

YAŞLILARDA AĞRI*

Giriş

Ağrı; sensörial bir uyarı veya nörojenik bir hasara bağlı olarak ortaya çıkan ve bireyin hafızasına, beklentilerine ve duygusal yapısına göre değişiklikler arz eden karmaşık bir fenomen olarak tanımlanabilir. Ağrının değerlendirilmesinde veya ölçülmesinde rutinde kullanılan biyolojik belirleyiciler olmadığı için, kişinin tanımlamaları ağrının varlığı ve yoğunluğu konusunda güvenilir kanıt olarak kabul edilmektedir.

Ağrı yaşlıların en yaygın sorunlarından biri olmakla birlikte, ilerleyen yaş ile birlikte eklemelerde lokalize olanlar dışındaki ağrılarda azalma olduğuna dair bilgiler de mevcuttur. Yaşlılardaki pek çok ağrılı durumda, örneğin kanser ağrısı ile, ilgili olarak beklenen yaşam süresinin kısıtlı olması gerekçesiyle kontrollü, karşılaştırmalı araştırmalar yapılamamaktadır. Diğer ağrılı durumlar ise, postherpetik nevralji, hemipleji sonrası santral ağrı gibi, hasta gruplarının yetersizliği sonucunda kapsamlı olarak araştırılmamaktadır. Yine aynı gerekçe ile; ağrının lokalizasyonu, süresi, şiddeti, sürekliliği, niteliği, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler konularında detaylı bilgiler derlenememektedir. Yaşlılar için özel olarak kurgulanmış güvenilir ölçüm teknikleri, skalalar, fonksiyon ve davranış değerlendirme yöntemleri de mevcut değildir.

Pek çok araştırma toplum içinde yaşayan yaşlılarda %25-50 oranında ciddi ağrı sorunu yaşandığını bildirmektedir. Huzurevlerinde veya bakımevlerinde kalan yaşlılar açısından da ağrı önemli bir problemdir ve tam olarak tedavi edilemeyen ağrıya rastlanma oranı %45-80 dir. Bu yaş grubunda bir kaç hastalığın

bir arada olması, ağrının da bir kaç nedene bağlı olarak gelişmesine zemin hazırlamakta, ayrıca yaşlılardaki demans, duysal bozukluklar ve yeti kayıpları da ağrının değerlendirilmesini ve tedavisini güçleştirmektedir. Ağrı ve depresif semptomlar yaşlılarda sıklıkla birlikte görülmekte ve zaman içinde belirgin bir özellik kazanmaktadır. Depresif semptomlar ağrıya bağlı yeti kaybının gelişmesinde de rol oynamaktadır ve minör dahi olsalar bu semptomların ayırt edilmesi ağrıya bağlı yeti kaybının giderilmesinde yararlı olacaktır.

Yaşlılarda sık rastlanan ağrılı durumlar pek çok uzmanlık alanının kapsamına girmektedir: Dolayısı ile tüm uzmanlık dallarındaki hekimlerin konu ile ilgili olarak farkındalığının sağlanması gerekmektedir. Yaşlının değerlendirmesi çok boyutlu olmalı; hastanın sadece medikal değil, psikolojik ve sosyal özellikleri de göz önüne alınmalıdır .

Yaşlılarda sık rastlanan ağrılı durumlar (kansere dışındakiler) :

1-Damarsal kökenli ağrılar

Otoimmün hastalıklar: Temporal Arterit (Körlük nedeni olabilir)

İskemik hastalıklar: Anjina Pektoris (Miyokard infarktüsü ile sonlanabilir)

Periferik vasküler hastalıklar (Kangrene nedeni olabilir)

Tıkayıcı hastalıklar: Arteriyel emboli
(Kangren ile sonlanabilir)
Venöz tıkanıklıklar
(Pulmoner emboli yapabilir)

2-Nörojenik kökenli ağrılar

Sinir kökü irritasyonları
Periferik nöropatiler
Postherpetik nevraljiler
Talamik sendrom

3-Kemik kökenli ağrılar

Senil osteoporoz (Kırıklara neden olur)
Paget hastalığı (Deformitelere, immobilizasyona neden olabilir ve maligniteye dönüşme riski taşır)

4-Eklemler kökenli ağrılar

Osteoartrit (İmmobilitateye neden olur)
Servikal spondiloz (Vertebral arter yetmezliği, spinal stenoz veya kök irritasyonlarına neden olur)
Lumbal spondiloz (Spinal stenoz veya lumbal kök irritasyonlarına neden olur)
Eklemleri tutan diğer hastalıklar

5-Adale kökenli ağrılar

Polimiyaljiya romatika
Hastalıklara veya ilaçlara ikincil miyopatiler
Fibromiyalji, miyofasiyal ağrılar
İmmobilizasyona bağlı adale ve tendon kontraktürleri

6-Viseral kökenli ağrılar

Peptik ülser veya hiatal herni (Gastrointestinal kanamaya neden olabilir)
Kolelitiazis (Biliyer obstrüksiyona neden olabilir)
Divertiküller
Spastik kolon
Konstipasyon
Hemoroid

Yaşlıda süregen ağrı

Yaşlılar, ayrıca inatçı ve süregen ağrı açısından da önemli bir risk grubunu oluşturmakta ve bu yaş grubunda ağrı ciddi sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Bu sorunların başında depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon, uyku bozuklukları, ambulasyon sorunları dikkati çekmekte ve sağlık hizmetlerinin kullanımında ve tedavi maliyetlerinde belirgin artışlar olmaktadır. İnatçı ağrının yaşlılarda yürüme bozukluklarını arttırdığını, rehabilitasyon çalışmalarını yavaşlattığını ve ağrıya yönelik olarak kullanılan ilaçların da pek çok yan etkiye neden olduklarını göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Sorunlar ile başa çıkabilme yetisine sahip yaşlılarda

ağrı şiddetinin ve psikolojik yeti kayıplarının daha az olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Buna karşın özellikle huzurevlerinde kalan yaşlılarda daha belirgin olmak üzere ağrıya ikincil depresyon bu yaş grubunda çok sık rastlanan bir sorundur. Kansere ağrısı başta olmak üzere inatçı ve süregen ağrı sorunu yaşayan yaşlıların bakımını üstlenen kişiler, aileler ve bizzat yaşlı hasta açısından ölüm bir metafor haline almaktadır. Yaşlılarda süregen ve inatçı ağrıların patofizyolojik açıdan sınıflandırılması pronozun tayini ve tedavi şemasının hazırlanması açısından yararlı olabilir .

Süregen ve inatçı ağrının patofizyolojik açıdan sınıflandırılması:

1-Nöroseptif ağrı

Viseral veya somatik olabilir ve sıklıkla ağrı reseptörlerinin stimülasyonu ile ortaya çıkar. Nöroseptif ağrı doku inflamasyonu, mekanik deformasyon veya süregen hasar sonucunda ortaya çıkar. Ör: İnflamatuvar veya travmatik artrit, miyofasiyal ağrı sendromları ve iskemik bozukluklar. Nöroseptif ağrılar genellikle analjezik ilaçlar veya farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımları gibi geleneksel tedavilere yanıt verirler.

2-Nöropatik ağrı

Periferik veya santral sinir sistemini içine alan patofizyolojik olaylar sonucunda ortaya çıkar. Ör: Diyabetik nöropati, trigeminal nevralji, post herpetik nevralji, inme sonrası santral veya talamik ağrı ve amputasyon sonrasındaki fantom ağrısı. Nöropatik ağrılar geleneksel tedavilere yanıt vermeyen, buna karşın trisiklik antidepressanlar, antikonvülzanlar veya antiaritmikler gibi geleneksel olmayan analjeziklere yanıt verebilen ağrı türleridir.

3-Karmaşık ve tanımlanamayan ağrı

Mekanizmaları tam olarak açıklanamayan ağrılar bu grupta yer almaktadırlar. Ör: Tekrarlayan baş ağrıları ve bazı vaskülitik ağrı sendromları. Bu durumların tedavisi kesin olarak tanımlanamamaktadır, değişik tedavi kombinasyonlarından yararlanabilirler.

4-Seyrek görülen durumlara bağlı ağrı

Bu grupta ağrının ciddiyeti, nöksleri ve süregenliği ile tedaviye dirençliliği psikolojik nedenlerden kaynak-

lanabilir. Ör: Konversiyon reaksiyonu.Tedavi yaklaşımlarının başında psikiyatrik tedavi gelmektedir ve gelecekte ağrı tedavilerinin bu durumlarda yeri yoktur.

Yaşlanmanın ağrıya etkisi

Yaşlanmaya bağlı değişikliklerin ağrının algılanmasına etkileri pek çok araştırmacının ilgisini çekmiş bir konudur. Nöroanatomi ve nörokimyasal bulgular merkezi sinir sisteminde ağrı algısının ve modülasyonunun son derece karmaşık bir mekanizma ile gerçekleştiğini göstermektedir. Her ne kadar A delta ve C sinir liflerindeki iletim hızları yaşlanma ile değişiklikler gösterebilirse de tek başına yaşlanmanın bu sürece etkisi ile ilgili bilgiler yeterli değildir.

İleri yaşlardaki kişilerde eklemlerden kaynaklananlar dışındaki ağrılarda azalma olduğu, yaşlıların sadece ağrı nedeniyle sağlık kuruluşlarına olan başvuru oranlarında azalmanın da dikkati çektiği bildirilmektedir. Bu konudaki mekanizma tam olarak açıklanamamakla birlikte nedenin sensörial diskriminatif yollarla olabileceği ifade edilmiştir. Yaşlılarda miyelinli ve miyelinsiz sinir yoğunluğunda azalmayı, sağlıklı yaşlılarda periferik duysal iletimde latensi süresinin uzamasını, yaşlı hastalarda primer afferent nöroseptif fonksiyonda azalmayı gösteren araştırmalar mevcuttur. Elektroensefalografi ile yapılan bazı araştırmalarda yaşlanmaya bağlı olarak ağrılı uyarana yanıtta kortikal aktivasyonun azaldığı ve nörotransmitterlerin bilişsel oluşumunun yavaşladığı öne sürülmüştür. Pek çok klinisyen yaşlanma ile ağrıyı algılama yanında tanımlama yeteneğinde de azalma olduğunu gözlemlemekte ve spesifik olmayan ağrı yakınmalarının yaşlanma ile arttığını ifade etmektedir. Yaşlı gönüllüler üzerinde ağrı eşikliği ile ilgili olarak yapılan araştırmaların bazıları ağrının değişmediğini, bazıları ise azaldığını veya arttığını göstermektedir ki bu durumun yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fiziksel ve psikiyatrik değişiklikler ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yaşlılar ve gençler üzerinde ağrı duyarlılığı ve ağrıya tolerans ile ilgili olarak gerçekleştirilen deneysel çalışmaların sonuçları karışıktır; çünkü hasta seçim kriterleri arasında farklı yaş grupları mevcuttur ve hastaların kültürel birimleri ve yaşam deneyimleri çeşitlilikler arz etmektedir. Ayrıca uygulanan yöntemlerde standartların oluşturulması da zordur. Deneyler, yaşlılarda kutanöz ağrı duyarlılığının azaldığını göstermişse de bu bulgunun nöronal ileti değişikliklerinden ziyade cilt kalınlık değişimlerinden kaynaklanabileceği ifade edilmiştir.

Yapılan analizler ağrının algılanmasındaki yaşa bağlı değişikliklerin klinik açıdan önemli olmadığını göstermiştir.

Yaşlıda ağrının değerlendirilmesinde özgün öneriler

I-Sağlık kuruluşuna ilk başvuru aşamasında yaşlı kişi hekim tarafından inatçı ağrının varlığı ile ilgili kanıtlar açısından değerlendirilmelidir.

II-Fiziksel veya psikolojik fonksiyon kaybına neden olan veya yaşam kalitesini etkilediği gözlemlenen her inatçı ağrı ciddi bir sorun olarak kabul edilmelidir.

III-Inatçı ağrı ile baş vuran tüm yaşlılar kapsamlı ve çözüm üretici bir yaklaşım ile ele alınmalıdır. Değerlendirme; ağrıya neden olabilecek olaylar dizisinin irdelenmesi, tanı, tedavi-bakım planı ve prognostik öngörüsü temellerine dayandırılmalıdır.

A-Öykü

1-Ağrının karakteristiği (yoğunluğu, sıklığı, lokalizasyonu, süresi, azaltan veya arttıran faktörler)

2-Ağrının tanımı, günlük yaşam aktivitelerine, uykuya, iştaha, enerjiye, egzersize, kognitif fonksiyonlara, sosyal yaşama etkisi

3-Daha önce uygulanan tedavi yaklaşımları

4-Hastanın tutumu, davranışları ve inançları, tedavi ile ilgili bilgi düzeyi

5-Daha önceki tedavilerin etkinlikleri

6-Hastanın tedavi ile ilgili doyum ve tatmini üzerine yoğunlaşılmalıdır.

B-Fizik inceleme

1-Ağrının belirtilen yeri, yayılma alanları,

2-Kas iskelet sistemi (miyofasial ağrı, fibromiyalji, inflamasyon, deformite, postür, alt ekstremitelerde uzunluk farkları vb)

3-Nörolojik sistem (kuvvet kaybı, hiperaljezi, parestezi ve diğer bulgular)

4-Fiziksel fonksiyonların gözlenmesi (Günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi, eklem hareket açıklığı)

lıklarının ölçülmesi, ayağa kalkıp yürümeyi temel alan testler)

C-Tansal testler

Görüntüleme veya laboratuara dayalı testler tedaviyi yönlendirecek ise yaptırılmalıdır.

D-Psikolojik fonksiyonların değerlendirilmesi

Depresyon, anksiyete gibi ruhsal değişiklikler, ağrı ile başa çıkabilme yetisi, kendine güven, ağrı ile ilgili korkuların varlığı, çaresizlik gibi durumlar değerlendirilmelidir.

E-Sosyal destek sistemlerinin incelenmesi

Bakımı yapan kişi, kurum, aile ilişkileri, çalışma öyküsü, kültürel çevre, ruh hali ve bakım durumu değerlendirilmelidir.

F-Kognitif fonksiyonun değerlendirilmesi

Konfüzyon gelişmesi veya kötüleşmesi açısından önemlidir.

G-Hastanın direkt olarak sorgulanması

Kognitif bozukluğu olmayan, hafif veya orta düzeyde demanslı yaşlılarda hekim, ağrı ile ilgili olarak direkt hastadan bilgi almalıdır.

a-Hasta, sorununu bizzat ifade edebiliyorsa ağrı ölçeklerine gerek kalmayacaktır.

b-Hastanın ağrıyı tanımlamasını kolaylaştıracak terimler (yanma, rahatsızlık, acı, ağırlık hissi vb) kullanılmalıdır.

c-Ağrının tanımlanmasına yönelik sözel veya rakamsal ölçekler, ağrı termometreleri veya yüz ifadesine dayalı ölçekler kullanılabilir.

d-Çok amaçlı, çok boyutlu ölçekler ile ağrıya bağlı yeti kayıpları değerlendirilebilir.

e-Yaşlılardan sorulara yanıt; dikkat, konsantrasyon ve kognitif sorunlar nedeniyle zor alınabilir. Bu nedenle genç erişkin hastalara oranla yaşlılara daha fazla zaman ayrılarak ve tekrarlara yer vererek incelenmesi uygun olacaktır. Gerekirse birkaç adımda ilerlenmeli

ve yaşının bakımını üstlenen kişilerden de yardım alınmalıdır.

f-Ağrıyı artıran, tetikleyen faktörler araştırılmalıdır. Bu amaçla hastanın sözel beyanı yanında gözlemlenmesi de önem taşır.

g-Yaşlı hastalara son bir hafta içindeki en kötü ağrı deneyimleri sorulmalıdır.

h-Kognitif bozukluğu olan yaşlılarda bellek sorunları nedeniyle yakınmalar ile ilgili sorgulamalar geniş zaman çerçevesi içinde alınmalıdır.

IV-Demanslı yaşlılarda hekim direkt olarak gözlemlerine dayanan değerlendirmesi sırasında yaşının bakımını üstlenen kişilerden de bilgi alınmalıdır.

V-Değerlendirme ve tedavinin riskleri hasta ve ailesi ile tartışılmalı ve tercihleri sorulmalıdır.

VI-Ağrılı yaşlı hastalar ağrının ilerlemesi veya komplikasyonların ortaya çıkması açısından dikkatle ve sık aralıklarla takip edilmelidir. Bu amaçla ağrının yoğunluğunun, kullanılan ilaçların, ruhsal değişikliklerin kaydedilmesi, aynı değerlendirme ölçeklerinin kontrollerde de kullanılması, analjeziklerin ve farmakolojik olmayan yöntemlerin etkinliklerinin, yan etkilerinin ve hasta uyumunun ele alınması ve bu süreçte hastanın tercihlerinin de göz önüne alınması uygun olacaktır.

Tedavi

Genel ilkeler:

1-Mümkün ise altta yatan sorunun çözülmesi, Özellikle kanser ağrısında önemlidir. Ayrıca konservatif tedaviye yanıt vermeyen eklem osteoartritinde eklem replasmanı da bir başka örnektir.

2-Fonksiyonel yetersizliklerin ve psikolojik faktörlerin belirlenmesi,

3-Birkaç tedavi seçeneğinin gözden geçirilmesi ve hastaya hangisinin uygun olduğuna karar verilmesi gerekir.

Tedavi seçenekleri farmakolojik, fiziksel tıp yaklaşımları, minimal invaziv girişimler, cerrahi yaklaşımlar ve psikiyatrik tedavi olabilir.

Farmakolojik tedavi

İlaç tedavisinde uygun ilacın seçilmesi, kısa etkili ilacın tercih edilmesi, bir defada bir tek ilacın reçete edilmesi, tedaviye düşük dozlarda başlanması, dozun gerekiyor ise kontrollü olarak ve yavaş artırılması, ilaç yan etkilerinin bilinmesi, ilaç kombinasyonlarının yan etkilerinin bilinmesi, ilaca gerektiği süre kadar devam edilmesi önemlidir. Analjezikler; **A-Non opioid analjezikler** (Büyük bölümü analjezik, antipiretik ve antiinflamatuvar etkiye sahip ilaçlardır. Metamizol ve parasetamol ise sadece analjezik, antipiretik etkilidir) **B-Opioid analjezikler** (Zayıf etkililer ve güçlü etkililer olmak üzere ikiye ayrılan bu ilaçlar, morfine benzer doğal, yarı yapay, yapay tüm ilaçları ve bağlanma yerlerini kapsamaktadır. Güçlü analjezik etki ile birlikte, santral sinir sistemi üzerinde depresyon ve az veya çok tolerans ve bağımlılık yapma özelliklerine sahiptirler), **C-Adjuvan analjezikler** (Bu ajanlar analjezik etkiyi potansiyelize eder veya ağrıya eşlik eden diğer sorunları düzelterek ağrının kontrolünde dolaylı olarak rol oynarlar. Genellikle antidepresanlar, anti-konvülzanlar, lokal anestezipler, nöroleptikler, miyorelaksanlar, antihistaminikler, psikostimülanlar, kortikosteroidler, benzodiazepinler, kafein, antispastik ilaçlar, kapsaisin, alfa 2 adrenoreseptör agonistleri, kalsiyum kanal blokerleri, kalsitonin, bifosfonatlar, radyoizotoplar, N-metil D-aspartat reseptör agonistleri ve somatostatatin bu grupta yer almaktadırlar) olarak üç grupta ele alınabilir.

Görüldüğü üzere ağrının kontrol edilmesine yönelik olarak kullanılan pek çok ilaç mevcut olmakla birlikte bazılarının özellikle yaşlı hastalarda kullanımı önerilmemektedir; 1- Propoksifen (aspirin veya asetaminofen ile kombinasyonları da mevcuttur) aspirin veya asetaminofenden daha toksik olup bunlardan daha etkin de değildir, 2-Tramadol nöbetleri tetikleyebilir, 3-Metadon uzun yarı ömrü nedeniyle doz titrasyonunda zorluk yaratmaktadır, 4-Meperidin'in aktif metaboliti olan normeperidin yaşlılarda vücutta akümüle olarak toksik etki yapmaktadır (14). Gabapentin'in postherpetik nevraljili yaşlı hastalarda kullanımı ile ilgili olarak, özellikle böbrek fonksiyonlarına etkisi ile ilgili farklı görüşler mevcuttur (15). Yaşlılardaki nöropatik ağrıya yönelik olarak uygun olmayan bir şekilde kullanılan diğer ilaçların başında da; amitriptilin ve propoksifen'in geldiği ifade edilmektedir. Amitriptilin'in yaşlılarda belirginleşen yan etkileri: ortostatik hipotansiyon, antikolinergik ve atrioventriküler sorunlardır. Propoksifen'in yan etkileri ise diğer

opioidlerde olduğu gibi; düşme riskinin artması, deliryum ve inkontinanstır. Ayrıca karbamazepin ile etkileşime girerek hepatik metabolizmayı etkilemektedir.

Amerikan Geriatri Derneği önerileri doğrultusunda:

-Öncelikle oral veya transkutaneal yol başta olmak üzere invaziv olmayan medikal tedavi yöntemlerini

-Süregen olmayan ağrılarda kısa etkili analjezikleri

-Hafif-orta şiddetli ağrılarda asetaminofeni tercih ediniz

-Böbrek fonksiyonlarına etkisi, gastrointestinal sisteme yan etkisi, kanama riski ve diğer sorunlar nedeniyle sürekli steroid olmayan antiinflamatuvar ilaç kullanımından kaçınınız

-Demerol dışındaki opioidler, özellikle de seçici olarak orta ve şiddetli nöroseptif ağrıda, eğer hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek ise kullanılabilir.

-Sabit doz ilaç kombinasyonlarından kaçınınız.

Fiziksel Tıp yaklaşımları

Fiziksel Tıp yaklaşımları açısından hastanın ağrısının azaltılması ve kontrol altına alınması yanında, aktivitesinin artması, günlük yaşam ve kendine bakım aktivitelerinde bağımsızlığın sağlanması ve kronik ağrıya ikincil olarak ortaya çıkan miyofasial komponentli ağrıların giderilmesinde de etkili pek çok yöntem vardır. Analjezik modalitelerin kullanılması, yüzeysel sıcak-soğuk uygulamaları, masaj, traksiyon, akupunktur/akupressur, ağırlı eklemelerin splintlenmesi, gevşeme teknikleri, ağırlı adalelere yönelik germe ve spreyleme teknikleri, TENS uygulamaları, mobilizasyon teknikleri, manüplasyon teknikleri, tetik nokta enjeksiyonları, sinir blokları, eklem içi enjeksiyonlar ve hasta için kardiyovasküler ve pulmoner fonksiyonları göz önüne alınarak düzenlenen kişiye özel egzersiz programları bazı örneklerdir .

Psikiyatrik yaklaşımlar

Yaşlılarda algılama ve ayırt etme yetisindeki azalmaya karşın kazanılmış alışkanlıklar ve edinilmiş bilgi daha stabil kalmaktadır. En önemli sorunların başında gelen deliryum; genellikle ilaç yan etkisine bağlı olarak

ortaya çıkmaktadır. Bir diğer önemli sorun olan demans ise çoğul bilişsel kayıplarla, özellikle de bellek sorunları ile karakterize olan bir durumdur. Yaşlanma ile ortaya çıkan bellek kayıplarından farklı olarak bu hastalar kendi başlarına kliniklere başvuramaz, yaşamları ile ilgili plan yapamazlar. Psikiyatrik yaklaşımlar; 1-Psikofarmakolojik tedaviler (anksiyolitikler, trisiklik antidepresanlar, serotonin geri alım inhibitörleri), 2- Psikolojik tedaviler (Bilişsel davranışçı modeller: Gevşeme eğitimi, bilişsel yeniden yapılandırma, stresle başa çıkma eğitimi, başa çıkma yetilerine yönelik eğitim, biofeedback, egzersiz, dikkat verme ve uzaklaştırma stratejileri, imgelem ve kendini idare etme- güçlendirme teknikleri) dir.

Minimal invaziv girişimler

Tanısız sinir blokları, tetik nokta enjeksiyonları, epidural steroid enjeksiyonları, epidural nöroplastik uygulamaları, eklem içi enjeksiyonlar, intradiskal enjeksiyonlar, proloterapi, nörolitik sinir blokları, kemonükleozis, radyofrekans termokoagülasyon RF uygulamaları, kriyolezyon uygulamaları, spinal kord stimülasyonu, spinal opioid tedavisi minimal invaziv tedavi örnekleridir.

Cerrahi yaklaşımlar

Medikal tedavi başta olmak üzere, tüm invaziv olmayan tedavilere yanıt vermeyen ağrılı durumlara yönelik olarak uygulanabilecek cerrahi tedavi yaklaşım, hasta ve yakınları uygulanacak olan cerrahi yöntem ve olası komplikasyonları ile ilgili olarak bilgilendirildikten sonra belirlenmeli ve yaşlı hastanın tolere edebileceği en uygun teknik seçilmelidir.

Son söz

Ağrıyla multidisipliner yaklaşımın odak noktasındaki yaşlı hasta, eğer tedavinin başarılı olduğunu ifade ediyorsa, bu sonuç objektif değerlendirmelerden daha önemlidir. Tanı ve tedavinin etkinliğinde kullanılan fiziksel ve organik ölçütleri etkileyen kişisel faktörler yanında, psikolojik ve çevresel faktörler de standart testlerin öngörülen veya beklenen sonuçları vermesini engellemektedir. Uluslar arası ağrı çalışma birliği, ağrıyı biyopsikososyal bir olgu olarak ele almakta; gerek tanı ve gerekse tedavi yaklaşımlarının multidisipliner bir anlayış ile gerçekleştirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Kaynaklar

- 1-AGS Panel on persistent pain in older persons. The management of persistent pain in older persons. JAGS 2002;50 (6):S205-S224.
- 2- Arslan Ş, Atalay A, Gökçe-Kutsal Y: Drug use in older people. J Am Geriatr Soc 2002; 50:1163-1168.
- 3-Al-Shahri MZ, Molina EH, Oneschuk D: Medication focused approach to total pain: poor symptom control, polypharmacy, and adverse reactions. Am J Hosp Palliat Care 2003;20 (4):307-310.
- 4-Basler HD, Hasselbarth S, Schuler M: Pain assessment in the geriatric patient. Der Schmerz, Springer, Austria 2004, s: 18-36.
- 5-Diocon JO, Galindo DJ, Ciocon DG: Common Pain Syndromes and management of Pain: In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL (Eds): Current Geriatric Diagnosis and Treatment, Lange Medical Books/Mc Graw Hill, USA, 2004, s: 447-459.
- 6-Gökçe-Kutsal Y: Yaşlılarda analjezik ve antiinflamatuvar ilaçların akılcı kullanımı. In: Gökçe-Kutsal (Ed) Geriatri 2002, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2002, s: 173-179
- 7-Gökçe Kutsal Y: Yaşlı ve Ağrı. In: Küçüköğlü S (Ed): Türkiye Klinikleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, FTR de Ağrı ve Tedavisi Özel sayısı., 2005:1(10):28-36
- 8-Gökçe Kutsal Y: Yaşlı hastalarda ağrı kesici ilaç kullanımı. 8. Ulusal Ağrı kongresi kitabı, 18-21 Mayıs, İstanbul, 2005, s: 72-76.
- 9-Gökçe Kutsal Y, Varlı K, Çeliker R, Kara Özer S, Örer H, Aypar Ü, Şahin A, Oruçkaptan H: Ağrıya multidisipliner yaklaşım. Hacettepe Tıp Dergisi, 2005; 36 (2): 111-128.
- 10-Gökçe Kutsal Y: Ağrı. In: Gökçe Kutsal Y (Ed): Temel Geriatri. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2007; p:279-288
- 11-Hanlon JT, Schmader KE: Three articles concerning pain management in the elderly. Am J Ger Pharmacother 2004; 2 (3):155.
- 12-İnanıcı F, Gökçe-Kutsal Y: Geriatri. In: İliçin G, Biberöğlü K, Süleymanlar G, Ünal S (Eds) İç hastalıkları, Cilt 1, Güneş Kitabevi, Ankara, 2003, s:215-236.
- 13-Mossey JM, Gallagher RM: The longitudinal occurrence and impact of comorbid chronic pain and chronic depression over two years in continuing care retirement community residents. Pain Medicine 2004;5 (4): 335-348.
- 14-Özyalçın S: Yaşlılık çağında ağrı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2003, s:1-38.
- 15-Poppe C, Devulder J, Mariman A, Mortier E: Chronic pain therapy: an evaluation from solo interventions to holistic interdisciplinary patient approach. Acta Clin Belg 2003; 58 (2): 92-97.
- 16-Schuler M, Natalie N, Hestermann M, Oster P, Hauer K: Acute and chronic pain in geriatrics: characteristics of pain and the influence of cognition. Pain Medicine 2004;5 (3): 253-262.