

# INDIKACIJE ZA LOKALNO ZDRAVLJENJE BOLEČINE Z REGIONALNIMI ANALGETIČNIMI BLOKADAMI

*Višnja Kolonič*

V protibolečinski ambulanti Onkološkega inštituta opravimo letno prek 4000 pregledov približno 350 bolnikom. Pri lani opravljenih 4800 pregledih smo naredili 2080 blokad, kar pomeni, da jih je potrebovala skoraj polovica pregledancev.

Leto	Prvi pregled	Blokade	Vseh pregledov
1988	198	1187	ni podatkov
1989	233	1492	ni podatkov
1990	260	1187	3600
1991	341	2171	4120
1992	382	2082	4800

Nociceptivno bolečino poskušamo ublažiti ali odpraviti z oralnimi analgetiki, ker je to najenostavnejši in za bolnika najmanj neprijeten način zdravljenja. Če je bolečina nevropatična ali mešana, blokiramo živce prizadetega predele in pri večini bolnikov lahko nadaljujemo samo zdravljenje z zdravili, potem ko se je bolečina umirila.

Standardni postopek je serija štirih do petih blokad, s katerimi ublažimo akutno bolečino in hkrati dosežemo, da postane primerna za zdravljenje z zdravili, blokade pa ponavljamo le občasno (dvakrat do trikrat tedensko) (1).

Ta način zdravljenja je idealen za bolnišnične bolnike, medtem ko je za ambulantne precej zamuden in naporen, zlasti če ne živijo v bližini centra oz. kraja, ki ima protibolečinsko ambulanto.

Kadar je učinek takega zdravljenja kratkotrajen (manj od 24 ur) ali z njim ne moremo doseči končne zadovoljive analgezije, postane upravičenost nje-gove uporabe vprašljiva. Takrat raje posežemo po drugem načinu regionalne analgezije — kontinuirani analgeziji po katetru, vstavljenem v bližino prizadetega inervacijskega območja.

Standardna zdravila, ki jih uporabljamo za analgetične blokade:

Lokalni anestetik	Analgetik	Kortikosteroid	Nevrolitik
bupivakain 0,25 %	morfin butorfanol	deksametazon triamcinolon	fenol 3 do 5 %
Izjemoma lidokain 1 %	tramadol		alkohol 50 do 100 %

Omejila bi se samo na indikacije in vrste blokad, ki jih najpogosteje uporabljamo v naši protibolečinski ambulanti.

## **Glava in vrat**

Pri tumorjih na jeziku, čeljusti in ustnicah blokiramo veje n. trigeminusa.

Dolgotrajna bolečina se prenese retrogradno v predel inervacije celotnega n. trigeminusa in pogosto jo spremljajo hudi glavoboli. Da bi jo ublažili, blokiramo celoten n. trigeminus oz. se poskusimo čimbolj približati Gasserijevemu ganglionu. Infiltriramo z analgetično mešanico in kortikosteroidi. V zdravljenju z zdravili so nepogrešljivi antiepileptiki, npr. karbamazepin ali klonazepam (2, 4), in antidepresivi, npr. maprotilin, amitriptilin. Opiatni analgetiki so pri nevropatični bolečini manj uspešni.

Kadar je prizadeto ustno dno, poskusimo z blokado n. hypoglossusa in glossofaringicusa. Zelo neprijeten je položaj tumorja v srednji liniji, ker je potrebna obojestranska blokada, kar je za bolnika neprijetno in tudi nevarno. Enostranska blokada ni dovolj učinkovita.

Cervikalne paravertebralne blokade uporabljamo pri bolečinah v zatilju, na vratu, zaradi povečanih bezgavk, pri limfedemu roke. Pri slednjem pogosto uporabljamo kombinacijo cervikalne paravertebralne blokade in blokade ganglionna stellatuma. Simpatična blokada omogoča razširitev ožilja, boljše prekrvitev inerviranega območja pa omogoči tudi analgezijo. Pri limfedemu roke je po blokadi ganglionna stellatuma limfna drenaža lažje izvedljiva (3).

**V predelu prsnega koša** najpogosteje izvajamo paravertebralne blokade spinalnih živcev in interkostalne blokade. Prve so koristne pri bolečinah v prsnem košu, po torakotomijah, mastektomijah, pri patoloških procesih na vretencih in rebrih. Blokade interkostalnih živcev so zelo učinkovite pri interkostalni nevralgiji, zlasti herpetične etiologije, in jih povsem po krivici pre malo uporabljamo (4).

Pri tej diagnozi je zaželeno, da začnemo blokade čimprej po začetku obolevanja, ker tako dosežemo boljši rezultat in hitrejšo analgezijo.

Za te blokade pogosto uporabljamo nevrolitik (3- do 5-odstotni fenol), ker delna poškodba živca omogoča daljšo analgezijo.

Kar 15 % bolnic po mastektomiji čuti hude bolečine v roki zaradi intraoperativnega draženja plexusa brachialis (5), nervusa intercostobrachialis (6) in nervusa cutanei medialis brachii. Pomembno je, da to bolečino takoj po operaciji prepoznamo in če standardno zdravljenje z zdravili ne zadostuje, moramo takoj začeti z blokadami ali s kontinuirano analgezijo po katetru supraklavikularno (Winnijev pristop) (7). Če te bolečine ne spoznamo pravočasno in je ne začnemo ustrezno zdraviti, postane zelo trdovratna, bolnice pa morajo končno dobiti cervikalni epiduralni kateter. Pravočasno ukrepanje bi jim ta poseg zanesljivo prihranilo.

**Pri bolečinah v abdomnu** blokade zelo pogosto uporabljamo. Ginekološke onkološke bolezni, bolečine v medenici po obsevanju in posegi na rektumu so območja, kjer so blokade omilile ali pozdravile veliko bolečin. Pri teh

bolnikov srečamo pogosto tudi ishialgije, nevralgije posameznih živcev, npr. nervusa obturatoriusa, nervusa fibularisa, genitofemoralisa. Serije blokad lumbalnih paravertebralnih živcev, sakralnega pleteža ali posameznih perifernih živcev, ki jih občasno ponavljamo, zagotovijo zelo dobre rezultate.

Tretji način zdravljenja je kontinuirana analgezija po epiduralnem katetru. V določenih primerih pa z njo že začnemo zdraviti, npr. pri karcinomu pankreasa (7), kjer po statističnih podatkih nastopi bolečina pri 72 %, ali zdraviti oz. preprečevati fantomsko bolečino (8, 9).

Z uvedbo cervikalnega epiduralnega katetra nam včasih uspe prekiniti neznosne bolečine po mastektomiji, infiltraciji ali kompresiji živcev s patološkimi procesi v supraklavikularnih ložah, ko z drugimi metodami nismo bili uspešni.

Na koncu naj poudarim, da dosežemo analgetični učinek le z natančnim spremljanjem poteka bolezni in z etiološko utemeljeno kombinacijo različnih terapijskih ukrepov. To nam pomaga, da skupaj z bolnikom lažje prenašamo težave, celo kadar bolnikovo trpljenje le omilimo.

## Literatura

1. Lipton S. Pain relief in active patients with cancer: The early use of nerve blocks improves the quality of life. *Brit M J* 1989, 298, 37—38.
2. Walsh TD. Antidepressants in chronic pain *Clin. Neuropharmacol* 1983; 6: 271—95.
3. Loh L. Nathan PW. Painful peripheral states and sympathetic blocks. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1978; 41: 664—71.
4. Goepel R. Cancer pain treatment ESO symp seminar on: Therapeutic strategies in pain control, 1992.
5. Kori SH. Foley KM. and Posner JB. Brachial plexus lesions in patients with cancer: 100 cases *Neurology*, 31 (1981) 45—50.
6. Vecht CJ. von de Brand HH. and Wajer OJM. Post axillary dissection pain in breast cancer due to a lesion of the intercostobrachial nerve. *Pain*, 381 (1989) 171—176.
7. Neural blockade. Cousins M. Bridenbaugh PO. Editors, Lippincott-Company, Philadelphia, 1988.
8. Bach S. Noreng FM. and Tjolden NV. Phantom limb pain in the amputees during the first 121 months following limb amputation, after preoperative lumbar epidural blockade. *Pain* 33 (1988) 297—301.
9. Jensen T. Krebs S. Nielsen J and Rasmussen P. Immediate and long term phantom limb pain in amputees: Incidence, clinical, characteristics and relationship to pre-amputation limb pain. *Pain*, 21 (1985) 267—278.
10. Stiefel F.M.D. Miscellaneous drugs in the treatment of cancer pain. ESO symp seminar on: Therapeutic strategies in pain control.