

Dlaczego w polskich szpitalach ból nadal leczony jest nieskutecznie?



# To nieprawda, że musi boleć

Ból i duszność to dwa objawy, których najbardziej obawiają się pacjenci. Według przygotowanej klasyfikacji ICD-11 ból będzie chorobą, nie tylko objawem, co powinno umożliwić rozliczanie świadczeń z zakresu medycyny bólu. Pomimo że o leczeniu bólu mówi się i pisze coraz częściej, nadal mamy do czynienia z nieprawidłowym postępowaniem z pacjentem cierpiącym z powodu dolegliwości bólowych. Dlaczego?

Zarówno podczas przeglądów akredytacyjnych, jak i podczas posiedzeń komisji przyznającej certyfikat „Szpital bez bólu” można nabrać przekonania, że problemy, które powodują nieefektywne leczenie bólu, nie mają jedynie charakteru organizacyjnego. Ważnym elementem leczenia bólu jest strona merytoryczna, związana zarówno z jego monitorowaniem, jak i wyborem leków stosowanych w farmakoterapii bólu.

Najczęstsze problemy, pytania i błędy, z jakimi spotykamy się w polskich szpitalach, można opisać w 10 punktach:

**1** **Brak monitorowania bólu.** Podobnie jak w przypadku nadciśnienia tętniczego czy cukrzycy, aby skutecznie leczyć ból, przede wszystkim należy go zmierzyć i dopiero w zależności od jego natężenia, patomechanizmu oraz lokalizacji dobrać odpowiedni lek. Niestety w wielu szpitalach nie prowadzi się pomiaru bólu lub wyniki pomiaru nie są odnotowywane w historii choroby pacjenta. Polecaną skalą do monitorowania bólu w populacji dorosłych jest skala numeryczna (NRS), gdzie 0 to brak bólu, natomiast 10 to najgorszy ból, jaki pacjent jest w stanie sobie wyobrazić. W przypadku bólu, którego natężenie nie przekracza 4, skuteczne są analgetyki nieopiodowe. Gdy natężenie bólu wynosi 4–6, skuteczne są analgetyki opiodowe z II stopnia drabiny analgetycznej, co w polskiej rzeczywistości oznacza stosowanie tramadolu. Natomiast gdy natężenie bólu przekracza 6, należy wdrożyć do leczenia indywidualnie dobrane analgetyki opiodowe z III stopnia drabiny analgetycznej.

**2** **Nieracjonalne stosowanie analgetyków nieopiodowych.** W praktyce chirurgicznej ponad 50% przypadków zastosowania leków przeciwbólowych jest nieprawidłowych. Wynika to głównie z nieuwzględniania różnic, jakie charakteryzują paracetamol, metamizol czy niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Paracetamol wykazuje skuteczność przeciwbólową w bólu receptorowym o charakterze somatycznym. Nie jest on skuteczny w bólu trzewnym oraz zapalnym, co powoduje, że jego stosowanie w monoterapii po cholecyctektomii czy apendektomii jest nieracjonalne. Paracetamol w przeciwieństwie do metamizolu nie wykazuje działania rozkurczowego w stosunku do mięśniówki gładkiej, co czyni go nieskutecznym również w bólu o charakterze kolkowym. Dane z literatury z 2016 oraz 2017 r. wskazują, że paracetamolu nie poleca się w monoterapii u pacjentów po zabiegach z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów. Warto także pamiętać, że w leczeniu bólu, szczególnie za pomocą NLPZ, nie należy podawać leku domięśniowo

„Aby skutecznie leczyć ból, przede wszystkim należy go zmierzyć i dopiero w zależności od jego natężenia, patomechanizmu oraz lokalizacji dobrać odpowiedni lek”

ani doodbytniczo z uwagi na nieprzewidywalność okresu latencji działania przeciwbólowego oraz ograniczonej i zmiennej osobniczo biodostępności. Wszystkie analgetyki nieopiodowe mają dawki pułapowe, po przekroczeniu których nie dochodzi do eskalacji efektu przeciwbólowego, natomiast znacznie wzrasta ryzyko występowania działań niepożądanych. Klasycznym przykładem jest przekraczanie maksymalnej dobowej dawki ketoprofenu, która wynosi 200 mg.

**3** **Dlaczego tramadol nie działa optymalnie przeciwbólowo, a powoduje działania niepożądane?** Tramadol jest analgetykiem z II stopnia drabiny analgetycznej o podwójnym działaniu. Lek macierzysty aktywuje endogenne zstępujące szlaki kontroli bólu, podczas gdy jeden z jego metabolitów jest opiodem. Należy pamiętać, że działanie leku w układzie serotonergicznym może powodować występowanie nudności i wymiotów, co wprost wynika z działania na receptory serotonergiczne. W przypadku stosowania tramadolu nie wolno jako leku przeciwwymiotnego podawać metoklopramidu, który hamuje metabolizm tramadolu i zwiększa ryzyko występowania przedłużonych nudności przy jednoczesnej redukcji efektu przeciwbólowego. Tramadolu nie wolno także łączyć z serotoninami, np. ondansetronem, oraz z mitrazapiną z uwagi na antagonizowanie przez te leki efektu przeciwbólowego tramadolu.

**4** **Ograniczanie za wszelką cenę stosowania analgetyków opiodowych z III stopnia drabiny analgetycznej.** W Polsce nadal mamy do czynienia z opiodofobią, która dotyka niestety również fachowych pracowników ochrony zdrowia, co uniemożliwia wdrażanie skutecznych schematów leczenia bólu, w których występują silne opioidy. Funkcjonuje błędne przekonanie o potencjale uzależniającym tej grupy leków oraz



Foto: iStockphoto.com

„Szczególną uwagę należy poświęcić pacjentom geriatrycznym, ponieważ wielochorobowość i wielolekowość, charakterystyczne dla tej grupy, mogą istotnie wpływać na skuteczność leczenia bólu”

o znacznym ryzyku wystąpienia depresji oddechowej w konsekwencji ich stosowania – teoriiom tym w oczywisty sposób przeczą jednak dostępne wyniki badań. W wielu szpitalach nie dostrzega się różnicy pomiędzy poszczególnymi analgetykami opioidowymi, przy czym w rzeczywistości klinicznej nie każdy ból można wyleczyć morfina, a leczenie analgetykami musi być indywidualizowane. Konsekwencją takiego podejścia do silnych opioidów jest stosowanie ponadpułapowych

dawk analgetyków nieopioidowych oraz tramadolu, co niestety nie poprawia efektywności leczenia bólu, natomiast zwiększa ryzyko występowania objawów niepożądanych. Nawet jeżeli dla pacjenta zostanie ustalone skuteczne leczenie w trakcie pobytu w szpitalu za pomocą silnego opioidu, to problem może pojawić się w przypadku, gdy leczenie trzeba kontynuować w warunkach domowych, gdyż nadal znaczna grupa lekarzy nie dysponuje receptami Rpw, na których można zaordynować silne opioidy (z wyjątkiem buprenorfiny).

**5** Nieracjonalne skojarzenia leków w leczeniu bólu. Za pomocą efektywnego skojarzenia leków przeciwbólowych możemy poprawić skuteczność i bezpieczeństwo terapii bólu. Warto pamiętać, że nigdy nie należy kojarzyć ze sobą różnych NLPZ w terapii bólu, gdyż nie poprawia to skuteczności stosowanego leczenia, natomiast znacząco zwiększa ryzyko uszkodzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, wątroby oraz nerek. Nie należy także kojarzyć tramadolu z analgetykami opioidowymi z III stopnia drabiny analgetycznej (morfina, oksykodon, fentanyl, buprenorfina, tapentadol).

**6** Dlaczego warto kojarzyć leki w leczeniu bólu? Właściwe skojarzenie leków poprawia skuteczność terapii bólu, a także zmniejsza ryzyko występowania objawów niepożądanych. Na rynku farmaceutycznym dostępne są doustne postaci leków przeciwbólowych zawierających więcej niż jedną substancję czynną, np. skojarzenie tramadolu i deksketoprofenu, tramadolu i paracetamolu czy paracetamolu i ibuprofenu. Oczywiście można także uzyskać efekt synergiczny czy addycyjny, stosując jednocześnie kilka analgetyków. Do polecanych skojarzeń zaliczamy metamizol z NLPZ czy analgetyki nieopiodowe z opioidami. Dobierając leki do terapii skojarzonej, warto pamiętać o konieczności uzyskania zbieżności ich profilu farmakokinetycznego.

**7** Dlaczego jesteśmy tak przywiązani do niebezpiecznej petydyny? Petydyna należy do analgetyków opioidowych, jest 10-krotnie słabsza od morfiny i ma działanie antycholinergiczne, przez co przez wiele lat funkcjonował mit, że jest jedynym opioidem, który może być stosowany w bólach kolkowych. Metabolit petydyny – norpetydyna – zwiększa ryzyko wystąpienia przetrwałego bólu pooperacyjnego, gdyż w strukturach OUN powoduje generowanie uwalniania licznych czynników pronocyceptywnych, a do tego działa cholinolitycznie, przez co upośledza funkcjonowanie endogennych szlaków kontroli bólu. W żadnym wypadku petydyna nie może być stosowana w położnictwie, ponieważ norpetydyna ulega kumulacji w mleku kobiecym i działa neurotoksycznie na mózg noworodka karmionego piersią. Jej stosowanie obarczone jest ryzykiem występowania u noworodka ciężkich działań niepożądanych – ze zgonem włącznie. Petydyna z uwagi na aktualną wiedzę o tym leku nie może być rekomendowana w leczeniu bólu.

**8** Farmakoterapia bólu u specyficznego pacjenta – i co z tego wynika? Związane z wiekiem zmiany w farmakokinetyce leków powinny być uwzględniane w procesie planowania skutecznej i bezpiecznej farmakoterapii bólu. Szczególną uwagę należy poświęcić pacjentom geriatrycznym, ponieważ wielochorobowość i wielolekowość, charakterystyczne dla tej grupy, mogą istotnie modyfikować jakość leczenia bólu. Nie bez znaczenia są interakcje leków, z którymi mamy do czynienia w farmakoterapii bólu, bowiem ich konsekwencją może być zmniejszenie skuteczności analgetycznej.

**” Właściwe skojarzenie leków poprawia skuteczność terapii bólu, a także zmniejsza ryzyko występowania objawów niepożądanych ”**

**9** Koanalgetyki ważne w leczeniu bólu z komponentem neuropatycznym. U pacjentów z bólem neuropatycznym lub mieszanym bólem nocyceptywno-neuropatycznym zawsze do klasycznych analgetyków należy dołączyć leki z grupy koanalgetyków, które w różnych mechanizmach działania farmakologicznego poprawiają jakość i skuteczność leczenia bólu. Wybór koanalgetyku nie może być przypadkowy. Znaczną skuteczność w wielu zespołach bólu neuropatycznego wykazują pregabalina, gabapentyna czy duloksetyna. Wąskozakresowe koanalgetyki, takie jak karbamazepina – skuteczna w neuralgii trójdzielnej, nie powinny być wykorzystywane w innych zespołach bólu neuropatycznego z uwagi na mniejszą skuteczność przy znacznie większym ryzyku wystąpienia powikłań polekowych.

**10** Niepożądane objawy spowodowane stosowaniem analgetyków w większości przypadków można skutecznie korygować. W leczeniu bólu obawiamy się występowania działań niepożądanych, które mogą istotnie pogorszyć jakość życia pacjentów. Do działań niepożądanych najczęściej spotykanych w praktyce klinicznej należą objawy ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, zaburzenia defekacji). Jednak większość objawów niepożądanych można korygować poprzez racjonalny i świadomy wybór analgetyków oraz właściwy dobór leków korygujących.

Racjonalnie planując leczenie bólu, można uzyskać wysoką skuteczność terapeutyczną, minimalizując jednocześnie potencjalne działania niepożądane. Pytanie brzmi: dlaczego tak się nie dzieje?

*Jarostaw Woron, Halina Kutaj-Wąsikowska, Jan Dobrogowski*

*Jarostaw Woron reprezentuje Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Pharma Consult Dr Jarostaw Woron i Spółka z Zakopanego.*

*Halina Kutaj-Wąsikowska reprezentuje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie.*

*Jan Dobrogowski reprezentuje Zakład Badania i Leczenia Bólu KAiT Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.*