

Ocena objawów u chorych na zaawansowanego raka płuca w opiece paliatywnej stacjonarnej i domowej

Symptom assessment in patients with advanced lung cancer at the in-patient palliative care unit and at home palliative care

Wojciech Leppert

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Wprowadzenie: Ocena objawów u chorych z zaawansowanym rakiem płuca (ZRP) stanowi ważne zagadnienie w opiece paliatywnej. Celem badania była ocena natężenia bólu i innych objawów u chorych z ZRP w opiece paliatywnej stacjonarnej i domowej.

Materiał i metody: Badanie prospektywne 50 chorych leczonych objawowo na oddziale medycyny paliatywnej (OMP, 25 chorych) i w domu, pod opieką hospicjum domowego (HD, 25 chorych). Natężenie bólu oceniano skalą wzrokowo-analogową (*visual analogue scale* – VAS), do oceny innych objawów zastosowano kwestionariusz EORTC QLQ C 30 i moduł dla raka płuca LC 13. W obydwu grupach chorych wykonano dwa pomiary jakości życia (JŻ), co 10 dni. W obu grupach chorych podobnie często rozpoznawano niedrobnokomórkowego (NDRP) i drobnokomórkowego (DRP) raka płuca.

Wyniki: Najczęściej występujące objawy w obydwu grupach chorych to: duszność (ponad 90% chorych), zmęczenie (90%), osłabienie (80%), zaparcie stolca (60%) i utrata apetytu (50%). W drugiej ocenie osłabienie uległo nasileniu na OMP, duszność i duszność w spoczynku były bardziej nasilone w HD, nasilenie krwiotłucia zmniejszyło się na OMP. Natężenie objawów ze strony układu pokarmowego nie uległo zmianie w obydwu grupach chorych, przy czym utrata apetytu była bardziej nasilona w HD. Natężenie bólu uległo zwiększeniu w grupie chorych OMP (wartości średnie VAS odpowiednio 6,4 i 7,12) i pozostało stabilne w grupie chorych HD (wartości średnie VAS odpowiednio 5,44 i 5,72).

Wnioski: Natężenie bólu było znaczne w obu grupach chorych i uległo zwiększeniu w grupie OMP. Postępowanie objawowe u chorych na ZRP powinno w większym stopniu uwzględniać intensywne leczenie duszności, zmęczenia, osłabienia, zaparcia stolca i utraty apetytu, a zwłaszcza dolegliwości bólowych.

Słowa kluczowe: ból, jakość życia, leczenie objawowe, opieka paliatywna, zaawansowany rak płuca.

Abstract

Introduction: Symptom assessment in patients with advanced lung cancer (ALC) is an important issue in palliative care. The aim of the study was to assess pain and other symptoms intensity in ALC patients treated at in-patient palliative care unit and at home.

Material and methods: A prospective study of 50 consecutive patients cared at in-patient palliative care unit (IPU, 25 patients) and at home hospice (HH, 25 patients). The following instruments were used: visual analogue scale (VAS) for pain, EORTC QLQ C 30 and LC 13 for other symptom assessment. Measurements were performed twice with 10 day interval in each patient group. The NSCLC and SCLC were equally frequently diagnosed in both groups.

Results: The most frequent symptoms in both patient groups were as follows: dyspnoea (over 90% of patients), fatigue (90%), weakness (80%), constipation (60%) and anorexia (50%). At the second evaluation weakness intensified at IPU, dyspnoea and dyspnoea at rest were more intense in HH, haemoptysis was less intense at IPU. The intensity of alimentary symptoms did not change in both groups but loss of appetite was more intense in HH. Pain intensified at IPU (mean

VAS 6.4 and 7.12), and was stable at HH (mean VAS 5.44 and 5.72) at the first and at the second assessment respectively.

Conclusions: The intensity of pain was significant in both patient groups and intensified at IPU. The symptomatic management of patients with ALC should incorporate more intense treatment of dyspnoea, fatigue, weakness, constipation, loss of appetite and above all pain.

Key words: advanced lung cancer, pain, palliative care, quality of life, symptomatic treatment.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Wojciech Leppert, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, os. Rusa 25A, 61-245 Poznań, tel./faks +48 61 873 83 03, e-mail: wojciechleppert@wp.pl

WPROWADZENIE

Ocena objawów u chorych na zaawansowanego raka płuca (ZRP) stanowi istotny element opieki paliatywnej. Rak płuca jest w Polsce najczęstszym u mężczyzn i drugim co do częstości występowania nowotworem u kobiet. Z powodu złych wyników leczenia (5 lat przeżywa 10–15% leczonych chorych) większość pacjentów w zaawansowanej fazie choroby trafia do opieki paliatywnej. Leczenie objawowe chorych na ZRP stanowi wyzwanie dla zespołów opieki paliatywnej z powodu częstych i niejednokrotnie trudnych do leczenia objawów ze strony układu oddechowego, zwłaszcza duszności, dolegliwości bólowych związanych z miejscowym wzrostem nowotworu w klatce piersiowej i rozsiaśaniem do układu kostnego [1]. U wielu chorych obserwuje się objawy kacheksji: utratę masy ciała, apetytu, osłabienie i zmęczenie [2]. Wymienione objawy znacząco pogarszają jakość życia (JŻ) chorych na ZRP [3]. W opublikowanej pierwszej części badań omówiono obserwowane zmiany w zakresie skal funkcjonowania (w tym funkcjonowania fizycznego, w rolach, społecznego, emocjonalnego, poznawczego i ogólnej JŻ) i problemów finansowych wg kwestionariusza EORTC QLQ C 30 oraz stanu sprawności wg skali Karnofsky'ego [4]. Celem niniejszej pracy była ocena zmian w zakresie natężenia objawów w dwóch grupach chorych na ZRP, objętych opieką paliatywną domową (hospicjum domowe – HD) i stacjonarną (oddział medycyny paliatywnej – OMP).

MATERIAŁ I METODY

Badanie miało charakter prospektywny i było prowadzone od stycznia do sierpnia 2008 r. Do badania włączono kolejnych 25 chorych objętych opieką paliatywną domową (pacjenci zakwalifikowani do hospicjum domowego) i 25 chorych objętych opieką paliatywną stacjonarną (przebywający na oddziale medycyny paliatywnej) z rozpo-

znaniem ZRP, leczonych wyłącznie objawowo. Do badania kwalifikowano zarówno chorych z rozpoznaniem niedrobnokomórkowego (NDRP), jak i drobnokomórkowego (DRP) raka płuca. W grupie chorych leczonych na oddziale wiek wahał się od 51 do 78 lat (średnia 65,96 ± 8,02), u 10 chorych rozpoznano NDRP, u 15 DRP; w badanej grupie było 13 kobiet i 12 mężczyzn. Wiek chorych leczonych w domu wynosił 47–83 lat (średnia 67,66 ± 10,66), u 14 chorych rozpoznano NDRP, u 11 DRP; w badanej grupie było 8 kobiet i 17 mężczyzn. Nie stwierdzono istotnych różnic w wieku, rozkładzie płci i rodzajach nowotworu (NDRP i DRP) pomiędzy badanymi grupami chorych. Warunkiem udziału w badaniu była zdolność do wypełnienia kwestionariusza narzędzi badawczych oraz prawidłowa komunikacja z osobą przeprowadzającą badanie.

Zastosowano następujące narzędzia badawcze: kwestionariusz oceny JŻ EORTC QLQ C 30 (*European Organization of Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire „core”*) [5] oraz moduł kwestionariusza EORTC przeznaczony dla chorych na raka płuca (*Lung Cancer – LC 13*) [6]. Do oceny natężenia bólu zastosowano skalę wzrokowo-analogową (VAS) [7], do oceny aktywności chorych zastosowano skalę Karnofsky'ego (KPS) [8]. Wśród chorych przebywających na OMP u 12 pacjentów rozpoznano ból kostny, u 7 ból neuropatyczny, u 6 ból w obrębie klatki piersiowej; spośród chorych objętych HD 10 odczuwało ból w obrębie klatki piersiowej, 8 ból kostny, 3 ból trzewny i 2 ból neuropatyczny; 2 pacjentów nie odczuwało bólu. Wszystkie narzędzia badawcze stosowano dwukrotnie: przy pierwszej oraz przy drugiej ocenie, przeprowadzonych w odstępie 10 dni. Wszyscy badani chorzy byli leczeni na Oddziale Medycyny Paliatywnej lub w Hospicjum Domowym przy Katedrze i Klinice Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Uzyskano zgodę Regionalnej Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu na prowadzenie badania. Wszyscy chorzy wyrazili zgodę na jego przeprowadzenie przed rozpoczęciem procedur badawczych.

WYNIKI

Potrzeba odpoczynku, zaburzenia snu, osłabienie, zmęczenie, mrowienia w obrębie kończyn i utrata włosów

W przypadku chorych przebywających na OMP, odpowiednio przy pierwszej i drugiej ocenie objawów, bardzo często potrzebowało odpoczynku 68% i 80% chorych, często 24% i 20% chorych, czasami 8% i 0% chorych, nigdy żaden chory (tab. 1.). Bardzo często trudności ze snem zgłaszało, odpowiednio przy pierwszej i drugiej ocenie objawów, 32% i 24% chorych, często 20% chorych, czasami 40% i 52% chorych, 8% i 4% chorych nigdy nie miało problemów ze snem.

Wśród chorych w HD podczas pierwszej i drugiej wizyty odpowiednio 76% i 92% badanych bardzo często potrzebowało odpoczynku. Bardzo często trudności ze snem podczas pierwszego i drugiego badania zgłaszało odpowiednio 20% i 80% chorych, często 32% i 16% chorych, 40% i 4% czasami, a 8% i 0% chorych nigdy nie miało trudności ze snem.

W opiece stacjonarnej podczas pierwszej i drugiej oceny osłabienie bardzo często zgłaszało odpowiednio 56% i 76% chorych, często 40% i 20% chorych, czasami 4% chorych, nigdy żaden chory. W opiece domowej natomiast osłabienie zgłaszało bardzo często 72% i 40% chorych, często 16% i 36% chorych, czasami 12% i 20%, nigdy 0% i 4% chorych.

W opiece stacjonarnej podczas pierwszej i drugiej oceny zmęczenie bardzo często zgłaszało odpowiednio 64% i 80% chorych, często 32% i 20% chorych, czasami 4% i 0% chorych, nigdy żaden chory. W opiece domowej natomiast zmęczenie zgłaszało bardzo często 64% i 32% chorych, często 32% i 36% chorych, czasami 4% i 20% chorych, nigdy 0% i 12% chorych.

Uczucie mrowienia w kończynach i wypadanie włosów w obydwu badanych grupach chorych występowały znacznie rzadziej, zarówno przy pierwszej, jak i drugiej ocenie objawów. W tabeli 2. przedstawiono średnie wyniki badanej grupy dotyczące nasilenia poszczególnych objawów. Nie stwierdzono różnic w nasileniu objawów przy pierwszym i drugim pomiarze u chorych w HD. U chorych na OMP zaobserwowano pogorszenie w zakresie osłabienia podczas drugiej oceny objawów.

Objawy ze strony układu pokarmowego

Spośród chorych na OMP 12% i 28% bardzo często odczuwało brak apetytu, odpowiednio przy pierwszej i drugiej wizycie (tab. 3.). Zdecydowana większość (72%) badanych nie skarżyła się na wymioty. Na zaparcie stolca występujące bardzo często skarżyło się 24% i 40% badanych chorych. Biegunki nie zgłaszało 88% i 100% badanych chorych. Problemy z połykaniem i ból w jamie ustnej lub ból języka nie stanowiły istotnego problemu.

Tabela 1. Natężenie objawów u chorych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową podczas pierwszej i drugiej wizyty, wg EORTC QLQ C 30 (pytania 1–4) i EORTC LC 13 (pytania 5, 6)

Skale objawów EORTC QLQ C 30 i EORTC LC 13	Opieka stacjonarna							
	nigdy [%]		czasami [%]		często [%]		bardzo często [%]	
	Wizyta							
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
1 potrzeba odpoczynku	0	0	8	0	24	20	68	80
2 trudności ze snem	8	4	40	52	20	20	32	24
3 osłabienie	0	0	4	4	40	20	56	76
4 zmęczenie	0	0	4	0	32	20	64	80
5 mrowienie nóg lub rąk	68	64	24	36	8	0	0	0
6 wypadanie włosów	80	84	16	12	0	0	4	4
Skale objawów EORTC QLQ C 30 i EORTC LC 13	Opieka domowa							
	nigdy [%]		czasami [%]		często [%]		bardzo często [%]	
	Wizyta							
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
1 potrzeba odpoczynku	0	0	20	0	4	8	76	92
2 trudności ze snem	8	0	40	4	32	16	20	80
3 osłabienie	0	4	12	20	16	36	72	40
4 zmęczenie	0	12	4	20	32	36	64	32
5 mrowienie nóg lub rąk	72	12	20	28	0	40	8	20
6 wypadanie włosów	82	80	8	8	4	6	6	6

Spośród chorych HD, odpowiednio przy pierwszej i drugiej wizycie, 28% i 40% bardzo często odczuwało brak apetytu. Większość (80% i 72%, przy pierwszej i drugiej ocenie) badanych chorych nie skarżyła się na wymioty. Na zaparcie stolca występujące bardzo często skarżyło się przy pierw-

Tabela 2. Zmiany nasilenia objawów u chorych objętych opieką stacjonarną i domową podczas pierwszej i drugiej wizyty, wg EORTC QLQ C 30 (pytania 1–4) i EORTC LC 13 (pytania 5, 6)

Skale objawów EORTC QLQ C 30 i EORTC LC 13		Opieka stacjonarna		Test-t	Wartość p
		pierwsza wizyta	druga wizyta		
		średnia	średnia		
1	potrzeba odpoczynku	3,60	3,80	-1,73	NS
2	trudności ze snem	2,76	2,64	0,65	NS
3	osłabienie	3,52	3,72	-2,45	< 0,05
4	zmęczenie	3,60	3,80	-2,00	NS
5	mrowienie nóg lub rąk	1,40	1,36	0,44	NS
6	wypadanie włosów	1,28	1,24	1,00	NS
Skale objawów EORTC QLQ C 30 i EORTC LC 13		Opieka dmowa		Test-t	Wartość p
		pierwsza wizyta	druga wizyta		
		średnia	średnia		
1	potrzeba odpoczynku	3,56	3,76	-1,55	NS
2	trudności ze snem	2,64	2,68	-0,24	NS
3	osłabienie	3,60	3,68	-0,53	NS
4	zmęczenie	3,60	3,56	0,23	NS
5	mrowienie nóg lub rąk	1,44	1,68	-1,81	NS
6	wypadanie włosów	1,32	1,28	1,00	NS

Tabela 3. Nasilenie objawów ze strony układu pokarmowego u chorych objętych opieką stacjonarną i domową podczas pierwszej i drugiej wizyty, wg EORTC QLQ C 30 (pytania 1–5) i wg EORTC LC 13 (pytania 6, 7)

Skale objawów EORTC QLQ C 30 i EORTC LC 13		Opieka stacjonarna							
		nigdy [%]		czasami [%]		często [%]		bardzo często [%]	
		Wizyta		Wizyta		Wizyta		Wizyta	
		1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
1	brak apetytu	28	28	28	20	32	24	12	28
2	nudności	56	44	32	36	4	12	8	8
3	wymioty	72	72	24	28	4	0	0	0
4	zaparcie stolca	8	4	24	24	44	32	24	40
5	biegunka	88	100	8	0	0	0	4	0
6	ból jamy ustnej lub języka	76	80	20	20	0	0	4	0
7	problemy z połykaniem	92	84	4	16	4	0	0	0
Skale objawów EORTC QLQ C 30 i EORTC LC 13		Opieka domowa							
		nigdy [%]		czasami [%]		często [%]		bardzo często [%]	
		Wizyta		Wizyta		Wizyta		Wizyta	
		1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
1	brak apetytu	12	16	28	12	32	32	28	40
2	nudności	44	40	40	28	8	20	8	12
3	wymioty	80	72	12	24	4	0	4	4
4	zaparcie stolca	16	20	20	24	24	24	40	32
5	biegunka	92	84	4	8	4	0	0	8
6	ból jamy ustnej lub języka	72	84	20	8	8	4	0	4
7	problemy z połykaniem	68	76	20	8	12	12	0	4

szej i drugiej ocenie 40% i 32% badanych chorych, biegunki nie zgłaszało odpowiednio 92% i 84% badanych chorych. Utrudnione połykanie i ból jamy ustnej lub języka występowały rzadko. W porównaniu nasilenia objawów za strony przewodu pokarmowego pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem, zarówno u chorych na OMP, jak i HD, nie stwierdzono istotnych różnic (tab. 4.).

Objawy ze strony układu oddechowego

Wśród pacjentów na OMP podczas pierwszej i drugiej wizyty duszność, jako bardzo częsty objaw, zgłaszało 24% i 32% chorych (tab. 5.). Duszność w czasie odpoczynku bardzo często występowała u 12% i 28% chorych, natomiast w czasie spaceru u 44% i 64% pacjentów, odpowiednio przy pierwszej i drugiej ocenie. W czasie wchodzenia po schodach duszność występowała u prawie wszystkich chorych (bardzo często 80% i 84%) podczas pierwszej i drugiej wizyty. U niewielkiego odsetka (4%) badanych chorych kaszel pojawiał się bardzo często, natomiast 80% i 92% chorych przy pierwszej i drugiej ocenie nigdy nie odkasztuszało krwi.

Wśród pacjentów HD podczas pierwszej i drugiej wizyty duszność bardzo często zgłaszało odpowiednio 16% i 40% chorych. Duszność bardzo często w czasie odpoczynku występowała u 24% i 32%

chorych, natomiast duszność w czasie spaceru u 52% i 60% chorych, odpowiednio przy pierwszej i drugiej ocenie. W czasie wchodzenia po schodach duszność występowała bardzo często u 72% i 68% chorych podczas pierwszej i drugiej wizyty, kaszel bardzo często zgłaszało 16% i 20% chorych, większość pacjentów (72% i 84%) nigdy nie odkasztuszała krwi.

Krwioplucie u chorych na OMP było mniej nasilone podczas drugiej oceny (zakres wartości średnich 1,24–1,08). U chorych HD podczas drugiej wizyty nasilenie duszności (średnia wartość 3,12) i duszności podczas odpoczynku (średnia wartość 2,84), było większe w porównaniu z pierwszą oceną (wartości średnie wynosiły 2,52) (tab. 6.).

Ocena natężenia bólu

Porównując natężenie bólu u chorych na OMP przy pierwszej i drugiej ocenie, zaobserwowano istotną różnicę. Średnie natężenie bólu wg skali VAS zwiększyło się z 6,4 przy pierwszej wizycie do 7,12 przy drugiej ocenie. Porównując natężenie bólu u chorych HD przy pierwszej i drugiej ocenie, nie stwierdzono istotnej różnicy. Średnie natężenie bólu przy pierwszej wizycie wg skali VAS wynosiło 5,44, a przy drugiej 5,72. U chorych HD natężenie bólu było więc mniejsze (tab. 7.).

Tabela 4. Porównanie natężenia objawów ze strony układu pokarmowego u chorych objętych opieką stacjonarną podczas pierwszej i drugiej wizyty, wg EORTC QLQ C 30 (pytania 1–5) i wg EORTC LC 13 (pytania 6, 7)

Skale objawów EORTC QLQ C 30 i EORTC LC 13		Opieka stacjonarna		Test-t	Wartość p
		pierwsza wizyta	druga wizyta		
		średnia	średnia		
1	brak apetytu	2,28	2,52	-1,81	NS
2	nudności	1,64	1,84	-2,00	NS
3	wymioty	1,32	1,28	0,44	NS
4	zaparcie stolca	2,84	3,08	-1,54	NS
5	biegunka	1,20	1,00	1,55	NS
6	ból jamy ustnej lub języka	1,32	1,20	0,90	NS
7	problemy z połykaniem	1,12	1,16	-0,57	NS
Skale objawów EORTC QLQ C 30 i EORTC LC 13		Opieka domowa		Test-t	Wartość p
		pierwsza wizyta	druga wizyta		
		średnia	średnia		
1	brak apetytu	2,76	2,96	-1,31	NS
2	nudności	1,80	2,04	-1,54	NS
3	wymioty	1,32	1,36	-0,37	NS
4	zaparcie stolca	2,88	2,68	1,04	NS
5	biegunka	1,12	1,32	-1,15	NS
6	ból jamy ustnej lub języka	1,36	1,28	0,81	NS
7	problemy z połykaniem	1,44	1,44	0,00	NS

Tabela 5. Nasilenie objawów ze strony układu oddechowego u chorych objętych opieką stacjonarną i domową podczas pierwszej i drugiej wizyty, wg EORTC QLQ C 30 (pytania 1, 2) i wg EORTC LC 13 (pytania 3–6)

Skale objawów EORTC QLQ C 30 i EORTC LC 13	Opieka stacjonarna							
	nigdy [%]		czasami [%]		często [%]		bardzo często [%]	
	Wizyta							
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
1 duszność	4	4	32	24	40	40	24	32
2 kaszel	20	16	56	60	20	20	4	4
3 krwiotłucie	80	92	16	8	4	0	0	0
4 duszność w czasie odpoczynku	8	0	32	28	48	44	12	28
5 duszność podczas spaceru	0	0	20	16	36	20	44	64
6 duszność podczas wchodzenia po schodach	0	0	0	0	20	16	80	84

Skale objawów EORTC QLQ C 30 i EORTC LC 13	Opieka domowa							
	nigdy [%]		czasami [%]		często [%]		bardzo często [%]	
	Wizyta							
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
1 duszność	12	4	40	20	32	36	16	40
2 kaszel	20	24	48	32	16	24	16	20
3 krwiotłucie	72	84	20	16	8	0	0	0
4 duszność w czasie odpoczynku	16	8	40	32	20	28	24	32
5 duszność podczas spaceru	4	8	16	12	28	20	52	60
6 duszność podczas wchodzenia po schodach	4	8	0	0	24	24	72	68

Tabela 6. Porównanie nasilenia objawów ze strony układu oddechowego u chorych objętych opieką stacjonarną i domową podczas pierwszej i drugiej wizyty, wg EORTC QLQ C 30 (pytania 1, 2) i wg EORTC LC 13 (pytania 3–6)

Skale objawów EORTC QLQ C 30 i EORTC LC 13	Opieka stacjonarna		Test-t	Wartość p
	pierwsza wizyta	druga wizyta		
	średnia	średnia		
1 duszność	2,84	3,00	-1,28	NS
2 kaszel	2,08	2,12	-0,44	NS
3 krwiotłucie	1,24	1,08	2,14	< 0,05
4 duszność w czasie odpoczynku	2,64	3,00	-1,98	NS
5 duszność podczas spaceru	3,24	3,48	-1,66	NS
6 duszność podczas wchodzenia po schodach	3,80	3,84	-0,44	NS

Skale objawów EORTC QLQ C 30 i EORTC LC 13	Opieka domowa		Test-t	Wartość p
	pierwsza wizyta	druga wizyta		
	średnia	średnia		
1 duszność	2,52	3,12	-5,20	< 0,05
2 kaszel	2,28	2,40	-1,00	NS
3 krwiotłucie	1,36	1,16	2,00	NS
4 duszność w czasie odpoczynku	2,52	2,84	-2,14	< 0,05
5 duszność podczas spaceru	3,28	3,32	-0,23	NS
6 duszność podczas wchodzenia po schodach	3,64	3,52	0,90	NS

Tabela 7. Porównanie natężenia bólu ocenianego wg skali wzrokowo-analogowej (VAS) u chorych w opiece paliatywnej stacjonarnej i domowej podczas pierwszej i drugiej wizyty

Natężenie bólu wg skali VAS	Średnia	Test-t	Wartość p
opieka stacjonarna pierwsza wizyta	6,40		
opieka stacjonarna druga wizyta	7,12	-3,52	< 0,05
opieka domowa pierwsza wizyta	5,44		
opieka domowa druga wizyta	5,72	-0,44	NS

OMÓWIENIE

Dokonanie właściwej oceny nasilenia objawów stanowi konieczny warunek skutecznego leczenia objawowego w opiece paliatywnej. W pracy poddano analizie częstość występowania objawów u chorych na ZRP leczonych w HD i na OMP, ocenianych kwestionariuszami EORTC QLQ C 30 i EORTC QLQ LC 13, narzędziami o zadowalających własnościach psychometrycznych i zaadoptowanymi do warunków polskich [5, 6, 9]. W uprzednim opracowaniu analizowano wyniki skal funkcjonowania EORTC QLQ C 30 i stanu sprawności chorych wg skali Karnofsky'ego [4].

Postępująca choroba nowotworowa jest często powodem narastającego zmęczenia. Na OMP potrzebę odpoczynku, osłabienie i zmęczenie zgłaszali wszyscy chorzy, w HD odpowiednio wszyscy, 96% i 88% chorych. Podobnie wysoki odsetek chorych (ponad 90%) na OMP i HD zgłaszał zaburzenia snu. Znacznie rzadziej obserwowano objawy typowe dla chemioterapii (mrowienie rąk i nóg, wypadanie włosów), co jest zrozumiałe, biorąc pod uwagę, iż chorzy nie otrzymywali leczenia cytostatykami w trakcie badania. W ocenianej grupie objawów jedyną zmianą było większe nasilenie osłabienia przy drugiej ocenie u chorych na OMP.

W ocenie dolegliwości ze strony układu pokarmowego najczęstszymi objawami były utrata apetytu i zaparcie stolca w obydwu grupach chorych, przy czym nasilenie anoreksji było większe u chorych z HD. Zwraca uwagę niewielkie nasilenie zaburzeń połykania, bólu jamy ustnej, biegunki i wymiotów w obydwu grupach pacjentów, co również można wiązać z tym, że chorzy nie byli w czasie badania poddawani chemioterapii czy radioterapii, które mogłyby wywołać powyższe objawy. Nasilenie objawów ze strony przewodu pokarmowego nie uległo zmianie w drugiej ocenie w obydwu grupach chorych.

W zakresie objawów ze strony układu oddechowego oceniano częstość występowania duszności,

kaszlu i krwioplucia. W obydwu grupach chorych duszność była najczęściej zgłaszanym objawem. U chorych przebywających na OMP krwioplucie uległo zmniejszeniu przy drugiej ocenie, jednak objaw ten występował rzadko w obydwu grupach chorych (zakres wartości średnich 1,24–1,08). U chorych w HD nasilenie duszności i duszności podczas odpoczynku zwiększyło się przy drugim pomiarze. Duszność w czasie wysiłku i wchodzenia po schodach były bardzo częstymi objawami w obydwu grupach chorych, rzadziej natomiast obserwowano kaszel.

Jednym z najczęstszych objawów nowotworu płuca są dolegliwości bólowe. Natężenie bólu wg skali VAS u chorych na OMP przy pierwszej ocenie wynosiło średnio 6,4, a po 10 dniach średnio 7,12 (różnica istotna); w HD, odpowiednio, 5,44 i 5,72 (brak różnic). Uzyskane wyniki wskazują na niedostateczne leczenie bólu, zwłaszcza u chorych na OMP, co mogło być związane z częstszym występowaniem bólu neuropatycznego w tej grupie chorych oraz faktem, że część chorych w HD nie odczuwała bólu [10]. Natężenie bólu było większe w czasie drugiej obserwacji u chorych na OMP, co – obok wysokich średnich wartości natężenia bólu w skali VAS – wskazuje na nieskuteczną analgezję w tej grupie chorych.

Wydaje się, że istotny wpływ na pogorszenie ogólnej jakości życia i stanu sprawności chorych oraz niskie wartości w zakresie skal funkcjonowania EORTC QLQ C 30 [4] miały często występujące objawy: potrzeba odpoczynku, osłabienie, zmęczenie, utrata apetytu, zaparcie stolca, duszność i ból [11–13]. Wśród objawów, które uległy pogorszeniu przy drugiej ocenie, u chorych na OMP należy wymienić osłabienie i ból; w HD były to duszność i duszność w czasie odpoczynku; krwioplucie uległo poprawie na OMP [14].

Uzyskane wyniki należy interpretować z ostrożnością, ponieważ badanie nie miało charakteru kontrolowanego, a liczba badanych chorych była stosunkowo niewielka. Wykazano jednak niedostateczną skuteczność leczenia objawowego chorych na ZRP, co miało negatywny wpływ na skale funkcjonowania i stan sprawności pacjentów [4]. O ile trudności związane ze skuteczną terapią większości najczęstszych objawów (osłabienia, zmęczenia, utraty apetytu, zaparcia stolca i duszności) są zrozumiałe, o tyle niepokojące są efekty leczenia przeciwbólowego, zwłaszcza u chorych przebywających na oddziale. W jednym z przeprowadzonych badań nie uzyskano zadowalającej analgezji u 82% (616 spośród 752) chorych leczonych cytostatykami z powodu zaawansowanego NDRP, co w konsekwencji istotnie pogorszyło ogólną JŻ pacjentów [15].

Nasilenie najczęstszych objawów było podobne w obydwu grupach chorych leczonych na oddziale i w domu, jedynie nasilenie utraty apetytu było większe u chorych leczonych w warunkach domowych. Wydaje się, że pogorszenie w zakresie nasilenia duszności u chorych przebywających w domu sugeruje gorsze efekty leczenia tego dokuczliwego objawu w warunkach domowych. W świetle uzyskanych wyników celowe jest kontynuowanie oceny nasilenia objawów u chorych na ZRP w większych grupach chorych, w badaniach o charakterze kontrolowanym.

WNIOSKI

1. Wysoki odsetek chorych w opiece stacjonarnej (96–100%) i domowej (68–96%) ocenił zmęczenie jako objaw częsty lub bardzo częsty. Osłabienie często i bardzo często zgłaszało 96% chorych w opiece stacjonarnej i 76–88% w opiece domowej, objaw był bardziej nasilony w drugiej ocenie u chorych przebywających na oddziale.
2. Do najczęstszych objawów ze strony układu pokarmowego w obydwu grupach chorych należały utrata apetytu i zaparcie stolca, przy czym natężenie anoreksji było większe u chorych w opiece domowej; nasilenie objawów nie uległo zmianie przy drugiej ocenie w obydwu badanych grupach chorych.
3. W zakresie objawów ze strony układu oddechowego najczęściej obserwowano duszność, która występowała u 96% chorych w opiece stacjonarnej i u 88–96% chorych w opiece domowej. W drugiej ocenie duszność i duszność w czasie spoczynku nasiliły się u chorych w domu, natężenie krwiotłucia zmniejszyło się u chorych przebywających na oddziale.
4. Średnie natężenie bólu wg skali VAS uległo zwiększeniu się przy drugiej wizycie u chorych w opiece stacjonarnej, u chorych w opiece domowej natężenie bólu było mniejsze i pozostało stałe.
5. Ponad 70% chorych odczuwających często i bardzo często zmęczenie, osłabienie i duszność oraz wysokie średnie wartości natężenia bólu wg skali VAS świadczą, iż są to częste objawy u chorych na ZRP, których skuteczność leczenia pozostaje niedostateczna.

w chorobie nowotworowej. Meyza J. (red.). Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997; 99-104.

3. Basińska B., Wojtacki J., Majkowicz M. Jakość życia u pacjentów z nowotworem oskrzeli i płuca. W: Jakość życia w chorobie nowotworowej. de Walden-Galuszko K., Majkowicz M. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 120-130.
4. Leppert W. Jakość życia chorych na zaawansowanego raka płuca objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową. *Medycyna Paliatywna* 2010; 2: 25-34.
5. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. i wsp. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ – C 30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *J Natl Cancer Institute* 1993; 85: 365- 376.
6. Nicklasson M., Bergman B. Validity, reliability and clinical relevance of EORTC QLQ-C30 and LC13 in patients with chest malignancies in a palliative setting. *Qual Life Res* 2007; 16: 1019-1028.
7. Leppert W. Kliniczna ocena bólu w chorobie nowotworowej. *Twój Mag Med* 2005; 5: 34-40.
8. Karnofsky D.A., Burchenal J.C. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. W: Evaluation of chemotherapeutic agents. McCleod (red.). Columbia University Press, New York 1949; 191-205.
9. Majkowicz M. Metody pomiaru jakości życia stosowane w badaniach własnych. W: Jakość życia w chorobie nowotworowej. de Walden-Galuszko K, Majkowicz M. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 78-81.
10. Mercadante S., Vitranò V. Pain in patients with lung cancer: Pathophysiology and treatment. *Lung Cancer* 2010; 68: 10-15.
11. Higginson I., McCarthy M. Measuring symptoms in terminal cancer: are pain and dyspnoea controlled? *J R Soc Med* 1989; 82: 264-267.
12. Schofield P., Ugalde A., Carey M. i wsp. Lung cancer: challenges and solutions for supportive care intervention research. *Palliat Support Care* 2008; 6: 281-287.
13. Elmqvist M.A., Jordhøy M.S., Bjordal K. i wsp. Health-related quality of life during the last three months of life in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer* 2009; 17: 191-198.
14. Lutz S., Norrell R., Bertucio C. i wsp. Symptom frequency and severity in patients with metastatic or locally recurrent lung cancer: a prospective study using the Lung Cancer Symptom Scale in a community hospital. *J Palliat Med* 2001; 4: 157-165.
15. Di Maio M., Gridelli C., Gallo C. i wsp. Prevalence and management of pain in Italian patients with advanced non-small-cell lung cancer. *Br J Cancer* 2004; 90: 2288 -2296.

PIŚMIENNICTWO

1. Jassem E., Krajnik M. Objawowe leczenie nowotworów płuca i opłucnej. W: Nowotwory płuca i opłucnej. Jassem J., Krzakowski M. (red.). Via Medica, Gdańsk 2009; 170-190.
2. De Walden-Galuszko K. Problemy jakości życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. W: Jakość życia