

# Charakterystyka bólu u pacjentów z chorobą nowotworową – analiza problemu w poradni leczenia bólu i medycyny paliatywnej

## *Pain characteristics in patients with cancer – analysis of the problems in pain management and palliative care*

Mariola Kosowicz<sup>1</sup>, Marta Kulpa<sup>1,2</sup>, Elwira Góraj<sup>3</sup>, Amelia Ciuba<sup>4</sup>, Beata Jadwiga Stypuła-Ciuba<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Poradnia Psychoonkologii, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy im M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa, Polska

<sup>2</sup>Studium Psychologii Zdrowia, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

<sup>3</sup>Klinika Diagnostyki Onkologicznej, Kardo-onkologii i Medycyny Paliatywnej, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy im M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa, Polska

<sup>4</sup>Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

## Streszczenie

**Wstęp:** Ból jest jednym z najczęstszych objawów towarzyszących chorobie nowotworowej i zarazem objawem, którego chorzy obawiają się najbardziej. Może mieć różne pochodzenie i charakter oraz być różnie odczuwany przez każdego pacjenta. Warunkiem skutecznego leczenia bólu jest rozpoznanie etiologii, rodzaju bólu oraz jego charakteru, co wymaga często zastosowania dodatkowych narzędzi do ilościowej i jakościowej oceny bólu odczuwanego przez pacjenta.

**Materiał i metody:** Badanie przeprowadzono podczas wizyty pacjentów w poradni leczenia bólu. Uwzględniono wywiad, dotychczasowe leczenie bólu, badanie fizykalne, ocenę nasilenia bólu za pomocą numerycznej skali NRS (ang. *numerical rating scale*) oraz kwestionariusza bólu McGilla stosowanego do oceny charakteru bólu odczuwanego w różnych wymiarach.

**Wyniki:** Przebadano 661 pacjentów w wieku 19–96 lat (średnia wieku 64 lata). Ból o wysokim nasileniu w skali NRS (7–10 pkt) zgłaszało 389 pacjentów, 214 pacjentów zgłaszało ból o średnim nasileniu w skali NRS (4–6 pkt), a 58 pacjentów odczuwało niskie nasilenie bólu w skali NRS (1–3 pkt). Najliczniejszą grupą byli pacjenci z bólem nowotworowym odczuwanym stale o zmiennym nasileniu (329 osób, 49,8%). Analiza bólu w aspekcie afektywnym i oceniającym wykazała, że najwyższe nasilenie bólu osiągał ból ostry i promieniujący oraz uciskający, rwący i piekący.

**Wnioski:** Ból jest problemem wielowymiarowym i chorobą samą w sobie. Pacjenci onkologiczni z przewlekłym bólem trwającym wiele tygodni bądź miesięcy mają problem z dokładną oceną swoich dolegliwości bólowych i przekazania tego w odpowiedni sposób lekarzowi w trakcie wizyty w gabinecie. Wielowymiarowa ocena bólu ułatwia postawienie trafnej diagnozy i wdrożenie leczenia farmakologicznego podstawowego oraz adjuwantowego dostosowanego indywidualnie do chorego. Skuteczna kontrola bólu podnosi jakość życia pacjenta, zmniejsza nasilenie objawów współistniejących, stabilizuje nastrój i zwiększa motywację do walki z chorobą.

**Słowa kluczowe:** ból przewlekły, ból nowotworowy, kwestionariusz oceny bólu, choroba nowotworowa.

## Abstract

**Introduction:** Pain is one of the most common symptoms accompanying cancer, and it is the symptom that patients fear the most. It can have different origins and nature, and be experienced differently by each patient. The key to effectively treat pain is to recognise the aetiology, type of pain, and its nature, which often requires the use of additional tools for the quantitative and qualitative assessment of the pain felt by the patient.

**Material and methods:** The examination was performed on the patients during treatment in the Pain Management Clinic. The study included an interview, details of previous pain treatment, physical examination of the patient, and an assessment of pain intensity using the NRS scale and the McGill Pain Questionnaire to evaluate the nature of the pain experienced in various dimensions. **Results:** A total of 661 patients aged 19–96 years (mean age 64 years) were examined. In total, 389 patients reported high pain on the NRS scale (7–10 points), 214 patients reported medium pain on the NRS scale (4–6 points), and 58 patients experienced low pain on the NRS scale

(1–3 points). The largest group of patients (329) were patients with cancer pain experienced constantly and with variable intensity (49.8% of patients). The analysis of pain in the affective and evaluative aspects showed that the highest pain intensity was sharp and radiating, as well as pressing, shooting, and burning pain.

**Conclusions:** Pain is a multidimensional problem and a disease in itself. Oncology patients with chronic pain have difficulty accurately assessing their pain and communicating it appropriately to the doctor during a visit to the office. Multidimensional pain assessment facilitates making an accurate diagnosis and implementing basic and adjuvant pharmacological treatment individually tailored to the patient. Effective pain control improves the patient's quality of life, reduces the severity of comorbid symptoms, stabilizes their mood, and increases their motivation to fight the disease.

**Key words:** chronic pain, cancer pain, self-assessment questionnaire, cancer.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Beata Jadwiga Stypuła-Ciuba, Klinika Diagnostyki Onkologicznej, Kardiologii i Medycyny Paliatywnej, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy, im M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa, Polska, e-mail: bciuba@coi.waw.pl

## WSTĘP

Ból jest jednym z najczęstszych objawów towarzyszących chorobie nowotworowej i zarazem objawem, którego chorzy obawiają się najbardziej. Może być jednym z pierwszych objawów nowotworu, występuje również w okresie diagnostyki, podczas leczenia przeciwnowotworowego oraz objawowego w zaawansowanym stadium choroby. Ból może występować także w okresie remisji i u osób wyleczonych z nowotworu, co najczęściej ma związek z konsekwencjami leczenia przyczynowego – chirurgicznego, radioterapii i chemioterapii. Ból u pacjenta z chorobą nowotworową stanowi bardzo duży problem medyczny, a w miarę postępu choroby odsetek osób cierpiących z powodu bólu zwiększa się [1, 2].

Definicja bólu według definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (ang. International Association for the Study of Pain) opisuje ból jako *nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia*. Definicja ta uwzględnia komponent sensoryczny i emocjonalny bólu, co wskazuje, że diagnostyka dolegliwości bólowych pacjenta musi być wielokierunkowa [1, 3].

Etiologia bólu u chorego na nowotwór jest złożona i wynika z patologicznych procesów komórkowych, tkankowych oraz systemowych wywołanych przez rozrastającą się tkankę nowotworową i przerzuty, a także w wyniku wzajemnego wpływu komórek nowotworowych na obwodowy i ośrodkowy układ nerwowy oraz układ immunologiczny chorego. Na poziom intensywności bólu mają wpływ zarówno histologiczny typ nowotworu, umiejscowienie ogniska pierwotnego i przerzutów, zaawansowanie choroby nowotworowej, rodzaj leczenia przeciwnowotworowego, rodzaj procedur medycznych i obecność cho-

rób współistniejących [1]. Ból u chorego na nowotwór pod względem patofizjologicznym ma charakter nocycyptywny, inaczej receptorowy (somatyczny, trzewny), oraz niereceptorowy, np. neuropatyczny. Ból u pacjentów z chorobą nowotworową ma najczęściej mieszany charakter, rzadziej występuje jako tylko ból receptorowy czy neuropatyczny. Ból u tej grupy pacjentów zwykle ma złożoną etiologię jako wynik współdziałania różnych mechanizmów, m.in. zapalnych, neuropatycznych, niedokrwienych i często występuje w kilku lokalizacjach [2–4].

Przewlekły ból stanowi specyficzny i wielopoziomowy problem terapeutyczny. Jest wypadkową nie tylko samego procesu chorobowego, ale również wynika z uwarunkowań osobowościowych i temperamentu oraz wielu czynników psychologicznych, społecznych, a nawet duchowych. Przewlekły ból w chorobie nowotworowej ze względu na długi okres trwania wpływa negatywnie na stan emocjonalny pacjenta, doprowadzając często do stanów przygnębienia, niepokoju, bezsenności i wyczerpania fizycznego. Problem bólu nowotworowego w dłuższej perspektywie czasu staje się także problemem społecznym, ponieważ zaczyna dotyczyć rodzinę i najbliższych chorego, niekorzystnie odbijając się na relacjach interpersonalnych i społecznych [5, 6]. W wielu badaniach klinicznych udowodniono, że przewlekły ból nowotworowy przyczynia się do zwiększenia dyskomfortu psychicznego pacjenta i do rozwoju zaburzeń lękowo-depresyjnych. Potwierdzono także odwrotne zależności. Niedostatecznie zdiagnozowany i leczony przewlekły ból nowotworowy obezwładnia pacjenta i wpływa na wszystkie sfery jego codziennego funkcjonowania poprzez obniżenie jakości życia, ograniczenie aktywności fizycznej, zaburzenie dotychczasowych interakcji rodzinnych, zawodowych i społecznych i powodowanie cierpienia psychicznego. Silny i przewlekły ból

w konsekwencji wieloaspektowego oddziaływania na pacjenta może przyczynić się do gorszego przebiegu choroby nowotworowej i zmniejszenia szans na remisję, a także do rozwoju myśli samobójczych bądź próśb o eutanazję [7–10].

Każdy pacjent odczuwa dolegliwości bólowe bardzo indywidualnie i u każdego pacjenta może być inna manifestacja bólu na poziomie sensorycznym, behawioralnym i poznawczo-emocjonalnym. W związku z tym aby uniknąć błędów niedoszacowania lub przeszacowania w ocenie bólu, każdy pacjent z chorobą nowotworową powinien mieć obowiązkowo prowadzoną ocenę nasilenia dolegliwości bólowych i zastosowane leczenie przeciwbólowe zgodnie z drabiną analgetyczną World Health Organization. Ból nowotworowy powinien być oceniany wielowymiarowo z uwzględnieniem jego rodzaju (receptorowy/niereceptorowy), etiologii, czasu trwania, lokalizacji, zależności emocjonalnych [11, 12].

Często pacjenci nie zgłaszają lekarzom swoich dolegliwości bólowych w obawie, że zwiastuje on progresję choroby, a czasem z przekonania, że ból jest naturalnym objawem choroby i należy próbować sobie z nim radzić bez leków przeciwbólowych [13]. Do tych czynników dochodzi również obawa przed lekami opioidowymi, które nadal są postrzegane przez pacjentów jako substancje uzależniające. Ból w chorobie nowotworowej bywa bardzo silny i zastosowanie słabiej działających ogólnodostępnych leków przeciwbólowych jest nieskuteczne, ale często wybierane przez pacjentów, co prowadzi do niekontrolowanego przyjmowania leków OTC (ang. *over the counter* – leki dostępne bez recepty) [3, 14]. Odraczenie wdrożenia właściwej terapii może prowadzić do rozwoju działań niepożądanych oraz rozwoju zaburzeń lękowo-depresyjnych z tendencjami suicydalnymi włącznie [3, 7, 15]. Dobry przepływ informacji między pacjentem, lekarzem i pielęgniarką (lub innym członkiem personelu medycznego) znacząco wpływa na rozpoznawanie problematyki bólu oraz skuteczne leczenie [16, 17].

Podstawą prawidłowego leczenia bólu jest właściwa i wnikliwa jego diagnostyka. Diagnostyka bólu nowotworowego standardowo opiera się na rozpoznaniu przyczyn i patomechanizmu bólu oraz ocenie jego natężenia. Często jednak okazuje się, że zakres diagnostyki w przypadku przewlekłego bólu związanego z chorobą nowotworową jest niewystarczający i konieczne jest uwzględnienie oceny czynników psychologicznych i społecznych wpływających na percepcję bólu i jakość życia pacjenta. W procesie oceny bólu ważne jest nie tylko określenie natężenia bólu, ale także tego, jak chory go odczuwa, widzi, opisuje i jaki rodzaj emocji przeżywa w związku z bólem. Ważne jest także systematyczne monitorowanie postępów leczenia bólu. W związku z powyższym ból w przebiegu choroby nowotwo-

rowej staje się czymś więcej niż tylko objawem, stanowi opis sytuacji i okoliczności, w których pacjent odczuwa ból [18–21].

## MATERIAŁ I METODY

Badaną grupę stanowili dorośli pacjenci Poradni Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej Państwowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Wszyscy badani cierpieli na przewlekły ból w przebiegu choroby nowotworowej. Badanie było dobrowolne i opierało się na pojedynczym pomiarze podczas wizyty w poradni. Wszyscy badani pacjenci byli wcześniej leczeni według drabiny analgetycznej, lecz zastosowany algorytm nie przyniósł efektu terapeutycznego, co było powodem zgłoszenia się do poradni. Wykorzystane narzędzia badawcze objęte są procedurami medycznymi kliniki. Do ostatecznej analizy statystycznej zakwalifikowano grupę pacjentów z przewlekłym bólem receptorowym i neuropatycznym wynikającym bezpośrednio z choroby nowotworowej. W przedstawionych analizach nie uwzględniono pacjentów skarżących się na ból przewlekły wynikający z chorób współistniejących.

Grupę pacjentów, u których na podstawie wywiadu przedmiotowego rozpoznano ból neuropatyczny, badano dodatkowo za pomocą kwestionariusza DN4 (fr. *douleur neuropathique en 4 questions*) [22]. Wyniki uzyskane za pomocą skali DN4 wskazały, że wszyscy pacjenci, u których zdiagnozowano ból neuropatyczny, osiągnęli wyniki w skali DN4 powyżej 4 pkt, co potwierdziło etiologię bólu. W prezentowanym badaniu nie uwzględniono jednak szczególnych wartości.

Badanie przeprowadzono podczas pierwszej wizyty w poradni. Badanie obejmowało wywiad kliniczny, analizę dotychczasowego leczenia choroby nowotworowej oraz bólu, badanie przedmiotowe pacjenta. W badaniu zastosowano kwestionariusze badawcze: numeryczną skalę NRS (ang. *numerical rating scale*) – do oceny natężenia bólu, oraz kwestionariusz jakościowej oceny bólu Melzack do oceny bólu na wymiarze sensorycznym i afektywnym [16, 17].

Celem badania była wielowymiarowa ocena bólu u pacjentów z chorobą nowotworową z uwzględnieniem charakteru bólu, jego komponentu sensorycznego, neuropatycznego i emocjonalnego.

Analizie poddano następujące zmienne: płeć, wiek, typ nowotworu, natężenie bólu, sensoryczny wymiar bólu, wymiar neuropatyczny i emocjonalny/oceniający ból. Intensywność bólu oceniano w 11-punktowej skali NRS 0–10, gdzie „0” oznacza „brak bólu”, a „10” oznacza „najgorszy ból, jaki można sobie wyobrazić”. Częstotliwość występowania dolegliwości bólowych określana była na skali

Tabela. 1. Częstość występowania bólu

Parametry	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne				
Stałe o jednakowym nasileniu	111	16,8	17,4	17,4
Stałe o zmiennym nasileniu	329	49,8	51,6	69,1
Prawie stałe	142	21,5	22,3	91,4
Częste	44	6,7	6,9	98,3
Rzadkie	8	1,2	1,3	99,5
Sporadyczne	3	0,5	0,5	100,0
Ogółem	637	96,4	100,0	
Brak danych				
Systemowe braki danych	24	3,6		
Ogółem	661	100,0		

6-punktowej z możliwością zaznaczenia kilku wymiarów jednocześnie: stałe o jednakowym nasileniu (ciągły ból), stałe o zmiennym nasileniu, prawie stałe, często (2/3 ×/tydzień), rzadko (2/3 ×/miesiąc), sporadycznie (kilka ×/rok).

Wymiar sensoryczny, afektywny/emocjonalny i subiektywny/oceniający ból określany był za pomocą kwestionariusza Melzack [15]. Pacjent zaznaczał określone przymiotniki podzielone na kategorie przekładające się na komponenty sensoryczne, afektywne i oceniające bólu. Zastosowanie kwestionariusza Melzack ułatwiało proces diagnostyczny pacjentów z bólem przewlekłym i jednoczesnym występowaniem zaburzeń lękowo-depresyjnych [23].

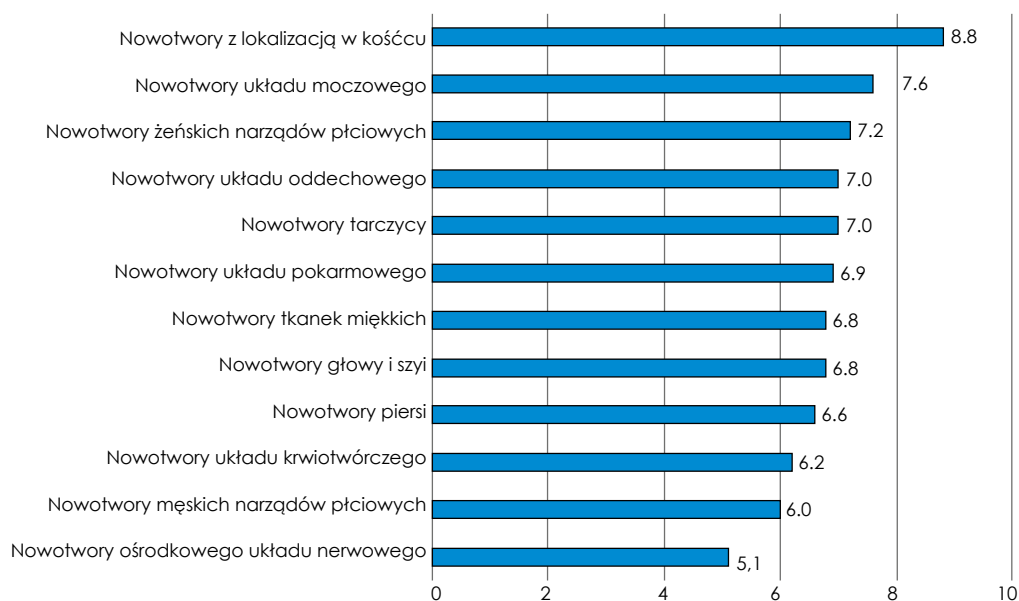
## WYNIKI

Przebadano 661 pacjentów w wieku 19–96 lat, średnia wieku 64 lata. W badanej grupie było 391 ko-

biet i 270 mężczyzn. Najliczniejszą grupę badanych pacjentów stanowiły kobiety z nowotworem piersi (23%), drugą grupą co do liczebności byli pacjenci z nowotworami układu pokarmowego (15,6%), a następnie mężczyźni z nowotworami męskich narządów płciowych (13,8). Najmniej licznymi grupami byli pacjenci z nowotworami ośrodkowego układu nerwowego (1,1%) oraz nowotworami tarczycy (1,4%).

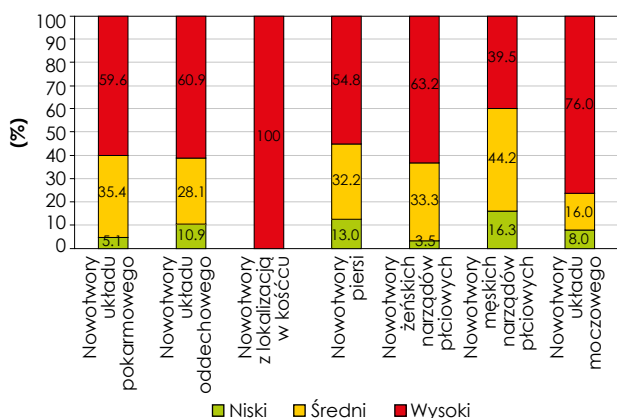
Przeważali pacjenci z bólem o wysokim nasileniu w skali NRS (7–10 pkt) – stanowili grupę 389 osób. Średnie nasilenie bólu w skali NRS (4–6 pkt) odczuwało 214 pacjentów, a niskie nasilenie bólu w skali NRS (1–3 pkt) odczuwało 58 pacjentów.

Analiza częstotliwości występowania bólu u pacjentów zgłaszających się do poradni leczenia bólu wykazała, że najliczniejszą grupą pacjentów (329, 49,8%) byli pacjenci z bólem nowotworowym odczuwanym stałe o zmiennym nasileniu. Ból prawie stałe odczuwało 142 pacjentów (21,5%). Najrzadszym powodem zgłoszenia do poradni leczenia bólu



Ryc. 1. Nasilenie bólu w odniesieniu do rodzaju nowotworu





**Ryc. 2.** Poziom bólu w zależności od umiejscowienia nowotworu

był ból odczuwany sporadycznie (0,5%) i rzadko (1,2%) (tab. 1).

Analiza nasilenia bólu w skali NRS w kontekście rodzaju nowotworu wykazała, że najwyższe nasilenie bólu występowało w chorobie nowotworowej z lokalizacją w kośćcu (guzy pierwotne i przerzuty do kości) i wynosiło 8,8 pkt NRS, nieco niższe nasilenie bólu występowało w nowotworach układu moczowego 7,6 pkt NRS. Najniższe nasilenie bólu występowało w nowotworach ośrodkowego układu nerwowego 5,1 pkt NRS, ale należy zaznaczyć, że jest to wartość przekładająca się na średnie nasilenie bólu (ryc. 1).

Analizy w zakresie różnic płciowych pacjentów w odniesieniu do nasilenia, charakteru bólu oraz częstotliwości jego występowania wykazały, że kobiety i mężczyźni nie różnili się istotnie w zakresie wyżej wymienionych zmiennych dotyczących odczuwanego bólu. U kobiet średnie nasilenie bólu wynosiło 6,77, a u mężczyzn 6,68. W odniesieniu do charakteru odczuwanego bólu nie stwierdzono istotnych różnic między kobietami i mężczyznami. Zarówno kobiety (53,2%), jak i mężczyźni (49,4%) jako najbardziej dokuczliwy zgłaszali ból stale występujący ze zmiennym nasileniem.

Analiza rodzaju nowotworów, z którym zgłaszały się kobiety i mężczyźni do poradni leczenia bólu wykazała, że u kobiet najczęstszą przyczyną bólu były nowotwory piersi, co stanowiło 37,6%, a następnie nowotwory układu rodnego – 14,6%, oraz nowotwory układu pokarmowego – 13,3%. U mężczyzn najczęstszą przyczyną bólu, z którym zgłaszali się do poradni, były nowotwory męskich narządów płciowych – 33%, a następnie nowotwory układu pokarmowego – 18,9%, oraz nowotwory układu oddechowego – 16,3%. Wyniki badań własnych wskazują, że u wszystkich pacjentów z chorobą nowotworową zlokalizowaną w kośćcu ból osiągał wartości 7–10 NRS, co oznacza wysokie nasilenie. U 76% pacjentów z chorobą nowotworową zlokalizowaną w narządach układu moczowego ból osiągał wartości 7–10 NRS, co oznacza wysokie nasilenie. U 63% pacjentek z nowotworem

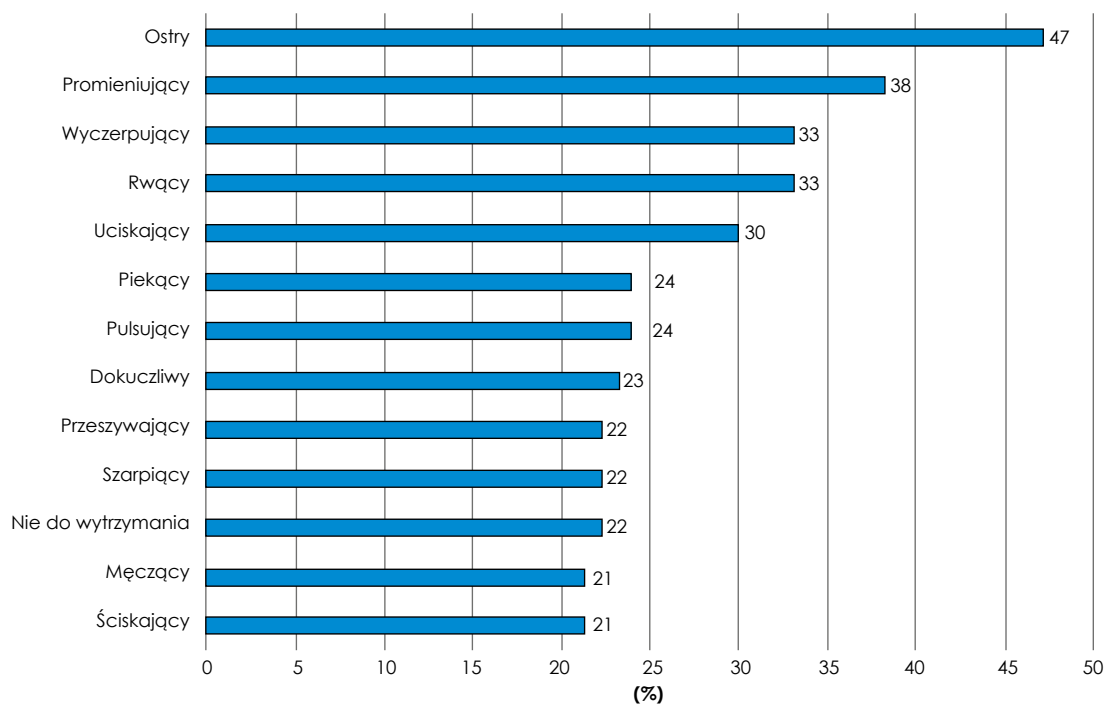
zlokalizowanym w żeńskim układzie rozrodczym ból osiągał wartości 7–10 NRS, co oznacza wysokie nasilenie. Niskie nasilenie bólu o wartości 1–3 NRS występowało u bardzo niewielu pacjentów. Wyniki wskazują, że większość pacjentów zgłaszających się do poradni leczenia bólu wymagała korekty dotychczasowego leczenia oraz jego intensyfikacji z powodu nie osiągnięcia kontroli bólu (ryc. 2).

Charakter bólu pacjenci oceniali, dobierając z listy kwestionariuszowej Melzack przymiotniki opisujące ból. Badani pacjenci zaznaczali określenia opisujące charakter odczuwanego przez nich bólu: ćmiący, przytępiony, tępy, ostry, pulsujący, tętniący, łupiący, wałący, drapiący, szczypiący, gryzący, szarpiący, elektryzujący, przenikający, promieniujący, przeszywający, strzelający, wiercący, drażniący, świdrujący, ściskający, skręcający, rżnący, uciskający, gniotący, zatykający, dławiący, miażdżący, ciągnący, rozpierający, rozrywający, rozsadzający, rozdzierający, palący, piekący, parzący, muskający, głuchy, kłujący, rwący, nużący, męczący, przygnębiający, wyczerpujący, niepokojący, straszny, potworny, okrutny, łagodny, znośny, dokuczliwy, dotkliwy, nieznośny, nie do wytrzymania. Modyfikacją badania była prośba, aby badani pacjenci określili nasilenie bólu w skali NRS 0–10, gdzie „0” oznacza „brak bólu”, a „10” oznacza „najsilniejszy jaki można sobie wyobrazić”. Modyfikację takiej oceny bólu zastosowano ze względu na fakt, że pacjenci zgłaszali odczuwanie wielu rodzajów bólu i każdy z nich często odczuwał inne nasilenie i uciążliwość. Umożliwiło to uniknięcie błędu diagnostycznego związanego z niedoszacowaniem lub pominięciem części składowych bólu, z którymi pacjent zgłosił się do poradni.

Rycina 3 przedstawia wykres ilustrujący najczęściej stosowane określenia rodzaju bólu zgłaszanego przez pacjentów w badanej grupie. Analiza bólu w aspekcie afektywnym i oceniającym wykazała, że najczęściej opisywano ból jako „ostry” i „promieniujący” oraz uciskający, rwący i piekący. Rycina ilustruje udział procentowy stosowania poszczególnych określeń przymiotnikowych dla bólu.

## DYSKUSJA

Ból stanowi zagadnienie nie tylko medyczne, ale także kliniczne, psychologiczne i społeczno-ekonomiczne. Ma wielowymiarowy charakter, na który składają się nocycepcja, percepcja, cierpienie i postawa wobec bólu oraz ekspresja behawioralna bólu [6, 23]. Ból jest jednym z najczęstszych i najbardziej niepożądanych objawów towarzyszących chorobie nowotworowej. Jest on następstwem choroby nowotworowej, jak i konsekwencją wdrożonych terapii onkologicznych, np. leczenia operacyjnego, chemio- czy radioterapii [19].



**Ryc. 3.** Najczęstsze określenia bólu z listy przymiotnikowej opisującej charakter bólu

Pacjenci onkologiczni z przewlekłym bólem trwającym wiele tygodni bądź miesięcy mają problem z dokładną oceną dolegliwości bólowych i przekazaniem tego w odpowiedni sposób lekarzowi w trakcie wizyty w gabinecie [3, 24]. Diagnostyka z użyciem kwestionariuszy oceniających charakter bólu, a nie tylko jego nasilenie jest bardzo cennym narzędziem, ułatwiającym zarówno pacjentowi, jak i lekarzowi ocenę etiopatogenezy bólu i trafne dobranie leczenia w celu uzyskania kontroli bólu. Wielowymiarowa ocena bólu ułatwia postawienie trafnej diagnozy i wdrożenie leczenia farmakologicznego podstawowego oraz adjuwantowego dostosowanego indywidualnie do chorego. Pogłębiona diagnostyka bólu umożliwia wykrycie wszystkich komponentów bólu, nie tylko sensorycznych, ale także afektywnych wymagających terapii psychologicznej i psychiatrycznej [10, 16, 17].

W badanej populacji 90% pacjentów miało średnie i wysokie nasilenie bólu wymagające natychmiastowej modyfikacji dotychczasowego leczenia i wdrożenia dodatkowych leków adjuwantowych. Pięćdziesiąt dziewięć procent pacjentów (389 osób) odczuwało ból o wysokim nasileniu w skali NRS (7–10 pkt), a 32% pacjentów zgłaszało średnie nasilenie bólu w skali NRS (4–6 pkt). Jedynie 8,7% pacjentów odczuwało ból o niskim nasileniu w skali NRS (1–3 pkt). Podobnie w badaniach zrealizowanych przez Krzyżanowskiego i wsp. stwierdzono, że aż 96% badanej populacji pacjentów z chorobą nowotworową odczuwała ból o nasileniu średnim lub silnym według skali NRS [23, 24].

Należy podkreślić, że we wszystkich rodzajach nowotworów, z którymi zgłaszali się pacjenci do po-

radni leczenia bólu, średnia bólu wynosiła powyżej 5 pkt w skali NRS, co wskazuje, że dotychczas nie osiągnięto wystarczającej kontroli bólu. Analiza bólu w aspekcie afektywnym i oceniającym wykazała, że najwyższe nasilenie bólu osiągał ból ostry i promieniujący oraz uciskający, rwący i piekący. Dolegliwości bólowe wymagały intensywnego leczenia analgetycznego i/lub modyfikacji dotychczasowego. Bardzo często charakter bólu oraz jego nasilenie powodowało konieczność włączenia leków adjuwantowych z grupy przeciwłękowych, przeciwdepresyjnych, przeciwpadaczkowych, nasennych.

Badani pacjenci wskazywali, że najbardziej dokuczliwy był ból występujący stale, ale mający zmienne nasilenie. Nasilenie bólu było najczęściej spowodowane przez wiele czynników, np. zwiększoną aktywność pacjenta czy zmianę temperatury otoczenia, jednak bardzo często pacjenci wskazywali, że trudno im było uchwycić czynniki wpływające na nasilenie się bólu. Ta grupa pacjentów stanowiąca aż 49,8% badanych zgłaszała także poczucie bezradności i bezsilności, a także cierpiąca z powodu bezsenności i zaburzeń nastroju. Pacjenci z bólem o zmiennym nasileniu trudnym do przewidzenia podawali, że mają poczucie bycia w ciągłej gotowości na pojawienie się silniejszego bólu i z tego powodu odczuwali stale występujący lęk i napięcie emocjonalne. Ta grupa częściej określała charakter odczuwanego bólu jako wyczerpujący, męczący, straszny, potworny, okrutny, nieznośny i nie do wytrzymania. Poczucie niepewności oraz brak możliwości wpływu na swoją sytuację są zmiennymi psychologicznymi znacząco obniżającymi jakość życia człowieka. Ból stale występujący, ale o zmiennym nasileniu odbie-

ra pacjentowi poczucie kontroli nad zdrowiem i życiem, zmniejsza się też jego sprawczość przejawiająca się przekonaniem pacjenta o tym, że jest bezradny i zależny od innych. Taki stan wpływa na obniżenie nastroju oraz pojawienie się zaburzeń lękowo-depresyjnych [11, 24–26]. Obserwacje wynikające z badań własnych są spójne z teorią psychologiczną dotyczącą salutogenezy i poczucia koherencji, według której dobrą jakością życia pomimo obciążeń zdrowotnych i środowiskowych osiąga się po spełnieniu trzech warunków w zakresie zrozumiałości, zaradności i sensowności [27]. Poczucie zrozumiałości dotyczy oceny bodźców obciążających w kontekście ich powtarzalności, przewidywalności i zrozumienia [27]. W przypadku bólu w chorobie nowotworowej poczucie zrozumiałości może zaistnieć, kiedy pacjent ma dobrą relację z lekarzem poradni leczenia bólu i ma możliwość dopytania o przyczyny swoich dolegliwości, co pozwala mu lepiej zrozumieć swoją sytuację. Poczucie zaradności to przekonanie człowieka, że poradzi sobie w danej sytuacji, ponieważ dysponuje odpowiednim wsparciem oraz posiada umiejętności zaradcze. W przypadku pacjentów z bólem w chorobie nowotworowej poczucie zaradności może się zwiększyć, kiedy pacjent ma możliwość prowadzenia monitoringu swoich dolegliwości oraz ma wpływ na stosowane leczenie przeciwbólowe. Pacjenci, którzy w porozumieniu z lekarzem mogą sami dozować sobie dodatkowo dawki leków przeciwbólowych, np. w przypadku bólu przebijającego, deklarują wyższe poczucie zaradności niż pacjenci, którzy nie mają takiej możliwości [28]. Paradoksalnie chorzy, którzy sami dozują lek „ratunkowy” przy gwałtownym nasileniu się bólu, mają mniej epizodów takiego bólu niż chorzy, których leczenie bólu przebijającego zależne jest wyłącznie od personelu medycznego [3, 6, 28]. Uważa się, że jednym z czynników wpływających na taki stan (poza medycznym) jest brak poczucia kontroli i sprawczości u pacjenta, co znacząco zwiększa u niego lęk. Poczucie sensowności wpływa na przekonanie, że podejmowane wysiłki mają sens i warte są zaangażowania [28]. W przypadku chorych z przewlekłym bólem dobra relacja lekarz-pacjent i edukacja pacjenta na temat jego dolegliwości i możliwości terapeutycznych dają silne poczucie sensowności, a także zwiększają motywację do współpracy terapeutycznej. Pacjenci z wysokim poczuciem koherencji są bardziej systematyczni w realizowanych zaleceniach terapeutycznych i bardziej skrupulatni w stosowaniu się do nich [27, 28].

Przewlekły ból o nasileniu powyżej 7 pkt oraz ból przebijający jest bólem, który bardzo obniża jakość życia na wszystkich poziomach. Wpływa negatywnie na rytm dobowy, powodując bezsenność, zaburzenia łaknienia i obniżenie napeędu psychoruchowego. Tak silny ból utrzymujący się przez

wiele tygodni wpływa także na stan emocjonalny pacjenta, wywołuje lęk i zaburzenia nastroju oraz obniża poczucie koherencji [5, 27]. U badanych pacjentów często stwierdzano współwystępowanie zaburzenia snu nocnego, obniżony nastrój i dysfориę. W związku z tym w celu osiągnięcia dobrej kontroli bólu bardzo często pacjenci byli dodatkowo objęci wsparciem psychologicznym i psychiatrycznym realizowanym w ramach zespołowej opieki w poradni leczenia bólu. Ponadto zaobserwowano, że pacjenci ze współistniejącymi zaburzeniami lękowo-depresyjnymi często zaznaczali wszystkie określenia przymiotnikowe dla bólu jako formę podkreślenia ich ogromnego cierpienia z powodu dolegliwości bólowych [5, 13].

Ból neuropatyczny lub receptorowy z komponentą neuropatyczną u pacjentów z chorobą nowotworową występuje dość często, ale nie każdy pacjent potrafi precyzyjnie określić charakter odczuwanego bólu, co może wkląć diagnostykę i leczenie. Szacuje się, że ten problem dotyczy większej liczby pacjentów z powodu współistnienia kilku rodzajów bólu. Ból neuropatyczny jest trudny do opisanego i z tego powodu jest niejednoznaczny w ocenie klinicznej. Prawidłowa diagnoza bólu neuropatycznego opiera się na dokładnym wywiadzie klinicznym, analizie objawów, ocenie charakteru bólu zgłaszanego przez chorego z zastosowaniem narzędzi do oceny bólu, badaniu fizykalnym i obrazowym [1, 2, 4, 11]. Ból neuropatyczny wykazuje kilka charakterystycznych cech, które należy uwzględnić w wywiadzie z pacjentem. Ból neuropatyczny to stały, palący ból, głęboko zlokalizowany, tępy lub kurczowy, z uczuciem silnego ucisku. Bólowi ciąglemu towarzyszą bóle napadowe, przebijające, zwykle krótkotrwałe, bardzo silne, porównywane z porażeniem prądem, napady pojawiają się spontanicznie lub w efekcie ruchu lub doznania zmysłowego [21]. Epizody napadowe są zazwyczaj o niejednorodnym nasileniu pomiędzy 5–10 pkt w skali NRS. Ból neuropatycznemu może towarzyszyć aura, hiperalgezia, allodynia, hipoalgezia. Często występują także deficyty ruchowe – osłabienie czucia, osłabienie siły mięśni i sprawności w obszarach zaopatrywanych przez uszkodzone nerwy. Stwierdza się również objawy zaburzeń współczulnych (obrzęki, zaburzenia naczynioruchowe, potliwość, zmiany troficzne). W badaniu własnym potwierdzono, że zastosowanie narzędzi ułatwiających opisanie przez pacjenta odczuwanego bólu jest bardzo pomocne w opiece nad chorym z bólem neuropatycznym [24]. Badani pacjenci cierpiący z powodu bólu neuropatycznego lub somatycznego z komponentą neuropatyczną często opisywali charakter odczuwanego bólu jako ostry, wyczerpujący, rwący łupiący i parzący, co świadczy o ich dużej uciążliwości. Chorzy ci wymagali oprócz włączenia leków zgodnie z drabiną

analgetyczną dodatkowo leków przeciwdepresyjnych i przeciwpadaczkowych. Podobny charakter bólu zgłaszali pacjenci z nowotworami tkanek miękkich i ośrodkowego układu nerwowego. Również pacjentki z nowotworem piersi często odczuwały ból z komponentą neuropatyczną. Często tacy pacjenci potrzebowali wsparcia psychologicznego. Dopiero kompleksowe leczenie przynosiło efekt terapeutyczny obniżający nasilenie bólu. Zastosowanie listy przymiotnikowej do określenia charakteru odczuwanego bólu oceniane było przez pacjentów jako bardzo pomocne, ponieważ często mieli problemy z nadaniem określenia dla odczuwanego bólu, a dzięki kwestionariuszowi było to znacznie łatwiejsze [22, 25, 28].

Prawidłowa diagnoza bólu u pacjenta z chorobą nowotworową powinna uwzględniać ocenę czynników medycznych, ale także musi uwzględniać wszystkie choroby współistniejące oraz funkcjonowanie emocjonalne i społeczne pacjenta. Do podobnych wniosków doszli Thapa i wsp., którzy zwrócili uwagę na fakt, że bólu nie powinno się oceniać jedynie w kategorii jego natężenia w oderwaniu od kontekstu choroby, pozostałych objawów współistniejących oraz funkcjonowania emocjonalnego pacjenta z chorobą nowotworową [26]. Taki kierunek diagnozy umożliwi trafne skonstruowanie planu leczenia bólu zawierającego leki analgetyczne zgodnie z drabiną analgetyczną, ale również pozwoli na włączenie leków adjuwantowych wykazujących działanie synergistyczne: przeciwłękowych, przeciwdepresyjnych, przeciwpadaczkowych [7, 9, 28].

Kontrola bólu podwyższa jakość życia pacjenta, zmniejsza nasilenie objawów współistniejących, stabilizuje nastrój, zwiększa motywację do walki z chorobą i współpracy z personelem medycznym.

## WNIOSKI

Dziewięćdziesiąt procent pacjentów, którzy zgłosili się po pomoc do poradni leczenia bólu, miało średnie i wysokie nasilenie bólu wymagające wnikliwej diagnostyki etiologii i charakteru bólu oraz natychmiastowej modyfikacji dotychczasowego leczenia oraz wdrożenia dodatkowych leków adjuwantowych. Ból o wysokim nasileniu, zwłaszcza przewlekły, przyczynia się do rozwoju zaburzeń adaptacyjnych, przeżywania wszechogarniającego cierpienia, zwłaszcza na poziomie emocjonalnym. Charakter odczuwanego bólu jest często trudny do opisanego przez pacjenta i z tego powodu wskazane jest stosowanie narzędzi do oceny bólu ułatwiających pacjentowi jego charakterystykę, jak np. kwestionariusz Melzacka.

Ból jest zagadnieniem nie tylko medycznym, ale także klinicznym, psychologicznym i społeczno-

-ekonomicznym. Przewlekły ból często zmusza do rezygnacji z pracy zawodowej, powoduje wzrost kosztów leczenia, naraża na długotrwałe przebywanie na zwolnieniu lekarskim, obniża wydolność finansową i społeczną pacjenta. Należy dołożyć wszelkich starań, aby pacjent nie cierpiał z powodu bólu w przebiegu choroby nowotworowej [3, 7, 28].

Ból o nasileniu powyżej 7 pkt w skali NRS, zwłaszcza przewlekły, czyli trwający powyżej 3 miesięcy, przyczynia się do rozwoju zaburzeń adaptacyjnych, przeżywania wszechogarniającego cierpienia, zwłaszcza na poziomie emocjonalnym.

Kontrola bólu podwyższa jakość życia pacjenta, zmniejsza nasilenie objawów współistniejących, stabilizuje nastrój, zwiększa poczucie koherencji u chorego oraz jego motywację do przestrzegania zaleceń lekarskich.

*Autorki deklarują brak konfliktu interesów.*

## PIŚMIENNICTWO

- Wordliczek J, Zajączkowska R. Mechanizmy powstawania bólu u chorego na nowotwór. W: Chory na nowotwór – kompendium leczenia bólu. Malec-Milewska M i wsp. (red.). Medical Education, Warszawa 2014, 17-30.
- Wordliczek J, Kotlińska-Lemieszek A, Leppert W i wsp. Farmakoterapia bólu u chorych na nowotwory – zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. *Ból* 2017; 18: 11-53.
- Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Zasady postępowania w zaostrzeniach bólu u chorych na nowotwory. *Med Paliat* 2016; 8: 1-8.
- WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents. Geneva: World Health Organization, 2018. Dostępne: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537492/> (cytowane: 10.12.2022).
- Swift A. The importance of assessing pain in adults. *Nurs Times* 2015; 111: 6-7.
- Ciałkowska-Rysz A, Graczyk M, Kazimierczak D. Palliative Medicine and Supportive Treatment Clinic – an innovative approach to specialist outpatient palliative care. *Organizational Standards of the Polish Society of Palliative Medicine. Med Paliat* 2022; 14: 1-8.
- Dzierżanowski T. Definitions of palliative care – narrative review and new proposal. *Med Paliat* 2021; 13: 187-200.
- Krzyżanowski D, Uchmanowicz I, Chybicka A, Mess E, Hawro R, Hawro B. Ocena nasilenia bólu, jego charakteru i stresu bólowego oraz prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Pol Med Rodz* 2004; 6: 85-92.
- Miller K, Massie MJ. Depressive disorders. *Psycho-oncolog*. 2010, 311-318.
- García-Foncillas J, Antón-Torres A, Caballero-Martínez F i wsp. Patient perspective on the management of cancer pain in Spain. *J Patient Exp* 2020; 7: 1417-1424.
- Dansie EJ, Turk DC. Assessment of patients with chronic pain. *Br J Anaesth* 2013; 111: 19-25.



12. Yoon SY, Oh J. Neuropathic cancer pain: prevalence, pathophysiology, and management. *Korean J Intern Med* 2018; 33: 1058-1069.
13. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S i wsp. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012; 13: e58-e68.
14. Nersesyan H, Slavin KV. Current approach to cancer pain management: availability and implications of different treatment options. *Clin Risk Manag* 2007; 3: 381-400.
15. Meehan E, Carter B. Moving with pain: what principles from somatic practices can offer to people living with chronic pain. *Front Psychol* 2021; 11: 630381.
16. Melzack R. The McGill pain questionnaire. *Anesthesiology* 2005; 103:199-202.
17. Belfer I. Nature and nurture of human pain. *Scientifica (Cairo)* 2013; 2013: 415279.
18. Anderson KO. Assessment tools for the evaluation of pain in the oncology patient. *Curr Pain Headache Rep* 2007; 11: 259-264.
19. Wordliczek J, Dobrogowski J. Leczenie bólu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 11-27.
20. Barros GAM, Calonego MAM, Mendes RF i wsp. The use of analgesics and risk of self-medication in an urban population sample: cross-sectional study. *Br J Anesthesiol* 2019; 69: 529-536.
21. Wordliczek J, Kotlińska-Lemieszek A, Leppert W i wsp. Pharmacotherapy of pain in cancer patients – recommendations of the Polish Association for the Study of Pain, Polish Society of Palliative Medicine, Polish Society of Oncology, Polish Society of Family Medicine, Polish Society of Anaesthesiology and Intensive Therapy and Association of Polish Surgeons. *Pol Przegl Chir* 2018; 90: 55-84.
22. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H i wsp. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005; 114: 29-36.
23. Krzyżanowski D, Uchmanowicz I, Chybicka A, Mess E, Król A. Ocena nasilenia problemów i potrzeb oraz bólu i stresu bólowego u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Pol Med Rodz* 2004; 6: 204-209.
24. Strang S, Ekberg-Jansson A, Henocho I. Experience of anxiety among patients with severe COPD: a qualitative, in-depth interview study. *Palliat Support Care* 2014; 12: 465-472.
25. Simmons CPL, Macleod N, Laird BJA. Clinical management of pain in advanced lung cancer. *Clin Med Insights Oncol* 2012; 6: 331-346.
26. Watson MS, Lucas CF, Hoy AM, Back JN. W: Opieka paliatywna. Kübler A (red.). Urban & Partner, Wrocław 2007.
27. Terelak JF, Krzesicka E, Małkiewicz M. Poczucie umiejscowienia kontroli i poczucie koherencji a strategię radzenia sobie ze stresem u kobiet chorych na raka piersi. *Studia Psychologica* 2009; 9: 21-44.
28. Jakubowska-Winięcka A, Włodarczyk D. Psychologia w praktyce medycznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.