

OCENA DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH U CHORYCH Z OWRZODZENIEM KOŃCZYNY DOLNEJ

Evaluation of pain among patients with leg ulcers



Bartłomiej Białasik¹, Marta Muszalik², Maria T. Szewczyk³

¹Klinika Medycyny Ratunkowej, Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Geriatrii, Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007; 4: 150–157

Adres do korespondencji:

Bartłomiej Białasik, Klinika Medycyny Ratunkowej, Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza, ul. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, e-mail: bartek.n3@wp.pl

Streszczenie

Cel pracy: Celem badań była ocena przyczyn i konsekwencji bólu występującego u chorych z przewlekłym owrzodzeniem kończyny dolnej.

Materiał i metody: Badania prowadzono w 2006 r. wśród chorych z owrzodzeniami kończyn dolnych, hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Geriatrii, Katedrze i Klinice Dermatologii oraz Klinice Medycyny Ratunkowej Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy. Dokonywano jednorazowej oceny dolegliwości bólowych związanych z obecnością owrzodzenia. Jako narzędzie badawcze wykorzystano *Arkusze oceny bólu* własnej konstrukcji. Do oceny natężenia bólu wykorzystano numeryczną skalę stopniującą, zawierającą liczby od 0 (brak bólu) do 10 (ból nie do zniesienia).

Wyniki: Prawie wszyscy chorzy (96,7%) zgłaszali występowanie dolegliwości bólowych rany. Wartości numeryczne opisujące ból stały były znacząco niższe niż wartości opisujące ból okresowy (4,13 vs 6,5). Wykazano występowanie zależności pomiędzy wielkością i umiejscowieniem owrzodzenia a poziomem natężenia bólu ($p < 0,05$). Udowodniono również, że ból wpływa na aktywność psychofizyczną chorych, w największym stopniu ograniczając ich aktywność zawodową ($p < 0,001$).

Wnioski: Dolegliwości bólowe u chorych z owrzodzeniem występowały u wszystkich pacjentów, niezależnie od etiologii i pierwotnej przyczyny owrzodzenia. Ograniczały aktywność ruchową chorych oraz obniżały ich sprawność funkcjonalną i psychospołeczną. Częstość występowania ograniczeń funkcjonalnych wzrastała wraz z poziomem natężenia bólu.

Słowa kluczowe: ból przewlekły, owrzodzenia kończyn dolnych, sprawność funkcjonalna.

Summary

Aim: The aim of the study was to assess causes and consequences of pain presented among patients with chronic leg ulcer.

Material and methods: The study was conducted in 2006 among patients with chronic leg ulcers hospitalized in the Chair and Clinic of Geriatrics, Chair and Clinic of Dermatology and the Emergency Medicine Clinic in Bydgoszcz. Evaluation of pain associated with wounds was performed. As a measurement tool the Pain Evaluation Form was used. For pain intensity evaluation a special numeric scale was used with numbers from 0 (no pain) to 10 (excruciating pain).

Results: Almost all patients had pain symptoms associated with wound (96.7% of patients). Numeric values describing constant were significantly lower than values describing periodic pain (4.13 vs. 6.5). A correlation between area and localization of wound and pain level was found ($p < 0.05$). It was also found that pain influences physical activity of patients and greatly restricts their professional activity ($p < 0.001$).

Conclusions: Pain associated with ulcer was presented among all patients independently etiology and primary cause of ulcer. Pain restricted physical, functional and psychosocial activity. Incidence of functional restrictions increased with the level of pain.

Key words: chronic pain, leg ulcers, functional activity.

Wstęp

Zjawisko bólu (łac. *dolor*, gr. *algos*, *odyne*), towarzyszące człowiekowi od początków jego istnienia, zawsze kojarzone z chorobą lub zewnętrznym urazem czy zranieniem. Przez wiele lat terminy *ból* i *choroba* stosowano zamiennie, przyznając im takie samo znaczenie. Hipokrates już w V–IV w. p.n.e. zwrócił uwagę na znaczenie bólu w rozpoznawaniu choroby i wewnętrznych nieprawidłowości funkcjonowania ustroju. Galen w początkach naszej ery stwierdził, że ból jest efektem zranienia, tj. przerwania ciągłości tkanek, a jego percepcja odbywa się w mózgu. Podobnie uważał średniowieczny lekarz Awicenna, który zauważył, że ból wywołują również inne zewnętrzne czynniki uszkodzające, w tym m.in. nagłe zmiany temperatury. Związek bólu z odczuciami psychicznymi podkreślali starożytni myśliciele oraz Budda, dla którego ból był doznaniem emocjonalnym, stanowiącym przejaw frustracji. Obecnie wiadomo, że ból jest zjawiskiem subiektywnym, indywidualnie zmiennym i dlatego trudnym do zdefiniowania. Według prof. V. Ventafridy – eksperta Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ds. Opieki Paliatywnej *ból jest tylko wierzchołkiem góry lodowej, nazywanej cierpieniem, a na to cierpienie składają się czynniki somatyczne, psychiczne, duchowe i społeczne* [1]. Definicja sformułowana przez Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (*International Association for the Study of Pain*) obejmuje większość ww. czynników, opisuje ból w kategoriach nieprzyjemnego doznania zmysłowego i emocjonalnego, będącego następstwem uszkodzenia tkanek. Mówi ona, że *ból to nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne, związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, bądź też opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia* [2].

Mimo iż ból stanowi przykre i niepożądane doświadczenie, przysparza cierpienia i wywołuje całkiem uzasadniony lęk, zwykle jest on objawem fizjologicznym, potwierdzającym wystąpienie urazu. Jest to korzystny aspekt bólu, wyrażający jego wartość informacyjną i ostrzegawczą, cenną zarówno w unikaniu negatywnych bodźców, jak i zwalczaniu ich konsekwencji [3]. Ból towarzyszący przewlekłym owrzodzeniom i ranom kończyn dolnych jest jednak bardziej złożony. Z jednej strony ma charakter fizjologiczny, ponieważ jest następstwem przerwania ciągłości tkanek, z drugiej, w wyniku przedłużającego się procesu zapalnego, jaki towarzyszy ranom przewlekłym, może dojść do wystąpienia patologii, zaburzonej aktywności układu przewodzenia i modulacji bólu oraz przejścia bólu ostrego w ból przewlekły. Jego natężenie zmienia się w czasie (najczęściej narasta wraz ze zwiększającym się uszkodzeniem tkanek), a dolegliwości mogą przyjmować różny wymiar. Niejednokrotnie sugerowano, że najbardziej bolesne są owrzodzenia niedokrwienne. Inne, w tym owrzodzenia żyłne czy neuropatyczne, zwykło zaliczać się do ran mniej bolesnych. W zależności od etio-

logii rany i wpływu innych czynników przyczynowych chorzy mogą odczuwać jednocześnie kilka rodzajów bólu, w tym ból związany z chorobą podstawową (np. niedokrwienny, neuropatyczny, w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów), spowodowany *świeżym* uszkodzeniem tkanek (np. w wyniku dodatkowego urazu mechanicznego), ból zabiegowy (występujący w czasie zmiany opatrunków), przewlekły lub neuropatyczny wynikający z przetrwałego i utrzymującego się uszkodzenia. W większości przypadków utrzymujący się proces chorobowy sprawia, że ból ma charakter patologiczny, wpływa na ograniczenie sprawności funkcjonalnej chorych i obniżenie jakości ich życia. Ostatnio podkreśla się, że ból jest jednym z najbardziej dokuczliwych objawów ran przewlekłych. Te z kolei stanowią poważny problem medyczny – są trudne w leczeniu i wiążą się z wieloma powikłaniami. Choć w Polsce brakuje dokładnych danych epidemiologicznych opisujących zapadalność na różnego rodzaju rany przewlekłe, uważa się, że do najczęściej występujących należą odleżyny i owrzodzenia kończyn dolnych. Wśród tych ostatnich znaczącą grupę stanowią owrzodzenia żyłne (ok. 80%), tętnicze i tętniczo-żyłne (10–25%), a także cukrzycowe rozwijające się na podłożu zaburzeń niedokrwiennych i/lub neuropatycznych [4–7].

Aby móc podejmować skuteczne działania przeciwbólowe u chorych z owrzodzeniami, konieczna jest kompleksowa ocena dolegliwości bólowych – ich natężenia, rozległości, charakteru, czynników modyfikujących odczuwanie bólu oraz jego następstw. W ocenie natężenia bólu pomocne są gotowe narzędzia, pozwalające choremu określić intensywność odczuwanego bólu. Do najbardziej znanych i chętnie stosowanych należą skale numeryczne (natężenie bólu wyrażone jest w postaci wartości liczbowych, zwykle 0–10, kolejno opisujących poziom natężenia bólu) i skale wizualno-analogowe wykorzystujące 10-centymetrową linię, na której chory zaznacza poziom odczuwanego przez siebie bólu [3, 4].

Celem badań była ocena przyczyn i konsekwencji bólu występującego u chorych z przewlekłym owrzodzeniem kończyny dolnej oraz ocena ich ogólnej jakości życia.

Materiał i metody

Badania prowadzono w 2006 r. wśród 30 chorych z owrzodzeniami kończyn dolnych, hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Geriatrii, Katedrze i Klinice Dermatologii oraz Klinice Medycyny Ratunkowej Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy. U wszystkich chorych dokonywano jednorazowej oceny dolegliwości bólowych związanych z obecnością owrzodzenia. Do oceny natężenia bólu wykorzystano numeryczną skalę stopniującą od 0 (brak bólu) do 10 (ból nie do zniesienia). Chorych proszono, by wybrali liczbę najbardziej odpowiadającą odczuwanemu przez nich poziomowi bólu. Przygotowa-

no również narzędzie badawcze własnej konstrukcji *Arkusz oceny bólu*. Arkusz składał się z kilku części obejmujących dane demograficzne, charakterystykę choroby podstawowej, miejscową ocenę owrzodzenia, charakterystykę dolegliwości bólowych i związane z ich obecnością konsekwencje oraz ograniczenia. Pielęgniarka prowadząca badanie dokonywała ponadto miejscowej oceny i charakterystyki rany. Wykorzystano również dokumentację procesu pielęgnowania i historię choroby.

Wyniki badań opracowano z użyciem metod statystycznych, z zastosowaniem programu komputerowego Microsoft Excel 2000. Analizę zależności zachodzącej między poziomem natężenia bólu a determinującymi go czynnikami (cechy charakteryzujące ranę, cechy demograficzne chorych) przeprowadzono za pomocą testu Pearsona. Ten sam test zastosowano również do oceny zależności pomiędzy natężeniem bólu stałego i okresowego a funkcjonowaniem chorych w sferze psychospołecznej. Przyjęto następujące miary korelacji:

- $r_p=0$ – brak korelacji,
- $r_p<3$ – korelacja słaba,
- $r_p=3-7$ – korelacja umiarkowana (średnia),
- $r_p>7-1$ – korelacja silna,
- $r_p=1$ – korelacja ścisła.

Istotność współczynnika korelacji obliczano za pomocą testu t-Studenta. W celu porównania natężenia bólu występującego stale (ból tła) z natężeniem bólu występującego w sytuacjach nasilających (ból przygodny) wykorzystano tzw. test sparowany, tzn. test t-Studenta dla par powiązanych.

Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy. Chorzy i/lub ich opiekunowie wyrazili dobrowolną, pisemną zgodę na udział w badaniu i wykorzystanie danych do celów naukowych.

Wyniki

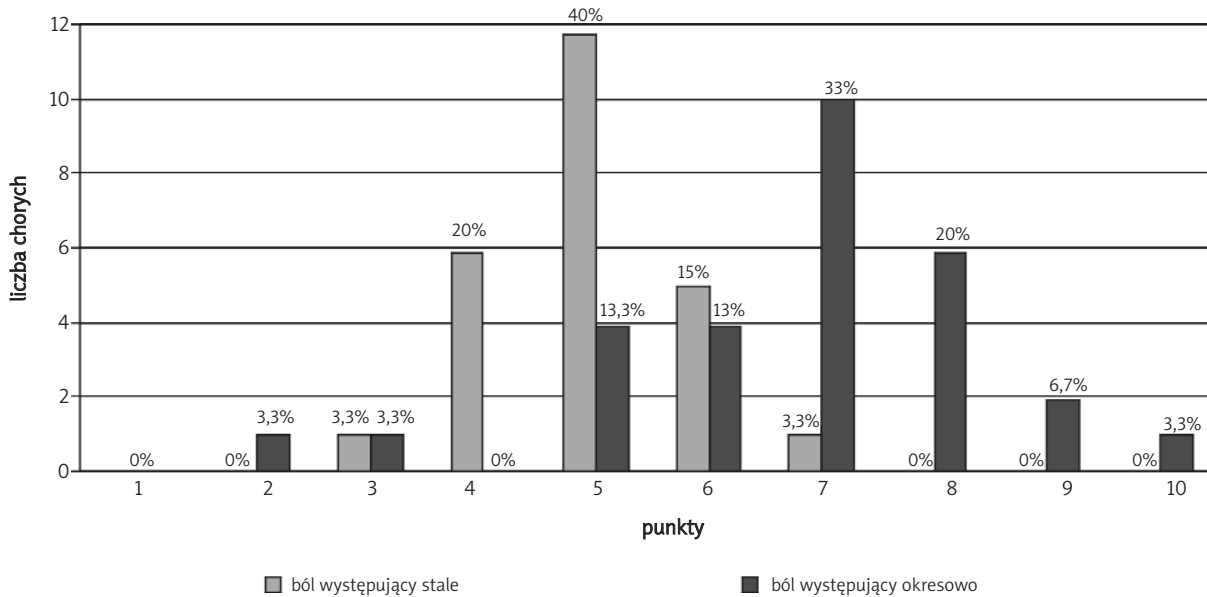
W badaniu brało udział 30 chorych z owrzodzeniami kończyn dolnych – 13 (43,3%) kobiet i 17 (56,7%) mężczyzn w wieku 38–86 lat (średnia wieku $66,2 \pm 13,2$ lat, $Me=70$ lat). Najliczniejsza grupa chorych miała owrzodzenie o etiologii żyłnej, powstające na podłożu przewlekłej niewydolności żyłnej i żyłaków – 46,7% chorych. Drugą co do częstości przyczyną rozwoju owrzodzeń były powikłania miażdżycy oraz związanego z nią przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych – 40% chorych. Owrzodzenia cukrzycowe stwierdzono u 10%, w tym u 6,7% owrzodzenia cukrzycowe niedokrwienne i u 3,3% chorych owrzodzenia cukrzycowe neuropatyczne. Jeden chory (3,3%) miał przewlekłe owrzodzenie pourazowe, które nie wykazywało tendencji do gojenia. Owrzodzenia najczęściej umiejscawiały się na goleni (66,7% ran), rzadziej występowały w okolicy palców stopy (16,7% ran) i na grzbietowej powierzchni stopy

(16,7% ran), w okolicy kostki bocznej (6,7% ran) i na pięcie (3,3% ran). U 3 chorych występowały rozległe owrzodzenia obejmujące palce i grzbietową powierzchnię stopy, podudzie i grzbiet stopy oraz podudzie i kostkę boczną. Większość owrzodzeń (60%) charakteryzowała się powierzchnią mniejszą niż 10 cm², mniej niż połowa chorych (40%) miała owrzodzenie o powierzchni przekraczającej 10 cm². Owrzodzenia w większości pokryte były czarną martwicą lub włóknikiem (46,7% owrzodzeń), u 20% chorych żółtą martwicą rozplywną. Powierzchnia 33,3% owrzodzeń pokryta była ziarniną. Żadne z owrzodzeń nie znajdowało się w fazie naskórkowania. W leczeniu miejscowym najczęściej stosowano suche, jałowe gaziki (43,3%). U 13,3% chorych stosowano opatrunki wysychające, zwilżone solą fizjologiczną. Używano też gazy z preparatem o działaniu antyseptycznym (6,7%) i antybiotykiem (3,3%). Nie korzystano z opatrunków interaktywnych nowej generacji utrzymujących środowisko wilgotne.

Prawie wszyscy chorzy (96,7%) zgłaszali występowanie dolegliwości bólowych rany. Tylko 1 chory (3,3%) przyznał, że nie odczuwał bólu. Najczęściej dolegliwości bólowe miały charakter stały – występowały niezależnie od podejmowanej aktywności fizycznej i zabiegów pielęgnacyjnych w obrębie rany (53,3%), u pozostałych chorych występowały okresowo. Połowa badanej grupy odczuwała wyłącznie ból okolicy rany (50%), 43,3% zgłaszało też ból umiejscawiający się w obrębie całej kończyny. Czynnikiem nasilającym była przede wszystkim aktywność fizyczna (60%), ponadto przypadkowy uraz lub uderzenie w okolicy rany (56,7%), stosowane środki miejscowe (56,7%) i zmiana opatrunków (50%). U prawie połowy chorych (46,7%) ból nasilał się również pod wpływem dotyku.

Analiza natężenia bólu wykazała, że wartości numeryczne opisujące ból stały (tzn. ból tła) są znacząco mniejsze niż w przypadku bólu okresowego (tzn. bólu przygodnego), średnia 4,13. Połowa badanych odczuwała ból o natężeniu 0–5, a pozostali 5–7 pkt. Opisując ból okresowy, występujący w czasie codziennej aktywności, chorzy podawali wyższe wartości natężenia, średnio 6,5 pkt. Połowa badanych zgłaszała ból o natężeniu mniejszym niż 7 pkt, a pozostali większym niż 7 pkt. Rozkład wartości punktowych natężenia bólu wykazał, że w przypadku bólu stałego chorzy najczęściej opisywali dolegliwość jako 5 pkt (40%), w przypadku bólu okresowego najczęściej jako 7 pkt (33,3%) i 8 pkt (20%). Różnice średnich wartości natężenia bólu stałego i okresowego były znamienne statystycznie (ryc. 1, tab. 1.).

Większość chorych skarżyła się na występowanie ograniczeń związanych z bólem rany (86,7%). Pacjenci zgłaszali ograniczenia – 66,7% chorych w zakresie poruszania się po domu, 40% w chodzeniu po schodach. Część badanych (40%) mówiła o trudnościach związanych z zasypianiem. W mniejszym stopniu chorzy sygnalizowali ograniczone możliwości zmiany pozycji ciała w łóżku (26,7%) i korzystania z kąpielii (26,7%). Nieliczna grupa



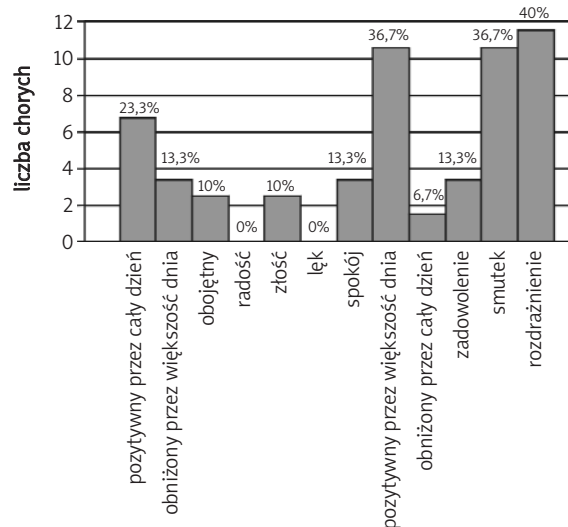
Ryc. 1. Porównanie występowania bólu tła i bólu przygodnego u chorych zgłaszających ból o danym poziomie natężenia (1–10 pkt); nad słupkami podano wartość odsetka chorych

pacjentów (10%) skarżyła się na zmniejszenie ruchomości stawu skokowego. Część chorych zgłaszała również negatywne emocje i obniżony nastrój (ryc. 2.).

Analizowano wpływ wybranych zmiennych na poziom natężenia bólu. Wartości współczynnika korelacji nie wykazały znamiennej statystycznie zależności między natężeniem bólu a wpływem takich zmiennych, jak cechy demograficzne chorych – wiek ($r_p=0,294$) i płeć ($r_p=-0,176$), sytuacja rodzinna i ewentualna samotność chorych ($r_p=0,215$). Nie wykazano też związku między poziomem natężenia bólu a wpływem zmiennych opisujących owrzodzenie – jego etiologię ($r_p=0,046$), czas trwania ($r_p=0,22$), fazę procesu gojenia ($r_p=-0,13$) i bezpośrednią przyczynę uszkodzenia tkanek ($r_p=0,196$). Poziom natężenia bólu nie zależał też od stosowanej formy leczenia miejscowego ($r_p=-0,037$). W przypadku dwóch zmiennych obserwowano zależność umiarkowaną. Zarówno wielkość, jak i umiejscowienie rany znacząco ($p<0,05$) wpływały na poziom odczuwanego przez chorych bólu. Chorzy z owrzodzeniem o powierzchni $>10\text{ cm}^2$ zgłaszali większe natężenie bólu stałego i okresowego. Chociaż wartości mediany były podobne, to pozostałe statystyki opisujące ból – średnia, wartości minimalne i maksymalne były znacząco wyższe u chorych z owrzodzeniem o powierzchni $>10\text{ cm}^2$ (tab. 2.). Wyższe wartości natężenia bólu dotyczyły również chorych z owrzodzeniem umiejscowionym w okolicy goleni i na grzbiecie stopy. Najmniejsze dolegliwości bólowe zgłaszali chorzy z owrzodzeniem umiejscowionym w okolicy palców stopy (tab. 3.). Wartości natężenia bólu okresowego zmieniały się podobnie – współczynnik korelacji był mniejszy, ale również znamiennej statystycznie (tab. 4.).

Tab. 1. Porównanie natężenia bólu stałego (bólu tła) i bólu okresowego (w sytuacjach nasilających)

Statystyki opisowe natężenia bólu	Ból stały	Ból okresowy
średnia natężenia bólu (\bar{x})	4,13	6,5
odchylenie standardowe (SD)	2,04	2,08
wartość mediany (Me)	5	7
minimum (min.)	0	0
maksimum (maks.)	7	10
statystyka testu t_{par}	$t_{par}=-12,158; p<0,001$	



Ryc. 2. Rozkład badanej grupy chorych ze względu na samocенę nastroju; nad słupkami podano wartość odsetka chorych

Tab. 2. Analiza natężenia bólu stałego ze względu na wielkość owrzodzenia

Statystyki opisowe natężenia bólu	Ból stały		Ból okresowy	
	owrzodzenie <10 cm ²	owrzodzenie >10 cm ²	owrzodzenie <10 cm ²	owrzodzenie >10 cm ²
średnia natężenia bólu (\bar{X})	3,5	5,1	5,9	7,4
odchylenie standardowe (SD)	2,33	0,99	2,29	1,31
wartość mediany (Me)	5	5	7	7
minimum (min.)	0	4	0	6
maksimum (maks.)	6	7	8	10
korelacja Pearsona	$r_p=0,385$; $p<0,05$		$r_p=0,366$; $p<0,05$	

Tab. 3. Analiza natężenia bólu stałego ze względu na lokalizację owrzodzeń

Statystyki opisowe natężenia bólu	Goleń	Grzbiet stopy	Pięta/kostka	Palce
średnia natężenia bólu (\bar{X})	4,7	4,2	2,5	0,75
odchylenie standardowe (SD)	1,44	2,38	3,53	1,5
wartość mediany (Me)	5	5,0	2,5	0
minimum (min.)	0	0	0	0
maksimum (maks.)	7	6	5	3
korelacja Pearsona	$r_p=-0,535$; $p<0,05$			

Tab. 4. Analiza natężenia bólu okresowego (w sytuacjach nasilających) ze względu na lokalizację owrzodzenia

Statystyki opisowe natężenia bólu	Goleń	Grzbiet stopy	Pięta/kostka	Palce
średnia natężenia bólu (\bar{X})	7,2	5,6	6	4
odchylenie standardowe (SD)	1,31	3,21	1,41	2,64
wartość mediany (Me)	7	7	6	4
minimum (min.)	5	0	5	2
maksimum (maks.)	10	8	7	8
korelacja Pearsona	$r_p=-0,399$; $p<0,05$			

Analizowano również zależności między natężeniem bólu stałego i okresowego a funkcjonowaniem psychospołecznym chorych. Wartości współczynnika korelacji wykazały, że ból jest czynnikiem wpływającym na funkcjonowanie chorych w każdej z analizowanych sfer, w największym stopniu jednak ból wpływał na aktywność zawodową. Chorzy zgłaszający zaburzenia w sferze zawodowej charakteryzowali się wyższymi wartościami natężenia bólu stałego (5,1 vs 1,3) i okresowego (7,3 vs 4,5). Różnice były znamienne statystycznie. Tylko w niewielkim stopniu ból ograniczał chorym realizację zainteresowań i wpływał na sposób spędzania wolnego czasu (tab. 5.).

Omówienie wyników

Ból jest jednym z najczęściej występujących problemów zdrowotnych w Europie i Stanach Zjednoczonych [8]. Ocenia się, że ok. 20% Amerykanów cierpi z powodu bólu przewlekłego, co jest przyczyną utraty 50 mln dni roboczych w ciągu roku. Chociaż ból ostry jest traktowany jako objaw choroby lub uszkodzenia, to spełnia funkcję informacyjną i jest jak najbardziej pożądaną reakcją ustroju. Jego przeciwieństwo i odrębny problem zdrowotny stanowi ból przewlekły i nawracający, sam w sobie traktowany jako choroba. Gdy ból ostry przybiera charakter przewlekły, staje się wyczerpującym

Tab. 5. Analiza zależności pomiędzy poziomem natężenia bólu a funkcjonowaniem psychospołecznym chorych

Analizowana zmienna	Ból stały	Ból okresowy
życie rodzinne	$r_p=0,323$; $p<0,05$	$r_p=0,481$; $p<0,05$
życie towarzyskie	$r_p=0,344$; $p<0,05$	$r_p=0,558$; $p<0,05$
wykonywanie prac domowych	$r_p=0,421$; $p<0,05$	$r_p=0,611$; $p<0,05$
zainteresowania i hobby	$r_p=0,238$ (NS)	$r_p=0,355$; $p<0,05$
spędzanie wolnego czasu	$r_p=0,296$ (NS)	$r_p=0,411$; $p<0,05$
praca zawodowa	$r_p=0,806$; $p<0,001$	$r_p=0,622$; $p<0,001$

psychofizycznie cierpieniem i rzutuje na funkcjonowanie chorego we wszystkich sferach – fizycznej, psychicznej i społecznej [1, 8], np. w przebiegu bólów fantomowych, nowotworowych czy towarzyszących chorobom przewlekłym [1]. W przypadku długo trwającej rany ból stanowi następstwo utrzymującego się niedotlenienia i rozległego uszkodzenia tkanek, jest konsekwencją przerwania ciągłości skóry i obnażenia powierzchni podskórnej tkanki tłuszczowej, mięśni, a niekiedy również kości. Miejscowo toczący się proces zapalny, aktywność mediatorów biochemicznych i synteza prostaglandyny PGF_2 drażnią receptory bólowe. Podobnie czynniki mechaniczne – odzież, opatrunek, przypadkowe urazy, a nawet dotyk mogą wywołać lub nasilić ból samej rany i jej okolicy [4, 9].

Każde przewlekłe uszkodzenie tkanek może być przyczyną przewlekłego bólu, uważa się jednak, że najbardziej bolesne są owrzodzenia niedokrwienne. Obecnie coraz częściej podważa się to stwierdzenie, ponieważ owrzodzenia o innej etiologii również mogą być przyczyną silnych dolegliwości bólowych i związanych z nimi zaburzeń funkcjonowania [9–12]. Potwierdzają to prezentowane w niniejszej pracy wyniki, ponieważ nie stwierdzono znamienych statystycznie zależności między natężeniem bólu a etiologią rany. Chorzy zgłaszali podobne objawy niezależnie od choroby podstawowej oraz bezpośrednich przyczyn uszkodzenia tkanek. Do czynników różnicujących natężenie bólu należały natomiast wielkość owrzodzenia i jego umiejscowienie na kończynie. Chorzy z owrzodzeniami o powierzchni $>10\text{ cm}^2$ zgłaszali ból o większym natężeniu aniżeli chorzy z owrzodzeniem $<10\text{ cm}^2$, co sugeruje, że większa powierzchnia uszkodzenia potęguje ból. Wyższe wartości natężenia bólu obserwowano też u chorych z owrzodzeniem w obrębie goleni (wszystkie owrzodzenia żyłne oraz potowa owrzodzeń niedokrwiennych) i na grzbiecie stopy (owrzodzenia niedokrwienne). Chociaż można by przypuszczać, że fakt ten spowodowany jest etiologią poszczególnych rodzajów ran, lokalizujących się zwykle w typowych miejscach, analiza statystyczna nie potwierdziła takich zależności. W polskiej literaturze nie znaleziono też badań analizujących lub wyjaśniających ten problem.

Sugerowano, że wiek i płeć chorych mogą wpływać na poziom natężenia bólu. W badaniu chorych z owrzodze-

niami podudzi o różnej etiologii wykazano, że u kobiet dolegliwości występują częściej [9]. W niniejszym badaniu nie stwierdzono takich zależności. Nie obserwowano też wpływu wieku chorych na poziom natężenia bólu. Poglądy na ten temat są zróżnicowane – od sugerujących wyraźny związek i wzrost częstości występowania zespołów bólowych u osób starszych, do opinii wskazujących na zmniejszanie się częstości występowania incydentów bólowych u chorych po 85. roku życia [3]. Wzrost częstości zespołów bólowych i natężenia bólu u osób starszych może wynikać z charakterystyki typowych dla tego wieku chorób – ich wieloukładowości i przewlekłości. Mogą się one przejawiać w postaci zespołów bólowych i stanowić zasadniczy element obrazu choroby. Z drugiej strony uważa się, że w 8. dekadzie życia częstość zespołów bólowych ulega zmniejszeniu. Niektórzy autorzy przypisują ten fakt postawie, jaką przyjmują osoby starsze, ze stoickim spokojem godzące się na następstwa upływającego czasu. Akceptacja pogarszającej się sprawności, chorób i związanych z nimi dolegliwości sprawia, że chorzy ci rzadziej uskarżają się i zgłaszają występowanie objawów bólowych i innych. Przyczyną może być również fakt, że osoby długowieczne uczestniczące w różnych badaniach należały do tych najzdrowszych, zachowujących dobrą kondycję psychofizyczną, której mogły zawdzięczać zdrowie i brak objawów choroby, w tym również dolegliwości bólowych [3]. W prezentowanym badaniu trudno określić wpływ wieku na poziom natężenia bólu. Mimo iż nie obserwowano znaczących zależności, nie można wykluczyć ich występowania – w badaniu brały udział w większości osoby starsze – średnia i mediana wynosiły odpowiednio 66 i 70 lat, odchylenie standardowe tylko 13,4 roku. Być może porównanie dwóch różnych pod względem wieku grup chorych dałoby bardziej zróżnicowane wyniki.

Natężenie bólu można modyfikować za pomocą odpowiednio dobranej terapii miejscowej. Właściwości opatrunku, zapewniające wilgotne środowisko gojenia i zgodny z cechami rany mikroklimat, zmniejszają natężenie bólu tła i bólu przygodnego. Opatrunek powinien chronić ranę przed nadmiernym wysuszeniem lub wpływem wilgoci macerującej skórę i uszkadzającej ranę. Optymalna wilgoć, temperatura i pH środowiska rany

zapewniają korzystne stężenia mediatorów biochemicznych i zapalnych wpływających nie tylko na postęp gojenia, ale i na odczuwanie bólu. Drażnienie zakończeń nerwowych jest mniejsze w środowisku wilgotnym. Mniejsza jest też możliwość uszkodzenia tkanek. Uszkodzenie ma miejsce najczęściej podczas zdejmowania opatrunków suchych, gazowych i wysychających, które przysychają do powierzchni rany, w tym również do powierzchni zdrowych tkanek. Zmianę takiego opatrunku należy postrzegać jako powtarzalny bodziec uszkadzający, podtrzymujący źródło dolegliwości bólowych i potęgujący je. Poza opatrunkami, niektóre z preparatów miejscowych potęgują ból – należą do nich cytotoksyczne środki antyseptyczne, antybiotyki i różnego rodzaju mazidła i maści, których nie należy stosować na powierzchnię tkanek rany [4, 13]. W przeprowadzonym badaniu wykorzystano wyłącznie metody starej generacji – suche opatrunki gazowe, opatrunki wysychające z antyseptykiem, antybiotykiem lub tzw. przymoczeki z soli fizjologicznej. Nie utrzymują one właściwej wilgotności rany i nie zapewniają jej optymalnej ochrony przed czynnikami zewnętrznymi. Mogą nasilać i podtrzymywać ból. Stosowanie środków na powierzchnię rany oraz zabiegi związane z systematyczną zmianą opatrunku były czynnikiem nasilającym ból odpowiednio u 50 i 56,7% chorych. Ponieważ żadne z owrzodzeń nie było leczone opatrunkami nowej generacji, analiza różnic między wpływem metody wilgotnej i tradycyjnej nie była możliwa. Między zastosowanymi metodami tradycyjnymi różnice nie występowały.

Sytuacja długo trwającej choroby i towarzyszącego jej bólu przewlekłego wiąże się nie tylko z objawami somatycznymi i cierpieniem fizycznym. Wpływ bólu przewlekłego jest zwykle szeroki – dotyka w różnym stopniu rodzinę i otoczenie chorego, odrywając ich od obowiązków rodzinnych, społecznych i zawodowych. Szacuje się, że ok. 60% osób borykających się z bólem przewlekłym cierpi także z powodu depresji. Jest ona rozpowszechniona szczególnie wśród osób starszych, u których ból i depresja współistnieją ze sobą i wzajemnie się potęgują [1, 3]. W niniejszym badaniu obniżony nastrój przez cały lub większość dnia odczuwało odpowiednio 6,7 i 13,3% chorych. Chorzy zgłaszali również inne negatywne emocje związane z bólem – rozdrażnienie, smutek, lęk i złość. Przyszawiali, że ból jest dla większości z nich uciążliwy i wpływa na dotychczasowe funkcjonowanie. W dostępnym piśmiennictwie niejednokrotnie wskazywano, że ból stanowi jedną z najbardziej klasycznych przyczyn ograniczenia sprawności funkcjonalnej, nie tylko u osób starszych. Wpływa na rozwój niepełnosprawności i ograniczeń w zakresie czynności życia codziennego. Eliminuje chorych z miejsca pracy lub powoduje niedopełnianie obowiązków domowych. W Deklaracji Europejskiej Federacji Oddziałów IASP (Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu) wśród najczęściej obserwowanych konsekwencji bólu przewlekłego wymieniono m.in. unie-

ruchomienie i związane z tym ograniczenia lokomocji, zaburzenia snu, uzależnienie od innych osób w zakresie wykonywania codziennych obowiązków, izolację i unikanie kontaktów z rodziną i bliskimi, złą wydajność lub niezdolność do pracy. W prezentowanym badaniu chorzy zgłaszali podobne ograniczenia, np. utrudnione poruszanie się i chodzenie po schodach, trudności z zasypianiem i inne. Ponadto wykazano, że ból stały, tzw. ból tła związany z obecnością samego uszkodzenia tkanek, wpływał na wykonywanie pracy zawodowej, w mniejszym, aczkolwiek znaczącym statystycznie stopniu ograniczał wykonywanie prac domowych, wpływał na życie rodzinne i towarzyskie. Ból okresowy, nasilający się w czasie codziennej aktywności dodatkowo ograniczał możliwości chorych w zakresie realizacji zainteresowań i spędzania wolnego czasu. Tylko 13,3% chorych uczestniczących w badaniu nie czuło się w żaden sposób ograniczonych z powodu występującego bólu rany. Badania M.T. Szewczyk i wsp. [10–12] porównujące m.in. sprawność ruchową, sprawność funkcjonalną i zagrożenie depresją u osób starszych bez owrzodzenia żylnego i z tą dolegliwością wykazały, że owrzodzenie może być przyczyną występowania ograniczeń funkcjonalnych i ogólnie gorszej jakości życia chorych w starszym wieku. Chociaż podobne zaburzenia dotyczyła większość chorych po 65. roku życia, obecność choroby przewlekłej i towarzyszących jej objawów przyspiesza lub nasila już występujące ograniczenia – możliwość poruszania się, mobilność i sprawność fizyczną, utrudniając tym samym wykonywanie codziennych czynności. Częściej prowadzą też do wycofywania się z różnych form życia społecznego, kontaktów z rodziną i znajomymi. Ponad 80% chorych z owrzodzeniem zaprzestało realizacji nowych pomysłów i zainteresowań, zmniejszyło intensywność spotkań z innymi, świadomie wybrało też alternatywę spędzania wolnego czasu w domu [12]. Autorzy podkreślają, że największe znaczenie ma zwykle ból i dyskomfort związany z raną lub chorobą podstawową. Mogą być one przyczyną bezsenności, utrzymującego się zmęczenia i uczucia wyczerpania, braku energii, a co za tym następuje – irytacji chorego i depresji [12]. U chorych uczestniczących w niniejszym badaniu występowały podobne ograniczenia, wskazywali oni na ich wyraźny związek z bólem rany. Prawdopodobnie wszystkie te czynniki są wzajemnie powiązane – podeszły wiek, obecność choroby przewlekłej i związanej z nią rany, ból i ograniczenia funkcjonalne. Samo owrzodzenie już jest czynnikiem upośledzającym sprawność, ból natomiast jedynie ją potęguje.

Wnioski

1. Dolegliwości bólowe u chorych z owrzodzeniem spowodowane były długotrwałym uszkodzeniem tkanek i toczącym się procesem zapalnym – występowały one u wszystkich chorych w różnym natężeniu, niezależnie od etiologii i pierwotnej przyczyny owrzodzenia.

2. Poziom natężenia bólu zmieniał się w zależności od powierzchni i lokalizacji owrzodzenia. Dolegliwości bólowe o największym natężeniu obserwowano u chorych z owrzodzeniami rozwijającymi się w okolicy goleni i na grzbietowej powierzchni stopy oraz u chorych z owrzodzeniami o powierzchni większej niż 10 cm².
3. Stosowane w badaniu metody terapii miejscowej – suche opatrunki gazowe i środki przeciwbakteryjne były czynnikiem nasilającym dolegliwości bólowe rany.
4. Obecność przewlekłej rany i związanego z nią bólu ograniczały aktywność ruchową chorych, obniżały ich sprawność funkcjonalną i psychospołeczną. Częstość występowania ograniczeń funkcjonalnych wzrastała wraz z poziomem natężenia bólu rany.
5. Chorzy z przewlekłym, bolesnym owrzodzeniem wymagają profesjonalnej opieki medycznej ukierunkowanej także na właściwe leczenie miejscowe ograniczające ból i terapie wspomagające jego leczenie.

Piśmiennictwo

1. Stachowiak-Andrysiak M, Mikstacki A. Wpływ bólu przewlekłego na funkcjonowanie pacjentów i ich rodzin. *Nowiny Lekarskie* 2005; 74: 255-8.
2. Deklaracja Europejskiej Federacji (EFIC) Oddziałów Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP) odnośnie bólu przewlekłego 2001. Dostępne na: www.iasp-pain.org
3. Wieczorkowska-Tobis K, Rajska-Neumann A. Problem bólu u pacjentów starszych. *Geriatría Polska* 2005; 1: 47-53.
4. Briggs M, Ferris FD, Glynn Ch i wsp. Zasady ograniczania bólu w czasie zabiegów związanych z opatrywaniem ran – konsensus. Inicjatywa Światowej Unii Towarzystw Leczenia Ran. *Leczenie Ran* 2006; 3 (1): 1-8.
5. Grzela T, Jawień A. Epidemiologia przewlekłej niewydolności żyłnej. *Przew Lek* 2004; 8: 29-32.
6. Szewczyk MT, Jawień A. Wybrane aspekty zachowawczego leczenia owrzodzeń żylnych. Część I. *Kompresjoterapia. Post Alergol Dermatol* 2005; 22: 133-40.
7. Ciecierski M, Szewczyk MT. Wywiad, badanie i podział owrzodzeń goleni. W: *Owrzodzenia żyłne goleni*. Jawień A, Szewczyk MT (red.). *Twoje Zdrowie*, Warszawa 2005; 69-73.
8. Hilgier M. Ból przewlekły – problem medyczny i społeczny. *Przew Lek* 2002; 1/2: 6-11.
9. Joss-Wichman E, Zalewska-Janowska A. Fenomen placebo w leczeniu bólu towarzyszącego żylnym owrzodzeniem podudzi. *Post Dermatol Alergol* 2005; 22: 293-5.
10. Szewczyk MT, Jawień A, Cierzniańska K i wsp. Ocena sprawności funkcjonalnej chorych z przewlekłą niewydolnością żylną i owrzodzeniem. *Post Dermatol Alergol* 2005; 22: 6: 265-70.
11. Szewczyk MT, Jawień A, Kędzióra-Kornatowska K i wsp. Chory w podeszłym wieku z przewlekłym owrzodzeniem żylnym. I. Ocena sprawności ruchowej, równowagi i chodu. *Przeegl Flebol* 2006; 14: 11-8.
12. Szewczyk MT, Jawień A, Kędzióra-Kornatowska K i wsp. Chory w podeszłym wieku z przewlekłym owrzodzeniem żylnym. II. Zagrożenie depresją. *Przeegl Flebol* 2006; 14: 19-25.
13. Szewczyk MT, Cwajda J. Funkcje, zadania i kryteria wyboru opatrunków w leczeniu owrzodzeń. W: *Owrzodzenia żyłne goleni*. Jawień A, Szewczyk MT (red.). *Twoje Zdrowie*, Warszawa 2005; 146-52.