

FILOZOFIA POSTĘPOWANIA W OPIECE PALIATYWNEJ

Krytyka de Walden-Gatuszko

PODSTAWOWE POJĘCIA I DEFINICJE

Opieka paliatywna (hospicyjna)

Jest to aktywna całościowa („holistyczna”) opieka nastawiona na zaspokojenie wszystkich podstawowych potrzeb chorego w stanie terminalnym oraz jego rodziny, zarówno podczas choroby, jak i w okresie żałoby.

Zaspokojenie tych potrzeb polega nie tylko na trosce o usunięcie lub znaczne złagodzenie dolegliwości somatycznych, ale również na pomocy w rozwiązywaniu problemów psychicznych, społecznych i duchowych tych osób.

Do niedawna opieką paliatywną obejmowano głównie pacjentów z chorobą nowotworową i AIDS, obecnie podejmowane są starania, aby objąć nią wszystkich chorych w terminalnym okresie choroby (m.in. chorób neurologicznych, niewydolności krążenia i nerek, choroby Alzheimera). W pojęciu węższym opieka paliatywna jest od 1999 r. specjalnością pielęgniarską.

Medycyna paliatywna

Jest to specjalność lekarska (od 1999 r.), a zarazem dziedzina medycyny, która zajmuje się opracowywaniem standardów strukturalno-organizacyjnych opieki paliatywnej oraz wytycznych postępowania zapewniających jej skuteczność – zwłaszcza w zakresie łagodzenia dolegliwości i zaspokajania potrzeb chorych w stanie terminalnym.

Leczenie paliatywne

Jest to forma leczenia nastawiona na łagodzenie dolegliwości. W onkologii stosuje się ją także w celu przedłużania życia przez zahamowanie postępu zaawansowanej choroby nowotworowej – taki sposób leczenia nie wchodzi w zakres medycyny paliatywnej.

Okres przedterminalny (preterminalny)

Jest to faza choroby, w której zaprzestano już leczenia przedłużającego życie, lecz w której choroby znajduje się w dość dobrym stanie ogólnym — nie ma dolegliwości i jest sprawny ruchowo (aktywny).

Okres ten trwa przeważnie kilka miesięcy lub tygodni, czasem jednak może trwać nawet kilka lat. Chorzy w tej fazie choroby nie wymagają opieki paliatywnej.

Okres terminalny

Następuje wówczas, gdy wyczerpały się możliwości dalszego przedłużania życia przewlekle chorego za pomocą bezpośredniego oddziaływania na przyczynę choroby, a stan chorego wymaga objęcia go opieką.

Właściwy stan terminalny rozpoczyna się w chwili, gdy u chorego pojawiają się dolegliwości, prowadzące do nieodwracalnego pogorszenia jego stanu ogólnego i sprawności ruchowej, co uniemożliwia zwykle wychodzenie z domu. Jest to okres właściwej opieki paliatywnej, trwający zwykle ok. 6–8 tygodni.

Okres umierania (agonalny)

Poprzedza bezpośrednio śmierć chorego. Trwa zwykle 2–3 doby i przejawia się stopniowo narastającą niewydolnością ważnych dla życia narządów, zaburzeniami metabolicznymi z towarzyszącymi im często zaburzeniami świadomości.

PODSTAWOWE ZASADY I CELE OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ

Przymiotnik „paliatywny” wywodzi się od łacińskiego słowa „paliatus” (okryty płaszczem) i w kontekście medycznym oznacza: „skrywyjący, tagodzący przykryte oznaki choroby”. Można go również łączyć z czasownikiem angielskim „palliate” (złagodzić, uśmierzyć, ulżyć).

Z kolei przymiotnik „hospicyjny” wywodzi się od nazwy ruchu hospicyjnego sięgającego swymi korzeniami tradycji pogańskich. Łacińskie słowo „hospes” oznaczało początkowo osobę udzielającą innej osobie gościny (go-spody). Później, w średniowieczu, zaczęto je wiązać z formą schroniska dla podróżnych, często chorych i wymagających pielęgnacji. Idee tę wraz z nazwą przejęła po II wojnie światowej angielska pielęgniarka Cicely Saunders, która stworzyła pierwsze nowoczesne hospicjum św. Krzysztofa w Londynie.

Od tego czasu w Europie i na świecie ruch hospicyjny zaczął się rozwijać bardzo szybko i dynamicznie. Początkowo był to ruch społeczny angażujący

na zasadzie wolontariatu lekarzy, pielęgniarki i opiekunów niemedycznych. Bardzo często rozwijał się on w oparciu o strukturę kościelne. Szczególną uwagę zwracano w nim na duchowe i psychologiczne aspekty opieki nad chorym.

Potrzeba wypracowania profesjonalnych metod łagodzenia dolegliwości, zwłaszcza somatycznych, zaowocowała rozwojem medycyny paliatywnej, wchodzącej w skład struktur służby zdrowia i akcentującej przede wszystkim medyczne aspekty opieki nad chorym.

Po jakimś czasie praktyki i doświadczeń okazało się, że nadmierna „soma tyzacja” opieki paliatywnej jest również niekorzystna, gdyż wtedy opieka ta jest zbyt jednostronna. Wyrazem tego jest obecnie tendencja do traktowania opieki paliatywnej i opieki hospicyjnej jako synonimów — zasady postępowania w obu formach opieki są takie same, różnią je tylko pewne struktury organizacyjne (w hospicjach częściej pracują wolontariusze, zarówno medycy, jak i niemedycyjni).

Dobre wykonanie tej trudnej i odpowiedzialnej pracy wymaga zrozumienia następujących podstawowych zasad postępowania:

1. Opieka paliatywna jest opieką całościową (holistyczna). Obejmuje wszystkie ważne sfery życia chorego: somatyczną, psychiczną, społeczną i duchową. W praktyce oznacza to staranie o zaspokojenie wszystkich indywidualnie przez chorego postrzeganych potrzeb związanych z tymi sferami życia.

Troska o zaspokojenie wielorakich potrzeb chorego oznacza jednocześnie troskę o jakość jego życia, wyznaczając tym samym kolejną ważną zasadę postępowania, która brzmi:

2. Głównym celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorych. Temu celowi należy podporządkować wszystkie formy leczenia i opieki.

Uznanie tej zasady za priorytetową oznacza próbę zaspokojenia w sposób zindywidualizowany głównych potrzeb chorego. Jeśli przymiemy, że ocena jakości życia jest oceną różnicy między sytuacją upragnioną przez pacjenta a sytuacją realnie istniejącą, to mamy wówczas dwie możliwości poprawy tej oceny:

- przez poprawę warunków aktualnej sytuacji,
- poprzez zmianę „treści” wyidealizowanej sytuacji.

Próby poprawy realnej sytuacji prowadząją się np. do tolerowania zyczeń i trybu życia chorego, które „normalnie” byłyby dla nas absolutnie nie do przyjęcia (np. zezwolenie na palenie papierosów, picie alkoholu lub stosowanie innych używek, jeżeli oczywiście nie nasilają one dolegliwości chorego).

Uzyskaniu dobrej jakości życia służą także wysiłki w kierunku zmniejszenia uciążliwości leczenia (np. unikanie agresywnych i przykrych metod leczenia) oraz troska o właściwą kontrolę objawów somatycznych i zwalczanie objawów zgodnie z opracowanymi wytycznymi np. dotyczącymi leczenia bólu

lub innych dolegliwości. W miarę możliwości należy ograniczać liczbę stosowanych leków, starając się zarazem zwalczać te objawy, które są dla chorego najbardziej dolegliwe. Najlepiej tolerowaną przez pacjenta drogą podawania leków jest droga doustna i tę drogę należy preferować. Jeśli jest to niemożliwe, należy spróbować zmniejszyć przykrość związaną z częstymi wstrzyknięciami domięśniowymi przez zastępowanie ich igłą typu „motylek” umieszczaną na dłuższy okres (kilka dni). Należy także starać się ograniczyć do minimum liczbę badań dodatkowych, które zwykle są dla chorego źródłem niepotrzebnych cierpień. Rodzaj i dawkę leków trzeba indywidualizować, pamiętając, że dawką optymalną jest taka ilość leku, która usuwa dolegliwości, nie wywołując przy tym objawów niepożądanych.

W przypadku chorych wyniszczonych, w starszym wieku lub z uszkodzoną wątrobą, należy zachować szczególną ostrożność i postępować zgodnie z zasadą „start low — go slow” (zaczynamy od małej dawki i powoli ją podnosimy). Trzeba również pamiętać, że leczenie chorych w tym stanie wymaga szczególnie częstego monitorowania efektu podawania leków. Zdarza się bowiem tak, że lek początkowo dobrze znoszony po pewnym czasie przestaje być przez chorego tolerowany. Pojawiające się wówczas niepożądane objawy mogą być wynikiem pogarszającej się w miarę postępu choroby sprawności wątroby lub nerek.

Troska o dobrą jakość życia chorego oznacza także starania o jego subiektywnie przeżywany komfort. Temu celowi służą m.in. odpowiednio odciążanie psychologiczne zespołu opiekującego się chorym i przeniesienie akcentu z niepewnej przyszłości na terażniejszość: na dobre przeżywanie i „smakowanie” chwili bieżącej zamiast gorączkowego pędu do przodu. Zwrot ku terażniejszemu i chorych w stanie terminalnym to bezwzględny warunek osiągnięcia dobrej jakości życia. Dla personelu medycznego praktycznie oznacza to konieczność pomocy w wypelnianiu wolnego czasu: pustych chwil, które zdarzają się bardzo często u leżących, ale nadal zdolnych do aktywności psychicznej chorych. Bardzo ważnym elementem poprawy jakości życia są wszelkie działania nastawione na psychiczną i ruchową aktywizację pacjentów. Troska o „dobrą terażniejszość” może polegać także na dostarczaniu książek, czasopism i nagrań oraz na ćwiczeniach wizualizacyjnych lub relaksacyjnych. Niektórzy pacjenci cieszą się z drobnych uroczystości, inni bardzo przeżywają odprawianą przy ich łóżkach Mszę Świętą. Większość chorych, jeśli pozwalają na to warunki, woli przeżywać okres terminalny w domu, wśród swoich bliskich. Należy przypominać też dalszej rodzinie i przyjaciółom o radości, jaką sprawiają chorym każde ich odwiedziny, które jednak nie powinny być zbyt długie i przez to zbyt uciążliwe.

Działania w kierunku poprawy jakości życia, poza próbą poprawy warunków realnej sytuacji, mogą mieć także na celu próbę zmiany sytuacji na bliższą idealnej, tj. będącej przedmiotem pragnień mieszczących się w akceptowanym i uznanym przez chorego systemie wartości. System ten bywa zresztą bardzo

zmienny. Zdarza się, że ludzie w sytuacji ciężkiej choroby przyjmują nową, różną od dotychczasowej postawę wobec zasadniczych spraw życia. Zdrowie i życie, które stanowią początkowo główny problem dla osób zagrożonych ich utratą, ustępują pierwszeństwa innym priorytetom: pogłębieniu wiary z rodziną, przekazaniu innym własnych doświadczeń i osiągnięć, a także udział w realizacji wartości etycznych czy religijnych.

Te ostatnie działania, jakkolwiek najbardziej skuteczne, zależą wyjątkowo od własnego wyboru chorego.

3. Ze względu na wieloaspektowy charakter opieki paliatywnej powinna być ona sprawowana zespołowo. Główną zasadą pracy zespołowej jest harmonijna współpraca jej członków, z uwzględnieniem roli kierownika zespołu (tym różni się m.in. praca zespołowa od „oddzielnej” pracy wielu profesjonalistów, w której każdy „specjalista” zajmuje się swoją dziedziną, nie biorąc pod uwagę innych).

Aby zespół mógł działać sprawnie, nie powinien być duży, za to optymalnie dostosowany do najważniejszych potrzeb chorego i jego rodziny. W zależności od tych potrzeb zespół może obejmować m.in. najbardziej zaangażowanych członków rodziny, sąsiadów lub inne osoby dobrej woli, pielęgniarkę środowiskową, osoby duchowne, a także wyspecjalizowanych pracowników z hospicjum. Lekarz powinien okresowo (raz na 1–2 tygodnie) spotykać się z członkami zespołu, omawiać cele i zasady opieki, wspólnie rozwiązywać najważniejsze problemy, nie tylko chorego, ale także osób z zespołu. Zespołowe działania pozwala m.in. rozłożyć odpowiedzialność ciężar opieki i odpowiedzialności, łagodzić stresy i umożliwić wzajemne wsparcie w sytuacjach związanych z dużym obciążeniem psychicznym.

Należy mocno podkreślić, że domowa opieka paliatywna musi opierać się na ścisłej współpracy z rodziną chorego. Członkowie zespołu nie zastępują rodziny w jej obowiązkach, lecz jej pomagają, m.in. przez:

- odpowiedni instruktaż dotyczący sposobu pielęgnacji, leczenia i zachowania się wobec chorego,
- okresowe odciążanie od obowiązków, zwłaszcza gdy rodzina jest przemęczona, mało zaradna, gdy są małe dzieci itp.,
- wsparcie psychiczne i duchowe; nie należy zapominać, że rodzina znajduje się często przez długi czas w stanie dużego stresu,
- pomoc w załatwianiu spraw bytowych, np. w uzyskaniu zasiłku, renty itp.

Cechą charakterystyczną opieki zespołowej jest „zadomowienie” w środowisku chorego. Wymaga to oczywiście czasu, zaangażowania i dobrej woli z obu stron. Średni czas opieki nad chorym w stanie terminalnym wynosi, jak już wspomniano, ok. 6–8 tygodni. Odwiedziny personelu medycznego odbywają się z częstotścią od jednego lub dwóch razy w tygodniu do kilku razy dziennie, w zależności od potrzeby. Często opieka trwa wystarczająco

długo, aby możliwe stało się nawiązanie przyjaźni z chorym i jego rodziną, pozyskanie ich zaufania i wejście w problemy domu po to, by w chwilach trudnych — narastania dolegliwości czy w okresie umierania — być dla nich kimś bliskim, „swoim”.

4. Akceptacja nieuchronności śmierci to kolejny ważny punkt filozofii postępowania w opiece paliatywnej. W praktyce oznacza to powstrzymanie się od wszelkich działań nadzwyczajnych w okresie agonii. Wiąże się ona z uznaniem prawdy, że możliwości działań medycznych w kierunku „przywracania” życia na siłę są ograniczone, a w pewnych sytuacjach mogą się okazać szkodliwe, przedłużając agonię, a nie życie.

5. Równie istotną zasadą postępowania w opiece paliatywnej jest akceptacja nieuchronności cierpienia. Wydawać się to może trudne do przyjęcia, ale podejmując wszelkie możliwe starania, aby złagodzić dolegliwości chorego i zaspokoić wszystkie ważne dla niego potrzeby, dochodzimy do bariery własnych ograniczeń. Okazuje się, że po prostu nie jesteśmy w stanie sprawić, by człowiek nie odczuwał żadnych przykrości. Co więcej, musimy uznać, że cierpienie, żal i lęk są odczuciami głęboko ludzkimi, naturalnymi, i że mogą one odegrać pozytywną rolę w życiu. Odważne i kosekwentne przyjęcie tej zasady sprawi, że nasza pomoc i opieka staną się bardziej efektywne.

6. Ważna jest także akceptacja właściwej pory śmierci, co oznacza powstrzymanie się od działań mających na celu przyspieszenie śmierci. Opieka paliatywna jest alternatywą dla eutanazji — przeciwstawiając pojęciu „euthanatos” (śmierć łatwa, bezbolesna) pojęcie „kalos-thanatos” (śmierć piękna, wzorцова).

Ze względu na liczne kontrowersje wokół problemu eutanazji należy to zagadnienie omówić szerzej — w aspekcie prawnym, psychologicznym i etycznym.

Zgodnie z definicją, zawartą w obowiązującym w Polsce kodeksie karnym, eutanazja oznacza zabicie człowieka na jego życzenie i pod wpływem współczucia. Czyn taki jest zagrożony karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat (art. 150 KK).

Tą samą karą zagrożona jest namowa lub pomoc doprowadzająca człowieka do targnięcia się na własne życie (art. 151 KK) — zwane niekiedy potocznie „wspomaganiem samobójstwem”.

Niedopuszczalna jest także tzw. kryptoeutanazja, będąca właściwie zwykłym morderstwem, a polegająca na zabiciu człowieka bez jego wiedzy i woli — z powołaniem się na dobro jego lub jego bliskich.

Należy jednak te działania odróżnić od *ortotanazji*, która oznacza zaniechanie działań w kierunku sztucznego podtrzymywania życia, podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych w okresie umierania. Przeważenie na ortotanazję zawiera art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Dopuszczalne etycznie i prawnie są także działania oparte na zasadzie podwójnego skutku. Działania te zmierzają do złagodzenia uciążliwego dla chorego objawu i są podejmowane pomimo istnienia ryzyka skrócenia życia chorego w wyniku takiego postępowania. Przykładem takich działań może być stosowanie bardzo szybko wzrastających dawek opioidów w bólu nie do wytrzymania. Głównym celem jest tu opanowanie dolegliwości, a śmierć jest niemożliwym do całkowitego wykluczenia skutkiem takiego postępowania.

Prośba o eutanazję wśród chorych w stanie terminalnym nie zdarza się często — jeśli jednak zostanie sformułowana, należy szczególnie mocno uświadomić sobie zasadę poszanowania autonomii chorego i powstrzymać się od negatywnego osądu etycznego. Rygorystyczne zaskanianie się istniejącymi zakazami czy też prawem może utrudnić udzielanie pomocy choremu w jego dramatycznej sytuacji.

Zazwyczaj chorzy wypowiadają pragnienie śmierci w ściśle określonych warunkach:

- gdy odczuwają silny ból, duszność lub inne intensywne dolegliwości fizyczne,
- gdy przeżywają głęboką depresję, lęk lub inne przykre stany emocjonalne,
- gdy nie mają oparcia w otoczeniu; czują się odrzucony, niepotrzebny i samotni.

Na podstawie mojego wieloletniego doświadczenia jako lekarza zaangażowanego w opiekę paliatywną i hospicyjną mogę z całą odpowiedzialnością stwierdzić, że chęć skrócenia sobie życia u tych chorych słabnie lub ustaje całkowicie z chwilą poprawienia im warunków leczenia i opieki. Jest to najlepszy argument na poparcie znanego zresztą stwierdzenia, że dobra opieka paliatywna jest alternatywą dla eutanazji. Trzeba też stwierdzić, że — jak już powiedziano — liczba tych osób jest niewielka. Na ogół w sytuacji realnego zagrożenia życia pacjenci w stanie terminalnym nie wspominają o eutanazji. Wola życia staje się u nich wówczas siłą mobilizującą do walki o przetrwanie, a wartość życia jest spostrzegana bardziej wyraźnie niż kiedykolwiek wcześniej.

7. Opieka paliatywna powinna obejmować nie tylko pacjenta, ale i jego rodzinę. Członkowie rodziny znajdują się zwykle w stanie dużego stresu, zarówno podczas choroby, jak i po śmierci bliskiej osoby. Opieka paliatywna oznacza więc także pomoc rodzinie podczas całego czasu trwania choroby i w okresie żałoby.

8. Podstawowymi zasadami etycznymi opieki paliatywnej są:

- a) poszanowanie niezależności poglądów chorego, respektowanie jego prawa do prawdy, prywatności, podejmowania decyzji i działań;
- b) respektowanie zasady sprawiedliwości, tj. możliwości udzielenia opieki paliatywnej wszystkim tym chorym, którzy jej potrzebują;

- c) uznawanie zasady *primum non nocere*, co oznacza w praktyce „nie szkodzić i nie sprawić niepotrzebnego cierpienia” (fizycznego, psychicznego, duchowego);
- d) przestrzeganie zasady czynienia dobra, tj. udzielanie pomocy, leczenie, zmniejszanie cierpienia, zaspokajanie pragnień, towarzyszenie choremu.

Wymienione wyżej zasady etyczne wydają się nie budzić wątpliwości, w praktyce jednak mogą okazać się bardzo trudne do realizacji. Dotyczy to np. takich problemów, jak przekazywanie choremu niepomysłnych informacji o stanie zdrowia. Pacjent ma prawo do prawdy, ale nie ma obowiązku jej znać, a więc to chory sam powinien decydować czego, w jakim zakresie i kiedy chce się dowiedzieć. On również powinien zdecydować co na temat jego sytuacji zdrowotnej należy powiedzieć rodzinie.

Bardzo trudną dla lekarza leżącego decyzją jest dostosowanie się (lub nie) do woli chorego, aby mimo wskazań lekarskich nie podawać mu morfiny, kroplówek lub środków nasennych.

Problemy tego typu jest wiele — wszystkie wymagają głębokiego przeświadczenia i rozważnych, odważnych i profesjonalnie ugruntowanych decyzji lekarza.

PIŚMIENNICTWO

- Baroszek A.*: Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Księgarnia św. Jadwigi, Katowice 2000.
- Clark D., Seymour J.*: Reflections on palliative care. Open University Press, Buckingham 1999, s. 79–103.
- Cherry N. J., Coyle N., Foley K. M.*: The treatment of suffering when patients request effective death. *J. Palliat. Care*, 1994, 2, s. 71–79.
- Cummings J.*: The interdisciplinary team. W: Oxford textbook of palliative medicine, red. D. Doyle, G. W. C. Hanks, N. Mac Donald. Oxford University Press, Oxford 1998, s. 19–30.
- Fenigsen R.*: Eutanazja, Śmierć z wyboru? W drodze, Poznań 1994.
- Prouse M.*: Euthanasia. W: Ethical issues in palliative care, red. P. Webb. Hochland & Hochland, Manchester 2000, s. 101–105.
- Roy D. J., Mac Donald N.*: Ethical issues in palliative care. W: Oxford textbook of palliative medicine, red. D. Doyle, G. W. C. Hanks, N. Mac Donald. Oxford University Press, Oxford 1998, s. 97–138.
- Stjensvärd J., Pampalona S.*: Palliative medicine – a global perspective. W: Oxford textbook of palliative medicine, red. D. Doyle, G. W. C. Hanks, N. Mac Donald. Oxford University Press, Oxford 1998, s. 1227–1245.
- de Walden-Gatuszko K.*: Wybrane zagadnienia psychoneurologii i psychotematologii. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.

de Walden-Gatuszko K.: Problemy jakości życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. W: Jakość życia w chorobie nowotworowej, red. J. Meyza. Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 1997, s. 99–104.

de Walden-Gatuszko K.: Jakość życia – rozważania ogólne. W: Jakość życia w chorobie nowotworowej, red. K. de Walden-Gatuszko, M. Majkiewicz. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994, s. 13–39.

Webb P.: Why is the study of ethics important? W: Ethical issues in palliative care, red. P. Webb. Hochland & Hochland, Manchester 2000, s. 3–13.

Woodruff R.: Palliative medicine. Oxford University Press, Oxford 1999, s. 3–38.

Zylicz Z., de Walden-Gatuszko K., Zapasnik A.: Ogólne zasady leczenia i opieki w daleko zaawansowanym okresie choroby nowotworowej. W: Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych, red. M. Hebanowski, K. de Walden-Gatuszko, Z. Zylicz. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 12–24.

ZASADY DIAGNOSTYKI I LECZENIA BÓLU

Jerzy Jarosz, Maciej Hilgier

DEFINICJA BÓLU

Ból jest doznaniem subiektywnym i bardzo złożonym. Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu (International Association for the Study of Pain) zaproponowało następującą definicję: „Ból jest to nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia”.

Ból jest zawsze doznaniem nieprzyjemnym, a jeżeli jest silny lub trwa dłużej, to jest związany z cierpieniem.

Z punktu widzenia biologii ból jest doznaniem czuciowym, zwanym czuciem nocycyptywnym, powstającym w układzie zakończeń nerwowych, drogę przewodzących i ośrodków percepcji w mózgu. Mechanizm powstawania bólu jest bardzo złożony, a drogi jego przewodzenia nie stanowią odrębnego układu, lecz są powiązane ze wszystkimi strukturami układu nerwowego. Ból spełnia ważną rolę obruchowo-obronną, jako że ostrzeża człowieka przed działaniem silnych bodźców zewnętrznym uszkodzających tkanki. Jest jednocześnie jednym z ważnych objawów choroby, gdyż sygnalizuje powstanie choroby i zmusza do szukania pomocy w usunięciu jej przyczyn.

Jeżeli doznania bólowe są bardzo silne i trwają zbyt długo, jak np. w schyłkowym stadium choroby nowotworowej, ból traci rolę czynnika ostrzegawczo-obronnego i staje się cierpieniem zupełnie niepotrzebnym.

RODZAJE BÓLU

Biorąc pod uwagę trwanie bólu w czasie, można wyróżnić:

- *Ból ostry* – trwający nie dłużej niż trzy miesiące od chwili jego powstania.

- *Ból przewlekły* – trwający dłużej niż trzy miesiące i nie ustępujący mimo wygojenia się tkanek.
Jest to podział względny, gdyż istnieją takie jednostki chorobowe, jak przewlekle zapalenie kości, przy których ból może trwać wiele lat bez ostatecznego wygojenia się tkanki, oraz takie jednostki, jak neuralgia trójdzielna, gdzie trudno jest wprowadzić to rozgraniczenie czasowe.

Jeśli za kryterium podziału zostanie przyjęte miejsce powstawania bólu, to można wyróżnić:

- *Ból receptorowy*, który powstaje w wyniku podrażnienia receptorów bólowych – nocycyptorów, które są zakończeniami włókien A delta i C. Ze względu na siłę działania bodźca wywołującego symulację nocycyptywną ból ten dzieli się na:
 - *ból fizjologiczny*, który powstaje w wyniku działania bodźca powodującego doznania bólowe, bez uszkodzenia tkanek, oraz
 - *ból kliniczny* („normalny”), który związany jest z uszkodzeniem tkanek.
- *Ból niereceptorowy*, patologiczny, którego mechanizm powstawania jest inny niż drażnienie zakończeń nerwowych. Ból ten dzieli się na:
 - *ból neuropatyczny*, który jest zainicjowany lub spowodowany pierwotnym uszkodzeniem lub dysfunkcją układu nerwowego,
 - *ból psychogeny*, który powstaje bez uszkodzenia tkanek, jednak do takiego uszkodzenia jest odnoszony,
 - *ból zapalny*, który powstaje w wyniku obniżenia progno pobudliwości nocycyptorów, ma jednak również cechy bólu patologicznego.

Biorąc pod uwagę miejsce odczuwania (percepcji) bólu można wyróżnić:

- *Ból zlokalizowany* – ograniczony, dający się dobrze umiejscowić w jednej lub kilku okolicach ciała, np. w głowie, kończynach lub stawach.
- *Ból rozlany* – promieniujący lub odczuwany w innym miejscu niż źródło powstawania. Na przykład w zespolech bólowych kręgosłupa promieniowanie bólu może mieć charakter korzeniowy.
- *Ból uogólniony* – wszechogarniający, występujący w wielu miejscach, któremu poza czynnikami somatycznymi towarzyszą głębokie zmiany psychiczne.

ANATOMICZNE I FIZJOLOGICZNE PODSTAWY NOCYCEPCJI I BÓLU

Między miejscem działania czynnika uszkodzającego tkanki a percepcją bólu zachodzą złożone zjawiska neurofizjologiczne i neurochemiczne wpływające ostatecznie na doznania bólowe. Proces ten nosi nazwę *nocycepcji* i obejmuje cztery procesy fizjologiczne:

- *Proces przetwarzania (transdukcji)* – w pierwotnych zakończeniach nerwowych dokonuje się zmiana energii działającego bodźca mechanicznego, chemicznego lub termicznego na impuls elektryczny przewodzony włókna mi nerwowymi.
- *Proces przewodzenia (transmisji)* – przenoszenie impulsu od miejsca powstawania do miejsca percepcji bólu, które odbywa się w trzech etapach. Pierwszy etap tego procesu odbywa się w pierwotnych neuronach aferentnych, których wypustki kończą się w rdzeniu kręgowym, drugi – w układzie neuronów obejmującym drogi od rogu tylnego rdzenia kręgowego do wzgórza i pnia mózgu, a trzeci – w neuronach stanowiących drogi wzgórzowo-korowe.
- *Proces modulacji* – w wyniku działania wielu czynników neurofizjologicznych, impuls bólowy na drodze przewodzenia podlega „opracowywaniu” (zmianom neuroplastycznym), co wpływa ostatecznie na percepcję doznań bólowych.
- *Proces percepcji* – ostateczny proces, w którym przetwarzanie, przewodzenie i modulacja współdziałają z indywidualną konstrukcją emocjonalną, wywołując końcowe, subiektywne doznanie, które postrzegane jest jako ból.

Nocycceptory

Informacje dotyczące zaistnienia czynnika uszkadzającego tkanki lub zagrażającego uszkodzeniem inicjowane są podrażnieniem nocycceptorów, receptorów preferencyjnie wrażliwych na szkodliwą stymulację lub bodziec, który stałby się szkodliwy, gdyby oddziaływał przez dłuższy czas. Nocycceptory rozmieszczone są w większości tkanek w skórze, tkance podskórnej, okostnej, stawach, mięśniach i trzewiach, a macierzysta dla nich komórka nerwowa znajduje się w zwoju korzenia tylnego (DRG — dorsal root ganglion) lub w zwojach nerwów czaszkowych (V, VII, IX i X).

W przypadku uszkodzenia tkanek wystąpieniu bólu towarzyszy powiązanie się nadwrażliwości, związane ze zmianą właściwości i wrażliwości pierwotnych zakończeń nerwowych (sensytyzacja obwodowa) oraz zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym (sensytyzacja ośrodkowa). Zjawisko to objawia się:

- obniżeniem progu bólowego,
- wzrostem odpowiedzi na stymulację (hiperalgezia pierwotna i wtórna),
- bólem samoistnym.

Uraz tkanek powoduje nadwrażliwość nocycceptorów, czyli *hiperalgezie pierwotną*, oraz *hiperalgezie wtórną* w otaczających tkankach. W uszkodzo-

- Są to:
- drogi rdzeniowo-wzgórzowe:
 - boczna droga rdzeniowo-wzgórzowa,
 - przyśrodkowa droga rdzeniowo-wzgórzowa,
 - droga rdzeniowo-śródmózgowiowa,
 - droga rdzeniowo-siatkowata.

Przewodzą one impulsy do tworzącego mostu, wzgórzca i podwzgórzca. Brzusznopodstawna i przyśrodkowa część wzgórzca, twór siatkowaty, podwzgórze i układ limbiczny są prawdopodobnie odpowiedzialne za motyacyjno-afektywny wymiar bólu, a stymulacja nocycceptywna docierająca do tych struktur aktywuje rdzeniową odpowiedź na stymulację bólową, której celem jest utrzymanie ustrojowej homeostazy.

Percepcja bólu

Końcowym etapem procesu nocycypcji jest percepcja bólu, zachodząca w korze mózgu, która jest odpowiedzialna za poznanie i świadomienie działania stymulacji bólowej, jej ocenę oraz za reakcje afektywne i emocjonalne. Tutaj powstaje lęk, agresja i gniew, tutaj też kształtowane są modele zachowań związanych z zapamiętaniem bólem.

Powstawanie i skutki bólu przewlekłego

Ostry ból zazwyczaj ustępuje po wygojeniu uszkodzonych tkanek. Czasami czynnik szkodliwy działa długo, nawet kilka lat (np. w zmianach zwyrodnieniowych stawów). Mówi się wtedy o bólu „przetwałym”. W innych przypadkach, np. w przewlekłych bólach kręgosłupa spowodowanych niestabinością i zmianami zwyrodnieniowymi, może dojść (choć nie musi) do utralenia dolegliwości, a zabieg utralenia niestabilnego odcinka nie przynosi ulgi w dolegliwościach.

Powstawanie przewlekłego bólu w układzie nerwowym przebiega w następujących etapach:

- powstawanie nadwrażliwości nocycceptorów,
- powstawanie nadwrażliwości w obwodowych częściach włókien dośrodkowych,
- powstawanie nadwrażliwości w komórkach rogów tylnych,
- powstawanie nieprawidłowych połączeń w OUN,
- powstanie trwałych zmian w układzie nerwowym.

Ból przewlekły, jako że jest chorobą sam w sobie, wywołuje liczne skutki fizjologiczne i behawioralne, takie jak:

- zaburzenia snu,
- zaburzenia apetytu,
- nadmierna drażliwość,
- depresyjny nastrój,
- obniżenie libido i aktywności seksualnej,
- upośledzenie ruchowe,
- uczucie przemęczenia,
- obniżenie prognozy czucia bólu,
- problemy z koncentracją uwagi.

Ból przewlekły dotyczy wielu sfer życia człowieka, ale szczególnie destrukcyjną rolę odgrywają jego skutki w sferze społecznej, np.:

- zmniejszenie aktywności społecznej i zawodowej,
- koncentracja życia na osi: dom, lekarz, szpital, apteka,
- utrata przyjaźni,
- pogorszenie stosunków w rodzinie,
- eskalacja żądań nowego leku lub zabiegu chirurgicznego,
- objawy związane z niepożądanym działaniem leków,
- uzależnienia,
- nadmierne eksponowanie tzw. zachowań bólowych.

BÓL NEUROPATYCZNY

Ból neuropatyczny jest rodzajem bólu patologicznego. Powstaje w wyniku urazu lub innego uszkodzenia nerwów obwodowych, korzeni tylnych, rdzenia kręgowego lub pewnych okolic mózgu i pojawia się w różnorodnych rozległościach zmian w obrębie całego układu nerwowego. Najczęściej występujące zespoły bólu neuropatycznego u ludzi powstają w wyniku uszkodzenia obwodowego układu nerwowego i są spowodowane urazem lub dwoma schorzeniami: półpaścem i cukrzycą. Po uszkodzeniu nerwu obserwuje się zmiany degeneracyjne w obwodowej części nerwu, natomiast w bliższej części nerwu występują zarówno procesy regeneracyjne, jak i degeneracyjne. Powstaje nerwiak, który, podobnie jak pień nerwu i zwój rdzeniowy, wykazuje aktywność własną, staje się nadwrażliwy na bodźce mechaniczne, termiczne i katecholaminny. Przyczyną tych zmian patologicznych jest powstanie miejsc samoistnych pobudzeń wzdłuż przebiegu nerwu oraz sztucznych połączeń pomiędzy włóknami nerwu o różnej grubości (A beta, A delta, B i C). Dochodzi również do powstania nadpobudliwości komórek rogu tylnego, a także w neuronach dróg rdzeniowo-

-wzgorzowych i na wyższych piętrach OUN. W wyniku transkrypcji genowych zmienia się układ receptorów błon komórkowych wszystkich neuronów odpowiedzialnych za transmisję bólu, co prowadzi do trwałej ich nadpobudliwości. Ból neuropatyczny ma taki sam mechanizm powstawania jak padaczka i niektórzy nazywają go „padaczką obwodową”.

BÓL NOWOTWOROWY

Ból nowotworowy jest bólem przewlekłym, który jak w soczewce skupia wszystkie mechanizmy i skutki bólu przewlekłego. Ze wszystkich zespołów bólowych, zarówno ostrych, jak i przewlekłych, ból w chorobie nowotworowej jest problemem najważniejszym, mimo że dotyczy tylko 3% wszystkich chorych odczuwających ból. Wynika to ze specyfiki choroby i towarzyszących jej emocji, takich jak lęk, depresja i gniew. Trwający długo ból przejmując całkowitą kontrolę nad umysłem człowieka, doprowadzając go do przygnębienia, niepokoju i wyczerpania fizycznego, wynikającego choćby z braku snu. Warto zwrócić uwagę na fakt, że w problem bólu nowotworowego włączana jest również rodzina chorego, co znacznie zwiększa liczbę ludzi obciążonych tym problemem. Oblicza się, że z powodu bólu nowotworowego cierpi około 9 milionów chorych na świecie. Wiadomo, że bardzo wielu chorych spędza ostatnie tygodnie, miesiące, a nawet lata życia w olbrzymim dyskomforcie, bólach i cierpieniu. Dzieje się tak, mimo że dostępne metody leczenia pozwalają uwolnić od bólu prawie wszystkich (80–90%) chorych. Warunkiem skutecznego leczenia bólu jest rzetelna analiza zgłaszanych dolegliwości, znajomość metod postępowania, ale przede wszystkim całościowe spojrzenie na problemy chorego.

Rozpoznanie

W przypadku bólów nowotworowych rozpoznanie składa się co najmniej z kilku elementów.

Konieczne jest zidentyfikowanie wszystkich rodzajów bólów, które występują u chorego (wg Twycrossa ^{4/5} chorych ma jednocześnie co najmniej dwa rodzaje bólu, a ^{1/3} więcej niż trzy; w materiale Gronda i wsp. 30% chorych miało tylko jeden rodzaj bólu, 39% – dwa, a 31% chorych jednocześnie trzy lub więcej rodzajów bólu), ustalenie ich etiologii i patomechanizmu oraz innych czynników wpływających na odczuwanie bólu. Dopiero zestawienie tych podstawowych elementów rozpoznania może stanowić podstawę do racjonalnego leczenia bólu. Innymi elementami rozpoznania jest określenie natężenia bólu oraz odróżnienie tzw. bólów przebijających od bólu podstawowego.

Ustalenie rozpoznania bólu i leczenie przeciwbólowe jest procesem, a nie jednorazowym działaniem. Na dynamikę tego procesu wpływa postęp choroby nowotworowej i pojawianie się „nowych bólów”, jednoczesne występowanie różnych rodzajów bólów u tego samego chorego i złoźnicowana „wrażliwość” bólów o różnym patomechanizmie na leczenie przeciwbólowe. Niezwykle ważnym, a niedocenianym elementem diagnostycznym jest wnikliwa ocena uzyskiwanych wyników leczenia i weryfikacja rozpoznania na podstawie użyciwej skuteczności zastosowanych metod analgetycznych.

Przedstawiony poniżej podział elementów rozpoznania na odrębne grupy ma znaczenie praktyczne i pozwala usystematyzować postępowanie diagnostyczne. Żaden z wymienionych elementów nie stanowi jednak samodzielnego rozpoznania, a tylko jego część, która dopiero w zestawieniu z innymi stanowi rozpoznanie „robocze”, podlegające weryfikacji po uzyskaniu pierwszych obserwacji dotyczących skuteczności zastosowanego leczenia.

Rozpoznanie etiologiczne

Bóle spowodowane nowotworem

Do tej grupy należą bóle spowodowane rozrastaniem się guza nowotworowego, uciskiem guza na nerwy, przerzutami nowotworowymi do kości, skóry i narządów miękkich.

Rozpoznanie wskazujące na to, że bezpośrednią przyczyną bólu jest obecność guza nowotworowego, pozwala zaplanować zastosowanie leczenia przyczynowego, np. paliatywnej radioterapii w przypadku bólów spowodowanych zespołem Pancoasta, przerzutami nowotworowymi do kości, guzem mózgu i rdzenia kręgowego, a także w przypadku bólów spowodowanych nowotworami tkanek miękkich, naciekaniami splotów krzyżowych przez nowotwory zlokalizowane w miednicy.

Zabiegi chirurgiczne pozwalające zmniejszyć objawy ucisku miejscowego stosowane są w leczeniu złamań patologicznych kości dłgich i kręgosłupa.

Leczenie przeciwnowotworowe stosowane jest równolegle z podawaniem leków przeciwbólowych.

Bóle powstałe w wyniku leczenia przeciwnowotworowego

Są to na przykład bóle pomastektomijne i potorakotomijne, polineuropatia po chemioterapii oraz bóle spowodowane zwłóknieniem splotu ramiennego po napromienianiu okolicy nadobojczykowej. Wymienione patologie nie poddają się leczeniu przyczynowemu i od chwili ustalenia rozpoznania leczenie ukierunkowane jest na objawowe zmieszenie bólu.

Bóle związane z chorobą nowotworową

Bóle te są wynikiem wyniszczenia i umiертuohnienia chorego w łożku, infekcji itp. Zalicza się do nich np. bóle mięśniowo-powięziowe, bóle spowodowane zaparciami, odleżynami, zmianami zapalnymi błon śluzowych jamy ustnej itp. Zazwyczaj istnieje możliwość leczenia przeciwnowotworowego takich dolegliwości.

Bóle koincydencyjne

Do grupy tej zalicza się bóle, które występują u chorych na nowotwory złośliwe, ale które nie są związane z nowotworem ani przebiegiem leczenia. Są to na przykład bóle głowy, kręgosłupa lędźwiowego, bóle stawów, a więc także bóle, które często występują także u osób nie chorujących na nowotwór złośliwy.

Rozpoznanie patomechanizmu bólu

Rozpoznanie to ma na celu przede wszystkim odróżnienie bólów receptorowych od bólów neuropatycznych i ich odmian, które stanowią wiele różniących się symptomatologią i wrażliwością na leczenie rodzajów bólu.

Bóle receptorowe (nocyceptywne)

Powstają w wyniku pobudzenia receptorów bólowych (nocyceptorów) zlokalizowanych w tkankach, a informacja o podrażnieniu przewodzona i modulowana jest przez nieuszkodzony układ kolejnych neuronów układu nocyceptyjii.

Cechy kliniczne

W opisie bólu chory zazwyczaj używa prostych określeń (gniecenie, ucisk, tępy pulsujący itp.) i nie ma kłopotów ze wskazaniem lokalizacji bólu. Bóle receptorowe nasilają się pod wpływem ucisku, ruchów i zmian temperatury.

Wrażliwość na leczenie

Jako cechę typową dla bólów receptorowych należy uznać ustępowanie pod wpływem leków przeciwbólowych, zarówno niesteroidowych leków przeciwzapalnych (działanie obwodowe w ognisku zapalnym), jak i leków opioidowych (hamowanie przekazywania na poziomie rogów tylnych rdzenia kręgowego – działanie ośrodkowe). W leczeniu bólu zapalnego zastosowanie znajdują również silne opioidy, które podaje się miejscowo.

W leczeniu bólów receptorowych pochodzenia nowotworowego zazwyczaj wystarczające jest skojarzenie niesteroidowych leków przeciwzapalnych z opioidami lub paracetamolu z opioidami.

Wśród bólów receptorowych nieco odrębną charakterystykę i wrażliwość na leczenie wykazują bóle kostne oraz bóle trzewne.

Bóle kostne

Są jedną z najczęściej spotykanych postaci bólów nowotworowych. Receptory bólowe w kości są zlokalizowane przede wszystkim w okostnej, podczas gdy warstwa korowa i szpik nie są wrażliwe na ból. Wśród mechanizmów odpowiedzialnych za podrażnienie receptorów wymienia się napinanie okostnej przez guz i miejscowe mikroziarnienia. Inym mechanizmem powstawania bólu jest ucisk na sąsiadujące nerwy — bezpośredni (naciek nowotworowy) lub pośredni (np. kompresyjnie złamany trzon kręgowy).

Bóle trzewne

Odrębności kliniczne bólów trzewnych wynikają przede wszystkim z odrębności organizacji układu nocyceptyjii w obrębie trzewi.

Charakterystyczne jest skąpe unerwienie trzewi w porównaniu z tkankami somatycznymi. Neurony te mają jednak zdolność przenoszenia (konwergencji) pobudzenia na inne należące do układu somatycznego neurony dośrodkowe. Tak tłumaczy się zjawisko tzw. bólów udzielonych, odczuwanych jako ból somatyczny w odległych obszarach ciała (typowym przykładem mogą być bóle łopatkii, ramienia lub pleców spowodowane rakiem trzustki).

Nocyceptory trzewne są wrażliwe przede wszystkim na bodźce mechaniczne o znacznym nasileniu. Inna klasa receptorów w trzewiach jest zdolna „monitorować” nasilenie zwykłych funkcji fizjologicznych. Lokalne niedokrwienie i zapalenie pobudzają aktywność obydwu klas receptorów i sprawiają, że nawet fizjologiczna stymulacja odbierana jest wtedy jako ból.

Inną cechą charakterystyczną trzewnego układu nocyceptyjii jest jego ścisły związek z autonomicznym układem nerwowym. Włókna dośrodkowe pochodzące z trzewi jamy brzusznej łączą się z włóknami układu współczulnego, przechodząc przez splot trzewny i nerwy trzewne, a w obrębie klatki piersiowej łączą się z współczulnymi zwojami piersiowymi i szynno-piersiowymi. Dośrodkowe włókna narządów miednicy łączą się ze splotem podbrzusznym górnym (zawierającym włókna układu współczulnego i przywspółczulnego) oraz ze współczulnymi zwojami lędźwiowymi.

Cechy kliniczne bólów trzewnych są związane z opisanymi wyżej odrębnościami unerwienia. Bóle trzewne są słabo zlokalizowane — najczęściej chory potrafi określić jedynie region jamy brzusznej (nadbrzusze, podbrzusze, strona