

BÓL

Na otwartym posiedzeniu Komisji Etyki WIL 27 października wykład wygłosił prof. dr hab. med. dr h.c. Jacek Łuczak. Tematem był ból. Ból to cierpienie. Jest to przykre czuciowe i emocjonalne doznanie. Pacjenci cierpiący wymagają specjalistycznej pomocy. Dziś jest to wiedza, która w ciągu ostatnich dziesięcioleci znacznie się rozwinęła.

Dotyczy to zarówno preparatów przeciwbólowych, jak i – przede wszystkim – sposobów podawania leków. O tym wszystkim mówił prof. Łuczak. Przedstawiamy otrzymane od profesora opracowanie „Ogólne zasady postępowania u pacjenta z bólem”.

PROF. DR HAB. MED. DR H.C. JACEK ŁUCZAK, DR N. MED. ALEKSANDRA KOTLIŃSKA-LEMIESZEK, DR N. MED. IWONA ZAPOROWSKA-STACHOWIAK

Ogólne zasady postępowania u pacjenta z bólem

1. Wywiad dotyczący bólu

Pytamy chorego:

CZY ODCZUWA PAN /PANI BÓL? NIE TAK

1.1. Stały, okresowy, przebijający: spontaniczny i/lub incydentalny (wyzwalany czynnością)

1.2. Jak silny jest ból?

Natężenie bólu ocenia się według skali werbalnej

Likerta lub numerycznej (NRS):

- skala Likerta: 0 – nie ma bólu, 1 – ból słaby, 2 – ból umiarkowany, 3 – ból silny,
- skala NRS od 0 do 10 (0 – nie ma bólu, 10 – ból nie do zniesienia).



1.3. Charakterystyka bólu:

piekący/parzący, przeszywający, kolkowy, kurcz mięśnia, inny...

1.4. Czynniki, które łagodzą i nasilają ból.

2. Rozpoznanie choroby, skrócony wywiad i badanie ukierunkowane na ustalenie przyczyny bólu (u chorych na nowotwory: wykluczenie innych przyczyn bólu).

Prawdopodobna przyczyna bólu.

Rodzaj bólu: T – trzewny, K – kostny, S – somatyczny z tkanek miękkich (skóra), N – neuropatyczny, M – mieszany (nocyceptywny z komponentą neuropatyczną).

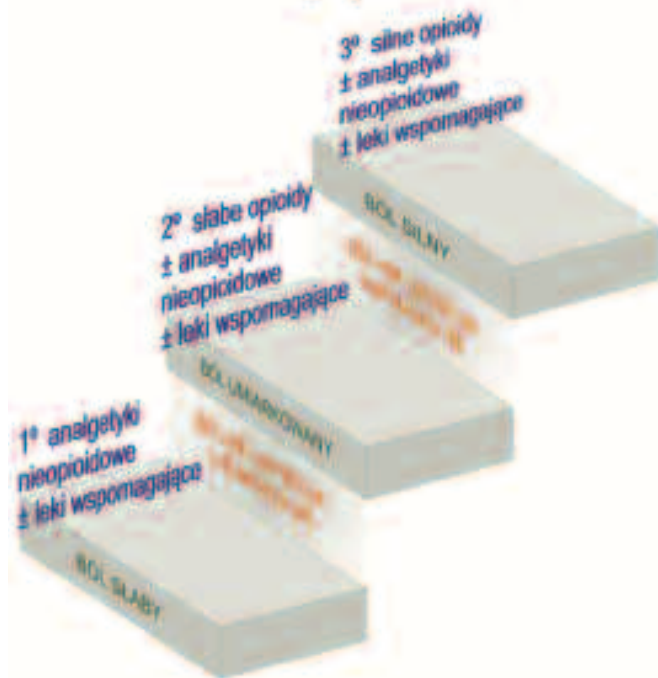
3. Ocena stanu ogólnego: świadomość, częstość oddechów/min, tętno, RR, SpO₂ – pomiar pulsoksymetrem (u chorych z chorobami układu krążenia i oddechowego).

4. Obecnie/wcześniej stosowane leki, w tym leki przeciwbólowe (sprawdzić, czy chory nie ma naklejonego plastra z opioidem!) – ich skuteczność, leki wpływające na ośrodkowy układ nerwowy (OUN), uczulenia.

5. Choroby współistniejące wskazujące na potrzebę ostrożności w dozowaniu opioidów, m.in. nerek i wątroby, przebyte uszkodzenia OUN.

6. Leczenie: leki przeciwbólowe dobiera się w zależności od nasilenia bólu i skuteczności dotychczas stosowanych leków, wg DRABINY ANALGETYCZNEJ WHO, uzależniając dawki i drogi podania od sytuacji klinicznej (p.o., s.c. przy użyciu igły motylek lub i.v.) i skuteczności przeciwbólowej, uwzględniając specyfikę bólu (szczególny rodzaj bólu, np. kolkowy).

Drabina analgetyczna WHO



7. Leczenie bólu należy monitorować (założenie Karty dożalnego leczenia bólu – patrz niżej). Przy wypisie ze szpitala każdy chory z bólem przewlekłym winien być zaopatrzony w recepty na analgetyki, co dotyczy także silnych opioidów (konieczne jest posiadanie druków Rpw!) oraz poinformowany o sposobie dawkowania leków, ich potencjalnych działaniach niepożądanych, a w razie potrzeby skierowany do poradni medycyny paliatywnej lub leczenia bólu.

OPIOIDY mogą wywołać nudności/wymioty, senność, pocenie się, zaparcia stolca, świąd skóry, obniżenie RR, groźne dla życia objawy niepożądane są bardzo rzadkie: ↑ częstość oddechów (< 8/min), utrata przytomności, i wymagają podawania naloksonu i tlenu.

nalokson 0,4 mg (1 amp.) + 0,9-procentowy NaCl do 10 ml: i.v. 0,5–1 ml co 2 min do czasu ustąpienia zaburzeń oddechowych; dalsze dawkowanie w zależności od stanu klinicznego pacjenta.

UWAGA: czas działania naloksonu = 60 min, krótszy od czasu działania morfiny o szybkim uwalnianiu (= 4 godz.!).



Tabela 1. DORAŻNE LECZENIE BÓLU

UWAGA: Przed podaniem pierwszej dawki opioidu należy podać metoklopramid w dawce 10 mg <i>p.o.</i> , <i>s.c.</i> lub <i>i.v.</i> , lub inny lek przeciwwymiotny.				
Dotychczasowe leczenie przeciwbólowe	NATĘŻENIE BÓLU			Ocena leczenia
	słaby – umiarkowany	umiarkowany	silny	
nieleczony	I st. WHO: ketoprofen (Ketonal) 0,1 <i>p.o.</i> lub <i>i.v.</i> w 100 ml soli fiz., wlew 30 min lub paracetamol (Perfalgan) <i>p.o.</i> lub <i>i.v.</i> 500–1000 mg	II st. WHO: A) tramadol <i>p.o.</i> od 12,5–50 mg (= 5–20 gtt.) co 20–40 min do łącznej dawki 100 mg B) tramadol <i>s.c.</i> 25–50 mg co 15–20 min do łącznej dawki 100 mg C) tramadol <i>i.v.</i> 10 mg co 2 min do łącznej dawki 100 mg	III st. WHO: A) morfina <i>s.c.</i> 2 mg co 20–30 min B) morfina <i>i.v.</i> (tylko na oddziale!) 0,5–1 mg co 5 min (morfina rozcieńczona 1 mg/1 ml, w strzykawce: 1 amp. 0,02 siarczanu morfiny + sól fiz. do 20 ml) C) szczególnie rodzaj bólu, np. ból kolkowy: buskopolizyna 20 mg <i>s.c.</i> lub <i>i.v.</i> , spasmalgon 1 amp. w 100 ml 0,9-procentowego NaCl <i>i.v.</i> ; ciasnota OUN: deksametazon (Dexaven) 8–16 mg <i>i.v.</i> , furosemid 20 mg <i>i.v.</i> , mannitol <i>i.v.</i>	ocena efektu analgetycznego i działań niepożądanych oraz parametrów życiowych wyjściowo i co 10–30 min po podaniu leków <i>p.o.</i> lub co 5–10 min po podaniu leków <i>s.c.</i> lub co 3–5 min po podaniu leków <i>i.v.</i>
I st. drabiny WHO – leki nieopiodowe		j.w.	j.w.	
II st. – słabe opioidy	↑ dawkę dobową i/lub zastosuj leki III. st. drabiny	↑ dawkę dobową i/lub zastosuj leki III. st. drabiny	j.w.	
III st. – silne opioidy: morfina		↑ dawkę dobową i/lub dodaj koanalgetyk	A) dotychczasowa dawka interwencyjna morfiny <i>p.o.</i> lub <i>s.c.</i> zwiększona o 50% co 40–60 min (<i>p.o.</i>) lub 20–30 min (<i>s.c.</i>), np. jeżeli dawka 120 mg morfiny <i>p.o.</i> /dobę jest nieskuteczna, to podajemy 1/6 tej dawki (= 20 mg) + 50%, tzn. 30 mg <i>p.o.</i> B) morfina <i>i.v.</i> 0,5–1 mg co 5 min po opianowaniu bólu morfiną w dawce zwiększonej o 50% C) szczególnie rodzaj bólu – j.w.	
III st. – inne silne opioidy, np. fentanyl przeskórny		↑ dawkę dobową i/lub dodaj koanalgetyk	A) morfina <i>s.c.</i> lub <i>i.v.</i> wstępnie od 2 mg <i>s.c.</i> co 20–30 min, 0,5–1 mg <i>i.v.</i> co 5 min B) do czasu opianowania bólu utrzymuje się opioid dotąd stosowany (leczenie dwoma opioidami) C) po uzyskaniu stabilnej kontroli bólu, stopniowa redukcja dawki dotąd podawanego opioidu (o 30%) i zastąpienie tej dawki morfiną D) alternatywnie: 1) oksykodon (OxyNorm) 0,5–1 mg <i>i.v.</i> co 5 min lub 2) buprenorfina (Bunondol) 0,05 mg <i>i.v.</i> co 5 min lub 0,2 mg <i>s.l.</i> co 20 min E) szczególnie rodzaj bólu – j.w.	
BRAK EFEKTU (po 2–3 dawkach) lub DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE po morfinie lub innym opioidzie	A) PONOWNA OCENA BÓLU – wykluczenie przyczyn wymagających pilnego specjalistycznego postępowania! B) +/- Podanie interwencyjne morfiny inną drogą (zamiana morfiny <i>p.o.</i> na <i>s.c.</i> lub <i>i.v.</i> ; dawka <i>s.c.</i> lub <i>i.v.</i> = 1/3 dawki <i>p.o.</i>) C) +/- METODY ANESTEZJOLOGICZNE			

KARTA DORAŻNEGO LECZENIA BÓLU				
	Czas	Czas	Czas	Czas
Natężenie bólu				
Nazwa leku				
Dawka				
Droga podania				
Efekt przeciwbólowy w spoczynku/podczas ruchu				
Częstość oddechów				
tętno				
RR				
SpO ₂				
Objawy niepożądane leku				

Kontynuacja leczenia

1. Zasady miareczkowania morfiny

- do miareczkowania morfiny stosuje się z reguły preparaty morfiny *p.o.* o szybkim uwalnianiu, krótko działające (roztwór wodny, np. 0,5/100,0; 1,0/100,0, tabl. Sevredol) lub preparaty *i.v.*,
- u chorych, którzy dotąd nie stosowali opioidu, rozpoczyna się od dawki jednorazowej 2,5–5 mg *p.o.*,
- u chorych, którzy stosowali wcześniej opioid, np. tramadol, z niedostatecznym skutkiem, rozpoczyna się od dawki jednorazowej 5–10 mg *p.o.*,

- te dawki *p.o.* można powtarzać 2–3-krotnie co 50–60 min do ustąpienia bólu lub wystąpienia działań niepożądanych,
- jeżeli ból ustąpi po podaniu morfiny *p.o.*, należy kontynuować leczenie w dawce skutecznej, podając ją *p.o.* co 4 godz., z dawką większą o 50% na noc,
- w razie nieskuteczności morfiny *p.o.*, należy rozpocząć miareczkowanie morfiny *i.v.* (dawki 0,5–1 mg co 5 min do ustąpienia bólu lub wystąpienia działań niepożądanych),
- po opianowaniu bólu należy kontynuować leczenie morfiną *i.v.* w pompie infuzyjnej, w początkowej dawce dobowej równej 6 dawkom skutecznym, lecz nie większej niż 30 mg/dobę.

Leczenie przewlekłe:

- droga podania – najbardziej dogodna dla pacjenta – najczęściej *p.o.* lub *s.c.* w bolusach co 4 godz. (z przerwą nocną, dawka wieczorna o 22.00 – zwiększona o 50%) lub wlew ciągły (dawka *s.c.* = 1/3 dawki *p.o.*); jeżeli chory przebywa na oddziale, należy pozostawić wenflon i podawać morfinę *i.v.* w razie zaostrzenia bólu.
- W bólu neuropatycznym dołącza się koanalgetyk (pregabalina lub gabapentyna, deksametazon), w bólu kostnym – niesteroidowe leki przeciwzapalne, np. ketoprofen.