



PORADNIK DLA PACJENTÓW

Jak radzić sobie z bólem w chorobie nowotworowej?

dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska, EDPM
Zakład Badania i Leczenia Bólu. Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Redaktor naczelna
mgr Klaudia Kwiatkowski

1. Co to jest ból?

Ból towarzyszy człowiekowi od zawsze, od urodzenia aż do śmierci. Już w starożytności pojawiły się pierwsze opisy bólu i metod jego leczenia. *Bez bólu i cierpień nie istniejemy* – te słowa wypowiedziane przez greckiego dramaturga, Eurypidesa, pokazują jak ważnym i nieodłącznym elementem ludzkiego życia jest ból.

Według aktualnej definicji Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu (ang. *International Association for the Study of Pain*, IASP) ból to nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek. Warto pamiętać, że ból jest odczuciem subiektywnym, występującym bardzo często bez uchwytnej przyczyny związanej z uszkodzeniem ciała. Niezwykle ważna jest również komponenta emocjonalna, która sprawia, że każdy człowiek odczuwa ból inaczej, na swój własny indywidualny sposób.

2. Rodzaje bólu

Ból pełni niezwykle ważną funkcję. Jest swoistym sygnałem ostrzegawczym, że coś niedobrego dzieje się w naszym organizmie. Pozwala unikać szkodliwych czynników zewnętrznych. Mówimy wtedy o **bólu ostrym** (receptorowym). Jest to fizjologiczna reakcja naszego organizmu na szkodliwe bodźce chemiczne, termiczne lub mechaniczne prowadzące do uszkodzenia tkanek.

Niestety czasami ból przestaje spełniać swoją ostrzegawczo-ochronną funkcję, co gorsza nie przemija i zaczyna nam utrudniać codzienne funkcjonowanie. Jeżeli ból trwa powyżej 3 miesięcy to mamy już do czynienia z **bólem przewlekłym**. Przyczyn takiego bólu może być bardzo wiele, jednak jedną z najważniejszych jest choroba nowotworowa. Ból przewlekły wpływa na wiele aspektów życia, bardzo często utrudniając codzienne funkcjonowanie, zarówno fizyczne, społeczne jak i psychiczne.

Można również wyróżnić trzeci typ bólu. Jest to **ból nawracający**, charakteryzujący się powracającymi okresowo epizodami bólowymi.

3. Dlaczego nas boli?

Mechanizm odczuwania bólu do dziś pozostawia wiele znaków zapytania. Oczywiście, głównym koordynatorem wszystkich procesów jest nasz mózg! Wiadomo, że proces nocycepcji, czyli powstawania bólu składa się z czterech następujących etapów, które inicjowane są działaniem zewnętrznego bodźca bólowego:

- a. **Transdukcja** – polega na przekształceniu zewnętrznego bodźca bólowego (np. ułknięcia igłą w palec) w impuls elektryczny. Zjawisko to zachodzi zaraz po odbiorze bodźca przez nocyceptory (receptory bólowe) zlokalizowane w zakończeniach włókien nerwowych A δ i C.
- b. Przewodzenie – powstały impuls elektryczny przewodzony jest nerwami biegnącymi od miejsca zadziałania bodźca (np. palca) do rdzenia kręgowego. Komórki nerwowe w rdzeniu kręgowym przesyłają dalej impuls elektryczny do wzgórza. Wzgórze uważane jest za swoistą bramę, przez którą impulsy z zewnątrz wchodzą do naszego mózgu. Wzgórze rozsyła impuls elektryczny do odpowiednich struktur odpowiedzialnych za czuciowe i emocjonalne doświadczenie bólu, jednak na tym etapie nie jest to jeszcze doznanie uświadomione
- c. **Modulacja** – na każdym etapie powstawania bólu zachodzi hamowanie lub wzmacnianie bodźców bólowych. Podstawowym zadaniem modulacji jest jednak hamowanie dopływu impulsu elektrycznego do mózgu, a odpowiadają za to specjalne sieci neuronów w naszym rdzeniu kręgowym, kontrolowane przez nasz mózg. Gdyby ich nie było, wówczas mózg – podobnie jak twardy dysk komputera – uległby „przegrzaniu” z powodu ogromnej ilości napływających informacji z obwodu.
- d. **Percepcja** – Analiza i ocena bodźców bólowych zachodzi w korze mózgowej – informacja o bólu dociera wówczas do naszej świadomości. Co więcej, wzbudza w nas określone emocje - złość, lęk, ale też poznajemy i uczymy się nowego doświadczenia.

4. Ból u chorego na nowotwór jako szczególny rodzaj bólu przewlekłego

Ból przewlekły u osób chorych na nowotwór może pojawić się na każdym etapie choroby. Bardzo często pojawia się on już we wczesnej fazie choroby, w fazie terminalnej natomiast pojawia się już prawie u każdego pacjenta.

Przyczyn odczuwanych dolegliwości bólowych może być kilka:

- Procesy nowotworowe, takie jak rozrost nowotworu, naciek guza na sąsiadujące tkanki;
- Leczenie onkologiczne, zarówno chirurgiczne, ale też chemioterapia i radioterapia;
- Wyniszczenie spowodowane chorobą nowotworową (np. bóle mięśniowo-powięziowe, spowodowane odleżynami, zaparciami);
- Bóle koincydencyjne, niezwiązane z chorobą nowotworową (np. bóle głowy).

W chorobie nowotworowej występują pojęcie **bólu totalnego**. Jest to szczególny rodzaj bólu, na powstanie którego duży wpływ oprócz wyżej wymienionych przyczyn mają również aspekty emocjonalne takie jak gniew czy lęk. Często ból ten występuje u pacjentów z objawową depresją, która zarówno może stać się jedną z przyczyn rozwijającego się bólu przewlekłego, ale również jedną z jego konsekwencji.

U chorego na nowotwór często występuje **ból neuropatyczny**. To ból, który powstaje na skutek uszkodzenia nerwów, np. po chemioterapii, radioterapii, operacji, po

półpaściu. Możesz doświadczać mrowienia, drętwienia, pieczenia, kłucia w obrębie dłoni i stóp, lub w obrębie innych części ciała – te objawy świadczą, że cierpisz z powodu bólu neuropatycznego. Pamiętaj, by przy wizycie zgłosić te objawy lekarzowi.

5. Co to jest nowotworowy ból przebijający/epizodyczny?

U chorych na nowotwór bardzo często możemy spotkać się z sytuacją, że na prawidłowo rozpoznany i leczony ból stały nakłada się dodatkowa dolegliwość bólowa – **ból przebijający/epizodyczny**.

Ból przebijający, epizodyczny – ostry, napadowy, przemijający ból, który nakłada się na stałe dolegliwości towarzyszące chorobie nowotworowej. Może on występować („przebijając się”) u chorego pomimo stosowania ogólnie skutecznej terapii przeciwbólowej. Bóle te mogą się pojawić nawet u 40-90% chorych na nowotwory. Przejściowe zaostrzenie bólu może wystąpić spontanicznie, albo w związku ze specyficznym przewidywalnym (np. zmiana opatrunku) lub nieprzewidywalnym (np. kaszel) czynnikiem wyzwalającym. Nasilenie bólu przebijającego jest dużo wyższe niż bólu podstawowego. Ból epizodyczny częściej pojawia się u chorych u których ból podstawowy jest źle kontrolowany.

Cechy bólu przebijającego:

- napadowy charakter – zwykle występuje 4–7 epizodów w ciągu dnia
- szybkość narastania – maksymalne nasilenie ból osiąga w ciągu kilku minut
- znaczne nasilenie – zwykle 7–8 w skali numerycznej NRS
- krótki czas trwania – większość epizodów tego rodzaju bólu trwa maksymalnie 30 minut

W leczeniu bólu epizodycznego najczęściej obecnie stosujemy preparaty fentanylu podawane donosowo lub podjęzykowo, dlatego iż efekt przeciwbólowy tak podanego leku pojawi się bardzo szybko, po kilku minutach.

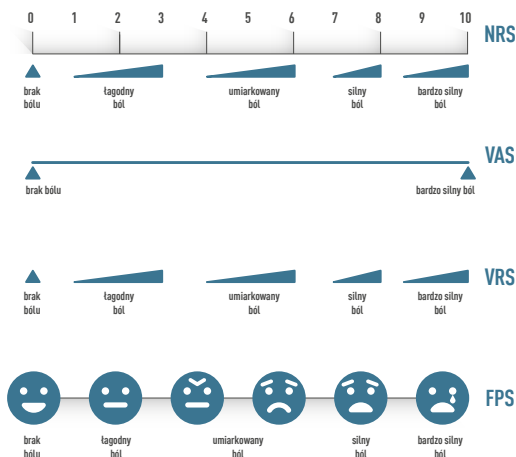
6. Dlaczego należy leczyć ból u chorego na nowotwór?

Ból negatywnie wpływa na wszystkie aspekty naszego życia. Pogarsza funkcjonowanie fizyczne, alienuje nas od bliskich, powoduje pogorszenie stanu psychicznego. Długo trwający ból zaburza czynność naszego mózgu – mogą zanikać neurony, które produkują nasze własne substancje przeciwbólowe (endorfyny, noradrenalina i inne) i w konsekwencji osłabiane są nasze mechanizmy radzenia sobie z bólem. Mogą także pojawić się u nas kłopoty z pamięcią i gorszy sen. Ból to także stres dla naszego organizmu, a stres nie sprzyja walce z nowotworem. Stres pogarsza wyniki leczenia przeciwnowotworowego, zwiększa ryzyko przerzutów i może przyspieszać postęp choroby.

7. Jak ocenić mój ból? O co zapyta lekarza w trakcie wizyty?

Zmierzyć poziom odczuwanego bólu

Pamiętaj, że ból jest zjawiskiem subiektywnym. Tylko Ty jako pacjent możesz określić jego nasilenie. Aktualnie do oceny natężenia bólu powszechnie jest stosowana numeryczna skala (NRS), ale można także wykorzystać inne skale (VAS – wzrokowo analogowa, VRS – werbalna, FPS – obrazkowa). Poniżej zamieszczamy przykładowe skale, która ułatwią Ci ocenę nasilenia bólu w warunkach domowych.



W skali numerycznej zero oznacza brak bólu, a 10 – najgorszy ból jaki możesz sobie wyobrazić.

Opisz swój ból

Właściwa ocena bólu nie opiera się tylko na oszacowaniu jego nasilenia, ale również na zapoznaniu się z jego charakterem. Pomocne w tym mogą być następujące pytania:

- Gdzie zlokalizowany jest ból? Czy ból gdzieś promieniuje?
- Co według Ciebie jest przyczyną bólu?
- Jak długo odczuwasz ból? Czy ból zmienił się w jakiś sposób od początku jego odczuwania? Czy wcześniej wystąpiły podobne dolegliwości?
- Czy ból jest stały, napadowy czy nawracający?
- Jaki jest charakter bólu (tępy, ostry, piekący, kłujący itd.)?
- Jakie jest natężenie bólu w skali NRS?
 - aktualnie
 - w czasie największego nasilenia
- Czy jest jakiś czynnik, który wyzwała ból lub zwiększa jego natężenie?
- Co przynosi ulgę w dolegliwościach?

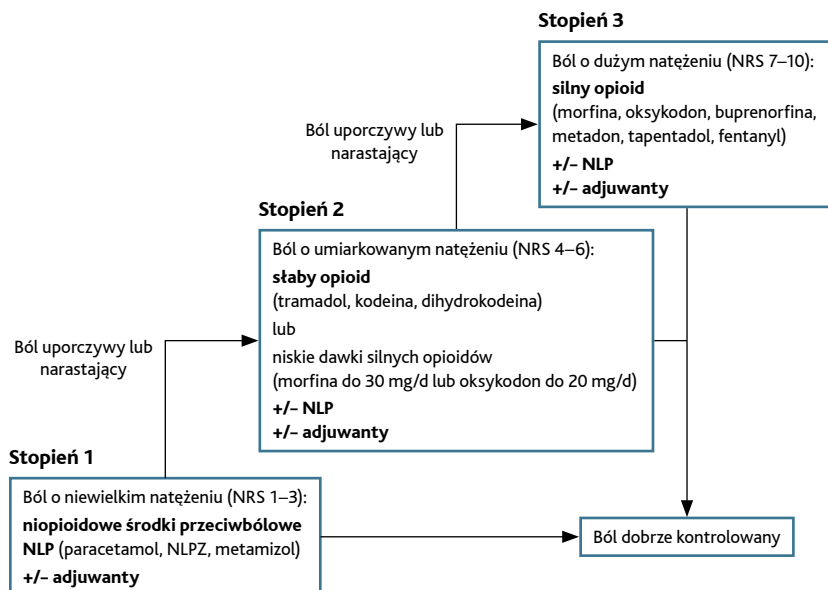
- Czy ból zaburza sen?
- W jakim stopniu ból zaburza codzienną aktywność?
- Jakie leczenie przeciwbólowe dotychczas stosowałeś?
- Czy wystąpiły objawy niepożądane związane ze stosowanym leczeniem?
- Jakie inne objawy towarzyszą bólowi?
- Czy leczysz się na inne schorzenia? Jeśli tak, jakie?

Rzetelne odpowiedzi na powyższe pytania mogą ułatwić lekarzowi postawienie właściwej diagnozy oraz dobór odpowiednich metod leczenia.

8. Jak leczyć ból u chorego na nowotwór? Drabina analgetyczna WHO

Podstawową metodą leczenia bólu u chorego na nowotwór jest stosowanie leków przeciwbólowych, zgodnie ze światowym standardem leczenia przeciwbólowego opracowanym w 1986 r. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Wytyczne te nazywane są schematem WHO lub **trójstopniową drabiną analgetyczną**. Dzięki schematom terapii zaproponowanym przez WHO, nawet 80–90% pacjentów może być skutecznie leczona przeciwbólowo.

Trójstopniowa drabina analgetyczna – schemat stosowania leków przeciwbólowych oraz innych leków podawanych w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych u chorego zdefiniowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1986 roku.



- ➔ Jeżeli odczuwasz ból o niewielkim natężeniu (NRS 1-4) – zastosuj nieopioიდowe leki przeciwbólowe, takie jak paracetamol, metamizol czy niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ, np. ketoprofen, ibuprofen, naproksen).
- ➔ Jeżeli ból się nasila lub wyjściowo wynosi NRS 4-6 – zastosuj opioidy z 2 stopnia WHO (tramadol, kodeina, dihydrokodeina) i kontynuuj nieopioიდowe leki przeciwbólowe.
- ➔ Jeśli natężenie bólu nadal wynosi >3 w skali NRS, ból nasila się pomimo leczenia lub wyjściowo jest silny (NRS 7-10) – należy zastosować opioidy z 3 stopnia drabiny WHO (morfina, fentanyl, oksykodon, buprenorfina, tapentadol, metadon) i kontynuować nieopioიდowe leki przeciwbólowe.
- ➔ Na każdym etapie zaleca się łączenie leków przeciwbólowych z innymi lekami (koanalgetykami), wzmacniającymi ich działanie.

Farmakoterapia zawsze powinna być dobierana indywidualnie. Często, aby uzyskać lepszą kontrolę bólu, stosuje się kombinacje leków o różnych mechanizmach działania, np. NLPZ i opioidy. Lekarz dokona wyboru leku w oparciu o rozpoznanie bólu, jego nasilenie, Twoje preferencje, dotychczas stosowane leczenie przeciwbólowe, objawy niepożądane, które wystąpiły w przeszłości. Ważne jest również uwzględnienie interakcji między proponowanym lekiem, a tymi zżywanymi przez Ciebie z powodu innych chorób.

Stosowanie leków przeciwbólowych powinno być oparte o zasady Światowej Organizacji Zdrowia WHO:

- ➔ Leki należy stosować drogą doustną, a jeśli to nie jest możliwe to każdą drogą, która zapewnia dobrą kontrolę bólu i jest akceptowalna przez chorego.
- ➔ Leki należy podawać w stałych odstępach czasowych („wg zegara”) tak, aby utrzymać analgetyczne stężenie leku w surowicy krwi i stały efekt przeciwbólowy.
- ➔ Lek przeciwbólowy i jego dawka powinny być dobierane indywidualnie dla każdego chorego i rodzaju bólu.
- ➔ Najlepiej, jeśli pierwsza i ostatnia dawka leku w ciągu dnia jest skorelowana z czasem pobudki i kładzenia się spać pacjenta.
- ➔ Zalecenia powinny być przygotowane w formie pisemnej i powinny zawierać nazwy leków, wskazanie do użycia, dawkę i odstępy między dawkami.
- ➔ Pacjenta i rodzinę należy poinformować o możliwych działaniach niepożądanych przepisanych leków.

Pamiętaj! Nie należy obawiać się zwiększenia dawki opioidowego leku przeciwbólowego do maksymalnej, ponieważ właściwa dawka terapeutyczna to taka, która skutecznie uśmierza ból, a ewentualne objawy niepożądane (np. zaparcia) są łagodne i akceptowane przez Ciebie.

9. Rodzaje leków przeciwbólowych

Analgetyki nieopioიდowe

Są to leki stosowane do uśmierzenia bólu o małym natężeniu. Do grupy tej należą **paracetamol, metamizol i niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ, np. ke-**

toprofen, ibuprofen). Większość leków z tej grupy dostępna jest bez recepty. Są to leki bardzo bezpieczne pod warunkiem, iż przestrzegamy zaleceń lekarza i czytamy ulotki tych leków, ale w przypadku długotrwałego ich stosowania należy uwzględnić możliwość wystąpienia działań niepożądanych. Będą skuteczne w bólu o małym i umiarkowanym nasileniu, a metamizol także w bólu o dużym nasileniu.

Analgetyki opioidowe

Wyróżniamy „słabe” i „silne” leki opioidowe.

Do słabych leków opioidowych zaliczamy **tramadol**, **kodeinę** i **dihydrokodeinę**. Leki te charakteryzują się występowaniem, tzw. efektu pułapowego, nie należy więc stosować wyższych dawek leków niż podane w ulotce.

Efekt pułapowy – przekroczenie dawki maksymalnej leku powoduje wystąpienie objawów niepożądanych, ale nie prowadzi do zwiększenia efektu analgetycznego tego leku.

Do silnych opioidów zaliczamy morfinę, **buprenorfinę**, **fentanyl**, **metadon**, **tapentadol** oraz **oksykodon**. Ta grupa leków nie wykazuje efektu pułapowego. Zwiększenie dawki leku zwiększa efekt przeciwbólowy.

Stosowanie opioidów należy rozważyć zarówno w czasie aktywnego leczenia choroby nowotworowej (chemioterapii, radioterapii), w terminalnej fazie choroby nowotworowej (opieka paliatywna), ale także czasem po przebytych leczeniu choroby nowotworowej.

Opioidy możemy stosować łącznie z lekami nieopiodowymi, np. paracetamolem, metamizolem czy NLPZ.

Opioidy to bardzo skuteczne i silne leki przeciwbólowe, ale ich stosowanie może powodować objawy uboczne. W pierwszych dniach stosowania opioidu mogą wystąpić nudności, wymioty, senność, zawroty głowy. Objawy te po kilku dniach zwykle ustępują. Lekarz może także zalecić Ci profilaktyczne stosowanie leków przeciwwymiotnych.

Przy długotrwałym stosowaniu opioidów problemem mogą być zaparcia, dlatego zawsze należy dbać o odpowiednią dietę i stosować leki przeciw zaparciom.

Ryzyko uzależnienia od opioidów u chorego na nowotwór jest niezwykle niskie, a obawa przed uzależnieniem nie powinna być powodem odstawienia lub braku stosowania leków opioidowych.

Gdy lek opioidowy nie uśmierza bólu lub powoduje ciężkie objawy uboczne, lekarz może zalecić tzw. rotację opioidu czyli zamianę jednego preparatu na inny.

Nie ma także ryzyka, że zastosowanie leków opioidowych przyspieszy postęp choroby nowotworowej.

Często pacjenci pytają, jaka jest maksymalna dawka opioidu. W przypadku tzw. silnych opioidów jest to dawka skutecznie zmniejszająca ból, ale nie powodująca poważnych objawów ubocznych. Takim sygnałem, iż dawka jest zbyt duża może być nasilona senność.

Pamiętaj! Leki opioidowe ograniczają sprawność psychofizyczną, dlatego stosując je, nie należy prowadzić pojazdów mechanicznych.

Leki adiuwantowe, tzw. koanalgetyki

Leki przeciwdepresyjne:

Mechanizm powstawania bólu przewlekłego w dużym stopniu jest związany

ze zmianami w mózgu. Osoby doświadczające bólu przewlekłego mają zaburzony poziom neuroprzekaźników w mózgu – niższy poziom serotoniny, noradrenaliny, czy dopaminy, co wpływa nie tylko na odczuwanie przewlekłego bólu, ale też na nastrój, jakość snu, czy apetyt. Leki przeciwdepresyjne mogą pomóc wyrównać poziom neuroprzekaźników, tym samym przynosząc ulgę w cierpieniu. Leki te także działają przeciwbólowo w bólu neuropatycznym, czyli powstającym po uszkodzeniu nerwu np. po chemioterapii.

Leki przeciwpadaczkowe

W badaniach okazało się, że leki te są bardzo skuteczne w leczeniu bólu neuropatycznego. Prawdopodobnie działają w taki sposób na mózg i układ nerwowy, że hamują aktywność neuronów, które odpowiadają za objawy bólu neuropatycznego. To dlatego lekarz może Ci zaproponować ten sposób leczenia. Niektóre z leków przeciwpadaczkowych poprawiają także sen i zmniejszają lęk.

10. Jak działają leki przeciwbólowe?

Analgetyki nieopiodowe

Paracetamol	Działa przeciwbólowo i przeciwgorączkowo, nie działa przeciwzapalnie. Można stosować go łącznie z NLPZ, metamizolem i opioidami. Jest często stosowany w leczeniu bólu ostrego i przewlekłego. Jest lekiem bezpiecznym również dla kobiet w ciąży i dzieci. Maksymalna dobową dawką u dorosłego to 4 gramy. W wyższych dawkach może uszkadzać wątrobę.
Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)	Grupa leków o działaniu przeciwbólowym, przeciwgorączkowym i przeciwzapalnym. Są powszechnie stosowane zarówno w uśmierzaniu bólu ostrego, jak i przewlekłego. Można podawać je łącznie z paracetamolem, metamizolem i opioidami. Należy uważać na objawy niepożądane – owrzodzenia żołądka, uszkodzenie nerek, wzrost ciśnienia tętniczego. Bez porozumienia z lekarzem nie należy ich stosować dłużej niż 10 dni.

Metamizol	<p>Działa przeciwbólowo i przeciwgorączkowo, nie działa przeciwzapalnie.</p> <p>Można stosować go łącznie z NLPZ, paracetamolem i opioidami.</p> <p>Jest skuteczny w bólu kolkowym, np. kolce nerkowej, wątrobowej.</p> <p>Dawka maksymalna u dorosłych to 5 gramów w ciągu doby.</p>
------------------	---

Opioidy

Słabe opioidy	Tramadol	<p>Lek ten posiada unikalny mechanizm działania</p> <p>Dostępne są dwie postaci tego leku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. preparat krótko działający 2. preparat o powolnym uwalnianiu substancji aktywnej (retard). <p>Na rynku dostępny jest w postaci tabletek, czopków, kropli oraz roztworu do iniekcji.</p> <p>Tramadol stosowany w monoterapii, jak również w połączeniu z paracetamolem czy NLPZ, jest skutecznym lekiem w zwalczaniu bólu o umiarkowanym natężeniu.</p> <p>Maksymalna dobową dawką to 400 mg.</p>
	Kodeina	<p>Około 10% kodeiny ulega przemianie do morfiny i prawdopodobnie tylko ta część leku jest odpowiedzialna za efekty przeciwbólowe.</p> <p>Stosowana w bólu o umiarkowanym natężeniu.</p> <p>Najczęściej stosowana w połączeniu z paracetamolem lub kofeiną.</p> <p>Maksymalna dawka dobową to 240 mg.</p>
	Dihydrokodeina	<p>Dostępna jest w formie tabletek o kontrolowanym uwalnianiu, przyjmowanych co 12 godzin.</p> <p>Stosowana w bólu o umiarkowanym stopniu natężenia.</p> <p>Maksymalna dawka dobową to 240 mg.</p>
Silne opioidy	Morfina	<p>Opioid stosowany w bólu o dużym stopniu natężenia (III stopień drabiny WHO).</p> <p>Powinna być stosowana drogą doustną.</p> <p>Wygodną formą są tabletki o przedłużonym, kontrolowanym uwalnianiu, co pozwala na stosowanie leku 2 razy na dobę.</p> <p>Są dostępne także tabletki o szybkim uwalnianiu.</p> <p>Nie powinna być stosowana u chorych z niewydolnymi nerkami.</p>

Silne opioidy	Fentanyl	<p>Lek opioidowy 100 razy silniejszy od morfiny. Może być stosowany przezskórnie w postaci plastrów (system transdermalny) lub w postaci szybko działających tabletek podjęzykowych, sprayów donosowych.</p> <p>Stosowany w bólu o dużym natężeniu (III stopień drabiny WHO).</p> <p>Może być stosowany u chorych z niewydolnymi nerkami.</p>
	Buprenorfina	<p>Lek opioidowy 70 razy silniejszy od morfiny. Jest dostępna w postaci tabletek podjęzykowych oraz plastrów (system transdermalny). Stosowana w bólu o dużym natężeniu (III stopień drabiny WHO).</p> <p>Może być stosowana u chorych z niewydolnymi nerkami.</p>
	Oksykodon	<p>Opioid stosowany w bólu o dużym stopniu natężenia (III stopień drabiny WHO).</p> <p>Powinien być stosowany drogą doustną.</p> <p>Wygodną formą są tabletki o przedłużonym, kontrolowanym uwalnianiu, co pozwala na stosowanie leku 2 razy na dobę.</p> <p>Jest dostępna także forma leku o szybkim uwalnianiu.</p> <p>Jest szczególnie skuteczny w bólu trzewnym i neuropatycznym.</p> <p>Oksykodon jest także dostępny w formie tabletek z naloksonem, do stosowania co 12 godzin</p>
	Tapentadol	<p>Opioid stosowany w bólu o dużym stopniu natężenia (III stopień drabiny WHO).</p> <p>Ma złożony mechanizm działania.</p> <p>Według zaleceń WHO preferowana jest droga doustna.</p> <p>Wygodną formą są tabletki o przedłużonym, kontrolowanym uwalnianiu, co pozwala na stosowanie leku 2 razy na dobę.</p> <p>Jest szczególnie skuteczny w bólu neuropatycznym.</p>
	Metadon	<p>Opioid stosowany w bólu o dużym stopniu natężenia (III stopień drabiny WHO).</p> <p>Według zaleceń WHO preferowana jest droga doustna.</p> <p>Dostępny w postaci syropu do stosowania co 8 godzin.</p> <p>Jest szczególnie skuteczny w bólu neuropatycznym.</p>

11. Inne sposoby radzenia sobie z bólem

Ważne jest, aby leczenie bólu przewlekłego było wielokierunkowe. Oprócz farmakoterapii lekarz dysponuje również innymi narzędziami skutecznymi i pomocnymi w uśmierzaniu bólu, takimi jak fizykoterapia, neuromodulacja, metody psychologiczne, a w wybranych przypadkach także techniki inwazyjne (blokady). Niezwykle istotne jest zapewnienie pacjentowi troskliwej i wszechstronnej opieki oraz każdorazowe wyjaśnienie i uzyskanie akceptacji wybranej metody leczenia.

Leczenie fizykalne i rehabilitacja

Fizykoterapia jest metodą wspomagającą stosowaną w leczeniu bólu. Do najpopularniejszych metod należą:

- ➔ termoterapia
- ➔ krioterapia
- ➔ techniki manualne, masaż
- ➔ ćwiczenia fizyczne

Metody te, o ile zastosowane w odpowiedni sposób i u pacjentów bez przeciwwskazań, mogą u niektórych chorych poprawić jakość życia i sprawność ruchową.

Szczególną wagę przywiązuje się obecnie do odpowiedniej aktywności fizycznej u chorych na nowotwór, ponieważ ćwiczenia fizyczne mogą skutecznie zmniejszać ból, lęk, depresję i zmęczenie, i poprawiać funkcjonowanie fizyczne. Pacjenci powinni wykonywać umiarkowane ćwiczenia aerobowe (szybki spacer, lekka jazda na rowerze, ćwiczenia w wodzie) 3 razy w tygodniu przez 30 minut, oraz 2 razy w tygodniu ćwiczenia wzmacniające mięśnie przez 20-30 minut.

Neuromodulacja

Celem zabiegów neuromodulacyjnych jest pobudzenie naszych własnych wewnętrznych systemów przeciwbólowych. Do powszechnie stosowanych metod neuromodulacji zaliczamy:

- ➔ przezskórną elektrostymulację nerwów (TENS)
- ➔ akupunkturę
- ➔ wibracje

Są to metody wspomagające leczenie bólu przewlekłego, które poprzez uaktywnienie mechanizmów hamujących mogą zmniejszyć dolegliwości bólowe i poprawić jakość życia chorego na nowotwór. Szczególnie są zalecane u pacjentów, u których leki przeciwbólowe nie są skuteczne albo powodują ciężkie objawy uboczne.

Psychologiczne metody terapii

Jak już wcześniej wspominaliśmy ważnym aspektem w kontekście bólu nowotworowego są emocje, takie jak gniew czy lęk. Mają one bardzo duży wpływ nie tylko na sposób odczuwania bólu, ale również na skuteczność jego leczenia. Dlatego ważne jest, aby każdy chory z przewlekłym bólem nowotworowym miał możliwość skorzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej. Wsparcie psychologiczne jest ważnym

elementem terapii przeciwbólowej, gdyż modulując emocjonalny aspekt doznań bólowych bardzo często możemy polepszyć efekty leków przeciwbólowych i innych form terapii. Do najczęściej stosowanych metod psychologicznych wspomagających leczenie bólu przewlekłego zaliczamy:

- ➔ terapię poznawczą
- ➔ terapię behawioralną
- ➔ techniki relaksacyjne
- ➔ hipnoterapię

Metody inwazyjne

Inwazyjne metody leczenia bólu powinny być zlecane i wykonywane wyłącznie przez doświadczonych specjalistów w ściśle określonych przypadkach. Wśród inwazyjnych metod leczenia bólu wyróżniamy:

- ➔ blokady nerwów obwodowych, splotów nerwowych
- ➔ dokanałowe podawanie leków (podawanie leków do kręgosłupa)
- ➔ zabiegi neurodestrukcyjne (termolezja, neuroлиза)
- ➔ zabiegi neurochirurgiczne

Wykonanie zabiegów inwazyjnych u chorych na nowotwór należy rozważyć na każdym etapie choroby, zwłaszcza gdy standardowa farmakoterapia nie jest skuteczna lub/i powoduje objawy niepożądane, lub w sytuacji, gdy ból jest dobrze zlokalizowany (np. przerzut do żebra, ucisk na n. międzyżebrowy).

Pamiętaj! Obecnie medycyna oferuje coraz więcej sposobów leczenia bólu. Ważne jest indywidualne podejście do pacjenta, a najlepsze efekty przynosi terapia wielokierunkowa.

12. Współpraca z lekarzem – jak mogę pomóc zwalczać swój ból?

Warto pamiętać, że w proces leczniczy zaangażowany jest nie tylko lekarz, ale również sam pacjent. Aby uzyskać sukces terapeutyczny ważna jest współpraca między lekarzem i pacjentem, oparta na obustronnym zaufaniu. Terapie przeciwbólowe powinny być dobierane indywidualnie do każdego pacjenta. Przy ustalaniu właściwego kierunku leczenia bardzo ważne są wskazówki i informacje, które przekazać może tylko sam pacjent.

Piśmiennictwo:

1. Wordliczek J., Dobrogowski J. (red.): Leczenie bólu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
2. Stawarska B., Potasz-Kulikowska K.: Jak radzić sobie z bólem przewlekłym? Poradnik dla pacjentów. Fundacja Medycyny Bólu, Kraków 2019.
3. Dobrogowski J., Wordliczek J., Kocot-Kępska M. (red.): Ból. Seria Wiedza w kieszeni. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2020.

Koszty druku i dystrybucji pokrywane przez:
Takeda Pharma sp. z o.o.
ul. Prosta 68, 00-838 Warszawa
telefon +48 22 608 13 03



Copyright© 2021, Takeda Pharmaceutical Company Limited. Wszystkie prawa zastrzeżone.
Wszystkie znaki handlowe są własnościami ich prawowitych właścicieli.