

KANCEROLOŠKO ZDRUŽENJE SZD

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA

in

ZVEZA SLOVENSKIH DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU

22. ONKOLOŠKI VIKEND

ZBORNİK

PALIATIVNA OSKRBA BOLNIKA OB KONCU ŽIVLJENJA

Kongresni center Bernardin
Portorož, 12. in 13. junij 2009

KANCEROLOŠKO ZDRUŽENJE SZD

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA

in

ZVEZA SLOVENSКИH DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU

22. ONKOLOŠKI VIKEND

ZBORNİK

PALIATIVNA OSKRBA BOLNIKA OB KONCU ŽIVLJENJA

Kongresni center Bernardin
Portorož, 12. in 13. junij 2009

22. ONKOLOŠKI VIKEND
(Zbornik)

Organizacijski odbor:
S. Novaković, B. Zakotnik, J. Žgajnar

Strokovni odbor:
J. Červek, S. Lahajnar, M. Logonder, B. Zakotnik

Lektor:
Amela Duratović

Uredniki:
S. Novaković, B. Zakotnik, J. Žgajnar

Izdali:
Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva,
Onkološki inštitut Ljubljana in
Zveza slovenskih društev za boj proti raku

Naklada:
300 izvodov

Natisnil:
Nejc d.o.o., Ljubljana, maj 2009

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-036.8-083(082)

ONKOLOŠKI vikend (22 ; 2009 ; Portorož)
Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja : zbornik / 22.
onkološki vikend, Portorož, 12. in 13. junij 2009 ; [uredniki S.
Novaković, B. Zakotnik, J. Žgajnar]. - Ljubljana : Kancerološko
združenje SZD : Onkološki inštitut : Zveza slovenskih društev za
boj proti raku, 2009

ISBN 978-961-6377-24-9 (Zveza slovenskih društev za boj proti
raku)

1. Gl. stv. nasl. 2. Novaković, Srdjan
245794560

VSEBINA

BOLNIK OB KONCU ŽIVLJENJA Jožica Červek	5
PREHRANJEVANJE IN NADOMEŠČANJE TEKOČIN PRI UMIRAJOČEM BOLNIKU Branko Zakotnik	14
MOTNJE V DELOVANJU PLJUČ, SRCA IN LEDVIC V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA Mirjana Rajer	22
DELIRIJ V PALIATIVNI MEDICINI – Neprepoznani sopotnik ob koncu življenja Jernej Benedik	31
ZDRAVSTVENA NEGA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA Jožica Jelen Jurič	41
ZDRAVLJENJE BOLEČINE Z OPIOIDI Slavica Lahajnar	51
LIVERPOOLSKA KLINIČNA POT/ KLINIČNA POT OSKRBE UMIRAJOČEGA Jasenka Gugić Kevo	62
SPOPRIJEMANJE Z NEOZDRAVLJIVO BOLEZNIJO Klelija Štrancar	71
POGOVOR Z BOLNIKI IN SVOJCI Maja Ebert Moltara	80
OSKRBA PACIENTA Z MALIGNO KOŽNO RANO Helena Uršič	86
PODKOŽNE INFUZIJE ZDRAVIL Marija (Mira) Logonder	96
PALIATIVNA SEDACIJA Jožica Červek	103

BOLNIK OB KONCU ŽIVLJENJA

Jožica Červek

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Dolžnost onkologa je, da bolniku z rakom zagotovi nepretrgano oskrbo od diagnoze, skozi zdravljenje in po zdravljenju. Kontrola simptomov in psihična podpora so izjemno pomembni v vseh obdobjih obravnave, posebno pa ob koncu življenja. Paliativna oskrba pomaga bolnikom in svojcem v težkem obdobju življenja, preprečuje, odpravlja in blaži tegobe neozdravljive bolezni. Zagotavlja nenehno aktivno oskrbo do smrti. Multidimenzionalna narava simptomov zahteva ne samo lajšanje fizičnih simptomov bolezni in nego, ampak tudi psihosocialno pomoč in duhovno podporo. Paliativna oskrba mora biti neprekinjena in usklajena ob sodelovanju strokovnjakov različnih strok, z ustreznimi izobrazbo s področja paliativne oskrbe.

Uvod

Cilj zdravljenja je v večini primerov ozdravitev. Žal pri raku ni vedno dosežen. Če se rak razširi po telesu in prizadene vitalne organe, bolezen ni več obvladljiva z nobeno obliko antitumorskega zdravljenja ali postopki intenzivne medicine (prevečkrat uporabljeni). Tako zdravljenje bolnika le obremeni in ne ublaži simptomov napredovale bolezni. Bolnikom z neozdravljivo boleznijo v preostalih mesecih življenja preprečuje, odpravlja in blaži simptome paliativna oskrba. Paliativna oskrba je aktivna, celostna obravnava bolnika z neozdravljivo, neobvladljivo boleznijo.

Zajema: zdravstveno nego, obvladovanje bolečine in drugih telesnih simptomov, lajšanje psihičnih in socialnih težav in oskrbo bolnikovih duhovnih potreb. Namen paliativne oskrbe je vzdrževati optimalno kakovost življenja, upoštevajoč vse bolnikove potrebe, in pomagati svojcem med boleznijo in v času žalovanja.

Terminalna oskrba ni sinonim za paliativno oskrbo, kot se pogosto zamenjuje, ampak je samo del paliativne oskrbe, v zadnjem obdobju.

Beseda paliativen prihaja iz latinskega glagola palliare (ogniti s plaščem – prekriti simptome).

V zadnjih dveh desetletjih se je paliativna medicina razvila v samostojno in priznano vejo medicine, ki sloni na strokovno priporočenih principih: individualno blaženje simptomov bolezni, multiprofesionalna oskrba, obvladovanje

veščin komunikacije, spoštovanje bolnikove volje in njegovih odločitev glede predlaganih postopkov. Sloni na obveščenosti bolnika o bolezni, zdravljenju in oskrbi, podpora svojcem, predvsem pa pomeni stalno oskrbo do smrti, ne glede na kraj in ustanovo, kjer se bolnik nahaja. Paliativna oskrba ne predpisuje samo medicinskih postopkov, ampak tudi etične principe. Načela paliativne oskrbe spoštujejo življenje in sprejemajo umiranje kot naravno dogajanje. Zato paliativna oskrba s svojimi posegi smrti ne zavlačuje, niti je ne pospešuje. Spoštovanje življenja (ne pomeni ohranitev za vsako ceno) pomeni obenem tudi spoštovanje smrti. Paliativna oskrba umirajočih dejavno uresničuje njihove pravice do strokovne podpore in humane smrti.

Umirajoči je v našem zdravstvenem sistemu zanemarjena in deprivilegirana skupina. Prisotnost ob umirajočem spravlja zdravstvene delavce v zadrego - zaradi neznanja, kako pomagati.

Simptomi napredovalega raka

Ko rak napreduje, povzroča vedno več simptomov, ki se glede na neobvladljivost bolezni večajo, so bolj raznoliki, zapleteni in težji.

Simptome bolezni, ki jih povzroča rak, ločimo na lokalne, te povzroča rak z rastjo, in splošne simptome, ki nastanejo zaradi biološko aktivnih izločkov raka ali njegovih metabolitov in vnetnega odgovora bolnika. Nekateri simptomi bolezni pa nastanejo zaradi zdravil (najpogosteje analgetikov) ali pa so posledica antitumorskega zdravljenja (s citostatiki ali obsevanjem).

Številne izgube, ki jih povzroči neozdravljiva bolezen, kot so izguba zdravja, bodočnosti, samostojnosti, identitete in izguba vrednot, povzročijo jezo, strah, občutek krivde, osamljenost. Fizični in psihosocialni simptomi bolezni so v medsebojni odvisnosti in pogosto otežkočajo uspešno kontrolo težav. Zato bolnik ob lajšanju fizičnih težav potrebuje psihosocialno in duhovno podporo.

Z napredovanjem maligne bolezni število simptomov narašča. Glede na lokalizacijo in vrsto raka, splošno kondicijo bolnika in glede na zdravila, ki jih dobiva, lahko predvidevamo razvoj bolezni in napovemo nove simptome. Z ustreznimi, pravočasnimi ukrepi jih lahko preprečimo in se izognemo nepotrebnim kriznim stanjem.

Prepoznavna, stopenjska ocena in obravnava simptomov

Za prepoznavanje, razumevanje in obravnavo simptomov je potrebno ustrezno znanje.

V paliativni oskrbi se izogibamo obremenilnih diagnostičnih postopkov, ki bi še dodatno poslabšali kakovost življenja. Zato je za oceno bolnika in stanja bolezni poudarek na klinični oceni z natančno anamnezo in skrbnim kliničnim pregledom.

Ugotovljene simptome bolezni opredelimo, stopenjsko ocenimo (stopenjska skala simptomov) in dokumentiramo.

Za učinkovito paliativno oskrbo je ključnega pomena dnevno sledenje uspešnosti obravnave simptomov in ugotavljanje novih.

V oskrbi bolnika je zdravstvenim delavcem v bistveno pomoč klinična pot. Klinična pot je dokument (vodilo, smernice), ki mu zdravstveni delavci sledijo v oskrbi z namenom, da je ta čim bolj strokovna in učinkovita. Klinična pot zagotavlja tudi natančen nadzor nad stanjem bolnika in postopki, zagotavlja ustrezno, natančno medicinsko dokumentacijo in koordinacijo oskrbe. Posredno vpliva tudi na kolektivno izobraževanje udeležencev v paliativni oskrbi in določa vlogo vsakega posameznega oskrbovalca.

Napovedni dejavniki za oceno preživetja

Zdravniki, večši v diagnostiki in zdravljenju, so zmotljivi pri oceni preživetja (precenjevanje) in iščejo nove možnosti nadaljnjega zdravljenja. Posledice napačne ocene preživetja in precenjevanja možnosti medicine so neustrezni agresivni postopki in nepotrebne hospitalizacije s sprejemi na urgentne oddelke. Navedeni postopki zavajajo bolnika in svojce z lažnim upanjem. Bolnik umre kljub navedenim prizadevanjem, za svojce pa je taka smrt nepričakovana in nimajo možnosti, da se nanjo pripravijo.

Za pravilne odločitve v obravnavi je ključna pravilna ocena preživetja. Pri oceni so nam v pomoč napovedni dejavniki preživetja. Dober napovedni dejavnik je merjenje funkcijske sposobnosti (običajno se uporablja paliativna lestvica zmogljivosti) in nekateri sindromi raka. Napovedni dejavniki kratkega preživetja so: terminalni delirij (smrt, pričakovana v nekaj urah/dnevih), splošna oslabelost, težko dihanje in požiranje ter kaheksija. V laboratorijskih izvidih pa so slabi napovedni dejavniki naslednji: nizki serumski albuminij, nizke vrednosti limfocitov, zvišana vrednost levkocitov in laktat hidrogenaze (LDH). Z uporabo več napovednih dejavnikov in klinično izkušnjo bo ocena zanesljivejša.

Medikamentozno zdravljenje

Za odpravo številnih simptomov napredovalega raka je medikamentozno zdravljenje ob ustrezni zdravstveni negi običajno temeljni kamen oskrbe.

Pravila medikamentoznega zdravljenja so:

- zdravila dajemo v rednih časovnih presledkih,
- zdravila, kadar je le mogoče, predpisujemo v peroralni obliki, pod jezik, transkutano in rektalno, v terminalnem obdobju subkutano,
- dozo zdravila določimo individualno (titracija) in ob tem upoštevamo eventualno okvaro ledvic, jeter ter drugih organov,
- izognemo se uporabi velikega števila zdravil,
- izberemo zdravilo, ki odpravi več simptomov,
- vedno zagotovimo rešilni odmerek zdravila,
- pozorni smo na stranske učinke zdravil, da ne povzročamo dodatnih težav.

Terminalno obdobje bolezni

Terminalno obdobje bolezni je določeno krajše obdobje v paliativni oskrbi, za katerega je značilna odpoved življenjsko pomembnih organov in se konča z umiranjem in s smrtjo.

Patofiziološka dogajanja pri umirajočem povzročajo značilne simptome: splošno oslabeledost, zmanjšan apetit, odklanjanje hrane in tekočin z dehidracijo, srčno, respiratorno in ledvično odpoved ter težko požiranje. Znaki nevrološke disfunkcije pa so: zožena zavest in zmanjšana sposobnost komunikacije.

Pogosti simptomi:

- Terminalno hropenje nastane zaradi akumulacije sekreta v dihalih zaradi izgube žrelnega refleksa.
- Dehidracija: v terminalni fazi bolniki prenehajo piti, kar je pogost vzrok za skrbljenosti svojcev. V obdobju umiranja parenteralna rehidracija praviloma ni koristna. Rehidracija povzroča bruhanje in slabost. Dehidriranost pa stimulira sproščanje endorfinov, kar izboljšuje počutje bolnika.
- Nevrološka disfunkcija je posledica multiplih, sočasnih, ireverzibilnih dejavnikov, ki prizadenejo živčni sistem. Glede na prizadetost nevrološkega sistema obstajata dve »poti do smrti«; dva vzorca:
 - »Običajna« pot: pojevanje zavesti, nepremagljiv spanec, ki vodi v koma in smrt. Globoka koma je ekvivalentna popolni anesteziji, kornealni refleksi ni izživeni.
 - »Težka« pot: agitiranost bolnika (zmedenost, nemir, razdražljivost). Ta klinični sindrom imenujemo terminalni delirij.

Cilj oskrbe bolnika v terminalnem obdobju ni več kakovost življenja, ampak kakovost umiranja in skrb za stiske oskrbovalcev. Paliativni pristopi v zgodnejših obdobjih oskrbe so v terminalnem obdobju neustrezni. Glede uporabe zdravil velja, da ukinemo vsa nepotrebna zdravila in ohranimo vsa ključna zdravila za obvladovanje prisotnih simptomov. Spremenimo pot vnosa zdravil, vsa zdravila dajemo subkutano.

Pomembna klinična večšina je prepoznavna umiranja (kriteriji diagnoze umiranja). Uporaba klinične poti za oskrbo umirajočega, klinična pot po Liverpoolskem modelu, zagotavlja ustrezno fizično, čustveno in duhovno oskrbo umirajočega in svojcev.

Kdo oskrbuje bolnika in kje

Celostno oskrbo takih bolnikov, s tako raznoliko in široko paleto potreb, lahko zagotovi samo skupina različnih strokovnjakov (multiprofesionalni tim), ki ga sestavljajo zdravnik, medicinske sestre, psihoterapevti, socialni delavci. Enakovredni člani paliativnega tima so še prostovoljci, duhovni spremljevalec, svojci in bolnik.

Paliativna oskrba je individualna; način oskrbe, sestava tima in strokovna usposobljenost članov tima so prilagojeni stanju bolezni in odločitvam posameznega bolnika.

Paliativna oskrba je neprekinjena oskrba do smrti in se izvaja v zdravstvenih ustanovah, hospicih, v domovih za ostarele in na bolnikovem domu.

Paliativna oskrba je sestavni del zdravstvenega sistema. Glede na strokovno usposobljenost izvajalcev se deli na osnovno in specialistično oskrbo.

Zaključek

Več kot polovica bolnikov z rakom ima še vedno neozdravljivo bolezen, zato se zdravniki in zdravstveni delavci pri svojem vsakdanjem delu srečujemo s simptomi in stiskami neozdravljive bolezni, umiranjem in smrtjo.

Aktivna celostna oskrba bolnikov v zadnjem obdobju življenja je enako pomembna in strokovno zahtevna kot skrb v času zdravljenja.

Paliativna oskrba s paliativno medicino je dosegla velik razvoj in predstavlja zahtevno vejo medicine. Dolžnost zdravnika in zdravstvenih delavcev je, da osvojijo ustrezna specialna znanja in veščine iz paliativne medicine in paliativne oskrbe, s stalnim nadgrajevanjem znanja.

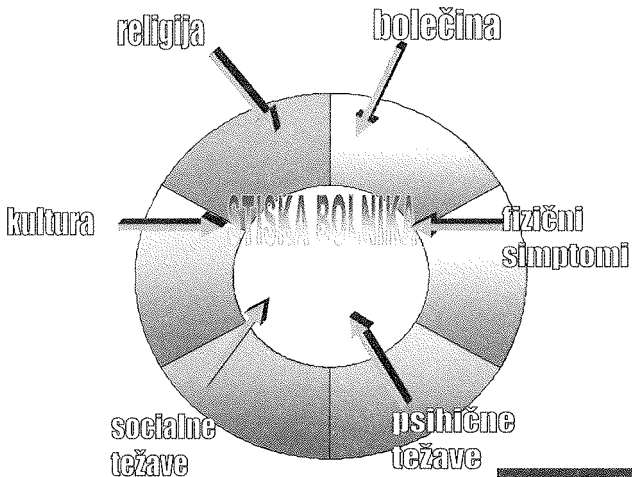
Za učinkovito obravnavo vsakega sindroma ali simptoma napredovale bolezni moramo poznati in razumeti vzrok nastanka, njegovo patofiziologijo in ustrezno medikamentozno ter ostalo zdravljenje. Za pravilne odločitve v obravnavi je ključna pravilna ocena preživetja, v pomoč so nam obstoječi napovedni dejavniki preživetja. V času umiranja so patofiziološke spremembe še bolj zapletene in mnogotere, z značilnimi simptomi, ki omogočajo prepoznavo umiranja. Diagnoza umiranja je pomembna, ker se oskrba in cilji paliativne oskrbe v času umiranja spremenijo; namesto kakovosti življenja skrbimo za kakovost umiranja. V tem času nam je dana ena sama priložnost za pravilne postopke. Odločitve so odvisne od našega znanja, veščin in iznajdljivosti, popravni izpit ni možen. Oskrba umirajočega pomeni strokovni in osebni izziv.

Viri in literatura

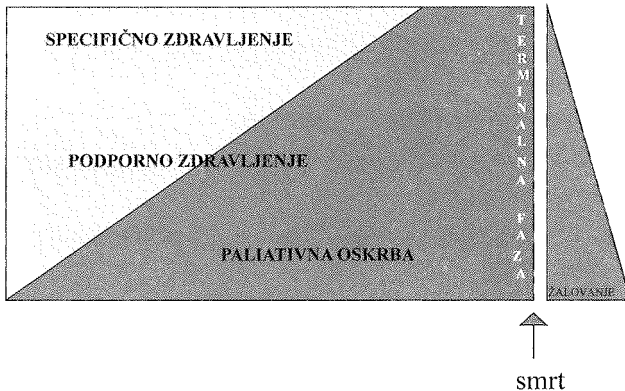
1. Benedik J., Červek J., Gugić Kevo J. in ostali. Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2008
2. Glare P, Sinclair C., Downing M., Stone P, Maltoni M., Viganò A. Predicting survival in patients with advanced disease. Eur J Cancer 2008; 44: 1146-1156
3. Gripp S., Moeller S., Bölke, Schmitt G., Matuschek C. et al. Survival Prediction in Terminally ill Cancer Patients by Clinical Estimates, Laboratory Tests and Self-Rated Anxiety and Depression. J Clin Oncol 2007; 25: 3313-3320

4. Homsí J., Luong D. Symptoms and Survival in patients with Advanced Disease. *J Palliat Med* 2007; 10: 904-909
5. Plonk, WM, Arnold RM. Palliative Terminal Care: The Last Weeks of Life. *J Palliat Med* 2005; 8: 1042-1054
6. Sykes N. End of life issues. *Eur J Cancer* 2008; 44: 1157-1162

Medsebojna odvisnost simptomov



Obdobja v poteku bolezni



Simptome raka povzročajo:

- lokalna rast,
- biološko aktivne snovi in metaboliti,
- stranski učinki zdravil in zdravljenja,
- spremljajoče bolezni,
- psihosocialne težave.



OBDOBJE UMIRANJE - NAJPOGOSTEJŠI SIMPTOMI in SPREMEMBE:

- splošna oslabeledost,
- odklanjanje hrane in tekočin,
- možganska in nevrološka disfunkcija (obsmrtni nemir),
- terminalno hropenje (oslabeledost obrambnih refleksov),
- odpoved vitalnih organov (težko dihanje, anurija, motena cirkulacija),
- bolečina.

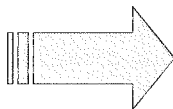


ZDRAVLJENJE IN OSKRBA V TERMINALNEM OBDOBJU

- Omiliti simptome, preprečiti nastanek novih.
- Opustitev nepotrebnih zdravil.
- Ohranitev zdravil za obvladovanje simptomov.
- Vnos zdravil: subkutano.
- Spremembe zdravljenja: informacija bolniku in svojcem.

Obravnavanje simptomov

SIMPTOM



ugotovimo
opredelimo
stopenjsko
ocenimo
zapišemo
spremljamo

PREHRANJEVANJE IN NADOMEŠČANJE TEKOČIN PRI UMIRAJOČEM BOLNIKU

Branko Zakotnik

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Kljub napredku v zdravljenju še vedno lahko pričakujemo, da bo skoraj polovica bolnikov, ki za rakom zbolijo, zaradi raka tudi umrla. Pomembno izhodišče za ravnanje z umirajočim bolnikom je, da je **skrb za bolnika v zadnjih tednih življenja enako pomembna kot skrb v času zdravljenja**. V tem občutljivem času je treba ravnati enako strokovno z namenom, da bolniku čimbolj koristimo in mu z nepotrebniimi ukrepi ne škodimo. Več je podatkov, da z umetnim prehranjevanjem in hidracijo tem bolnikom škodimo. Poznati moramo principe, kdaj terapijo odtegnemo ali je ne uvajamo. Odločitev, da pri umirajočem bolniku umetnega prehranjevanja/hidracije ne izvajamo, **NI** evtanazija ali asistiran samomor.

Uvod

Rojstvo in smrt sta dogodka, ki vsekakor najbolj označujeta naše življenje. Prav je, da je rojstvu posvečena vsa strokovna skrb z namenom, da vse poteka brez zapletov, vendar moramo priznati, da je bila strokovna skrb, namenjena umiranju in smrti zanemarjena, saj celo tovrstna specializacija (paliativna oskrba) ni priznana v vrsti držav, med drugim tudi v Sloveniji ne. Paliativna oskrba ob koncu življenja ni namenjena samo bolnikom z rakom, vendar se je vedenje o principih paliativne oskrbe razvijalo v veliki večini pri teh bolnikih.

Kljub napredku v zdravljenju še vedno lahko pričakujemo, da bo skoraj polovica bolnikov, ki za rakom zbolijo, zaradi raka tudi umrla. Podatki za Slovenijo to potrjujejo, leta 2005 je zaradi raka zbolelo 10.625 bolnikov, število smrti zaradi raka pa je bilo 5.075. Podatkov o tem, kaj se je pri teh bolnikih dogajalo, kakšni so bili ob tem problemi za bolnike in svojce, nimamo. Če ne poznamo problemov, jih ne moremo reševati in stanja ne moremo izboljšati, saj probleme rešujemo vedno znova na originalen način.

Pomembno izhodišče za ravnanje z umirajočim bolnikom je, da je **skrb za bolnika v zadnjih tednih življenja enako pomembna kot skrb v času zdravljenja**. V tem občutljivem času je treba ravnati enako strokovno z namenom, da bolniku čimbolj koristimo in mu z nepotrebniimi ukrepi ne škodimo. Poznati moramo principe, kdaj terapijo odtegnemo ali je ne uvajamo. Če te princi-

pe poznamo, lažje pomagamo bolniku in družini osvetliti njihove vrednote pri odločitvah o ukrepih (zdravljenju), ki podaljšujejo življenje, razjasnitvi zmotnih predstav, ciljih zdravljenja in zdravstvene nege, sprejemanju pomembnih odločitev, razpravah o alternativnih možnostih, vključno s paliativno oskrbo.

Delo v tem občutljivem času obravnave bolnika in svojcev, ki je bistveno bolj zahtevno kot v času zdravljenja, zahteva znanje in timsko obravnavo, saj se močno prepletajo medicinski, socialni in drugi problemi. Kljub temu se ravnamo po zastavljenih smernicah (o tem več v drugih prispevkih) in naši ukrepi morajo biti podprti z dokazi. Zaradi boljše strokovnosti je zato pomembno, da se dokumentirajo odločitve bolnika in svojcev ter terapevtski ukrepi, da se vključijo in natančno informirajo vsi drugi člani zdravstvenega tima in da se bolniku in svojcem zagotovi varnost in trajna skrb.

Kaj nas bega pri odločitvah ob koncu življenja?

- Legalno se zahteva, da “naredimo vse”?
- Ali je odtegnitev ali ne-uvajanje zdravljenja evtanazija?
- Ali usmrtimo bolnika s tem, ko ga umetno ne hranimo in/ali hidriramo, ne dovajamo kisika, zdravimo bolečino z velikimi odmerki analgetikov?

Vsa vprašanja odražajo strah, da ne bi bolniku skrajšali življenja, manj se sprašujemo o kvaliteti življenja in podaljševanju trpljenja tako bolnika kot svojcev. Odločitev je seveda težka, zato se moramo z bolnikom in svojci v miru in natančno o tem pogovoriti. Za tak razgovor moramo poznati potek bolezni in možnosti zdravljenja, za razgovor zagotovimo primerno okolje, vprašamo bolnika in družinske člane, kakšno je njihovo razumevanje situacije, razpravljamo o splošnih ciljih oskrbe, prikažemo vsebino problema za diskusijo, razpravljamo o možnostih in preferencah specifičnih zdravljenj, odzovemo se na čustvene reakcije in napravimo plan ukrepov.

Če skupaj sprejmemo odločitev, da življenja ne podaljšujemo, se ukrepom, ki lahko podaljšujejo ali vzdržujejo življenje, izogibamo. Ti ukrepi so: reanimacija, intubacija in ventilacija, kirurški posegi, dializa, transfuzije krvi in krvnih produktov, diagnostični posegi, **umetno prehranjevanje in hidracija**, antibiotiki, druga zdravljenja in napotitve v bolnišnico in intenzivne enote.

V prispevku želim podati nekaj dejstev v zvezi s prehranjevanjem in dovanjem tekočin (hidracija), ki bodo morda v pomoč pri težkih odločitvah pri našem delu z umirajočimi bolniki.

Anoreksija/kaheksija

Ko pri bolnikih z rakom bolezen napreduje, se velikokrat srečujemo z močno apetita in s tem povezanim izgubljanjem teže. Govorimo o anoreksiji in kaheksiji. Patofiziološka dogajanja pri anoreksiji in kaheksiji temeljijo na mehanizmih kroničnega vnetja, metabolnih spremembah, lipolitičnih/proteolitičnih substancah, hormonskih spremembah, vplivu neurotransmiterjev in citokinov na hipotalamus. Najučinkovitejše zdravljenje oziroma preprečeva-

nje anoreksije/kaheksije je, da odstranimo možne reverzibilne vzroke. Poleg osnovne bolezni so to še: psihološki dejavniki, mukozitis, slabost/bruhanje, zaprtost, zgodnja sitost, malabsorbcija, bolečina, endokrini vzroki, sočasne druge bolezni, socialno/ekonomski vzroki. Na anoreksijo/kaheksijo torej lahko vplivamo tako, da zdravimo reverzibilne vzroke, bolniku nudimo podporo z obrazložljivo mehanizmov in vzrokov anoreksije/kaheksije, svetujemo mu najljubše jedi in prehranske dodatke, ki bolniku ne povzročajo dodatnega neugodja. Izogibati pa se moramo ukrepov, ki dokazano ne delujejo, to je prehranjevanje (enteralno ali parenteralno), ki lahko povzroča slabost/bruhanje, ne zmanjšuje trpljenja, ne podaljšuje življenja in ne zmanjša možnost infekcij. Anoreksija je lahko zaščitna, saj zmanjšuje možnost aspiracije in pljučnice.

Medikamenti, ki jih uporabljamo pri bolnikih s kaheksijo v zadnjih tednih življenja, nimajo koristi! V fazi paliativne oskrbe, o kateri danes ne govorimo, pa na kaheksijo/anoreksijo dokazano delujejo kortikosteroidi in megestrol acetat (pozor, sopojavi, indikacije!), še v kliničnih raziskavah in ne še trdno dokazani pa se uporabljajo: anabolni steroidi, omega-3 maščobne kisline, aminokisline, nesteroidni antirevmatik, multivitamini in telesna dejavnost.

Dehidracija

Posledica nezadostnega vnosa in/ali prekomernega izgubljanje tekoči je dehidracija – izsušenost. Posledice dehidracije pa so: oslabelost, zmanjšanje perfuzije tkiv, padec tlaka in nevrološke disfunkcije. V fazi umiranja je ukrep, ki je najbolj ustrezen, če je možen, peroralno nadomeščanje tekočin. Umetna hidracija ne izboljša težav s suhimi usti pri umirajočem bolniku, bolj na to vplivata vlaženje ustnic in nega ust. Zaradi strahu pred dehidracijo in žejo je treba družinske člane ali skrbnike opomniti, da dehidracija ne povzroča trpljenja in da lahko deluje kot zaščita. Parenteralne tekočine so lahko škodljive, lahko povzročajo preobremenitev s tekočinami, težko dihanje – dispnoe, kašelj, povečano sekrecijo, oteklino – edem, izliv v trebušno votlino – ascites, izliv v prsno votlino – plevralen izliv, slabost in bruhanje. Pozorni pa moramo biti, da primerno skrbimo za sluznice in veznice!

Umetno prehranjevanje in hidracija

Ker sta hrana in voda simbola življenja in oskrbe bolnih, je diskusija o nehranjenju in nenadomeščanju tekočin zelo težavna. Slabo počutje in izguba teže (anoreksija/kaheksija) ter dehidracija simbolizirata bližajočo se smrt, pojavlja se strah bolnika in/ali svojcev pred predajo, porazom. Želijo narediti vse (umetna prehrana/hidracija), da bi to preprečili. Pri veliki večini bolnikov slej ko prej pridemo do vprašanja o umetnem prehranjevanju in hidraciji. Vprašanje je izredno težko in velikokrat se v praksi ne ravnamo vedno v korist bolnika, čeprav ostajamo v teh najtežjih trenutkih za bolnika ponavadi njegov edini zago-

vornik. Samo da osvežim spomin na Hipokrata – vedno bom deloval v korist bolnika! Škodljive učinke umetnega prehranjevanja in hidracije sem že naštel, zato si pogledajmo, kakšne so koristi, etične in druge dileme, ki na to odločitev vplivajo. Pri vsakem bolniku je treba individualno postaviti vse te dejavnike na tehtnico, pozabiti na pretirana čustva in se racionalno odločili v korist bolnika, kot nam veleva Hipokratova prisega.

Umetno prehranjevanje in hidracija je dovajanje hrane in tekočin preko:

- nazogastrične sonde,
- gastrostome,
- jejunostome,
- parenteralno (i.v., s.c. za dovajanje tekočin).

Koristi umetnega prehranjevanja in hidracije – psihološke koristi za svojce in skrbnike, redkeje za bolnike:

- videz ohranjanja življenja,
- ohranjanje upanja na morebitno izboljšanje,
- izogibanje krivdi, da odtegujemo ali ukinjamo umetno prehrano/hidracijo,
- lahko olajša skrbniku napor, ki ga nosi časovno zamudno prehranjevanje/hidracija per os.

Etične dileme, s katerimi se srečujemo:

- Ker predstavlja umetno prehranjevanje/hidracija povečano tveganje za bolnike v zadnjih tednih življenja, jim tega nimamo pravice svetovati.
- Umetno prehranjevanje ni “nega bolnika”, temveč terapevtski poseg, kot so drugi posegi v medicini, zato je treba dobrobiti in tveganja bolniku razložiti za pridobitev informiranega pristanka.
- Odločitev, da se ne odločimo ali ukinemo umetno prehranjevanje/hidracijo, **Ni evtanazija** (aplikacija zdravila/posega, ki povzroči smrt bolnika) ali **asistirani samomor** (omogočiti bolniku dostop do zdravila/posega, ki povzroči smrt).

Kulturne/verske/socialne dileme:

- Prehranjevanje in pitje sta pomembna kulturna simbola, ki pomenita življenje in upanje. Odtegnitev hrane in vode je v nasprotju z normalnimi socialnimi vrednotami in svojci bodo pogosto to razumeli kot stradanje, evtanazijo ali umor.
- Večina ver sprejema smrt kot normalen pojav in priznava, da umetno prehranjevanje ni smiselno, ko je škoda večja od koristi. To ne velja za vse vere, zato je pri odločitvah treba upoštevati tudi ta aspekt.
- Tudi zdravniki in ostalo zdravstveno osebje imajo svoje kulturne in verske vrednote o pomenu prehrane/hidracije. Te vrednote je treba spoštovati,

vendar ne smemo dopustiti, da vplivajo na prikaz dobrobiti in tveganja umetnega prehranjevanja bolnikom in svojcem.

Zaključek

Skrb za bolnika v zadnjih tednih življenja je enako pomembna kot skrb v času zdravljenja. Ni dokazov, da z umetnim prehranjevanjem/hidracijo ob koncu življenja bolniku koristimo. Več je podatkov, da škodimo. Odločitev, da pri bolniku umetnega prehranjevanja/hidracije ne izvajamo, **NI** evtanazija ali asistiran samomor.

Tako za izvajanje kot opustitev umetnega prehranjevanja/hidracije je potreben informiran pristanelek bolnika (če je ta opravilno sposoben) in/ali svojcev.

Viri in literatura

1. Characterization of a cancer cachectic factor. Todorov P, Cariuk P, McDevitt T, et al. *Nature*, 1996, Feb 22;379(6567):739-42
2. Purification and characterization of a tumor lipid-mobilizing factor. Todorov P, Todorov PT, McDevitt TM, Meyer DJ, et al. *Cancer Research*, 1998. Jun 1;58(11):2353-8.
3. Minireview: From anorexia to obesity--the yin and yang of body weight control. Zigman JM, Elmquist JK.. *Endocrinology*, 2003. Sep;144(9):3749-56
4. Inflammation and cancer: back to Virchow? Balkwill F, Mantovani A. *Lancet*, 2001. Feb 17;357(9255):539-45.
5. Effect of a protein and energy dense N-3 fatty acid enriched oral supplement on loss of weight and lean tissue in cancer cachexia: a randomised double blind trial. Fearon KC, Von Meyenfeldt MF, Moses AG,, et al. *Gut*, 2003. Oct;52(10):1479-86
6. A prospective randomized study of megestrol acetate and ibuprofen in gastrointestinal cancer patients with weight loss. McMillan DC, Wigmore SJ, Fearon KC et al. *Br J Ca*, 1999. Feb;79(3-4):495-500.
7. Therapy insight: Cancer anorexia-cachexia syndrome--when all you can eat is yourself., Laviano A, Meguid MM, Inui A et al. *Nat Clin Pract Oncol*. 2005 Mar;2(3):158-65

IZHODIŠČA

- **Skrb za bolnika v zadnjih tednih življenja je enako pomembna kot skrb v času zdravljenja.**
- Bolniku čimbolj koristimo in mu z nepotrebnimi ukrepi ne škodimo.
- Poznati moramo principe, kdaj terapijo odtegnemo ali je ne uvajamo.



Anoreksija/kaheksija - ocena stanja: reverzibilni vzroki

- Psihološki dejavniki
- Mukozitis
- Nausea/bruhanje
- Zaprtost
- Malabsorbcija
- Bolečina
- Endokrini vzroki
- Sočasne druge bolezni
- Socialno/ekonomski vzroki



Anoreksija/kaheksija

Ukrepi:

- Zdravimo reverzibilne vzroke
- Edukacija, podpora
- Najljubše jedi/dodatki/svetovanje

Kaj ne deluje:

- Prehranjevanje (enteralno ali parenteralno):
 - Lahko povzroča slabost/bruhanje, anoreksija lahko zaščitna
 - Možnost aspiracije, pljučnice
 - Ne zmanjšuje trpljenja
 - Ne podaljšuje življenja, ne zmanjša možnost infekcij

ACP. *Ann Int Med*, 1989.
Ovesen. *J Clin Oncol*, 1993.



Dehidracija

- **Posledice**
 - Oslabelost, zmanjšanje perfuzije tkiv, tlaka, nevrološke disfunkcije
 - Suha usta
- **Ukrepi**
 - Peroralno nadomeščanje tekočin
 - Umetna hidracija ne izboljša težav s suhimi usti pri umirajočem bolniku
 - Vlaženje ustnic in nega ust!
- **Opomniti družinske člane, skrbnike**
 - Dehidracija ne povzroča trpljenja
 - Dehidracija lahko deluje kot zaščita
- **Parenteralne tekočine so lahko škodljive**
 - Preobremenitev s tekočinami, dispnoe, kašelj, povečana sekrecija, edem, ascites, plevralni izliv, slabost/bruhanje

Pozor – skrb za sluznice in veznice!



Umetno prehranjevanje in hidracija (UPH)

Definicija

- UPH - dovajanje hrane in tekočin preko:
 - Nazogastrične sonde
 - Gastrostome
 - Jejunostome
 - Parenteralno (i.v., s.c. za dovajanje tekočin)



Zaključek

- **Skrb za bolnika v zadnjih tednih življenja je enako pomembna kot skrb v času zdravljenja.**
- Ni dokazov, da z UPH ob koncu življenja bolniku koristimo. Več je podatkov, da škodimo.
- Povečano tveganje za zaplete -> tega nimamo pravice svetovati.
- Odločitev, da UPH ne izvajamo, Ni evtanazija ali asistiran samomor.
- Tako za izvajanje kot opustitev UPH je potreben informiran pristanek bolnika (če je ta opravično sposoben) in/ali svojcev.



MOTNJE V DELOVANJU PLJUČ, SRCA IN LEDVIC V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA

Mirjana Rajer

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Kljub napredkom pri zdravljenju ostaja umrljivost bolnikov z rakom še vedno visoka, zato je obravnava bolnikov ob koncu življenja nepogrešljiv člen v verigi onkološkega zdravljenja. Cilj paliativne oskrbe je ublažiti simptome in izboljšati kakovost življenja in umiranja bolnikov s smrtonosno boleznijo. Za ustrezno obravnavo teh bolnikov je pomembno, da znamo znake bližajoče se smrti prepoznati ter ob tem ustrezno ukrepati. V prispevku bodo prikazani znaki odpovedovanja pljuč, srca in ledvic pred smrtjo. Poudarek bo predvsem na dispneji, saj je to pogost, za bolnike in njihove svojce zelo mučen simptom. Pogoste napake pri zdravljenju teh bolnikov so pretirana uporaba nepotrebnih diagnostičnih metod in neustrezno lajšanje simptomov.

Definicija dispneje

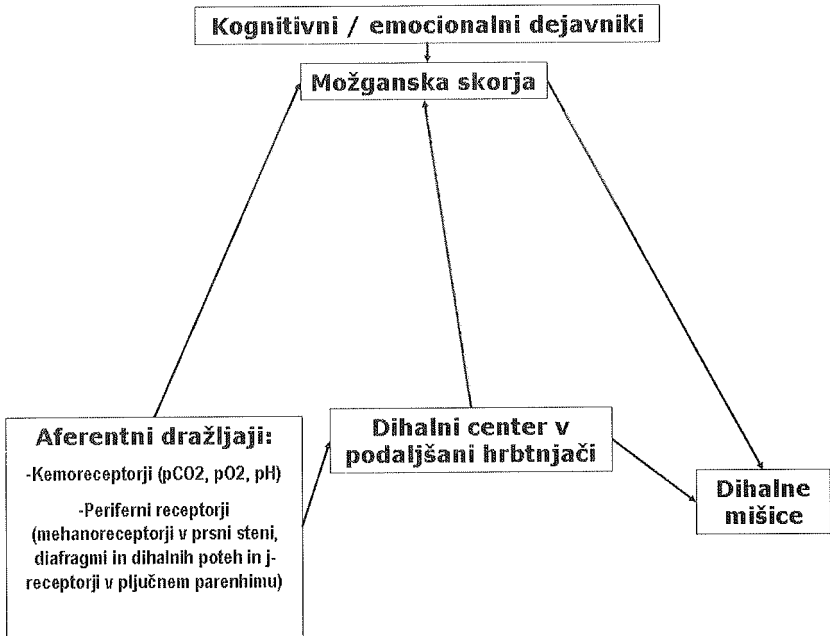
Dispneja (beseda izvira iz grške besede dyspnoea) je subjektiven občutek težkega dihanja. Dispnejo imenujemo tudi »težka sapa« ali »dušenje«. Pojavi se ob neskladju med zaznano potrebo po dihanju in zmožnostjo dihanja. Nastane zaradi interakcij med fiziološkimi, psihološkimi, socialnimi in okoljskimi dejavniki. Akutne napade težkega dihanja pogosto spremljajo tesnoba, strah, panični napad in strah pred smrtjo.

Epidemiologija in etiologija

Dispneja je pogost simptom pri umirajočih bolnikih. Podatki iz literature kažejo, da ima občutek težkega dihanja šest tednov pred smrtjo 70 % vseh onkoloških bolnikov in kar 90 % bolnikov s pljučnim rakom. Vzroki za dispnejo so različni: bronhialna zapora (npr. tumorska zapora, vnetje), kongestija (npr. pljučnica), konsolidacija pljučnega tkiva zaradi tumorja, obstrukcija pljučnih žil, okužba, dvignjena trebušna prepona (npr. zaradi ascitesa ali jetrnih metastaz), plevralni izliv, limfatična karcinomatoza pljuč ter ostalo (npr. anemija, anksioznost). Dispneja pri onkoloških bolnikih ni vedno povezana z boleznijo srca ali pljuč, pri četrtini bolnikov pravega vzroka zanjo ne moremo določiti.

Patofiziologija dispneje

Dihanje poteka pod kontrolo dihalnega centra v podaljšani hrbtenjači, nanj pa lahko tudi zavestno vplivamo preko možganske skorje. Slika 1 nam prikazuje fiziološke mehanizme uravnavanja dihanja.



Slika 1. Shematski prikaz neuro-anatomskega sistema, vključenega v kontrolo dihanja.

Dispneja nastane zaradi disociacije med centralno respiratorno motorno aktivnostjo in informacijami, ki prihajajo iz receptorjev v pljučih, prsni steni in dihalnih poteh. Patofiziološke mehanizme dispneje lahko razdelimo na tiste, ki nastanejo zaradi povečane potrebe po ventilaciji (npr. stimulacija kemoreceptorjev), povečanega dihalnega dela (npr. srčna odpoved ali plevralni izliv), slabega mehanskega odgovora na potrebe po dihanju (npr. kaheksija) in kombinacije teh mehanizmov. Pri nastanku in stopnji dispneje so pomembni tudi psihološki dejavniki, saj je znano, da dispneja povzroči povečanje anksioznosti, lahko pa je tudi obratno.

Obravnavanje bolnika z dispnejo

Dispneja je subjektiven občutek, zato jo najbolje ovrednoti bolnik sam. Pri tem lahko uporabljamo vizualne ali linearno analogne lestvice za oceno stopnje težkega dihanja. Objektivne meritve (zasičenost krvi s kisikom, frekvenca di-

hanja, plinska analiza arterijske krvi itd.) so pri obravnavi umirajočega bolnika velikokrat nepotrebne.

Glavni cilj obravnave umirajočega bolnika z dispnejo je, da mu **zmanjšamo občutek težkega dihanja**. Pri tem imamo na voljo farmakološke in nefarmakološke ukrepe.

- Nefarmakološki ukrepi

1. Kisik:

Lahko pomaga zmanjšati subjektivno stisko zaradi težkega dihanja, ni pa vedno učinkovit. Uporabimo ga glede na »terapevtski poskus«. Bolniku kisik ponudimo in s terapijo nadaljujemo, v kolikor bolnik čuti olajšanje, v nasprotnem primeru ne. Pri umirajočih bolnikih je za dovajanje kisika bolje uporabiti nosni kateter kakor obrazno masko.

2. Ostali nefarmakološki ukrepi:

- Sprememba položaja bolnika: dvig vzglavja, sedeči položaj.
- Povečanje pretoka zraka: odprtje okna, vrat, ventilator.
- Tehnike sproščanja in distrakcija.
- Vlaženje zraka: še posebej pri bolnikih z zelo motečim kašljem.
- Ostali ukrepi: omejimo število oseb v bolnikovi sobi, zmanjšamo temperaturo v prostoru, bolnik naj ima prost pogled na okolico, poučimo in podpiramo svojece.

- Farmakološki ukrepi

1. Opiati:

Opiati učinkovito lajšajo dispnejo, kar so dokazali s kliničnimi raziskavami. Opiatne receptorje najdemo tako periferno v dihalnih poteh, kakor tudi centralno v kortikalnih centrih. Prav preko teh centralnih receptorjev naj bi opiat zmanjševali občutek težkega dihanja. Zdravljenje z opiatu uporabimo, ko bolnik občuti hudo pomanjkanje zraka ali hud napor pri dihanju. Najprimernejši je morfij, pomagajo pa vsi. Začetni odmerek je 2,5-5 mg i.v. ali s.c. Ponavljamo na 5 min (i.v.) ali 15 minut (s.c.) do izboljšanja. Nadaljevalni odmerek je 2,5-5 mg s.c. na 4 ure, ob prebijajoči dispneji 2,5 mg s.c. na 1 uro. V Sloveniji so na voljo ampule (*Morphyni hydrochloridum razt. za inj. 20 mg/1 ml*). Morfine lahko dajemo tudi per os, in sicer v dozi 2,5-10 mg na 4 ure ter 2,5-5 mg na 1 uro ob prebijajoči dispneji (*Morfinske kapljice 1 gtt = 1 mg, Sevredol® tbl. 10 mg, 20 mg*). Pri bolnikih, ki že prejemajo opijate, je treba dozo povišati za 25 %. Razpršilci z opioidi niso učinkoviti.

2. Anksiolitiki:

Benzodiazepini aktivirajo inhibitorne GABA poti in pomagajo takrat, ko dispnejo spremlja močna anksiozna komponenta. Čeprav ni dokazov, da v monoterapiji zmanjšujejo občutek težkega dihanja, pa je kombinacija z opioidi

dokazano zelo učinkovita. Uporabimo jih, ko bolniki občutijo močan strah, imajo napad panike ali imajo občutek, da se bodo zadušili. Doza za i.v. ali s.c. aplikacijo je: 2-5 mg i.v. diazepam (*Apaurin® razt. za inj. 10 mg/2 ml*) na 5-10 min, nato 5-20 mg na 4 ure ali 1 mg i.v. lorazepam (*pri nas ni registrirane oblike za i.v. aplikacijo*) na 30 min do izboljšanja stanja ali 5-10 mg midazolama (*Dormicum® razt. za inj. 5mg/5ml ali 5mg/1ml ali Midazolam Torrex® 1mg/1ml, 2 mg/1ml ali 5 mg/ml*) v počasni i.v. injekciji. Doza za p.o. aplikacijo: 0,5-2,5 mg 2x dnevno lorazepam (*Lorsilan® tbl 1 mg, 2,5 mg, Loram® 2,5 mg*) (sublingvalno hitrejši začetek delovanja) ali 2-10 mg 2-3x dnevno diazepam (*Apaurin® tbl 2,5 mg, 5 mg, 10 mg*) ali 0,25-0,5 mg 3x dnevno alprazolam (*Helex® tbl, Xanax® tbl 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg*) (starejši 0,25 mg 2-3x dnevno) ali 7,5-15 mg na dan midazolam (*Dormicum® tbl 7,5 mg in 15 mg*).

3. Kortikosteroidi:

Uporabimo jih pri bronhospazmu, sindromu zgornje vene kave, tumorjih, ki zapirajo trahejo in povzročajo stridor, ter pri difuznih pljučnih metastazah in karcinomski limfangiozi. Doza za s.c., i.v. ali i.m. aplikacijo: 4-8 mg na dan deksametazona (*Dexamethason® razt za inj. 4 mg/1ml*). Doza za p.o. aplikacijo: 16-32 mg na dan metilprednizolona (*Medrol® tbl 4 mg, 16 mg, 32 mg*).

4. Sedativi:

Uporabimo jih pri zelo hudi obliki dispneje, ko so ostali ukrepi neučinkoviti. Paliativna sedacija je pri bolnikih z dispnejo le redko potrebna. Pri tem uporabimo Midazolam: 30-100 mg sc/24 ur ali 20-100 mg i.v./24 ur.

5. Zaviralci kašlja:

Vsi opiat zavirajo kašelj centralno. Uporabimo lahko tudi lokalni anestetik v inhalacijah: 2 ml 2-% lidokain.

Terminalno hropenje

Terminalno hropenje je glasen hropeč zvok, ki spremlja dihanje pri umirajočem bolniku. Nastane zaradi zastajanja slin in traheobronhialnih izločkov v žrelu in sapniku pri oslabeledih bolnikih z zoženo zavestjo. Izločki se pomikajo gor in dol ob vdihu in izdihu, kar povzroča značilen hropeč zvok. Razvije se pri približno polovici umirajočih bolnikov in v povprečju nastopi 16-21 ur pred smrtjo. Pojav je nemoteč za bolnika, vendar zelo obremenjujoč za svojce.

Infuzija antiholinergikov zmanjša hropenje pri 50-80 % bolnikov, v ostalih primerih ni učinka zaradi spremljajočega infekta. Hropenje lahko zmanjšamo tudi s spremembo položaja bolnika (npr. bolnika za nekaj minut obrnemo na bok). Orofaringealna sukcija ni priporočljiva, saj z njo ne moremo odstraniti izločkov, ki so prisotni nižje v dihalnih poteh, pri bolniku pa lahko po nepotrebem sprožitju žrelne refleks in ga tako še dodatno vznemirimo. Najpomembnejši ukrep je pogovor s svojci, ta pojav jim je treba razložiti in jih pomiriti, da bolnik ne trpi.

Fiziološki znaki bližajoče se smrti - dihanje

Sprememba v frekvenci, ritmu in vzorcu dihanja. Pojavljajo se obdobja apneje, Chayne-Stocksovega dihanja (izmenjujoča se obdobja apneje in izjemno globokih vdihov). Lahko se pojavi zvok, ki kaže na kongestijo v dihalnih poteh in t.i. »agonalno dihanje«. Zadnjih nekaj refleksnih vzdihljajev nakazuje smrt.

Motnje v delovanju srca in ledvic pri umirajočem bolniku

Z zmanjševanjem minutnega volumna in intravaskularnega volumna proti koncu življenja pride do znakov zmanjšane periferne perfuzije tkiv. Tahikardija, hipertenzija, ki ji sledi hipotenzija, periferno ohlajanje, periferna in centralna cianoza in livedo reticularis so normalni pojavi, ki spremljajo zmanjšano periferno perfuzijo. Zaradi zmanjšane prekrvavitve ledvic pride do zmanjšanega izločanja urina, tako sta oligurija in anurija običajni. Parenteralno dajanje tekočin tega »cirkulatornega ugašanja« ne more spremeniti.

Zaključki

Dispneja je pogost in mučen simptom pri umirajočih bolnikih. Bolnikom z dispnejo lahko pomagamo s farmakološkimi in nefarmakološkimi ukrepi. Kisik uporabljamo glede na »terapevtski preizkus« in ne samo na osnovi objektivnih meritev, saj je subjektiven občutek dispneje pomembnejši od objektivnih meritev. Dovajamo ga po nosnem katetru in ne po obrazni maski. Orofaringealna sukcija pri terminalnih bolnikih ni priporočljiva, saj je neučinkovita pri odstranjevanju izločkov ter za bolnika mučna.

Viri in literatura

1. Benedik J, Červek J, Červ J, Gugić Kevo J, Mavrič Z, Serša G et.al. Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi. Onkološki inštitut 2008.
2. Sykes N. End of life issues. *Eur J Cancer* 2008; 44: 1157-62.
3. Booth S, Moosavi SH, Higginson IJ. The etiology and management of intractable breathlessness in patients with advanced cancer: a systematic review of pharmacological therapy. *Natur Clin Pract* 2008; 5: 90-100.
4. Cachia E, Ahmedzai SH. Breathlessness in cancer patients. *Eur J Cancer* 2008; 44: 1116-23.
5. Elia G, Thomas J. The symptomatic relief of dyspnea. *Curr Oncol Rep.* 2008; 10: 319-25.
6. LeGrand SB, Walsh D. Palliative management of dyspnea in advanced cancer. *Cur Opin Oncol* 1999; 250-4.
7. Dudgeon DJ. Managing dyspnea and cough. *Hematol Oncol Clin N Am* 2002; 16: 557-77.

8. Emanuele LL, Ferris FD, von Gunten CF, Von Roenn J. EPEC-O: Education in palliative and end of life care for oncology. The EPEC Project™ Chicago, IL, 2005: M6-2-27.
9. Uronis HE, Currow DC, McCrory DC, Samsa GP, Abernethy AP. Oxygen for relief of dyspnoea in mildly or non hypoxaemic patients with cancer. *Br J Cancer* 2008; 98: 294-99.
10. Hipp B, Letizia M. Understanding and responding to the death rattle in dying patients. *Medsurg Nursing* 2009; 18: 17-21.

Dispneja je subjektiven občutek težkega dihanja. Pojavi se ob neskladju med zaznano potrebo po dihanju in zmožnostjo dihanja. Za bolnika in njegovo družino je eden najbolj mučnih simptomov!



Obravnavna bolnika z dispnejo ob koncu življenja



Fiziološki znaki bližajoče se smrti - dihanje

- Povečana frekvenca dihanja in nato zmanjšana.
- Plitvo in hitro dihanje.
- Spremembe v vzorcu in zvoku dihanja: apnea, Cheyne-Stokes, zvok, ki kaže na kongestijo v dihalni poti.
- Agonalno dihanje.
- Zadnjih nekaj refleksnih vzdihljajev nakazuje smrt.



Fiziološki znaki bližajoče se smrti - srce

- Ko se zmanjšujeta minutni volumen in intravaskularni volumen, pride do znakov zmanjšane periferne perfuzije tkiv:
 - tahikardija,
 - hipertenzija, ki ji sledi hipotenzija,
 - periferno ohlajanje,
 - periferna in centralna cianoza,
 - sprememba barve kože in lisavost,
 - slabljenje pulza.



Fiziološki znaki bližajoče se smrti - ledvice

- Zmanjšana prekrvavitev ledvic privede do zmanjšanja izločanja urina, urin postaja temnejši.
- Oligurija in anurija sta normalni.
- Dodajanje parenteralne hidracije ne spremeni poteka cirkulatornega kolapsa.



Zaključki

- Subjektivni občutek dispneje je pomembnejši od objektivnih meritev.
- Bolnikom pomagamo s farmakološkimi in NEFARMAKOLOŠKIMI ukrepi.
- Kisik uporabljamo glede na “terapevtski poizkus” in ne glede na objektivne meritve.
- Nosni kateter ima prednost pred obrazno masko.



DELIRIJ V PALIATIVNI MEDICINI

Neprepoznani sopotnik ob koncu življenja

Jernej Benedik

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Delirij je definiran kot spremenjena stopnja zavesti in pozornosti. Vključuje širok razpon simptomov, od čezmerne zaspanosti do agitiranega haluciniranja. Čeprav gre za učinke več dejavnikov na isti sistem (živčevje), bi težko govorili le o enem kliničnem stanju. Delirij se pojavi pri skoraj vseh bolnikih v terminalni fazi in je pogosto spregledan. Napačno razlaganje (zamenjevanje za bolečino) in zdravljenje bolnikovih simptomov ga lahko še poslabšata (predoziranje zdravil). Vzroki so številni in največkrat prepleteni. Diferencialna diagnoza pogosto terja dodaten napor za razločevanje med podobnimi stanji. Zdravljenje vključuje nefarmakološke in farmakološke ukrepe, s katerimi želimo bolnika znova orientirati, če je to smiselno, predvsem pa ublažiti prestrašenost in stisko, izboljšati spanje, v skrajnem primeru pa ga uspavati.

Uvod

Delirij je opredeljen kot zmanjšana stopnja zavesti, nesposobnost usmerjanja, vzdrževanja ali spremembe pozornosti, motnje v mišljenju in zaznavanju. Ostaja najpogostejša nevropsihiatrična motnja bolnikov v terminalni fazi bolezn. Predstavlja tudi simptom, ki je v paliativni medicini najpogosteje povezan s preživetjem, krajšim od enega meseca. Lahko pomeni težko etično dilemo, ker lahko odločilno vpliva na nadaljnje zdravljenje.

Običajno se razvije v kratkem časovnem obdobju – v urah ali dnevu – in čez dan lahko niha. Lahko je reverzibilen – z zdravljenjem ali brez njega – ali pa ireverzibilen, lahko je le epizoda ali pa traja dalj časa (dneve, tedne). Delirij z agitacijo je lahko prvi glasnik “težke poti” umiranja (diagram 1).

Ločimo tri klinične podtipe:

- hipoaktivni,
- mešani,
- hiperaktivni tip.

Za hipoaktivni delirij je značilno, da so bolniki zaspani, umaknjeni. Spremenjeno je stanje zavesti. Zelo težko ga je ugotoviti, zato je precej pogostejši, kot si

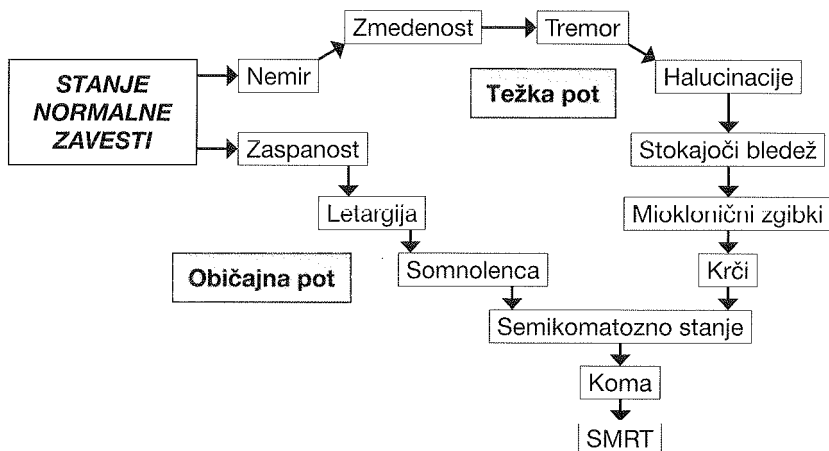


Diagram 1. Dve poti umiranja (povzeto po EPEC project, 2005, modul 6–9).

mislimo. Hitrost nastanka simptomov in motnje mišljenja sta ključni za razlikovanje od demence in depresije, s katerima ga lahko zamenjamo. Hiperaktivni delirij je povezan z vznemirjenostjo, agresivnostjo in motnjami zaznave (halucinacijami). Lahko posnema akutno psihozo. Za razlikovanje je zopet ključna hitrost nastanka simptomov (ni prodromov). Ta oblika je najpogosteje ugotovljena in zdravljena. Mešani delirij predstavlja kombinacijo simptomov obeh tipov.

Simptomi delirija se lahko spreminjajo in razlikujejo med različnimi bolniki, pa tudi pri enem bolniku. Simptomi so pogosto bolj izraženi proti večeru in ponoči.

Epidemiologija in dejavniki tveganja

V študijah ugotavljajo, da se pri bolnikih z rakom delirij pojavlja v 85 %, pri bolnikih v terminalni fazi pa lahko tudi v več kot 90 % primerov. Večina epidemioloških študij ima večje metodološke slabosti. Tudi merila in instrumenti za ugotavljanje delirija so se razvili šele v zadnjih desetletjih, zato je primerjava teh študij otežena. Ocenjevanje pojavljanja znakov delirija pri bolnikih je povezano z večjo pojavnostjo. Klinične izkušnje kažejo, da se blage oblike delirija pojavljajo pri vseh terminalno bolnih.

Na starejši populaciji je bil razvit in preizkušen klinični model, ki vključuje dejavnike tveganja za nastanek delirija, in dejavnike, ki povečajo bolnikovo ogroženost, da se delirij razvije. Ta model verjetno velja tudi za bolnike z rakom v terminalni fazi.

Dejavniki tveganja za nastanek delirija so višja starost, kognitivni primanjkljaj in teža bolezni. Številne raziskave so jasno pokazale, da je redno jemanje več različnih zdravil ogrožajoč dejavnik, prav tako so taki tudi razni iatrogeni posegi, ovirnice in podhranjenost.

Raziskave, ki so ocenjevale vlogo motenj vida in sluha, depresije, zlorabe alkohola, elektrolitskih motenj in dehidracije pri nastanku delirija, so imele heterogene rezultate; ti dejavniki lahko povečajo bolnikovo ogroženost za nastanek delirija.

Tudi zmanjšana vrednost albumina, kostni zasevki in hematološke maligne bolezni so se izkazali za ogrožajoče dejavnike, čeprav je verjetneje, da kažejo teže bolezni.

Najnovejše študije pri bolnikih z napredovalim rakom so pokazale, da so uporaba psihotropnih zdravil in okužbe zunaj dihal napovedni dejavniki za reverzibilnost delirija. Hipoksična encefalopatija je bila povezana z ireverzibilnostjo.

Etiologija

V različnih člankih je naštetih veliko različnih vzrokov za nastanek delirija (tabela 1). Iskanje vzroka za nastanek je težka naloga, ker je izvedba eksperimentalnih raziskav otežena iz etičnih in praktičnih razlogov. Maloštevilne študije, ki so raziskovale vzroke za nastanek delirija, so ugotovile, da gre najpogosteje za preplet številnih dejavnikov. Najpogostejši so hepato-renalna disfunkcija ter tekočinska in elektrolitska neravnotežja. Pri bolnikih s terminalno maligno boleznijo pa so najpogostejši dejavniki možganski zasevki, presnovne motnje, možganske krvavitve/infarkti, podhranjenost in zdravila (opioidi, benzodiazepini, kortikosteroidi, triciklični antidepresivi). Odtegnitev alkohola, nikotina in nekaterih psihoaktivnih zdravil lahko povzroči delirij. Za lažje pomnjenje si lahko pomagamo z naslednjim algoritmom:

D – drug

E – ethanol

L – liver impairment

I – infection

R – respiratory impairment

I – intracranial process

U – uremia

M – metabolic abnormalities

Hipoteza za razlago patofiziologije delirija je več. V patofiziološko dogajanje je vpletenih več sistemov (dopaminski in acetil-holinški, serotoninški, noradrenalinški, histaminski, GABA...), ki so vpeti v vzdrževanje zavesti in v normalen cikel budnosti in spanja, ter hipoksija možganov in s stresom povzročene hormonske spremembe (kortikosteroidi). V končni fazi gre za globalno motnjo delovanja možganov zaradi pomanjkljivega metabolizma v možganih. Anatomsko gledano gre najverjetneje za prizadetost prefrontalne skorje in talamusa, ki sta verjetno najbolj vpletena v motnje vedenja in mišljenja.

Tabela 1. Etiologija delirija.

Kategorija	Glavni vzrok
odpoved organa zdravila – <i>psihoaktivna</i> – <i>ostala</i>	srce, ledvice, jetra, pljuča benzodiazepini, antiholinergiki kortikosteroidi, opiodi, citostatiki, H ₂ -antagonisti
intrakranialni procesi okužbe presnovne motnje	zasevki, krvavitve sečila, dihala, drugo dehidracija, hipoksija, hiperkalcemija, hipoglikemija
odtegnitev drugo	alkohol, benzodiazepini, nikotin hipovitaminoze (B ₁₂ , tiamin, niacin), pireksija, zastajanje urina

Öcena bolnikovega stanja, diferencialna diagnoza

Za zgodnjo postavitev diagnoze je ključna uporaba različnih vprašalnikov. Z njimi skušamo oceniti spremembe v stopnji bolnikove zavesti (Ali je zaspan, se ga ne da zbuditi?), sposobnost usmerjanja, vzdrževanja ali spremembe pozornosti (Ali se lahko smiselno pogovarja, bere, izvede preprosta opravila?) in formalno urejenost mišljenja in zavedanja (Ali je orientiran, si zapomni pomembne stvari, ima prisluhe, privide?). Uporaba vprašalnikov, kakršna sta Kratek test zaznavnih sposobnosti in Memorial Delirium Assessment, izboljša prepoznavanje in oceno teže delirija. Pri mentalno urejenih bolnikih sta nenaden pojav opisanih sprememb in nihanje njihove izraznosti čez dan skoraj vedno znak delirija.

Diferencialna diagnoza vključuje demenco (ta se kaže z enakimi simptomi, je pa nastanek podaljšan (meseči) in zavest ni motena), anksioznost, depresijo, psihotična in manična stanja (za katera lahko izvemo iz anamneze) ter stanja s halucinacijami zaradi organskih vzrokov (ta so navadno monosimptomatska). Pri bolnikih z znano duševno boleznijo je dobrodošel posvet s psihiatrom, prav tako pri bolnikih, kjer stanje ostaja nerazjasnjeno.

Postavitev diagnoze delirija v onkologiji otežuje več dejavnikov (velika frekvenca bolnikov, nepoznavanje vseh simptomov, spreminjanje simptomov, težko ocenjevanje psiholoških simptomov, podcenjevanje obremenitve, ki jo delirij predstavlja za bolnika in svoje).

Številna vprašanja ostajajo neodgovorjena (npr. pogostnost uporabe vprašalnikov). Prav tako ni dokazov, ki bi podpirali rutinsko uporabo teh pomagal. Zelo pomemben pa ostaja premislek pred uporabo rutinskih preiskovalnih metod za odkrivanje možnih vzrokov delirija. Vedno je treba pretehtati, kakšno obremenitev predstavlja neka preiskava za bolnika in kakšna je morebitna korist.

Preprečevanje in zdravljenje

Pri uporabi nefarmakoloških ukrepov za preprečevanje delirija ni nedvoumnih dokazov o učinkovitosti. Priporočilo za njihovo uporabo temelji na izsledkih

treh sistematičnih preglednih raziskavah. Vključujejo ukrepe, ki pomagajo bolniku, da vzdržuje orientiranost, vsakodnevno rutino, zmanjšujejo anksioznost, omogočajo ustrezno sporazumevanje, mobilnost in varnost (tabela 2).

Tabela 2. Preprečevanje in zdravljenje delirija.

Nefarmakološki ukrepi	Primer
orientacija	ure, koledarji, namen sprejema v bolnico, seznanitev z osebjem in ukrepi
dehidracija	spodbujanje pitja
mobilizacija	protokoli za zgodnjo mobilizacijo
informacija	seznanitev bolnika in svojcev z naravo in zdravljenjem delirija
spanje	spalna higiena (topli napitki pred spanjem, masaža, sprostitvene tehnike)
okolje	stabilno okolje (soba, osebje), domačnost bolniške sobe
zaznava	slušni aparat, očala
Farmakološki ukrepi	
antipsihotiki	1. linija: haloperidol (Haldol®) 0,5–2 mg 2–3x/dan
	2. linija: olanzepin (Zyprexa Velotab®) 2,5–5 mg 1x/dan, risperdon (Risperdal®, Torendo Q-Tab®) 0,5 mg 2x/dan
kombinirano zdravljenje	haloperidol in lorazepam (Lorsilan®) 0,5–2 mg 3x/dan

Zdravljenje delirija je vedno usmerjeno k odkrivanju in odpravljanju možnih vzrokov. Pri odkrivanju je potrebna tehtna uporaba preiskovalnih metod, da ne bi še dodatno poslabšali stanje bolnika. Pri tem naj sodelujejo tudi svojci, ki morajo pogosto namesto bolnika podpisati privolitev za preiskavo.

Osnova farmakološkega zdravljenja je haloperidol v majhnih odmerkih (0,5–2 mg 2- do 3-krat na dan). Haloperidol je močan antagonist dopamina s šibkim anti-holinergičnim in sedativnim delovanjem. Kratka razpolovna doba, neaktivni presnovki in minimalni neželeni učinki na obtočila mu dajejo prednost pred drugimi zdravili. Uporabimo lahko tudi atipične antipsihotike (risperdon in olanzepin).

Pri vznemirjenih in agresivnih bolnikih v primeru neodzivnosti na večje odmerke haloperidola (5 mg 3-krat na dan) lahko dodamo še benzodiazepine s kratko razpolovno dobo in brez aktivnih presnovkov (lorazepam 0,5–2 mg 3-krat na dan). Sami benzodiazepini brez nevroleptikov lahko paradokсно še poslabšajo vznemirjenost. Primerni so le pri odtegnitvi in jetrni encefalopatiji. Apaurin zaradi dolge razpolovne dobe in aktivnih presnovkov ni primeren.

V redkih primerih je potrebna sedacija s kontinuirano podkožno infuzijo midazolama (1 mg na uro). Pomisliti je treba tudi na menjavanje opioidov (učinkovine brez aktivnih presnovkov, npr. buprenorfin – Transtec®).

Še vedno ni raziskav, na katere bi oprli zdravljenje delirija pri bolnikih s terminalno rakavo boleznijo, še posebno to velja za hipoaktivni delirij. Psihostimulansi lahko izboljšajo njegove simptome, vendar ni dovolj podatkov, da bi jih uporabljali rutinsko. Nekateri svetujejo majhne odmerke atipičnih nevroleptikov.

Komunikacija z nezavestnim bolnikom

Pogosto se svojci, ki so sicer zelo zadovoljni z onkološkim zdravljenjem, pritožijo, da niso vedeli, da bolnik umira, do tedaj, ko ni mogel več govoriti. Trpijo zaradi žalovanja in zaradi nekaterih nerešenih stvari v družini. Pogosto je zelo težko rešiti nasprotje med bolnikovim "bojem za življenje" in dejstvom, da bo brez nekega izjemnega dogodka kmalu umrl. Svojcem in bolnikom je treba omogočiti, da rešijo medsebojne odnose pred bolnikovo smrtjo. To je zelo pomembno, ker se zaradi zoženja zavesti zmanjšujejo bolnikove možnosti komunikacije, kar je hudo breme za svojce. Ravno v zadnjih urah življenja bi najbolj potrebovali stik z najdražjim. Stopnja tega bremena je največkrat obratno sorazmerna z vnaprejšnjimi pripravami svojcev (in bolnika) na ta dogodek in z načrtovanjem ukrepov v zvezi z njim.

Trenutno ni znano, koliko nezavestni dejansko sliši. Tega tudi ne moremo ugotoviti, izmeriti. Če izhajamo iz izkušenj z oddelkov za nujna stanja, lahko sklepamo, da je stopnja zavedanja nezavestnega višja od sposobnosti odziva. Zato je smiselno predvidevanje, da bolnik "vse sliši". Temu prilagodimo vsebino pogovorov ob njegovi postelji, da mu z neprimernimi temami ne bi povzročali dodatnega stresa. Svojci naj napravijo okolje domače in prijazno. Bolnik naj bo obdan z osebami, zvoki, glasovi, ki naj bi mu bili všeč. Svojci naj ga vključijo v svoje pogovore in naj povedo vse, kar čutijo, da bi morali povedati. Včasih se zdi, da bolnik potrebuje "dovoljenje", da umre. V takem primeru je treba svojce in negovalce opogumiti, da mu na primeren način to "dovolijo". Dotik lahko izboljša komunikacijo. Svojci naj izkazujejo svojo naklonjenost tako, kot so vajeni, in do tiste mere, ki se jim zdi primerna.

Delirij v terminalni fazi

Oskrba bolnika v terminalni fazi naj teži k zagotavljanju najboljšega udobja za bolnika, svojce in izvajalce paliativne oskrbe. Nemir, stokanje, blodnje so lahko bistveno bolj obremenjujoče za svojce kot za bolnika. Izključiti je treba bolečino (pogosto si ječanje napačno razlagamo kot bolečino), nerešeno zaprtje s krči, zastoj seča s povečanim mehurjem, nerešen psihološki stres. Niti pri hujšem nemiru ne smemo uporabiti ovirnic. Bolj primerna je ocena psihološkega stresa, rešilni protibolečinski odmerek, če gre za bolečino (pozor – opiodi lahko poslabšajo delirij), ali kakšno drugačno omogočanje udobja. Včasih je potrebna blaga sedacija, da bolnik mirno zaspi. Hiperaktivni delirij je treba zdraviti z antipsihotiki (glej zgoraj). Pogosto ravno delirij onemogoča oskrbo na domu.

Včasih je stres zaradi soočanja bolnika z neizbežnostjo smrti prehud. V idealnih okoliščinah bi morale biti vse čustvene, socialne in duhovne potrebe v tej fazi že rešene. Včasih lahko takšno stisko reši le paliativna sedacija. Potreben je odkrit pogovor med zdravnikom, bolnikom in svojci.

Viri in literatura

1. Burns A, Gallagley A, Byrne J; Delirium. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75: 362–367.
2. Homs J, Luong D; Symptoms and Survival in Patients with Advanced Disease. *J Pall Med* 2007; 10 (4): 904–909.
3. Spiller J A, Keen J C; Hypoactive delirium: assessing the extent of the problem for inpatient specialist palliative care. *Pall Med* 2006; 20: 17–23.
4. Chi-Un Pae in soavt.; Delirium: Where Do We Stand? *Curr Psychiatry Rep.* 2008 Jun;10(3):240-8
5. Eeles E, Rockwood; Delirium in the Long-Term Care Setting: Clinical and Research Challenges; *J Am Med Dir Assoc* 2008; 9: 157–161.
6. Michaud L., Burnand B., Stiefel F; Taking care of the terminally ill cancer patient: delirium as symptom of terminal disease. *Ann Oncol* 2004; 15 Supp 4: 199–203.
7. Chun-Kai F in sod.; Prevalence, Detection and Treatment of Delirium in Terminal Cancer Inpatients: A prospective survey. *Jpn J Clin Oncol* 2008; 38: 56–63.
8. Braiteh F in sod.; Characteristic, Findings and Outcome of Palliative Care Inpatient Consultations at a Comprehensive Cancer Center. *J Pall Med* 2007; 10 (4): 948–955.
9. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology; 8th edition, vol. 2: 2837–2840.
10. Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi; Onkološki inštitut, 2008.
11. Palliative medicine secrets; Hanley& Belfus, 1997.

MOTNJE V DELOVANJU ŽIVČEVJA

- Zavest je opredeljena kot preplet delovanja številnih možganskih struktur.
- Stopnja in vsebina zavesti sta razmeroma preprosti nevrološki definiciji.
- Filozofske in etične implikacije višjih možganskih funkcij pomembno vplivajo na odločanje o vrsti/omejitvi zdravljenja.



DELIRIJ

DEFINICIJA:

- Zmanjšana stopnja zavesti, nesposobnost usmerjanja, vzdrževanja ali spremembe pozornosti.
- Motnje v zaznavanju in mišljenju.
- Lahko je prvi glasnik težke poti umiranja.



DELIRIJ

POGOSTOST:

- Pojavi se pri 85 % bolnikov z rakom, v terminalni fazi je prisoten pri preko 90 % bolnikov (v blagi obliki pa pri vseh).
- Je drugi najpogostejši razlog napotitve k zdravniku.

DELIRIJ

VZROKI:

KATEGORIJA	GLAVNI VZROK
Odpoved organa	Srce, ledvica, jetra, pljuča
Zdravila	
- psihoaktivna	Benzodiazepini, antiholinergiki
- ostala	Kortikosteroidi, opiodi, citostatiki, H ₂ -antagonisti
Intrakranialni procesi	Metastaze, krvavitve
Okužbe	Sečil, dihal, ostalo
Metabolne motnje	Dehidracija, hipoksija, hiperkalcemija, hipoglikemija
Odtegnitev	Alkohol, benzodiazepini, nikotin
Ostalo	Hipovitaminoze (B ₁₂ , tiamin, niacin), pireksija, retenca urina

DELIRIJ

DIAGNOZA, PREPOZNAVANJE:

- Za zgodnjo prepoznavo je ključna uporaba vprašalnikov (npr. kratek test zaznavnih sposobnosti).
- Vprašalniki za oceno teže delirija (npr. Memorial delirium assessment scale).
- Odprta vprašanja:
 - Pogostost izvajanja testa (dnevno nihanje simptomov)
 - Ni "evidence based" dokazov za rutinsko uporabo vprašalnikov
 - Nепrepoznavanje hipoaktivnega delirija



DELIRIJ

UKREPI:

NEFARMAKOLOŠKI UKREPI	PRIMER
Orientacija	Ure, koledarji, namen sprejema v bolnico, seznanitev z osebjem in ukrepi
Dehidracija	Spodbujanje pitja
Mobilizacija	Protokoli za zgodnjo mobilizacijo
Informacija	Seznanitev bolnika in svojcev z naravo in zdravljenjem delirija
Spanje	Spalna higiena (topli napitki pred spanjem, masaža, sprostitvene tehnike)
Okolje	Stabilno okolje (soba, osebje), domačnost bolniške sobe
Zaznava	Slušni aparat, očala
FARMAKOLOŠKI UKREPI	
Antipsihotiki	1. linija: haloperidol (Haldol®) 0,5-2 mg 2-3x/dan 2.linija: olanzepine (Zyprexa Velotab®) 2,5-5 mg 1x/dan, risperdon (Risperdal®, Torendo Q Tab®) 0,5 mg 2x/dan
Kombinirano zdravljenje	Haloperidol in lorazepam (Lorsilan®) 0,5-2 mg 3x/dan



ZDRAVSTVENA NEGA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA

Jožica Jelen Jurič

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Članek predstavlja bistvene elemente zdravstvene nege bolnika v zadnjih dneh življenja. V uvodu je predstavljen pomen poznavanja osnov paliativne oskrbe za medicinske sestre, saj se medicinske sestre ne glede na področje svojega delovanja skoraj ne moremo izogniti smrti in umiranju bolnika.

Sledi poglavje, ki predstavi, katere bolnikove potrebe si prizadeva zadovoljiti zdravstvena nega v zadnjih dneh bolnikovega življenja, in nekatere obsežnejše opiše. Velik pomen daje zlasti zdravstveni negi kože in sluznic. Avtorica poda tudi mnenje o velikokrat zastavljenem vprašanju rednega obračanja bolnikov v zadnjih dneh življenja.

Članek se konča s kratko razlago o prehranjevanju v zadnjih dneh življenja. In nekoliko bolj podrobno opiše hipodermoklizo kot varno, udobno, praktično, a slabo poznano metodo hidracije, ki je v svetu pogosto uporabljena v paliativi in geriatriji. Skozi članek avtorica prikazuje primere iz prakse, prav tako v članku naniza kar nekaj koristnih napotkov za delo v praksi.

Uvod

Paliativna oskrba v Sloveniji si šele utira pot v slovenskem prostoru. Medicinske sestre že od nekdaj delajo za in z umirajočimi bolniki in ob tem mnogokrat doživljajo osebne stiske prav zaradi pomanjkljivega znanja o paliativni oskrbi ali zaradi slabo organizirane oziroma sploh neorganizirane strokovne paliativne oskrbe. Poudariti pa je treba, da je cilj paliativne zdravstvene nege izboljšanje kakovosti posameznikovega življenja in omogočanje dostojanstvene smrti. Odnos do bolnika je, poleg strokovnega znanja in veščin, bistvo paliativne zdravstvene nege.

Paliativna zdravstvena nega

Bistvo delovanja onkološke paliativne zdravstvene nege je vedno bolnik in njegovi svojci ter z njimi povezane potrebe, želje in možnosti za čim kvalitetnejše preživetje preostalega dela življenja bolnika.

Pri izvajanju zdravstvene nege bolnika v terminalni fazi bolezni je pomembno prepoznavanje in sprejemanje procesa umiranja in smrti, hkrati pa mora me-

dicinska sestra razumeti proces dojemanja in soočanja v času napredovale bolezni ter vpliv bolnikovega stanja na družino. Za strokovno delo v tej fazi življenja je pomembno prepoznavanje in razumevanje telesnih in čustvenih sprememb bolnika in svojcev. Pogoj za to je dobra in pravočasna komunikacija, še posebej, ko je zdravljenje zaključeno in ko bolnika in svojce pripravljamo na izgubo. Pravilna komunikacija omogoča spoznavanje bolnika in svojcev s fizičnega, psihičnega, socialnega in duhovnega vidika ter vzpostavlja dobre odnose med zdravstvenimi delavci in bolnikom ter svojci.

Komunikacija se nadaljuje tudi v fazi, ko bolnik preide v terminalno fazo, pri čimer se načini komunikacije pogosto spremenijo. Zavedati se moramo, da je doživljanje in funkcioniranje bolnikov spremenjeno bodisi zaradi stresnega doživljanja ob soočanju z umiranjem ali pa zaradi pešanja in odpovedi čutil, še pogosteje pa zaradi obojega hkrati. Kadar je besedno komuniciranje oteženo, si pomagamo z neverbalno komunikacijo (s pomočjo slik, glasov, gibov, mežikanja, stikov rok, pogledov...), mogoča je tudi komunikacija z dotikom. Dotik pomirja in daje občutek varnosti, da nismo sami. Seveda pa je vedno treba preveriti odziv na dotik.

Zdravstvena nega v zadnjih dneh življenja si prizadeva za zadovoljitev naslednjih bolnikovih potreb:

- fizične (lajšanje bolečin, lajšanje ostalih simptomov napredovale bolezni, osebna higiena, menjava položaja, spanje in počitek...);
- čustvene (komunikacija, vzpodbujanje pri izražanju čustev, preprečevanje osamljenosti...);
- socialne (hrana po želji bolnika, glasba, zagotovitev primerne prostora za pogovore bolnika s svojci, možnost in vzpodbujanje stalne prisotnosti svojcev ob umirajočem...);
- duhovne (poslušanje in razumevanje bolnika, ureditev duhovne podpore...).

Zdravstvena nega kože v zadnjih dneh življenja

Koža je glede na površino naše največje čutilo in izrazni organ. Zelo pomembna je pravilna in bolniku prilagojena zdravstvena nega kože tudi v zadnjih dneh življenja, saj s pravilno nego očistimo kožo in vidne sluznice, odstranimo odmrle celice, mikrobe, pospešimo cirkulacijo in izboljšamo estetski videz in s tem zagotavljamo psihofizično udobje.

Po principih paliativne oskrbe, ki narekujejo prilagoditev vseh aktivnosti glede na bolnikovo stanje in želje, je pomembno, da se to upošteva tudi pri izvajanju zdravstvene nege kože terminalnega bolnika, in sicer:

1. Bolnika umivamo, kadar je sam na to pripravljen in ne rutinsko ob 7.00 zjutraj, kot na drugih oddelkih. Primer: bolnik ponoči ni spal, zaspal je šele proti jutru; za umivanje in druge odložljive fizične potrebe ga ne budimo, vse to izvedemo, ko se bolnik nspi.

2. Negovalne postopke moramo vedno izvajati ob odsotnosti bolečine. Primer: bolnika boli pri obračanju, pred samo nego je treba aplicirati predpisano protibolečinsko terapijo po potrebi, in sicer vsaj 20 minut pred nego, če je aplikacija i.v., 30 minut pred nego, če je podkožna, in vsaj eno uro prej, če je aplikacija per os.
3. Upoštevanje bolnikovih navad v zvezi z umivanjem.
4. Način prilagodimo na stanje in želje bolnika (posteljna kopel, tuš, kopa-nje v banji).
5. Negovalna sredstva: topla voda, pH nevtralna mila brez vonjav, suho kožo po umivanju namastimo z negovalno kremo, oljem in hkrati vršimo prijetno masažo telesa. Priporočljiva je uporaba njegovih lastnih nego-valnih sredstev.
6. Nega las, nohtov, brkov, brade: glede na potrebe in želje.

Najpomembnejše vodilo pri negi kože: SPOŠTUJMO BOLNIKOVO OSEB-NOST, S TEM BOMO PREPREČILI TUDI OBČUTEK SRAMU.

Redno obračanje

Osebi z napredovalo boleznijo, omejeno gibljivostjo in kaheksijo grozi razvoj preležanin ali pa te že ima. Redno obračanje zmanjšuje možnost za nastanek, blaži težave s preležaninami, preprečuje otrdelost sklepov in mišic ter omo-goča rahlo masažo. Zato nežno obračanje in nega kože ostajata pomembna v zadnjih dneh, celo urah življenja.

Za lažje obračanje in zmanjševanje možnosti dotikanja bolečih predelov upo-rabljammo rjuho obračalko.

Osebi, ki leži na hrbtu, lahko ob straneh pod rjuho položimo vzglavnike in jo s tem toliko dvignemo, da kosti hrbtenice in kolka ne pritiskajo v celoti na posteljo. Pri vseh nepokretnih bolnikih uporabljamo antidekubitusno blazino.

Maligne rane in njihova obravnava

Maligna rana pomeni prekinitev epidermalne integritete z infiltracijo malignih celic, torej prodor malignih celic skozi zdravo tkivo.

Ocena maligne rane:

- prisotnost podkožnega infiltrata,
- stopnja bolečine in kaj po mnenju bolnika blaži bolečino,
- prisotnost smradu,
- prejšnje in zdajšnje zdravljenje,
- lokalizacija rane,

- velikost rane,
- količina in kakovost izcedka iz rane.

Ukrepi:

- Vključiti oskrbo rane v splošen načrt oskrbe in uporabiti standardizirane protokole za oskrbo ran.
- Cilj nege maligne rane je preprečevati napredovanje rane, zmanjšati bolečine in vonj, da bi olajšali trpljenje in povečali kakovost življenja.

Primer iz prakse: Na akutnem paliativnem oddelku je ležala 85-letna gospa z napredovalim rakom jajčnikov (z metastazami v mehkem tkivu). Pod levim rebrnim lokom je imela metastatsko rano s premerom 10 cm nad nivojem kože. Rana jo je zelo bolela, še zlasti robovi rane so bili zelo boleči in ranljivi. Rana je bila sicer čista, brez eksudata, vonja, tako da smo jo uredno oskrbovali zjutraj in čez dan po potrebi. Čistili smo s fiziološko raztopino in na dno rane dajali Granugel ter jo prekrili s sekundarno oblogo Allevyn. Rana je kljub redni in natančni, zgoraj opisani negi še bolj bolela. Zato je zdravnica iz protibolečinske ambulante svetovala, naj v Granugel vmešamo še 10 mg morfija in to nanašamo na rano vsakih 8 ur. Rezultat se je pokazal že nekaj ur po prvi aplikaciji morfija na rano. Rano smo tako negovali še naslednjih 15 dni hospitalizacije in v tem času je gospa znikala bolečine v predelu rane. Sam videz rane pa je ostajal enak.

Zdravstvena nega ustne sluznice v zadnjih dneh življenja

Paliativni bolniki, še zlasti v terminalni fazi bolezni, imajo navadno kserostomijo (suha usta).

Kserostomijo povzročata zmanjšana proizvodnja sline ali dehidracija. K zmanjšani proizvodnji sline prispeva uporaba različnih zdravil, zlasti opioidov in nekaterih antidepresivov, infekcije in erozije ustne sluznice, ki so posledica bolezni, predhodnega zdravljenja s citostatiki in radioterapije.

Ostali dejavniki za kserostomijo:

- dihanje skozi usta,
- nezmožnost uživanja tekočin per os,
- anoreksija,
- bruhanje,
- driska,
- aplikacija kisika.

Ukrepi za lajšanje kserostomije:

1. ugotovimo vzrok in glede na to ukrepamo;
2. dajanje umetne sline je koristno;

3. ohranjanje ust čistih in vlažnih.

Če je mogoče, bolniku ponudimo pogoste požirke tekočine, majhne rezine ledu, sladoleadne lučke. Izogibamo se glicerinskih proizvodov, kot je limonsko-glicerinska gobica za nego ust, in komercialnih ustnih vodnic, ki vsebujejo alkohol. Če bolnik ne more sam piti, mu vlažimo usta z vodo ali nesladkanim čajem. Če bolnik spi z odprtimi usti, jih nežno vlažimo na 4 ure, ko je bolnik buden, pa vsako uro. Ustnice namažemo z balzomom za ustnice.

Prehranjevanje v zadnjih dneh življenja

V terminalni fazi bolezni se popolnoma prilagodimo bolnikovim željam in sposobnostim glede količine in vrste hrane. Ko je konec življenja zelo blizu, večina bolnikov potrebuje minimalne količine hrane ali celo nič ter nekaj vode. Pomembno je, da bolnik ne čuti žeje in da ob zmanjšani sposobnosti uživanja hrane ni psihično prizadet. Majhne količine tekočine lahko pomagajo tudi pri preprečevanju zmedenosti zaradi dehidracije. Za terminalno hidracijo lahko uporabimo tudi podkožne infuzije. Podkožno infuzijo lahko doma namestimo varno in učinkovito. Večinoma zadošča okoli 1000 ml na dan.

Hipodermokliza

Hipodermokliza je definirana kot vnos tekočine v podkožni prostor.

Različne študije iz tujine dokazujejo, da je hipodermokliza varen, udoben, praktičen, a preredko uporabljen postopek hidracije.

Prednosti hipodermoklize pred intravenozno hidracijo:

- ne povzroča tromboflebitisa,
- ne povzroča sistemskih okužb,
- manjša možnost, da bi povzročila preobremenitev oz. pljučni edem,
- večja mobilnost in udobje bolnikov,
- lažje in varnejše vzdrževanje in apliciranje,
- vstavev je manj obremenjujoča za bolnika,
- večja ekonomičnost,
- bolnik ne potrebuje bolnišničnega bivanja (aplikacije na domu).

Slabosti hipodermoklize:

- omejitve glede vrste in količine tekočin,
- edem na mestu infuzije,
- možnost lokalne reakcije.

Indikacije za hipodermoklizno v terminalni fazi življenja:

- infuzije opioidnih analgetikov, anksiolitikov in ostalih zdravil sočasno s tekočinami,
- preprečevanje simptomov zaradi dehidracije, npr. suha usta, zaprtje, zmedenost, žeja,
- želja sorodnikov ali bolnika.

V terminalni fazi bolezni mnogi avtorji pozivajo k previdnosti pri uporabi umezne hidracije. Menijo, da bi se ta morala uporabiti le, če je umirajoči v stiski zaradi pomanjkanja tekočin in se simptomov ne da drugače odpraviti, npr. s spremembo opioidov in dobro ustno nego.

Postopek

Sam postopek je identičen podkožnemu vbodu, s tem da se za aplikacijo tekočin v podkožje uporabi za vbod silikonski metuljček s podaljškem (21-25 G), ki se ga fiksira s polprepustnim prozornim obližem.

Menjava podkožne igle se izvaja vsakih 5 do 7 dni. Pomembno je strogo upoštevanje mest za aplikacijo hipodermoklizne!

Priporočljiva mesta vstavitve podkožne igle (metuljčka) za hipodermoklizno so:

- predel trebuha, vendar ne v primeru ascitesa,
- predel prsnega koša, izogibamo se lateralni legi na ramenskem obroču in tkivu dojke,
- hrbet – pod lopatico.

Na vseh treh področjih se izogibamo koži, ki je bila pred kratkim obsevana, je kakorkoli poškodovana ali vneta. Pomemben je premislek, kako bo nastavljena igla vplivala na možnost svobodnega gibanja osebe, še posebej na gibanje v sklepih in pregibanje telesa.

Najpogosteje uporabljene in najbolj priporočljive tekočine za infuzije so:

1. 0,9-% NaCl
2. 0,45-% NaCl
3. Mešanica 0,9-% NaCl in 5-% glukoze
4. Ringerjev laktat

V času 24 ur se priporoča do 1,5 litra tekočine, aplicirane na enem mestu; če so potrebne večje količine tekočin, lahko vstavimo iglo za aplikacijo tekočin na dve

različni mesti, torej maksimalno 3 litri tekočine s podkožno infuzijo v 24 urah. **Maksimalna hitrost pretoka** pri hipodermoklizi je lahko do 500 ml/h. Takšna hitrost zahteva uporabo infuzijske črpalke, medtem ko priporočljiva povprečna hitrost pri hipodermoklizi, ki znaša 100 ml/h, ne zahteva uporabe infuzijske črpalke.

Zaključek

Vloga medicinskih sester ob umirajočemu bolniku in njegovih svojcih je z upoštevanjem etičnih načel nudenje aktivne in celostne oskrbe bolniku in njegovim svojcem. To pomeni preprečevanje in lajšanje simptomov neozdravljive bolezni ter zadovoljevanje fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb.

Paliativna zdravstvena nega temelji na komunikaciji, dialogu, ne le z bolnikom in njegovimi družinskimi člani, temveč tudi na komunikaciji z vsemi člani zdravstvenega tima. Timska oblika dela je pri tem zelo pomembna.

Viri in literatura

1. Wolf N. Komunikacija pri težko bolnih in umirajočih bolnikih. In Lahne m, Kaučič B. M. Zbornik predavanj s strokovnega srečanja Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor: Vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi, Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor, 2004: 4–8.
2. Brenneis C, Bruera E, Campbell S, Cantwell P, Clark T, Chobanuk J et al. 99 Common Questions (And more) About Palliative Care: A Nurses Handbook (second editon). Edmonton, Alberta, Canada; 2002.
3. Rotovnik Kozjek N., Mlakar Mastnak D., Smrdel U, Zobec Logar B. K, Perhavec A. Priporočila za prehrano bolnika z rakom. Onkološki inštitut Ljubljana. 2007.
4. Ashby M, Fleming BG, Keam E, Lewis S. Subcutaneous fluid infusion (hypodermoclysis) in palliative care: new role for an old trick. *Med J Aust.* 1992; 156(9):669.
5. Slesak G, Schnurle JW, Kinzel E, et al. Comparison of subcutaneous and intravenous rehydration in geriatric patients: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 2003; **51**:155–60.
6. Ferrand S, Campbell AJ. Safe, Simple Subcutaneous fluid administration. *Br J Hosp Med.* 1996; 55(11):690-2.
7. Sassion M, Shvartzman P. Hypodermoclysis: An alternative infusion technique. *American family physician.* 2001; 64:1575-8.
8. Ferry M, Dordaine V, Costans T. Subcutaneous infusion or hypodermoclysis a practical approach. *J Am Geriatr Soc.* 1999; 47:93-5.
9. Musgrave C, Bartal N, Opstad J. The sensation of thirst in Dying patients receiving IV infusion. *Journal of Palliative Care.* 11:4: 17–21.
10. Bruera E, Macdonald N. To hydrate or Not to hydrate: How Should It Be? *Journal of Clinical Oncology.* 2000;18(5):1156–1158.
11. Frisoli AJ, de Paula AP, Feldman D, Nasri F. Subcutaneous Hydration By Hypodermoclysis. *Drugs & Aging.* 2000; 16 :313–9.

ZDRAVSTVENA NEGA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA

Za strokovno delo v tej fazi življenja je pomembno prepoznavanje in razumevanje telesnih in čustvenih sprememb bolnika in svojcev.



Komunikacija

- Pravilna komunikacija omogoča spoznavanje bolnika in svojcev s fizičnega, psihičnega, socialnega in duhovnega vidika.
- Komunikacija vzpostavlja dobre odnose med zdravstvenimi delavci in bolnikom ter svojci.
- Kadar je besedno komuniciranje oteženo, si pomagamo z neverbalno komunikacijo (slike, glasovi, gibi, mežikanje, stiki rok, pogledi...).
- Mogoča je tudi komunikacija z dotikom.



Bolnikove potrebe v zadnjih dneh življenja

1. **FIZIČNE:** lajšanje bolečin, lajšanje ostalih simptomov napredujele bolezni, osebna higiena, menjava položaja, spanje in počitek...
2. **ČUSTVENE:** komunikacija, vzpodbujanje izražanja čustev, preprečevanje osamljenosti...
3. **SOCIALNE:** hrana po želji bolnika, glasba, zagotovitev primerne prostora za pogovore bolnika s svojci, možnost in vzpodbujanje stalne prisotnosti svojcev ob umirajočem...
4. **DUHOVNE:** poslušanje in razumevanje bolnika, ureditev duhovne podpore...



Zakaj bolnika v zadnjih dneh življenja še redno obračamo?

- Osebi z napreduvalo boleznijo, omejeno gibljivostjo in kaheksijo grozi razvoj preležanin.
- Redno obračanje zmanjšuje možnost za nastanek preležanin in blaži že obstoječe težave, preprečuje otrdelost sklepov in mišic ter omogoča rahlo masažo.



Ukrepi za lajšanje kserostomije

- Ohranjanje čistih in vlažnih ust.
- Če je mogoče, bolniku ponudimo pogoste požirke tekočine.
- Bolniku ponudimo majhne rezine ledu, sladoledne lučke.
- Izogibamo se glicerinskih proizvodov in komercialnih ustnih vodov, ki vsebujejo alkohol.
- Usta vlažimo z vodo ali nesladkanim čajem.
- Če bolnik spi z odprtimi usti, nežno viazimo usta na 4 ure, ko je bolnik buden, pa vsako uro.
- Ustnice namažemo z balzomom za ustnice.



Hipodermoklizza

- Način vstavitve
- Kanila naj leži v sc prostoru, nad fascijo
- Primerna mesta: zgornji del prsnega koša, pod lopatico, hrbet, trebuh
- Najpogosteje uporabljene in najpriporočljivejše tekočine za infuzije
- Raztopina za sc infuzijo lahko visi največ 48 ur
- Priporočljiva hitrost je 100 ml/h
- Maksimalna hitrost infuzije je 500ml/h
- Zapleti zelo redki



ZDRAVLJENJE BOLEČINE Z OPIOIDI

Slavica Lahajnar

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Opioidi so steber zdravljenja bolečine zaradi raka, ki je napredoval. Izdelana so priporočila za zdravljenje kronične bolečine in na voljo so številni opioidi. Z večanjem odmerka ob močnejši bolečini lahko olajšamo bolečino pri večini bolnikov z rakom.

Pri bolnikih v terminalnem obdobju kronične bolezni, ki napreduje in se bo končala s smrtjo, so opioidi včasih manj učinkoviti ali povzročajo hujše neželene učinke. Opioidi so manj učinkoviti pri nevropatski bolečini, kjer z večanjem odmerka ne dosežemo dobrega analgetičnega učinka, zato do-
damo zdravila in postopke za zdravljenje nevropatske bolečine. Pri bolnikih s terminalno boleznijo, ko se slabša delovanje jeter in ledvic, lahko opioidi, zlasti morfin, povzročijo hujše neželene učinke, kot so zmedenost, halucinacije ali celo delirij in mioklonus. Velik odmerek opioida lahko povzroči hiperalgezijo in alodinijo. Treba je zamenjati dolgo delujoči opioid ali zmanjšati odmerek in zdraviti bolečino z drugimi zdravili in postopki ali celo postopno ukiniti dolgo delujoči opioid in zdraviti bolečino z rešilnimi odmerki kratko delujočega opioida.

V terminalnem stanju bolezni nekateri bolniki ne morejo zaužiti zdravil zaradi motene zavesti, težav s požiranjem, slabosti in bruhanja ali zapore črevesa. Pri teh bolnikih zdravimo bolečino in druge simptome z zdravili v obliki injekcij, ki jih dobijo v stalni podkožni infuziji s pomočjo elastomerne črpalke za enkratno uporabo.

Uvod

Pri bolniku v terminalnem obdobju kronične in napredujoče bolezni, ki se bo končala s smrtjo, so prisotni številni simptomi, med katerimi je bolečina eden najbolj pogostih in obremenjujočih za bolnika in njegove bližnje. Opioidi so steber zdravljenja bolečine zaradi raka, ki je napredoval. Izdelana so priporočila za zdravljenje kronične bolečine, ki je posledica raka, in na voljo so številni opioidi, vendar še veliko bolnikov trpi zaradi slabo zdravljenne bolečine. Vzroki so: slabo ocenjena jakost bolečine, neodkrit vzrok za bolečino, težave pri zdravljenju z opioidi in v terminalnem obdobju bolezni nezmožnost bolnika, da zaužije zdravila za obvladovanje bolečine in drugih simptomov bolezni.

1. Ocena jakosti in vzroka za bolečino

Pri oceni jakosti in vrste bolečine si pomagamo z vprašalniki, kot so lestvica jakosti bolečine (VAS – Vizualna analogna skala), kratek vprašalnik o bolečini (BPI – Brief Pain Inventory) in vprašalnik za nevropatsko bolečino (DN4 – Douleur Neuropathique 4 questions). Če je bolnik somnolenten ali celo komatozen, je ocena jakosti bolečine težja. Pomagajo nam svojci s heteroanamnezo. Bolnik lahko stoka, guba čelo ali dela druge grimase in je nemiren, vendar so to lahko tudi znaki terminalnega delirija in ne bolečine. Telesno bolečino lahko potrdimo z dobrim odgovorom bolnika na rešilni odmerek opioda.

Po pogovoru z bolnikom, pregledu bolnika in zdravstvene dokumentacije največkrat lahko ugotovimo, kaj je vzrok in kakšno bolečino ima bolnik. Včasih so potrebni enostavni diagnostični postopki, kot so sken skeleta, rentgensko slikanje ali ultrazvok. Bolečina zaradi zasevkov v kosteh in visceralnih organih je obvladljiva z opiodi. Če ima bolnik nevropatsko bolečino, potrebuje dodatna zdravila za zdravljenje bolečine. Pri obeh so učinkoviti tudi nefarmakološki ukrepi, če izboljšajo počutje bolnika.

1.1. Nevropatska bolečina

Tumor, ki pritiska na živce, živčne korenine ali hrbtenjačo, povzroča nevropatsko bolečino, ki je ne moremo zdraviti samo z opiodi. Potrebna so dodatna zdravila, t.j. antidepresivi in/ali zaviralci kalcijevih kanalčkov. S podkožno infuzijo ksilokaina ali ketanesta zdravimo bolečino, če prejšnja zdravila niso dovolj učinkovita. Včasih so potrebni invazivni postopki zdravljenja bolečine, t.j. blokade ali vstavitve katetrov v hrbtenico za dajanje lokalnega anestetika in klonidina.

2. Težave pri zdravljenju z opiodi

Cilj zdravljenja z opiodi je boljša kakovost življenja bolnikov z bolečino, kar je možno, če ima bolnik blago bolečino ali je brez nje in ima malo ali nič neželenih učinkov opiodov. Zaradi neželenih učinkov opiodov so v času uvajanja včasih potrebna zdravila za zdravljenje slabosti. Pri večini bolnikov pa je zaradi zaprtja, ki ga opiodi povzročajo, nujna redna uporaba odvajal.

S titracijo dnevnega odmerka dolgo delujočega opioda, pravilno izbiro dolgo delujočega opioda glede na sočasne bolezni bolnika, ki so pogosto prisotne v terminalnem obdobju bolezni, in uporabo kratko delujočega opioda za prebijajočo bolečino dosežemo dober analgetičen učinek opiodov in preprečimo hujše neželene učinke, kot sta depresija dihanja in sedacija. Ves čas zdravljenja z opiodi spremljamo stanje bolnika in po potrebi spremenimo odmerek, zamenjamo opiod, ki povzroča neobvladljive neželene učinke, z drugim opiodom ali spremenimo pot vnosa opioda.

2.1. Bolniki z jetrno in ledvično okvaro

Bolnikom z jetrno in ledvično okvaro ne predpisujemo morfina zaradi njegovih aktivnih presnovkov. Pri bolnikih s hudo ledvično okvaro sta najbolj varna bu-

pre norfin in metadon, ker se izločata skozi jetra. Drugim opioidom postopno znižamo odmerke ali bolnik jemlje prejšnje odmerke v daljših časovnih intervalih. Če se pojavijo znaki prevelikega odmerjanja, je najbolj varno, da bolnik opusti redno odmerjanje in jemlje kratkodelujoči opioid po potrebi.

2.2. Bolniki, ki zdravila težko zaužijejo

Bolniki, ki zdravila težko zaužijejo, dobijo transdermalne oblike ali kapsule, ki jih lahko stresejo v tekočino ali hrano. V terminalnem obdobju bolezni je primerno podkožno dajanje ampuliranega morfina in zdravil za zdravljenje drugih simptomov.

2.3. Bolnik trpi

Bolniki z rakom se bojijo umiranja v bolečinah. Z zdravili jim velikokrat uspešno olajšati telesno bolečino, ne pa psihične, duhovne in socialne. Bolniki, ki imajo ob sebi skrbnega družinskega zdravnika in negovalca, imajo manjkrat neobvladano bolečino.

2.4. Nevrotoksični učinki opioidov

Hujši neželeni učinki opioidov, kot so zmedenost, halucinacije ali celo delirij in mioklonus, so posledica jemanja velikega odmerka opioida dalj časa ali slabšega delovanja ledvic zaradi infekta ali dehidracije, predvsem pri starejših. Vzrok je kopičenje presnovkov opioida, predvsem morfina, ki nastajajo v jetrih, oziroma nezmožnost njihovega izločanja. Zaužitje večje količine tekočine ali parenteralna hidracija lahko pomagata pri izločanju presnovkov iz telesa. Če delovanja ledvic ne moremo izboljšati in se pri bolniku pojavijo znaki predoziranja in/ali neželeni učinki opioida, zmanjšamo odmerke opioida. Primeren ukrep je tudi zamenjava opioida, ker imajo opioidi različne presnovke. Z zamenjavo dosežemo, da se presnovek, ki povzroča stranski učinek, lahko izloči iz telesa. Če so še prisotni znaki predoziranja z opioidi, postopno ukinemo dolgo delujoči opioid in zdravimo bolečino z rešilnimi odmerki kratkodelujočega opioida, ki ga bolnik dobi po potrebi.

Halucinacije in delirij z vzmernirjenjem zdravimo s haloperidolom ali drugimi nevroleptiki. Ne uporabljamo benzodiazepinov, kar velja tudi za zdravljenje mioklonusa, t.j. trzanja ali krčev podobnih gibov v mišicah udov ali obraznih mišicah, kjer izboljšanje stanja dosežemo z zamenjavo opioida. Benzodiazepini lahko sami povzročajo delirij.

Velik odmerek opioida lahko povzroči hiperalgezijo in alodinijo. Bolnik potrebuje vedno večje odmerke, čeprav bolezen ni napredovala. Opisuje nam močno bolečino pri malo bolečih dražljajih in celo bolečino ob dotiku obleke in posteljnine ali drugih vzdraženjih, ki običajno ne povzročajo bolečine. Navaja bolečino povsod po telesu in ne samo na mestu prejšnje bolečine. Vzrok za to stanje so spremembe na opioidnih receptorjih, na poti prenosa bolečinskega

dražljaja po hrbtenjači do možganov in na zavorni poti iz možganov v hrbtenjačo. Mehanizem nastanka je podoben kot pri razvoju tolerance na opioide in nastanku nevropatske bolečine, le da v primeru hiperalgezije večji odmerki opioida ne olajšajo bolečine, pač pa jo celo ojačajo. Treba je zmanjšati odmerke opioida in bolečino zdraviti z drugimi zdravili in postopki, ki so podobni kot pri zdravljenju nevropatske bolečine. Bolečino najbolj učinkovito zdravimo, če odpravimo vzrok zanjo, zato pretehtamo tudi možnost onkološkega zdravljenja, na primer obsevanje bolečih kostnih zasevkov.

3. Zdravljenje bolečine in drugih simptomov s podkožnimi infuzijami zdravil

Bolnik naj zdravila zaužije, če je to mogoče, ker je tako zdravljenje preprosto, učinkovito in tudi najcenejše. V terminalnem stanju boleznin nekateri bolniki ne morejo zaužiti zdravil zaradi motene zavesti, težav s požiranjem, zapore črevesa ali slabosti in bruhanja. Pri teh bolnikih zdravimo bolečino in druge simptome z zdravili v obliki injekcij, ki jih dobijo v stalni podkožni infuziji s pomočjo elastomerne črpalke za enkratno uporabo.

3.1. Podkožno dani opioidi (morfin)

Če se zdravnik odloči za podkožno pot vnosa opioida, mora poznati ekvivalenčni odmerke opioidov (tabela 1). Izračunani odmerek morfina, danega podkožno, je praviloma trikrat manjši, kot če ga bolnik zaužije. Upoštevati je treba tudi individualne razlike, zato moramo učinkovit dnevni odmerek iztitirati. S trajno podkožno infuzijo bolniku zagotovimo stalno raven zdravila v krvi, s čimer preprečimo nastanek močne bolečine. V nekaterih študijah so ugotovili, da imajo bolniki pri podkožnem dajanju opioidov manj stranskih učinkov, do česar morda pride, ker je odmerek v primerjavi s peroralnim manjši, ali pa zato, ker ni absorpcije zdravila v prebavilih.

Tabela 1. Ekvivalenčni odmerki močnih opioidov

Morfin p. o.	30	60	90	120	150	180	210	240
Oksikodon p. o.		30		60		90		120
Hidromorfon p. o.	4	8	12	16	20	24	28	32
Fentanil transdermalno		25 µg/h		50 µg/h		75 µg/h		100 µg/h
Buprenorfin transdermalno		35 µg/h		52,5 µg/h		70 µg/h		105 µg/h
Morfin podkožno (i. v.)	10	20	30	40	50	60	70	80

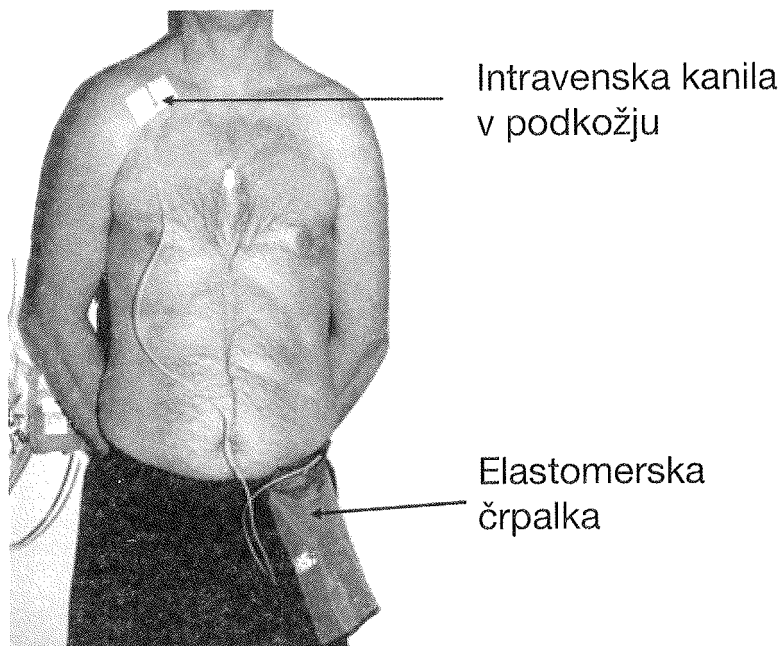
(p. o. peroralno; i. v. intravenozno)

Podkožno največkrat injiciramo morfin, lahko pa tudi hidromorfon, fentanil, sufentanil in druge opioide. *Morfin* v obliki *sulfata*, namesto pri nas registriranega morfin klorida, uporabljamo, ker je preverjena njegova kompatibilnost z drugimi zdravili v analgetski mešanici in ker so na razpolago viala z večjo vsebnostjo učinkovine, kar farmacevtu olajša delo pri pripravi mešanice.

Bolniku v podkožje sprednjega dela prsnega koša ali trebuha namestimo intravensko kanilo (slika 1). Ta ostane na mestu več dni. Mesto injiciranja zamejamo, če se lokalno pojavi rdečina ali oteklina. Za trajno infuzijo potrebujemo črpalko; najprimernejša je črpalka za enkratno uporabo in z elastomernim balonom, ki se samodejno krči in iztisne izbrano količino analgetske tekočine v podkožje. Na voljo so črpalke za eno- ali večdnevno uporabo in z različnimi pretoki. Za bolnike z zagoni prebijajoče bolečine, ki jih zdravimo z dodatnimi odmerki zdravila, so primernejše črpalke na baterijski pogon. Na njih zdravnik poleg stalnega pretoka programira še dodatne bolusne odmerke, ki si jih bolnik injicira s pritiskom na gumb črpalke.

Črpalke za enkratno uporabo in s samodejno krčljivim balonom so v Sloveniji dostopne bolnikom z močnimi bolečinami zaradi raka ali posledic zdravljenja raka od julija 2002 kot pravica iz OZZ. Izbrani zdravnik jih predpiše na naročilnico za medicinski tehnični pripomoček za obdobje enega meseca. Najuporabnejše so se izkazale eno- in petdnevne črpalke s pretokom 2 ml/uro ter sedemdnevne s pretokom 1,5 ml/uro. Z enodnevnimi balonskimi črpalkami v nekaj dneh izti-

Slika 1. Elastomerna črpalka in v podkožje vstavljena intravenska kanila



triramo učinkovit dnevni odmerek morfina in nadaljujemo zdravljenje s pet- ali sedemdnevnimi črpalkami in pet- ali sedemdnevnimi odmerki zdravil. Izbrani zdravnik napiše sestavo analgetske raztopine kot magistralno zdravilo na zeleni recept (Rp/02) v dvojniku in z zaporedno številko iz uradno pečatene knjige evidenc, največ za obdobje enega meseca. Plačnik je OZZ. Ker sta stanje bolnika in jakost bolečine spremenljiva, je smiselno na en recept napisati analgetsko mešanico za največ 10- do 14-dnevno zdravljenje. Priprava analgetske raztopine in polnjenje balonske črpalke z njo sta dokaj preprosta postopka. Potrebni so aseptični pogoji, zato ju opravljajo v lekarnah. Izjemoma se elastomerna črpalka polni s pripravljeno analgetsko mešanico v zdravnikovi ambulanti ali na bolnikovem domu. Ampuliran morfin mešamo s fiziološko raztopino, količina te nosilne tekočine pa je odvisna od izbrane črpalke in pretoka na črpalki.

3.2. Podkožno dana zdravila za zdravljenje drugih simptomov

Če bolezen napreduje, se lahko pojavijo slabost, bruhanje, nemir, nespečnost in drugi simptomi. Zdravila za njihovo zdravljenje lahko dodamo morfinu v črpalko za stalno podkožno infuzijo. Družinski zdravnik predpiše sestavo take podkožne infuzije na recept kot magistralno zdravilo (Rp/02). Pri pripravi mešanice zdravil moramo upoštevati lestvico kompatibilnosti zdravil, da ne nastane oborina. Naše klinične izkušnje kažejo, da je kompatibilnost večja, če mešamo bolj razredčena zdravila.

Najpogosteje uporabljena zdravila so metoklopramid kot antiemetik, midazolam kot sedativ in haloperidol kot antiemetik in sedativ. Odmerki zdravil so individualni, upoštevati moramo predpisane dnevne odmerke. Začnemo z manjšimi odmerki in jih po potrebi večamo do učinka ali predpisanih največjih odmerkov. Odmerki zdravil, ki jih dobi bolnik podkožno, so enaki tistim, ki bi jih dobil v žilo. *Metoklopramid* predpišemo v začetnem dnevnem odmerku 30 mg, *midazolam* 5 do 10 mg in *haloperidol* 1 do 5 mg. Haloperidol ni registriran za podkožno dajanje, a je po dolgoletnih izkušnjah v paliativni medicini ta pot vnosa mogoča.

3.3. Podkožno dana dodatna zdravila za lajšanje nevropatske bolečine

Če peroralna dodatna zdravila za nevropatsko bolečino kljub največjim odmerkom ne učinkujejo, bolniku povzročajo hujše stranske učinke ali pa jih bolnik ne more zaužiti, lahko zdravnik algolog začne zdravljenje nevropatske bolečine s ketaminom, lidokainom, deksametazonom in/ali klonidinom, ki so dodatek morfinu. Po enkratni aplikaciji imajo ta zdravila kratko delovanje, zato je za učinkovito zdravljenje potrebna stalna infuzija. Po priporočilih algologa tako zdravljenje nadaljuje izbrani zdravnik. Ampulirane oblike zdravil – ketamin, 10-odstoten lidokain in klonidin – so poleg morfin sulfata razvrščeni na listo nujnih zdravil v humani medicini, zato jih kot magistralno zdravilo napišemo na recept v breme OZZ.

Ketamin je v manjših odmerkih dober analgetik, v večjih pa anestetik. V subanestetičnih odmerkih je pri zdravljenju nevropatske bolečine klinično učink-

kovit. Začetni odmerek je 50 do 100 mg/dan. Zaradi halucinatornih učinkov ketamina dodamo v podkožno infuzijo midazolam v odmerku 5 do 10 mg/dan. Če je midazolam neučinkovit, ga zamenjamo s haloperidolom v odmerku 1 do 5 mg/dan. Učinkovit odmerek ketamina titriramo tako, da povečujemo dnevni odmerek za 100 mg do največjega odmerka 600 mg/dan.

Lidokain zaradi stranskih učinkov ni primeren za bolnike s hudo ishemično boleznijo srca. Njegovo učinkovitost pri zdravljenju težko obvladljive nevropatske bolečine lahko preverimo z enkratnim odmerkom 12 ml 1-odstotnega lidokaina v kratki, enourni infuziji v žilo. Bolnika med tem monitoriramo, da ugotovimo, ali so nastopile motnje ritma. Če se bolečina zmanjša, nadaljujemo s stalno podkožno infuzijo 1 do 5 ml 1-odstotnega lidokaina na uro in po potrebi titriramo do odmerka 2 ml/kg/24 ur. Za 70 kg težkega odraslega bolnika je to 140 ml 1-odstotnega ali 14 ml 10-odstotnega lidokaina na dan. Zaradi prevelikega volumna 1-odstotne koncentracije zdravila uporabljamo 10-odstotno zato, da količina zdravila omogoča polnjenje črpalk s pretokom 1,5 ali 2 ml/uro.

Kortikosteroidi vplivajo na nevropatsko bolečino, ker zmanjšajo vnetje in oteklino ob živcu. Izboljšajo tudi tek in splošno počutje ter delujejo antiemetično. Ker so po daljšem jemanju terapevtsko slabše učinkoviti in je večja verjetnost resnih stranskih učinkov, jih uporabljamo omejeno obdobje ali v zadnjih tednih življenja. V podkožni infuziji uporabljamo deksametazon v začetnem dnevnem odmerku 16 mg. Odmerek postopno manjšamo in ga po treh do štirih tednih ukine.

Klonidin so kot analgetik najprej aplicirali epiduralno in dokazali sinergistično delovanje z bupivakainom in morfinom. S tako aplikacijo je tudi največ izkušenj. Pozneje so ga v sistemske zdravljenju uporabili pri diabetični nevropatiji in bolnikih z bolečino zaradi raka. Dnevni odmerek je 150 do 300 µg. Možni stranski učinki so sedacija, hipotenzija in bradikardija.

Zaključek

Opioidi so ključna zdravila za zdravljenje močne bolečine in z njimi olajšamo bolečino pri večini bolnikov, če jih pravilno uporabljamo. Poznati pa moramo omejitve pri njihovi uporabi in hujše neželene učinke, ki so bolj pogosti pri bolnikih s terminalno boleznijo.

Pri jemanju velikih odmerkov opioidov dalj časa, predvsem pri sočasnem slabšem delovanju ledvic in jeter, se lahko pojavijo hujši neželeni učinki opioidov, kot so halucinacije ali delirij in mioklonus. Težave pri zdravljenju z opioidi lahko nastanejo tudi zaradi razvoja tolerance in preobčutljivosti za bolečino.

Opioidi so slabše učinkoviti pri nevropatski bolečini, kjer uporabljamo dodatna zdravila in postopke za zdravljenje bolečine.

Bolniki z rakom imajo tudi druge simptome bolezni, zato je potrebna njihova celostna obravnava. Z opioidi ne moremo zdraviti vseh bolečin, ki jih povzročata rak, ki je napredoval.

Podkožno dajanje zdravil v stalni infuziji z balonskimi črpalkami za enkratno uporabo je velika pridobitev za izbrane bolnike z rakom. Balon polnimo z zdravili za lajšanje bolečine in drugih simptomov bolezni, ki je napredovala. Zaradi večdnevnega polnjenja je bolnik manj odvisen od negovalnega osebja, zato je podkožna infuzija zelo primerna za zdravljenje na domu. Za bolnika je prijazen način zdravljenja in ob pravilni izbiri zdravil ter odmerkov izboljšuje kakovost njegovega življenja in tudi življenja svojcev.

Viri in literatura

1. Lahajnar S, Krčevski N, Stepanovič A, Čufer T. Usmeritve za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. *Zdrav Vestn* 2008; 77: 7–12.
2. Stute P, et al. Analysis and Treatment of Different Types of Neuropathic Cancer Pain. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26: 1123-1131.
3. Mervyn D. Opioids in renal failure and dialysis. *Journal of pain and symptom management* 2004; 28: 497-504.
4. Rainer HB. Renal impairment: a challenge for opioid treatment? The role of buprenorphine. *Palliative Medicine* 2006; 20: 17-23.
5. Derby S, Chin J, Portenoy RK. Systemic opioid therapy for chronic cancer pain: practical guidelines for converting drugs and routes of administration. *CNS Drugs*. 1998; 9: 99–109.
6. Hanks GW, Reid C. Contribution to variability in response to opioids. *Support Care Cancer* 2005; 13: 145-152.
7. Mercadante S, Ferrera P, Villari P, Arcuri E. Hyperalgesia: An emerging iatrogenic syndrome. *Journal of pain and symptom management* 2003; 26: 769-775.
8. King T, Ossipov M, Venderah T, Porreca F. Is paradoxical pain induced by sustained opioid exposure an underlying mechanism of opioid antinociceptive tolerance? *Neurisignals* 2005; 14: 194-205.
9. Lahajnar S. Podkožne infuzije morfina in drugih zdravil pri bolniku z rakom. *Onkologija* 2005; 1: 49-51.

Prepoznavna bolečine pri umirajočem:

- je otežena, če je bolnik somnolenten, komatozen;
- pomen grimas, gubanja čela, stokov;
- nemir, agitiranost, stokanje so lahko znaki terminalnega delirija in ne bolečine;
- potrditev telesne bolečine, če je dodatni odmerek opioida učinkovit.



- **75 % bolnikov z napredovalim rakom ima bolečino.**
- Bolečina je pogosto slabo obvladana.
- Opiodi so steber zdravljenja bolečine zaradi raka.

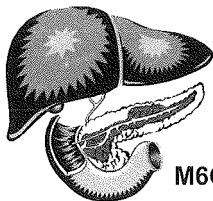


Neželeni učinki opioidov

- zaprtje
- suha usta, slabost, bruhanje
- sedacija
- retenca urina
- srbenje, urtikarija, potenje
- halucinacije, delirij, mioklonus, krči
- hiperalgezija, alodinija
- depresija dihanja

Razgradnja in izločanje morfina

- glukoronizacija v jetrih → M6G, M3G
- izločanje skozi ledvica



ledvična odpoved
dehidracija



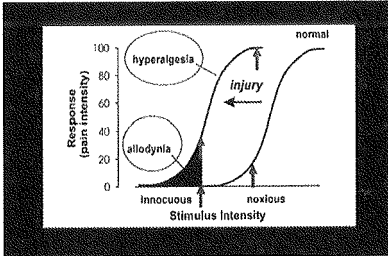
M6G: znaki prevelikega odmerka

M3G: zmedenost, halucinacije, delirij, mioklonus



↓ **odmerki**, ↑ **intervali**, **rotacija opioida**

Hiperalghezija, alodinija

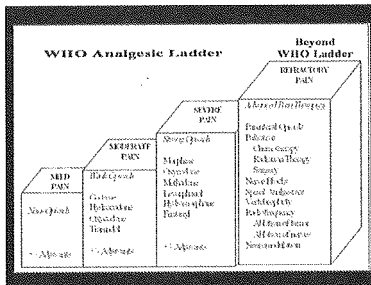
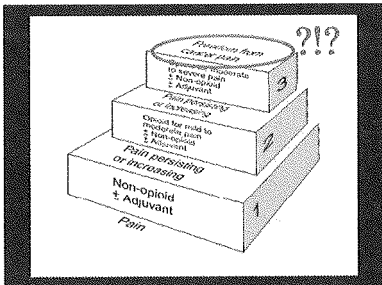


- manjši odmerek opioda
- drugi načini zdravljenja bolečine
- ketanest



Opioidi so steber zdravljenja bolečine, vendar...

Multimodalno zdravljenje bolečine



Interdisciplinarno zdravljenje bolečine



LIVERPOOLSKA KLINIČNA POT/KLINIČNA POT OSKRBE UMIRAJOČEGA

Jasenka Gugić Kevo

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Klinične poti (KP) so vodila oz. načrti za kvalitetno oskrbo bolnikov. Liverpoolska klinična pot ali klinična pot oskrbe umirajočega (KPU) je bila razvita s ciljem izboljšanja oskrbe bolnikov ob koncu življenja in skrbi za bližnje. Vstopni kriterij za KPU je diagnoza pričetka umiranja oz. prisotnost vsaj dveh od navedenih pogojev: bolnik je vezan na posteljo, bolnik je semikomatozen, tekočino lahko uživa le po požirkih, ne more več zaužiti tablet. Sledi začetna ocena bolnikovega stanja ter obstoječih težav in potreb (fizične, psihične, psihosocialne, duhovne/religiozne) bolnika in bližnjih in nato spremljanje težav na 4 oz. 12 ur ter ustrezno ukrepanje po priporočilih KPU. KPU nas na ustrezen način vodi tudi skozi obdobje po smrti bolnika in priporoča najbolj primerne ukrepe. Spremljajoča dokumentacija KPU so smernice za zdravljenje simptomov, ki se najpogosteje pojavljajo ob koncu življenja, in pisne informacije za bližnje. Prednosti uporabe KPU so številne, med drugimi KPU promovira holistični pristop bolniku in njegovim bližnjim oz. integrira fizično, psihično, psihosocialno in duhovno/religiozno problematiko. Z dosledno uporabo KPU v zadnjih dneh življenja lahko ustrezno poskrbimo za bolnike in njihove bližnje.

Uvod

Koncept kliničnih poti (KP) je bil prvič omenjen v 80-ih letih v ZDA v zvezi s potrebo po standardizaciji oskrbe določenih skupin bolnikov. KP so vodila oz. načrti za kvalitetno oskrbo bolnikov. Podpirajo uporabo kliničnih smernic, ki temeljijo na dokazih. Omogočajo natančno spremljanje stanja bolnika in opravljenih postopkov in pri tem določajo vlogo vsakega posameznega člana tima. Zagotavljajo ustrezno dokumentacijo, organizacijo in koordinacijo oskrbe. Liverpoolska klinična pot ali klinična pot oskrbe umirajočega (KPU) je bila razvita s ciljem izboljšanja oskrbe bolnikov ob koncu življenja in skrbi za bližnje. Obstajajo štiri verzije KPU, ki so prilagojene za uporabo v različnih okoljih (bolnišnica, hospic, dom starejših občanov, domače okolje).

Vstopni kriteriji za KPU

Osnovni pogoj za uporabo KPU pri bolniku je prepoznavanje umiranja. Zdravniki smo zelo naravnani k agresivnem zdravljenju vseh možnih simptomov, kar lahko zelo otežuje zadnje dneve življenja, tako za bolnika kakor tudi za njegove bližnje. Bolnika obremenjujemo z invazivnimi, nepotrebni postopki, po drugi strani pa bližnjim ne damo možnosti, da se poslovijo z bolnikom in se pripravijo na smrt. Po kriterijih za uporabo KPU je diagnoza pričetka umiranja skupna odločitev članov multidisciplinarnega paliativnega tima. Reverzibilni vzroki stanja bolnika morajo biti izključeni, prisotna pa morata biti vsaj dva od navedenih štirih pogojev:

1. bolnik je vezan na posteljo,
2. bolnik je semikomatozen,
3. tekočino lahko uživa le po požirkih,
4. ne more več zaužiti tablet.

Stanje bolnika, ki je v fazi umiranja, se lahko izboljša, vendar takšno pričakovanje ni razlog, da pri bolnikih ne uporabljamo KPU, ki tudi pri takšnem bolniku zagotavlja ustrezno oskrbo.

Oskrba bolnika

1. del – začetna ocena stanja bolnika in njegove oskrbe

Ko smo se odločili, da bomo pri bolniku uporabili KPU, je naslednji cilj oceniti bolnikovo stanje ter obstoječe težave in potrebe (fizične, psihične, psihosocialne, duhovne/religiozne), tako pri bolniku kakor tudi pri njegovih bližnjih (Slika 1.). To je podlaga za nadaljnje spremljanje. Evaluirati je treba postopke, ki se izvajajo (npr. krvne preiskave, spremljanje vitalnih znakov ipd.), in prenehati z vsemi nepotrebni postopki. Bistveno je, da imajo bolniki v fazi umiranja po potrebi predpisana zdravila za lajšanje težav, ki jih pričakujemo v tej fazi, in da izločimo vsa nepotrebna zdravila. KPU priporoča predpisovanje naslednjih zdravil:

1. za bolečine – analgetiki,
2. za vznemirjenost – sedativi,
3. za slabost in bruhanje – antiemetiki,
4. za povečano sekrecijo v dihalih – antiholinergiki,
5. za dispnejo – opiat, anksiolitiki.

Zdravila praviloma apliciramo po poti, ki je najmanj invazivna, to je subkutana pot. Če bolnik lahko požira, lahko nadaljujemo z dajanjem zdravil po peroralni poti. Vsekakor pa se je treba izogibati dajanju zdravil po najbolj invazivni – intravenski poti.

Slika 1. Začetna ocena stanja (del tabele)

1. del	Začetna ocena stanja	
Diagnoza in demografski podatki	PRIMARNA DIAGNOZA:	
	SEKUNDARNA DIAGNOZA:	
	Datum sprejema: Narodnost:	
	Datum rojstva:	moški <input type="checkbox"/> ženska <input type="checkbox"/>
Fizično stanje	Težave s požiranjem	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Slabost	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Bruhanje	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Zaprtje	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Zmedenost	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Vznemirjenost	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Nemir	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Zaskrbljenost	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Zavedanje	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Pri zavesti	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Težave pri uriniranju	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Vstavljen urinski kateter	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Povečana sekrecija v dihalih	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Dispneja	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Bolečina	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Drugo (npr. edemi, srbenje)	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
Blaziilna oskrba	Cilj 1: Pregled predpisanih zdravil in izločitev nepotrebnih. da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
	Primarna peroralna zdravila zamenjana s subkutanimi oz. vstavljena subkutana črpalka, če je potrebno. Nepotrebna zdravila ukinjena.	
	Cilj 2: Predpisana subkutana zdravila po potrebi (glej smernice na koncu KP)	
	Bolečina – analgetiki	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Vznemirjenost – sedativi	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Slabost/bruhanje – antiemetik	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
Povečana sekrecija v dihalih – antiholinergiki	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
Dispneja – anksiolitiki/opiati	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
Cilj 3: Nepotrebne intervencije končane.		
Krvne preiskave (vključno s kontrolo KS)	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>	
Antibiotiki	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>	
IV aplikacije (zdravil, tekočin)	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>	

2. del – spremljanje bolnikovih težav in ustrezna oskrba

Po začetni oceni stanja sledi redno spremljanje težav (Slika 2.). Težave spremljamo na 4 ure oz. še bolj pogosto, če je treba (bolečine, vznemirjenost, slabost in bruhanje, sekrecija v dihalih, dispneja, ustna nega, odvajanje vode),

in na 12 ur (odvajanje blata, stanje kože, psihične, psihosocialne in duhovne/religiozne potrebe bolnika in bližnjih).

V primeru težav KPU predvideva ustrezne ukrepe.

Slika 2. Spremljanje težav (del tabele)

V tabelo vnašaj naslednje oznake: D = cilj dosežen O = odstopanje od zaželenega cilja						
Spremljanje bolnikovih težav	04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
Redno ocenjevanje						
Bolečina Cilj: Bolnik je brez bolečin – Izraženo z besedami, če je pri zavesti – Je brez bolečin pri premikanju – Bolnik je umirjen – Premislite o potrebi spremembe položaja						
Vznemirjenost Cilj: Bolnik ni vznemirjen – Bolnik ne kaže znakov delirija, terminalne tesnobe, nemira (premetavanje, trzanje, krčji) – Zastoj urina je izključen, kot možni vzrok – Premislite o potrebi spremembe položaja						

3. del – oskrba po smrti

Po smrti je treba poskrbeti, da se vsi postopki s pokojnim izvajajo pravilno in z dostojanstvom, poskrbeti pa je treba tudi za bolnikove bližnje (obveščanje o smrti, podpora neposredno po smrti in v času žalovanja). KPU nas na ustrezen način vodi tudi skozi to obdobje in priporoča najbolj primerne ukrepe.

Analiza odstopanj

V KPU so navedeni možni problemi in priporočeni ukrepi za reševanje teh problemov. Vsekakor pa se zdravstveni delavci lahko odločimo za drugačne ukrepe, po lastni presoji, vendar mora biti vsako tako odstopanje od priporočil KPU za-beleženo v tabeli »analiza odstopanj«, ki je tudi del KPU. Beleženje odstopanj je podlaga za prilagoditev KPU lokalnim potrebam in izboljšanje kvalitete oskrbe.

Spremljajoča dokumentacija

Spremljajoča dokumentacija KPU so smernice za zdravljenje simptomov, ki se najpogosteje pojavljajo ob koncu življenja, in pisne informacije za bližnje

(uporabne informacije o možnostih, ki so jim na voljo v ustanovi in okolju, o postopkih, ki se izvajajo, o dostopnosti strokovne pomoči ipd.)

Prednosti uporabe KPU

Prednosti uporabe KPU so številne. KPU je uradni medicinski dokument, ki lahko zamenjuje vso ali večji del medicinske dokumentacije. Z njegovo uporabo se zmanjšuje podvajanje dela in zagotavlja boljša organizacija in koordinacija dela, zaradi česar se zmanjšujejo obremenitve zdravstvenega osebja in tudi stroški oskrbe. KPU je skupni dokument za več članov osebja, kar omogoča boljše razumevanje vloge posameznikov pri izvajanju oskrbe ter promovira timsko delo in multidisciplinarnost. Uporaba KPU zmanjšuje odstopanja pri oskrbi bolnikov in omogoča lažje vrednotenje rezultatov. KPU promovira holistični pristop bolniku in njegovim bližnjim oz. integrira fizično, psihično, psihosocialno in duhovno/religiozno problematiko.

Naše izkušnje

Da bi ugotovili, kako je poskrbljeno za umirajoče bolnike (v zadnjih 72 urah življenja) na oddelkih Onkološkega inštituta, smo analizirali medicinsko dokumentacijo 139 bolnikov, ki so umrli v času hospitalizacije od januarja 2007 do junija 2008. Bolniki so imeli na dan smrti predpisanih povprečno 5,52 zdravil (1-15). Zdravila so bila pogosteje aplicirana po bolj invazivnih poteh kot po najmanj invazivni subkutani poti. 56 bolnikom (40,8 %) je bila vzeta kri za krvne preiskave, pri manjšem odstotku pa so bile izvajane druge invazivne preiskave in postopki. Vsaj en znak bližajoče se smrti je bil zabeležen v medicinski dokumentaciji 59 bolnikov (42,4 %), KPU je bila uporabljena pri samo 10 bolnikih (7,2 %).

Zaključek

Uvajanje KPU v klinično prakso je bistveno izboljšalo oskrbo bolnikov ob koncu življenja in skrb za njihove bližnje. Z dosledno uporabo KPU v zadnjih dneh življenja lahko ustrezno poskrbimo za svoje bolnike in njihove bližnje.

Viri in literatura

1. Ellershaw J, Wilkinson S. Care of the dying: A pathway to excellence. Oxford: Oxford University Press, 2006.
2. Watson M, Lucas C, Andrew H, Back I. Oxford Handbook of Palliative Care, part 2. Oxford: Oxford University Press, 2005: 746 – 748, 778 – 779.
3. Ebert MM, Ćirić E, Rajer M, Gugić KJ, Šegedin B, Štrancar K, Červek J. Care of the dying: the last 72 hours of life. 11th Congress of the European Association for Palliative Care.

4. Sykes N. End of life issues. *European Journal of Cancer* 44 (2008): 1157 – 1162.
5. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated Care Pathways. *BMJ* 316 (1998): 133 – 137.
6. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying. *BMJ* 326 (2003): 30 – 34.
7. Liverpool Care Pathway (LCP) (http://www.mcpcil.org.uk/liverpool_care_pathway).

Kriteriji za uporabo KPU

Znaki začetka umiranja

- Bolnik je vezan na posteljo
- Bolnik je semikomatozen
- Tekočino lahko uživa le po požirkih
- Ne more več zaužiti tablet



Začetna ocena stanja (1)

- Fizično stanje bolnika
- Pregled predpisanih zdravil in izločitev nepotrebnih
- Uporaba ustrezne poti za vnos zdravil
- Končanje nepotrebnih postopkov
- Psihološka ocena
- Religiozna/duhovna podpora
- Komunikacija



Začetna ocena stanja (2)

Predpisana subkutana zdravila po potrebi:

- Bolečina - analgetiki
- Vznemirjenost - sedativi
- Slabost/bruhanje - antiemetiki
- Povečana sekrecija v dihalih - antiholinergiki
- Dispneja - anksiolitiki/opiati



Spremljanje težav / 4 ure

- Bolečina
- Vznemirjenost
- Povečana sekrecija v dihalih
- Slabost in bruhanje
- Dispneja
- Nega ust
- Udobnost (odvajanje urina)
- Apliciranje zdravil



Spremljanje težav / 12 ur

- Udobnost (pokretnost, stanje kože, osebna higiena)
- Zaprtje ali driska
- Vpogled v situacijo (bolnik/bližnji)
- Pripravljenost bližnjih na smrt
- Duhovna/religiozna podpora (bolnik/bližnji)
- Ostale potrebe bližnjih



Oskrba po smrti

- Ugotovitev smrti
- Obveščanje o smrti
- Oskrba umrlega
- Urejanje dokumentacije
- Postopanje z osebnimi stvarmi
- Podpora bližnjim



SPOPRIJEMANJE Z NEOZDRAVLJIVO BOLEZNIJO

Klelija Štrancar

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Oskrba umirajočih bolnikov in njihovih svojcev je kljub napredku medicinske znanosti še vedno zapostavljena tema, kar se v praksi najgloblje dotika prizadetih. Institucionalna obravnava umirajočih bolnikov vodi v tabuizacijo in odtujenost v dojemanju umiranja in smrti, ki se v družbeni zavesti kaže kot njuno zanikanje in izrivanje.

Posledica takega odnosa je nezadostna priprava na umiranje in smrt, kar najbolj občutijo hudo bolni in umirajoči bolniki, njihovi svojci in velikokrat tudi negovalci oziroma zdravstveno osebje. Potrebe teh ranljivih skupin so zanemarjene in prezrte.

Ob prejemu vesti o neozdravljivi bolezni so bolniki in njihovi svojci prestrašeni, zmedeni in prizadeti. Zato potrebujejo podporo, ki je sedanje oblike pomoči ne morejo dati. Paliativna oskrba je tisti odgovor na neustreznost medicinske obravnave, ki v svoji multidisciplinarni sestavi zagotavlja celostno oskrbo tako bolnikov kot njihovih svojcev v njihovi fizični, psihosocialni in duhovni celovitosti. Pomemben del paliativne oskrbe je duhovna oskrba (podpora ali spremljanje), ki predstavlja osrednji del članka. Namen duhovne podpore in spremljanja je pomoč bolnikom in njihovim svojcem pri premagovanju doživljanja občutkov nesmiselnosti, nevrednosti in nekoristnosti, ki se pojavijo v procesu soočanja z neozdravljivo boleznijo, ter podpora pri iskanju pomenov in smisla ter lastne vrednosti skozi življenjska obdobja.

Uvod

Čas umiranja je čas negotovosti in hudih stisk tako za bolnike kot za njihove svojce. Negotovost je izražena zlasti v stanju nekega nedorečenega čakanja, ki izzveni v razočaranje, obup ali vdanost. To je posebej občutljivo obdobje življenja, ko bolezen človeka ne načinja samo telesno, temveč tudi duševno in duhovno. V tem obdobju se človek pogosto ukvarja z vprašanji o poslednjem smislu in vrednosti življenja. Svet, v katerem se je znašel, je poln nerazumevanja, saj ga tisti, ki ga spremljajo, velikokrat v zadregi obidejo ali pa mu v lastni stiski ponujajo lažno upanje. Vsi dosežki moderne medicinske tehnologije ne morejo pomiriti občutja tesnobe, niti utišati ali potešiti vedno na novo odpirajočih se dilem, ki iščejo odgovore. V teh trenutkih je duhovna oskrba tisti nepogrešljivi del podpore, ki si prizadeva, da

obdrži človeka v njegovi celosti in mu zagotovi prostor ljubeče sprejetosti in dostojanstva.

V pričujočem članku bomo razložili, na kakšen način nudi paliativni tim bolnikom in njihovim svojcem podporo pri soočanju z neozdravljivo boleznijo.

Nadalje bomo predstavili duhovno oskrbo (podporo in spremljanje) in njen pomen v okviru paliativne oskrbe.

Pojmovanje umiranja in smrti v sodobni družbi

Sodobna družba je umiranje in smrt potisnila v okvire privatizacije, institucionalizacije in medikalizacije. Institucionalizacija smrti je pripeljala do pomanjkanja izkušenj v družbi v odnosu do umiranja in smrti v primerjavi s preteklostjo, zato se pri sodobnem človeku pojavlja strah pred umiranjem njegovega bližnjega v domačem okolju. Bolnišnice so postale osrednji prostor za umirajoče, kjer jim skuša medicina podaljševati življenje.

Medicinski model skrbi je racionalna, empirična in znanstvena metoda, ki je usmerjena v diagnosticiranje in zdravljenje. Oskrbovalci v tako usmerjenem medicinskem modelu skrbi pogosto spregledajo fiziološke spremembe umiranja, prav tako spremljajoče simptome. Oskrba umirajočega je neustrezna. Tu ni prostora za širši spekter človekovih potreb, kot so psihosocialne, duhovne, religiozne in druge potrebe.

Posledice nezadostne priprave in pomanjkanje veščin v odnosu do umiranja in smrti še posebej občutijo hudo bolne in umirajoče osebe ter njihovi svojci.

Pristop k spremljanju neozdravljivo bolnih in njihovih svojcev

Doživljanje bolnika in njegove družine se ob spoznanju, da je bolezen neozdravljiva, in sočasni misli na smrt kaže v občutjih krivičnosti, nevrednosti, brezupnosti, izoliranosti, jeze, ranljivosti in zapuščenosti. Različne potrebe, ki se v času umiranja pojavijo pri bolnikih in njihovih svojcih, so osnova za aktiviranje različnih strokovnjakov, ki delujejo v okviru bolnišnice in izven nje.

Podporo in spremljanje bolnikov in njihovih svojcev po svojih strokovnih močeh izvajajo člani paliativnega tima, tako v bolnišnici, kakor izven nje. Po odpuštu bolnikov iz bolnišnične oskrbe paliativni tim nadalje spremlja bolnike in njihove svojce v okolju, kjer živijo, in se po potrebi povezuje s službami, kot so npr. hospici, patronažne službe, protibolečinske ambulante, socialne službe in druge oblike pomoči.

Vključitev bolnika in svojcev v paliativno oskrbo

Z vključitvijo v paliativno oskrbo postanejo tako bolniki kot njihovi svojci del paliativnega tima. V vsakem primeru pa mora odločitev za to vrsto skrbi spre-

jeti bolnik sam. To pomeni, da predlagano skrb v obliki paliativne obravnave sprejme ali pa zavrne. Pravica prizadetega je, da sam izbere svojo pot v času neozdravljive bolezni.

Celostna obravnava bolnikov in njihovih svojcev med pomembne vidike skrbi vključuje tudi duhovno oskrbo. Duhovna oskrba ali podpora je nepogrešljiv sestavni del paliativne oskrbe, ki združuje fizične, psihološke ter socialne stiske in težave človeka v celoto in ga v tej celoti razumeva in sprejema. Duhovnost pa se pogosto enači z religijami, kjer religiozne osebe črpajo odgovore na življenjska vprašanja iz njihovega duhovnega sporočila. Ker pogosto prihaja do mešanja med pojmom, bomo v nadaljevanju poudarili razliko med duhovnostjo in religijo, čeprav se oba pojma med seboj prepletata in dopolnjujeta.

Duhovna oskrba

Razumevanje duhovnosti

Duhovna razsežnost človeka pomeni ukvarjanje z osnovnimi življenjskimi vprašanji o smislu življenja in njegovih najglobljih temeljih (ljubezen, sreča, mir, odnos, krivda...). Duhovni vidik teži k celovitosti pomenov in smiselnosti ter je bistvena sestavina celote človekovega življenja, ki se izraža v različni enkratnosti, kar pomeni, da vsak človek razvija svojo duhovno razsežnost na bolj ali manj le njemu lasten način. Duhovnost ni vezana na določene obrede ali rituale, ki v glavnem pripadajo religijam, temveč jo obravnavamo v širšem pomenu kot bistven način človekovega življenja, ki išče in izkazuje svoj smisel oziroma razumevanje. Oseba lahko živi svojo duhovnost in izraža globoko potrebo po njej, čeprav ni vezana na določeno religijsko tradicijo.

Da je duhovnost pomemben vidik človekovega življenja, potrjuje dejstvo, da se že samo življenje sprašuje o smislu naše biti, da nam življenje ni le dano, temveč, kot pravi Heidegger, se nam dogaja. Človek nenehno snuje in oblikuje svoje razumevanje na način povezav pomenov v življenjsko celoto. Običajno pa se vprašanje o smislu zaostri v mejnih situacijah našega bivanja, ko nam dotedanje »utečeno« razumevanje odpove. Najpogosteje se to zgodi v času bolezni, umiranja in smrti. Takrat se pojavijo vprašanja po razumevanju življenja: »Kdo sem, od kod prihajam in kam grem, kaj je smisel življenja in kakšen smisel je sploh imelo moje življenje, kaj bo ostalo za menoj?« Navadno umirajočega spremlja duhovno trpljenje, ki se kaže v občutkih krivde, jeze, protesta, nemoči, strahu, obupa, doživljanja krivde ipd. Človek se, kot na samega sebe osredotočeni jaz, ki je v stalni aktivnosti obvladoval svet, znajde v drugačnem položaju. Umiranje in smrt mu vzbudita prastrah, da ni ljubljen, da je njegova prisotnost nekoristna in nezaželena, da ni ničesar trdnega, na kar bi se oprijel,

da ga bo pogoltnila temna praznina in da bo razpadel v nič kot pepel. Poleg tega, da se bolnik znajde v boleči izkušnji drugačnega razmišljanja in doživljanja sebe in sveta, nastopi še zahteva po brezpogojni prepustitvi in razlastitvi. V tak položaj potisnjen bolnik pogosto doživlja medicinsko oskrbo kot pomoč brez duhovne podpore.

Duhovno spremljanje

Spremljevalec je ob procesu umiranja vsaka oseba, ki je v stiku z umirajočimi bolniki in njihovimi svojci oziroma v ožjem pomenu strokovno usposobljena oseba, ki daje podporo pri soočanju in spopadanju z eksistencialnimi vprašanji umirajočih bolnikov in njihovih svojcev. Obvladati mora zahtevne komunikacijske spretnosti (pristop, namen pogovora in njegov cilj, zaupljivost, diskretnost itd.) ob primernih osebnostnih značilnostih (komunikativnost, empatija, iskrenost, visoka etična odgovornost itd.). Ob vsem tem pa spremljanje pogojuje primerne okoliščine, na katere mora biti spremljevalec še posebej občutljiv. Spremljanje zahteva čas, ki je vezan na bolnikove individualne potrebe in individualne potrebe svojcev, zahteva zagotovitev mirnega, varnega in zaupnega okolja ob upoštevanju spoštljive razdalje, ki bolniku in svojcem dopušča zasebnost in dialog. Duhovna podpora, ki je nudena bolniku in tudi njegovi družini, vključuje iskanje bolnikovih lastnih odgovorov s postavljanjem vprašanj, ki so usmerjena v iskanje pomenov in ciljev v njegovem življenju. Spremljevalec nudi bolniku pomembno pomoč pri ovrednotenju njegovega življenja s postopnim dojetanjem smiselne celote, kar daje človeku občutek preglednosti, obvladovanja, nadzora in lastne vrednosti. To dosega z vzpodbujanjem in ustvarjanjem prostora svobodnega izražanja pri iskanju lastnega razumevanja pomenov in z vzdrževanjem duhovnega ravnovesja.

Pred osnovna življenjska vprašanja pa so postavljeni tudi tisti, ki se srečujejo s težko bolnimi in umirajočimi bolniki ter njihovimi svojci. Zato ne gre le za vprašanja, ki si jih zastavljajo bolniki in njihovi bližnji, temveč tudi za vprašanja samih spremljevalcev o njihovem odnosu do sebe, do drugih in do sveta. Pojem smiselnosti v odnosu do drugih postane središčno izhodišče spremljanja in podpore. Izraža se v načelih duhovne oskrbe, ki omogočajo občutenja spretetosti, ljubeče pozornosti in razumevanja drugačnosti. Ob tem je potrebna drža pozornega poslušanja in prisotnosti, ki pomeni biti »ob« in »z« bolnikom.

Prav zato je srečanje z duhovnimi potrebami bolnikov z rakom ne le velik izziv, temveč tudi velika odgovornost in zavezanost spremljevalcev, da skrbijo zase in za sočloveka. Od dobrega spremljevalca se pričakuje, da si sam zastavlja vprašanja, nanje išče odgovore in posledično razvija lastno duhovno presežnost. Na ta način razvija potrebne kompetence, ki obsegajo znanja, veščine, spretnosti, osebnostne in vedenjske značilnosti, prepričanja, motive in vrednote ter samopodobo.

Zaključek

V procesu soočanja s spoznanjem neozdravljive bolezni je duhovna podpora, kot del paliativne oskrbe, neizogibno potrebna. Duhovna oskrba temelji na domnevi, da so ljudje duhovna bitja, ker so sposobni presegati svojo povezanost s sedanostjo in postavljati vprašanja, ki zadevajo celoto življenja in bivanja tudi z vprašanjem, vezanim »onkraj življenja«. V tem je človekova presežnost, njegova transcendenca. Francoski predsednik Francois Mitterrand je takole zapisal: »Nikdar morda ni bil odnos do smrti tako boren, kot je v tem času duhovne suše, ko se ljudje, obsedeni z obstojem, navidez izmikajo skrivnosti«. Zato nikakor ne smemo prezreti duhovnih potreb v celostni obravnavi – tako bolnikov kakor tudi njihovih svojcev.

Duhovnost in/ali religija sta pomemben del bolnikovega doživljanja bolezni, trpljenja in izgube. Da je nekdo bolnikom v njihovem življenju lahko resnični in iskreni spremljevalec, jih mora spoštovati v njihovi celostnosti: fizični, psihosocialni in duhovni. Šele takrat bo lahko prisluhnil njihovemu upanju, strahovom, verovanju in vse to vključil v načrt zdravljenja. Duhovna oskrba je mnogim bolnikom in svojcem zadnja življenjsko pomembna opora in pomoč pri soočenju, ovrednotenju in sprejemanju svojega preteklega življenja ter soočanju s sedanjim trenutkom.

Viri in literatura:

1. Balboni TC, Vanderwerker LC, Block SD et al. Religiousness and spiritual support among advanced Cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol* 2007; 25: 555-560.
2. Biswas B. *The Medicalization of Dying*. V: Clark, D., eds. *The Future for Palliative Care: Issues of Policy and Practice*. Open University Press: Buckingham-Philadelphia, 1993: 132-139
3. Brenneis, C., Bruera E., Campbell S., Cantwell P, Clark T, and etc., eds., 99 *Common Questions (And More) About Palliative Care: A Nurses's Handbook* (2nd edition). Edmond: Regional Palliative Care Program: Improving the Quality of Living and Dying, 2002
4. Cassidy, S. *Skupaj v temi*. Ljubljana: Župnijski urad Ljubljana-Dravlje, 1999
5. Cobb M., *The Dying Soul: Spiritual care at the end of life*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002
6. Elleershaw, J., Wilkinson S., eds. *Care of the dying. A pathway to excellence*. Oxford: Oxford University Press, 2003
7. Ferrell B. Meeting spiritual needs: what is an oncologist to do? *J Clin Oncol* 2007; 25: 467-468.
8. Heidegger M. *Bit in čas*. Ljubljana: Slovenska matica, 1997.
9. Henzell M. *La mort intime*. Budapest: Europa, 1997.
10. Klun B. *Rojstvo religije iz mističnega občutja*. In: Schleiermacher F, ed. *O religiji. Govor izobraženim med njenimi zaničevalci*. Ljubljana: Kud Logos, 2005: 7-19.

11. Lunn L. Spiritual concerns in palliation. In: Saunders SC, Sykes N, eds. The management of terminal malignant disease. London: Edward Arnold, 1993.
12. Struk V. Filozofija. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1995.
13. Stanworth R., Recognizing spiritual needs in people who are dying. Oxford: Oxford University Press, 2004
14. Štrancar K., Umiranje kot družbeni pojav. Paliativna oskrba in hospic. Magistrsko delo. FDV, Ljubljana, 2004
15. Tavzes M, ed. Veliki slovar tujk. Ljubljana: CZ, 2002.
16. Watson MS, Lucas CF, Hoy AM, Back IN. Oxford handbook of palliative care. Oxford: Oxford University Press, 2005.
17. Wright MC. The spiritual essence of palliative care: a phenomenological enquiry. Palliat Med 2002; 16: 125-32.

Skrb za umirajoče v institucijah

- Sistem ZV s pojavom industrializacije prevzame skrb za umirajoče bolnike.
- Dolgoročne posledice institucionalne obravnave so vodile v tabuizacijo in odtujenost dojemanja umiranja in smrti, kar se v družbeni zavesti kaže kot njuno zanikanje in odvrnanje.



Doživljanje svojcev/družine v času umiranja bolnika

- Prizadetost ob sporočanju slabe novice.
- Dojemanje informacij.
- Odnos z umirajočim svojcem/pretočnost informacij.
- Iskanje pomoči in dodatnih informacij.
- Osamljenost/nemoč.
- Izogibanje soočanja z dejstvom umiranja.
- Strah imeti bolnika doma.
- Doživljanje zdravstva in družbenega okolja.



Spremljevalec

- Spremljevalec je v širšem pomenu vsaka oseba, ki je v stiku z umirajočimi bolniki in njihovimi svojci.
- Spremljevalec v ožjem pomenu pa je strokovno usposobljena oseba, ki daje poglobljeno podporo pri soočanju in spopadanju z eksistencialnimi vprašanji umirajočih bolnikov in njihovih svojcev.



Duhovna in čustvena podpora

- *Podpora pri iskanju njegovih lastnih odgovorov s postavljanjem vprašanj, ki so usmerjena v iskanje pomenov in ciljev v njegovem življenju (duhovna podpora).*
- *Ovrednotenje njihovega življenja v povezovanju **preteklost, sedanjost, prihodnost v smiselno celoto** daje človeku občutek preglednosti, obvladovanja, nadzora in lastne vrednosti.*



Duhovnost in religija

- **Duhovnost** v širšem smislu ni vezana na določeno religijsko izkustvo; oseba lahko izraža globoko potrebo po duhovnosti in živi duhovno, čeprav ni konfesionalno verna.
- **Religija** je sistem naukov, norm, vrednot in obredov, skozi katerega se izkazuje vera v presežno resničnost; vsaka religija ima dimenzijo duhovnosti.



Ključni nasvet

- **Proces odločitev**, ki se začne z novico neozdravljive bolezni osebe in vključuje sprejetje ali nesprejetje tega dejstva in posledic, ki tej odločitvi sledijo, **je pravica prizadetega**, da sam izbere svojo pot.
- Kot spremljevalca nas lahko sprejme ali odkloni.



POGOVOR Z BOLNIKI IN SVOJCI

Maja Ebert Moltara

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Dobro sporazumevanje je ključno za dobro sodelovanje zdravnika z bolnikom in njegovimi svojci. Sporočanje diagnoze rak je stresen in čustven dogodek – tako za bolnika in njegove svojce kot tudi za zdravnika. Poznavanje »osnovnih priporočil za podajanje slabe novice« olajša ta dogodek in zmanjšuje stres pri vseh.

Uvod

Dobro sporazumevanje (komunikacija) med bolnikom, svojci in zdravstvenimi delavci je ključnega pomena pri zdravljenju vseh bolezenskih stanj.

Dobro sporazumevanje ni znanje, ki se ga lahko naučimo z branjem člankov in prispevkov. To je veščina, ki se je izučimo s praktičnimi vajami in izkušnjami. Zdravstveni delavci bi zato že v času študija potrebovali obvezne vsebine in delavnice s področja komunikacije, ki bi jih med rednim delovnim procesom z dodatnimi izobraževanji le dopolnjevali. Žal v slovenskem prostoru ni veliko možnosti za izpopolnjevanje na tem področju, zato je večina zdravstvenih delavcev prepuščena lastni presoji in izkušnjam, kako ukrepati in reagirati ob hudih stiskah bolnikov. Tako na žalost vse prevečkrat tudi zdravstveni delavci postanejo žrtve dodatnega stresa, ki se mu ne znajo izogniti, kar lahko vodi v izgorevanje in obolevanje zdravstvenega kadra.

Verbalno in neverbalno sporazumevanje

Sporazumevanje predstavlja širok pojem, ki poleg verbalne komunikacije vključuje tudi neverbalno. Gre za posredovanje sporočil z obrazno mimiko, tonom in ritmom glasu, telesnimi gibi in nenazadnje tudi z zunanjim videzom (obleka, uniforma) in urejenostjo okolice, v kateri sporazumevanje poteka.

Neverbalno sporočanje ima prav tako pomembno vlogo kot verbalno, kljub temu pa pogosto pozabljamo na njegov pomen.

Diagnoza: RAK

Diagnoza rak ima močan psihološki naboj. Rak v družbi namreč še vedno velja za neozdravljivo bolezen in ga kot takega ob prvem srečanju z diagnozo naj-

večkrat sprejemajo tudi naši bolniki in njihovi svojci. Zdravstveni delavci pa na drugi strani rak praviloma sprejemamo kot nepredvidljivo bolezen, ki se lahko konča tudi s smrtjo. Sporočanje diagnoze rak je zato zahteven, čustveno nabit dogodek, ki je stresen tako za bolnika in svojce kot tudi za zdravstvenega delavca, ki slabo novico sporoča. Poznavanje osnov podajanja slabe novice, prepoznavanje reakcij bolnikov ob stresu ter uporaba najprimernejših načinov reagiranja ob bolnikovem odzivu pomagajo zdravstvenemu delavcu, da slabo novico preda umirjeno, jasno in v skladu z bolnikovimi potrebami. Ob tem se zmanjša tudi stres, ki ga sicer zdravnik ob podajanju slabe novice doživlja.

Osnovna priporočila za sporočanje slabe novice

Pred pogovorom poskrbimo za:

1. primerno okolje (udoben, miren prostor, kjer vas ne motijo telefoni, drugi bolniki),
2. primeren čas (ko ima bolnik in vi sami dovolj časa za pogovor),
3. novico posredujemo osebno (NE po telefonu, pisno ali prek sorodnika), razen če bolnik sam ne želi drugače,
4. povabite svojce, če bolnik tako želi,
5. če je le možno, naj bo prisotna tudi medicinska sestra, na katero se bo bolnik največkrat obračal,
6. pripravite se (preberite zdravstveno dokumentacijo in spoznajte bolnikovo obolenje).

Podajanje slabe novice:

1. govorite jasno, umirjeno, s primernim izrazoslovjem (brez zapletenih medicinskih izrazov, kratic),
2. spoznajte, koliko bolnik že ve (»Kaj so vam povedali na vašem zadnjem pregledu?«, »Kaj že veste o vaši bolezni?«),
3. spoznajte, koliko želi bolnik dejansko izvedeti (»Želite, da skupaj pregledava vse vaše izvide in vam vse podrobno razložim?«),
4. zmanjševanje šoka ob slabi novici – opozorilna nota: »Kot kaže, vaši izvidi niso najboljši« ali »Kot ste že sami sumili, ...«, nato nadaljujete s podajanjem slabega izvida,
5. sporočanje slabe novice stopnjujete počasi, opazujete bolnika in prilagajate informacije glede na njegov odziv in razumevanje (»kot ste sami posumili, gre res za krvno bolezen, ... pravzaprav gre za zelo resno bolezen, ... gre za krvnega raka, ki mu rečemo levkemija ...«),
6. bolniku dajte čas, da novico sprejme,
7. šele ko se čustvena reakcija bolnika umiri, je primerno nadaljevati pogovor o načinih zdravljenja in nadaljnjih ukrepih,
8. preverite razumevanje; če je treba, določene informacije ponovite.

Zaključek

Veščin dobrega sporazumevanja se je mogoče naučiti. Znanje o podajanju slabe novice zmanjšuje stres tako pri zdravnikih kot pri bolnikih in njihovih svojcih ter predstavlja osnovo za dobro sodelovanje in zaupanje pri nadaljnem zdravljenju.

Viri in literatura

1. Stiefel F, Communication in Cancer Care (Recent Results in Cancer Research), Springer-Verlag, 2006.
2. Barclay JS, Blackhall LJ, Tulsky JA. Communication Strategies and Cultural issues in the Delivery of Bad News. *J Palliat Med* 2007; 10 (4): 958-77
3. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA., Fryer-Edwards K. Approaching Difficult Communication Task in Oncology. *CA Cancer J Clin* 2005;55.164-177
4. Ngo-Metzger Q, August KJ, Srinivansan M, Liao S, Meyskens FL Jr. End-of-Life care: guidelines for patient-centered communication. *Am Fam Physician* 2008; 77(2): 167-74
5. Lunder U, Kersnik J. Sporočanje slabe novice. *Med Razgl* 2003; 42: 73-79.

Pogovor z bolniki in svojci

Sporočanje slabe novice pri bolniku z rakom

diagnoza

ponovitev
bolezni

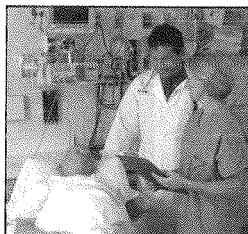
napredovanje
bolezni

terminalna
bolezen



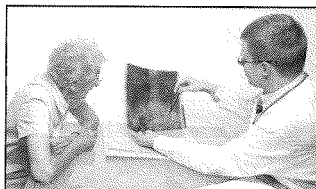
Pred pogovorom poskrbimo za:

1. primerno okolje,
2. primeren čas,
3. novico posredujemo osebno, razen če bolnik sam ne želi drugače,
4. povabite svojce, če bolnik tako želi,
5. prisotna naj bo tudi medicinska sestra,
6. pripravite se.



Podajanje slabe novice:

1. uporabljajte primerno izrazoslovje,
2. spoznajte, koliko bolnik že ve,
3. sporočanje slabe novice stopnjajte počasi,
4. bolniku dajte čas, da slabo novico sprejme,
5. šele ko se čustvena reakcija bolnika umiri, je primerno nadaljevati pogovor o načinih zdravljenja in nadaljnjih ukrepih,
6. preverite razumevanje; če je treba, določene informacije ponovite.



Kaj narediti ko imamo občutek da "se ne da nič več narediti":

1. BODI OB BOLNIKU
2. POSLUŠAJ
3. DAJ BOLNIKU ČAS IN PROSTOR,
DA IZRAZI SVOJE SKRBI IN STRAHOVE
4. SPREJMI BOLNIKOVA ČUSTVA in JIH NE
ZAVRAČAJ



"Za družino se vse še ne konča s smrtjo bolnika... zanje se začneja naslednje poglavje."

Mary Butterwick



OSKRBA PACIENTA Z MALIGNO KOŽNO RANO

Helena Uršič

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Maligne kožne rane prizadenejo pacienta telesno, čustveno in duhovno. Pojavijo se sekundarno pri pacientih, kjer rakavo tkivo prodre v kožo. Običajno se pojavijo pri pacientih v zadnjem stadiju bolezni in proizvajajo veliko izločka, so boleče, smrdeče in krvaveče. Načrt oskrbe rane je individualen, upošteva potrebe pacienta, oceno rane in pacientovega stanja, oskrbo rane, učenje pacienta in svojcev, dokumentiranje in tudi pričakovan izid zdravljenja. Cilj zdravljenja in oskrbe rane je izboljšati kakovost pacientovega življenja.

Uvod

Maligne kožne rane so zaradi svojih simptomov za bolnika in medicinski tim ene od najtežjih vrst ran. Oskrba lahko traja leta. Zdravljenje vključuje obsevanje, kemoterapijo, kirurgijo in oskrbo rane. Smrad bolj ali manj obvladujemo s čiščenjem oziroma izpiranjem rane, različnimi dezodoranti zraka, oblogami z vsebnostjo oglja in/ali srebra in lokalno terapijo z metronidazolom. Izloček obvladujemo z visoko vpojnimi materiali. Kapilarno (blago) krvavitev kontroliramo z lokalnim pritiskom in hemostatskimi oblogami, težje krvavitve zahtevajo podvezovanje ali sklerozacijo. Dobra oskrba rane, odstranjevanje mrtvin in antibiotično zdravljenje lahko zmanjšajo možnost vnetja oziroma ga pozdravijo. Čiščenje rane z izpiranjem (irigacijo) ne povzroča bolečin, dodatnih poškodb in krvavitev. Obloge vzdržujejo vlažno okolje v rani in s tem pospešujejo celjenje.

Definicija maligne kožne rane

Maligne kožne rane so kronične rane. Razvijejo se pri nezdravljenih, lokalno napredovalih rakah, pri ponovitvi bolezni ali pri metastazah. Nastanejo, ko celice primarnega tumorja infiltrirajo podkožje, lahko se razvijejo iz kožnih metastaz ali ko se bolezen lokalno ponovi in tumor prodre skozi kožo.

Vzroki za nastanek malignih kožnih ran so:

- nezdravljeni raki,

- ponovitev bolezni (lokalna ali metastaze),
- limfom kože,
- maligni melanom kože.

Patologija nastanka

Rakave celice vdrejo v lokalno ožilje ali bezgavke, kar posledično privede do odmrtnja tkiva in nastanka rane.

Najpogostejša mesta nastanka malignih kožnih ran so:

- prsni koš – dojka,
- glava in vrat,
- ingvinalni predel,
- anogenitalno področje,
- limfom kože,
- maligni melanom.

Simptomi malignih kožnih ran so:

- izloček,
- mrtvina,
- neprijeten vonj,
- okužba,
- krvavitev,
- bolečina,
- oteklina,
- fistule,
- srbenje,
- prizadeta koža okoli rane.

Pri ocenjevanju maligne kožne rane opazujemo:

- velikost in globino rane,
- dno rane – mrtvina,
- granulacijo in epitelizacijo,
- količino in kakovost izločka,
- prisotnost in jakost neprijetnega vonja,
- znake vnetja,
- vrsto, jakost in čas pojavljanja bolečine,
- stanje kože okoli rane.

Oskrba maligne kožne rane

Rano prevezujemo po zdravnikovem naročilu. Pacienta psihično pripravimo, dobimo njegov pristanek na prevez rane in mu pred oskrbo rane pravočasno damo predpisan analgetik. Pacientu zagotovimo intimnost med prevezovanjem in ga namestimo v najbolj udoben položaj glede na mesto rane. Z rane odstranimo obstoječo oblogo in na njej ocenimo količino in kakovost izločka. Rano čistimo z izpiranjem z ogreto fiziološko raztopino. Glede na oceno rane - dno rane (TIME koncept) izberemo primerno oblogo za rano, ki raztaplja mrtvino, ki se ne lepi na rano, ki vpije izloček, zmanjšuje neprijeten vonj in je lahko impregnirana z ogljem in/ali s srebrom in zagotavlja celjenje rane v vlažnem okolju, pospešuje epitelizacijo in ščiti kožo okoli rane, jo odstranjujemo brez bolečin in poškodovanja granulacij. Pacienta spodbujamo k uživanju zadostne količine hrane in pijače, hkrati pa tudi k pozitivnemu razmišljanju in samospoštovanju.

Dokumentiranje zdravstvene nege

Preveze in stanje rane beležimo v negovalno dokumentacijo. Zabeležimo ocenjeno jakost in vrsto bolečine. Izpolnimo obrazec za oceno kronične rane, kar izvajamo na deset dni ali ob vsaki spremembi rane ali pacientovega stanja in o tem obvestimo zdravnika. Velikost rane narišemo na prozorno mrežasto folijo. S pridobitvijo pacientovega privoljenja rano tudi fotografiramo.

Zaključek

Maligna kožna rana je posledica nezdravljenega raka, lokalne ponovitve bolezni ali napredovalega raka. Rane, ki nastanejo kot posledica tumorske infiltracije na kožo, so povezane z mnogimi neprijetnimi in težko obvladljivimi simptomi. Če ran ne oskrbujemo ustrezno, lahko pacient razvije resne čustvene težave, ki so podvojene z občutkom izolacije in brezupa. Naloga celotnega zdravstvenega tima je celostna obravnava pacienta, s poudarkom na obvladovanju simptomov maligne kožne rane. Na ta način lahko vsi vključeni pacientu in svojem zagotovimo fizično, čustveno in duhovno podporo in s tem večjo kakovost življenja.

Priporočila za oskrbo malignih kožnih ran

(Uršič H, Breclj E, Lokar K, Erjavšek Z, Kolar Slekovec B. Priporočila za oskrbo malignih kožnih ran. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije 2005)

Odstranjevanje mrtvin

Način odstranjevanja mrtvin je avtoličen in encimski. Redkeje se uporablja ostro oziroma kirurško odstranjevanje mrtvin, ki lahko povzroči tudi krvavitve.

Za avtolitično raztapljanje mrtvin se uporabljajo hidrogeli, ki so lahko v tubah, aplikatorjih ali v obliki oblog. Geli lahko vsebujejo tudi dodatke: alginati, pektini, NaCl, metronidazol, karboksimetilceluloza.

Nadzor nad izločkom

V malignih ranah večinoma nastaja veliko izločka. Pomembno je, da izberemo oblogo, ki bo vsrkala odvečen izloček, hkrati pa bo zagotovila vlažno celjenje rane. Uporabne obloge, ki nadzorujejo izloček, so alginati, obloge iz hidrofiber, hidrokapilarne obloge, poliuretanske pene, poliuretanske penaste obloge z dodatki in visoko vpojni polimeri.

Fistule

Abdominoperinealne fistule ponavadi drenirajo urin ali črevesno vsebino. Kadar je količina izločka velika, se izgubljuje tudi elektroliti in prehranske snovi. Pozornost moramo nameniti nadomeščanju tekočin in elektrolitov. Če izločka ne moremo nadzorovati z vpojnimi oblogami, se odločimo za uporabo drenažnih vrečk (stoma pripomočki), ki obenem zagotovijo tudi celovitost okolne kože.

Okužba

Maligne kožne rane so pogosto okužene z anaerobnimi bakterijami. Okuženo rano prevezujemo dnevno. Rano čistimo z izpiranjem s fiziološko raztopino ali predpisanim antiseptikom. Kadar je okužba omejena na rano, jo oskrbujemo z oblogami iz hidrokoloida, alginata, poliuretanskih pen ali hidrofiber, ki jim je dodano srebro, ali z oblogami z nanokristalnim srebrom. Učinkovite so tudi obloge, ki so prepojene s povidon jodidom, ali obloge z dodatki aktivnega oglja in srebra. Kadar so pri onkološkem bolniku z rano prisotni tudi sistemski znaki vnetja, je nujno sistemsko antibiotično zdravljenje.

Neprijeten vonj

Maligni tumorji so pogosto povezani z neprijetnim vonjem. Pojavi se zaradi anaerobnih bakterij v odmrlem tkivu. Bolniki opisujejo dve vrsti vonja - običajni vonj po izločku iz rane in vonj po odmrlem tkivu. Oba vonja sta odbijajoča in vpadljiva. Bolniki lahko vonj ocenjujejo po numerični skali od 0 do 10, lahko pa ga ocenjujejo tudi opisno (nič, malo, zmeren, močan). Pri obvladovanju vonja so učinkoviti trije pristopi. Eden je uporaba sistemskih antibiotikov, drugi je lokalna uporaba metronidazola, tretji pa obloge z dodatki. Pri bolniku neprijeten vonj povzroči neješčnost, slabost in socialno izolacijo. Obloge, ki so učinkovite pri oskrbi ran z neprijetnim vonjem, so poliuretanske obloge z dodatki aktivnega oglja, obloge z aktivnim ogljem in srebrom, hidrokoloidi z dodatki, obloge z nanokristalnim srebrom.

Krvavitev

Maligne kožne rane so zelo ranljive in krhke. Maligne celice, ki vraščajo v žilno steno, povzročijo njeno odmrtnje (žilo razžrejo). Če so prisotne motnje koagulacije in prizadetost kostnega mozga (supresija kostnega mozga), je nevarnost kapilarnih ali obilnih krvavitev še večja. Pri oskrbi teh ran moramo biti pazljivi že pri izbiri pravilne obloge (da pri odstranjevanju dodatno ne poškodujemo tkiva) in pri čiščenju mrtvin. Obloge, ki so priporočljive za oskrbo krvavečih ran, so alginati in alginati z dodatki. Za preprečevanje krvavitev se uporabljajo oralni antifibrinolitiki, radioterapija in embolizacija. Učinkovita je tudi lokalna uporaba adrenalina in hemostatskih pen.

Bolečina

Pri bolniku s karcinomsko rano je treba ocenjevati bolečine. Določiti je treba jakost bolečine in čas njenega pojavljanja. Na osnovi ocene zdravnik predpiše najbolj ustrezen analgetik. Bolečino v rani lahko zmanjšamo tudi z uporabo poliuretanskih silikonskih pen, ki se ne prilepijo na dno rane in zagotovijo vlažno okolje za celjenje.

Zaščita okolne kože

Pri ranah z veliko količino izločka je koža ob rani zelo izpostavljena maceraciji. Kožo lahko zaščitimo na dva načina. Eden je nanašanje zaščitnih filmov, ki se nanesejo na kožo v obliki tekočine ali kreme. Druga možnost je uporaba tankega hidrokoloidea okoli rane, ki ga namestimo kot okvir. Uporabne so tudi obloge, ki vpijajo izloček vertikalno. To so predvsem obloge iz hidrofiber in hidrokapilarne obloge.

Srbenje

Srbenje lahko bolniku predstavlja velik problem. Povzroči ga lahko tumorska rast, izloček iz rane, telesne tekočine ali pa alergija na obvezilne materiale. Simptomatiko lahko zmanjšamo z uporabo oblog iz hidrogela. Srbenje, ki je posledica tumorske rasti, ni občutljivo na antihistaminike. Tudi TENS je lahko učinkovit pri lajšanju srbenja, ki je povezano z maligno rano.

Za podrobnejše informacije o sodobnih oblogah glej knjižico »Klasifikacija sodobnih oblog za rane« (izdano pri Gospodarski zbornici Slovenije, 2004).

Viri in literatura

1. Bale S, Jones V. Wound Care Nursing, A Patient centered Approach, Bailliere Findall 1997.
2. Barton P, Parslow N. Oncology Wounds, Management Guidelines 1998.
3. Chaplin J. Wound management in palliative care. Nursing standard. 19, 1, 39–42.
4. Collier M, Management of patients with fungating wounds. Nursing Standard, 15(11): 46–52.
5. Dealy C. The Care of the Wounds, A guide for nurses, Blackwell Science 1999.
6. Emanuel LL, Ferris FD, Von Gunten CF, Von Roenn J. EPEC- O: Education in Palliative and End- of –life Care for Oncology. The EPEC Project, Chicago, IL, 2005.
7. Goode M L. Psychological needs of patients when dressing a fungating wound: a literature review. Journal of Wound Care (JWC) 2004; 13: 9, 380–382.
8. Gloucestershire NHS. Management of fungating wounds. 2007.
9. Grocott P. The Palliative Management of Fungating Malignant Wounds, Educational Booklet Vol.8 No.2 June 2001.
10. Grocott P, The Palliative Management of Fungating Malignant Wounds. Presented 30 September 2003 in an evening hosted by SAWMA and ASTN at the Queen Elizabeth Hospital.
11. GZS. Klasifikacija sodobnih oblog za rane, Lj. 2004.
12. Haisfeld Wolfe ME, Rund C. Ostomy/ wound management 1997;43(1): 56–66.
13. Haisfield-Wolfe ME, Rund C. Malignant cutaneous wounds, International Journal of Palliative Nursing, 2002, Vol 8, No 2.
14. Harding K, Jones V. Wound Management, Good Practice Guidance, Published by JWC.
15. Houghton W, Young T. Common problems in wound care: malodorous wounds. Br J Nurs 1995; 4: 16, 959–963.
16. Hughes RG, bakos AD, Omara a, Kovner CT. Palliative Wound Care at the End of Life. Copyright 2005. Permission granted by Sage Publications.
17. Ivanuša A. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, 2008: 525–537.
18. Kirsner R. Malignant wounds. Wound healing perspectives 2007; 4: 1.
19. Wilkes LM, Boxer E, White K. The hidden side of nursing: why caring for patients with malignant malodorous wounds is so difficult. JWC 2003; 12: 2, 76–80.
20. Lee G, Anand SC, Rajendran S, Walker I. Overview of current practice and future trends in the evaluation of dressings for malodorous wounds. JWC 2006; 15: 8, 344–353.
21. Lund Nielsen B, Mueller K, Adamsen L. Qualitative and quantitative evaluation of a new regimen for malignant wounds in woman with advanced breast cancer. JWC 2005; 14: 2, 69–73.
22. Morison M, Moffatt C, Bridel-Nixon J, Bale S. Nursing Management of Chronic Wounds, Mosby 1997.
23. Morison M. A Colour Guide to the Nursing Management of Wounds, Mosby 1992.
24. Naylor W, Nurs Stand, Vol.16(52). September 11, 2002; 45–54,56.
25. Uršič H, Breclj E, Lokar K, Erjavšek Z, Kolar Slekovec B. Priporočila za oskrbo malignih kožnih ran. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran 2005.

26. Uršič H, Breclj E. Zdravljenje in zdravstvena nega bolnikov z malignimi kožnimi ranami. Gavrilov N (ur.). Zbornik predavanj šole enterostomalne teapije. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego, 2007: 356–360.
27. Wilkes L M, Boxer E, White K. The hidden side of nursing: why caring for patients with malignant malodorous wounds is so difficult. JWC 2003: 12: 2, 76–80.

MALIGNNE KOŽNE RANE

Definicija:

Maligne kožne rane so kronične rane. Razvijejo se pri nezdravljenih lokalno napredovalih rakih, pri ponovitvi bolezni ali pri metastazah.

V tuji literaturi najdemo naslednja poimenovanja:

- Malignant cutaneous wounds
- Ulcerating malignant skin lesions
- Malignant wounds
- Fungating malignant wounds
- Malodorous wounds



Patologija nastanka

- Rakave celice vdrejo v lokalno ožilje in limfne vode (bezgavke), kar posledično privede do odmrtnosti tkiva in nastanka rane.



Zdravljenje malignih kožnih ran

- Kirurško
- Radioterapija
- Kemoterapija
- Hormonsko zdravljenje
- Oskrba rane
- Kombinirano zdravljenje



Simptomi malignih kožnih ran

- Izloček
- Mrtvina
- Neprijeten vonj
- Okužba
- Krvavitev
- Bolečina
- Oteklina
- Fistule
- Srbenje
- Prizadeta koža okoli rane
- Zmanjšana funkcionalnost



Pacient 1 pripoveduje:

"Odvratno! Skoraj bi bruhal zaradi smradu - postal je nadloga. Razmišljal sem, moj Bog, jaz upam, da ne smrdi tudi drugim."

Journal of Wound Care(JWC) Vol 14, No 2, februar
2005: 71



Zaključek

- Maligna kožna rana je posledica nezdravljenega raka, lokalne ponovitve bolezni ali napredovalega raka.
- Rane, ki nastanejo kot posledica tumorske infiltracije na kožo, so povezane z mnogimi neprijetnimi in težko obvladljivimi simptomi.
- Naloga celotnega zdravstvenega tima je obvladovanje simptomov s ciljem izboljšanja kakovosti bolnikovega življenja.



PODKOŽNE INFUZIJE ZDRAVIL

Marija (Mira) Logonder

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Pri bolnikih z napredovalim rakom in pri terminalnih bolnikih je podkožna infuzija učinkovita metoda simptomatskega zdravljenja, izvedljiva tudi na bolnikovem domu. Za učinkovito delovanje je potrebno sodelovanje bolnika in njegovih svojcev, ki jih poučimo o samem načinu dajanja zdravil, delovanju črpalke, na kaj morajo biti pozorni, kako prepoznati zaplete in kako ob njih ukrepati. Ta način ni izvedljiv brez sodelovanja zdravstvenih sodelavcev v primarnem zdravstvenem varstvu, ki omenjeno terapijo predpisujejo, izvajajo potrebne intervencije in nadzirajo učinkovitost zdravljenja ter nemotenega delovanja črpalke za podkožno infuzijo.

Uvod

Podkožna infuzija je način vnosa zdravil ali tekočine v obliki infuzije preko intravenozne kanile, ki jo namestimo v bolnikovo podkožje. Podkožne infuzije uporabljamo pri bolnikih z napredovalim rakom in terminalnih bolnikih, ki potrebnih zdravil ne morejo zaužiti. Ti bolniki lahko doživljajo številne neprijetne in moteče simptome, kot so bolečina, slabost, bruhanje, nemir, strah, težko dihanje idr. Zdravila dobijo v obliki trajne podkožne infuzije preko različnih črpalok. Podkožna infuzija omogoča tudi hidracijo bolnika, za kar črpalke ne potrebujemo.

Ta način lajšanja bolečine in drugih simptomov pri bolnikih z napredovalo boleznijo v zadnjih tednih in dnevih življenja je enostaven, relativno varen, za bolnika prijazen in ekonomsko opravičljiv. Bolniku omogoča ustrezno zdravljenje v domačem okolju.

Indikacije

Podkožna infuzija je primerna za bolnike, ki zaradi slabosti, bruhanja, zapore prebavil, motenj pri požiranju, motenj zavesti, malabsorpcije zdravil ne morejo zaužiti skozi usta, ali pri zdravljenju nevropatske bolečine, ki je neodzivna na peroralno zdravljenje z opioidi in dodatnimi zdravili.

Prednosti

Prednosti trajne podkožne infuzije zdravil so:

- stalen dotok omogoča stalno koncentracijo zdravil v krvi brez večjih nihanj in zato z manj stranskimi učinki kot pri bolusnih aplikacijah,

- izognemo se pogostemu zbadanju bolnika,
- s kombiniranjem zdravil je mogoče blažiti več simptomov hkrati,
- bolniku omogoča zdravljenje doma in večjo kakovost življenja,
- bolnik je ob kontrolirani bolečini in drugih simptomih bolj mobilan in neodvisen,
- ob urejeni terapiji s črpalko se zmanjša število potrebnih obiskov zdravstvenega osebja (zdravnik, medicinska sestra) na domu, ker se črpalka polni za 5 ali 7 dni,
- nadzor nad delovanjem je enostaven. Izvajajo ga lahko bolniki in svojci, ko jih natančno poučimo. V primeru težav se obrnejo na osebnega zdravnika, patronažno medicinsko sestro, dežurnega zdravnika oz. službo, ki je terapijo predpisala.

Kontraindikacije

Kontraindikacije za podkožno infuzijo so:

- huda trombocitopenija,
- anasarka in
- bolnikovo zavračanje te metode.

Slabosti

Slabosti podkožne infuzije so:

- možnost ponovnega pojava simptomov v primeru tehničnih težav z infuzijo,
- pri uporabi črpalk ni možnosti rešilnega odmerka,
- metoda zahteva usposobljeno zdravstveno osebje za izvedbo in nadzor ter ustrezne pripomočke.

Pripomočki

Pripomočki za trajno infuzijo zdravil:

- material za čiščenje,
- i.v. kanila debeline G 22-25 (priporočamo kanilo debeline 22 G, intima ali modra venflon kanila),
- kakovostna prozorna folija za fiksiranje in zaščito kanile,
- napolnjena črpalka.

Najpogosteje uporabljamo elastomerske črpalke. To so črpalke za enkratno uporabo. Sestavljene so iz zaščitnega ohišja in balona iz lateksa ali drugega krčljivega materiala. Balon je istočasno rezervoar za zdravilno tekočino in črpalka. Krčenje balona omogoča stalen pretok tekočine preko sistema v podkožje. Uporabljamo elastomere različnih proizvajalcev in z različnimi pretoki (0,5, 1,5 ali 2 ml/uro). Polnimo jih za 5 ali 7 dni, odvisno od pretoka in velikosti balona.

Elastomerske črpalke so pravica iz OZZ (julij 2002) in jih predpisuje osebni zdravnik na naročilnico za tehnične pripomočke pod šiframi: **031 80 612** za **5-dnevne** in **031 80 611** za **7-dnevne**. Z uporabo aseptične metode jih polnijo v zunanjih lekarnah, protibolečinskih ambulantah ali v zdravstvenem domu. Zdravilna tekočina je pravica iz OZZ (junij 2004).

Uporabljamo lahko tudi druge vrste črpalke, ki pa niso plačljive s strani ZZSZ.

Pripomočki za hidracijo:

- infuzijska tekočina,
- infuzijski sistem,
- kanila in
- material za čiščenje kože in fiksiranje kanile.

Mesta vstavitve podkožne kanile

Izbiramo jih tako, da so za bolnika kar najmanj moteča, koža mora biti neoporečna in zagotavljati mora nemoteno izvedbo postopka.

Najprimernejša mesta so na zgornji strani prsnega koša pod ključnico, na trebuhu ali pri nemirnih bolnikih na hrbtu. Manj primerna so mesta v ledvenem predelu, na nadlahti ali stegnu. Kanile ne nameščamo v predelu obsevane ali edematozne kože, v pregibe ali nad izbočenimi kostmi.

Negovalni postopki

Za učinkovito zdravljenje brez nepotrebnih zapletov je potrebno:

- zdravstveno-vzgojno delo z bolniki in svojci (poučimo jih o samem načinu dajanja zdravil, delovanju črpalke, na kaj morajo biti pozorni, kako prepoznati zaplete in kako ob njih ukrepati),
- kontrola delovanja elastomerske črpalke in vbodnega mesta (kontrola praznitve balona in vbodnega mesta glede na barvo kože, morebitni edem kože ali infiltrat pod kožo),
- dnevno spremljanje učinkovitosti terapije in morebitnih neželenih učinkov zdravil,
- čas izpraznitve črpalke in pravočasno naročanje nove,
- prepoznavanje zapletov (okvara črpalke, izpadla kanila, kolenčenje kanile, vnetje ali infiltrat na vbodnem mestu ali poškodovan sistem) in ukrepanje ob njih (rešilni odmerek hitro delujočega zdravila v bolusni obliki, menjava podkožne kanile, menjava elastomera ali prekinitve infuzije).

Zaključek

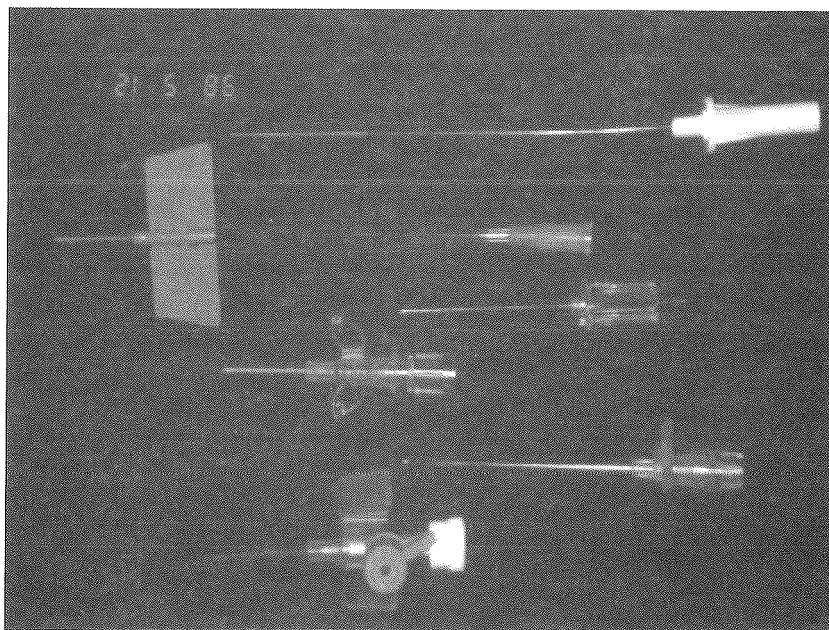
S podkožnimi infuzijami bolniku, ki zaradi kakršnega koli razloga ne more uživati zdravil preko ust, na enostaven in neboleč način omogočimo učinkovito simptomatsko zdravljenje na domu v krogu svoje družine.

Viri in literatura

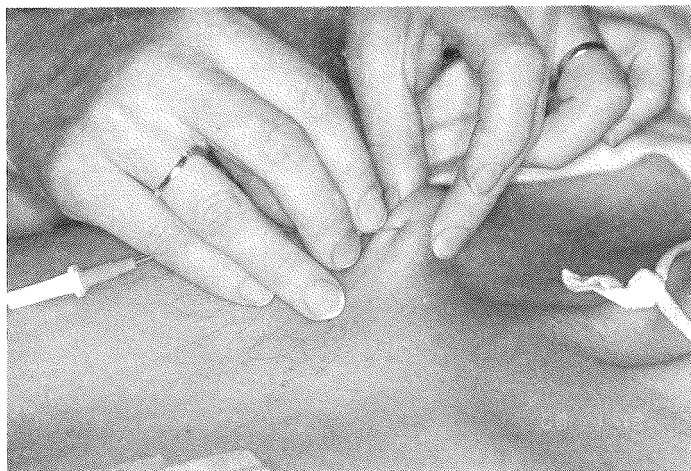
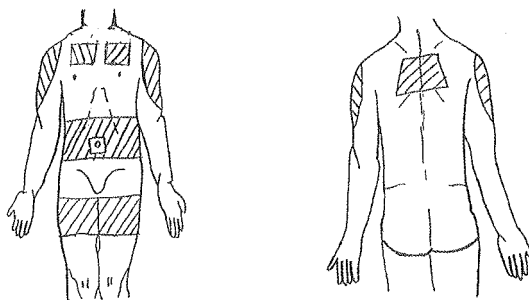
1. McLeod F, Flowers C. A practical guide for nurses in diluent selection for subcutaneous infusion using a syringe driver. *International Journal of Palliative Nursing*, 2006, Vol 12 No 12
2. Guidelines for the administration of subcutaneous fluids, <http://www.cambridgeshirepct.nhs.uk>
3. Logonder M, Salobir U, Žargi T. Uporaba črpalk za podkožno dajanje zdravil v paliativni oskrbi. *Onkologija*, 2002; 6/1: 40-44
4. Bernot M. Priprava in aplikacija podkožnih infuzij. Laško, 18. Onkološki vikend 2005
5. Standard službe zdravstvene nege na Onkološkem inštitutu Ljubljana o trajni podkožni aplikaciji zdravil preko elastomerske črpalke, interno gradivo Onkološkega inštituta Ljubljana, 2005
6. Pisna navodila Protibolečinske ambulante na Onkološkem inštitutu Ljubljana (Navodila za zdravnike, službo zdravstvene nege in navodila za bolnike in svojce).

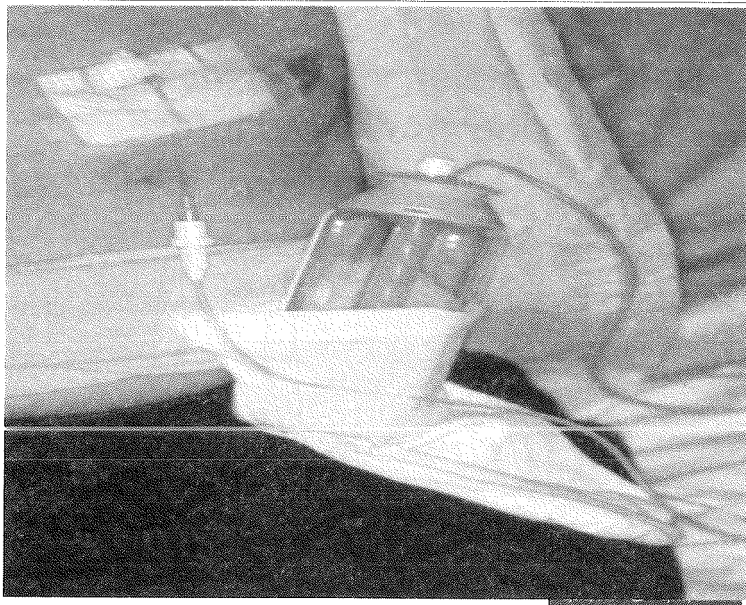
Podkožna infuzija

- Simptomatsko zdravljenje
- Hidracija



Najprimernejša vbodna mesta za nastavitev podkožne infuzije





Ukrepanje ob zapletih

- Rešilni odmerki
- Menjava s.c. kanile:
 - ob pojavu vnetja, edema ali podkožnega infiltrata,
 - ob izpadu kanile,
 - v primeru, da se balon ne prazni.
- Menjava elastomera
- Prekinitev infuzije

PALIATIVNA SEDACIJA

Jožica Červek

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Paliativna sedacija je nadzorovana uporaba zdravil, ki povzročijo in ohranjajo stanje globokega spanja. V tem stanju bolnik ne trpi zaradi težav, ki jih ne moremo več obvladati (neobvladljiv simptom). Neobvladljiv terminalni nemir in težko dihanje sta najpogostejša vzroka paliativne sedacije.

Midazolam je zdravilo izbora, uporabljeno dozo določimo s postopnim zvišanjem doze zdravila do doseženega učinka (titracija).

Paliativna sedacija po predpisanem protokolu predpisuje jasno opredeljeno medicinsko indikacijo, predpisuje vodenje in napotke za zdravstveno nego ter pravna in etična načela. Paliativna sedacija ni sinonim za evtanazijo in ne skrajšuje življenja.

Definicije

Ko neozdravljiva bolezen napreduje, povzroča vedno več simptomov, ki se stopnjujejo, so bolj raznoliki, zapleteni in težji. Z optimalno paliativno oskrbo jih pri večini bolnikov obvladamo, vendar ne pri vseh. Kadar so vse možnosti za ublažitev trpljenja izčrpane, se odločimo za paliativno sedacijo.

Paliativna sedacija je nadzorovana uporaba zdravil, ki povzročijo in ohranjajo globok spanec. Uporablja se za blaženje neobvladljivih simptomov. Neobvladljivi simptomi so tisti, ki jih z vsemi razpoložljivimi možnostmi paliativne oskrbe ne obvladamo, ali simptomi, katerih obvladanje povzroča nesprejemljive stranske učinke.

V preteklosti najpogosteje uporabljen izraz »terminalna sedacija« (končna umiritev) je opuščen zaradi možne napačne razlage, da je namen sedacije končanje življenja.

Najpogostejši neobvladljivi simptomi:

- terminalni nemir (delirij),
- težko dihanje (dispneja),
- bolečina,
- simptomi stiske (psiho-eksistencialno trpljenje).

Zdravila za paliativno sedacijo

Zdravila za paliativno sedacijo so benzodiazepini, neuroleptiki, barbiturati in anestetiki. Najpogosteje se uporablja midazolam, ki je zdravilo izbora, ker ima kratek razpolovni čas, možna je hitra titracija in ima malo stranskih učinkov (je brez aktivnih metabolitov). Po svojem delovanju pa je anksiolitik, antiepileptik in mišični relaksant. Priporočena pot vnosa je subkutana ali intravenozna. Začetna dnevna doza midazolama je nizka, učinkovita doza pa se določi s skrbno titracijo, do umiritve simptoma. Stopnja sedacije, ki je učinkovita, je različna, od plitkejše do globoke. Po trajanju je lahko neprekinjena ali prehodna. Z zdravljenjem bolečine nadaljujemo, opioidov ne ukinemo, da preprečimo odtegnitveni sindrom in nenadzorovano bolečino, enako velja za antipsihotike in druga ključna zdravila za kontrolo simptomov.

Globino sedacije skrbno nadzorujemo z odzivnostjo bolnika, govorom, obrazno mimiko.

Pogostost uporabe

V strokovnih poročilih je pogostost paliativne sedacije navedena pri 5–52 % bolnikov. Velik razpon v uporabi je posledica različnosti v definiciji paliativne sedacije, kakovosti paliativne oskrbe, usposobljenosti klinikov za obravnavo težkih simptomov, kulturnih razlik med posameznimi deželami in prepričanju nekaterih zdravnikov, da paliativna sedacija pospeši smrt.

Primerjalne raziskave so pokazale, da se bolnikovo življenje s sedacijo najverjetneje prej podaljša, kot pa skrajša. V nasprotju z različnimi poročili o pogostosti uporabe vsa poročila o vzroku za uporabo navajajo, da je paliativna sedacija najpogosteje uporabljena za obvladovanje delirija (pri 60 % bolnikov), sledi pa mu težko dihanje (pri 46 % bolnikov). Dolžina paliativne sedacije je pri 87 % sediranih bolnikov trajala dva dni pred smrtjo.

Zdravstvena nega

Bolnik, zdravljen s paliativno sedacijo, ima prizadeto zavest, možganske funkcije so oslABLJENE, vključno z obrambnimi refleksi požiranja, izkašljevanja in mežikanja. Posledica pešanja obrambnih refleksov so lahko: aspiracija tekočin, nabiranje sekreta v dihalih, s hropci, suhe oči (uporaba umetnih solz). Nega in nadzor bolnika morata biti prilagojena tem posebnim okoliščinam. Pri nadzoru je pozornost usmerjena na globino sedacije in obvladanje simptoma.

Parenteralni vnos tekočine ali opustitev hidracije sta določena in zapisana v protokolu za izvajanje sedacije. Uporaba urinskega katetra je v tem stanju pogosta.

Etična načela

Čeprav je v kirurški anesteziji in ob poškodbah sedacija ustaljena, pa je v paliativni oskrbi umirajočega bolnika še vedno predmet številnih etičnih razprav zaradi vprašanja o »dvojnem učinku« in zaradi posega v bolnikovo zavest in sposobnost komunikacije. Ker se paliativna sedacija uporablja za kontrolo neobvladljivega trpljenja ob koncu življenja, s strokovnimi standardi glede uporabe zdravil, njihovih odmerkov in s pravili dobre klinične prakse, so navedeni pomisleki drugotnega pomena.

Za paliativno sedacijo se lahko odloči v paliativni oskrbi izkušen strokovnjak, ob posvetu s člani paliativnega tima, za dokončno odločitev pa je potreben pristanek bolnika in/ali svojcev. Paliativna sedacija mora biti natančno dokumentirana in poteka po predpisanem protokolu, ki določa postopke ob pripravi na paliativno sedacijo, ustrezne zdravstvene nege, o obveščanju svojcev in spoštovanju bolnikove v naprej izražene volje (če ta obstaja).

Priporočila za uporabo

Za trajno, globoko paliativno sedacijo se odločimo, če pritrilno odgovorimo na naslednja vprašanja:

- Ali je bolnik v terminalnem obdobju bolezni?
- Ali je smrt neizogibna in pričakovana v nekaj urah ali dneh?
- Ali ima neobvladljiv (refraktaren) simptom (ali smo pravilno titrirali opioide pri težkem dihanju in ali smo za delirij uporabili pravilno maksimalno dovoljeno dozo nevroleptika)?
- Ali smo izkoristili vse možnosti zdravil in drugih postopkov?
- Ali smo se posvetovali s člani tima, izkušenim strokovnjakom?

Zaključek

Danes se večina strokovnjakov strinja, da je paliativna sedacija legalno, etično ustrezna v primeru neobvladljivega fizičnega ali psiho-eksistencialnega trpljenja, ko so druge možnosti izčrpane. Cilj odločitve za paliativno sedacijo ni skrajšanje življenja, ampak blažitev trpljenja in kar največje bolnikovo udobje. Zato je paliativna sedacija v oskrbi umirajočih z neobvladljivimi simptomi ustalen medicinski ukrep.

Viri in literatura

1. Červek J., Simončič Godnič, M. Zdravila za uporabo v paliativni medicini. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2008
2. Dahlin C., Lynch M. HPNA Position Statement: Palliative Sedation at End of Life. Hospice and Palliative Nurses Association 2003

3. De Graeff A., Dean M. Palliative Sedation Therapy in the Last Weeks of Life: A Literature Review and Recommendations for Standards. *J Palliat Med* 2007; 10: 67-85
4. Muller-Busch, C., Andres I., Jehser T. Sedation in palliative care—a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care* 2003; 2: 1-9
5. Rietjens JA, van Zuylen L, van Veluw H, van der Wijk L, van der Heide A, van der Rijt C. Palliative sedation in a specialized unit for acute palliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation. *J Pain Symptom Manage* 2008, 36: 228-34
6. Sinclair C., Stephenson RC. Palliative Sedation: Assessment, Management and Ethics. *Hosp Physician* 2006; 33-38
7. Sykes N., Thorns A. Sedative Use in the Last Week of Life and the Implications for the End-of-Life Decision Making. *Arch Intern Med* 2003; 163: 341-344
8. Trontelj, J. , Dvojni učinek in terminalna sedacija: deontološka vprašanja V: Cesar-Komar, M., Krčevski-Škvarč, N. (ur.). 10. Seminar o bolečini z mednarodno udeležbo, Maribor, 9. in 10. junij 2006. *Paliativna medicina: zbornik predavanj*. Maribor: SZZB - Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 2006, str. 28-32

Ocena globine sedacije				
ODZIVNOST	GOVOR	OBRAZNA MIMIKA	OČI	
takoj reagira na svoje ime izrečeno z normalnim tonom	normalen	normalna	jasne, odprte	5
upočasnjeno reagira na svoje ime izrečeno z normalnim tonom	nekoliko upočasnjjen	deloma sproščena	prazen pogled ali delno zaprte oči (manj kot polovico)	4
reagira le po večkratnem glasnem ponavljanju imena	nejasen ali zelo upočasnjjen	močno sproščena	oči zaprte čez polovico	3
reagira le ob rahlih zbudljajih in tresljajih	le nekaj razumljivih besed	-	-	2
ne reagira ob rahlih zbudljajih in tresljajih	-	-	-	1 (globoko spanje)



Zdravila za paliativno sedacijo

- **midazolam (Dormicum®);**
benzodiazepin (hipnotik in sedativ)
- **levomepromazine (Nozinan®);**
sedativ in nevroleptik (antipsihotik)
- **propofol (Diprivan®);**
splošni anestetik

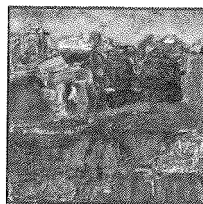


Neobvladljiv simptom

- Z vsemi razpoložljivimi postopki neuspešno obravnavan;
- ali simptom, katerega obravnava povzroča nesprejemljive stranske učinke.

Najpogostejši neobvladljivi simptomi

- Hiperaktivni delirij
- Težko dihanje
- Neobvladljiva bolečina
- Psiho-eksistencialno trpljenje



Midazolam (Dormicum®):

- najpogosteje uporabljen sedativ za PS,
- kratek razpolovni čas,
- možna hitra titracija,
- malo stranskih učinkov,
- anksiolitik, antiepileptik, mišični relaksant.



Etične zahteve

- Indikacijo postavi izkušen tim strokovnjakov.
- Dokončna odločitev: pristanek bolnika in/ali svojcev.
- Potek natančno dokumentiran (protokol PS).



ENAINDVAJSET ONKOLOŠKIH VIKENDOV

I.

ONKOLOŠKI DIAGNOSTIČNI MOZAIK
ZDRAVLJENJE OPERABILNEGA RAKA DOJK
ŠMARJEŠKE TOPLICE
6. IN 7. MAREC 1992

II.

RAK MATERNIČNEGA TELESA
MALIGNI TUMORJI MEHKIH TKIV
ŠMARJEŠKE TOPLICE
20. IN 21. NOVEMBER 1992

III.

MALIGNI EPITELNI TUMORJI KOŽE
HODGKINOVA BOLEZEN
ŠMARJEŠKE TOPLICE
2. IN 3. APRIL 1993

IV.

POKLICNE BOLEZNI IN RAK
ZDRAVLJENJE BOLEČINE
ŠMARJEŠKE TOPLICE
22. IN 23. OKTOBER 1993

V.

NE-HODGKINOV LIMFOM
MALIGNI TUMORJI NA MODIH
ŠMARJEŠKE TOPLICE
8. IN 9. APRIL 1994

VI.

KOLOREKTALNI RAK
SPREMLJANJE UMIRAJOČEGA BOLNIKA
ŠMARJEŠKE TOPLICE
21. IN 22. OKTOBER 1994

VII.

RAK GLAVE IN VRATU
ŠMARJEŠKE TOPLICE
31. MAREC IN 1. APRIL 1995

VIII.
Okrogli mizi
DETEKCIJA RAKA DOJK
DETEKCIJA GINEKOLOŠKEGA RAKA
ŠMARJEŠKE TOPLICE
24. IN 25. NOVEMBER 1995

IX.
DIAGNOSTIČNI ALGORITMI RAKA
V AMBULANTI SPLOŠNE PRAKSE
LAŠKO
12. IN 13. APRIL 1996

X.
MEDICINA IN ALTERNATIVA V ONKOLOGIJI
LAŠKO
25. IN 26. OKTOBER 1996

XI.
RAK PREBAVIL
LAJŠANJE KRONIČNE BOLEČINE
BLED
18. IN 19. APRIL 1997

XII.
RAK PROSTATE
PARAPAREZA ONKOLOŠKEGA BOLNIKA
LAŠKO
21. IN 22. NOVEMBER 1997

XIII.
RAK PRI OTROCIH
POSTOJNA
17. IN 18. APRIL 1998

XIV.
PLJUČNI RAK
RAK ŠČITNICE
LAŠKO
(odpovedano 6. in 7. november 1998)
12. IN 13. APRIL 1999

XV.
DRUŽINSKI ZDRAVNIK IN RAK
LJUBLJANA
6. IN 7. OKTOBER 2000

XVI.
DOKTRINI ZDRAVLJENJA BOLNIKOV Z
MALIGNIMI LIMFOMI IN BOLNIC Z RAKOM RODIL
LAŠKO
22. IN 23. NOVEMBER 2002

XVII.
NOVOSTI V ONKOLOGIJI IN
SMERNICE ZA OBRAVNAVO BOLNIC Z RAKOM DOJK IN
BOLNIKOV Z MALIGNIM MELANOMOM
LAŠKO
04. IN 05. JUNIJ 2004

XVIII.
PALIATIVNA OSKRBA BOLNIKOV Z RAKOM
LAŠKO
10. IN 11. JUNIJ 2005

XIX
GENI IN RAK
LAŠKO
26. IN 27. MAJ 2006

XX
REHABILITACIJA PO ZDRAVLJENJU RAKA
LAŠKO
25. in 26. maj 2007

XXI
BOLNIKI IN STROKOVNJAKI – SKUPAJ USPEŠNEJŠI PRI PREMAGOVA-
NJU RAKA
LAŠKO
6. in 7. junij 2008

XXII. Onkološki vikend so podprli:

ABBOTT LABORATORIES d.o.o.

ASTRAZENECA UK Limited

BAYER d.o.o.

ELI LILLY farmacevtska družba d.o.o.

FUNDACIJA DOC. DR. J. CHOLEWA

GRUNENTHAL d.o.o.

GSK d.o.o.

JANSSEN-CILAG

KEMOFARMACIJA d.d.

LEK d.d.

MEDIS, d.o.o.

MERCK d.o.o.

MSD

NOVARTIS PHARMA SERVICES Inc., Podružnica v Sloveniji

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA

PFIZER, podružnica Ljubljana

PHARMASWISS d.o.o.

PLIVA LJUBLJANA d.o.o.

ROCHE, farmacevtska družba d.o.o.

SALUS, Ljubljana, d.d.

SANOFI-AVENTIS d.o.o.



upanje temelji na izkušnjah

ATAC
100 MESTRECEV

povzetek glavnih značilnosti zdravila Arimidex® 1 mg filmsko obložene tablete

dravilo: Ena tableta vsebuje 1 mg anastrozola.
indikacija: Adjuvantno zdravljenje žensk po menopavzi, ki imajo zgodnji invazivni rak dojke s pozitivnimi estrogenimi receptori. Adjuvantno zdravljenje zgodnjega raka dojke s pozitivnimi estrogenimi receptori pri ženskah po menopavzi, ki so se dve do tri leta adjuvantno zdravile s tamoksifenom. Zdravljenje napredovalnega raka dojke pri ženskah po menopavzi. Učinkovitost pri negativnih estrogenih receptori ni bila dokazana razen pri tistih, ki so imele predhodno klinični odgovor na tamoksifen.

uporaba: ena tableta uporabiti.
preprečevanje: Odrasle (tudi starejše) bolnice: 1 tableta po 1 mg poratno, enkrat na dan. Če bolnica ni treba prilagajati pri bolnicah z blago ali zmerno ledvično odpovedjo ali blagim jeno povišovanjem. Pri zgodnjem raku je priporočljivo trajanje zdravljenja 5 let.

kontraindikacije: Zelo pogosti (≥ 10 %): navali vročine, običajno blagi do zmerni. Pogosti (< 10 %): astenija, bolečine/okorelost v sklepih, suhost vagine, razredčenje las, znižanje krvnega tlaka, glavoboli (vsaj običajno blagi do zmerni), sindrom krogelnega kanala, povečane alkalne fosfataze, alanin-aminotransferaze in aspartat-aminotransferaze.

neželeni učinki: Uporaba Arimidexa ne priporočamo pri otrocih, ker njegova učinkovitost pri njih še nista raziskani. Menopavzo je potrebno biokemično določiti pri vseh ženskah, saj obstaja dvom o hormonskem statusu. Ni podatkov o varni uporabi Arimidexa pri bolnicah, ki imajo hudo jetrno okvaro ali hudo ledvično odpovedjo (očistek kreatinina manj kot 20 ml/min ali hudo jetrno okvaro ali hudo ledvično odpovedjo (očistek kreatinina manj kot 20 ml/min (oziroma 0,33 ml/s)). Pri ženskah z osteoporozo ali pri ženskah s povečanim tveganjem za razvoj osteoporoze je treba določiti raven mineralno gostoto kosti z densitometrijo, na primer s slikanjem z razsevanjem rentgenskih žarkov, pozneje pa v rednih intervalih. Po potrebi je treba začeti z zdravljenjem ali denim osteoporoze in to skrbno nadzorovati. Ni podatkov o uporabi anastrozola z analogi Arimidexa pri ženskah, ki so sočasno uporabljale hormone. Uporaba Arimidexa ni priporočljiva za zdravljenje osteoporoze. Neželeni učinki so bili opazni pri uporabi anastrozola z analogi Arimidexa pri ženskah, ki so sočasno uporabljale hormone. Če so ženske uporabljale hormone, je treba izbrati druge možnosti zdravljenja. Če so ženske uporabljale hormone, je treba izbrati druge možnosti zdravljenja. Če so ženske uporabljale hormone, je treba izbrati druge možnosti zdravljenja.

farmakološke lastnosti: Arimidex je kontraindiciran pri: ženskah pred menopavzo, nosečnicah in doječih bolnicah s hudo ledvično odpovedjo (očistek kreatinina manj kot 20 ml/min (oziroma 0,33 ml/s) bolnicah z zmernimi do hudimi jetrnimi boleznimi, bolnicah, ki imajo znano preobčutljivost za blagi ali za katerokoli pomožni snov. Zdravilo, ki vsebujejo estrogen, ne smete dajati sočasno z Arimidexom, ker bi se njegovo farmakološko delovanje izničilo. Sočasno zdravljenje s tamoksifenom ni priporočljivo zaradi možnosti za povečanje tveganja za osteoporozo. Če so ženske uporabljale hormone, je treba izbrati druge možnosti zdravljenja. Če so ženske uporabljale hormone, je treba izbrati druge možnosti zdravljenja.

farmakokinetika: Farmakokinetične lastnosti Arimidexa so podobne drugim zdravilom, ki vsebujejo estrogen. Če so ženske uporabljale hormone, je treba izbrati druge možnosti zdravljenja. Če so ženske uporabljale hormone, je treba izbrati druge možnosti zdravljenja. Če so ženske uporabljale hormone, je treba izbrati druge možnosti zdravljenja. Če so ženske uporabljale hormone, je treba izbrati druge možnosti zdravljenja.

odpovedna zdravila: Rp/Spec
odpovedna zdravila: december 2007

navodila za uporabo, prosimo, preberite celoten povzetek glavnih značilnosti zdravila.

informacije in literatura so ne voljo pri: AstraZeneca UK Limited
AstraZeneca UK Limited
100 MESTRECEV
na ulici 55
bija

adjuvanti /ad' džuv* n/|

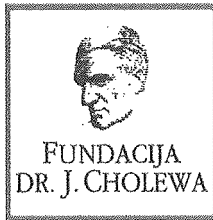
1. adjective pomagljiv, koristen; ~ treatment with Arimidex; Adjuvantno zdravljenje žensk po menopavzi, ki imajo zgodnji invazivni rak dojke s pozitivnimi estrogenimi receptori.

advanced /' dvɑ: nst/|

1. adjective napreden; zvišan (cene); to be ~ napredovati; ~ in years visoke starosti; treatment of ~ breast cancer with Arimidex; Zdravljenje napredovalnega raka dojke pri ženskah po menopavzi. Učinkovitost pri bolnicah z negativnimi estrogenimi receptori ni bila dokazana razen pri tistih, ki so imele predhodno pozitiven klinični odgovor na tamoksifen.

switch /switʃ/|

1. transitive verb udariti, bičati s šibo (z repom); šibati z, hitro mahati z; naglo pograbititi; railway ranžirati, zapehlati (usmeriti) (vlak) na drug tir; electrical vključiti, vklopiti; spremeniti (pogovor), obrniti drugam (tok misli); to ~ back to figuratively (v mislih) vrniti se na; ~ to Arimidex; Adjuvantno zdravljenje zgodnjega raka dojke s pozitivnimi estrogenimi receptori pri ženskah po menopavzi, ki so se dve do tri leta adjuvantno zdravile s tamoksifenom.



FUNDACIJA "DOCENT DR. J. CHOLEWA"

**JE NEPROFITNO, NEINSTITUCIONALNO IN NESTRANKARSKO
ZDRUŽENJE POSAMEZNIKOV, USTANOV IN ORGANIZACIJ, KI ŽELIJO
MATERIALNO SPODBUJATI IN POGLABLJATI RAZISKOVALNO
DEJAVNOST V ONKOLOGIJI.**

**DUNAJSKA 106
1000 LJUBLJANA**

ŽR: 02033-0017879431



V boju proti
velikemu sovražniku
se posvečamo
majhnim stvarim.

V družbi GlaxoSmithKline se na področju onkologije posvečamo inovativnim pristopom zdravljenja bolnikov z rakavimi boleznimi, ki bodo pomembno spremenili njihovo življenje. Z revolucionarnim, k bolniku usmerjenim pristopom, spreminjamo načine odkrivanja in razvijanja zdravil, kar se odraža z eno najboljšežnejših palet zdravil na onkološkem področju. V naše raziskave na področju onkologije je vključenih več kot 160 onkoloških centrov po vsem svetu. V družbi GlaxoSmithKline se posvečamo vsem področjem onkologije in razvijamo novo generacijo bolniku prijaznih oblik zdravljenja za preprečevanje, podporno oskrbo, kemoterapijo in usmerjeno zdravljenje.

Naredite več, počutite se bolje, živite dlje.



GlaxoSmithKline
Oncology

IZ Creda Johnson & Johnson, 1943:

"Menimo, da smo najprej odgovorni zdravnikom, sestram in bolnikom, materam in očetom ter vsem drugim, ki uporabljajo naše izdelke in storitve. Ko poskušamo zadostiti njihovim potrebam, mora biti zelo kakovostno vse, kar naredimo ..."

*Sledimo poslanstvu Creda
in z inovativnimi zdravili
ustvarjamo boljše prihodnost.*

Psihatrija

Nevrologija

Onkologija

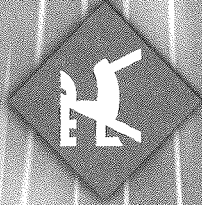
Dermatologija

Ginekologija

Virologija

Nefrologija

Bolečina



JANSSEN-CILAG

farmaceutski del *Janssen* farmacevtskega d.o.o.

Epufen™

fentanyl

Nežen dotik skrije bolečino

- Na voljo po **12,5 µg/h, 25 µg/h, 50 µg/h in 100 µg/h** v škatlicah s 5 transdermalnimi obliži.
- Narejen v **matrix tehnologiji**.
- Cenovno najugodnejši fentanyl v obliki transdermalnih obližev.¹

SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA Epufen 12,5, 25, 50 in 100 mikrogramovuro transdermalni obliži SE-STAVA: 1 transdermalni obliž vsebuje 2,02 mg, 5, 78 mg, 11,56 mg ali 23,12 mg fentanila. **TERAPEVTSKE INDIKACIJE:** Huda kronična bolečina, ki se lahko ustrezno zdravi la z opioidnimi analgetiki. **ODMERJANJE IN NAČIN UPORABE:** Odmernenje je treba individualno prilagoditi ter ga po vsaki uporabi točno oceniti. Lajša začetnega odnosa: vsilščati odnosa: fentanila je odvisna od prehodno uporabo opioidev, kjer se upošteva možnost pojavn tolerance, sočasnega zdravljenja, bolnikovega splošnega zdravstvenega stanja in stopnje resnosti bolečine. Pri bolnikih, ki pri predtako niso doživeli močnih opioidov, začetni odmerek ne sme presegati 12,5/25 mikrogramov na tiso. Zmanjšava opioidnega zdravljenja: pri zamenjavi poraznih ali paracetamolskih opioidov s fentanilom je treba začetni odmerek izračunati na osnovi količina analgetika, ki je bila potrebna v zadnjih 24 urah, iz prejšnji v odgovarjajoči odnemek mešica s pomočjo razsežnosti in nato preneseni ustrezen odmerek fentanila, spet s pomočjo razsežnosti (glejte SmPC). Prvih 12 ur po prehodu na transdermalni obliži Epufen bolnik se vedno obdrži na predhodni analgetiki v enakovredni količini prej, v naslednjih 12 urah se la analgetiki dajejo po potrebi. Titracija odnosa in vzdrževalno zdravljenje: obliži je treba zamenjati vsakih 72 ur. Odnemek je treba titrovati individualno, dokler ni dosežen analgetični učinek. Odnemek 12,5 mikrogramov na tiso je primeren za hitenje odnosa v naravnem odnemu obnema. Če analgetika na koncu začetnega obdobja močnejša obliži ni zadostna, se lahko odmerek po 3 dnevih zveča. Možna je, da bodo bolniki potrebovali občasno dodatno odnemek kratko delujočih analgetikov (npr. morfin) za prekinitve bolečine. Sprememba ali prekinitve zdravljenja: vsaka zamenjava z drugimi opioidi mora postopoma, z manjšimi začetnimi odnemek in počasnimi zviževanji. Splošno veljavno pravilo je postopna ustrezna opoidna analgetika, da ki prepreči občutljive simptome, kot so navzea, letargija, dihanja, avtiloznost in mišični trzanje. Uporaba pri starejših bolnikih: starejša in oslabejena bolniki je treba skrbno spremljati zaradi simptomov prevelikega odmerjanja ter odnemek po potrebi zmanjšati. Uporaba pri otrocih: transdermalni obliži Epufen se lahko uporabljajo le pri predstavljenih bolnikih (stari od 2 do 16 let), ki tovrstni opioide in predhodno že doživljajo opioide v odnemu, enakovrednemu najmanj 30 mg morfinu na dan. Bolnik mora prvih 12 ur po prehodu na Epufen še vedno doživljati predhodni analgetik v enakomernem kot prej. V naslednjih 12 urah je treba la analgetiki dajejo odvisno od kliničnih potreb. Titracija odnosa in vzdrževalno zdravljenje: če je analgetični odnemek Epufina predstavlja je treba bolnika dobiti morfin ali drugi opoid s kvantitativno doživanjem. Odvisno od dodatnih potreb po analgetiki in jakosti bolečine pri odnemu se lahko uporabi več obližev. Odnemek je treba prilagajati kva-kva, po 12 5 mikrogramov. Uporaba pri bolnikih z jetrno ali ledvično okvaro: Zaradi možnosti pojavn simptomov prevelikega odmerjanja je toba to bolečine skrbno spremljati in odnemek ustrezno zmanjšati. Uporaba pri bolnikih s povečano tveganje hipotenzije: Pri teh bolnikih bo morada treba upoštevati odnemek. Način uporabe: transdermalni obliži Epufen je treba lahko po vsakršni vrste udarja na nenasušeno, neobrazovano kožo

na ravno površino prsnega koša, zgornjega dela hrbta ali nadlakti. Pri številni značilni plasti je treba obliži trdno pritrditi na kožo namo držano približno 30 sekund, da se obliži popolnoma nalepi. Se ali na rokah, uporaba pri otrocih: pri analgetiki otroci je obliži pripomo najnižji na zgornji del hrbta, kar je manjša varnost, da bi otrok odli obliži. **kontraindikacije:** Individualnost za začetno učinkovito diogenično kotičeno, soja, aršidoli ali katerikoli pomolno snov. Ak ali popustitvena bolečina, ko v kratkem časovnem obdobju ni močnejšano odnema in obstaja verjetnost za življenjsko ogrožajoče respiratorno depresijo. Huda obnova osrednjega živčnega sistema. Sočasna uporaba MIO ali v obdobju 14 dni po preobnavitvenem zviževanju MIO. **POSEBNO OPOZORILO IN PREVIDNOSTNI UKREPI:** Zaradi razpoložbo doba nika je treba bolnika v primeru pojavn močnejšano učelnih opazovati vsaj 4 ur po odstranitvi obliži. Pri nezačetnih bolnikih, ki upo-šljajo transdermalni obliži Epufen, se lahko pojavi respiratorna depresija. Epufen je treba vedno dajati bolnikom s kronično pljučno boleznijo, zbiranimi hipertenzijami, mehanizmi hipertenzij, bolnikami srca, jetra in ledvice, tis zviženo telesno temperaturo, pri starejših bolnikih in otrocih, ledičnih astemijo gravito. Odvisnost od zdravila: kot posledica neuporabljive su bo se lahko razvijala tolerance na zdravilo ter postljana hruba kritična snost od prej. Ostali: lahko se pojavijo neopredeljene imobilizirane reakcije. **MEDESEBNO DELOVANJE Z DRUGIMI ZDRAVILI IN DRUGE OBITERAKCIJE:** Drogami barbiturati, kislina, opioide, antikoagulanti in pomolje hipertenzije, splošni anestetiki, fenotiazini, močniki, vokalantni, sedativni, histaminiki in alkaloični pijake, zavajalci MIO, nekonzozni zavajalci tokonazol, nekateri mavolčni analgetiki, pentozozni, buprenozini. **VNA SPOSOBNOST VOZNE IN UPRAVLJANJA S STROJI:** Zdravilna močva vpliva na sposobnost vožnje in upravljanja s stroj. **NEŽELJUNI UČINKI:** Najbolj resno neželni učinek fentanila ni respiratorna doka, je zelo pogosti (v 1100) doznostni, glavoboli, navzea, bruhanje, za znevljivo slinavje, somnolencija. Pogosti so: 1100 do v 1100: kostična dispneja, tekočica na koži na mestu aplikacije, zvižena, zmedena, presnja, nesnoba, žilna napostnost, haluciacije, zmanjšani apetit. Obliži v 11000 do v 11000: tahikardija, bradikardija, brenza, parosteozija, tise gravito, dihanja, hipovolemičnega šokov, zadržanje urina, krvoločna, hipotenzija, hipotenzija, odližja, amnezija, nesposobnost, vzdržnost. Nekateri od naštetih neželnih učinkov so lahko posledica oslabele občutljivosti ali drugih zdravilnih. Drugi neželnih učinkov: odnemek, kiča pulsična kotičena se lahko razvijejo med delujočajo uporabo fentanila. Pri nekaterih bolnikih se lahko pojavijo odnemučne simptome, ko zvejo prejšnjemu opioide analgetiki s transdermalnimi obliži in lestan ali po nemoli predhodni zdravljenja. **NAČIN IZDAJE:** Sočasno z zdravilno recepto. **OPREMA:** Škatle s 5 transdermalnimi obliži. **IMETNIK DOVODNA ZA PROMET:** Lek farmacevtska družba, d.d., Verovškova 57, Ljuna. Sliovajva **INFORMACIJA PIPPRAVLJENA** november 2007

1. Prosopj: Letnik 6, št 2, 9. 12. 2008



član skupine Sandoz

www.lek.si/medicinski-slovar

znanje vsi v informatiki

ERBITUX – izbira za izboljšano učinkovitost

- Za zdravljenje metastatskega raka debelega črevesa in danke
- Za zdravljenje raka skvamoznih celic glave in vratu

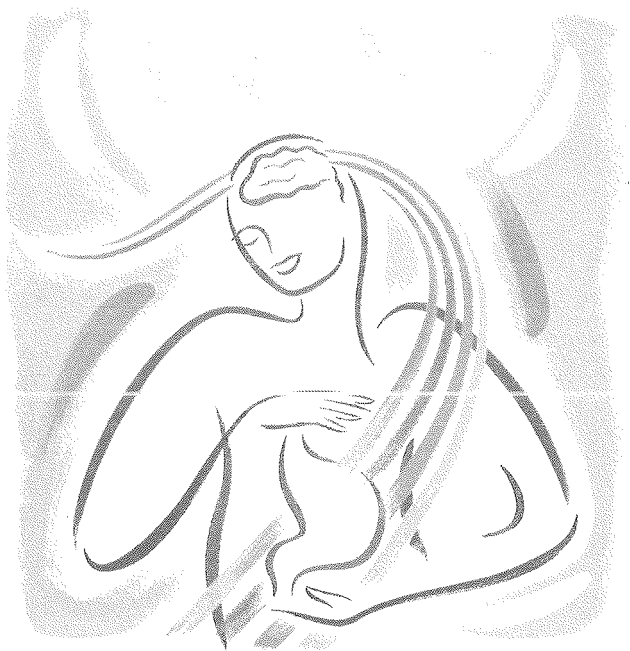
Merck Serono Onkologija / biološko zdravljenje za boljšo kakovost življenja

Erbitux 5 mg/ml raztopina za infundiranje (skrajšana navodila za uporabo)

Erbitux je monoklonsko IgG protiteleso, usmerjeno proti receptorju za epidermalni rastni faktor (EGFR). **Terapevtske indikacije:** Zdravilo Erbitux je indicirano za zdravljenje bolnikov s metastatskim kolorektalnim rakom in nemutiranim tipom KRAS; v kombinaciji s kemoterapijo in kot samostojno zdravilo pri bolnikih, pri katerih zdravljenje z oksaliplatinom in metoteksanom ni bilo uspešno. Zdravilo Erbitux je indicirano za zdravljenje bolnikov z rakom skvamoznih celic glave in vratu; v kombinaciji z radioterapijo za lokalno napredovalo bolezen v kombinaciji s kemoterapijo na osnovi platinine za ponavljajočo se in/ali metastatsko bolezen. **Odmerjanje in način uporabe:** Zdravilo Erbitux pri vseh indikacijah infundirajte enkrat na teden. Začetni odmerek je 400 mg cetuksimaba na m² telesne površine. Vsi naslednji tedenski odmerki so vsak po 250 mg/m². **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Če pri bolniku nastopi blaga ali zmerna reakcija, povezana z infundiranjem, lahko zmanjšate hitrost infundiranja. Priporočljivo je, da ostanete hitrost infundiranja na nižji vrednosti tudi pri vseh naslednjih infuzijah. Če se pri bolniku pojavijo huda kožna reakcija (≥ 3. stopnje po kriterijih *US National Cancer Institute, Common Toxicity Criteria*; NCI-CTC), morate prekiniti terapijo s cetuksimabom. Z zdravljenjem smete nadaljevati le, če se je reakcija pomirila do 2. stopnje. Priporoča se določanje koncentracije elektrolitov v serumu pred zdravljenjem in periodično med zdravljenjem s cetuksimabom. Po potrebi se priporoča nadomeščanje elektrolitov. Posebna previdnost je potrebna pri oslabiljenih bolnikih in pri tistih z obstoječo srčno-pljučno boleznijo. **Neželni učinki:** Zelo pogosti (≥ 1/100, < 1/10): dispneja, blago do zmerno povečanje jetrnih encimov, kožne reakcije, blage ali zmerno reakcije povezane z infundiranjem, blag do zmeren mukozitis. Pogosti (≥ 1/100, < 1/10): konjunktivitis, hude reakcije povezane z infundiranjem. Pogostost ni znana: Opazili so progresivno zniževanje nivoja magnezija v serumu, ki pri nekaterih bolnikih povzroča hudo pomagnezijo. Glede na resnost so opazili tudi druge elektrolitske motnje, večinoma hipokalcemijo ali hipokaliemijo. **Posebna navodila za shranjevanje:** Shranjujte v hladilniku (2 °C - 8 °C). Ne zamrzujte. **Vrsta ovojnine in vsebina:** 1 viala po 20 ml ali 100 ml. Imetnik dovoljenja za promet: Merck KGaA, 64271 Darmstadt, Nemčija. Podrobne informacije o zdravilu objavljene na spletni strani Evropske agencije za zdravila (EMA) <http://www.emea.europa.eu>.

Podatne informacije so vam na voljo pri: Merck d.o.o., Dunajska cesta 119, 1000 Ljubljana, tel.: 01 560 3810, faks: 01 560 3831, el. pošta: info@merck.si

PRVI ANTAGONISTI NEVROKININ-1 (NK₁) RECEPTORJEV¹



EMEND[®]
(aprepitant)

Preprečevanje akutne in zapoznele
slabosti in bruhanja

- **Preprečevanje navzeje in bruhanja, povezanih z zmerno emetogeno kemoterapijo raka²**
- **Preprečevanje akutne in zapoznele navzeje in bruhanja, povezanih z zelo emetogeno terapijo raka s cisplatinom²**



Merck Sharp & Dohme, inovativna zdravila d.o.o.
Šmartinska cesta 140, 1000 Ljubljana, Slovenija
Tel.: 01/ 52 04 201, faks: 01/ 52 04 349, 52 04 350
Zdravilo se izdaja le na zdravniški recept (H/Rp).

Literatura:

1. Arhiv MSD, Slovenija (WPC Worldwide clinical summary, EMD 2002).
Podatki so dostopni na lokalnem sedežu družbe in so razpoložljivi na zahtevo.
2. Povzetele glavnih značilnosti zdravila EMEND; SI-EMEA/H/C/527/R/020.

Potrebna je previdnost pri sočasni uporabi zdravila EMEND in zdravljenih učinkovin, ki zavirajo aktivnost CYP3A4 (npr. rilonavir, ketokonazol, klaritromicin, telitromicin), ker kombinacija povzroči zvišanje plazemskih koncentracij aprepitanta.

Zdravilo EMEND vsebuje saharozo. Bolniki z redkimi dednimi motnjami fruktozo intoleranco, malabsorpcijo glukoze in galaktoze ali insuficienco saharoze-izomaltaze ne smejo jemati teže zdravila.

Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij:

Aprepitant (125 mg / 80 mg) je substrat, zmerzi zaviralec in induktor CYP3A4. Aprepitant (125 mg / 80 mg) je tudi induktor CYP2C9.

Pri sočasnem dajanju substratov za CYP3A4 svetujemo previdnost. Zdravila EMEND se ne sme uporabljati skupaj s pimozičom, terfenadinom, z astemizolom ali s cisapridom. Kot zmerzi induktor CYP2C9 in blag induktor CYP3A4 in glukuronidacija, lahko aprepitant zniža plazemske koncentracije substratov, ki se izločajo po teh poteh. Ta učinek se lahko kaže še po koncu zdravljenja z zdravilom EMEND. Indukcija obeh substratov je prehodna, največji učinek pa je dosežen v 3-5 dneh po koncu 3 dnevnega zdravljenja z zdravilom EMEND. V tem obdobju svetujemo previdnost pri dajanju peroralnih zdravljenih učinkovin, ki se presnavljajo s CYP2C9.

Kortikosteroidi: Pri sočasnem jemanju je treba običajni peroralni odmerek deksametazona zmanjšati za približno 50 %, običajni intravenski odmerek metilprednizolona zmanjšati za približno 25 % in običajni peroralni odmerek metilprednizolona zmanjšati za približno 50 %.

Kemoterapeviti: Pri bolnikih, ki poleg EMENDA peroralno prejemajo kemoterapevite, ki se predvsem ali delno presnavljajo s CYP3A4 (npr. etopozid, vinorebin), svetujemo previdnost. Pri takih bolnikih bo morda potreben dodatni nadzor.

Midazolam: Pri sočasni uporabi z zdravilom EMEND (125mg / 80 mg) je treba upoštevati možne učinke zvišanih plazemskih koncentracij midazolama in drugih benzodiazepinov, ki se presnavljajo predvsem s CYP3A4 (alprazolam, tiazolam).

Varfarin: Pri bolnikih, ki se dolgotrajno zdravijo z varfarinom, je treba protrombinski čas (INR) skrbno nadzorovati med zdravljenjem z zdravilom EMEND in 2 tedna po vsakem 3-dnevem ciklusu zdravljenja navzee in bruhanja zaradi kemoterapije z zdravilom EMEND.

Tolbutamid: Zdravilo EMEND je pri jemanju po shemi 125 mg prvi dan ter 80 mg/dan drugi in tretji dan zmanjšal AUC tolbutamida (ki je substrat za CYP2C9), ki so ga bolniki prejeli v enkratnem odmerku 500 mg per os pred začetkom 3-dnevne sheme odmerjanja zdravila EMEND ter 4., 8. in 15. dan, in sicer za 23 % 4. dan, za 28 % 8. dan in za 15 % 15. dan.

Peroralni kontraceptivi: Med jemanjem in še 28 dni po koncu jemanja zdravila EMEND se lahko zmanjša učinkovitost oralnih kontraceptivov. Med zdravljenjem z zdravilom EMEND in še dva meseca po zadnjem odmerku zdravila EMEND je treba uporabljati alternativno ali dodatno kontracepcijsko metodo.

Antagonisti 5-HT₃: V kliničnih raziskavah medsebojnega delovanja aprepitana ni imel klinično pomembnih učinkov na farmakokinetski odnandsetrona in granisetrona.

EMEND nima medsebojnega vpliva z digoksinom, zato verjetno ne interagira s P-glikoproteinskim prenašalcem.

Ketokonazol: Pri enkratnem odmerku 125 mg aprepitanta 5. dan 10-dnevnega zdravljenja s ketokonazolom (ki je močan zaviralec CYP3A4) 400 mg na dan, se je AUC aprepitanta povečal za približno 5-krat, srednja razpolovna doba aprepitanta pa se je skrajšala za približno za 3-krat.

Rifampicin: Pri enkratnem odmerku 375 mg aprepitanta 9. dan 14-dnevnega zdravljenja z rifampicinom (ki je močan induktor CYP3A4) 600 mg na dan, se je AUC aprepitanta zmanjšal za 91 %, srednja razpolovna doba aprepitanta pa se je skrajšala za 68 %.

Zdravilo EMEND se med nosečnostjo ne sme uporabljati, razen če je to nujno potrebno.

Neželeni učinki:

O neželenih učinkih so poročali pri približno 17 % bolnikov, zdravljenih z aprepantom, ter pri 13 % bolnikov, zdravljenih z običajno terapijo (pri bolnikih, ki se zaradi raka zdravijo z zelo emetogeno kemoterapijo). Zaradi neželenih učinkov so zdravljenje prekinili pri 0,6 % bolnikov, zdravljenih z aprepantom, ter pri 0,4 % bolnikov, zdravljenih s standardno terapijo. Najpogostejši neželeni učinki, o katerih so pri zdravljenju z aprepantom pri bolnikih, ki so dobivali zelo emetogeno kemoterapijo, poročali pogosteje kot pri običajni terapiji, so bili: kolcanje (4,6 % vs. 2,9 %), astenija/utrujenost (2,9 % vs. 1,9 %), zvišanje alaninaminotransferaze (ALT) (2,8 % vs. 1,5 %), zaprtje (2,2 % vs. 2,0 %), glavobol (2,2 % vs. 1,8 %) ter anoreksija (2,0 % vs. 0,5 %). Najpogostejši neželeni učinek, o katerem so pri bolnikih, ki so dobivali zmerno emetogeno kemoterapijo, poročali pogosteje kot pri bolnikih, ki so bili zdravljeni s standardno terapijo, je bila utrujenost (2,5 % vs. 1,6 %).

Pri bolnikih, zdravljenih z aprepantom, so opazili naslednje neželene učinke, ki so se pojavljali pogosteje kot pri običajni terapiji:

Pogoste (>1/100, <1/10): anoreksija, glavobol, omotica, kolcanje, zaprtje, driska, dispneja, erukcija, astenija/utrujenost, zvišanje ALT, zvišanje asparat-aminotransferaze (AST).

Občasne (>1/1000, <1/100): kandidiaza, okužbe s stafilokoki, anemija, febrilna nevropenja, povečanje telesne mase, polidipsija, dezorientacija, evforija, anksioznost, neobičajne sanje, motnje mišljenja, konjunktivitis, linitus, bradikardija, navali vročine, faringitis, hihanje, kašelj, zatekanje izcedeka iz nosu v žrelo, draženje žrela, perforirajoč duodenalni ulkus navzea, bruhanje, refluks kisline, motnje okusa, neugodje v epigastriju, zaprtje, gastroezofagalna refluksna bolezen, predirje razjede dvajsnika, bolečine in izpuščaji, suha usta, enterokolitis, vetrovi, stomatitis, izpuščaji, akne, fotosenzitivnost, prekomerno znojenje, mastna koža, srbenje, lasjne koče, mišični krči, bolečine v mišicah, pollurija, disurija, polaksurija, bolečine v trebuhu, edem, zardevanje, netalagde v prsnem košu, letargija, žrelo, zvišanje alkalne fosfataze, hiperglikemija, mikrohematurija, hiponatremija, zmanjšanje telesne mase.

Poročali so o enem primeru angioedema in urtikarije kot o resnem neželenem dogodku, vendar pa ne v raziskavi CINV/PONV. Aprepitana ni mogoče odstraniti s hemodializo. Pri enem bolniku, ki je dobival aprepitant ob kemoterapiji zaradi raka, so poročali o pojavu Stevens-Johnsonovega sindroma.

V obdobju irženja zdravila so poročali še o (pogostost je neznana): pruritus, izpuščaji, urtikarija, preobčutljivostne reakcije, vključno z anafilaktičnimi reakcijami.

Vrsta ovjovine in vsebine:

Na voljo so različna pakiranja, ki vsebujejo različne jakosti zdravila. Aluminijasti pretlni omet, ki vsebuje eno 125 mg kapsulo in dve 80 mg kapsul. Na trgu ni nujno vseh navedenih pakiranj.

Imetnik dovoljenja za promet:

Merck Sharp & Dohme Ltd., Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN 119BU, Velika Britanija

Način in režim izdaje zdravila:

Izdaja zdravila je le na recept!

Datum zadnje revizije besedila:

September/2008.

EMD-ABI-007

Coloten Povzetek glavnih značilnosti zdravila je priložen kot priloga k zborniku.

Samo za strokovno javnost.

© Zaščitna blagovna znamka MERCK & CO., INC., Whitehouse Station, N.J., ZDA.



Merck Sharp & Dohme, inovativna zdravila d.o.o. Šmarinska cesta 140, 1000 Ljubljana, Slovenija
Tel.: 01 52 04 201, faks: 01 52 04 349, 52 04 350

EMEND 80mg trde kapsule
EMEND 125 mg trde kapsule
SI-EMEA/H/C/527/R/020

SKRAJŠANA POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA²

Pred predpisovanjem, prosimo, preberite celoten Povzetek glavnih značilnosti zdravila, ki ga dobite pri naših strokovnih sodelavcih!

Seštava:

EMEND 125 mg trde kapsule (ena kapsula vsebuje 125 mg aprepitanta) in EMEND 80 mg trde kapsule (ena kapsula vsebuje 80 mg aprepitanta). Pomožna snov: 125 mg saharoze in (v 125 mg kapsuli) 80 mg saharoze (v 80mg kapsuli).

Terapevtske indikacije:

Preprečevanje akutne in zapoznele navzee in bruhanja povezanih z zelo emetogeno kemoterapijo raka s cisplatinom pri odraslih. Preprečevanje navzee in bruhanja, povezanih z zmerno emetogeno kemoterapijo raka pri odraslih. Zdravilo EMEND 125 mg/80 mg se daje v sklopu kombiniranega zdravljenja.

Odmerjanje in način uporabe:

Zdravilo EMEND se daje 3 dni po shemi zdravljenja, ki vključuje kortikosteroid in antagonist 5-HT₃. Priporočeno odmerjanje zdravila EMEND je 125 mg peroralno (PO) enkrat dnevno pred pričetkom kemoterapije prvi dan ter 80 mg (PO) enkrat na dan drugi in tretji dan. Fosaprepitant 115 mg, liofilizirano predzdravilo aprepitanta v obliki 15-minutne infuzije, lahko prvi dan, 30 minut pred kemoterapijo nadomesti uporabo zdravila EMEND (125 mg). Podatkov o učinkovitosti pri kombiniranju z drugimi kortikosteroidi in antagonisti 5-HT₃ ni dovolj. Zdravilo EMEND se lahko jemlje s hrano ali brez. Trdo kapsulo je treba pogoltniti cele.

Pri starostnih, bolnikih z okvaro ledvic in pri bolnikih s končno ledvično odpovedjo, ki se zdravijo s hemodializo, bolnikih z blago okvaro jeter ter glede na spol odmerka ni treba prilagajati. Pri bolnikih z zmerno okvaro jeter so podatki omejeni, podatkov pri bolnikih s hudo okvaro jeter ni na voljo. Pri teh bolnikih je treba aprepitant uporabljati previdno.

Uporabe pri bolnikih, ki so mlajši od 18 let, zaradi nezadostnih podatkov o varnosti in učinkovitosti ne priporočamo.

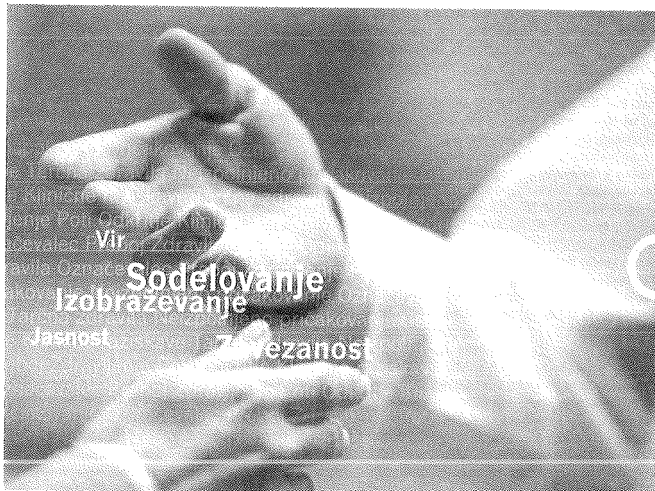
Kontraindikacije:

Preobčutljivost za zdravilno učinkovino ali katero koli pomožno snov. Sočasno jemanje s pimozičom, terfenadinom, z astemizolom ali s cisapridom.

Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:

Zdravilo EMEND je treba uporabljati previdno pri bolnikih, ki sočasno jemljejo peroralne zdravilne učinkovine, ki se primarno presnavljajo s CYP3A4. Previdnost je še posebej potrebna pri sočasnem dajanju irinotekana, saj lahko kombinacija poveča toksični učinek. Pri sočasni uporabi zdravila EMEND z alkaloidi rženega rožička (ergot alkaloidi), ki so substrat za CYP3A4, se lahko zviša plazemska raven teh zdravljenih učinkovin. Sočasna uporaba zdravila EMEND z varfarinom zmanjša protrombinski čas, izražen kot INR. Pri bolnikih, ki se kontinuirano zdravijo z varfarinom, je treba INR skrbno spremljati med zdravljenjem z zdravilom EMEND in še 2 tedna po vsakem 3-dnevem ciklusu zdravljenja navzee in bruhanja zaradi kemoterapije z zdravilom EMEND.

Med jemanjem zdravila EMEND in še 28 dni po koncu jemanja zdravila EMEND se lahko zmanjša učinkovitost oralnih kontraceptivov. Med zdravljenjem z zdravilom EMEND in dva meseca po zadnjem odmerku zdravila EMEND je treba uporabljati alternativno ali dodatno kontracepcijsko metodo. Sočasnemu jemanju zdravila EMEND in zdravljenih učinkovin, ki močno inducirajo aktivnost CYP3A4 (npr. rifampicin, fenitoin, karbamazepin, fenobarbital), se je




odprto

Novartis Oncology prinaša širok spekter inovativnih zdravil, s katerimi poskuša spremeniti življenje bolnikov z rakavimi in hematološkimi obolenji.

Ta vključuje zdravila kot so Glivec® (imatinib), Tasigna® (nilotinib), Exjade® (deferasirops), Zometa® (zoledronska kislina), Sandostatini® LAR® (oktreotid/l.m. injekcije) in Femara® (letrozol).

Novartis Oncology ima tudi obširen razvojni program, ki izkorišča najnovejša spoznanja molekularne genomike, razumskega načrtovanja in tehnologij za odkrivanje novih učinkovin.

 **glivec**
imatinib

 **Tasigna®**
nilotinib

 **EXJADE®**
deferasirops

ZOMETA®
zoledronska kislina 

 **Sandostatini® LAR®**
oktreotid/l.m. injekcije

Femara®
letrozol

 **NOVARTIS**
ONCOLOGY

Novartis Pharma Services Inc, Podružnica v Sloveniji • Tivolska 30, 1000 Ljubljana

Samo za strokovno javnost.

NVS_1A_01/09_S1

Zdravljenje metastatskega raka ledvičnih celic (mRCC) in gastrointestinalnega stromalnega tumorja (GIST)

trde kapsule
SUTENT[®]
sunitinibijev malat



BISTVENE INFORMACIJE IZ POVZETKA GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

SUTENT 12,5 mg, 25 mg, 50 mg trde kapsule

Sestava in oblika zdravila: Vsaka trda kapsula vsebuje 12,5 mg, 25 mg ali 50 mg sunitiniba in obliki sunitinibijevega malata. **Indikacije:** Zdravljenje neizrzljivega in/ali metastatskega malignega gastrointestinalnega stromalnega tumorja (GIST), če zdravljenje z imatinibijevim mesilatom zaradi odpornosti ali neprenesanja ni bilo uspešno. Zdravljenje napredovalnega in/ali metastatskega karcinoma ledvičnih celic (mRCC). **Odmerjanje in način uporabe:** Terapijo mora uvesti zdravnik, ki ima izkušnje z zdravljenjem karcinoma ledvičnih celic ali GIST. Priporočeni odmerek je 50 mg peroralno vsak dan 4 tedne zapored; temu sledi 2-tedenski premor (shema 4/2), tako da celotni cikel traja 6 tednov. Odmerek je mogoče prilagajati z zaviralci CYP3A4 je potrebno odmerek ustrezno prilagoditi. **Uporaba pri otrocih:** Sumenta ne smemo uporabljati, dokler ne bo na voljo dodatnih podatkov. **Uporaba pri starejših bolnikih:** med starejšimi in mlajšimi bolniki niso opazili pomembnih razlik v varnosti in učinkovitosti. **Insuficienca jeter:** kliničnih študij niso izvedli. Bolnik lahko Sudent vzame z ali brez hrane. Če pozabi vzeti odmerek, ne sme dobiti dodatnega, temveč naj vzame običajni predpisani odmerek naslednji dan. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za zdravino učinkovino ali katerokoli pomožno snov. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Koža in tiva. Krvavitve v prebavila, dihala, sečila, v možganih ter krvavitve tumorja. Učinki na prebavila: poleg navzee in driske tudi resni zapleti. Hipertenzija. Hematološke bolezni. Bolezni srca in ožilja: zmanjšanje LVEF in srčno popuščanje. Podaljšanje intervala QT. Venski trombotični dogodki. Dogodki na dihalih: dispneja, plevralni izliv, pljučna embolija ali pljučni edem. Moteno delovanje ščitnice. Pankreatitis. Delovanje jeter. Delovanje ledvic. Konvulzije. Pri krvavitvah, učinkih na prebavila, hematoloških boleznih, dogodkih na dihalih, venskih trombotičnih dogodkih, pankreatitisu in učinkih na jetra so opisani tudi smrti izidi. **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili:** Zdravila, ki lahko zvišajo koncentracijo sunitiniba v plazmi (ketokonazol, ritonavir, itrakonazol, eritromicin, klaritromicin ali sok grenivke). Zdravila, ki lahko znižajo koncentracijo sunitiniba v plazmi (deksametazon, fenitoin, karbamazepin, rifampin, fenobarbital, *Hypericum perforatum* oz. šentjanževka). Antikoagulant. **Nosečnost in dojenje:** Suenta se ne sme uporabljati med nosečnostjo in tudi ne pri zenski, ki ne uporabljajo ustrezne kontracepcije, razen če možna korist odtehta možno tveganje za plod. Ženske v rodni dobi naj med zdravljenjem s Sudentom ne zanosi. Ženske, ki jemljejo Sudent, ne smejo dojeti. **Vpliv na sposobnost vožnje in upravljanja s stroji:** Sudent lahko povzroči omotico. **Neželeni učinki:** Najpogostejši neželeni učinki: pljučna embolija, trombotičnija, krvavitve tumorja, febrilna neutropenija, hipertenzija, utrujenost, diareja, navzea, stomatitis, dispneja, bruhanje, obarvanje kože, disgezija, anoreksija, zvišanje ravnih lipaz. Zelo pogosti: anemija, neutropenija, hipotroidizem, zmanjšanje teka, motnje okužanja, glavoboli, bolečina v trebuhu / napihnjenost, flatulenca, bolečine v uših, sindrom palmarno plantarne eritrodizestazije, spremembe barve las, astenija, vnetje sluznice, oteeni. **Način in režim izdajanja:** Izdaja zdravila je le na recept, uporablja pa se samo v bolnišnicah. Izjznomoma se lahko uporablja pri nadaljevanju zdravljenja na domu ob odpustu iz bolnišnice in nadaljnjem zdravljenju. **Imetnik dovoljenja za promet:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Velika Britanija. **Datum zadnje revizije besedila:** 10.2.2009

Pred predpisovanjem se seznanite s celotnim povzetkom glavnih značilnosti zdravila.



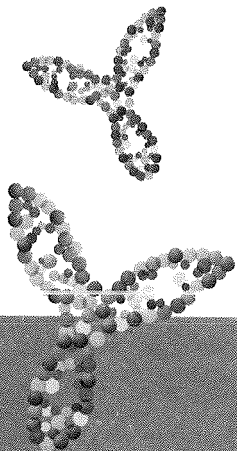
Pfizer Luxembourg SARL, GRAND DUCHY OF LUXEMBOURG,
51, Avenue J. F. Kennedy, L-1855
Pfizer, podružnica Ljubljana, Letališka cesta 3c, Ljubljana

Roche v onkologiji

Roche je vodilna farmacevtska družba na področju razvoja in trženja inovativnih onkoloških zdravil. Z novimi biološkimi in tarčnimi zdravili pomembno prispevamo k uspešnejšemu zdravljenju raka.

Naše poslanstvo je s celovitim in inovativnim pristopom omogočiti učinkovitejše zdravljenje ter boljše počutje bolnikov.

To je naša odgovornost za danes in jutri.



MABTHERA
RITUKSIMAB

Herceptin
trastuzumab

AVASTIN
bevacizumab

Tarceva
erlotinib

ROFERON- α
Interferon alfa-2a

Bondronat
zoledronat

NeoRecormon
Epoetin Beta

KYTRIL
granisetron HCl

Xeloda
capecitabin

Dodatne informacije so na voljo pri:
Roche farmacevtska družba d.o.o.,
Vodovodna cesta 109, 1000 Ljubljana

www.roche.si

Salus, Ljubljana, d. d.
Mašera Spastičeva ulica 10
SI - 1000 Ljubljana

telefon +386 (0)1 589 91 00
telefaks +386 (0)1 568 10 22

e-pošta info@salus.si
splet www.salus.si



oskrbuje mo lekane,
bolnišnice,
zdravstvene domove,
veledrogerije
ter druge, ki opravljajo
zdravstveno
in veterinarsko
dejavnost
široj Sloveniji



že 40 let

 SALUS

odzivno, kakovostno, učinkovito

Bilo je lažje, kot sem
si predstavjal. Hvala.

Spōštovani,

Źo tem, ko sem izvedel, da sem zbolel
za rakom, mi je bilo zelo hudo
in kemoterapije sem se bal. Ampak
bilo je lažje, kot sem si predstavjal.

 **TAXOTER**
docetaxel

Zaupam v življenje.

NAVODILA AVTORJEM

Vabljeni predavanja

Vabljeni predavatelji so dolžni pripraviti pregled predavane snovi, ki ga bomo izdali v zborniku Onkološkega vikenda. Prispevke je treba poslati v Word dokumentu ga. Ameli Duratović, Onkološki inštitut, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, in sicer na e-naslov: aduratovic@onko-i.si. Organizacijski odbor si pridržuje pravico, da kadar je to potrebno, avtorjem predlaga vsebinske, slovnične in stilistične spremembe.

- Sestavek naj bo napisan z dvojnimi razmakom, dolg največ 5 (A4) tipkanih strani (vključujoč literaturo).
- Sestavek naj bo napisan kot pregledni članek ter razdeljen z informativnimi podnaslovi.
- Vsak sestavek mora vsebovati **Povzetek** (do 250 besed, na posebni strani) in na koncu **Zaključek**.
- Naslov prispevka naj bo čim krajši in čim bolj informativen.
- Polno(a) ime(na) avtorja(jev) naj bo pod naslovom skupaj z naslovom inštitucije, kjer je avtor zaposlen:

Janez Janko¹, Lojze Rome²

¹Onkološki inštitut, Oddelek za tumorsko biologijo, Zaloška 2, 1105 Ljubljana,

²Pediatrična klinika, Oddelek za interno medicino, Vrazov trg 4, 1000 Ljubljana

- Vse kratice je treba obrazložiti, ko se prvič pojavijo v tekstu.
- Ilustracije in tabele morajo biti jasno označene s pripadajočimi naslovi (pri tabelah naslovi in pri ilustracijah podnaslovi).
- Citirane literature ni treba navajati v tekstu, ampak kot **Viri in literatura** na koncu sestavka.
- Navedena literatura v poglavju **Viri in literatura** naj bo citirana po vankuverskemu načinu:

članki

Novaković S, Marolt F, Serša G. The use of MCA and CEA in prostatic cancer follow-up. *Radiol Jugosl* 1990; 24: 417-21.

poglavje v knjigi

Squire J, Philips RA. Genetic basis of cancer. In: Tannock IF, Hill RP, eds. *The basic science of oncology*. New York: Mc Graw-Hill, 1992: 41-60.

knjiga

Rubin P, ed. *Clinical oncology: A multidisciplinary approach for physicians and students*, 7th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993: 791.

- Naslove revij krajšamo tako, kot določa Index Medicus.
- Navajamo imena vseh avtorjev, razen če jih več kot 6, kjer navajamo samo imena prvih treh in zaključujemo z »et al.«. Če je citirani prispevek v slovenščini zaključujemo z »in ostali«.

Objavljeni povzetki

Vsi aktivni udeleženci strokovnega srečanja naj pripravijo Povzetke svojih prispevkov. Povzetki naj bodo dolgi do 300 besed in naj vključujejo:

- naslov prispevka (čim krajši in čim bolj informativen),
- polno(a) ime(na) avtorja(jev) pod naslovom skupaj z naslovom inštitucije, kjer je avtor zaposlen (primer prikazan zgoraj),
- tekst povzetka, ki lahko vključuje tudi največ eno tabelo in eno sliko.

ISBN 978-961-6377-24-9



9 789616 377249