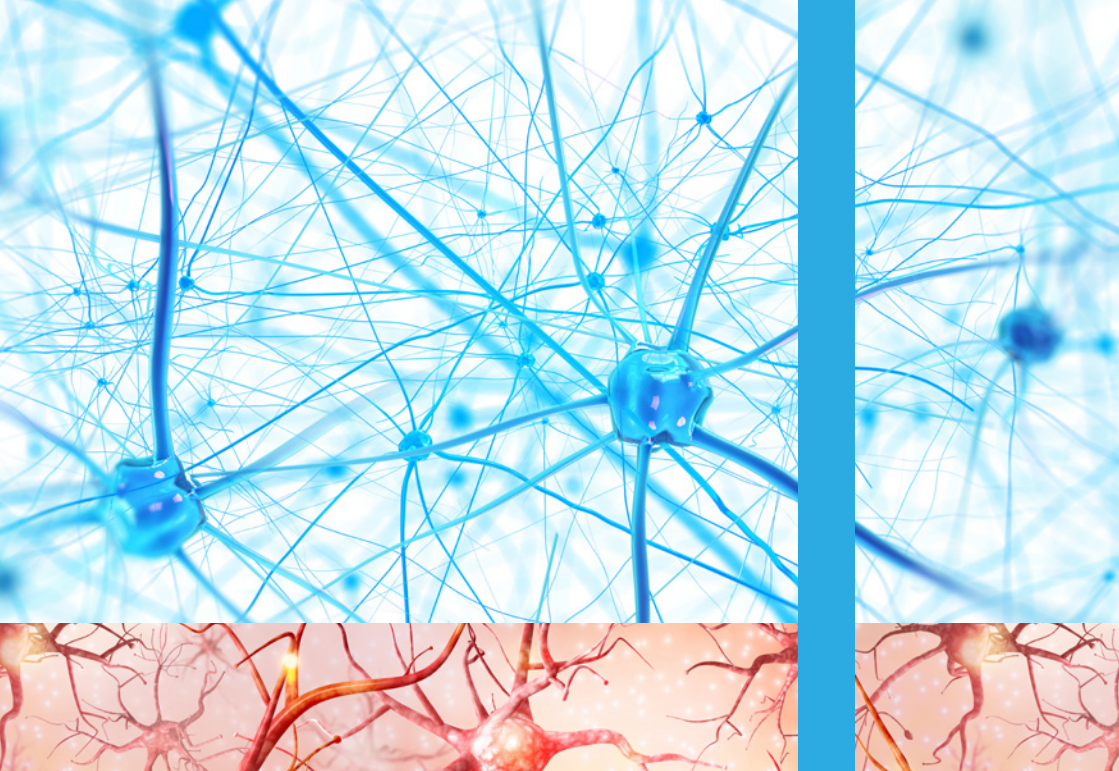




BÓL NEUROPATYCZNY

PORADNIK
DLA PACJENTÓW



miejsce na pieczęć poradni/lekarza

Rekomendowany przez

Polska Koalicja
Pacjentów Onkologicznych



Polskie Towarzystwo
Badania Bólu
Polish Association
for the Study of Pain

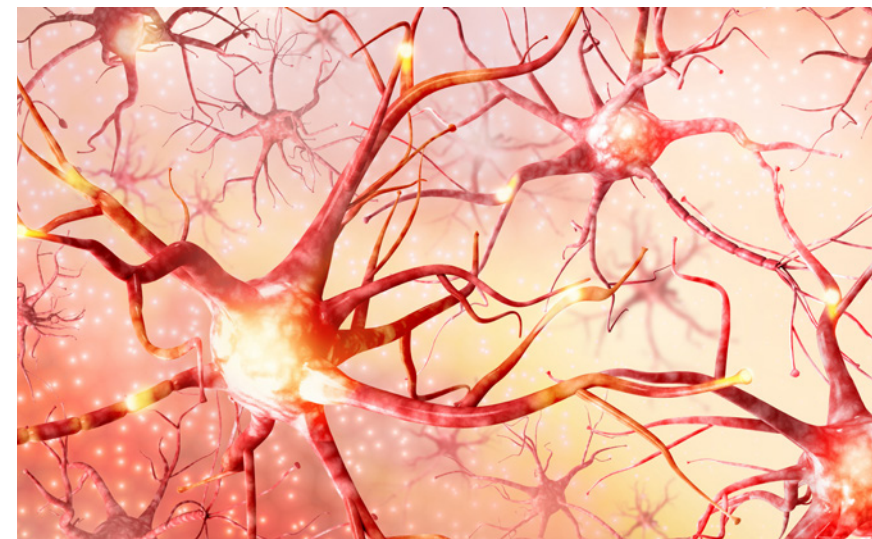


Droga Czytelniczko, Drogi Czytelniku,

ból neuropatyczny powodowany jest bardzo różnymi przyczynami oraz bywa opisywany przez poszczególnych chorych w różnorodny sposób. Postępowanie lecznicze może być długotrwałe oraz kompleksowe, oparte nie tylko na stosowaniu leków, ale i metodach nielekowych. Pacjent jest proszony o to, aby czynnie uczestniczył w obserwowaniu i ocenie efektów leczenia. Oczekuje się od niego otwartości w relacji z lekarzem, w tym zadawania pytań, gdy coś nie jest jasne lub budzi niepokój. Często pacjenci zwracają uwagę na to, że zbyt mało wiedzą na temat swoich dolegliwości i zastosowanego leczenia, aby wiedzieć, co mają obserwować i o co mogą pytać. Poradnik, który oddajemy w Państwa ręce, ma za zadanie dostarczyć pewnych, podstawowych informacji na temat bólu neuropatycznego, a także służyć jako pomoc w komunikacji z lekarzem i innymi pracownikami medycznymi. Mamy nadzieję, że w taki sposób pomożemy Państwu lepiej radzić sobie z chorobą w życiu codziennym.

Redaktor medyczny:

Dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik, prof UMK



Spis treści

1. Czym jest ból?
2. Co to jest ból neuropatyczny i czym może być spowodowany?
3. Jak rozpoznać ból neuropatyczny?
4. Jak leczyć ból neuropatyczny?
5. Gdzie szukać pomocy?

Ból neuropatyczny

Zgodnie z nowelizacją ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w obszarze leczenia bólu od maja 2017 „każdy pacjent ma prawo do leczenia bólu. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia”.

1. Czym jest ból?

Każdy z nas odczuwał kiedyś ból, taki jak ból głowy, zębów czy ból spowodowany urazem. Ból może mieć różne znaczenie dla człowieka. Na przykład w wyniku zadziałania ostrego czynnika, takiego jak uderzenie, czy zbliżenie do ognia, w zajętych tkankach uwalniane zostają liczne substancje pobudzające zakończenia nerwowe zlokalizowane w różnych okolicznych strukturach (np. w skórze, tkance podskórnej, mięśniach). Te zakończenia nerwowe odpowiedzialne za odczuwanie bólu wysyłają wówczas impulsy elektryczne (sygnały bólowe) poprzez nerwy do rdzenia kręgowego. Sygnały bólowe są następnie przekazywane do mózgu, który błyskawicznie je analizuje i uruchamia natychmiast reakcję „walcz lub uciekaj”. Dopiero w chwilę później uświadomimy sobie miejsce bólu, jego nasilenie i stopień nieprzyjemności. Taki ból ma głównie znaczenie ostrzegawczo-obronne, jest zjawiskiem pozytywnym, chroni nas bowiem przed uszkodzeniem ciała i warunkuje nasze przeżycie jako jednostki. Osoby, które z powodu choroby genetycznej nie odczuwają bólu, zwykle umierają w młodości na skutek złamań, urazów, banalnych chorób takich jak zapalenie wyrostka robaczkowego.

Ból towarzyszący chorobom, czy urazom także ma znaczenie ochronne, powoduje bowiem, że poszukujemy pomocy lekarskiej, chronimy uszkodzone miejsce i organizm może się zregenerować (przy czym ten ostry ból powinien być skutecznie łagodzony). Problemem staje się ból, który trwa nadal pomimo wyzdrowienia, wygojenia ran czy złamań. Taki ból staje się bólem przewlekłym, nie ma już roli ostrzegawczo-obronnej i staje się chorobą samą w sobie.

Ból przewlekły może być spowodowany bardzo wieloma czynnikami, począwszy od zawodowych lub nawykowych (codziennie wielokrotnie powtarzalne ruchy lub postawa ciała, prowadzące do powstawania bólów z mięśni i układu kostnego – np. u stomatologów czy kasjerek pracujących w supermarketach), skończywszy na poważnych schorzeniach, np. choroba zwyrodnieniowa stawów.

W zależności od miejsca, w którym powstają sygnały bólowe, mówimy o bólu receptorowym lub neuropatycznym. Ból receptorowy (nazywany także nocyceptywnym, od słowa nocyceptor, które oznacza receptor bólowy), powstaje na skutek pobudzenia zakończeń nerwowych w różnych tkankach i przesyłania informacji o tym uszkodzeniu do mózgu. W pewnym sensie przypomina to sposób przewodzenia krótkotrwałego bólu „o znaczeniu ochronnym”, o którym pisaliśmy wyżej. W bólu receptorowym towarzyszącym schorzeniu lub uszkodzeniu tkanek,

zwłaszcza gdy nie jest od początku prawidłowo leczony, włączają się inne mechanizmy powodujące utrwalanie się bólu i jego wzmacnianie (tzw. mechanizmy sensytyzacji, czyli uwrażliwiania układu nerwowego). Ból receptorowy często można łagodzić typowymi lekami przeciwbólowymi, choć najbardziej skuteczne będzie postępowanie ukierunkowane na jego przyczynę (np. korekta postawy ciała lub ergonomia pracy, albo usunięcie guza, który uciskając różne tkanki wywoływał ból).

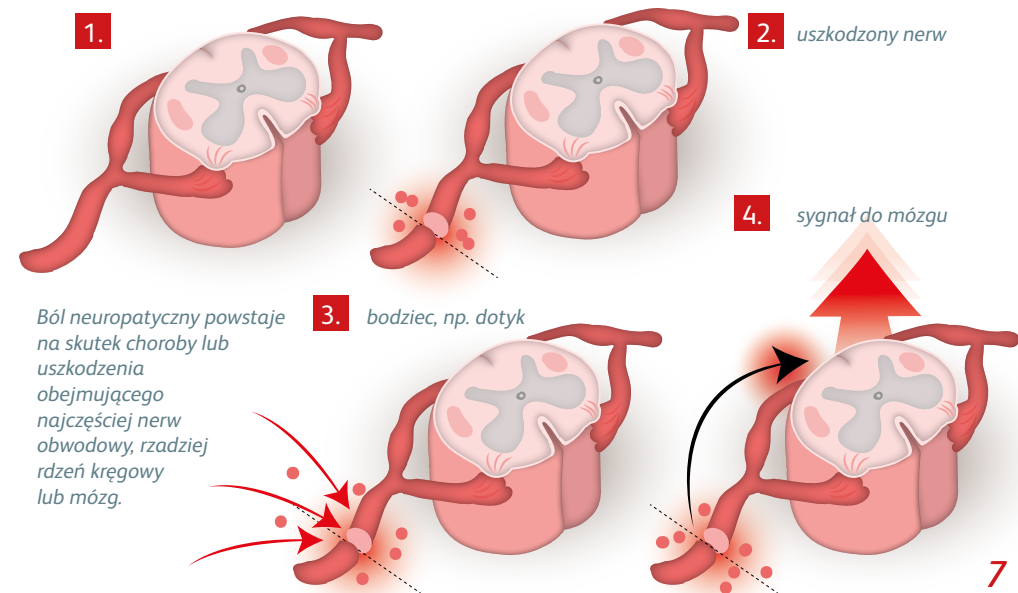
Natomiast za ból neuropatyczny odpowiadają inne, niż w przypadku bólu receptorowego, mechanizmy, o których mowa będzie w kolejnym rozdziale.

Warto przemyśleć i zapamiętać:

- Ból przewlekły jest chorobą – należy go leczyć, ale też starać się zapobiegać jego powstaniu.
- Jednym z najważniejszych sposobów zapobiegania bólowi przewlekłemu jest jak najszybsze i skuteczne leczenie bólu ostrego (np. pooperacyjnego, pourazowego, towarzyszącego ostrej infekcji takiej jak półpasiec). Dzięki temu wyciszy się pobudzenie układu nerwowego, zapobiegnie się zmianom w tym układzie i zmniejszy się ryzyko przewlekania się bólu. Ból należy więc leczyć jak najszybciej.
- Ból przewlekły może znacznie obniżyć jakość życia pacjenta, wpływać na różne sfery jego życia (fizyczną, społeczną, psychiczną, duchową).
- Skuteczność leczenia bólu przewlekłego w dużej mierze zależy od relacji pomiędzy lekarzem i zespołem leczącym a samym pacjentem: od zaufania, uważności w obserwacji, wzajemnego słuchania, dopytywania, wyjaśniania, uczciwości. Bardzo przydatnym narzędziem zwiększającym skuteczność leczenia jest prowadzenie dzienniczka obserwacji przez chorego.
- Leczenie bólu przewlekłego może wymagać zastosowania zarówno postępowania ukierunkowanego na przyczynę (jeśli można ją znieść – np. wyleczyć chorobę), jak i leków łagodzących ból oraz metod nielekowych, takich jak zabiegi rehabilitacyjne albo blokady stosowane przez anestezjologów, czy też metody psychologiczne.

2. Co to jest ból neuropatyczny i czym może być spowodowany?

czasami, na przykład w wyniku urazu lub przebiegu niektórych chorób, może dojść do uszkodzenia nerwów, rzadziej rdzenia kręgowego lub mózgu. Cały system przewodzenia i kontroli bólu ulega wówczas zakłóceniu. Organizm stara się rekompensować szkody i wygoić uszkodzony nerw lub inne miejsce w układzie nerwowym. Często jednak dochodzi do patologicznych zmian w tym miejscu, np. do powstania nowych receptorów w nerwie, które stają się źródłem samoistnych pobudeń. W rezultacie, pomimo że nie dochodzi już do dalszych uszkodzeń w układzie nerwowym, ośrodek bólu w mózgu nieustannie otrzymuje informacje z tego miejsca takie, jakby cały czas działał czynnik uszkadzający. Najczęściej też sposób odczuwania tego bólu jest odmienny niż w przypadku bólu receptorowego, opisywany jako palenie, pieczenie, strzelanie. Może dochodzić też do „uwrażliwienia” układu nerwowego i nadmiernej reakcji na bodźce bólowe (tzw. hiperalgezia) lub wręcz odczuwania bólu pod wpływem bodźców, które normalnie nie powodują bólu, np. dotyku (tzw. alodynia).



Ból neuropatyczny o różnej etiologii dotyczy 7–10% populacji. Ból neuropatyczny może być odczuwalny prawie bez przerwy, a okresy przewlekłego bólu mogą być przeplatane zaostrzeniami dolegliwości. U niektórych pacjentów ból neuropatyczny ma charakter przerywany i występuje raczej w formie zaostrzeń. Zwykle w znacznym stopniu negatywnie wpływa na jakość życia chorych. Czasami osoby nim dotknięte nie są w stanie pracować czy oddawać się ulubionym zajęciom, są przewlekłe zmęczone także z powodu bezsenności. Niektórzy, nawet całkowicie odizolowują się od społeczeństwa, ograniczając swoje kontakty z innymi lub rezygnując z pełnienia różnych ról społecznych.

Do najczęstszych zespołów bólu neuropatycznego należą:

- **Neuralgia popółpaścowa** (ból w miejscu zajęтым przez półpasiec, występujący co najmniej 3 miesiące po wygojeniu się popółpaściowych zmian skórnych),
- **Bolesna neuropatia cukrzycowa** (uszkodzenie nerwów obwodowych jako powikłanie w przebiegu cukrzycy),
- **Neuropatie obwodowe** (z uszkodzenia nerwu spowodowanego urazem, zabiegiem operacyjnym lub uciskiem na nerw),
- **Bóle po amputacji** (np. kończyny dolnej), takie jak bóle kikuta czy bóle fantomowe,
- **Bóle ośrodkowe** (czyli dotyczące mózgu lub rdzenia kręgowego), np. bóle po udarze mózgu albo bóle po uszkodzeniu rdzenia kręgowego,
- **Neuralgia nerwu trójdzielnego** (ból nagły, zwykle po jednej stronie twarzy, w zakresie unerwienia gałęzi nerwu trójdzielnego).

Wśród chorych na nowotwory spotyka się różnego typu bóle neuropatyczne, np.:

- wynikające z naciekania nerwów przez guz nowotworowy,
- będące skutkiem uszkodzenia nerwów przez stosowane leczenie onkologiczne (chemioterapię, radioterapię, leczenie operacyjne),

- wynikające z innych współwystępujących przyczyn (np. półpasiec).

W przypadku choroby nowotworowej mogą pojawić się różnorodne rodzaje bólu, w zależności od umiejscowienia i stopnia zaawansowania nowotworu. Guz może na przykład uciskać niektóre nerwy, powodując wysyłanie sygnałów do mózgu i odczuwanie bólu. Samo leczenie onkologiczne (np. chemioterapia, radioterapia) może powodować ból neuropatyczny. Również operacyjne usunięcie guza wiąże się niekiedy z ryzykiem wystąpienia takiego powikłania. Nie ma w tym nic dziwnego, jako że w czasie operacji istnieje ryzyko uszkodzenia włókien nerwowych. Typowym przykładem jest zespół bólowy po mastektomii, który może pojawić się po operacji piersi, zwłaszcza wtedy, gdy z pacy usunięte zostały węzły chłonne. Przejawia się on pod postacią palącego, przeszywającego lub pulsującego bólu umiejscowionego pod pachą, z tyłu ramienia, na klatce piersiowej lub barku. Wiele kobiet skarży się, że ból nasila się podczas wysiłku, na przykład podnoszenia, przenoszenia ciężaru, pisanie, wykonywania prac domowych, chodzenia lub jeżdżenia na rowerze. Ból może także pojawić się w wyniku zmęczenia, ochłodzenia, ocieplenia, tarcia odzieży czy silnych emocji.

Warto zapamiętać:

W bólu neuropatycznym szczególnie ważne jest jak najszybsze rozpoczęcie jego leczenia, a przez to zapobieganie mechanizmom „uwrażliwiania na ból” w układzie nerwowym. Im szybciej uda się opanować ból, tym łatwiej będzie można go kontrolować.

Co to oznacza w praktyce? Dla przykładu, jeśli podczas operacji piersi doszło do uszkodzenia nerwu, może to w konsekwencji doprowadzić do ujawnienia się zespołu bólowego po mastektomii. Niekiedy pacjentka w krótkim czasie po zabiegu zauważa, że ma dolegliwości bólowe podczas rehabilitacji, które początkowo wiąże z gojeniem się tkanek. Te dolegliwości mogą nawet po kilku

tygodniach/miesiącach zmienić swój charakter i pojawia się palenie/pieczenie/strzelanie i inne tego typu odczucia wskazujące na ból neuropatyczny. Co będzie optymalnym postępowaniem ze strony chorej? Po pierwsze, zawsze zgłaszać pojawienie się bólu (zwłaszcza dokuczliwego) niezależnie od jego charakteru i czasu ujawnienia się. Ból nie niesie żadnej korzyści dla chorego! Nie należy obawiać się mówienia o swoim bólu, nie tłumaczyć sobie, że „to musi się wygoić i dlatego boli”. Trzeba powiedzieć o tym lekarzowi, zwrócić uwagę fizjoterapeucie (jeśli pacjentka objęta jest programem rehabilitacji). Regularnie i uważnie oceniać skuteczność wdrożonego postępowania. Natychmiast zareagować, jeśli pojawią się cechy bólu neuropatycznego (palenie, żądlenie etc.). Lekarz przeprowadzi wtedy ocenę bólu i jego przyczyn, m. in. ustali, czy ten ból jest objawem zespołu po mastektomii, czy też wynika z postępu choroby lub innych czynników (pacjentki nieraz obawiają się, że pojawienie się bólu świadczy o progresji choroby nowotworowej).

3. Jak rozpoznać ból neuropatyczny?

Ból neuropatyczny rozpoznaje się zwykle na podstawie wywiadu (czyli tego, jak opíše go pacjent) oraz badania fizykalnego przeprowadzonego przez lekarza. Czasami lekarz opiekujący się pacjentem poprosi innego lekarza – specjalistę z poradni leczenia bólu, medycyny paliatywnej lub neurologa o konsultację także w celu wykonania dokładniejszych testów oceniających czynność układu nerwowego albo zleci wykonanie badań (takich jak tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny), jeśli nie będzie jasna przyczyna lub miejsce uszkodzenia układu nerwowego.

Wywiad, czyli opis dolegliwości dokonany przez pacjenta, jest bardzo ważny i często sugeruje właściwe rozpoznanie. Określenia samego sposobu odczuwania bólu przez chorego są zwykle bardzo charakterystyczne i tak różne od innych bólów, że pacjenci mogą nawet mieć wątpliwości, czy to czują jest na pewno bólem. Pacjenci mówią o:

- paleniu, przykładaniu rozżarzonego żelaza,
- pieczeniu,
- rwaniu,
- swędzeniu,
- strzelaniu, wyładowaniach prądu,
- ukłuciu igieł, a nawet o nożu wbijanym w ciało,
- żądleniu przez osy,
- chodzeniu mrówek po skórze, z następczym silnym świądem,
- dotyku powodującym nasilenie bólu (np. gdy ubrania dotykają skóry),
- bólu nasilającym się przy zmianie temperatury (np. odczuwaniu przeszywającego bólu podczas prysznica),
- wrażeniu utraty czucia wokół miejsca będącego źródłem bólu; ciało jest jak odrętwiałe,
- chodzeniu po poduszkach albo po wacie,
- ciągłym bólu o zmiennej intensywności,
- okresach przewlekłego przeszywającego bólu przeplatanych atakami silnego bólu.

Lekarz będzie pytał pacjenta nie tylko o sam ból (jego historię, charakterystykę, co nasila, co łagodzi), ale także o objawy towarzyszące i o to, w jaki sposób ból wpływa na życie chorego. Ból neuropatyczny może na przykład bardzo



PIECZENIE

MROWIENIE,
DREŹWIENIE

KŁUCIE IGŁAMI



RAŻENIE PRĄDEM



MARZNIĘCIE

nasilać się w nocy i negatywnie wpływać na jakość snu. Niedobór snu prowadzi do uczucia stałego zmęczenia i braku energii do wykonywania codziennych czynności.

Badanie fizykalne może pomóc lekarzowi w ustaleniu przyczyny oraz miejsca uszkodzenia układu nerwowego. W tym celu lekarz między innymi przeprowadzi podstawowe badanie neurologiczne oraz testy oceniające, czy nie doszło do wystąpienia cech nadwrażliwości układu nerwowego, takich jak alodynia i hiperalgezia.

Alodynia (odczuwanie bólu pod wpływem działania bodźca, który w normalnych warunkach jest bezbolesny, np. dotyku) może być wykazana w teście tarcia skóry wacikiem – za jej występowaniem przemawia pojawianie się bólu pod wpływem dotykania/pocierania skóry.

Hiperalgezie (nadmierne odczuwanie bólu pod wpływem bolesnego bodźca) można wykazać w „teście ukłucia szpilką”. Lekarz delikatnie kłuje skórę szpilką zwykle w obszarze zmian objętych bólem i porównawczo w okolicy niezmienionej. W obszarze hiperalgezji ukłucie szpilką jest bardziej bolesne.

W poradni leczenia bólu i poradniach neurologicznych przeprowadza się zwykle również inne testy oceniające wrażliwość układu nerwowego oraz stosuje się skale i kwestionariusze ukierunkowane na wykrywanie i monitorowanie bólu neuropatycznego.

W Polsce stosowanych jest kilka tego typu skal. Dla przykładu pokażemy **kwestionariusz DN4**, za pomocą którego sprawdza się charakterystyczne cechy i typowe objawy bólu neuropatycznego. Składa się z 7 pozycji dotyczących obecności objawów bólu oraz trzech związanych z badaniem fizykalnym. Obecność 4 lub więcej z wymienionych objawów, poparta 4 odpowiedziami twierdzącymi, kwalifikuje pacjenta do rozpoznania bólu neuropatycznego.



Wywiad od pacjenta

Pytanie 1: Czy ból charakteryzuje się jedną lub kilkoma cechami podanymi poniżej?

	TAK	NIE
1. Pieczenie	☐	☐
2. Odczucie bolesnego chłodu	☐	☐
3. Wyładowania elektryczne	☐	☐

Pytanie 2: Czy ból jest związany z jednym lub kilkoma objawami wymienionymi poniżej, występującymi na tym samym obszarze?

	TAK	NIE
4. Mrowienie	☐	☐
5. Kłucie	☐	☐
6. Drętwienie	☐	☐
7. Swędzenie	☐	☐

Badanie pacjenta

Pytanie 3: Czy ból jest zlokalizowany w obszarze, w którym badanie wykazuje:

	TAK	NIE
8. Osłabienie czucia przy dotyku	☐	☐
9. Osłabienie czucia przy kłuciu	☐	☐

Pytanie 4: Czy ból pojawia się lub nasila podczas:

	TAK	NIE
10. Potarcia pędzelkiem	☐	☐

Pytanie dodatkowe: Czy ból jest zlokalizowany w obszarze, w którym badanie wykazuje:

	TAK	NIE
11. Osłabienie czucia zimna	☐	☐
12. Nasilenie czucia zimna	☐	☐
13. Osłabienie czucia ciepła	☐	☐
14. Nasilenie czucia ciepła	☐	☐

Jeżeli Twój wynik wynosi $\geq 4/10$, prawdopodobnie odczuwasz ból neuropatyczny.

Tak = 1 **Nie** = 0 punktów **Wynik:** /10

Nie zawsze jednak sięga się po tego typu narzędzia. Najważniejsze jest bowiem, aby po ustaleniu rozpoznania i wdrożeniu wstępnego postępowania, ból był regularnie (codzienne) oceniany przez chorego w dzienniczku, wraz z wpisywanymi obserwacjami dotyczącymi np. okresów zaostrzenia bólu, objawów niepożądanych leków, innych dolegliwości. W dzienniczku zwykle stosuje się proste narzędzia oceny intensywności bólu, np. NRS, czyli Numeryczną Skalę Bólu od 0 (brak bólu) do 10 (ból najgorszy, nie do wytrzymania). Udowodniono, że prowadzenie dzienników przez pacjentów poprawia skuteczność leczenia bólu. Wynika to zarówno z tego, iż tego typu dokładne obserwacje pomagają lekarzowi zrozumieć specyfikę dolegliwości i ocenić lepiej wrażliwość na włączoną terapię. Równie ważne jest poczucie pacjenta, że jest lepiej słuchany i że traktuje się go jak „partnera” w tym postępowaniu. A wreszcie prowadzenie dzienniczka poprawia komunikację między pacjentem a lekarzem i wzmacnia porozumienie między nimi.

4. Jak leczyć ból neuropatyczny?

Każdy, zwłaszcza dokuczliwy, ból przewlekły zaliczany jest do stanów chorobowych wymagających regularnego leczenia prowadzonego pod kontrolą lekarza.

Ból neuropatyczny zalicza się do tych sytuacji klinicznych, w których bezwzględnie najpierw trzeba pójść do lekarza, który przeprowadzi diagnostykę i włączy krok po kroku optymalne leczenie.

Najbardziej wskazanym postępowaniem byłoby usunięcie przyczyny bólu neuropatycznego (np. guza uciskającego na struktury układu nerwowego) i/lub zadbanie o to, aby nie stał się on bólem przewlekłym (np. skuteczne leczenie półpaśca oraz towarzyszącego mu bólu może zmniejszyć ryzyko utrwalenia się dolegliwości bólowych, choć całkowicie go nie eliminuje). Jeśli jest to niewystarczająco skuteczne lub niemożliwe do zastosowania, podstawą staje się leczenie objawowe, na które składają się: postępowanie ogólne, farmakoterapia (stosowanie leków) i leczenie niefarmakologiczne, w tym rehabilitacja, blokady, termolezja, wsparcie psychologiczne, akupunktura i inne.

Postępowanie ogólne

Postępowanie ogólne w dużej mierze uzależnione jest od samej przyczyny bólu

i od obserwacji pacjenta, dotyczącej tego, co pomaga, a co nasila ból. Dla przykładu, w alodyni wywołanej dotykiem/pocieraniem, pomocne może być noszenie luźnych ubrań, z delikatnych tkanin (w tym z jedwabiu). Zawsze pomocne będzie zatroszczenie się o zrozumienie (z czym się borykam, jakie są moje ograniczenia, czego nie mogę wykonać) i wsparcie ze strony bliskich. Ważne będzie zadbanie o utrzymanie aktywności społecznej, rodzinnej, możliwej aktywności fizycznej, wykonywanie czynności dnia codziennego, dbanie o własny rozwój także w sferze duchowej. Bardzo często odwrócenie uwagi od bólu, np. podczas czytania książek, zmniejsza jego nasilenie. Szczególnie istotne staje się to w przypadku pacjentów, którzy długotrwale będą musieli radzić sobie z bólem neuropatycznym, „oswoić go” i nauczyć się z nim żyć (oczywiście prowadząc optymalne leczenie bólu).

Farmakoterapia:

Nie ma jednego, uniwersalnego sposobu leczenia tego typu bólu. Być może lekarz będzie musiał poszukać odpowiedniego leczenia metodą prób i błędów. Istnieją jednak wytyczne dotyczące postępowania w bólu neuropatycznym, wypracowane przez różne towarzystwa naukowe, w tym ostatnio przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu i Polskie Towarzystwo Neurologiczne.

Wybór leku lub leków zależy od wielu czynników, między innymi od przyczyny bólu, od tego, czy jest uogólniony (chory odczuwa go w sposób rozlany na całym ciele lub na dużej powierzchni skóry) czy też zlokalizowany (odczuwany tylko na niewielkiej powierzchni), od chorób współistniejących, potencjalnych działań niepożądanych, ryzyka interakcji z innymi lekami.

Koanalgetyki

Badania pokazują, że ból neuropatyczny można leczyć tzw. koanalgetykami, czyli lekami, które pierwotnie zostały stworzone do innych wskazań, jednakże w pewnych sytuacjach bólowych (przede wszystkim w bólu neuropatycznym) mają działanie łagodzące ból. Do koanalgetyków I wyboru zalicza się niektóre leki przeciwdepresyjne (zwłaszcza tzw. inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny oraz trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne) czy też leki przeciwpadaczkowe (przede wszystkim gabapentyna i pregabalina).

Jeżeli źródło bólu jest wyraźnie zlokalizowane, jak ma to często miejsce w przypadku bólu w neuralgii popółpaścowej czy neuropatii cukrzycowej,

można zastosować plastry zawierające substancję znieczulającą. Tak podane leki działają miejscowo, osłabiając wrażliwość nerwu i hamując przewodzenie sygnałów bólowych do mózgu. Nie są one jednak skuteczne w pewnych postaciach zlokalizowanego bólu neuropatycznego.

Poza wymienionymi, wiele innych leków o różnych mechanizmach działania znalazło zastosowanie jako koanalgetyki.

Ze względu na ich znaczną różnorodność, ważne jest, aby pacjent uzyskał wyczerpujące informacje od lekarza na temat ich działania (np. jak szybko można spodziewać się początku działania przeciwbólowego, jakie objawy niepożądane mogą wystąpić i co należy wtedy zrobić). Lekarz, który przepisuje lek, musi razem z pacjentem znaleźć najskuteczniejszą dawkę. Dawka musi być zwiększana stopniowo, zwłaszcza w przypadku leków przeciwpadaczkowych i przeciwdepresyjnych. Lekarz może nawet zadecydować o zwiększaniu dawki wolniej, niż jest to zalecane w ulotce, w celu zminimalizowania skutków ubocznych. Warto podkreślić, że dawka koanalgetyku potrzebna do łagodzenia bólu może znacznie różnić się u poszczególnych osób.

Lekarz może połączyć kilka różnych leków (niekiedy różne koanalgetyki, np. leki przeciwdepresyjne z przeciwpadaczkowymi, ale także koanalgetyk stosować z analgetykiem opioidowym czy też z innymi metodami leczenia). Ważne jest, aby pacjent zawsze stosował się do wspólnych ustaleń i szczegółowych zaleceń lekarza, nie obawiał się zadawania pytań, zgłaszania wątpliwości, dokonywania swoich obserwacji (zwłaszcza w formie prowadzenia dzienniczka).

Analgetyki opioidowe

Należą do nich tzw. opioidy słabe oraz tzw. opioidy silne. Są to leki często i z dobrym efektem stosowane zwłaszcza w bólach (także neuropatycznych) spowodowanych guzem nowotworowym lub przerzutami, co wynika z pewnej specyfiki mechanizmów tych bólów. Należy jednak podkreślić, że leki opioidowe znalazły zastosowanie także w łagodzeniu przewlekłych bólów nienowotworowych. U chorych na nowotwór, u których guz naciska na tkanki, w tym na nerwy i/lub rdzeń kręgowy, zwykle w leczeniu bólu o co najmniej umiarkowanym nasileniu od razu stosuje się opioidy poczynając od niskich dawek, krok po kroku dopasowując dawkowanie do uzyskania najlepszego efektu. U chorych z takim rodzajem bólu neuropatycznego najczęściej razem z opioidami włącza się koanalgetyki.

Zazwyczaj inaczej wygląda to u pacjentów, którzy zgłaszają ból neuropatyczny nienowotworowy. W ich przypadku (o ile ból nie jest bardzo znacznie nasilony i wymaga pilnego opanowania) leczenie zaczyna się najczęściej od koanalgetyków lub innych środków i metod stosowanych specyficznie w danej sytuacji. Po opioidy sięga się najczęściej dopiero wtedy, gdy bólu nie udaje się uśmierzyć innymi lekami. W takiej sytuacji są one zazwyczaj dodawane do leczenia dopiero w następnej kolejności.

Często chorzy obawiają się przyjmowania tych leków, stąd podkreśla się znaczenie rozmowy lekarza z pacjentem w momencie, gdy będzie on proponował rozpoczęcie terapii opioidami. Powinien wytłumaczyć choremu, dlaczego chce sięgnąć po analgetyki opioidowe, jakich objawów niepożądanych się spodziewa (zwłaszcza zaparcia, a także, szczególnie w pierwszych dniach leczenia, nudności) i co należy robić, aby im zapobiec lub je złagodzić. Powinien też zapytać chorego, co sądzi na temat tych leków, czy ma jakieś przemyślenia. W tym momencie pacjent, o ile ma jakieś wyobrażenia/obawy, będzie miał szansę powiedzenia o swoich lękach.

Lekarz, po uważnym wysłuchaniu, powinien postarać się odpowiedzieć na pytania, na przykład wskazać, które obawy są zupełnie nieuzasadnione.

Ważne – jeśli lekarz nie wykazuje inicjatywy do podjęcia takiej rozmowy, pacjent ma prawo do poproszenia go o to.

Analgetyki nieopiodowe

Zaliczamy do nich takie leki jak paracetamol, metamizol i niesteroidowe leki przeciwzapalne. Ze względu na ich dostępność bez recepty są powszechnie samodzielnie stosowane przez pacjentów w różnych zespołach bólowych. W przypadku bólu neuropatycznego ich skuteczność jest ograniczona. Pacjent nie powinien tych leków stosować na własną rękę bez porozumienia z lekarzem, bo po pierwsze są one nieskuteczne, po drugie mogą wywołać poważne objawy niepożądane.

Jeśli lekarz w pewnych specyficznych sytuacjach klinicznych (np. przy złożonym mechanizmie bólu, lub wtedy, gdy bólowi neuropatycznemu towarzyszy inny rodzaj bólu) podejmie decyzję o dołączeniu leków z tej grupy, zawsze powinien wziąć pod uwagę istniejące obciążenia i choroby (w przypadku niesteroidowych leków przeciwzapalnych zwłaszcza chorobę wrzodową, choroby serca, niewydolność

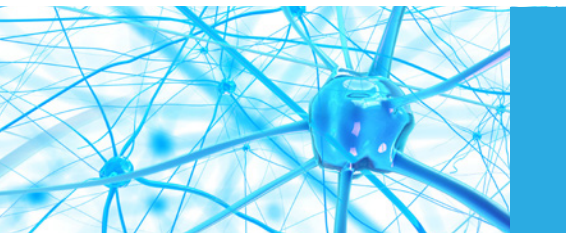
nerek), gdyż jest to istotne w decyzji o wyborze analgetyku nieopiodowego. Powinien o tym porozmawiać z chorym, który dzięki temu będzie też lepiej rozumiał, na co zwrócić uwagę podczas leczenia.

Uwaga – częstym błędem jest brak uważności na dawkowanie dobowe paracetamolu. Paracetamol jest składową bardzo wielu preparatów lekowych stosowanych w bólu, ale także w gorączce w różnego typu infekcjach. Przekroczenie maksymalnej dobowej dawki paracetamolu prowadzi do uszkodzenia wątroby i może być niebezpieczne dla życia. Lekarz powinien dopytać o wszystkie leki (także te kupowane „bez recepty”), a chory powinien o wszystkich lekach powiedzieć lekarzowi. Należy sprawdzać skład wszystkich tego typu leków i zwrócić uwagę, czy nie zawierają paracetamolu.

Uważa się, że w przypadku osoby młodszej, o prawidłowej masie ciała, nienadużywającej alkoholu, odżywiającej się prawidłowo i bez innych czynników ryzyka, nie wolno przekraczać dawki 3 gramów paracetamolu na dobę (natomiast u osób w podeszłym wieku dawka nie powinna przekraczać 2 gramów na dobę).

Inne metody leczenia bólu neuropatycznego

Zalicza się do nich blokady i zabiegi neurodestrukcyjne, przezskórną elektrostymulację nerwów (TENS), metody fizjoterapeutyczne, psychologiczne, terapię zajęciową, podawanie leków do kanału kręgowego, akupunkturę, iniekcje toksyny botulinowej i inne.



5. Gdzie szukać pomocy?

Chory cierpiący z powodu bólu neuropatycznego może znajdować się pod opieką lekarza rodzinnego i/lub odpowiedniego specjalisty (np. diabetologa, neurologa, onkologa, specjalisty medycyny paliatywnej). W różnych sytuacjach, zwłaszcza wtedy, gdy ból jest niezadowalająco łagodzony lub gdy istnieją wskazania do zastosowania pewnych metod leczenia, takich jak blokady, czy neurolizy, pacjent powinien być skierowany do poradni leczenia bólu.

Lista dostępnych poradni leczenia bólu, certyfikowanych przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu (na dzień 30 stycznia 2018):

BIAŁYSTOK
Poradnia Leczenia Bólu
NZOZ VITAMED
im. Edyty Jakubów
 15-250 Białystok
 ul. Mickiewicza 44a
 woj. podlaskie

BIELSKO-BIAŁA
Poradnia Leczenia Bólu NZOZ
Majdak i wspólnicy DARMED
NZOZ DARMED
 43-300 Bielsko-Biała
 ul. Krasickiego 12A
 woj. śląskie

BIELSKO-BIAŁA
Poradnia Leczenia Bólu
Beskidzkie Centrum Onkologii
Szpital Miejski im. Jana Pawła II
 43-300 Bielsko-Biała
 ul. Emilii Plater 17
 woj. śląskie

BYTOM
Poradnia Leczenia Bólu
NZOZ NEURON
 41-908 Bytom
 ul. Stolarzowicka 39
 woj. śląskie

DĄBROWA GÓRNICZA
Poradnia Leczenia Bólu
SN ZOZ „PANACEUM”
 41-300 Dąbrowa Górnicza
 ul. Ludowa 7
 woj. śląskie

GDYNIA
Poradnia Leczenia Bólu
Przychodnia Morska
 81-049 Gdynia
 ul. Morska 7/1-2
 woj. pomorskie

KATOWICE

**Poradnia Leczenia Bólu –
Obwód Lecznictwa PKP
Obwód Lecznictwa Katowice
OLK-MED Sp. z o.o.**
40-012 Katowice
ul. Dworcowa 3
woj. śląskie

KATOWICE

**Poradnia Leczenia Bólu –
Revital System Medyczny
NZOZ Revital System Medyczny**
40-750 Katowice
ul. Boya-Żeleńskiego 77
woj. śląskie

KRAKÓW

AZ Med Centrum Leczenia Bólu
32-723 Kraków
ul. Golikówka 6
woj. małopolskie

KRAKÓW

**Poradnia Leczenia Bólu –
Zespół Poradni Specjalistycznych
SP ZOZ Krakowskie Centrum
Rehabilitacji i Ortopedii**
30-224 Kraków
al. Modrzewiowa 22
woj. małopolskie

KRAKÓW

**Poradnia Leczenia Bólu Szpitala
Uniwersyteckiego CM UJ
Zakład Badania i Leczenia Bólu
Szpitala Uniwersyteckiego CM UJ
w Krakowie**
31-531 Kraków
ul. Śniadeckich 10
woj. małopolskie

MIELEC

**Poradnia Leczenia Bólu Lux-Med
Renata Celarek S.j.
NZOZ LUX-MED**
39-300 Mielec
ul. Drzewieckiego 31/36
woj. podkarpackie

OLSZTYN

**Poradnia Leczenia Bólu
Przewlekłego Miejskiego Szpitala
Zespołowego
Miejski Szpital Zespólny**
10-045 Olsztyn
ul. Mariańska 4
woj. warmińsko-mazurskie

RYBNIK

**Poradnia Leczenia Bólu NS ZOZ
„ALGOS”
NS ZOZ ALGOS**
44-200 Rybnik
ul. Łanowa 11
woj. śląskie

RZESZÓW

**Poradnia Leczenia Bólu
Klinicznego Szpitala
Wojewódzkiego w Rzeszowie**
35-301 Rzeszów
ul. Lwowska 60
woj. podkarpackie

SOSNOWIEC

**Poradnia Leczenia Bólu NS ZOZ
„PANACEUM”
NS ZOZ PANACEUM**
41-200 Sosnowiec
ul. Jana Kilińskiego 58
woj. śląskie

ŚWIDNICA

**Poradnia Leczenia Bólu NS ZOZ
MEDYK
NZOZ MEDYK**
58-100 Świdnica
ul. Gdyńska 25a
woj. dolnośląskie

SZCZECIN

**Poradnia Leczenia Bólu
Zachodniopomorskie Centrum
Onkologii**
71-730 Szczecin
ul. Strzałowska 22
woj. zachodniopomorskie

TYCHY

**Poradnia Leczenia Bólu
Przewlekłego
NZOZ Poradnia Leczenia Bólu
Przewlekłego**
43-100 Tychy
ul. Andersa 6a
woj. śląskie

WARSZAWA

**Poradnia Leczenia Bólu –
Klinika Anestezjologii
i Intensywnej Terapii
SP Szpital Kliniczny
im. prof. W. Orłowskiego CMKP**
00-416 Warszawa
ul. Czerniakowska 231
woj. mazowieckie

WARSZAWA

**Poradnia Leczenia Bólu
Centralnego
Szpitala Klinicznego MON
Wojskowy Instytut Kliniczny**
04-414 Warszawa
ul. Szaserów 128
woj. mazowieckie

WARSZAWA

**Poradnia Leczenia Bólu I Klinika
Anestezjologii i Intensywnej
Terapii Warszawskiego UM
Szpital Kliniczny im. Dzieciątka
Jezus**
00-668 Warszawa
ul. Emilii Plater 21
woj. mazowieckie

WARSZAWA

**Poradnia Leczenia Bólu
i Medycyny Paliatywnej Centrum
Onkologii
Instytut im. Marii Skłodowskiej-
Curie w Warszawie**
02-781 Warszawa
ul. Centrum Onkologii
Roentgena 1
woj. mazowieckie

WROCŁAW

**Poradnia Przykliniczna Leczenia
Bólu – Uniwersytecki Szpital
Kliniczny
Uniwersytecki Szpital Kliniczny**
50-556 Wrocław
ul. Borowska 213
woj. dolnośląskie

WŁOSZCZOWA

**Poradnia Leczenia Bólu
„NOWE ŻYCIE”
NZOZ „NOWE ŻYCIE”**
29-100 Włoszczowa
ul. Mleczarska 11
woj. świętokrzyskie

ZABRZE

**Poradnia Leczenia Bólu SP
Szpitala Klinicznego nr 1
im. prof. Stanisława Szyszko
Śląskiego UM**
41-800 Zabrze
ul. 3 Maja 13-15
woj. śląskie

Piśmiennictwo

Szczudlik A., Dobrogowski J., Wordliczek J.: Rozpoznanie i leczenie bólu neuropatycznego: Przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Towarzystwa Neurologicznego, Ból 2014, tom 14, nr 2, s. 8-18.

Szczudlik A., Dobrogowski J., Wordliczek J.: Rozpoznanie i leczenie bólu neuropatycznego: Przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Towarzystwa Neurologicznego, Ból 2014, tom 14, nr 3, s. 8-21.

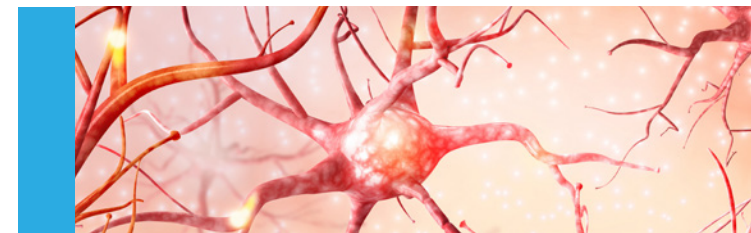
Wordliczek J., Dobrogowski J.: Leczenie Bólu, PZWL, 2017.

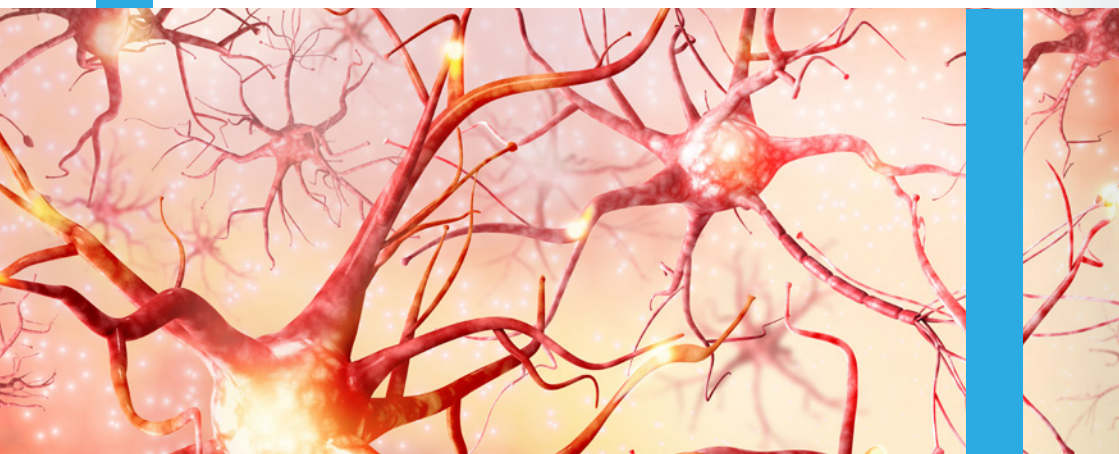
Bouhassira D et al., Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005; 114 (1-2): 29-36.

Malec-Milewska M., Woroń J.: Kompendium leczenia bólu, Medical Education 2017, s. 73-77.

Sękowska A., Malec-Milewska M.: Leczenie bólu neuropatycznego – 34 pytania i odpowiedzi, Medical Education, Warszawa 2016.

Lista Poradni Leczenia Bólu dostępna ze strony <<https://ptbb.pl/dzialalnosc/certyfikat-ptbb/poradnie-bez-bolu/zabrze-poradnia-leczenia-bolu-sp-szpitala-klinicznego-nr-1-im-prof-stanislaw-szyszko-slaskiego-um>> (data wejścia 30.01.2018, godz. 12:50).





WPOLLYR3017259/02/2018



Pfizer Polska Sp. z o.o.
ul. Postępu 17 B, 02-676 Warszawa
tel.: (22) 335 61 00, fax: (22) 335 61 11
warsaw.office@pfizer.com
www.pfizer.com.pl