результаты документировать. Зоны боли описать в терминах топографической анатомии или отметить на схематическом изображении человеческого тела.



4. При отрицании пациентом наличия болевого синдрома документировать в медицинской документации факт отсутствия боли в момент осмотра.

Окончание процедуры

1. Ознакомить пациента с полученными результатами.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения процедуры

1. При невозможности речевого контакта с пациентом диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли):

- влажная кожа;
- тахикардия и тахипноэ, не связанные с заболеванием;
- слезы, влажные глаза;
- расширение зрачков;
- вынужденная поза;
- характерная мимика: сжатые зубы, напряжение мимической мускулатуры лица (нахмуренный лоб, поджатые губы);
- прижатие рукой места локализации боли, поглаживание и растирание его;
- нарушение глазного контакта (бегающие глаза);
- изменение речи (темпа, связности, стиля);
- поведенческие реакции (двигательное беспокойство, постукивание пальцами, непоседливость);
- эмоциональные реакции: капризность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, вспышки агрессии;
- нарушения сна;
- потеря аппетита;
- стремление к одиночеству;
- стоны во сне или в те моменты, когда пациент считает, что он один;
- частые разнообразные жалобы, не связанные с болью.

Кроме того, при потере речи у пациента используем шкалу СРОТ. Она позволяет, не разговаривая с пациентом, оценить степень его боли. *Приложение 1.1, Приложение 1.2.*

2. В случае отказа пациента от проведения оценки, а также при наличии подозрений в истинности предоставляемых данных (симуляция, аггравация, диссимуляция) диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли).

9. Принципы адекватной оценки боли:

1. Исследовать интенсивность боли обязательно как в покое, так и при движениях пациента (подъем головы, кашель), это позволяет оценить его функциональный статус.
2. Определять эффективность обезболивания оценкой интенсивности боли до и после назначения каждого анальгетика или метода анальгезии.
3. Осуществлять оценку на начальном этапе лечения каждые 15-30 минут, а затем, по мере снижения интенсивности, каждые 2 часа в хирургических ОРИТ и прочих подразделениях, где находятся пациенты с болью высокой интенсивности.
4. Производить оценку интенсивности боли с периодичностью каждые 4-8 часов в хирургических отделениях в зависимости как от выраженности боли, так и от эффективности обезболивания.
5. При решении вопроса о необходимости обезболивания необходимо ориентироваться на критерии максимально допустимой интенсивности боли (пороги вмешательства). В частности, по 10-балльной вербально-ранговой шкале максимально допустима интенсивность боли 3 балла в покое и 4 балла при движениях (кашле).
6. Внезапное усиление интенсивности боли, особенно связанное с появлением гипотензии, тахикардии, лихорадки, требует немедленной комплексной оценки состояния пациента, поскольку может быть связано с развитием хирургических осложнений, тромбоза глубоких вен и другой экстренной патологией.
7. Зарегистрировать в доступных формах интенсивность боли до и после лечения, неблагоприятные эффекты при проведении обезболивания:
 - В листе оценки боли отметить дату и время, уровень боли, характер и локализацию боли, оказанную помощь, подпись медицинской сестры.
 - Поставить в известность лечащего/дежурного врача для принятия решения о способе купирования боли после оценки уровня боли (сделать запись в Листе медикаментозных назначений).
 - Документировать запись о выполненном назначении после обезболивания лекарственным средством, подпись медицинской сестры.
8. Проводить немедленное обезболивание пациентам при очевидной боли (без оценки боли), в том случае, когда больные из-за выраженного болевого синдрома не могут быть достаточно сосредоточены, чтобы оценить выраженность боли. Пациенты, с которыми затруднен вербальный контакт, требуют особого внимания при оценке боли.

10. Обезболивание

Измерение боли производится медицинской сестрой с помощью предложенных ранее шкал, далее лечащим врачом определяется вид обезболивающего средства, путь введения, кратность введения. Затем медицинская сестра выполняет назначения. Например:

Умеренная боль – может быть купирована путем введения периферических анестетиков (кетотоп, кеторолак, анальгин, диклофенак, парацетамол).

Выраженная боль – центральные ненаркотические анальгетики (трамадол) в сочетании с периферическими.

Невыносимая боль – наркотические анальгетики (промедол, морфин, фентанил).

11. Процедура оценки результатов эффективности обезболивания

Эффект проведенного обезболивания оценивается повторно по ранее использованной шкале оценки боли. Снижение интенсивности боли расценивают как:

Снижение на 10 – 20% – минимальный эффект обезболивания;

Снижение на 30% – умеренный эффект обезболивания;

Снижение 50% – существенное снижение боли.

Результаты проведенной переоценки должны быть подписаны в соответствующей графе медицинской сестрой, проводившей переоценку боли.

12. Распределение СОПа

Экземпляр

Подразделение

Оригинал

Главная медсестра

Копия

Старшая медсестра хирургического отделения

13. Лист ознакомления

Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять:

№ п/п	Фамилия	Подпись	Дата

Приложение 1.1

Инструкция к применению Шкалы СРОТ

Шкала СРОТ оценки боли невербальных пациентов (СРОТ-- Critical-Care Patient Observation Tool) разработана для оценки боли у пациентов в бессознательном состоянии. Этот метод оценивает боль по четырем поведенческим признакам (выражением лица, движение тела, толерантность к ИВЛ или издавание звуков, напряжение мышц).

Каждый параметр оценивается от 0 до 2 баллов, после чего баллы суммируются.

1. Боль оценивается в покое (П), наблюдая за пациентом в течение 1 минуты два раза в сутки (утром и вечером).

- в клетке «балл»: указать цифру и букву. Например, «1П» – в покое 1балл.
- в клетке «оказана помощь»: указать ноль «0» если покой / выжидательная тактика.

2. Повторно боль оценивается во время болезненных манипуляций (М): смена трахеостомической трубки, установка/смена назогастрального зонда, установка/смена мочевого катетера, чтобы обнаружить изменения в поведении пациента при боли.

- в клетке «балл»: указать цифру и букву. Например, «6М» – при манипуляции 6 баллов.
- в клетке «оказана помощь»: указать, что сделано по решению врача.

3. Оценить боль еще раз для проверки реакции пациента (Р) на оказанную помощь:

- в клетке «время»: если назначен медикамент в/в, оценить боль через 30 мин после введения, если медикамент per os – через час после принятия; если немедикаментозная терапия или покой, оценить через 15 минут после предыдущей оценки боли.
- в клетке «балл»: указать цифру и букву. Например, «3Р» – реакция пациента 3 балла.
- в клетке «оказана помощь»: указать ноль «0» если боль снижена до уровня в покое и прекратить оценку до следующей болезненной манипуляции. Если боль не снижается до уровня в покое, оказать помощь по решению врача.

* Рядом с баллом указать:	
П	– оценка проведена в покое
М	– во время болезн. манипуляции
Р	– реакция пациента на немедикам помощь или на максимальный эффект медикамента

** Оказана помощь	
Медикаментоз.	Немедикаментоз.
НР -наркотич.	У – упраж, массаж, поглаживание
НН -ненаркотич	М – местная терапия
СП -спазмолитик	И – иммобилизация
АН -анестетик	0 – покой/выжидательная тактика

ДАТА																				
ВРЕМЯ																				
*БАЛЛ																				
**Оказана помощь																				
Подпись м/с																				

Приложение 1.2

Лист оценки боли невербальных пациентов
(CROT-- Critical-Care Patient Observation Tool)

Показатель	Балл		Описание	
Выражение лица (Facial expressions)	Расслабленное, нейтральное	0	Напряжение мышц не наблюдается	
	Напряженное	1	Пациент хмурится, опускает бровь, напрягает глазные орбиты или любые другие изменения (например, открывает глаз/а или текут слезы во время болезненных процедур)	
	Гримасы	2	Все предыдущие движения плюс у пациента крепко закрыты веки (возможно у пациента открыт рот или он/она покусывает эндотрахеальную трубку)	
Движения тела (Body movements)	Отсутствие движений или нормальное положение тела	0	Вообще не двигается (это не означает что пациент не испытывает боль) или у пациента нормальное положение тела (движения не направлены на участок боли или движения не с целью защиты)	
	Защита	1	Медленные, осторожные движения, касается или трет участок боли, пытается привлечь внимание движениями	
	Беспокойство	2	Пациент пытается вытащить эндотрахеальную трубку, пытается сесть, двигает конечностями, не следует командам и борется с персоналом, пытается встать с постели	
Толерантность к ИВЛ (для интубированных пациентов) (Compliance with the ventilator - intubated patients) или Издавание звуков (для неинтубированных пациентов) (Vocalization - non-intubated patients)	Толерантен к ИВЛ	0	Сигналы на мониторах не активированы, легкое дыхание	
	Кашляет но толерантен	1	Кашляет, сигналы на мониторе активируются, но спонтанно/самопроизвольно отключаются	
	Борется с ИВЛ	2	Асинхрония: блокирует вентиляцию, сигналы часто активируются	
		или		
	Издаваемые звуки (разговор) нормального тона или нет звука	0	Издаваемые звуки (разговор) нормального тона или нет звука	
	Вздыхает, стонет	1	Вздыхает, стонет	
	Кричит, рыдает	2	Кричит, рыдает	
	Напряжение мышц (Muscle tension) Оценка пассивного сгибания и разгибания верхних конечностей, когда пациент находится в состоянии покоя или оценки, когда пациента переворачивают	Расслаблены	0	Не сопротивляется пассивным движениям
		Напряжены, ригидны	1	Сопротивляется пассивным движениям /Resistance to passive movements
Очень напряжены или очень ригидны		2	Сильно сопротивляется пассивным движениям, невозможно завершить движения	

ИТОГ: 0-1 – нет боли, покой / выжидательная тактика

2-5 – боль есть, но медикаментозная помощь не обязательна (решает врач)

6-8 – боль есть, рассмотреть медикаментозную терапию (решает врач)