

Walka z bólem z perspektywy pielęgniarki opieki paliatywnej

Elżbieta Skowrońska

Część 2. Podstawowe zasady farmakoterapii bólu

Farmakoterapia jest podstawową metodą zwalczania bólu u chorych w terminalnym stanie choroby nowotworowej. Zasady farmakoterapii bólu nowotworowego zostały opracowane przez Komisję Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia – WHO. W 1986 roku algorytm ten został opublikowany i od tego czasu funkcjonuje jako schemat leczenia bólu zwany trójstopniową drabiną analgetyczną. Założenia tego schematu opierają się na różnicy siły działania analgetycznego leków przeciwbólowych. Postępowanie terapeutyczne, którego celem jest właściwa kontrola bólu u pacjenta w oparciu o ten schemat, jest skuteczne w około 85-90% przypadków.

Na pierwszym stopniu drabiny analgetycznej znajdują się leki, które są skuteczne w leczeniu dolegliwości bólowych o niewielkim nasileniu. Według skali NRS nasilenie bólu oceniane jest od 1 do 4. Wiodącymi analgetykami w tej grupie jest paracetamol oraz szereg niesteroidowych leków przeciwzapalnych takich jak: diklofenak, ketoprofen, naproksen i ibuprofen. Leki te oprócz działania przeciwbólowego posiadają również działanie przeciwzapalne. Skuteczne działanie przeciwbólowe, przeciwgorączkowe i dodatkowo spazmolityczne wykazuje metamizol będący również w tej grupie leków. Ponieważ powodują one liczne skutki uboczne, należy dodatkowo zastosować leki łagodzące ich niepożądane działania. Po rozważeniu zasadności, na etapie pierwszego stopnia drabiny analgetycznej, można również zastosować koanalgetyki.

Analgetykami drugiego stopnia drabiny analgetycznej są słabe opioidy, takie jak: kodeina, tramadol i dihydrokodeina. Zastosowanie ich jest uzasadnione brakiem skuteczności leków z pierwszego stopnia drabiny analgetycznej. Są wskazane do leczenia dolegliwości bólowych o nasileniu umiarkowanym. W skali NRS ten ból oceniany jest od 4 do 6. Słabe opioidy można łączyć z lekami nieopiodowymi oraz jeśli są takie wskazania również z koanalgetykami.

Wybrane leki zarówno z pierwszego, jak i drugiego stopnia drabiny analgetycznej są skuteczne tak długo, dopóki istnieje możliwość opanowania bólu po ich zastosowaniu. Efekt pułapowy towarzyszący tym analgetykom powoduje, że podwyższanie dawki uznanej za maksymalną jest bezcelowe, ponieważ nie zwiększa siły działania przeciwbólowego natomiast może zwiększyć ilość występowania działań niepożądanych.

Trzeci stopień drabiny analgetycznej stanowią leki będące pełnymi agonistami receptorów opioidowych. Są stosowane wówczas, gdy terapia słabymi opioidami okazuje się nieskuteczna. Dolegliwości bólowe, które uzasadniają włączenie do leczenia silnych opioidów według skali NRS, osiągają stopień nasilenia powyżej 6. Dostępne obecnie silne opioidy to np.: morfina, fentanyl, metadon, buprenorfina i oksykodon. Ze względu na niewystępowanie efektu pułapowego leczenie bólu silnymi opioidami pozwala na skuteczne jego opanowanie, ponieważ istnieje możliwość ciągłego zwiększania dawki w przypadku rozwoju tolerancji. Pomimo tej możliwości niektóre bóle, a w szczególności ból neuropatyczny, wymagają dodatkowo zastosowania koanalgetyków, na przykład karbamazepiny lub trójpierscieniowych leków przeciwdepresyjnych. Nie należy również zapominać o możliwości łączenia silnych opioidów z nieopiodowymi lekami przeciwbólowymi, ponieważ pozwala to na optymalizację dawki opioidu. Na tym etapie postępowania przeciwbólowego również nie należy zapominać o równoległym zastosowaniu leków łagodzących skutki uboczne zastosowanych analgetyków.

Uzyskanie wysokiej skuteczności leczenia przeciwbólowego, według zasad trójstopniowej drabiny analgetycznej, wymaga przestrzegania następujących zasad:

- zachowanie stałych odstępów czasu podczas podawania leków w celu utrzymania na stałym poziomie stężenia terapeutycznego zastosowanego analgetyku,
- wybieranie leku do terapii dokonywane jest na podstawie oceny jego skuteczności, w momencie gdy staje się nieskuteczny powinien być zmieniony na silniejszy,
- dawkowanie leków powinno się ustalać indywidualnie – właściwa dawka to taka, która skutecznie kontroluje ból,
- analgetyk powinien być podany taką drogą, która jest najbardziej przyjazna z punktu widzenia pacjenta (najczęściej jest to droga doustna gdy nie ma po temu żadnych przeszkód),
- efekty uboczne zastosowanych leków przeciwbólowych powinny być kontrolowane nie tylko objawowo, ale i prewencyjnie,

- za pomocą dostępnych narzędzi (np. skal oceny bólu) powinien być monitorowany przebieg leczenia bólu w celu zapewnienia możliwie największego komfortu chorego.

Niezwykle istotnym elementem w leczeniu bólu nowotworowego jest stosowanie leków „według zegara”. Oznacza to stosowanie leków w ściśle określonych godzinach w zależności od długości czasu półtrwania danej substancji, nie czekając aż pacjent będzie ponownie odczuwał ból. Mając na uwadze destruktywny charakter bólu przewlekłego, szczególnie ważne jest by „wyprzedzić” ból zanim on się pojawi. Również bardzo pożądane jest podawanie leków „na żądanie”. Jak sama nazwa wskazuje jest to stosowanie leków przeciwbólowych w przypadku nagłej potrzeby pacjenta. Zdarza się to najczęściej podczas wystąpienia bólu przebijającego, którego etiologia nie jest do końca poznana. W porównaniu do bólu przewlekłego jest on znacznie silniejszy od bólu podstawowego.

C-ANPROM/PL/PPC/0119