

Eesti Haiglaapteekrite Seltsi XXII Kevadkonverents 3.-4. märts 2017

Stig Benström, proviisor, Kaitseväe keskapteek

Prantsuse kirurg René Leriche (1879-1955) on öelnud „On vaid üks liik valu, mida on kerge taluda - teise inimese valu“. Kuna apteekrid teavad, et kaasuv valu vähendab patsientide rahulolu elu ja näiteks põhihaiguse raviga ning suurendab kulutusi tervishoius, koguneti haiglaapteekrite eestvedamisel üle Eesti Pärnusse, et omandada teadmisi, ühtlustada arusaa-mu ning arutada võimalusi inimeste valu leevendamiseks. Passiivselt pealt vaadates me tõepoolest teise inimese valu raskust ei taju, kuid tervishoiu töötajatenä peaks ambitsioon olema kõrgem.

Konverentsi juhatas sisse proviisor Jana Lass, kes tutvustas uut Eesti Perioperatiivse valuravi juhendit. Juhendis antakse valuravi soovitusi nii pre-, intra kui postoperatiivse etapi jaoks. Samuti on juhendis lisadena välja toodud ülevaatlilikud tabelid näiteks valuvaigistite annusamise kohta lastel ning täiskasvanutel. Ravijuhendi puhul tasub välja tuua, et kõikide soovitude hulgas on vaid üks, mis langeb katekooriasse „tugev soovitus mitte teha“ ja see puudutab ravimite lihasesisest manustamist. Ravimite lihasesse manustamisel ei ole eeliseid teiste manustamisviiside ees, kuid puudusena kaasneb valu manustamisel ning oht ravitüsistusteks (närv- või lihaskoekahjustus). Samas on kiirabis ravimite (sh valuvaigistite) lihasesisene manustamine endiselt väga levinud. Jana valmistas teiseks päevaks ette väikese testi, et kontrollida ja kinnitada eelmisel päeval omandatud teadmisi ning nende rakendamiseks praktikas arutleti ühe patsiendi raviskeemi üle.

Dr Kaire Pakkonen andis ülevaate kroonilise valuravi põhimõtetest ja tõi välja valu kirjeldamise aspekti. Sõnad „tugev“ ja „nõrk“ on küllaltki subjektiivsed, kuid nende asemel näiteks numbrilist skaalat kasutades, saame konkreetse patsiendi puhul palju objektiivsema hinnangu. Sealjuures tuleb mees pidada, et valu on individuaalne ja 10 (skaalal 1 – 10) võib eri patsientide puhul olla küllaltki erineva tähendusega. Kui valule lisada veel ajaline määratlus (äge vs krooniline) ja patsiendi anamnees (objektiivsed leiud, kaasuvad haigused),

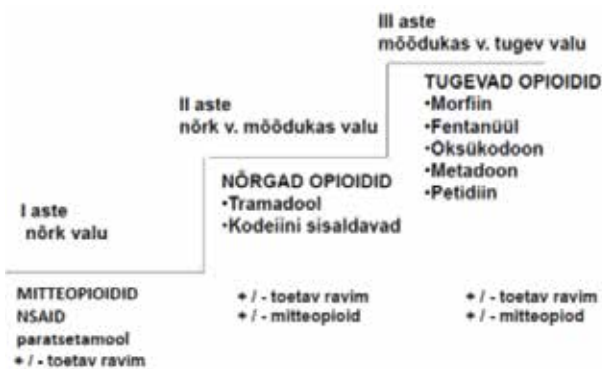


Haiglaapteekrid ettekannet kuulamas

jõuame tõenäolise mehhanismini ning kõige õigema ravini. Neuropaatilist valu notsitseptiivse valuna ravides teeme suure tõenäosusega patsiendile pigem kahju. Kui meie valitud ravim patsiendi vaevusi ei leevenda, tuleks raviga lõpetada, küsimus on vaid selles mida teha siis kui ükski ravim ei aita.

Psühholoog Triinu Nüüberg-Pikksööt tõi farmakoterapia kõrval ühe lahendusena välja psühhoteraapia võimalused kroonilise valuga patsiendi ravis. Kuna valu all kannatav inimene keskendub eelkõige oma murele, on võtmesõnaks selliste patsientide puhul kannatlikkus. Kui patsient saab aru oma haiguse olemusest on ta ka ise motiveeritud oma valuga tegelema. Psühhoteraapia seisukohalt on tähtis purustada valuga seotud müüte ning mitte anda valelubadusi, näiteks valu garanteeritud ja kiire möödumine, seda eriti siis kui valu on seotud näiteks ärevushäirete või depressiooniga. Perioperatiivse valuravi juhend toob psühhoteraapia võimalustena välja lõdvestustehnikad või valult tähelepanu kõrvalejuhtimise kui kognitiivkäitumuslikud meetodid.

Konverents jätkus konkreetsete haiguste ja valu kui ühe aspekti käitlemisega nende puhul. Vähivalu värskemaid seiukohti esitles Dr Mare Kolk. Vähivalu puhul tuleb aru saada, et valu taga võib olla kasvaja ise, aga ka kasvavastaste protseduuride, nagu operatsioonid ning keemia- ja kiitusravi, kõrvaltoimed. Ettekandes



Joonis 1

toodi lisaks välja, et vähivalu käsitlemisel on hetkel tendents WHO valutrepil (joonis 1) teine trepiaste vahele jätta kuna nõrkade opioidide, kodeiin ja tramadool, puhul on suureks puuduseks lubatud päevaste annuste lagi.

Dr Kaire Pakkonen keskendus kroonilise valu aspektide kõrval päeva teisel poolel liigeste valule. Liigesevaludest 25% on neuropaatilise iseloomuga, mis tähendab, et nii antidepressandid kui ka antikonvulsandid on selliste vaevustega patsientide raviskeemides omal kohal. Samas tõi ettekandja välja, et levinud valuvaigistil, parasetamoolil, puudub näiteks osteoartriidi puhul toime nii valule kui liigese funktsioonile ning ka teiste MSPVA-te pikaajane kasutamine ei ole selge toime puudumisel põhjendatud.

Peavaludest ning täpsemalt migreenist rääkides rõhutas Dr Mark Brachinsky, et primaarset peavalu on raske objektiivselt hinnata ning lõplik diagnoos sõltub suurel määral anamneesi võtjast. Farmakoterapia seisukohalt on oluline meelde jätta, et opioidid ei sobi migreeni ega ka teiste primaarset tüüpi peavalude raviks. Vähe levinud (esineb umbes 2-3% inimestest), kuid migreeniga seotud peavalu tüübist, nimelt ravimindutseeritud peavalust, rääkis Dr Kati Toom. Haiguse patofüsioloogilised mehhanismid pole päris selged, kuid nagu nimigi ütleb, tingib peavalu valuvaigistite liigne tarvitamine. Üldiseks kriteeriumiks on triptaanide ja opioidide tarvitamine rohkem kui 10-l ning parasetamooli ja MSPVA-te tarvitamine rohkem kui 15-l päeval kuus, kolme kuu vältel. Diagnoosimisel aitab peavalupäevik, kuhu tuleks märkida kõik peavaluhood ning kasutatatud ravimid. Ravimiameti poolt välja antud kogumiku „20 aastat ravimistatistikat Eestis“ järgi, on viimase 20 aasta jooksul MSPVA-te kasutamine ühtlaselt suurenenud, kuid jääb proviisor Jana Lass sõnul siiski väikeseks (2). Otsest seost valuvaigistite tarvitamise ja



EHAS juhatus ja konverentsi korraldusmeeskond

ravimindutseeritud peavalude esinemise vahel Eestis siiski piisavalt veel uuritud ei ole.

Samas on selge, et haiguse vältimise eelduseks on ratsionaalne ravimite tarvitamine. Valuõe Rita Roosti sõnul aitab operatsioonijärgselt valuvaigistite, eriti opioidide, tarvitamist vähendada haavaanalgeesia. Protseduur seisneb spetsiaalse kateetriga lokaalanesteetikumide manustamises nahaalustesse kudedesse. Protsess on „suhteliselt“ lihtne ja ohutu ning võimaldab patsiendi varast operatsioonijärgset mobilisatsiooni.

Kokkuvõtteks tuleb tunnistada, et valu jaoks ei ole tihti universaalset ravimit, mis aitaks kõiki patsiente, olenemata soost, vanusest ja põhjusest. Valides neuropaatilise valu raviks notsitseptiivsesse süsteemi toimiva valuvaigisti, teeme patsiendile pigem kahju. Samas kui sügava depressiooni või ärevushäiretega seotud psühhogeense valu ravis ei pruugi isegi „õiged“ valuvaigistid ilma psühhoteraapiata aidata. Patsienti nõustades peame oskama märgata ka ülerravimist, et vältida valuvaigistite liigsest tarvitamisest tingitud peavalude teket. Valu on lõpuks ka ääretult individuaalne. Seda kõike on keeruline arvesse võtta, kuid alustuseks piisab ehk kui näiteks tutvuda perioperatiivse ägeda valu käsitlemise ravijuhisega.

EHAS tänab kõiki, kes konverentsi õnnestumisele kaasa aitasid.

Kasutatud materjalid:

1. Eesti Haigekassa; Perioperatiivne ägeda valu käsitus, Tallinn 2016 (www.ravijuhend.ee & juhendid)
2. Mare Kolk; Vähiga patsientide valuravi kodus, loeng 06.03.2015
3. Ravimiamet; 20 aastat ravimistatistikat Eestis, Valuvaigistite kasutamine, Tartu 2015