

Birinci Basamakta Kronik Ağrı Yönetiminin Temel İlkeleri

Tolga Günvar¹

¹ Öğr. Gör. Uzm. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Özet:

Kronik ağrı her birinci basamak hekiminin günlük pratiğinde sıklıkla karşılaştığı bir durumdur. Genellikle etkin bir şekilde tedavi edilemeyen bu durum kişinin yaşam kalitesinde önemli bir düşüşe neden olmaktadır. Günümüzde girişimsel olan ve olmayan pek çok yöntemin yanı sıra sağlığı geliştirme ve yaşam tarzı değişikliği müdahalelerinin doğru ve hasta için bireyselleştirilmiş bileşimi ile kronik ağrının etkin kontrolü mümkündür. Birinci basamak hekimi bütüncül bakış açısı ve klinik bir araç olarak kullanabildiği biyopsikosozyal yaklaşımı ile kronik ağrı hastasının yönetiminde merkezi bir role sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Ağrı, Birinci Basamak, Aile Hekimi

Basic Principles of Chronic Pain Management in Primary Care

Abstract:

A primary care physician frequently encounters with chronic pain during his/her daily practice. This condition usually can not be treated effectively and leads to a substantial decrease in the patients' quality of life. Currently, effective control of the chronic pain is possible by using many invasive or non-invasive techniques as well as accurate and individualized health promotion and lifestyle change interventions. Primary care physicians play a central role in management of the chronic pain patient by using their holistic and biopsychosocial approaches as effective clinical tools.

Keywords: Chronic Pain, Primary Care, Family Physician

Günvar T. Birinci Basamakta Kronik Ağrı Yönetiminin Temel İlkeleri. *TJFMPC* 2009;3(3):14-17.

Giriş

Her bireyin yaşamı boyunca mutlaka yaşadığı bir deneyim olan ağrı en önemli hekime başvuru nedenlerinden biridir. Akut ağrı, uyarıcı, öğretici ve yaşam kurtarıcı bir belirti olarak genellikle saptanabilir bir nedene bağlıdır. Üç aydan daha kısa süren bu ağrılar lezyonun iyileşmesi ile genellikle ortadan kalkar.¹ Yukarıda sayılan bu görevlerden yoksun olan kronik ağrı ise 3 – 6 aydan daha uzun sürmekte ve önemli bir kısmında saptanabilir bir lezyon

gösterilememektedir. Bu ağrılar herhangi bir müdahale yapılmadan geçmezler.²

Kronik ağrı yaşam kalitesinde meydana getirdiği kayıp ile bireyin ve ailesinin yaşamını son derece olumsuz etkilemekte, tedavi maliyeti ve neden olduğu iş gücü ve verimlilik kaybı ile de topluma önemli bir yük getirmektedir. Bu nedenlerle kronik ağrı mutlaka etkin bir şekilde tedavi edilmesi gereken bir durumdur.¹

Kronik ağrı yönetiminde neden birinci basamak önemlidir?

Birinci basamak, özgün klinik yaklaşımı ile multidisipliner bir yaklaşım gerektiren kronik ağrı yönetiminin merkezi ve olmazsa olmazıdır. Kronik ağrı birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru nedenleri arasında üçüncü sırada olup tüm başvuruların yaklaşık %10 – 20 kadarını oluşturur.^{2,3} Bu hastaların önemli bir kısmı düzenli olarak ilaç

İLETİŞİM ADRESİ:

Tolga GÜNVAR
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği AD
35340 İnciraltı/İzmir
Tel: (232) 412 49 51
Fax: (232) 412 49 59
e-posta: tolga.gunvar@deu.edu.tr

Gönderim tarihi: 01.06.2009
Kabul tarihi: 25.08.2009

kullanma zorunluluğu duymakta ve günlük aktivitelerinde önemli kısıtlılıklar yaşamaktadır.²

Kronik ağrı çeken bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri ile değerlendirilmesi ve sorunun yönetiminde bu üç boyutun sürekli göz önünde tutulması gerekmektedir. Biyopsikosozyal yaklaşımı bir klinik araç olarak kullanan birinci basamak hekimi, bireyi bu şekilde kavrayabilme şansı en yüksek olan hekimdir.

Birinci basamak hekimi ile hastası arasında yineleyen temaslar sonucunda kurulan güvene dayalı hasta hekim ilişkisi kronik ağrı yönetiminde çok etkili bir araçtır. Ayrıca ağrı tedavisinin başarısı da hasta hekim ilişkisini olumlu yönde etkileyecektir. Bu da hekimin hastanın sağlığını geliştirme ve tedavi amaçlı davranış değişikliği sağlayabilme gücünü arttıracaktır.

Kronik ağrı, sigaranın bırakılması ve obezite ile mücadele gibi sağlığı geliştirme girişimleri açısından da yeni fırsatlar ve motivasyonlar sunar. Birinci basamak hekimi bu fırsat ve motivasyonları değerlendirecektir.

Birinci basamak hekimliğinde hastanın tüm karar ve süreçlerde söz ve sorumluluk sahibi olması klinik yöntemin temel taşlarından biridir. Ağrı yönetiminde de hastanın işbirliğinin ve tedavi uyumunun sağlanması son derece önemlidir.

Kronik ağrı çocuklarda ve yaşlılarda da önemli bir sorundur. Çocuklarda % 10 – 15'e varan sıklıklarda, yaşlılarda ise % 50'ye yakın bir oranda görülmektedir. Çocukluk çağında kronik ağrı yaşamış bireyler erişkinlik dönemlerinde kronik ağrı hastası olmaya daha yatkın olmaktadır. Yaşlılarda son derece önemli olan kimseye bağımlı olmadan yaşayabilme durumunu tehdit eden kronik ağrıların önemli bir kısmı artrit, osteoporotik kırıklar veya lomber stenoz gibi tedavi edilebilir nedenlere bağlıdır.^{1,2,4} Hem çocuklarda, hem de yaşlılarda kronik ağrının saptanması ve yönetiminde birinci basamak hekimine büyük görev düşmektedir.

Kronik ağrının patogenezi

Akut ağrı sıklıkla kendini meydana getiren akut yaralanmanın fizyolojik iyileşmesine paralel olarak sağlıklı bir sinir iyileşmesinin sağlanması ile geçmektedir. Ancak bazen sinirsel iyileşme süreci merkezi plastisite adı verilen bir adaptasyon mekanizması ile gerçekleşir. Burada başlangıçta ağrı yaratan uyarıyı takiben yeni devre oluşumlarının gerçekleşmesi, aksiyon potansiyelinin düşmesi, farklı duyarları iletmekle sorumlu nöronlar ile ağrı yolları arasında bağlantı kurulması söz konusudur.^{1,2}

Merkezi plastisitenin devreye girmesi sonucunda hastada aşağıdakilerden bir ya da birkaçı oluşmaktadır.

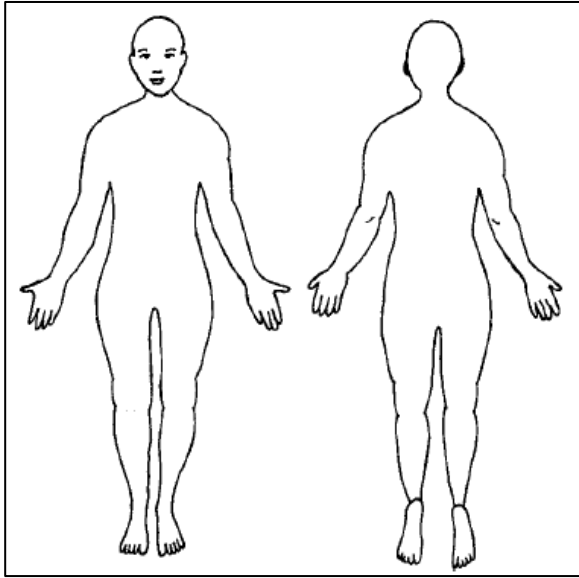
- **Kronik ağrı:** Ağrıyı yaratan uyarı veya patoloji ortadan kalktıktan sonra bile ağrı devam eder.
- **Hiperaleji:** Ağrı eşliğindeki düşmeye ve aksiyon potansiyelindeki azalmaya bağlı olarak ağrılı uyarıya karşı aşırı bir tepki şeklinde kendini gösterir. Bazen sinirlerin kendiliğinden deşarji sonucunda bir uyarı olmaksızın da görülebilir
- **Allodini:** Normalde dokunma duyusunu algılayan mekanoreseptör nöronlar ile ağrı yolları arasında bağlantı kurulması sonucunda ortaya çıkan bu durumda dokunma gibi normalde ağrılı olmaması gereken bir uyarı ağrı yaratır.
- **Ağrının yayılımı:** Travma sonrasında zarar görmemiş bölgelerin duyusunu alan nöronların duyarlılığının artışına bağlı olarak hasar gören bölge komşuluğundaki alanlarda palpasyon ile ağrı hissedilmesi şeklinde kendini gösterir.

Akut yaralanmaya ek olarak diyabet gibi sinir hasarına neden olan veya romatoid artrit gibi dejeneratif hastalıklar sonucunda da kronik ağrı durumu ortaya çıkabilir. Son derece sinsi bir şekilde gelişebilen bu ağrılarda da sinirlerde meydana gelen adaptif ve dejeneratif değişiklikler başrolü oynamaktadır.²

Kronik ağrı yönetiminde genel yaklaşım ilkeleri

Ağrının yer ve niteliğinin belirlenmesi: Öncelikle yapılması gereken bu iş için "Basit Ağrı Diyagramı" kullanışlı bir araçtır (Şekil 1). Hastadan ağrıyan, yanan, batan, kaşınan v.b yerleri farklı şekiller veya farklı renkte kalemler ile işaretlemesi istenir. Her ne kadar çoğu kronik ağrı hastasının birden fazla bölgede ağrısı olsa da hekime başvurdukları sırada hastalar ya o sırada kendilerine en çok sıkıntı veren ağrıyı veya tedavi edilebileceğine inandıkları ağrıyı dile getirme eğilimindedirler. Örneğin bir fibromiyalji hastası hekime sadece baş veya boyun ağrısı yakınması ile başvurabilir. Basit Ağrı Diyagramı hekime söylenmeyen veya ağrı olarak değerlendirilmeyen noktaların saptanmasında çok yararlıdır.²

Ağrının şiddetinin derecelendirilmesi: Hastadan ağrısının şiddetini rakamsal skala (1 ile 20 arasında not vermesinin istenmesi) veya görsel analog ölçeği ile değerlendirmesi istenir. Ağrı son derece öznel bir deneyim olduğu için tanı anında çok anlamlı olmayan bu derecelendirme tedaviye yanıtın değerlendirilmesi aşamasında son derece kullanışlıdır.



Şekil 1: Basit Ağrı Diyagramı

Alta yatan/eşlik eden hastalığın tedavisi: Kronik ağrı hastasında, eğer var ise, diyabetes mellitus, romatoid artrit, orak hücreli anemi v.b gibi kronik ağrıya zemin hazırlayabilecek veya prognozu olumsuz etkileyebilecek her türlü durumun, gerektiğinde ilgili dal uzmanlarının da yardımı ile tedavi edilmesi veya kontrol altında tutulması hedeflenmelidir.

Uyku hijyeninin sağlanması: Kronik ağrı hastanın uyku düzenini ve kalitesini bozar.² Bozulmuş uyku düzeni ve kalitesi de kronik ağrı da kötü prognozdan sorumludur.¹ Ağrının etkin bir şekilde kontrol edilmesi ile birlikte belirli yatış ve kalkış saatlerine uyulması, yatak odasında mutlak karanlık sağlanması ve yatak odasının uyku dışında yemek içmek ve televizyon izlemek gibi faaliyetler için kullanılmaması gibi ilkeler rehberliğinde uyku düzeni sağlanmalıdır. Gerekirse yardımcı ilaç kullanılabilir.

Psikiyatrik durumun değerlendirilmesi ve izlenmesi: Kronik ağrıya neredeyse her zaman depresyon eşlik etmektedir. Depresyonun etkin bir şekilde tedavi edilmesi gerekir. Amitriptilin ve venlafaksin, uykuya da yardımcı olmaları nedeni ile ağrı tedavisinde öncelikle tercih edilmesi gereken antidepresanlardır. Kronik ağrı hastaları intihar olasılığı açısından da dikkatle değerlendirilmeli ve izlenmelidirler.

Risk faktörlerinin yönetimi: Sigara kullanımı kronik ağrı açısından hem risk faktörü hem de kötü prognoz göstergesidir. Sigara içen bir kronik ağrı hastası, bırakması yönünde cesaretlendirilmeli ve desteklenmelidir. Obezite de hem hareketi kısıtlaması hem de önemli bir yük oluşturması nedeni ile kronik ağrıya kötü bir prognoza neden olur. Obez hastalar, var

ise, eşlik eden hastalıklarına uygun bir diyet/egzersiz programı ile kilo vermeye özendirilmelidirler.

Davranışsal önlemler: Hasta bazı noktalara dikkat ederek ağrısı ile daha etkin bir şekilde mücadele edebilir.

- Hasta ağrısı başlattığını veya şiddetlendirdiğini bildiği uyaranlardan mümkün olduğunca kaçınmalıdır
- Ağrı ortaya çıktığında veya şiddetlenmeye başladığında şiddetinin daha fazla artması beklenmeden uygun ilaç veya yöntemle müdahale edilmelidir.

Kronik ağrıda hasta perspektifi

Ağrı son derece öznel bir deneyimdir. Ağrı davranışı geçmiş deneyimlerden, cinsiyetten, kültürel altyapıdan ve psikolojik durumdan etkilenir. Benzer uyaranlar farklı bireylerde son derece farklı davranışlara neden olabilirler. Örneğin aynı şiddetteki uterus kasılmaları bir kadının sadece derin derin iç çekmesine, diğerinin ise çığlıklar atmasına neden olabilir.²

Kronik ağrı bireyin yaşam kalitesi üzerinde son derece olumsuz etkiler yapar. Neden olduğu uyku bozukluğu ve depresyon sorunu daha da derinleştirir. Aile ilişkileri açısından rol kaybı veya rol değişimi yaşanırken, iş ile ilgili sorunlar, üretkenlik ve beraberinde öz güven kaybını, umutsuzluk genellikle görülür. Ağrılar bazen kişinin çok temel günlük gereksinimlerini görmesini engelleyecek ve bireyi bu temel faaliyetler için başkalarına bağımlı kılacak kadar şiddetli olabilir.¹

Kronik ağrı hastalarının sıklıkla uygun bir sağlık hizmeti alabilmek için, deyim yerindeyse, "savaşmak" zorunda kalırlar. Sağlık çalışanlarına (özellikle de hekimlerine) ağrı çektiklerini kanıtlama zorunluluğu yaşamaları önemli bir sorundur.¹ Ciddiye alınmadıklarını hissettikleri için bazen semptomlarını abartılı bir şekilde ifade edebilirler. Bunun sağlık çalışanları tarafından fark edilmesi sorunu içinden çıkılmaz bir hale getirebilir.

Kronik ağrı hastaları en sık hekim değiştiren hasta gruplarından biridir. Bunun önde gelen nedenleri arasında hekimlerinin yeteri kadar bilgili olmadığını, kendilerini yeteri kadar ciddiye almadığını ve sorunlarına yeterince ciddi müdahale etmediklerini düşünmeleri yer almaktadır.¹

Kronik ağrı tedavisi önündeki engeller

Hekim perspektifi: Etkin bir ağrı tedavisinin önündeki en önemli engellerden biri hekimlerin bu duruma bakışlarıdır. Hekimler öncelikle ağrı tedavisi konusunda kendilerini çok yeterli hissetmemekte,

nedeni tetkik yöntemleri ortaya konamayan ağrı olgularında bireyin ikincil kazanç sağlamak amacı ile ağrıyı uydurduğunu yada abarttığını düşünmeye eğilimli olmaktadır. Ağrıyı son derece etkin bir şekilde kestiği bilinen narkotik analjezikler (bazen raporu olan hastalara bile), bağımlılık yaratmak ve sağlık otoritesi sorun çıkacağı endişesi ile yazılmamaktadır.^{1,2,6}

ilaç temininde ve çeşitliliğinde sıkıntılar: Kronik ağrı tedavisindeki en önemli silahlardan biri olan narkotik analjeziklerin çeşitliliği ülkemizde yurtdışına kıyasla son derece azdır. Üstelik bu kısıtlı ilaçların temininde de sıklıkla önemli sorunlar yaşanmaktadır.

Medikolegal sorunlar: Yasal düzenlemeler de hastaların etkin ağrı kesicilere ulaşmalarını engellemektedir. Yurt dışında normal reçete ile temin edilebilen tramadol ülkemizde yeşil reçeteye tabidir. Ayrıca bu ilaçları yazan hekimler de sağlık otoritesinin baskısını hissetmektedirler.

Kronik ağrının farmakolojik tedavisi

Dünya sağlık örgütü kronik ağrı tedavisinde basamaklı bir yaklaşım önermektedir.⁶ Bu yaklaşımda ağrı durumunda öncelikle NSAİ ilaçlar veya parasetamol kullanılması, ağrının devam etmesi veya artması durumunda ilk basamak ilaçlarla birlikte veya tek başlarına zayıf narkotiklerin kullanılması, üçüncü basamak tedavi olarak da güçlü narkotik ilaçlara geçilmesi önerilmektedir. Bu üç basamaklı yapı günümüzde de kronik ağrıya yaklaşımın temelini oluşturmakla birlikte girişimsel yöntemler gereksinim duyulduğunda herhangi bir aşamada uygulanabilmektedir.

Kronik ağrı tedavisinde girişimsel yöntemler

Kronik ağrı tedavisinde anestezi ve reanimasyon disiplininin köken alan algoloji bilim dalının gelişimi ile kronik ağrının kontrolünde, yarar görebilecek hastalarda, girişimsel yöntemler giderek daha fazla kullanılmaya başlanmıştır.

Pulse RF (Radyofrekans termoregülasyon), TENS (Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı) gibi yöntemler ile sinir iletiminin modifikasyonu; tetik nokta enjeksiyonu ve kuru iğne gibi yöntemler ile spazm giderilmesi, epidural, femoral v.b. kateterler ile ilaç verilerek ağrının giderilmesi; sempatik bloklar veya ganglion blokları ile ağrı iletiminin kesilmesi ve kalıcı port veya pompa uygulamaları ile uzun süreli ve kalıcı ağrı kontrolünün sağlanması olasıdır.

Sonuç

Kronik ağrı tedavisinde birinci basamak sağlık hizmetleri anahtar role sahiptir. Birinci basamak hekimi hastasına uygun tedavi seçenekleri ve davranış

değişikliklerinde rehberlik ederken etkin tedaviyi engelleyebilecek hasta ve hekim kaynaklı faktörlerin farkında olmalıdır.

Kaynaklar

1. Pain Management: A Practical Guide for Clinicians. Editor: Weiner RS, Sixth Edition, CRC Press, USA, 2002.
2. Marcus DA. Chronic Pain: A Primary Care Guide to Practical Management. Second Edition, Humana Pres, Totowa, NJ, 2005.
3. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999; 354: 1248 – 1252
4. Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K. The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract* 2001; 18(3):292-9.
5. Jackman RP, Purvis JM, Mallett BS. Chronic nonmalignant pain in primary care. *Am Fam Physician* 2008;15;78(10):1155-62.
6. Passik SD, Weinreb HJ, Managing chronic nonmalignant pain: overcoming obstacles to the use of opioids. *Adv Ther* 2000;17(2):70-83