01 listopada 2021

Organizacja opieki nad pacjentem z bólem

Nie kłaniaj się bólowi i nie bój się. Bądź wolny od bólu, bo ból zniewala, upokarza, a współczesna medycyna potrafi z nim skutecznie walczyć.

Wyniki badań podają, że częstość występowania przewlekłego bólu u ludzi starszych jest niedoszacowana, czego wynikiem jest brak stosowania odpowiednich terapii. Lekarze często nie są przekonani, że leczenie bólu u starszych ludzi odniesie pozytywne skutki. Badania i życie pokazują co innego. Warto i powinno się leczyć ból u ludzi starszych, gdyż nieleczony jest tragiczny w skutkach. Starsi ludzie doświadczają wielu rodzajów bólu, co utrudnia prawidłową lokalizację jego źródła. Dodatkowo sprawę komplikują zaburzenia funkcji poznawczych (takich jak *uwaga* czy *zdolność myślenia*), które często towarzyszą starzeniu się. Seniorzy doświadczający bólu przewlekłego, który nie jest prawidłowo leczony, są narażeni na problemy z zasypianiem oraz bardziej podatni na depresję i zaburzenia lękowe. Ból może być przyczyną wycofania się osoby z życia społecznego, zerwania kontaktów z bliskimi. Jeśli Twój podopieczny nagle przestał się do Ciebie odzywać, stał się opryskliwy w stosunku do sąsiadów, może to oznaczać, że cierpi z powodu bólu i nie potrafi być do końca sobą. Kolejnym problemem jaki pojawia się jest to, że starsi pacjenci bardzo często nie mówią o swoim bólu, ponieważ nie chcą martwić swoich bliskich. Ponadto bywa też tak, że leki przeciwbólowe są dla nich za drogie, więc nie informują o bólu również lekarza. Najlepszym rozwiązaniem tego problemu jest obserwacja. Starsi ludzie nie są bardziej odporni na odczuwanie bólu czy też mniej wrażliwi. Mogą odczuwać ból w ten sam sposób, co ludzie sporo od nich młodsi. Mimo to, istnieje wiele powodów dla których podczas leczenia należy zachować większą ostrożność i częściej monitorować zmiany w samopoczuciu pacjenta. Wysoki procent ludzi, którzy odczuwają ból przewlekły wynika w dużym stopniu ze starzenia się populacji. Żyjemy dłużej – postęp medycyny znacznie wydłużył życie chorych z wieloma chorobami. Wraz z wiekiem proporcjonalnie rośnie zapadalność na przewlekłe choroby, których jednym z objawów jest ból. Żyjemy w ciągłym biegu, prowadzimy siedzący tryb życia, nie uprawiamy sportów, mamy nadwagę, co dodatkowo obciąża narząd ruchu i jest powodem przewlekłych dolegliwości bólowych. Wydłużenie życia chorych z tak częstą chorobą, jak np. cukrzyca sprawia, że pojawiają się późne powikłania tej choroby – polineuropatia. Z wiekiem rośnie również zapadalność na choroby, których dominującym objawem jest ból. Dobrym przykładem jest półpasiec – na chorobę tą zapadnie 10–20% populacji. Wiek w tej jednostce chorobowej jest największym czynnikiem ryzyka rozwinięcia się przewlekłego zespołu bólowego – *postherapeutic neuralgia*, PHN. U ludzi w wieku podeszłym powodem bólu jest najczęściej: narząd ruchu, nowotwór, PHN, polineuropatia cukrzycowa, neuralgia trójdzielna. U ludzi młodych powodem dolegliwości bólowych jest najczęściej ostry ból pourazowy, a z przewlekłych zespołów bólowych bóle głowy.

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski | Rzeczpospolita Polska | Dofinansowane przez Unię Europejską | MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

Jak leczyć ból u ludzi starszych?

Diagnoza bólu u starszych pacjentów stanowi duże wyzwanie. Gdy już uda się prawidłowo ustalić jego lokalizację i natężenie, należy niezwłocznie podjąć odpowiednie leczenie. Najważniejsze jest, aby w pierwszej kolejności leczyć ból ostry, czyli ten o konkretnym początku i stosunkowo krótkim, przewidywalnym czasie trwania. Może on przerodzić się z czasem w ból przewlekły, który jest znacznie trudniejszy do wyleczenia. Leczenie bólu przewlekłego opiera się na farmakoterapii i niefarmakologicznych metodach leczenia. PAMIĘTAJ! Nieleczony ból może być tragiczny w skutkach. Zaburzenia poznawcze, depresja, zaburzenia snu, zaburzenia lękowe, wycofanie z życia społecznego to tylko niektóre z nich.

Farmakoterapia

Ból ostry różni się od bólu przewlekłego na wielu płaszczyznach. Jedną z nich jest właśnie sposób leczenia. Ból ostry najczęściej jest wynikiem urazu lub operacji. Problemy pojawiają się zwłaszcza wtedy, gdy osoba starsza nie ma wystarczająco dużo siły fizycznej i psychicznej, aby walczyć z bólem ostrym. Może on z czasem zamienić się w ból przewlekły, bardziej wymagający i trudniejszy do leczenia. Ból przewlekły jest niezwykle dokuczliwy, przede wszystkim dlatego, że odbiera osobie cierpiącej niezależność. Brak niezależności i występowanie długotrwałego bólu przyczyniają się do spadku jakości życia.

Poziom natężenia bólu, za Światową Organizacją Zdrowia, dzielimy na łagodny, umiarkowany i poważny. W zależności od zdiagnozowanej intensywności pacjent dostanie inne środki przeciwbólowe. Ból łagodny leczony jest za pomocą **analgetyków nieopioidowych** (do takich środków należą powszechnie stosowane: ibuprofen, paracetamol czy aspiryna). Przy bólu umiarkowanym również można podawać te same leki, co przy bólu łagodnym. Jeśli jednak pacjent nie będzie odczuwał poprawy, lekarz może zdecydować o podaniu **słabych analgetyków opioidowych** (np. kodeina, tramadol). Ból poważny może być złagodzony głównie dzięki podaniu **silnych opioidów** (np. morfina). Istnieje wiele stereotypów związanym z zażywaniem morfiny. PAMIĘTAJ! Osoby starsze czytają dużo prasy, gdzie można znaleźć wiele informacji na temat uzależnienia znanych osób. Upewnij osobę, która ma rozpocząć przyjmowanie morfiny, że u ludzi w jej wieku niezwykle rzadko występuje uzależnienie. Przydatne w walce z bólem są **środki wspomagające (adiuwanty)**. Mogą być nimi antydepresanty, leki przeciwpadaczkowe, glikokortykoidy, leki przeciwhistaminowe. Włączenie ich do farmakoterapii usprawnia działanie analgetyków.

Starsi ludzie, u których nie występują zaburzenia otępienne są w stanie sami decydować o tym, kiedy dostaną leki. Pacjentom z demencją, z którymi komunikacja jest utrudniona, leki przeciwbólowe należy podawać regularnie, w ustalonych odstępach czasowych. To ważne, ponieważ szacuje się, że

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski | Rzeczpospolita Polska | Dofinansowane przez Unię Europejską | MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

pacjenci otępienni, chorujący na te same schorzenia co nieotępieni, dostają średnio mniej leków przeciwbólowych. PAMIĘTAJ! Jeśli wiesz, że Twój podopieczny otrzymał silny lek przeciwbólowy, obserwuj jego zachowanie na wypadek wystąpienia działań niepożądanych. Niektóre leki w połączeniu z innymi tracą swoje cenne właściwości, a nawet mogą być szkodliwe. Dlatego żadnych leków nie powinno się przyjmować bez poinformowania o tym lekarza. PAMIĘTAJ! Jeśli chcesz uniknąć **polifarmacji/politerapii/polifarmakoterapii (**terminy stosowane zamiennie na określenie sytuacji, w której chory przyjmuje więcej niż kilka leków jednocześnie), upewnij się, że lekarz wie o wszystkich lekach, które przyjmuje Twój podopieczny.

PAMIĘTAJ o **działaniach niepożądanych leków p/bólowych**:

Paracetamol: działania niepożądane są stosunkowo rzadkie, należą do nich głównie zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, zaparcia), reakcje skórne (pokrzywka). Sporadycznie może wystąpić trombocytopenia (małopłytkowość) i agranulocytoza (zmniejszenie liczby granulocytów głównie obojętnochłonnych, czyli neutrofilów). Stosowanie dużych dawek, w dłuższym okresie czasu, może spowodować toksyczne uszkodzenie wątroby i nerek.

Niesteroidowe leki przeciwbólowe, NLPZ (ibuprofen, ketoprofen, naproksen, diklofenak): wywołują tzw. efekt sufitowy – dalsze zwiększanie dawki nie zwiększa efektu przeciwbólowego, ale zwiększa ryzyko działań niepożądanych: ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, biegunka lub zaparcia, niestrawność, uszkodzenie błony śluzowej żołądka i krwawienie żołądkowo-jelitowe); bóle i zawroty głowy, szum w uszach, osłabienie aktywności, senność, reakcje depresyjne, zaburzenia widzenia); leukopenia, niedokrwistość, trombocytopenia; reakcje alergiczne (wysypka, pokrzywka, rumień, obrzęki, nieżyt nosa, dychawica oskrzelowa). Stosowanie w dużych dawkach mogą prowadzić do niewydolności nerek (zwłaszcza w przypadku podawania ich razem z lekami moczopędnymi). Ze względu na możliwość wzrostu ciśnienia krwi w przypadku stosowania tych leków może się zmniejszać skuteczność leków hipotensyjnych.

Analgetyki opioidowe (morfina, fentanyl, oksykodon): konieczne jest ich regularne dawkowanie, podaje się w stałych odstępach czasowych ustaloną dawkę oraz w razie potrzeby (tzw. bóle przebijające) pomiędzy nimi dodatkową , tzw. dawkę ratunkową. Do najczęstszych objawów niepożądanych należą: nudności, wymioty, uporczywe zaparcia, suchość w jamie ustnej; nadmierne uspokojenie, senność; zaburzenia psychiczne (zmiany nastroju, euforia), bradykardia, hipotensja i zawroty głowy; zaburzenia widzenia; trudności w oddawaniu moczu; odczyny alergiczne i świąd skóry; możliwa jest depresja ośrodka oddechowego.

Ból nowotworowy to każdy ból, występujący u pacjenta chorego na nowotwór. Choć bardzo byśmy chcieli by było inaczej, większość chorych onkologicznie jest bardzo narażonych zarówno na ból będący konsekwencją choroby, wyniszczenia, jak i procedur wynikających z terapii - począwszy od

ukłucia igłą po każdy zabieg operacyjny. U osób tych bardzo często w odczuwaniu bólu współtowarzyszy komponenta psychologiczna i emocjonalna. Dlatego warto zachować spokój, by chory nie odczuwał dodatkowo strachu i niepewności ze strony opiekuna, bo zazwyczaj zwiększa odczuwanie przez niego bólu. Współczesne leczenie bólu w chorobie nowotworowej to leczenie wielokierunkowe. Podstawą jest zawsze farmakoterapia, która skuteczna jest u ponad 85%. Poza farmakoterapią stosujemy: radioterapię, chemioterapię, hormonoterapię, Inwazyjne techniki anestezjologiczne i chirurgiczne, neurostymulację przezskórną i nardzeniową, psychoterapię.

Pacjent powinien oczekiwać od lekarza i pielęgniarki właściwego uśmierzania bólu ostrego i leczenia bólu przewlekłego. Zgodnie z zaleceniami Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu leczenie powinno być wielokierunkowe. Ból ostry powinien być prawidłowo oceniany, uśmierzany we wszystkich placówkach ochrony zdrowia: POZ, lekarz rodzinny – ból jest jednym z głównych powodów zgłoszenia się pacjentów do lekarzy rodzinnych; Karetka pogotowia, SOR – ponad 70% pacjentów zgłasza umiarkowany lub silny ból; Sale operacyjne szpitali; Oddziały intensywnej terapii; Sale porodowe; Oddziały pooperacyjne. W Polsce ośrodki lecznictwa zamkniętego są poddane monitorowaniu leczenia bólu poprzez system akredytacji w ochronie zdrowia oraz prowadzony przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu projekt „Szpital bez bólu”. Osoby cierpiące z powodu bólu przewlekłego coraz częściej korzystają z poradni leczenia bólu, a w przypadku osób z chorobami nieuleczalnymi z poradni opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Praktyka leczenia bólu w poradni specjalistycznej – Poradnie Leczenia Bólu

Coraz więcej ludzi korzysta z poradni leczenia bólu, a tych w Polsce jest ponad 200, jednak tylko około 20 z nich to poradnie interdyscyplinarne posiadające certyfikat Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, w których pracują specjaliści różnych dziedzin medycyny i stosowane są różne metody leczenia od farmakoterapii, poprzez techniki inwazyjne, rehabilitację do psychoterapii. Pamiętając o tym, że ból przewlekły dotyka ponad 20% populacji powoduje to, że problem bólu przewlekłego dotyczy w Polsce około 8 milionów ludzi, niemożliwe jest, aby wszyscy prowadzeni byli w poradniach leczenia bólu. Każdy chory ma prawo domagać się od swojego lekarza prowadzącego, poza leczeniem choroby zasadniczej, również leczenia bólu. Większość chorych dobrze poddaje się standardom leczenia bólu i nie wymaga leczenia specjalistycznego. Wskazania do leczenia specjalistycznego mają chorzy: nie poddający się standardowemu leczeniu, u których istnieją problemy z postawieniem właściwego rozpoznania, u których bardzo szybko narasta zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe, jak również tacy pacjenci, u których są wskazania do zastosowania inwazyjnych metod leczenia.

Praktyka leczenia bólu w poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Problemy w leczeniu bólu wynikają najczęściej z braku czasu. Brak czasu prowadzi często do

postawienia błędnego rozpoznania, a błędne rozpoznanie do niepodejmowania właściwego leczenia. Kolejnym problemem jest brak oceny natężenia bólu. Brak monitorowania natężenia bólu w czasie leczenia uniemożliwia odpowiednie dobranie leków oraz ocenę ich skuteczności. W leczeniu bólu, poza wieloma lekami tzw. adiuwantowymi mamy do dyspozycji trzy grupy leków przeciwbólowych: paracetamol, NLPZ i opioidy (słabe i silne). Leki te, odpowiednio wybrane, dawkowane i właściwie ze sobą połączone zapewniają dobrą kontrolę bólu u ponad 85% chorych niezależnie od rodzaju bólu. Leki należy wybrać indywidualnie dla każdego pacjenta, jego rodzaju bólu, uwzględniając również choroby współistniejące i leki, które pacjent przewlekle przyjmuje. W leczeniu bólu przewlekłego do dyspozycji mamy farmakoterapię (opisaną powyżej), inwazyjne metody leczenia (blokady, neurolizy, termolezje), rehabilitację, która ma szczególne znaczenie u chorych z chorobami narządu ruchu, a także metody, stymulujące nasze własne układy przeciwbólowe (akupunkturę, stymulację nerwów i wiele innych). W leczeniu bólu przewlekłego ogromną rolę odgrywa również psychoterapia. Pacjenci, którzy korzystają z pomocy psychoterapeuty wymagają około 1/3 mniej leków przeciwbólowych. Chory może mieć wskazania do łączenia wielu metod terapii. Naszym celem w wyborze leczenia powinna być poprawa – jakości życia pacjenta i zapewnienie mu zarówno skuteczności, jak i bezpieczeństwa terapii. Dlatego do każdego pacjenta musimy podchodzić indywidualnie. Standardem farmakoterapii jest wybór leków zgodny z drabiną analgetyczną. Na pierwszym szczeblu drabiny analgetycznej znajdują się proste leki przeciwbólowe (paracetamol i niesteroidowe leki przeciwzapalne), na drugim słabe opioidy, a na trzecim opioidy silne. Do leków z każdego stopnia można dokładać leki wspomagające (nie będące lekami przeciwbólowymi, ale nasilające efekt przeciwbólowy).

W jakiej formie podawane są leki przeciwbólowe?

Niektóre leki podawane są doraźnie, inne należy stosować w ustalonych, regularnych odstępach czasowych – nawet jak już nie boli, a nie jak zaczyna boleć. Daje to najlepszy efekt przeciwbólowy. W przypadku niektórych leków konieczne może być zwiększenie dawki rozłożone w czasie (nawet do około tygodnia) i może minąć 7-10 dni, zanim te leki osiągną najlepszy efekt. Zawsze więc należy je kontynuować wg wskazań lekarza. Nawet przy włączonych już lekach, czasami pacjenci odczuwają epizodycznie ból (ból przebijający). Wtedy należy o tym powiedzieć lekarzowi. Może on zlecić dodatkowe leki, które pomogą opanować te dolegliwości. Leki przeciwbólowe mogą być podawane jako: tabletki doustne, syrop, plastry, lek dożylny, czopki, pastylka do ssania, wlew ciągły poprzez pompę i dojście centralne, w ramach znieczulenia zewnątrzoponowego po zabiegu operacyjnym.

Piśmiennictwo:

1. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red): *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

Źródło zdjęcia: *https://www.canva.com/photos/*

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT