

Ocena przydatności definicji zaparcia stolca u chorych objętych opieką paliatywną według Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej

Assessment of the Usefulness of the Definition of Constipation in Palliative Care Patients according to Polish Society of Palliative Medicine

Tomasz Dzierżanowski¹, Aleksandra Ciałkowska-Rysz²

¹Hospicjum Onkologiczne FHO w Warszawie

²Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

Grupa robocza ekspertów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej na podstawie uzgodnionej opinii przyjęła definicję, zgodnie z którą zaparcie oznacza zmniejszoną częstość wypróżnień (poniżej 3 na tydzień) lub zgłaszane przez pacjenta dolegliwości, takie jak trudności w oddawaniu stolca, oddawanie stolców twardych lub z wysiłkiem, poczucie niepełnego wypróżnienia. Niniejsze badanie miało na celu sprawdzenie słuszności tej definicji, szczególnie w odniesieniu do częstości wypróżnień i praktycznych implikacji związanych z wtórną profilaktyką zaparć. W badaniu przeprowadzonym w grupie 265 chorych wykorzystano kwestionariusz oceny funkcji jelit. Wykazano silną ujemną korelację pomiędzy częstością wypróżnień a oceną trudności wypróżnień (współczynnik korelacji Spearmana $-0,67$; $p < 0,05$). Stwierdzono także znaczne nasilenie objawów subiektywnych, gdy liczba dni z wypróżnieniem była mniejsza niż 3 na tydzień oraz jeśli czas od ostatniego wypróżnienia wynosił więcej niż 2 dni. Sugeruje się, aby rozważyć wcześniejsze intensywne postępowanie zapobiegające wystąpieniu zaparcia stolca, jeśli częstość wypróżnień wynosi 3 na tydzień, oraz aby nie dopuszczać do wypróżnień rzadziej niż co drugi dzień.

Słowa kluczowe: zaparcie stolca, definicja, profilaktyka.

Abstract

The working group of the Polish Society of Palliative Medicine has worked out the definition of constipation (as an agreed experts' opinion), according to which constipation means decreased frequency of bowel movements to less than 3 per week or subjective patient's complaints, such as difficulty in defecation, hard stools, straining or incomplete bowel movements. This study was aimed to verify the definition, especially with reference to frequency of bowel movements and practical implications of secondary prophylaxis of constipation. In the study bowel function questionnaire was applied in 265 patients. It has been proved the strong negative correlation between frequency of bowel movements and assessment of difficulty in defecation (Spearman's rank correlation coefficient -0.67 ; $p < 0.05$), as well as significant worsening of subjective symptoms if number of days with defecation was less than 3 per week or if the time from the last bowel movements overcame 2 days. It is suggested to consider intensifying constipation prophylaxis if frequency of bowel movements is 3 per week and to avoid bowel movements less frequent than every second day.

Key words: constipation, definition, prophylaxis.

Adres do korespondencji:

Tomasz Dzierżanowski, Hospicjum Onkologiczne FHO, ul. Pileckiego 105, 02-781 Warszawa, tel. +48 601 33 40 01, e-mail: poczta@adiutus.pl

WPROWADZENIE

Zaparcie stolca, zgodnie z definicją przyjętą w podręcznikach, oznacza zbyt małą częstość wypróżnień (≤ 2 na tydzień) lub stolce twarde, oddawane z wysiłkiem, często z towarzyszącym uczuciem niepełnego wypróżnienia [1]. Nie jest jednostką chorobową, ale objawem, wynikającym w znacznym stopniu z zaburzeń motoryki przewodu pokarmowego.

Istnieje wiele definicji zaparcia stolca, co może być przyczyną znacznych różnic w danych epidemiologicznych i nieporozumień pomiędzy osobami sprawującymi opiekę nad chorymi, jak również w komunikacji z pacjentami. W zależności od przyjętej definicji i badanej populacji częstość występowania zaparcia u osób objętych opieką paliatywną wynosi od 32% do 87% [2], jednakże bezspornie stanowią one jeden z najczęstszych problemów u tych chorych [3], nierzadko niereagujący na standardowe postępowanie lecznicze.

Aż w 50% przypadków chorzy rozumieją zaparcie inaczej niż ich lekarze [4]. Najczęściej określają zaparcie jako nasilone napięcie się, poczucie niezpełnego wypróżnienia, nieskuteczną lub przedłużoną próbę defekacji, stolce twarde, a także jako zmniejszoną częstość wypróżnień.

Potrzebę ujednoczenia przyjętych definicji wyrażają Kryteria rzymskie III [5, 6]. Są one aktualną wykładnią rozpoznania zaparcia czynnościowego (tab. 1.). Aby rozpoznać zaparcie, warunki w nich wymienione muszą być spełnione przez ostatnie 3 miesiące, z początkiem objawów co najmniej przed 6 miesiącami. Kryteria te są nieprzydatne

Tabela 1. Kryteria rzymskie III rozpoznania zaparcia czynnościowego

1. Spełnione dwa lub więcej z następujących:
a) wysiłek podczas co najmniej 25% wypróżnień
b) grudkowate lub twarde stolce podczas co najmniej 25% wypróżnień
c) poczucie niezpełnego wydalenia podczas co najmniej 25% wypróżnień
d) poczucie zatwardzenia/blokady odbytnicy podczas co najmniej 25% wypróżnień
e) ręczne zabiegi ułatwiające co najmniej 25% wypróżnień (np. opróżnianie palcem, wspieranie dna miednicy)
f) mniej niż 3 wypróżnienia na tydzień
2. Luźne stolce są rzadko obecne bez użycia leków przeczyszczających
3. Niespełnione są kryteria zespołu jelita drażliwego
Warunki muszą być spełnione przez ostatnie 3 miesiące, z początkiem objawów co najmniej przed 6 miesiącami.

w zaawansowanym stadium choroby, z powodu zbyt krótkiego okresu przeżycia chorych i niemożności kilkumiesięcznej obserwacji. Dodatkowym ograniczeniem mogą być również trudności w uzyskaniu rzetelnej informacji, spowodowane zaburzeniami poznawczymi pacjenta.

CELE

Celem badania była odpowiedź na następujące pytania kliniczne dotyczące pacjentów objętych opieką paliatywną:

1. Jaki jest związek pomiędzy nasileniem subiektywnych objawów zaparcia a liczbą wypróżnień na tydzień oraz liczbą dni od ostatniego wypróżnienia?
2. Przy jakiej częstości wypróżnień występuje istotne nasilenie objawów zaparcia?
3. Czy przyjęta definicja zaparcia, jako liczba wypróżnień 2 lub mniej na tydzień, jest właściwa?

METODY

Badanie przeprowadzono w trzech ośrodkach (Fundacja Hospicjum Onkologiczne im. św. Krzysztofa w Warszawie, Zakład Medycyny Paliatywnej Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Pracownia Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi), z udziałem pacjentów objętych opieką stacjonarną, domową oraz ambulatoryjną, z wykorzystaniem kwestionariusza oceny funkcji jelit (KOFJ), narzędzia wdrożonego w celu poprawy rutynowej diagnostyki i monitorowania leczenia zaparcia stolca, zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej (PTMP). Kwestionariusz wypełniał przeszkolony lekarz lub pielęgniarka. Subiektywnej oceny objawów dokonywał pacjent, natomiast częstość wypróżnień podawał pacjent lub jego opiekun. Do subiektywnej oceny trudności wypróżnienia zastosowano jedenastopiniową skalę numeryczną od 0 (brak trudności) do 10 (skrajna trudność). Częstość wypróżnień określono jako liczbę dni, w których wystąpiło skuteczne wypróżnienie, w ciągu ostatnich 7 dni obserwacji.

Kwestionariusz oceny funkcji jelit był wypełniany rutynowo u wszystkich pacjentów objętych opieką paliatywną, z wyłączeniem pacjentów w stanie bardzo ciężkim oraz agonalnym, niezależnie od rozpoznania, w pierwszym dniu objęcia opieką, a także w trakcie kolejnych dni opieki, jeśli wymagane było monitorowanie stosowanego leczenia.

Badanie przeprowadzono po uzyskaniu pozytywnej opinii komisji bioetycznej, zgodnie z zasadami etycznymi zawartymi w Deklaracji Helsińskiej.

Kryteria włączenia

Do analizy włączono poprawnie wypełnione kwestionariusze, w których podano wszystkie analizowane parametry: subiektywną ocenę trudności wypróżnienia, liczbę dni z wypróżnieniem oraz liczbę dni od ostatniego wypróżnienia.

Analiza statystyczna

Badane parametry poddano analizie opisowej. Siłę liniowej zależności pomiędzy parametrami o charakterze porządkowym zbadano za pomocą korelacji rang Spearmana. Do sprawdzenia różnic średnich oceny trudności wypróżnienia pomiędzy grupami użyto testu χ^2 . Poziom istotności przyjęto jako $p < 0,05$.

Obliczenia wykonano w programie Statistica 9 oraz Microsoft Excel 2007.

WYNIKI

Struktura badanej grupy i wyniki ogólne

Do analizy włączono 265 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy, przez 128 kobiet i 137 mężczyzn, w wieku od 26 do 94 lat (średnia 68 lat; odchylenie standardowe 12 lat). W hospicjum stacjonarnym było leczonych 166 osób (63%), objętych opieką domową 41 osób (15%), a 56 (21%) pozostawało pod opieką poradni. Wśród mężczyzn najczęstszymi rozpoznaniem były rak płuca (34%) lub gruczolak krokowy (16%), wśród kobiet – rak płuca (22%) lub rak piersi (20%).

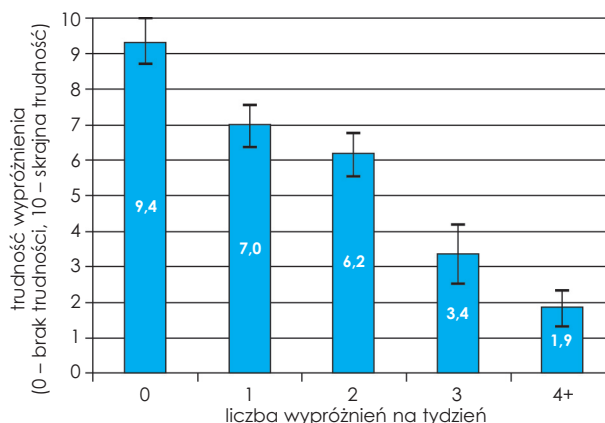
Średnia częstość wypróżnień wyniosła 2,9 (2,6–3,1) dni z wypróżnieniem w ciągu ostatniego tygodnia, jednak 54,3% badanych zgłosiło nie więcej niż 2 dni z wypróżnieniem na tydzień.

Średnia ocena trudności wypróżnienia w całej grupie ($n = 265$) wyniosła 4,8 (4,4–5,2). Trudność wypróżnienia na co najmniej 4 punkty w skali NRS 0–10 zgłosiło 57%, a znaczną trudność (ocena NRS 7–10) 35,5% pacjentów.

Związek pomiędzy oceną trudności wypróżnienia a częstością wypróżnień

Współczynnik korelacji Spearmana pomiędzy oceną trudności wypróżnienia a liczbą wypróżnień w opisanych grupach wyniósł $-0,67$ ($p < 0,05$).

Średnią subiektywną ocenę pacjenta trudności wypróżnienia w zależności od liczby dni ze skutecznym wypróżnieniem w ciągu ostatniego tygodnia przedstawiono na rycinie 1. W grupie pacjentów, u których nie wystąpiło ani jedno skuteczne wypróż-



Ryc. 1. Ocena trudności wypróżnienia w zależności od liczby wypróżnień na tydzień

nienie w ciągu ostatnich 7 dni, średnia ocena trudności wypróżnienia wyniosła 9,4 (8,7–10,0) i była istotnie wyższa od ocen w pozostałych grupach pacjentów ($p < 0,0001$). W grupach pacjentów, u których wystąpiło jedno lub dwa wypróżnienia na tydzień, średnie oceny trudności wypróżnienia wyniosły odpowiednio: 7,0 (6,4–7,6) oraz 6,2 (5,6–6,8), przy czym nie stwierdzono różnicy statystycznie istotnej pomiędzy tymi dwoma grupami ($p = 0,069$).

W przypadku 3 wypróżnień na tydzień średnia ocena trudności wypróżnienia wyniosła 3,4 (2,6–4,2) i była istotnie różna od średnich w poprzednich grupach ($p < 0,0001$), a także od średniej w grupie pacjentów, u których wypróżnienie nastąpiło co najmniej w ciągu 4 dni w ostatnim tygodniu ($p = 0,001$). W tej ostatniej grupie średnia ocena trudności wyniosła 1,9 (1,4–2,4).

Łącznie w grupie pacjentów, u których wystąpiły nie więcej niż 2 wypróżnienia w ciągu ostatniego tygodnia ($n = 144$), średnia ocena trudności wypróżnienia wyniosła 6,8 (6,3–7,2) i była istotnie wyższa niż w grupie pacjentów, u których wypróżnienia wystąpiły co najmniej 3 razy w ciągu ostatniego tygodnia ($n = 121$) – 2,4 (1,9–2,8), $p < 0,0001$. Szczegółowe wyniki zestawiono w tabeli 2.

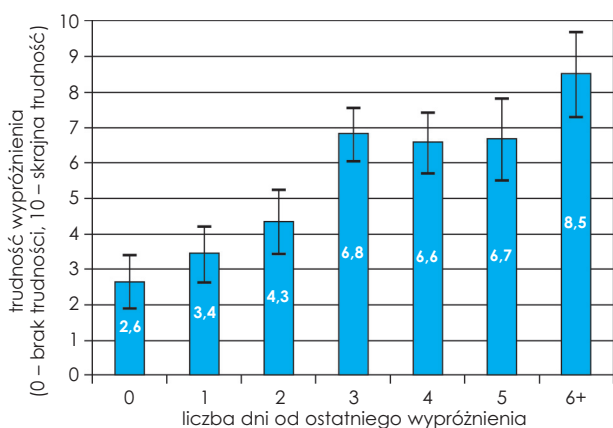
Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy wynikami u kobiet i mężczyzn, jak również pomiędzy pacjentami objętymi opieką domową, stacjonarną oraz ambulatoryjną.

Związek pomiędzy oceną trudności wypróżnienia a liczbą dni od ostatniego wypróżnienia

Na rycinie 2. przedstawiono średnie oceny trudności wypróżnienia w zależności od liczby dni od ostatniego wypróżnienia. Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy średnimi ocen trudności wypróżnienia w podgrupach pacjentów, u których upłynęło nie więcej niż 2 dni od ostatnie-

Tabela 2. Podsumowanie wyników oceny trudności wypróżnienia w zależności od częstości wypróżnień

Liczba wypróżnień na tydzień	Liczba pacjentów	Trudność wypróżnienia [0–10]	95% CI
0	8	9,4	8,7–10
1	71	7,0	6,4–7,6
2	65	6,2	5,6–6,8
3	42	3,4	2,6–4,2
4–7	79	1,9	1,4–2,4
ogółem	265	4,8	4,4–5,2

**Ryc. 2.** Ocena trudności wypróżnienia w zależności od liczby dni od ostatniego wypróżnienia

go wypróżnienia. W całej tej grupie ($n = 162$) średnia ocena wyniosła 3,4 (2,9–3,8), natomiast w grupie pacjentów, u których upłynęły co najmniej 3 dni od wypróżnienia ($n = 103$) – 7,0 (6,5–7,4) i stwierdzono istotną różnicę w stosunku do grupy do 2 dni od wypróżnienia ($p < 0,0001$). Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 3.

OMÓWIENIE

Badaniu poddano grupę o podobnej liczebności kobiet i mężczyzn, o szerokiej rozpiętości wieku, objętych głównie opieką stacjonarną. Rozkład częstości rozpoznania głównego, jak i podstawowe dane demograficzne nie odbiegają od danych epidemiologicznych dotyczących populacji pacjentów

objętych opieką paliatywną. Duża liczebność badanej grupy pozwoliła na wykazanie nawet niewielkich różnic przy wysokim stopniu istotności statystycznej.

Częstość wypróżnień w całej grupie badanej wyniosła średnio 3 dni z wypróżnieniem na tydzień, jednak ponad połowa pacjentów zgłosiła częstość wypróżnień poniżej 3 na tydzień, co jest wystarczające do rozpoznania zaparcia stolca zgodnie z aktualną definicją PTMP. Grupa Robocza Ekspertów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej przyjęła w 2009 r. definicję, zgodnie z którą zaparcie rozumie się jako zmniejszoną częstość wypróżnień (poniżej 3 na tydzień) lub zgłaszanie przez pacjenta dolegliwości, takich jak np. trudności w oddawaniu stolca, oddawanie stolców twardych lub z wysiłkiem, poczucie niepełnego wypróżnienia [7]. Definicja ta, przyjęta jako uzgodniona opinia ekspertów, ze względu na brak danych odnoszących się do pacjentów objętych opieką paliatywną nie różni się istotnie od tej przyjętej w chorobach wewnętrznych [1]. Podkreśla ona jednak wagę subiektywnych objawów zgłaszanych przez pacjenta, które wystarczą do ustalenia rozpoznania, także w sytuacji, kiedy częstość wypróżnień nie wskazywałaby na występowanie zaparcia.

Sama częstość wypróżnień nie jest w pełni miarodajna u pacjentów w zaawansowanym stadium choroby. U chorych tych, najczęściej wyniszczonych, z atonią jelita wynikającą z samej choroby, a także na skutek stosowanych opioidowych leków przeciwbólowych, nawet jeśli wystąpi wypróżnienie, to może ono być niewystarczające dla skutecz-

Tabela 3. Podsumowanie wyników oceny trudności wypróżnienia w zależności od liczby dni od ostatniego wypróżnienia

Liczba dni od ostatniego wypróżnienia	Liczba pacjentów	Trudność wypróżnienia [0–10]	95% CI
0	59	2,6	1,9–3,4
1	63	3,4	2,6–4,2
2	40	4,3	3,4–5,2
3	43	6,8	6,1–7,6
4	28	6,6	5,7–7,4
5	18	6,7	5,5–7,8
6+	14	8,5	7,3–9,7
ogółem	265	4,8	4,4–5,2

nego opróżnienia przewodu pokarmowego. Dlatego nawet przy prawidłowej częstotliwości wypróżnień pacjenci mogą zgłaszać objawy zaparcia stolca. Z drugiej strony, jeśli pacjent nie zgłasza żadnych dolegliwości związanych z zaleganiem lub oddawaniem stolca, natomiast częstota stolców jest zbyt mała, jak choćby właśnie w przypadku zaparć atonicznych, to ustalenie rozpoznania i odpowiednio wczesne wdrożenie odpowiedniego postępowania leczniczego (profilaktyka wtórna) ma istotne znaczenie w zapobieganiu wytworzeniu się kamieni kałowych. Dzięki temu przeciwdziała się zacpopowaniu się przewodu pokarmowego, a w następstwie tego rozwinięciu się niedrożności przewodu pokarmowego, utrudnieniu odpływu krwi i chłonki wskutek ucisku twardych mas kałowych na naczynia czy upośledzeniu wentylacji oddechowej z powodu uniesienia przepony.

Biorąc zatem pod uwagę subiektywną ocenę nasilenia trudności wypróżnienia, 57% chorych zgłosiło ocenę 4 lub więcej w skali NRS 0–10. Na uwagę zasługuje fakt, że aż u ponad jednej trzeciej pacjentów objętych badaniem nasilenie trudności wypróżnienia było znaczne lub skrajne (NRS 7–10). Powszechność występowania zaparcia stolca u pacjentów w zaawansowanym okresie choroby, wspomnianą we wprowadzeniu, potwierdzono w niniejszym badaniu. Mimo że ocenia się, iż dwie trzecie przypadków to zaparcia łagodne lub umiarkowane [8], to z reguły (w 85–95%) prowadzą one do obniżenia jakości życia związanej ze zdrowiem (*health-related quality of life*) [9], a także pociągają za sobą znaczne obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej [10].

Wykazano silny ujemny związek pomiędzy subiektywną oceną trudności wypróżnienia a liczbą wypróżnień (współczynnik korelacji Spearmana $-0,67$; $p < 0,05$). Większa trudność wypróżnienia wiąże się ze zmniejszoną częstotliwością wypróżnień.

Zgodnie z oczekiwaniami, jeśli w ciągu ostatniego tygodnia nie wystąpiło ani jedno wypróżnienie, to subiektywna ocena nasilenia trudności wypróżnienia była skrajnie wysoka. W miarę zwiększania się częstotliwości wypróżnień, trudność defekacji zmniejszała się. W grupie chorych, u których liczba dni z wypróżnieniem była niższa lub równa 2 na tydzień, trudność wynosiła średnio co najmniej 7 w skali NRS 0–10. W grupie chorych, u których wypróżnienia występują 4 lub więcej razy w tygodniu, trudność wypróżnienia, choć nieznaczna (NRS 2), to jednak występuje. Trzeba mieć na uwadze, że pacjenci objęci opieką paliatywną to chorzy wyniszczeni, dla których zwykle czynności życiowe wiążą się z wysiłkiem. Zatem ich ocena subiektywna trudności defekacji, nawet przy regularnym, codziennym wypróżnieniu, jest podwyższona (średnio 2 pkt w skali NRS 0–10). Już sam wiek i zniedołężnienie wiążą się z częstszym występowaniem

zaparcia stolca – u pacjentów z demencją lub po 75. roku życia zaparcie występuje dwukrotnie częściej [11].

Znamienne jest, że jeśli częstota wypróżnień wynosi 3 na tydzień, to już wtedy wzrasta subiektywna ocena trudności, choć zwykle jest niższa niż 4. Można zatem przyjąć, że choć zaparcia rozpoznaje się przy częstotliwości wypróżnień 2 i mniej na tydzień, to już częstota na poziomie 3 wypróżnień na tydzień może oznaczać pogorszenie się możliwości skutecznego wypróżnienia. Słuszne wydaje się wcześniejsze intensywne wdrożenie postępowania przeciwzaparciowego w tej grupie pacjentów, zgodnie z zaleceniami PTMP, aby nie doprowadzić do wystąpienia zaparcia i istotnego nasilenia objawów subiektywnych.

Zasadne wydaje się pytanie o czas od ostatniego wypróżnienia. Jeśli bowiem upłynęły 3 dni, to można się spodziewać zaparcia o znacznym nasileniu objawów subiektywnych (NRS 7). Praktyczną implikacją jest, by nie dopuszczać do braku wypróżnienia przez więcej niż 2 dni i zastosować zalecane środki i metody w celu wywołania wypróżnienia.

Definicja przyjęta przez PTMP nie podaje okresu obserwacji, do którego należy odnosić ocenę nasilenia objawów oraz częstotliwości wypróżnień. Z pewnością nie może on być tak długi, jak w kryteriach rzymskich. W przeprowadzonym przez autorów niniejszej pracy badaniu epidemiologicznym [12] z udziałem 192 pacjentów sprawdzano związek pomiędzy niektórymi objawami subiektywnymi a liczbą wypróżnień w ciągu ostatnich 7 dni obserwacji. Na podstawie uzyskanych wyników wykazano, że okres 7 dni wydaje się wystarczający i racjonalny w odniesieniu do potrzeby szybkiego rozpoznania zaparcia i podjęcia niezbędnych decyzji odnośnie do leczenia u osób z rokowaniem krótkiego przeżycia.

Warto zwrócić uwagę także na fakt pomijania przy rozpoznaniu zaparcia stolca czasu od ostatniego skutecznego wypróżnienia, co może decydować o nasileniu objawów. Zależność pomiędzy częstotliwością wypróżnień, czasem od ostatniego skutecznego oddania stolca oraz nasileniem objawów subiektywnych była przedmiotem niniejszego badania.

Odrębny problem dotyczy zalecenia przez PTMP stosowania skal do monitorowania nasilenia objawów subiektywnych. W momencie wydawania rekomendacji nie były dostępne standaryzowane narzędzia, skuteczne w codziennej praktyce. Autorzy niniejszego badania w innym opracowaniu podjęli się oceny dostępnych skal numerycznych (*numeric rating scales* – NRS), takich jak *Bowel Function Index* (BFI) [13] czy *PAC-SYM* (*The Patient Assessment of Constipation Symptoms*) [14]. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że BFI oraz PAC-SYM

są dobrze skorelowane z częstością wypróżnień oraz odznaczają się wzajemną zależnością liniową, jednakże ze względu na rozbudowaną strukturę oraz nieużyteczność niektórych pytań mogą być jednak nieprzydatne w codziennej praktyce. W celu rozpoznania zaporcia u pacjentów leczonych paliatywnie najbardziej wiarygodne okazało się pytanie o trudność wypróżnienia (w skali numerycznej 0–10) oraz o liczbę dni z wypróżnieniem w ciągu ostatnich 7 dni, dlatego w niniejszej pracy przyjęto 7-dniowe okresy obserwacji.

WNIOSKI

Na podstawie uzyskanych wyników można postawić następujące wnioski:

1. Przeprowadzone badanie potwierdza przydatność definicji zaporcia stolca wg PTMP u chorych w opiece paliatywnej, a ostatnie 7 dni do dnia badania jest wystarczającym okresem obserwacji do właściwego ustalenia rozpoznania.
2. Istnieje silna ujemna korelacja pomiędzy częstością wypróżnień a subiektywną oceną trudności wypróżnienia.
3. Liczba dni ze skutecznym wypróżnieniem wynosząca 2 lub mniej na tydzień istotnie wiąże się ze znaczną trudnością wypróżnienia.
4. W przypadku częstości wypróżnienia na poziomie 3 na tydzień należy rozważyć intensyfikację postępowania przeciwzaparciowego.
5. Brak wypróżnienia przez co najmniej 3 dni wiąże się z zaparciem o znacznym nasileniu objawów subiektywnych (NRS 7), dlatego należy wdrożyć takie postępowanie, które umożliwi wypróżnienie przynajmniej co drugi dzień.

PIŚMIENNICTWO

1. Szczeklik A. Choroby wewnętrzne. Medycyna Praktyczna, Kraków 2006; 707-708.
2. Larkin P.J., Sykes N.P., Centeno C. i wsp.; European Consensus Group on Constipation in Palliative Care. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. *Palliat Med* 2008; 22: 796-807.
3. Sykes N.P. The relationship between opioid use and laxative use in terminally ill cancer patients. *Palliat Med* 1998; 12: 375-382.
4. Rao S., rozdział 20. W: Yamada T. *Textbook of Gastroenterology*. Czelej, Lublin 2010.
5. Bharucha A.E., Wald A., Enck P., Rao S. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1510-1518.
6. Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D. i wsp. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1480-1491.
7. Leppert W., Dzierżanowski T., Ciałkowska-Rysz A. i wsp. Postępowanie u chorych z zaparciem stolca w medycynie paliatywnej – zalecenia Grupy Roboczej Ekspertów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej 2009. *Med Paliat* 2009; 1: 10.

8. Ueberall M.A., Mueller-Schwefe G. Opioid-induced constipation – a frequent and distressing side effect in daily practice affecting oral and transdermal opioid applications. *Eur J Pain* 2006; 10: S172.
9. Bell T., Milanova T., Grove G. i wsp. OBD symptoms impair quality of life and daily activities, regardless of frequency and duration of opioid treatment: results of a US patient survey (PROBE survey). *J Pain* 2007; 8: S71.
10. Annunziata K., Bell T. Impact of opioid-induced constipation on healthcare resource utilisation and patient functioning. *Eur J Pain* 2006; 10: S172.
11. Talley N.J., Jones M., Nuyts G., Dubois D. Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 1107-1111.
12. Dzierżanowski T., Ciałkowska-Rysz A., Jarosz J. Ocena dostępnych narzędzi diagnostycznych zaporcia stolca u pacjentów leczonych paliatywnie. *Med Paliat* 2010; 2: 81-91.
13. Meissner W., Leyendecker P., Meuller-Lissner S. i wsp. A randomized controlled trial with prolonged-release oral oxycodone and naloxone to prevent and reverse opioid-induced constipation. *Eur J Pain* 2009; 13: 56-64.
14. Slappendel R., Simpson K., Dubois D., Keininger D.L. Validation of the PAC-SYM questionnaire for opioid-induced constipation in patients with chronic low back pain. *Eur J Pain* 2006; 10: 209-217.