

Léčba chronické bolesti

MUDr. Marek Hakl, Ph.D.

Centrum léčby bolesti, MedicineCare, s. r. o., Brno

Chronická bolest představuje závažný socio-ekonomický problém. Její léčba vyžaduje multidisciplinární přístup. Základ léčby chronické bolesti však tvoří farmakoterapie. Strategie farmakologické léčby vychází ze třístupňového žebříčku léčby bolesti. První stupeň tvoří neopioidní analgetika, v případě jejich neúčinnosti je ve druhém stupni kombinujeme se slabými a případně i silnými opioidy ve stupni třetím. V případě potřeby lze silnou opioidní medikaci postupně vysadit.

Klíčová slova: chronická bolest, neopioidní analgetika, slabé opioidy, silné opioidy.

Treatment of chronic pain

Chronic pain is a serious socioeconomic issue. Its treatment requires a multidisciplinary approach. However, pharmacotherapy is the mainstay of treatment of chronic pain. The strategy of pharmacological treatment is based on the three-step analgesic ladder. Step 1 consists of non-opioid analgesics; if ineffective, these can be combined with weak opioids in Step 2 and/or strong opioids in Step 3. If necessary, strong opioid medication can be gradually discontinued.

Key words: chronic pain, non-opioid analgesics, weak opioids, strong opioids.

Bolest je jedním z prvních vjemů, s nímž se člověk ve svém životě setkává a který ho doprovází po celou dobu jeho existence. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO) i Mezinárodní organizace pro studium bolesti (International Association for the Study of Pain, IASP) definují bolest jako „nepříjemný sensorický a emocionální prožitek spojený se skutečným či možným poškozením tkání nebo zážitkem, který je v termínech takového poškození popisován; bolest je vždy subjektivní“.

Chronická bolest patří k nejrozšířenějším medicínským problémům současnosti s výrazným socio-ekonomickým dopadem. Prevalence chronické bolesti v ekonomicky vyspělých státech se udává kolem 20 %. Frekvence výskytu chronické bolesti v jednotlivých evropských zemích se liší jen mírně. Jedna z mála celoevropských studií, provedená v roce 2006 v 15 evropských zemích a v Izraeli, prokázala, že 19 % dospělého obyvatelstva má zkušenosti s dlouhodobou bolestí. Studie ze severovýchodních zemí hovoří o 24,2 % výskytu chronické bolesti v Norsku a 20,2 % výskytu ve Švédsku. Nejnižší výskyt je ve Španělsku, Irsku a ve Velké Británii (12–30 %), nejvyšší naopak v Itálii, Polsku a v Norsku (26–30 %). Toto procento se v důsledku stárnutí populace postupně zvyšuje (1, 2).

Obdobné výsledky vykazují i studie prováděné u populace v České republice; jedno z mála českých sledování uvádí, že bolest je příčinou asi 20 % návštěv u praktického lékaře (3).

LÉČBA CHRONICKÉ BOLESTI

- Léčba chronické bolesti zahrnuje kombinaci farmakologických a nefarmakologických léčebných postupů.
- Základem dobré léčby bolesti je důkladná anamnéza bolesti, zahrnující intenzitu, lokalizaci, projekci, vyvolávající nebo zhoršující příčiny, charakter bolesti. Obzvláštní důraz je kladen na farmakologickou anamnézu, fyzikální vyšetření a znalosti všech vyskytujících se onemocnění.
- U dlouhodobější intenzivní bolesti s pouhou farmakoterapií zpravidla nevystačíme; je třeba zvolit multidisciplinární a multioborový přístup, zahrnující spolupráci odborníků různých specializací. V léčbě uplatňujeme kombinaci farmakoterapie a nefarmakologických léčebných metod, jako jsou invazivní léčebné postupy, psychoterapie, rehabilitace a další.



MUDr. Marek Hakl, Ph.D.
Centrum léčby bolesti, MedicineCare, s. r. o., Brno
marek.hakl@volny.cz

Cit. zkr: Urol. praxi. 2023;24(3):165-167
Článek přijat redakcí: 17. 1. 2023
Článek přijat k publikaci: 22. 1. 2023

MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP V LÉČBĚ BOLESTI ZAHRNUJE NÁSLEDUJÍCÍ POSTUPY

- farmakoterapii
- rehabilitační postupy
- psychoterapeutické postupy
- sociální podporu
- invazivní postupy
- postupy alternativní medicíny

FARMAKOTERAPIE BOLESTI

- Farmakoterapie chronické bolesti vychází ze třístupňového žebříčku bolesti. Začínáme neopioidní medikací, následně přidáváme slabý opioid a poslední stupeň tvoří silná opioidní medikace.
- Tato terapie je v případě potřeby doplňována adjuvantními analgetiky, což jsou především antikonvulziva pro léčbu neuropatické bolesti, případně antidepresiva.

Tab. 1. Třístupňový žebříček WHO

I. stupeň – mírná bolest	II. stupeň – středně silná bolest	III. stupeň – silná bolest
	Slabé opioidy	Silné opioidy
Neopioidní analgetikum	+ neopioidní analgetikum	+/- neopioidní analgetikum
+/- koanalgetika		

Základní kámen ve strategii léčby bolesti tvoří neopioidní analgetika.

Tab. 2. Neopioidní analgetika a jejich dávkování

Analgetika – antipyretika					
Látka	Aplikace	Nástup účinku	Obvyklá dávka (mg)	Max. denní dávka (mg)	Poznámka
Paracetamol	p.o., p.r., i.v.	30 min.	4 × 500–1 000	4 × 1 000	
Metamizol	p.o., i.v.	30 min.	4 × 500	6 × 1 000	Není vhodný k dlouhodobé léčbě – riziko závažné agranulocytózy.
COX-2 neselektivní NSA					
Ibuprofen	p.o.	15–20 min.	4 × 400	4 × 600	
Diclofenac	p.o., p.r., i.m., i.v.	30 min.	3 × 50	3 × 50	
Naproxen	p.o.	2 h	2 × 250	2 × 500	Vysoká KV šetrnost.
Indometacin	p.o., p.r.	60 min.	2 × 50	2 × 100	Vysoké GIT riziko.
COX-2 preferenční NSA					
Nimesulid	p.o.	30–60 min.	2 × 100	2 × 100	
Meloxicam	p.o., p.r.	90 min.	1 × 15	1 × 15	Pacienty lépe snášen než ostatní neselektivní NSA. V ČR zatím registrován pouze pro léčbu revmatologické bolesti.
COX-2 selektivní NSA					
Celecoxib	p.o.	45 min.	2 × 100	2 × 200	Nižší riziko gastrotoxicity a krvácení než neselektivní NSA. V ČR zatím registrován pouze pro léčbu revmatologické bolesti.
Etoricoxib	p.o.	30 min.	1 × 60	1 × 120	Nižší riziko gastrotoxicity a krvácení než neselektivní NSA. Vysoké riziko KV.
Parecoxib	i.v., i.m.	10 min.	40 mg	80 mg	

p.o. – ústy, p.r. – rektálně, i.v. – nitrožilně, i.m. – nitrosvaleově, NSA – nesteroidní antiflogistika, GIT – gastrointestinální, KV – kardiovaskulární

V případě nedostatečného efektu přecházíme na žebříčku WHO směrem nahoru k slabším a silným opioidům. Vždy začínáme nejnižší dávkou, kterou dle efektu navyšujeme. Maximální racionální dávka silných opioidů ekvianalgeticky odpovídá 160–200 mg morfinu p.o. denně (4).

Tab. 3. Ekvianalgetické dávky silných opioidů

Morfin s.c. (i.m.)	10	20	30	40	50	60	80	100	200
Morfin p.o. mg	30	60	90	120	150	180	240	300	600
Fentanyl TTS µg/hod.	12	25		50		75	100	125	250
Fentanyl TTS mg/24 hod.	0,3	0,6		1,2		1,8	2,4	3,0	6,0
Oxykodon mg p.o.	20 (15)	40 (30)	60 (45)	80 (60)	100 (75)	120 (90)	160 (120)	200 (150)	400 (300)
Tapentadol mg p.o.	100	200	300	400	500				
Buprenorfin s.l. mg/24 hod.	0,4	0,8	1,2	1,6	2,0	2,4	3,2		
Buprenorfin TDS mg/24 hod.	0,42	0,84	1,26	1,68	2,10	2,52	3,36		
Buprenorfin TDS µg/h	17,5	35	52,5	70	87,5	105	140		
Hydromorfon mg p.o.	4	8	12	16	20	24	32	40	80

s.l. – pod jazyk, TDS – transdermální systém, aplikace na kůži, TTS – transdermální terapeutický systém, aplikace na kůži

V případně nutnosti vysazení silné opioidní léčby analgetika postupně snižujeme až do vysazení. Do medikace můžeme přidat některé léky usnadňující vysazení léčby (4).

*Autor prohlašuje, že zpracování článku
nebylo podpořeno žádnou společností.*

Tab. 4. Adjuvantní léky přidávané při vysazování opioidní medikace

β-lytika	metipranol 2 × 5 mg
klonidin	dávka 2 × 0,150 mg
neuroleptika	dosulepin
trankvilizéry	alprazolam
antidepresiva	SSRI

LITERATURA

1. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287-333.
2. Müller-Schwefe G. Make a CHANGE: optimising communications and pain management decisions. *Curr Med Res*

Opin. 2011;27(2):481-488.

3. Skála B. Doporučené postupy pro farmakoterapii bolesti a jejich dopad v oblasti primární péče. *Bolest*. 2008;3:151-155.
4. Metodické pokyny pro farmakoterapii nádorové bolesti. *Bolest suppl*. 2016;1:22-29.