

Niedostateczne leczenie bólu nowotworowego

Alysa Fairchild

Current Opinion in Supportive and Palliative Care 2010; 4: 11-15.

Dr Fairchild, Department of Radiation Oncology, University of Alberta, Cross Cancer Institute, 11560 University Avenue, Edmonton, Alberta, Kanada.

Adres do korespondencji:
Alysa Fairchild, BSc, PGDip (Epi), MD, FRCPC, Assistant Professor, Department of Radiation Oncology, University of Alberta, Cross Cancer Institute, 11560 University Avenue, Edmonton, Alberta, Canada;
e-mail: alysa.fairchild@albertahealthservices.ca

CEL PRACY

Mimo zaakceptowanych międzynarodowych wytycznych leczenia i dysponowania wieloma możliwościami zwalczanie bólu występującego w przebiegu nowotworu nadal jest niedostateczne. Przedstawiono czynniki ryzyka zastosowania niewłaściwego leczenia wraz z możliwymi wyjaśnieniami. Omówiono ostatnie badania dokumentujące skalę problemu i oceniające jego możliwe rozwiązania, zarysowano też zalecenia oparte na praktyce klinicznej.

OSTATNIE ODKRYCIA

W grupie obciążonej największym ryzykiem niedostatecznego leczenia bólu nowotworowego są kobiety w wieku powyżej 65 lat, należące do mniejszości kulturowych, chorujące na nowotwór we wcześniejszym stopniu zaawansowania, leczone w domu i mające wykształcenie najwyżżej średnie. Optymalne leczenie utrudniają: nieumiejętność dostosowania się chorych do sytuacji, nieprzestrzeganie zaleceń, zbyt rzadkie zgłaszanie problemu lub niewłaściwe porozumienie ze sprawującymi opiekę. Z punktu widzenia pracowników opieki zdrowotnej przyczynami mogą być natomiast: niewłaściwa ocena, nieodpowiednie udokumentowanie choroby, niedostateczna wiedza i nieprawidłowe porozumienie.

Coraz więcej danych potwierdza zasadnicze znaczenie właściwego zwalczania bólu. Chociaż łagodzenie bólu i poprawę jakości życia mogą ułatwić programy edukacji domowej, istnieją też mniej intensywne sposoby zindywidualizowanego leczenia holistycznie rozpatrywanego bólu.

PODSUMOWANIE

Konieczne jest przeprowadzenie prospektywnych badań oceniających przeszkody we właściwym zwalczaniu bólu, ponieważ większość opublikowanych doniesień oparto na badaniach obserwacyjnych. Leczenie należy dostosować indywidualnie, uwzględniając stan kliniczny i oczekiwania chorego, a celem postępowania powinno być zapewnienie jak najlepszego funkcjonowania i jakości życia.

SŁOWA KLUCZOWE

adekwatność, analgetyczny, ból nowotworowy, niedostateczne leczenie

WPROWADZENIE

Wprawdzie częstość występowania i nasilenie bólu nowotworowego różnią się w zależności od założeń badania, obrazu histopatologicznego, zaawansowania choroby i cech demograficznych, nie ulega wątpliwości, że leczenie z jego powodu jest niedostateczne.^{1,2,3} Na przykład w przeprowadzonym niedawno badaniu dolegliwości bólowe zgłaszało 64% chorych na nowotwór zaawansowany lub z przerzutami oraz 59% chorych poddawanych intensywnemu leczeniu przeciwnowotworowemu.⁴ Występowanie bólu w ciągu ostatnich 24 godzin zgłaszało 71% Australijczyków leczonych w szpitalu z powodu nowotworu łitego i 41% leczonych z powodu nowotworu układu krwiotwórczego, przy czym ból wywoływany przez nowotwory łite był silniejszy.⁵ Podczas badań dynamicznych, w tym badania Kirou-Mauro i wsp.,⁶ nie stwierdzono dostatecznego zmniejszenia odsetka niedostatecznie leczonych chorych zgłaszających się do ośrodków specjalizujących się w paliatywnej radioterapii w latach 1999-2006.

Na podstawie dużego badania przeprowadzonego w jednym ośrodku stwierdzono, że ból nowotworowy jest bezpośrednio związany z występowaniem nowotworu u ponad 70% chorych, z leczeniem z powodu nowotworu u 18%, u pozostałych zaś występuje niezależnie od tych przyczyn.³ Zgodnie z klasyfikacją autorów badania ból miał charakter somatyczny u 52% chorych, trzewny u 22%, neuropatyczny u 10%, a mieszany u 16%.³

Ból występujący w przebiegu nowotworu różni się od bólu z innej przyczyny tym, że w chwili ustalenia rozpoznania jest silny, po czym zmniejsza się w trakcie leczenia i wraz z osiągnięciem remisji.⁷ Jego zależność zarówno od leczenia, jak i od progresji choroby świadczy o konieczności częstej oceny jego nasilenia i zmiany postępowania po uzyskaniu odpowiedzi.⁸ U chorych, u których wyczerpano już wszystkie możliwości aktywnego leczenia, niemal nieuchronnie dochodzi do progresji nowotworu, a wraz z nią nasilenia bólu.⁹

Niedający się opanować ból wpływa na wszystkie aspekty życia (sen, pracę, wypoczynek, relacje z otoczeniem) zarówno chorych, jak i ich opiekunów.¹⁰ Jest to przyczyną niepotrzebnego cierpienia, gorszego radzenia sobie z chorobą, zakłócenia codziennej aktywności życiowej, a także coraz dłuższych lub częstszych pobytów w szpitalu.^{2,11} Osłabienie sprawności utrudnia rehabilitację i przeszkadza cieszyć się pozostałym życiem.¹ Ból może też opóźnić lub przerywać leczenie przeciwnowotworowe, co sprawia, że staje się ono mniej skuteczne.²

Większość omówionych niżej badań ma charakter opisowy, a ich wyniki oparto na kwestionariuszach wypełnianych przez chorych, ich opiekunów lub zajmujących się nimi pracowników opieki zdrowotnej, uwzględniając zastrzeżenia interpretacyjne. Badania opierają się na samoocenie i zdolności do przypominania sobie odczuwania bólu w przeszłości, możliwe jak

najdalej.² Niektóre informacje, np. przestrzeganie zaleceń, zależą od nastawienia i akceptacji społecznej.¹² Chorzy odczuwający aktualnie bóle o niewielkim nasileniu opisywali trudności z wyobrażeniem sobie pogorszenia w przyszłości, co mogło wpłynąć na udział w badaniu.¹³ Z udziału w prowadzonych dawniej badaniach wykluczano chorych bardzo wycieńczonych, obawiając się obciążeń związanych z włączeniem takich chorych do badania.¹³ Uczestnicy badań mogą bardziej szczegółowo rozmawiać o bólu z lekarzem prowadzącym niż pozostali chorzy.⁹ Ponadto nie odzwierciedlają oni szerszej populacji chorych na nowotwory, ponieważ są to na ogół kobiety w młodszym wieku, podczas gdy starsi mężczyźni znacznie częściej nie zgadzają się na udział w badaniu lub przerywają go przedwcześnie.¹³

CZYNNIKI RYZYKA NIEDOSTATECZNEGO LECZENIA

Występowanie bólu nie do opanowania częściej zgłaszają chorzy w wieku powyżej 65 lat.^{2,14} Kobiety opisują znacznie większe nasilenie bólu i są nieco mniej zadowolone z leczenia przeciwbólowego, a w jednym z badań ankietowych stwierdzono to, mimo że chore częściej otrzymywały silne leki z grupy opioidów.^{2,14,15} Również kobiety gorzej przestrzegają zasad przyjmowania leków przeciwbólowych, częściej zapominają o nich lub przerywają ich stosowanie, gdy tylko poczują się lepiej.¹² Chorzy z wykształceniem najwyższym częściej opisują większe nasilenie aktualnego lub typowego bólu niż osoby z wyższym wykształceniem.² Również w grupach mniejszości kulturowych obserwuje się wyższą punktację w skalach bólowych.^{2,14,16} Ponadto niedostatecznie mogą być leczeni chorzy z zaburzeniami funkcji poznawczych lub przyjmujący wiele innych leków.¹⁶

Wśród czynników związanych z chorobą są zasięg nowotworu, organizacja opieki oraz stan sprawności chorego. Na przykład często trudniej opanować ból u chorych bez przerzutów do narządów odległych.¹⁷ Właściwe leczenie bólu różni się w zależności od prowadzącego je ośrodka, bowiem chorzy leczeni w ośrodkach, które nie specjalizują się w onkologii, częściej zgłaszają występowanie bólu trudnego do opanowania niż chorzy leczeni w ośrodkach specjalistycznych.^{17,18} U chorych, których stopień samodzielności ocenia się na większy, często występuje ból uchodzący uwadze.^{15,17} Również rozbieżność między oceną nasilenia bólu przez lekarza a nasileniem opisywanym przez chorego zwiększa prawdopodobieństwo niewłaściwego leczenia przeciwbólowego.^{14,17}

W systematycznym przeglądzie badań, podczas którego adekwatność zwalczania bólu oceniano, posługując się Pain Management Index, średnio 43% chorych uważało się za niedostatecznie leczonych (26 opublikowanych doniesień¹⁷). Większy odsetek chorych z nie-

dostatecznie opanowanym bólem można było przewidzieć, jeśli badanie przeprowadzono w jednym z krajów Europy lub Azji, w którym dochód narodowy brutto na mieszkańca był niewielki, a doniesienie pochodziło sprzed 2001 r.^{17••}

DLACZEGO CHORZY SĄ LECZENI NIEDOSTATECZNIE?

Źródłem opinii chorych na temat stosowania leków tylko częściowo jest edukacja kliniczna.^{12••} Chorzy na nowotwór często oceniają przydatność leku przeciwbólowego również na podstawie własnych kryteriów, w zależności o wiedzy o własnej chorobie. Na postrzeganie bólu wpływają szerokie oddziaływania kulturowe i społeczne, co może utrudniać skuteczne postępowanie.⁵ Optymalne leczenie mogą utrudniać fałszywe przekonania, nieprzestrzeganie zaleceń, przekazywanie opiekunom zbyt skąpych informacji lub niewłaściwe porozumienie z nimi, czyli czynniki, które ostatnio były analizowane.^{19,20} Na rodzaj leczenia przeciwbólowego wpływają również opiekunowie.

Poglądy chorych bywają fatalistyczne, sądzą oni bowiem, że ból jest nieunikniony i niewiele można nań poradzić.¹³ Zbyt rzadko go zgłaszają, ponieważ chcą być uznawani za tzw. dobrych chorych.¹ Niekiedy jednocześnie opisuje się duże nasilenie bólu i zadowolenie z jego opanowania, co sugeruje, że chorzy zbyt mało wiedzą o leczeniu, by ocenić jego jakość.^{2••} Niekiedy natomiast zbyt rzadko zgłaszają występowanie bólu, obawiając się, że jest on oznaką progresji nowotworu.^{1,10} Inni boją się, że zapisywanie dodatkowych leków może skomplikować schemat postępowania.⁵

Do fałszywych przekonań należy obawa, że zbyt wczesne zastosowanie leków przeciwbólowych może osłabić ich skuteczność w przyszłości.¹⁰ Niekiedy chorzy zdają się całkowicie na metody alternatywne, których przydatności nie udowodniono,¹⁰ albo nie chcą być postrzegani jako domagający się leków.¹ Inni sądzą, że ich skargi na dolegliwości bólowe mogą odwracać uwagę lekarza od leczenia nowotworu.¹ Aż 75% chorych obawia się uzależnienia od leków, a 67% działań niepożądanych związanych z ich stosowaniem.^{5,10,21}

W przeprowadzonym niedawno badaniu dolegliwości bólowe zgłaszane przez kolejnych chorych leczonych w szpitalu oceniano za pomocą American Pain Society Patient Outcome Questionnaire.⁵ Warunki uczestnictwa spełniło 126 chorych, których mediana wieku wyniosła 56 lat, a 68% z nich stanowili mężczyźni. Oceniając ból w 10-stopniowej skali, 87% chorych uznało go za umiarkowanie nasilony lub silny. Ból odczuwało 71% chorych na nowotwory lite i 41% chorych na nowotwory układu krwiotwórczego. Co najmniej jeden lek przeciwbólowy zapisano 83,3% chorych, przy czym u 3% było ich co najmniej sześć, a 17% chorych nie otrzymało żadnego leku. Opioidy zalecono 47% chorych, a 8,7%

uzupełniające leki przeciwbólowe. Główną przyczyną nieprzestrzegania zaleceń postępowania były działania niepożądane leków. Chorzy odczuwający ból wykorzystali średnio 46,5% dostępnych leków przeciwbólowych w ciągu poprzednich 24 godzin w porównaniu z 62% wykorzystywanymi przez chorych, u których dolegliwości bólowe nie występowały.⁵ U chorych bardziej obawiających się uzależnienia od leków punktacja w skali bólowej była wyższa, co ciekawe jednak, nie odmawiali oni przyjmowania leków przeciwbólowych częściej niż pozostali.

Nieprzestrzeganie zaleceń mogło być spowodowane zapomnieniem, niedbalstwem, a także przerywaniem leczenia po poprawie lub pogorszeniu samopoczucia.^{12••} W Norwegii 174 chorych leczonych w trzyczęściowych ośrodkach onkologicznych wypełniło kwestionariusze oceniające przestrzeganie zaleceń oraz ból według Brief Pain Inventory (BPI).^{12••} Wśród nich 79% stanowiły kobiety, 35% miało średnie lub wyższe wykształcenie, u 43% występowały przerzuty, a 57% przebyło aktywne leczenie. Właściwe przestrzeganie zaleceń zgłosiło 21% chorych (wśród których 75% stosowało schematy leczenia o długotrwałym działaniu), 46% przestrzegało ich w znacznym stopniu, pozostali zaś w umiarkowanym stopniu. Najczęstszą przyczyną nieprzestrzegania zaleceń było zmniejszenie dolegliwości bólowych. Właściwe przestrzeganie zaleceń zgłaszali chorzy z bólami najbardziej uciążliwymi, o większym nasileniu, u których leki bardziej łagodziły ból, przyjmujący silne leki z grupy opioidów, chorzy mający trudności w chodzeniu oraz mężczyźni. Co ciekawe, chorzy obawiający się przyjmowania leków przeciwbólowych nie zawsze przestrzegali zaleceń, prawdopodobnie pod wpływem innych czynników, takich jak umiejętność radzenia sobie.^{12••} Swoiste dla leku przestrzeganie zasad jego stosowania wahało się w różnych badaniach od 59% (tramadol) do 91% (silne opioidy), natomiast nie przestrzegało zasad 33% chorych leczonych niewłaściwie.¹⁵

Na odpowiednie leczenie przeciwbólowe chorych na nowotwory wpływał profesjonalizm opiekunów. Za opiekę nad takimi chorymi bardziej odpowiadają obecnie członkowie rodziny niż kosztowni specjaliści lub nieliczne ośrodki opiekuńcze. Jednym z najtrudniejszych zagadnień związanych z właściwym zwalczaniem bólu jest wybór leku, jego dawki i czasu stosowania. Opiekunom brakuje niekiedy dostatecznego wykształcenia, by mogli dokonać odpowiedniego wyboru.^{5,11•} Często, podobnie jak chorzy, obawiają się stosowania leków przeciwbólowych z powodu ich działań niepożądanych, możliwości uzależnienia oraz tego, że narastanie bólu jest objawem progresji nowotworu.^{11•} W opisowym badaniu poświęconym działaniom mającym na celu łagodzenie bólu u chorych na nowotwory podejmowanym przez nieformalnych opiekunów osoby wiedzące o bólu więcej akceptowały znacząco mniej przeszkód odpowiedzialnych za niedostateczne leczenie przeciwbólowe.^{11•}

Opiekunowie niezaangażowani bezpośrednio w podejmowanie decyzji mogą nadal wpływać na wybór chorych, wygłaszając opinie potencjalnie przyczyniające się do konfliktu w rodzinie.²¹

DLACZEGO PRACOWNICY OPIEKI ZDROWOTNEJ LECZĄ NIEDOSTATECZNIE?

McNeill i wsp.^{2••} stworzyli schemat postępowania oceniający trzy główne przyczyny niedostatecznego leczenia przeciwbólowego: błędne podejście do faktów, błędy w leczeniu oraz błędy w edukacji chorego.

Błędne podejście do faktów polega na niedopytywaniu chorego o występowanie bólów lub niedostateczną wiarę w zgłaszane przez niego dolegliwości, co może się zdarzyć, gdy lekarz nie zwraca się bezpośrednio do chorego, lecz polega na własnej ocenie.^{22,23} Pracownicy opieki zdrowotnej nie zawsze właściwie interpretują znaczenie i wpływ doświadczania bólu.²⁴ Z powodu braku czasu mniejszą wagę przywiązuje się do oceny objawów niż do leczenia choroby zasadniczej.²¹ Zapisując leki przeciwbólowe, wielu lekarzy kieruje się raczej rokowaniem niż nasileniem dolegliwości, co jest niezgodne z wytycznymi WHO.^{8,21,23••} Niewykorzystywanie wiarygodnych, rzeczywistych i dostosowanych do poziomu kulturowego narzędzi przyczynia się do nierozpoznania bólu. Wiadomo, że odsetek chorych leczonych niewłaściwie znacząco różni się w zależności od stosowanych metod oceny.^{18,22} Nieudokumentowanie wpływu aktualnie podawanego leku na ból uniemożliwia wdrożenie właściwego postępowania.²⁴

Niestety, błędy w leczeniu bólu są nadal częste, a przyczyną ich popełniania może być niedostateczna znajomość klas leków, dróg ich podawania, schematów lub równoważnych dawek.^{3,24,26} Leczenie przeciwbólowe może nie uwzględniać patofizjologicznego mechanizmu bólu.³ Nie zawsze dołącza się uzupełniające leki przeciwbólowe lub metody nefarmakologiczne.^{2••,26} Rzeczywistą częstość uzależnienia chorych na nowotwory od opioidów szacuje się na 7,7%.⁷ Na niewłaściwe postępowanie wpływa też zaniedbanie aktywnego leczenia działań niepożądanych lub nieprawidłowa obserwacja chorego.^{8,23} Ponadto niektórzy lekarze niechętnie zapisują leki przeciwbólowe z uwagi na związane z tym przepisy prawne lub organizacyjne.²⁶

Niewłaściwe działania przeciwbólowe pracowników opieki zdrowotnej pogłębiają sami chorzy wiedzący zbyt mało o prawidłowym postępowaniu z powodu nieświadomości swego prawa do uśmierzenia bólu i stosowanych w tym celu metod. Edukacja chorych zmniejszy też ich nierealistyczne oczekiwania, również utrudniające opiekę nad chorymi u schyłku życia.²¹

Do czynników zewnętrznych przyczyniających się do nieskuteczności leczenia należą niedostateczne zapotrzebnienie aptek dotyczące liczby i rodzaju leków opioidowych, a także przepisywanie leków nieosiągalnych dla chorych.^{10,21}

TABELA

Powszechne zalecenia mające na celu udoskonalenie przeciwbólowego leczenia chorych na nowotwory		
Kategoria	Zalecenie	Wybrane pozycje piśmiennictwa
Optimalizacja oceny/ dokumentacji	Rutynowe stosowanie wiarygodnych standardowych skal, uwzględniających uwarunkowania kulturowe i językowe, w celu zminimalizowania stronniczości ocen i wykrycia informacji, które chorzy niechętnie przekazaliby spontanicznie Obserwacja po modyfikacji leczenia Wykluczenie progresji choroby przed zwiększeniem dawki leku, by zapobiec tolerancji leku lub uzależnieniu Wyłonienie i monitorowanie chorych obciążonych dużym ryzykiem niedostatecznego leczenia przeciwbólowego	1,5,15,23,24
Holistyczne podejście do leczenia	Zaznajomienie z aktualnymi wytycznymi leczenia przeciwbólowego Poszukiwanie przyczyn bólu i usunięcie przyczyn odwracalnych Zapewnienie leczenia o odpowiedniej dla natężenia bólu mocy Dostosowanie leku do mechanizmu powstawania bólu Ból ciągły wymaga podawania leków przez całą dobę z możliwością zastosowania dodatkowych dawek u chorych z bólami przebiegającymi Wybór wstępnej dawki opioidu należy oprzeć na nasileniu bólu i reakcji na dotychczasowe leczenie przeciwbólowe, najlepiej zastosować preparaty szybko działające Aktywne leczenie częstych działań niepożądanych (zapisywanie opioidu wraz z lekami pobudzającymi czynność jelita) Schematy o długim czasie działania sprzyjają przestrzeganiu zaleceń, ale trudniej miareczkować dawki leków Liberalne stosowanie dodatkowych lub uzupełniających leków przeciwbólowych pozwala zmniejszyć dawki opioidów i chroni przed ich działaniami niepożądanymi Postępowanie wielospecjalistyczne polega na włączeniu działań nefarmakologicznych, np. chirurgicznych, interwencyjnych lub radioterapii, rehabilitacji oraz innych działań wspomagających Gdy to konieczne, włączanie chorych do specjalistycznych programów przeciwbólowych lub opieki paliatywnej Leczenie zaburzeń emocjonalnych w celu utrzymania jakości życia, ponieważ czynniki psychologiczne modyfikują odczuwanie bólu Metody komplementarne lub alternatywne mogą poprawić dobre samopoczucie chorych	1,8,19,23
Optimalizacja edukacji/ porozumienia	Zachęcanie chorych i opiekunów do prowadzenia dzienniczka bólu okazywanego podczas każdej wizyty Chorych i opiekunów należy informować o przysługującym im prawie do skutecznego leczenia przeciwbólowego Zachęcanie współpracowników do optymalnych działań ukierunkowanych na dobro chorego Potwierdzenie zrozumienia instrukcji przez chorych i opiekunów Powtarzanie informacji tak często, jak to konieczne Upewnienie się, że opiekunowie są odpowiednio wyszkoleni, by podawać leki przeciwbólowe, by móc na nich polegać i podejmować właściwe decyzje Stosowanie nowych leków lub innych dawek jest szansą na uzyskanie nowego doświadczenia Wyraźne ustalenie, kto odpowiada za aktualne podawanie leków przeciwbólowych, zwłaszcza w przejściowych okresach sprawowania opieki, takich jak odstępianie od aktywnego leczenia Natychmiastowe informowanie osób oceniających dolegliwości bólowe chorego, np. lekarzy rodzinnych, pielęgniarki społeczne o zmianach leczenia, by zapewnić ciągłość opieki	2••,3,11•,13,23,26

CZY INTENSYWNA EDUKACJA CHOREGO SPRAWIA, ŻE NIEDOSTATECZNE LECZENIE STAJE SIĘ RZADSZE?

Van Der Peet i wsp.^{9•} oceniali, czy zastosowanie intensywnego przeciwbólowego programu edukacyjnego (pain education program, PEP), realizowanego w domu chorego przez pielęgniarki, wpłynie na złagodzenie bólu, pogłębienie wiedzy i poprawę jakości życia (quality

of life, QoL) chorych, zakładając, że chorzy bardziej świadomi będą lepiej przestrzegali zaleceń, a porozumienie z nimi będzie łatwiejsze. W badaniu uczestniczyło 120 dorosłych chorych leczonych ambulatoryjnie z powodu nowotworu w różnym stopniu zaawansowania, którzy ocenili swe dolegliwości bólowe na co najmniej 4/10 punktów. Przydzielono ich losowo do grupy będącej pod typową opieką lekarską lub do grupy poddanej PEP.

Działania PEP polegały na monitorowaniu bólu i innych dolegliwości, wyposażeniu w broszury, płytę kompaktową, prowadzeniu dzienniczka bólu oraz poinformowaniu chorego o konieczności skontaktowania się z pracownikiem opieki zdrowotnej, gdy okaże się konieczne skorygowanie leczenia. W 4 tygodniu chorzy z grupy PEP podali znacznie niższą punktację w BPI, ale poprawa ta nie utrzymała się do 8 tygodnia. Chorzy z grupy PEP, u których wyjściowa ocena bólu wyniosła co najmniej 7/10 punktów, zgłaszali znacznie mniejsze dolegliwości bólowe w obu punktach czasowych obserwacji. Nie obserwowano znamiennej różnicy w jakości życia, ale po 8 tygodniach chorzy z grupy PEP wiedzieli o bólu więcej. Chęć kontynuowania PEP i polecenia udziału w nim innym wyraziło 60% chorych. Wnioski autorów tego badania są następujące: chorzy i ich opiekunowie powinni jak najbardziej uczestniczyć w takim programie, w rozszerzaniu zakresu informacji i monitorowaniu bólu należy wykorzystywać kontakt telefoniczny, trzeba sformułować wyraźne instrukcje, kiedy chorzy powinni się kontaktować z lekarzem prowadzącym, wykorzystanie dzienniczka bólu ułatwia porozumienie.^{9*} W przeprowadzonym ostatnio przeglądzie systematycznym nie wyodrębniono jednak żadnych innych działań ze strony chorych, które mogłyby odegrać ważną rolę w złagodzeniu bólu.^{20*}

ZALECENIA

Opierając działania na zaakceptowanych wytycznych międzynarodowych, można osiągnąć uśmierzenie bólu u 70-95% chorych.^{2**},³,^{25**} Jeśli jednak pracownicy opieki zdrowotnej nie przywiążą odpowiedniej wagi do leczenia przeciwbólowego, trudno oczekiwać, by chorzy zrozumieli jego znaczenie.⁵ W tabeli przedsta-

wiono zalecenia zmierzające do zminimalizowania niedostatecznego postępowania przeciwbólowego, oparte na systemach McNeilla. Prawdopodobnie najważniejsze jest wypracowanie podejścia wielospecjalistycznego. Podczas badania porównującego zakres współpracy specjalistów w różnych dziedzinach z adekwatnością postępowania przeciwbólowego zespoły współdziałające szerzej i bardziej intensywnie uzyskiwały znamienne lepsze wyniki leczenia bólu niż zespoły współpracujące słabiej.²⁷

PODSUMOWANIE

Ból występujący w przebiegu nowotworu jest zbyt rzadko zgłaszany i niedostatecznie leczony.¹ Niepodejmowanie właściwych działań uśmierających ból jest spowodowane raczej nastawieniem i zachowaniami chorych oraz lekarzy niż brakiem możliwości leczenia.¹⁰ Postępowanie trzeba indywidualizować, opierając się na uwarunkowaniach klinicznych i życzeniach chorych. Pilnie należy podjąć prospektywne badanie, które wskaże przeszkody w stosowaniu i w uzyskiwaniu leczenia przeciwbólowego, ponieważ większość opublikowanych badań ma charakter opisowy i wykorzystano w nich własną ocenę chorych. Celem podejmowanych działań powinno być całkowite opanowanie bólu występującego u chorych na nowotwory, by maksymalnie zwiększyć ich sprawność i poprawić jakość życia.²³

Tłumaczenie oryginalnej angielskiej wersji artykułu z Current Opinion in Supportive and Palliative Care, March 2010; 4 (1):11-15, wydawanego przez Lippincott Williams & Wilkins. Lippincott Williams & Wilkins nie ponosi odpowiedzialności za błędy powstałe w wyniku tłumaczenia ani nie popiera i nie poleca jakichkolwiek produktów, usług lub urządzeń.

PIŚMIENICTWO

- szczególnie interesujące
- wyjątkowo interesujące

- 1 Levy M, Chwistek M, Mehta R. Management of chronic pain in cancer survivors. *Cancer J* 2008;14:401-409.
- 2 McNeill J, Sherwood G, Starck P. The hidden error of mismanaged pain: a systems approach. *J Pain Symp Manage* 2004;28:47-58.
- Przedstawiono znakomity schemat ułatwiający ocenę czynników powodujących niedostateczne zwalczanie bólu, a także rozwiązania, którymi można je zastąpić.
- 3 Gutsell T, Walsh D, Zhukovsky D, et al. A prospective study of the pathophysiology and clinical characteristics of pain in a palliative medicine population. *Am J Hosp Pall Care* 2003;20:140-148.
- 4 Van den Beuken-van Everdingen M, Rijke de J, Kessels A, et al. Prevalence of pain in patients with can-

- cer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007;18:1437-1449.
- 5 Cohen E, Botti M, Hanna B, et al. Pain beliefs and pain management of oncology patients. *Cancer Nurs* 2008;31:E1-E8.
- 6 Kirou-Mauro A, Hird A, Wong J, et al. Has pain management in cancer patients with bone metastases improved? A seven-year review at an outpatient palliative radiotherapy clinic. *J Pain Symp Manage* 2009;37:77-84
- Badanie dynamicznie oceniające odsetek chorych leczonych niedostatecznie w odniesieniu do paliatywnej radioterapii z powodu bólów kostnych wywołanych przerzutami.
- 7 Ballantyne J. Opioid misuse in oncology pain patients. *Curr Pain Head Rep* 2007;11:276-282.
- 8 Fitzgibbon D. Clinical use of opioids for cancer pain. *Curr Pain Headache Rep* 2007;11:251-258.
- 9 Van der Peet E, van den Beuken-van Everdingen, Patijn J, et al. Randomized clinical trial of an intensive nur-

- sing-based pain education program for cancer outpatients suffering from pain. *Support Care Cancer* 2009;17:1089-1099.
- Porównanie typowej opieki z postępowaniem polegającym na trzykrotnej wizycie pielęgniarki w domu chorego, mającej na celu wieloaspektowe postępowanie przeciwbólowe i podjęcie przeciwbólowego programu edukacyjnego, w którym uwzględniono wiedzę o bólu, jakość życia oraz zadowolenie z opieki.
- 10 Potter V, Wiseman C, Dunn S, et al. Patient barriers to optimal cancer control. *Psychooncology* 2003;12:153-160.
- 11 Vallerand A, Collins-Bohler D, Templin T, et al. Knowledge of and barriers to pain management in caregivers of cancer patients receiving homecare. *Cancer Nurs* 2007;30:31-37.
- Pierwsze duże badanie opisujące wpływ obaw niefachowych opiekunów na stosowanie w domu leków przeciwbólowych przez chorych na nowotwory.

- 12 Valeberg B, Miaskowski C, Hanestad B, et al. Prevalence rates for and predictors of self-reported adherence of oncology outpatients with analgesic medications. *Clin J Pain* 2008;24:627–636.
- Porównano zgłaszane przez chorych przeszkody w stosowaniu leków przeciwbólowych z opisanym przez nich przestrzeganiem zasad leczenia. Uzyskano ciekawe wyniki.
- 13 Ward S, Hughes S, Donovan H, et al. Patient education in pain control. *Support Care Cancer* 2001;9: 148–155.
- 14 Cleeland C, Gonin R, Hatfield A, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *NEJM* 1994;330:592–596.
- Opis częstości występowania bólu i niedostatecznego leczenia chorych cierpiących z jego powodu.
- 15 Enting R, Oldenmenger W, van Gool A, et al. The effects of analgesic prescription and patient adherence on pain in a Dutch outpatient cancer population. *J Pain Sympt Manage* 2007;34:523–531.
- 16 Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, et al. Management of pain in elderly patients with cancer: SAGE Study Group. Systematic assessment of geriatric drug use via epidemiology. *JAMA* 1998;279:1877–1882.
- 17 Deandrea S, Montanari M, Moja L, et al. Prevalence of undertreatment in cancer pain: a review of published literature. *Ann Oncol* 2008;19:1985–1991.
- Doskonały systematyczny przegląd największej serii badań poświęconych wykorzystaniu wskaźnika leczenia bólu jako czynnika wskazującego na niedostateczne leczenie.
- 18 Apolone G, Corli O, Caraceni C, et al. Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group. *Br J Cancer* 2009;100:1566–1574.
- 19 Mitera G, Fairchild A. Under-treatment of cancer pain. In: Merrick J, editor. *Bone metastases: advances in research and treatment*. Nova Science (in press).
- 20 Oldenmenger W, Sillevs Smitt, van Dooren, et al. A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: a critical appraisal. *Eur J Cancer* 2009;45: 1370–1380.
- Krytyczny przegląd opublikowanych działań edukacyjnych i innych skierowanych do chorych i pracowników opieki zdrowotnej, mających na celu zmniejszenie częstości niedostatecznego leczenia.
- 21 Jeon Y, Kim H, Cleeland C, et al. Clinicians' practice and attitudes toward cancer pain management in Korea. *Support Care Cancer* 2007;15:463–469.
- 22 Hjermstad M, Fainsinger R, Kaasa S. Assessment and classification of cancer pain. *Curr Opin Supp Pall Care* 2009;3:24–30.
- 23 Cleeland C. Treating cancer symptoms improves quality of life. Part II: treatment of pain. *Int J Pharm Med* 2000;14:92–94.
- 24 Anderson K. Assessment tools for the evaluation of pain in the oncology patient. *Curr Pain Headache Rep* 2007;11:259–264.
- 25 World Health Organization. *Cancer pain relief*. Geneva: World Health Organization 1986.
- Międzynarodowe wytyczne opisujące optymalne leczenie bólu nowotworowego, uznane za złoty standard.
- 26 Jacobsen R, Sjogren P, Moldrup C, et al. Physician-related barriers to cancer pain management with opioid analgesics: a systematic review. *J Opioid Manage* 2007; 3/4:207–214.
- 27 Martin-Rodriguez L, D'Amour D, Leduc N. Outcomes of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients. *Cancer Nurs* 2008;31:E18–E27