

PITKITTYNYT STERNOTOMIAN JÄLKEINEN KIPU

Piritta Kujala¹, Maija Kalliomäki², Pia Puolakka², Kati Järvelä³

¹TAYS Ensiohoitokeskus, ²TAYS Anestesiologian klinikka, ³TAYS Sydänkeskus, Tampere

Tutkimuksen tarkoitus

Sydänleikkauksen jälkeisen pitkittyneen sternotomiakivun esiintyvyyttä vaihtelee eri tutkimuksissa 11-56% (1). Suuri vaihtelu esiintyvyydessä selittyy sekä sternotomiakivun monimuotoisuudella että tutkimuksissa käytettyjen määritelmien ja metodien erilaisuudella. Useimmat tutkimukset ovat olleet puhtaita kyselytutkimuksia, joihin ei ole kuulunut potilaiden kliinistä tutkimista.

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää ohitusleikkattujen potilaiden kivun esiintymistä, pitkittymistä ja luonnetta sekä pitkittyneen sternotomian jälkeisen kivun riskitekijöitä.

Aineisto

Tutkimukseen rekrytoitiin sata elekttiiviseen ohitusleikkaukseen tullutta potilasta, joista lopulliseen analyysiin päätyi 93 potilasta. Poissulkukriteereinä olivat aiempi sternotomia tai riittämätön ko-operaatio.

Menetelmät

Potilaiden leikkauksen jälkeistä kipua arvioitiin NRS-asteikolla levossa ja yskissä 1 h ja 4 h ekstubaation jälkeen sekä ensimmäisenä ja neljäntenä leikkauksen jälkeisenä aamuna. Neljäntenä leikkauksen jälkeisenä aamuna määritettiin rintakehäältä hyperalgesia-alue (cm²) Pinprick –tekniikalla. Potilaat täyttivät Kipukysely –lomakkeen, depression- (Major Depression Inventory) ja ahdistuneisuuskyselyt (State-trait Anxiety Inventory) sekä preoperatiivisesti että neljäntenä leikkauksen jälkeisenä päivänä ja kuuden kuukauden kuluttua leikkauksesta. Potilaat tutkittiin kuuden kuukauden kuluttua leikkauksesta kliinisesti, jolloin määritettiin tuntomodaliteetit leikkauksialueelta.

Tilastollinen analyysi tehtiin SPSS 20.0 ohjelmalla, riskianalyysissä käytettiin logistinen regressio – analyysiä.

Tulokset

Potilaiden iän keskiarvo oli 68,7 vuotta (väli 41-93 vuotta) ja 74 potilaista oli miehiä (79,6%). 10 potilasta (10,8%) oli aktiivisia tupakoitsijoita, 17 (18,3%) oli lopettanut tupakoinnin ja 65 (69,9%) tupakoimattomia.

Pitkittyneen kivun esiintyvyyttä oli 17,2% (n=16) kuuden kuukauden kuluttua leikkauksesta.

46 potilaalla (49,6%) oli leikkauksen jälkeistä hyperalgesiaa neljäntenä leikkauksen jälkeisenä päivänä, alaltaan 1—486 cm². Akuutti leikkauksen jälkeinen hyperalgesia ei korreloinut pitkittyneeseen sternotomiakipuun kuuden kuukauden kuluttua leikkauksesta.

Naisilla kipua oli 6 kk:n kohdalla 31,6%:lla ja miehillä 13,9%:lla. Nuoremmilla potilailla esiintyi enemmän leikkauksen jälkeistä kipua kuin vanhemmilla (OR 0,922, C.I 95% 0,855-0,993, P=0,032).

Ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä levossa koettu kohtalainen ja kova kipu korreloi vahvasti pitkittyneeseen kipuun 6 kk:n kohdalla (OR 2,047, C.I 95% 1,387-3,020, P<0,0001). Lisäkipulääkkeen tarve 2.-4. leikkauksen jälkeisenä päivänä korreloi 6 kk:n kipuun (Mann P=0,002).

Preoperatiivinen masennus (OR 1,114, C.I 95% 1,016-1,222, P=0,021), preoperatiivinen ahdistus (OR 1,087, C.I 95% 1,008-1,171, P=0,030) ja aiempi tupakkahistoria (OR 3,368, C.I 95% 1,077-10,533, P=0,037) korreloivat vahvasti 6 kk:n kipuun.

Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa pitkittyneen leikkauksen jälkeisen sternotomiakivun esiintyvyyttä oli 17,2%. Akuutti leikkaushaavan ympäristön hyperalgesia ei altistanut pitkittyneelle kivulle. Naisilla ja nuoremmilla leikkauspotilailla esiintyi enemmän pitkittyntä kipua. Sternotomian jälkeisiä pitkittyneen kivun riskitekijöitä olivat kohtalainen ja kova akuutti kipu ja lisäkipulääkityksen tarve, potilaan aiempi tupakointi sekä preoperatiivinen masennus ja ahdistus. ■

Viite:

1. J Cardiothorac Vasc Anesth 2011; 25: 1163-78.