

Meilahden APS-tiimin kokemuksia huumeiden käyttäjien leikkauksen jälkeisen kivun hoidosta

Katri Hamunen, Aila Tornivuori ja Eija Nilsson

Huumeidenkäyttäjä on vaativa asiakas anestesiaosastolle. Huumeepotilaan näkemykset, toiveet ja lääkkeentarve poikkeavat tavallisista potilaista. Tällaisen potilaan tavoitteenahan on saada aineista hyvänolontunne eikä pelkkä kivun lievittyminen tai edes kivuttomuus riitä. Kivun voimakkuuden ja kivunlievityksen arviointi on hyvin haasteellista. Nämä potilaat osaavat myös olla sitkeitä ja jaksavat pyytää lisää lääkettä uuvuttaen vuodeosastojen henkilökuntaa. Toleranssi, vieroitusoireiden riski ja korvaushoitolääkitys luovat hoitoon lisäksi farmakologista haastetta.

Meilahden sairaalassa tehdään "raskasta" gastroenterologista, sydän-, keuhko-, urologista ja verisuonikirurgiaa. Noin puolet leikkauksista on päivystystoimenpiteitä. Meilahden APS-tiimin (Acute Pain Service) toimialueeseen kuuluu yhdeksän kirurgista vuodeosastoa. Työryhmämme on kerännyt vuodesta 2006 alkaen tiedot hoitamistaan huumeiden käyttäjistä. Tämä ei tarkoita kaikkia Meilahden sairaalassa tai edes kaikkia kirurgisilla osastoilla hoidettuja huumeepotilaita vaan ainoastaan ne potilaat, joista on konsultoitu APS-tiimiä.

Tähän kirjoitukseen on koottu tiedot kolmen vuoden (2006–2008) huumeepotilaista. Kuvatut kivunhoitomenetelmät ja ongelmat kuvastavat huumeidenkäyttäjien kivunhoitoa ns. raskaan kirurgian potilasmateriaalissa. Elektiivisten ja pienempien toimenpiteiden yhteydessä niin ongelmat kuin ratkaisumahdollisuudet ovat osittain erilaisia kuin kuvatussa materiaalissa. Oros on myös niin pieni, että sen perusteella ei voi tehdä kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä.

Meilahden anestesiaosaston ohje huumeidenkäyttäjien kivunhoidosta

Meilahden anestesiaosastolla on laadittu ohje huumeidenkäyttäjien kivunhoidosta (viimeisin päivitetty versio tässä numerossa). "Keittokirja"-ohjeen laatiminen aiheesta ei ole mahdollista, koska potilaat ja tilanteet vaihtelevat niin paljon, että anestesiaosasto joutuu aina tapauskohtaisesti valitsemaan kivunhoitomenetelmät ja erityisesti opioidiannokset. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon tavoitteeksi on asetettu asianmukainen, lääketieteellisesti perusteltu kivunhoito ja sairaalahoidon turvaaminen sekä vieroitusoireiden estäminen tai hoitaminen. Tavoitteena ei ole potilaan vierottaminen eikä avohoitoon jatkuvaa korvaushoitolääkitystä koskaan aloiteta. Periaatteena on käyttää multimodaalista analgesiaa ja suosia puudutuksia kivunhoidossa aina kun se on mahdollista. "Talon tapa" on, että kipulääkitys annostellaan suun kautta aina kun se on mahdollista eli kun potilas kykenee juomaan. Tätä periaatetta noudatetaan myös huumeepotilaiden kohdalla.

Käytännön kokemuksia huumeepotilaiden postoperatiivisen kivun hoidosta

Kolmen vuoden aikana Meilahden APS-tiimi osallistui 39 huumeepotilaan leikkauksen jälkeisen kivun hoitoon. Potilaista suurin osa oli nuorehkoja (vaihteluväli 19–47 vuotta, keskiarvo 32,5 v) ja miespuolisia (77 %). Potilaista 92 % tuli hoitoon päivystyksenä. Hoidon aiheena oli erilaiset pa-

hoinpitelyt 15 ja väärinkäyttöön liittyvä ongelma 9 potilaalla (infektio tai trombi). Selvästi muu kuin addiktioon liittyvä sairaus oli 13 potilaalla. Leikkauksista yleisin oli laparotomia (19 potilasta) ja seitsemälle potilaalle tehtiin leikkaus rintakehän alueelle (torakotomia, sternotomia tai VATS).

Potilaista 29 käytti ajankohtaisesti huumeita. Näistä potilaista kuusi oli opioidikorvaushoidossa, mutta käytti sen lisäksi joko buprenorfinia suonensisäisesti tai amfetamiinia. Vain yksi korvaushoitopotilas käytti ainoastaan opioidikorvaushoitolääkettään eikä muuta sen rinnalla. Huumeiden käytöstä kuivilla oli seitsemän potilasta. Yleisimmin väärinkäytetyt aineet olivat opioidit (buprenorfiini 16, heroini 5, muu opioidi 2 potilasta) ja amfetamiini laskimonsisäisesti. Kannabista käytti 10 potilasta. Useat potilaat käyttivät lisäksi jotain bentsodiatsepiinia ja alkoholia. Tämä kirjo kuvastaa hyvin kirjallisuudessa raportoitua väärinkäyttöä Suomessa¹.

Perinteistä kivunhoitoa (tulehduskipulääke tai parasetamoli säännöllisesti ja iv/im/po opioidi tarvittaessa) sai 30 ja epiduraalista kivunhoitoa 8 potilasta. Puudutukset ovat hyvä kivunhoitomenetelmä tai muun hoidon tuki huumepotilailla, mutta niitä käytettiin tässä otoksessa melko vähän. Osa huumeiden käyttäjistä kieltäytyy epiduraalipuudutuksesta yleensä saadakseen muuta kipulääkitystä (=opioidia). Neuraksiaalisiä tai muita hyvin invasiivisia puudutuksia ei yleensä voida laittaa vastoin potilaan tahtoa. Pienempiä puudutuksia kuten haavanreunojen puudutus, haavapuudutuskatetreja ja johtopuudutuksia (esimerkiksi interkostaalipuudutus torakotomian) yhteydessä on mahdollista laittaa myös anestesian aikana.

Varsinkin kuivilla olevien potilaiden kohdalla tehokas kivunhoito esimerkiksi puudutuksia käyttäen on parempi kuin suurten parenteraalisten opioidiannosten käyttäminen². Aktiivisesti huumeita käyttävän kohdalla opioidien käyttö ei todennäköisesti vaikuta potilaan päihdeongelman tulevaisuuteen paljoakaan, joten opioidilääkitys yritetään pitää lääketieteellisesti perusteltavissa rajoissa ja välttää ylilyöntejä. Ketamiinin ja gabapentinoidien käyttö oli vähäistä näillä potilailla. Jatkossa tässä potilasryhmässä tulee tehostaa erilaisen puudutusten käyttöä peri- ja postoperatiivises-

sa vaiheessa. Myös ketamiinin ja gabapentinoidien käyttöä voisi tehostaa.

Kivunhoidon ongelmia vuodeosastolla olivat leikkauksen jälkeiset kivut 11, vieroitusoireet 8 ja komplianssiongelma 13 potilaalla. Komplianssiongelmiksi kirjattiin mm. tilanteet, joissa potilas ei halunnut määrättyjä lääkkeitä, halusi jotain muuta lääkitystä tai parenteraalista annostelua ja asiasta jouduttiin käymään pitkiä keskusteluja potilaan kanssa. Yhden potilaan kohdalla epäiltiin omien aineiden käyttöä osastohoidon aikana. Opioidikorvaushoidon jatkaminen, varsinkin buprenorfinin, leikkauksen jälkeisessä vaiheessa täytyy ratkaista aina tapauskohtaisesti eikä meillä ole siitä erillistä ohjetta. Periaatteena on, että kivunhoidon vaatiessa vahvan opioidin annostelua jotta annostelureittiä käyttäen, buprenorfiini pidetään tauolla tämän ajan.

Lopuksi

Kokemuksemme mukaan hoidon onnistuminen vaatii hoidon keskittämisen. Meillä asiasta huolehtii joku APS-tiimin lääkäreistä. Vuodeosaston työrauhan ja potilaan tarvitseman sairaalahoidon turvaamiseksi tarvitaan selkeät hoito-ohjeet ja rajat kipulääkitykselle. Farmakologisen osaamisen lisäksi tarvitaan kokemuksen tuomaa auktoriteettia vakuuttamaan kivunhoidon kaikki osapuolet; potilas, vuodeosaston sairaanhoitajat, kirurgit ja APS-hoitajat hoitosuunnitelmasta. Näin saadaan kaikki osapuolet sitoutumaan laadittuun hoitosuunnitelmaan. □

Viitteet

1. Huumetilanne Suomessa 2006. Huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Kansallinen huumeaineiden seurantakeskus. Stakes, Helsinki 2006
2. May JA, White HC, Leonard-White A, Warltier DC, Pagel PS. The patient recovering from drug or alcohol addiction: Special issues for the anesthesiologist. *Anest Analg* 2001;92:1601–8

Katri Hamunen
erikoislääkäri

APS, Anestesiologian ja tehohoidon klinikka,
Meilahden sairaala
katri.hamunen[a]hus.fi