Natalie Mee Hwa Heuser
Dr. med.

Geriatrische Patienten mit chronischen und akuten Schmerzen: vergleichende Untersuchung zu Komorbidität, funktionellen Einschränkungen, Schmerzcharakteristika und Schmerzassessment-Instrumenten

Geboren am 27.05.1974 in Heide
Staatsexamen am 11.11.2002 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Innere Medizin
Doktorvater: Prof. Dr. med. P. Oster

Schmerzen im Alter sind ein häufiges Phänomen, das aber im Gegensatz zu jüngeren Schmerzpatienten in geriatrischen Patienten schlecht untersucht ist. Für eine gute Lebensqualität alter Menschen ist ein adäquates Schmerzmanagement von großer Wichtigkeit. Komorbiditäten der geriatrischen Patienten und Unterschiede zwischen chronischen und akuten Schmerzpatienten müssen dabei berücksichtigt werden.
Die vorliegende Arbeit möchte einen Beitrag zum besseren Verständnis von geriatrischen chronischen und akuten Schmerzpatienten leisten und für die Geriatrie geeignete Schmerzassessmentmethoden ermitteln. Es werden geriatrische akute und chronische Schmerzpatienten hinsichtlich Patientencharakteristika, Schmerzcharakteristika und Komorbiditäten miteinander verglichen. Weiterhin wird die Anwendbarkeit verschiedener Schmerzassessmentmethoden bei geriatrischen Schmerzpatienten geprüft und Prädiktoren für die Bearbeitungswahrscheinlichkeit identifiziert.
Zur Erreichung der Zielsetzung wurde mit geriatrischen Patienten mit akuten oder chronischen Schmerzen ein geriatrisches Assessment (MMS als Goldstandard der kognitiven Leistung der geriatrischen Patienten, CCT, GDS, Barthel-Index der Aktivitäten des täglichen Lebens, State-Trait-Angstinventar, Handkraftmessung, Timed „up and go“ und orientierende Hör -und Visusprüfung) und ein Schmerzassessment bestehend aus einem Schmerzfragebogen, Schmerzinterview und Schmerzintensitätsskalen durchgeführt. Nach einer Spezifizierung der Schmerzpatienten durch Patienten- und Aktenangaben wurden 93 Patienten (57 chronische und 36 akute Schmerzpatienten) in die Untersuchung eingeschlossen. Die Schmerzgruppen sowie Nichtbearbeiter und Bearbeiter des Schmerzassessments wurden miteinander verglichen. Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS. Die Verteilung der Variablen wurde anhand deskriptiver Statistik dargestellt. Für die Signifikanztestung wurden der nichtparametrische Mann-Whitney-Test für zwei unverbundene Stichproben, der Pearson Chi-Square-Test und die logistische Regressionsanalyse eingesetzt. Die Schmerzintensitätsskalen wurden anhand des Pearson Korrelationskoeffizienten (R) miteinander verglichen.
Die chronischen Schmerzpatienten hatten aufgrund der Chronifizierung als Krankheitsentität insgesamt mehr Diagnosen und häufiger Analgetika als Therapieempfehlung bei Entlassung. Sie wiesen häufiger depressive Symptome auf und die Angst als Persönlichkeitsmerkmal war ausgeprägter. Auch vegetative Symptome wie Schlafstörungen waren häufiger. Die Lokalisation von Schmerzen und die Beschreibung des Schmerzcharakters waren umfangreicher. Eine Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit bei ähnlicher Behandlungsdauer beider Schmerzgruppen war bei chronischen Schmerzpatienten signifikant geringer als bei Akutschmerzpatienten. Der Verlauf der Schmerzintensität wurde von den chronischen Schmerzpatienten häufiger als konstant oder zunehmend, von den akuten Schmerzpatienten häufiger als abnehmend eingschätzt.

Der selbständig zu beantwortende Schmerzfragebogen wurde nur von ca. einem Fünftel der Patienten bearbeitet. Die Bearbeiter des Schmerzfragebogens hatten im Mittel einen signifikant höheren MMS, Barthel Index und einen besseren, korrigierten Visus und hatten häufiger chronische als akute Schmerzen. In der multivariaten Analyse war der Barthel-Index ein unabhängiger Faktor für die Bearbeitungswahrscheinlichkeit des Schmerzfragebogens. Patienten mit einem Barthel-Index von 0 bis 49 hatten in der vorliegenden Untersuchung eine Bearbeitungswahrscheinlichkeit von 0%, Patienten mit einem Barthel-Index von 50 bis 74 28% und für Patienten mit einem Barthel-Index von 75 bis 100 ergab sich eine Bearbeitungswahrscheinlichkeit von 37%. Das Schmerzinterview konnte von über 90% der Patienten bearbeitet werden. Wie auch beim Schmerzfragebogen hatten die Bearbeiter im Mittel einen signifikant höheren MMS, Barthel-Index und häufiger einen besseren, korrigierten Visus. Allerdings konnten deutlich mehr kognitiv eingeschränkte Patienten das Schmerzinterview bearbeiten als den Schmerzfragebogen. Im Gegensatz zum Schmerzfragebogen erwies sich nicht der Barthel-Index, sondern der MMS tendenziell als unabhängiger Prädiktor für die Durchführbarkeit des Schmerzinterviews. Es zeigte sich für kognitiv eingeschränkte Patienten (MMS 0-17) eine Bearbeitungswahrscheinlichkeit von 64% und für kognitiv nicht eingeschränkte Patienten (MMS 24-30) eine Bearbeitungswahrscheinlichkeit von 100%. Mindestens eine Schmerzintensitätsskala wurde von ca. 80% der Patienten bearbeitet. Die Bearbeiter von mindestens einer Intensitätsskala waren signifikant jünger, erreichten im MMS und Barthel-Index signifikant höhere mittlere Werte und hatten einen signifikant besseren Visus als die Nichtbearbeiter der Intensitätsskalen. Ein unabhängiger Prädiktor zur Vorhersage der Bearbeitungswahrscheinlichkeit von mindestens einer Intensitätsskala konnte nicht identifiziert werden. Allerdings zeigte sich, dass von den ältesten, den kognitiv eingeschränktesten und den Patienten mit der geringsten Selbsthilfefähigkeit die VDS von den Schmerzintensitätsskalen am häufigsten richtig bearbeitet wurde.
Es wurde zusätzlich untersucht, ob die Nichtbearbeitung des Schmerzinterviews ein Risikofaktor für eine schlechtere Schmerzmittelversorgung im Vergleich zur Bearbeitung darstellt. Dies konnte beim Vergleich von 8 Nichtbearbeitern mit 85 Bearbeitern während stationärer geriatrischer Behandlung nicht bestätigt werden. Es war lediglich bei den Nichtbearbeitern ein Trend für seltenere Einnahme und geringere Dosierung der niedrigpotenten 0pioide zu verzeichnen.
Zwischen chronischen und akuten Schmerzpatienten bestanden trotz hoher Prävalenz von Komorbidität, kognitiven, emotionalen und physischen Einschränkungen ähnliche Unterschiede, wie sie für jüngere Schmerzpatienten bereits beschrieben wurden. Spezifische Rehabilitationsprogramme, die schon für jüngere chronische Schmerzpatienten existieren, scheinen auch für ältere chronische multimorbide Schmerzpatienten notwendig zu sein. Eine Verbesserung der Schmerztherapie von jüngeren Menschen scheint zur Prävention von Schmerzen im Alter sinnvoll zu sein, da bei mehr als der Hälfte der untersuchten chronischen Schmerzpatienten der Schmerzbeginn bereits vor dem Rentenalter lag.
Ein selbstauszufüllender Schmerzfragebogen ist aufgrund reduzierter Alltagskompetenz in der Geriatrie ungeeignet. Dagegen hat sich ein Schmerzinterview als erfolgreich erwiesen und konnte sogar von kognitiv stark beeinträchtigen Patienten beantwortet werden. Als unabhängiger Prädiktor für eine Bearbeitung des Schmerzinterviews scheint der MMS geeignet zu sein. Als Instrument zur Erfassung der Schmerzintensität bei geriatrischen Patienten hat sich die Anwendung der hier benutzten VDS in Interviewform als geeignet erwiesen aufgrund der deutlich häufigeren Beantwortung im Vergleich zu NRS, VAS oder FPS und guter Korrelation mit der NRS.
Ein Schmerzassessment bei geriatrischen Schmerzpatienten sollte den MMS, die GDS und den Barthel-Index sowie ein strukturiertes Schmerzinterview und die Durchführung einer Schmerzintensitätmessung anhand der VDS und evtl. der NRS oder FPS beinhalten.