

BOLNIK Z RAZŠIRJENO BOLEČINO V AMBULANTI ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE: KLINIČNI PRIMER

PATIENT WITH GENERALISED PAIN IN FAMILY MEDICINE: A CASE REPORT

prim. asist. Ksenija Tušek – Bunc, dr. med.

Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Ljubljana

Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru, Maribor

Izvleček

Obravnava bolnika z razširjeno bolečino ter sočasnimi bolezenskimi stanji in potrebo po zdravljenju z večjim številom različnih zdravil je za zdravnika družinske medicine velik strokovni izziv. Poleg obravnave in vodenja takega bolnika ima zdravnik družinske medicine še vlogo koordinatorja, saj sta za sodelovanje s kliničnimi specialisti in drugimi zdravstvenimi delavci, ki prav tako sodelujejo pri zdravljenju in vodenju bolnika, potrebna nenehno usklajevanje in organizacija. Slednji sta pri vodenju bolnika pogoj za bolnikovo in zdravnikovo zadovoljstvo. Precejšnja ovira pri obravnavi in vodenju bolnika z razširjeno bolečino in sočasnimi bolezenskimi stanji je lahko pomanjkljivo sporazumevanje med zdravnikom družinske medicine ter kliničnimi specialisti, kar lahko poslabša kakovost oskrbe bolnika. Pričakujemo lahko, da bodo v bližnji prihodnosti medicinske storitve na daljavo odpravile dobršen del tovrstnih težav.

V prispevku je predstavljen primer 67-letnega bolnika s številnimi pridruženimi bolezenskimi stanji ter razširjeno kronično bolečino.

Obravnava bolnika z razširjeno bolečino v ambulanti zdravnika družinske medicine je vselej individualna in usmerjena k bolniku. Njena osnova je partnerski odnos med bolnikom in zdravnikom, ki se je gradil v dolgih leti njunega medsebojnega sodelovanja, ter zdravnikov potrepljiv terapevtski pristop, v veliki meri pa tudi bolnikova motiviranost.

Ključne besede:

bolnik, razširjena bolečina, obravnava, zdravnik družinske medicine

Abstract

Treatment of patients with generalised pain and comorbidities and the subsequent need for treatment with a wide range of drugs presents a major professional challenge for a family physician. In addition to the treatment and management of such patients, a family physician has a coordination role, as working with clinical specialists and other health workers who also participate in the treatment and management of the patient requires constant coordination and management. Both are in fact crucial for the patient and physician satisfaction. Lack of communication between family physicians and clinical specialists can pose a significant obstacle to the treatment and management of patients with generalised pain and comorbidities, which may contribute to poor quality of patient care. We can expect that in the near future, telemedicine will eliminate such problems.

We report a case of a 67-year old patient with a number of comorbidities and generalised pain.

Management of patients with generalised pain in family practice has to be focused on the individual patient. The core is the partnership between the patient and the physician built during long years of mutual co-operation, as well as the physician's patience in the therapeutic approach and the patient's motivation.

Key words:

generalised pain, comorbidities, management, family physicians

*Bolečina je darilo narave človeku, ki ga nihče ne mara.
(Brian Hurwitz, King's College London)*

UVOD

Bolečina je ena od najbolj neugodnih izkušenj ali občutkov, ki jih doživi človek. Izzove jo lahko tako poškodba kakor tudi bolezen. Ljudje se nanjo različno odzivajo in jo sprejemajo, kar je odvisno od posameznikovih osebnostnih značilnosti, pa tudi od značilnosti okolja, iz katerega bolnik izhaja. Bolečina je lahko zelo huda, vendar je neugoden občutek mogoče pozabiti, če ne traja predolgo in/ali ne povzroči trajnih posledic v organizmu. Če le-ta ne izzveni in traja več kot tri oz. šest mesecev, četudi je osnovni vzrok (poškodba ali bolezen) že odstranjen, jo lahko označimo kot kronično bolečino. Tako postane bolečina sama po sebi bolezen, ki jo moramo obravnavati kot vsa druga bolezenska stanja in jo samostojno zdraviti (1).

Dolgotrajna bolečina, še posebej, če je razširjena, zmanjša kakovost bolnikovega življenja in njegove družine. Bolnika ohromi pri vsakodnevnih aktivnostih, mu povzroča trpljenje, njegovo nezmožnost za delo in s tem povezano izgubo dohodka ter skrb zaradi negotove prihodnosti. Bolniki se pogosto osamijo od družine in prijateljev, zapirajo se vase, temu pa sledijo depresija, razočaranje, zagrenjenost in včasih celo samomorilne misli. Bolečina je vzrok za bolnikovo nespečnost, utrujenost, zmanjšano telesno dejavnost, slabše prehranjevanje in slabšanje njegovega imunskega sistema, bolniki s kronično bolečino pa tudi pogosteje obolevajo zaradi drugih kroničnih bolezni. Zaradi stalnih težav so bolniki odvisni od zdravstvene službe. Takšna kronična bolečina nima več biološke funkcije opozarjanja na bolezen ali telesno spremembo ter lahko traja neomejeno dolgo (2-5).

Kronična bolečina ni samo medicinski, pač pa tudi ekonomski, socialni in družbeni problem. Po podatkih iz literature ima 35 % ljudi v Evropi kronične bolečine (6). Predvidevajo, da je pojavnost kronične bolečine v nerazvitih deželah še veliko večja. Najpogosteje bolniki trpijo kronične bolečine zaradi osteoartroze in revmatoidnega artritisa, bolečin, ki ostanejo po poškodbah in operacijah, ter bolečin v hrbtenici. Drugi razlogi kroničnih bolečin so glavoboli, nevralgije, nevropatije in nevrološke motnje. Zdravljenje kronične bolečine močno obremenjuje zdravstveni sistem. Stroške zaradi kronične bolečine v nekaterih deželah primerjajo s stroški zaradi malignih bolezni ali bolezni srca in ožilja (7).

Še vedno ni soglasja o klinični klasifikaciji in diagnozi kronične bolečine. Lahko jo razvrščamo glede na pridružene bolezni (poherpetična nevralgija, alkoholna ali diabetična nevropatija, artritis) ali kot kompleksne simptome (regionalni bolečinski sindrom, fibromialgija). Nobena od teh klasifikacij ne napoveduje, kakšen bo odgovor na zdravljenje. Zato ostaja zdravljenje kronične bolečine empirično (8). Bolečina je eden najpogostejših simptomov, zaradi katerih

bolniki poiščejo pomoč pri zdravniku v osnovnem zdravstvu. V večini primerov je mogoče bolečino odpraviti ali olajšati že na primarnem nivoju zdravstvenega varstva in le redko je stanje tako, da je potrebno poglobljeno sodelovanje s specialisti za lajšanje bolečine. Uspešnost zdravljenja bolečine je odvisna predvsem od znanja zdravnikov, njihovega sodelovanja z bolnikom in njegovo družino ter z drugimi strokovnjaki za lajšanje bolečine. Slovensko združenje za zdravljenje bolečine je izoblikovalo priporočila za zdravnike, ki se pri svojem delu srečujejo z zdravljenjem bolečine (1). Priporočila so koristno vodilo vsem zdravnikom za dobro klinično delo pri zdravljenju bolnikov s kronično bolečino, ki ni posledica rakaste bolezni.

PRIKAZ PRIMERA

67-letni, upokojeni bolnik se je maja leta 2005 prvič oglasil v ambulanti zdravnika družinske medicine, po tem ko se je vrnil iz Nemčije, kjer je bil na začasnem delu. Vzrok njegovega prvega obiska so bile poleg klavdikacijskih bolečin v mečih obeh nog, ki so nastopile po približno 50 prehojenih metrih, še bolečine v križu in sklepkih ter ponavljajoči se glavoboli. Bolečino v mečih je opisal kot zelo močno, pekočo in stiskajočo bolečino, ki je po 3-minutnem počitku izzvenela le deloma. Želel je predvsem zdravila za lajšanje bolečin. Iz anamneze in dokumentacije, ki jo je prinesel s seboj, je bilo razvidno, da

- je kot otrok prebolel norice;
- leta 1974 je bil operiran zaradi predrtja želodčnega ulkusa (Billroth II);
- leta 1982 je prebolel akutni miokardni infarkt (AMI);
- od leta 1982 se je zdravil zaradi arterijske hipertenzije, hiperlipidemije in sladkorne bolezni;
- leta 1998 so pri njem naredili totalno prostatektomijo;
- leta 1999 so pri njem naredili aortno-koronarno premostitev (by-pass);
- leta 2004 pa obojestransko operacijo sive mreže (katarakta).

V času bivanja v Nemčiji je prejemal naslednja zdravila: statin, beta-blokator, diuretik, acetilsalicilno kislino, metformin, inzulin ter nesteroidni antirevmatik (NSAR).

Gospod je bil kadilec, alkohola ni užival, telesno ni bil aktiven. Alergij ni navajal. Kot otrok je živel v delavski družini, osnovno in srednjo šolo je končal v Sloveniji, nato se je preselil v Nemčijo, kjer je vse do upokojitve delal kot monter v tovarni avtomobilov. Bolnikov brat je umrl zaradi akutnega miokardnega infarkta, star 47 let, sestra je umrla zaradi karcinoma v grlu, mati je pri devetinpetdesetih letih starosti zbolela za sladkorno boleznijo. Oče je bil zdrav.

TELESNI PREGLED: Bolnik je bil visok 165 cm, težak 104 kg, obseg njegovega pasu je meril 117 cm, indeks telesne teže (ITM) je bil 38,2. Krvni tlak je bil 178/102 mm Hg, pulz 88/min. Bolnik je bil debel, v mirovanju je bilo

njegovo dihanje normalno, vratne vene so bile primerno polnjene, koža in sluznice dobro prekrvljene, srčna akcija je bila ritmična, toni normalno poudarjeni, šumov na srcu ni bilo slišati, slišen pa je bil diskretni šum nad karotidnimi arterijami, dihanje nad pljuči je bilo čisto, pritisk na prsni koš ni bil boleč, edemov na okončinah ni bilo, pulzi a. dorsalis pedis in a. tibialis posterior niso bili tipni, pulzi a. femoralis pa so bili tipni, znakov motene občutljivosti za dotik ali temperaturo ni bilo. Mišičje ob hrbtenici v vratnem in križnem predelu ni bilo napeto, gibljivost hrbtenice je bila omejena, nevroloških izpadov ni bilo. Nad sklepi ni bilo opaziti oteklin ali deformacij zaradi artoze.

Bolnika smo v skladu s priporočenim diagnostičnim programom (minimalni diagnostični program za obravnavo bolnika s hipertenzijo in sladkorno boleznijo) napotili v laboratorij, prejel pa je še napotnico za EKG in pregled pri okulistu (9-11). Namen omenjenih napotitev je bil, da bi ocenili okvaro tarčnih organov. Hkrati smo ga napotili še k žilnem kirurgu, zaradi kroničnih bolečin v križu pa še na RTG slikanje križnega dela hrbtenice.

Svetovali smo mu, da mora korenito spremeniti življenjski slog, od zdravnika je prejel pisna in ustna navodila o zdravem načinu življenja, jedilnik za dietno prehrano in napotnico za program svetovanja za zdravje (CINDI). Zdravnik mu je razložil negativne vplive nezdravega življenjskega sloga na zdravje, opozoril ga je na njegove kronične bolezni in pojasnil njihovo povezanost z načinom življenja. Bolnik je v razgovoru prostodušno priznal svoje nezdrave življenjske navade in podvomil v njihovo povezanost s bolezenskimi težavami, ki jih je imel. Povedal je, da ni pripravljen spremeniti svojega življenjskega sloga ter zavrnil sodelovanje v učnih delavnicah.

Prejel je zaviralec konvertaze (Tritace) in paracetamol za lajšanje bolečine. S slednjim ni bil zadovoljen, kljub zagotovitvami zdravnika, da gre za dober in učinkovit analgetik, ki v primernih odmerkih zadovoljivo lajša bolečine, ter kljub obrazložitvi, da je ob njegovem neurejenem krvnem tlaku NSAR povsem neprimerno zdravilo.

Do naslednjega bolnikovega obiska v ambulanti so prispeli laboratorijski izvidi krvnih preiskav: krvni sladkor 14 mmol/l, celokupni holesterol 6,41 mmol/l, od tega LDL 4,15 mmol/l, HbA_{1c} 14 %, RF neg, CRP <8, v urinu so bile sledi glukoze in proteinov. Žilni kirurg je potrdil periferno okluzivno žilno bolezen in zaenkrat svetoval intervalno mišično vadbo ter acetilsalicilno kislino. Okulist je ugotovil znake diabetične retinopatije. EKG je pokazal znake obremenitve levega prekata. Iz rentgenske slike križnega dela hrbtenice pa je bilo videti, da gre pri bolniku za degenerativne spremembe in diskopatijo L4-L5, ter L5-S1.

Januarja 2006 so bolnika sprejeli v bolnišnico zaradi atrijske fibrilacije in srčnega popuščanja. Ob odpustu so poleg nefarmakoloških ukrepov predlagali še zdravljenje z ACE,

amiodaronom, acetilsalicilno kislino, statinom, beta-blokatorjem, spironolaktonom, nitratom, tramadolom, metforminom ter inzulinom. V ambulanti za obravnavo bolnikov s koagulopatijami je kasneje prejel še Marivarin.

Bolnik je redno prihajal po recepte za omenjena zdravila. Ob kontrolnih pregledih so bile vrednosti izmerjenega krvnega tlaka vselej nad pričakovanimi vrednostmi za bolnika s sladkorno boleznijo, ITM je bil blizu 40, kljub vztrajnim nasvetom zdravnika o nujnosti spremembe njegovega življenjskega sloga. Vseskozi je tožil tudi zaradi bolečin v križu in nogah ter sklepkih, želel je NSAR, ki da mu edini pomagajo proti hudim bolečinam. Bil je povsem neuvideven za kakršno koli razlago o neprimernosti NSAR zaradi njegovih sočasnih bolezni, kar je bil pogost razlog za nesoglasja in porušen partnerski odnos med njim in osebnim zdravnikom. Vse druge predlagane ukrepe za protibolečinsko terapijo je zavračal. Predvsem ni bil pripravljen jemati opioidnih analgetikov, saj se je bal stranskih učinkov, zlasti zasvojenosti. Napotili smo ga še na fizioterapijo: TENS križnega dela hrbtenice, nog, kineziterapijo. Zaradi bolečin v križu je v samoplačniški ambulanti obiskal ortopeda, ki mu je svetoval zmanjšanje telesne teže, fizioterapijo, pri osebnem zdravniku pa niz parenteralnih injekcij NSAR. Slednje je bilo ponovno razlog za nesoglasje med bolnikom in zdravnikom in skoraj porušen partnerski odnos, saj se osebni zdravnik ni odločil za predlagano zdravljenje zaradi bolnikovih pridruženih bolezenskih stanj: srčnega popuščanja, neurejene arterijske hipertenzije in antikoagulantne terapije. Bolnik je utemeljeno razlago s številnimi ugovori sicer sprejel, vendar je z nebesedno govorico več kot očitno izražal svoje nezadovoljstvo.

Leta 2006 je bila pri bolniku opravljena perkutana transluminalna angioplastika (PTA) na arterijah spodnjih udov. Tedaj je tudi opustil kajenje. Še naprej pa je tožil zaradi pekočih, hudo neprijetnih bolečin v nogah in v križu. Predpisali smo mu kombinirano terapijo s paracetamolom in tramadolom, (Zaldiar) in tramadol, vendar je še naprej zahteval NSAR. Predpisani pregabalin (Lyrica) je tudi opustil zaradi stranskih učinkov, prav tako pa je bil nezaupljiv do zdravnika, ki se sicer uporablja za zdravljenje parcialnih epileptičnih napadov. Kakršno koli drugo obliko opioidnega analgetika je še naprej zavračal.

V letu 2007 so bolnika 3-krat sprejeli v bolnišnico zaradi ponovljenega akutnega poslabšanja srčnega popuščanja, zdravljenje z zdravili je bilo večkrat prilagojeno glede na mnenje kliničnih specialistov. Konec leta je bolnik obiskal ambulanto zaradi nekaj dni trajajočega bruhanja in slabega počutja, sam pa je tudi opazil, da je v zadnjem mesecu in pol shujšal za 19,5 kg. Zaradi hujšanja in bruhanja smo ga z oznako nujno napotili k gastroenterologu, ki je po ugotovitvah ultrazvočne preiskave domneval, da gre za patološki proces (malignom) na krnu želodca. Z gastroskopijo tega niso potrdili, postavljena pa je bila diagnoza erozivne gastropatije. Gospod je tedaj priznal, da je vseskozi uporabljal

NSAR, ki jih je njegova žena prejela pri svojem osebnem zdravniku, prav tako pa si jih je izposojal pri sosedih, znanih in prijateljih. Poleg zaviralca protonske črpalke (PPI) je dobil je natančna navodila za dietna prehrano (pisna in ustna), predvsem pa smo mu odsvetovali uporabo NSAR, to pot poleg drugega še zaradi erozivne gastropatije.

V začetku leta 2008 je pri njem ponovno prišlo do akutne srčne odpovedi, ugotovili so tudi akutni miokardni infarkt (NSTEMI). Junija istega leta je bolnik med hojo spet začutil klavdikacijske bolečine v levi nogi, tokrat že po desetih, prehojenih metrih. Noga je bila bleda, njen obseg je bil v primerjavi z desno nogo zmanjšan, izraziti so bili trofični znaki (manjša poraščenost, spremembe na nohtih), tipni so bili samo femoralni pulzi, bolečine so bile zelo močne (VAS 9-10). Žilni kirurg je z angiografijo potrdil diagnozo PAOB. Bolnik je bil naročen na PTA.

Novembra so bolnika sprejeli v bolnišnico zaradi nenadne izgube vida na levem očesu in boleče leve temporalne arterije. Ugotovili so da je prišlo do tranzitornega ishemičnega napada (TIA) v okcipitalnem možganskem režnju. Ker so domnevali, da gre za temporalni arteritis, je takoj pričel prejemati visoke odmerke kortikosteroidov, transdermalni fentanil (50-75µg/h učinkovine), ki ga je dobil na priporočilo algologa v protibolečinski ambulanti. Opravljena je bila biopsija leve temporalne arterije. Histološki izvid je potrdil, da gre za temporalni arteritis.

Zadnja hospitalizacija bolnika pred smrtjo je trajala od 27. decembra 2009 do 22. januarja 2010. V bolnišnično oskrbo so ga urgentno sprejeli zaradi domneve, da gre za možgansko kap, ki so jo med njegovim bivanjem v bolnišnici tudi potrdili. UZ preiskava vratnih arterij je pokazala številne obojestranske zožitve karotidnih arterij. Ugotovili so tudi zelo oslABLJENO krčljivost levega prekata. 22. januarja 2010 je bolnik v bolnišnici umrl.

RAZPRAVA

V prispevku smo predstavili 67-letnega bolnika s kronično razširjeno bolečino in pridruženimi bolezenskimi stanji. Obravnava in zdravljenje bolečine je pri takem bolniku še posebej zahtevna. Tudi za obravnavo bolečine velja, da je dobra anamneza osnova za diagnozo in zdravljenje. Pri celostnem pristopu je treba natančno oceniti bolečino, prav tako pa tudi bolnikov psihosocialni položaj, njegovo družino, morebitno zaposlitev. Za ocenjevanje in opredelitev bolečine je na voljo več vrst pripomočkov, npr. Vidna analogna lestvica (Visual Analogue Scale – VAS) od 0-10 (tabela 1), in številni drugi, ki pa so včasih preveč zamudni, še posebej, če upoštevamo, da je potrebno oceniti bolnikovo bolečino ob vsakem njegovem obisku v ambulanti zdravnika družinske medicine (ZDM). Ugotoviti in zapisati je treba, kje bolnik čuti bolečino, in morebitne senzorične motnje. Pozorni moramo biti na temperaturo, barvo in vlažnost bolnikove

kože ter poiskati morebitne znake aktiviranja vegetativnega živčevja. Pri nevropatski bolečini je treba oceniti občutek za dotik, vibracijo, temperaturo in bolečinske dražljaje.

Naš bolnik je trpel zaradi bolečine v križu in nogah ter v sklepih, trpel pa je tudi zaradi pogostih glavobolov, o čemer je poročal vse od svojega prvega obiska v ambulanti ZDM. Na štiristopenjski opisni lestvici je bolečine v nogah in križu ocenil kot občasno močne ali zelo močne, občasno pa kot blage do srednje močne. Z desetstopenjsko vidno analogno lestvico (0-3 = blaga bolečina, 4-7 = srednje močna bolečina, 8-10 = zelo močna bolečina) je bolnik ocenil bolečine od 7 do 9, bolečino zaradi temporalnega arteritisa pa je ocenil kot neznosno (VAS 10).

Na začetku obravnave je torej treba kar se da natančno oceniti patofiziologijo bolečine in načrtovati, če je le mogoče, etiološko zdravljenje. Kronično bolečino lahko v grobem razdelimo na nociceptivno in nevropatsko. Za prvo je značilno, da bolečina izvira iz poškodbe tkiv. Poškodba je lahko mehanska, ishemična, nastala zaradi okužbe ali drugih vzrokov. Kot nociceptivno bi lahko označili bolnikovo bolečino v križu, klavdikacijske bolečine v nogah, prav tako pa bolečine v sklepih. Za nevropatsko bolečino pa velja, da je »poškodba« pravzaprav v živčnih poteh, po katerih se zaznavanje bolečine prenaša. Ta poškodba je lahko v perifernem živčevju (npr. pritisk na periferni živec, diabetična nevropatija ipd.) ali v centralnem živčevju (npr. fantomska bolečina, bolečina pri multipli sklerozi ipd.). Ker pri bolniku bolečine v nogah po revaskularizacijskem postopku niso popustile, bi veljalo razmisliti tudi o periferni nevropatski bolečini kot posledici več let trajajoče neurejene sladkorne bolezni, ki je sicer najpogostejši vzrok za periferno nevropatsko bolečino, vendar jo je bilo mogoče z ugotovitvami iz anamneze in kliničnega pregleda izključiti. Pričakovana pojavnost boleče distalne simetrične polinevropatije kot posledice sladkorne bolezni je v Sloveniji približno 5000 (12).

Za zdravljenje bolečine uporabljamo farmakološka in nefarmakološka sredstva in metode. Vedno je potrebno upoštevati individualne značilnosti bolnika, njegova sočasna bolezenska stanja, terapijo, ki jo bolnik že prejema, pri čemer je treba upoštevati morebiten medsebojni vpliv in stranske učinke in ne nazadnje bolečino ter temu ustrezno prilagoditi terapijo. Za kronično bolečino velja, da etiološko zdravljenje večinoma ni možno, zato je terapija pretežno simptomatska. Tudi simptomatska terapija je toliko bolj učinkovita, kolikor prej z njo začnemo.

Nociceptivno bolečino zdravimo z lokalnimi analgetiki, paracetamolom, NSAR, tramadolom in v posebnih primerih z močnimi opioidi. Od nefarmakoloških metod ima ZDM na voljo večinoma le fizioterapijo in psihoterapijo. Za zdravljenje bolečine v križu, sklepih in v nogah smo našemu bolniku ponudili zdravljenje s paracetamolom in kombinirano s slednjim in tramadolom, tudi zaradi pridružene neurejene arterijske hipertenzije in srčnega popuščanja, kasneje pa tudi

zaradi predpisane antikoagulantne terapije. Bolnik je predlagano terapijo zavrčal, ker je menil, da mu ne pomaga, in ker je imel dobre izkušnje z NSAR, ki mu jih je predpisoval njegov zdravnik v Nemčiji. Če bolnik ni prejel zdravila na recept, ga je kupoval sam, ali pa je uporabljal ženina zdravila ali si jih je sposojal pri znancih in prijateljih.

Če bi pekoče, neprijetne bolečine v nogah opredelili kot periferno nevropatsko bolečino, bi bilo treba poleg že omenjenih sredstev in metod vključiti dodatna zdravila, kot so triciklični antidepresivi (največkrat amitriptilin) in antikonvulzivi (karbamazepin, gabapentin). Analgetski učinek tricikličnih antidepresivov (TCA) je neodvisen od depresije, prav tako so običajno za zdravljenje bolečine potrebne manjše doze kot pri depresiji, učinkujejo pa že v 4 do 5 dneh. Začnemo z manjšim večernim odmerkom, 10-25 mg amitriptilina, ki tudi izboljša spanec. Odmerek postopno zvišujemo za 10 mg/dan, dokler ne odpravimo bolečine oz. ne pride do motečih stranskih učinkov. Kljub dejstvu, da ima amitriptilin še vedno najboljšo terapevtsko učinkovitost med zdravili za zdravljenje nevropatske bolečine (kljub nekaterim zadržkom oz. neželenim učinkom), pa za našega bolnika ni bil primeren zaradi njegove srčno-žilne bolezni. Drugi antidepresivi, npr. selektivni zaviralci privzema serotonina (SSRI), niso tako učinkoviti, medtem ko so novejši antidepresivi »z dvojnimi mehanizmom delovanja«, npr. venlafaksin in mirtazapin, podobno učinkoviti kot TCA, a z manj stranskimi učinki. Od antikonvulzivov večinoma uporabljamo karbamazepin, gabapentin ali pregabalin. Začetni odmerek karbamazepina je 2-krat 100 mg, ki ga postopno zvišujemo do 600-800 mg/dan ali do takrat, ko pride do motečih stranskih učinkov, potrebno pa je spremljati tudi število krvnih celic in narediti jetrne teste. Začetni odmerek za gabapentin je 300 mg/dan, s postopnim zviševanjem do 3-krat 900-1200 mg/dan. Našemu bolniku smo priporočili pregabalin (Lyrica), a ga je zaradi stranskih učinkov opustil.

Za opioide, vključno s tramadolom, so dokazali, da so učinkoviti pri zdravljenju nevropatske bolečine (periferna nevropatska bolečina zaradi boleče polinevropatije, poherpetične nevralgije, poškodbe perifernega živčevja). Natančni mehanizmi in mesta njihovega protibolečinskega delovanja na nevropatsko, zlasti centralno bolečino niso znani. Obstajajo podatki o hkratnem odmerjanju gabapentina, klonidina ali bupivakaina, da bi tako zmanjšali potrebni odmerek opiata (13).

Pri predpisovanju močnih opioidov zaradi kroničnih nemalighnih bolečin, kot jih je čutil predstavljeni bolnik, se večkrat poraja občutek nelagodja, predvsem zaradi zaskrbljenosti pred stranskimi učinki, zasvojenostjo in zlorabo (opioidofobija) (12). Zaradi zdravnikovih dvomov pri predpisovanju teh zdravil lahko pride do njegove zaskrbljenosti za bolnika, motenj v njegovem odnosu z bolnikom, časovne stiske in ne nazadnje do nezadovoljstva s svojim delom ter občutka pomanjkanja pristojnosti. ZDM je pri predpisovanju močnih opioidov v nekoliko boljšem položaju, ker pozna bolnika s

telesne, duševne in družbene plati, zato lahko obravnava težave celostno, povezano z bolnikovo družino in okoljem, iz katerega bolnik izhaja. Močne opioide naj bi predpisovali samo bolnikom, ki imajo objektivno dokazljive znake bolezni, so zanesljivi, v anamnezi nimajo težav zaradi alkoholizma ali zlorabe drog, imajo sorazmerno urejene socialne razmere in nimajo odškodninskih zahtevkov ali pravnih sodiščih. Sprva so potrebni pogostejši kontrolni pregledi, kasneje pa redni mesečni z občasnimi obsežnejšimi pregledi. Zdravilo mora bolnik jemati po vnaprej določenem okvirnem načrtu in ne po potrebi. Bolniku je treba vnaprej razložiti, za kakšno zdravljenje gre, in z njim podpisati pisni dogovor (13,14). Vedeti mora tudi za vse različne posledice te vrste zdravljenja in mora pristati na odkrito sodelovanje z zdravnikom ter ga o njih sproti obveščati. Po bolnikovi pisni privolitvi izpeljemo test opioidne učinkovitosti. Če je test uspešen, nadaljujemo z zdravljenjem z opioidno učinkovino s počasnim sproščanjem. Opioidni analgetiki imajo stranske učinke, ki so obvladljivi ali pa minejo sami po sebi. Vztrajni stranski učinek je zaprtje, ki zahteva sprotno obravnavo.

Bolniku smo zaradi bolečin v križu priporočili lokalno uporabo NSAR. Lokalna uporaba protibolečinskih zdravil, še posebej NSAR, je zelo razširjena. Vsaj pri nekaterih bolnikih je učinkovitejša od placeba, med njimi pa naj bi bil, po do sedaj opravljenih raziskavah, najučinkovitejši ketoprofen. Lokalna uporaba NSAR je pomembna predvsem zato, ker se na ta način lahko izognemo neželenim učinkom pri njihovi sistemski uporabi (15). Pri diabetični nevropatiji in bolečini po poškodbi perifernega živca je lahko učinkovit kapsaicin v obliki kreme, vendar šele po več tednih uporabe.

Za lajšanje bolečin pogosto uporabljamo metode fizikalne medicine. Tudi našega bolnika smo zaradi bolečin v križu in periferno nevropatske bolečine napotili na fizioterapevtsko obravnavo. Vendar pa so metode obravnave, ki jih vsak dan predpisujemo, kljub razširjeni uporabi, premalo raziskane in ni dovolj dokazov, da so res učinkovite (16, 17). Osnova vsake fizioterapije je vadba, tako pasivna za povečanje gibljivosti, kot aktivna za izboljšanje mišične moči. Za bolečine pri narastiščih ligamentov in kit na kosti naj bi bila učinkovita ultrazvočna terapija; diadinamske tokove pa uporabljamo pri bolečinah v manjših sklepih, interferenčne tokove pa pri bolečinah s pridruženimi oteklinami. Posebno mesto zavzema transkutana električna nevrostimulacija (TENS), ki se uporablja predvsem za bolečine v večjih sklepih, bolečino v križu, pa tudi pri raznih nevralgijah, predvsem pri periferni nevropatski bolečini. Metoda je neinvazivna, preprosta za uporabo in skoraj brez kontraindikacij. Gre pravzaprav za eno od nevromodulacijskih metod, katere učinkovitost pa prav tako ni dovolj raziskana in naj bi bila učinkovita predvsem na začetku zdravljenja (18).

Čeprav je psihoterapija pri zdravljenju bolečine zelo pomembna, naš bolnik te možnosti ni bil pripravljen sprejeti. Več kot polovica bolnikov, ki obišče ZDM, ima duševne težave in težave v družini ali v službi. Vse prevečkrat pa

smo pozorni le na telesne težave, na primer na bolečino, bolnike pošiljamo h kliničnim zdravnikom specialistom, ki so pogosto še manj uspešni pri zdravljenju psihosomatskih motenj, kot izkušeni ZDM. Uporabljamo predvsem vedenjsko-kognitivno terapijo, zdravljenje s poudarjeno oporo bolniku (suport), krizno intervencijo in v družino usmerjeno terapijo. Vse te terapevtske metode so dokazano učinkovite, žal pa zahtevajo veliko časa in tudi dodatnega izobraževanja (19).

Akupunktura kot alternativna metoda zdravljenja je najbolj uporabna pri bolnikih z blažjimi mišično-skeletnimi bolečinami in pri migreni. Zelo učinkovita je pri tretjini takih bolnikov, pri tretjini le-teh ni izboljšanja, pri tretjini teh bolnikov pa je delno učinkovita. Posledica terapije so lahko stranski učinki, in sicer: aktiviranje avtonomnega živčevja, najpogostejše so slabost, bradikardija in utrujenost. Pri nas se z akupunkturo ukvarjajo le redki ZDM, verjetno zaradi potrebnega dodatnega izobraževanja in neustreznega nagrajevanja (20).

Pri trdovratnih kroničnih razširjenih bolečinah je smiselno, da bolnika napotimo v protibolečinsko ambulanto, kamor smo napotili tudi našega bolnika. Tam je običajno za obravnavo takih bolnikov zadolžen multidisciplinarni tim strokovnjakov, v katerem sodelujejo anesteziolog, algolog, specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine, psiholog, psihiater, nevrolog, ortoped in ne nazadnje socialni delavec. Le-ti uporabljajo še druge metode zdravljenja, npr. blokade perifernih živcev, intraspinalne infuzije, nevrostimulacijo hrbtenjače ipd., za katere so usposobljeni specialisti na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva (21).

Pri obravnavi bolnika z razširjeno bolečino in sočasnimi bolezenskimi stanji je lahko precejšnja ovira pomanjkljivo sporazumevanje med zdravnikom družinske medicine (ZDM) in kliničnimi specialisti. Pogosto se namreč dogaja, da tak bolnik prihaja v ambulanto ZDM z nasprotujočimi si mnenji različnih kliničnih specialistov tako o terapiji, nasvetih, pa tudi o nadaljnji diagnostiki. Tako je npr. klinični specialist našemu bolniku predpisal terapijo z NSAR, s čimer je sicer ugodil bolnikovi stalni želji in zahtevam, pri tem pa ni upošteval siceršnje bolnikovo zdravstveno stanje. Takšno pomanjkljivo sporazumevanje lahko pripomore k slabši kakovosti obravnave bolnika. Usklajevanje različnih mnenj pri celostni obravnavi bolnika je odgovornost ZDM, pri čemer je le-ta strokovno samostojen. Predpisovanje priporočenih terapij najrazličnejših specialistov kar na slepo je strokovno sporno in je lahko strokovna napaka (22). Pričakujemo, da bodo v bližnji prihodnosti medicinske storitve na daljavo odpravile dobršen del tovrstnih težav.

SKLEP

Bolečina je eden najpogostejših simptomov, zaradi katerih bolniki poiščejo pomoč pri ZDM v osnovnem zdravstve-

nem varstvu. Večinoma jim lahko bolečino odpravimo ali olajšamo že na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, le redko pa je njihovo stanje tako, da je potrebno poglobljeno sodelovanje med ZDM in specialisti za lajšanje bolečine.

Kronična razširjena bolečina je bolezensko stanje, ki ima svoje značilnosti kot vse druge bolezni. Zaradi nje trpi veliko število ljudi in je zato tako zdravstveni kot socialni in ekonomski problem, katerega razsežnost še ni povsem znana. Zdravljenje je zapleteno, pogosto dolgotrajno, ob uporabi različnih načinov in metod zdravljenja. Prepoznavanje in priznavanje kronične bolečine za bolezensko stanje bo prispevalo k nadaljnemu raziskovanju le-te in k učinkovitejšemu znanstveno utemeljenemu zdravljenju. Na incidenco kronične bolečine lahko vplivamo z učinkovitim zdravljenjem akutne bolečine in s pozorno obravnavo tistih bolnikov, pri katerih je tveganje za nastanek kronične bolečine večje.

Obravnavo in vodenje bolnika s pridruženimi bolezenskimi stanji, ki smo ga predstavili v prispevku, sta še posebej zapletena, saj so lahko pridružene bolezni precejšnja ovira pri učinkovitem lajšaju bolečin. Bolnikova pričakovanja, zahteve, prepričanje in občasni poskusi samozdravljenja pa so pogosto bolniku bolj v škodo kot v korist. Tako je pri obravnavi takega bolnika odločilnega pomena partnerski odnos med bolnikom in ZDM, ki je nastajal v dolgih leti njunega medsebojnega sodelovanja, predvsem pa zdravnikov potrpežljiv terapevtski in celostni pristop. Dobršen del težav pomanjkljivega sporazumevanja med ZDM ter kliničnimi specialisti pa bo morda v bližnji prihodnosti mogoče odpraviti z medicinskimi storitvami na daljavo in tako izboljšati kakovost bolnikove obravnave.

Literatura:

1. Krčevski-Škvarč N, Godec M, Cesar-Komar M, Lahajnar-Čavlovič S, Pirc J, Salihović M, et al. Usmeritve za uporabo opioidov pri bolnikih s kronično bolečino, ki ni posledica rakave bolezni. *Zdrav Vestn* 2007; 76(6): 381-9.
2. Niv D, Devor M. Chronic pain as a disease in its own right. *Pain Pract* 2004; 4(3): 179-81.
3. Bond M, Breivik H. Why pain control matters in a world full of killer diseases. *Pain Clin Updates* 2004; 12: 4.
4. Bond M, Breivik H. Pain relief as a human right. *Pain Clin Updates* 2004; 12: 5.
5. Siddall PJ, Cousins MJ. Persistent pain as a disease entity: implications for clinical management. *Anesth Analg* 2004; 99(2): 510-20.

6. Harstall C, Ospina M. Naslov članka! Avtorica! Pain Clin Update 2003; 11: 2.
7. Devor M, Wheeler S. Don't suffer in science. EFIC Newsletter 2001; 10: 1-8.
8. Živčec-Kalan G. Priporočila za zdravljenje kronične nemaligne bolečine. In: Kert S, Tušek-Bunc K, ur. Vzajemna oskrba bolnika. 4. mariborski kongres družinske medicine: zbornik prispevkov, Maribor, 24. in 25. november 2006. Družinska medicina 2006; 4(supl. 5): 86-92.
9. Pražnikar A. Osnove zaznavanja in zdravljenja bolečine. Rehabilitacija 2003; 2(3-4): 3-10.
10. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003; 21(6): 1011-53.
11. Accetto R. Smernice za obravnavanje bolnika s hipertenzijo. In: Dolenc P, ur. 12. strokovni sestanek Sekcije za arterijsko hipertenzijo: zbornik, Portorož, 25. oktober 2003. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo, 2003: 9-14.
12. Accetto R. Posodobljene smernice za obravnavanje arterijske hipertenzije. In: Dolenc P, ur. 18. strokovni sestanek Sekcije za arterijsko hipertenzijo: zbornik, Portorož, 26.-27. november 2009. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo, 2009: 31-6.
13. Ahmad M, Goucke CR. Management strategies for the treatment of neuropathic pain in the elderly. Drugs Aging 2002; 19(12): 929-45.
14. Krčevski- Skvarč N. Izhodišča za uporabo močnih analgetikov pri kronični nemaligni bolečini. In: Kersnik J, ur. Kronična bolečina, sladkorna bolezen, depresija in preventivni program. IV. Fajdigovi dnevi: zbornik predavanj, Kranjska Gora, 11.-12. 10. 2002. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003: 5-8.
15. Fanciullo GJ, Cobb JL. The use of opioids for chronic noncancer pain. Int J Pain Med Palliative Care 2001; 2: 49-55.
16. Mason L, Moore A, Edwards JE, Derry S, McQuay HJ. Topical NSAIDs for acute pain: a metaanalysis. BMC Fam Pract 2004; 5: 10.
17. Binder A. Physical treatments in neck pain. Clinical evidence 2000; 4: 634-5.
18. Van der Heijden GJ, Beurskens AJ, Koes BW, Assendelft WJ, de Vet HC, Bouter LM. The efficacy of traction for back and neck pain: a systematic, blinded review of randomized clinical trial methods. Phys Ther 1995; 75(2): 93-104.
19. Carrol D, Moore RA, McQuay HJ, Fairman F, Tramer M, Leijon G. TENS for chronic pain. Cochrane Database Syst Rev 2004; (2): CD003222.
20. Brown C, Schulberg HC. The efficacy of psychosocial treatments in primary care: a review of randomized clinical trials. Gen Hosp Psychiatry 1995; 17(6): 414-24.
21. White AR, Ernst E. A systematic review of randomized controlled trials of acupuncture for neck pain. Rheumatology (Oxford) 1999; 38(2): 143-7.
22. Stepanović A. Kaj lahko k lažšanju bolečin prispeva zdravnik družinske medicine? In: Kersnik J, ur. Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje. VII. Fajdigovi dnevi: zbornik predavanj, Kranjska Gora, 14.-15. 10. 2005. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2005; 7-11.
23. Švab I. Pristop ko bolniku z več boleznimi in stanji. In: Kersnik J, Iljaž R, ur. Sočasne bolezni in stanja. 22. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana 2005. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2005: 1-5.
24. Osebna zdravstvena kartoteka bolnika.