

VII. AĞRININ TEDAVİSİ

GENEL TEDAVİ İLKELERİ

Ağrının tedavisinde hastanın ayrıntılı olarak değerlendirilmesi, ağrının başlangıcı, gelişimi ve şimdiki durumunun değerlendirilmesi; yer, dağılım, nitelik ve şiddetinin bilinmesi, ağrı mekanizmasının doğru değerlendirilmesi ve hastanın genel durumunun değerlendirilmesi önem taşır. Bu genel tedavi ilkeleri doğrultusunda ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler şu şekilde sıralanabilir:

- 1- Analjezikler
- 2- Fizik tedavi yöntemleri
- 3- Sinir blokları
- 4- Radyofrekans termokoagülasyon
- 5- Radyoterapi
- 6- İntraspinal sistemler
- 7- Cerrahi yöntemler
- 8- Psikolojik yöntemler
- 9- Alternatif tıp yöntemleri

A. Analjezikler

Ağrı kontrol yöntemlerinin başında analjeziklerin kullanımı gelir. Analjezikler toplumda antibiyotiklerle bir-

likte en sık kullanılan ilaçların başında gelmektedir. Bunun karşın yine analjezikler en çok yanlış kullanılan ilaçlar arasındadır. Bu nedenle analjezik kullanım ilkelerinin doğru olarak değerlendirilmesi ve hastalara analjezik kullanım ilkelerinin öğretilmesi gerekir.

Analjezik kullanım ilkelerinin hastalara öğretilmesi sürecinde hekimlerin yanı sıra eczacıların da çok önemli katkılarının olacağı önemli bir gerçektir. Analjezikler akut ve kronik ağrı sendromlarında ağrının kontrolünü sağlamak amacıyla kullanılan ilaçlardır. Analjeziklerin kullanımı belki de insanlığın tarihi kadar eskidir.

Opium ve benzeri türevlerin 5000 yıldan beri nonsteroid antiinflatuarların babası sayılan salisilik asit ise 100 yıldan beri kullanılmaktadır. Son 50 yıl içerisinde her iki gruptan da çok sayıda yeni ilaçlar geliştirilmiş ve kullanım alanı bulmuştur.

Ne yazık ki yanlış kullanılan ilaçların başında analjezikler gelmektedir. Yanlış kullanımın kökeni hekimlerin ve hastaların bu ilaç grubuna karşı bilgi ve anlayışlarında ki eksikliğe dayanmaktadır. Son 20-30 yıldır nörofizyoloji ve nörofarmakolojideki gelişmeler sonucunda ağrı biliminin ortaya çıkması ile analjezikler daha doğru kullanılır hale gelmiştir. Analjeziklerin doğru kullanımını amaçlayan çalışmalar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bünyesinde 1980'li yıllarda başlamıştır. 1986 yılında kanser ağrılarında analjezik kullanım ilkeleri broşürü yayınlamıştır.

DSÖ'nün yayınladığı bu ilkelerle hem kanserli, hem de kanser dışı ağrılarda % 80-85 oranındaki ağrılarının kontrolü mümkün olabilmektedir. Analjeziklerin doğru kullanımı

mındaki ön koşul hekimin analjeziklerin farmakolojisinin, etki mekanizmasının etkinliğinin, yan etkilerinin ve ilaç etkileşiminin ve dozlarının ayrıntılı olarak bilinmesi gerekir. Dikkatli ve özenli bir değerlendirme ile ağrının kökeninin, niteliğinin, lokalizasyonunun belirlenmesi hastanın yaşı, genel durumu, diğer hastalıkları ve kullanılacak ilaca karşı yanıtının belirlenmesi şarttır.

Analjezik kullanım ilkeleri

Bu temel çerçeve içinde analjezik kullanım ilkelerini ayrıntılı olarak değerlendirelim.

1. Analjeziklerin kullanımında öncelikle oral yol tercih edilmelidir:

Uzun süre analjezik kullanacak kronik ağrılı hastalarda en basit yol oral kullanımdır. Tedavide hiçbir ilave gerektirmeyen bu yol mutlaka öncelikli olarak denenmelidir. Oral kullanımın yanısıra en ucuz, en etkili ilaç kullanımına gidilmesinde yarar vardır. Hastada yutma zorluğu, kusma, bulantı gibi sorunlar yoksa mutlaka oral yol tercih edilmelidir. Kronik kullanımda analjeziklerin oral formlarının yavaş salınımlı olarak hazırlanmış preparatları kullanım sıklığını daha da azaltmaktadır. Oral yol kullanılmıyorsa, seçilen analjeziğin uygun preparatı mevcut ise rektal, subkutan (sc), nazal gibi diğer yollara başvurulması gerekir.

2. Analjeziklerin verilme sıklığı her hasta için ayrı ayrı değerlendirilmelidir:

Ağrının kişiye özgü subjektif bir deneyim olduğu daha önce birkaç kez vurgulanmıştır. Benzer bir ağrı problemi olan hastalarda bile analjezik gereksinimleri arasında

büyük farklılıklar vardır; örneğin; bir asetil salisilik türevinin kanser ağrısındaki etkinliği ile basit bir travmadaki etkinliği birbirinden farklı olacaktır. En az yan etki ile en uygun dozun verilmesi gerekir. İdeal dozun bulunabilmesi için hastaya bir kez verilmesi, hastanın gereksiniminin ilacının etki süresi ile karşılaştırılması gerekir. Bunu sağlayabilmek için hastanın yardımı şarttır.

Hastadan analjeziğin etki süresini birkaç kez ağrı başlayana kadar ölçmesi istenir. Yaşlı hastalarda daha dikkatli bir doz ayarlamasına gidilmesi şarttır. Hastalarda analjeziklerin sıklığı belirlendikten sonra üçüncü ilke analjeziklerin düzenli aralıklarla ve ağrı başlamadan verilmesidir.

3. Analjezikler ağrı başlamadan önce ve düzenli aralıklarla verilmelidir.

Analjezikler ağrı tedavisinde yapılan en büyük yanlışlardan bir tanesi analjeziklerin her seferinde ağrı başladıktan sonra verilmesidir. Bu bir anlamda ağrı tedavisine her seferinde sıfırdan başlamak sayılır. İdeal bir analjezik tedavisi 24 saat sürekli olarak ağrının kontrolü anlamındadır. Bu şekilde hastada bir kısır döngü meydana gelmez, analjezi sürekliliği sağlanmış olur ve çok daha düşük dozda ilaç ile analjezi sağlamak mümkün olur.

Geleneksel olarak yapılan bir yanlış, yemeklere göre 3x1 düzeninin uygulanmasıdır. Sabah kahvaltısı ile öğlen yemeği arası 4 saat, öğlen yemeği ile akşam yemeği arası 8 saat, sabaha kadar da genellikle 12 saatlik bir süre geçer. Bu analjeziklerin son derece düzensiz, 4-8-12 saat aralıklarla uygulanması anlamına gelir. Halbuki analjezikler belirli yarılanma zamanları olan ilaçlardır. Bu nedenle kişiye özgü doz ve etki süresi belirlendikten sonra bu aralıklarla anal-

jeziğin etkisinin başlayacağı süre de dikkate alınarak analjeziklerin düzenli aralıklarla verilmesi gerekir.

4. *Analjezikler basamak ilkelerine göre uygulanmalıdır:*

Analjeziklerin seçiminde önemli olan öğelerden birisi ağrının şiddetidir. Hangi analjeziğe hangi şiddette ağrıda başlanacağı sorusuna, DSÖ'nün kanserli hastalar için gerçekleştirdiği ama diğer ağrılarda da kullanılabilecek olan *basamak sistemi* ile yanıt verilebilir. DSÖ üç basamaklı bir merdiven sistemi geliştirmiştir. Bu sistemde hastanın ve hekimin yanılgıları en aza indirilmiş ve analjeziklerin seçimi kolaylaşmıştır. Basamak prensibine göre analjezikler güçlerine göre gruplar halinde en düşük etkiliden en yüksek etkiliye göre sıralanmıştır. Üç ana grupta nonopioidler (non-steroidler, antipiretikler), zayıf opioidler (kodein, tramadol), kuvvetli opioidler (morfin) olarak sıralanan analjeziklerin her bir grubu belirli çerçeveler içerisinde de birlikte de kullanılmakta ve birer basamak oluşturmaktadır.

Analjezik tedavisinde ilk basamakta nonopioid ilaçlarla başlanır. Nonopioid ilaçlara ek olarak sekonder analjezik ya da adjuvan analjezik dediğimiz spesifik anti-depresanlar, kas gevşeticileri ve benzeri ilaçlar eklenebilir. Bu basamak yetersiz hale geldiğinde kuvvetli opioidlere, uzun salınımlı oral opioid türevlerine ek olarak geçilir. Zayıf etkili opioidler bu aşamada bırakılır. DSÖ'nün geliştirdiği bu üçlü basamak sistemi hastaların % 80-85'inde etkili olabilmektedir. Bu etkili olmadığı takdirde ise invaziv yöntemlere geçilmesi gerekir.

Hiç analjezik kullanmamış hastalarda mutlaka birinci basamaktan başlanması gerekir. Bir basamağın doğru değerlendirilebilmesi için en aşağı 24 saatlik bir sürenin

geçmesi gerekir. Basamak sisteminin atlayarak uygulanması hastada birtakım komplikasyonların ortaya çıkmasına yol açabilir. Bu nedenle hasta ve yakınlarının da son derece dikkatli bir değerlendirme yapması ve hekimlerin bu değerlendirme konusunda hasta ve yakınlarını uyarması ve eğitmesi gereklidir.

Analjezik seçiminde ağrının mekanizması mutlaka ön plana alınmalıdır. İnflamasyonların neden olduğu ağrı tipinde nonsteroid antiinflamatuvarlar merkezi etkili opioidlere göre daha etkili olmaktadır. Kolik tarzındaki visseral ağrılarda ise spazmolitik etkisi olan ilaçlar önplana alınmalıdır. Analjeziklerin kullanımında yan etkilerin mutlaka ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekir. Kullanılan tüm analjeziklerin istenmeyen yan etkileri vardır. Analjezik bazı ilaçlar kısa bir süre de olsa trisiklik antidepressanlarda olduğu gibi geçici yan etkilere yolaçabilirler.

Hastaların çoğu prospektüsleri okuyarak bunları değerlendirmeye çalışır. Opioidlerin kullanımında da başlangıçta bulantı, kusma, idrar retansiyonu gibi yan etkiler ortaya çıkabilir. Ancak bu yan etkiler kısa sürede ortadan kalkar. Hastaların bu konuda uyarılması gerekir.

Analjezikler hakkında hekim, hasta ve hasta yakınlarının gereksiz birtakım korkuları bulunmaktadır. Bu korkular özellikle morfin ve benzeri ilaçlara karşı gelişmektedir. Analjezikler hakkındaki artık yanlış olduğu kanıtlanmış olan bu korkular analjezik tedavinin başarısını gölgelemektedir. Hasta kendi yanlışları ve çevresinin kuşkuğu yüzünden, çoğu kez ileride ilacın kendisine zarar vereceği, bağımlı olacağı gibi nedenlerle ilaçları kullanmak istemez.

Hastaların morfinden bağımlılık korkusuna *opiopfo-bi* adı verilir. Bu korku sadece hastalarda değil, aynı zamanda hekimlerde de vardır. Bu korku nedeniyle hastalara düzenli ve yeterli ilaç verilmemesi durumunda *pseudotolerans* dediğimiz bir yanlısama bağımlılığı ortaya çıkabilir.

Hastaların en çekindikleri yan etkilere birisi de *tolerans*. Tolerans ve bağımlılık birbirinden tümüyle farklı olan iki olgudur. Tolerans bir ilacın uzun kullanım süresinde etkisini yitirmesidir. Bu durumda sadece opioidlere karşı değil, tüm ilaçlara karşı tolerans gelişebilir. Analjeziğe ve yan etkilere karşı tolerans gelişimi birbirinden farklıdır ve farklı şekillerde gelişir. Birçok kanser ve kanser dışı ağrılarda bugün opioidler uzun süreli ve fazla doz yükseltmeden kullanılabilir.

Bağımlılık açısından ise fiziksel ve psikolojik bağımlılık kavramının birbirinden ayırılması gerekir. Psikolojik bağımlılık ilacın psikotropik etkisi ile uzun süreli kullanımın istenmesidir. İlaç kullanımı psikolojik bağımlılığın gelişiminde tek faktör değildir. Opioidlerin uzun süreli kullanımında bile psikolojik bağımlılık son derece seyrek gelişir.

DSÖ'nün 40.000'in üzerinde kanser hastasında yaptırdığı araştırmalarına göre, 40.000 hastadan sadece üçünde psikolojik bağımlılık meydana gelmiştir. Fiziksel bağımlılık ise ilaç kullanımının kesilmesi ile hastada anksiyete, ateş basması, diyare, salgılarda artış, terleme, bulantı, kusma ve kas kramplarının ortaya çıkmasıdır. Fiziksel bağımlılık da sanılanın aksine ağrılı hastalarda daha enderdir. Ancak yine de gelişebilir.

Fiziksel bağımlılığın tedavisi psikolojik bağımlılığın tedavisine göre çok daha kolaydır. Analjezikler bu ilkeler çerçevesinde kullanıldığı takdirde hastalarda çok daha etkili bir analjezi sağlamak mümkün olmaktadır.

Analjeziklerin kullanımında önemli olan bir ilke de sekonder analjeziklerden yararlanılmasıdır. Sekonder analjezikler dediğimiz ilaçlar, gerçekte farklı amaçlarla kullanılan ilaçlardır. Ya tek başlarına, ya da diğer ilaçlarla birlikte ağrı kesici etki meydana getirmektedir. Sekonder analjeziklerin arasında trisiklik antidepresanlar, antikonvülsanlar, kortikosteroidler, nöroleptikler, oral lokal anestezi ilaçları sayılabilir.