

Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi

Prof. Dr. Afife Ayla Kabalak

- Palyatif bakımdaki temel hedef hasta ve ailesinin/arkadaşlarının acı çekme sürecini iyi yönetmektir.
- Hasta ve aile merkezli bir bakım uygulanmalı,
- tedavi kültür, inanç, ırk, dil, din, etnik farklılıklarına, beklentilerine, yaşa ve eğitim düzeylerine göre planlanmalı,
- bakımın sürekliliği ve adil erişim sağlanmalıdır

- Ağrı
- İştahsızlık kuruluğu
- Kötü tad
- Asit
- Hıçkırık kusma
- Tremor
- Konfüzyon
- Dispne
- Halsizlik
- Kaşıntı İnkontinans

Ajitasyon
Kaşeksi
Ağızda yara, aft
Vücut ödemi
Kabızlık, ishal
Bayılma
Deliryum
Öksürük
Hareket edememe
Reflü

Anksiyete
Ağız
Disfaji
Dispepsi
Bulantı,
Unutkanlık
Depresyon
Sekresyon
Baş dönmesi

BULANTI-KUSMA, BESLENME BOZUKLUĞU

- Bulantı-kusma hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler.
- Hastalığın kendisinden, kemoterapiden ya da opioidlerden kaynaklanabilir.
- Tedavide farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler kullanılır.

- Farmakolojik tedavi nedene göre planlanmalı, antiemetikler etki mekanizmalarına göre seçilmeli, gerekirse kombine tedavi uygulanmalıdır.
- Bu amaçla antihistaminikler, kortikosteroidler, prokinetik ajanlar, dopamin-serotonin antagonistleri kullanılır.

- Kombinasyon yerine farklı reseptörler üzerinden etki eden, ikinci basamak, geniş spektrumlu antiemetik olan **levomepromazin** tercih edilebilir.

- Opioid kaynaklı bulantı kusmada düşük doz **haloperidol** etkilidir, alternatif olarak **metoklopramide** verilebilir.
- Kemoterapiye bağlı bulantı-kusmada **kortikosteroidler** yararlıdır, yan etki için 5HT3 antagonistleri ile profilaksi sağlanmalıdır.
- Bazı durumlarda P maddesi antagonisti olan

Aktif ilaç	Etki süresi (saat)	Başlangıç doz (mg)	Hedef organ	Endikasyon
Cyclizine artışı	8	50	KM	Obstr, ilaç, İKB
Dexamethasone	8- 4	4-8	çoklu organ	İKB artışı
Haloperidol	8-12	0.3-0.5	KTZ	Obstr, ilaç, İKB artışı
Metoclopramide	4- 6	10	GIS, KTZ	Gastrik staz, ilaç
Ondansetron	8-12	4-8	GIS, KTZ	Kemoterapi
Levomopromazine	24	6.25	çoklu organ	Obstr, ilaç, İKB artışı

- Hastanın sevdiği yiyeceklerin az miktarlarda sunulması bulantı-kusmayı engelleyebilir.
- Yapay besleme en son tercih edilen, hasta ve aile ile birlikte karar verilmesini gerektiren, yarar ve zararları tartışılır bir yöntemdir.
- Bunun yanında akupunktur, aromaterapi, homeopati, hipnoz gibi nonfarmakolojik yöntemler denenebilir.

DEHİDRATASYON, AĞIZ KURULUĞU

- Hastalar dehidrate ise parenteral sıvı uygulaması ilk tercih edilen yöntem değildir.
- Erken dönemde bulantı-kusma nedeniyle oral alım yetersiz ve ciddi bir dehidratasyon varsa ve bu durum böbrek yetmezliği, ilaç toksisitesi gibi nedenlerle hastanın diğer semptomlarını artırıyorsa (deliryum, somnolens vs) kısa süreli parenteral sıvı replasmanı yapılabilir.

- Bu amaçla özellikle terminal dönem hastalarda ilk tercih edilen yol daha az invaziv bir yöntem olan subkutan sıvı replasmanı (**hypodermoclysis**) uygulaması olmalıdır.

- Tümör invazyonu nedeniyle lenfatik drenajın bozulması, kalp ve böbrek yetmezliği, hipoalbuminemi ödeme neden olabileceğinden sıvı uygulaması dikkatli bir takiple yapılmalıdır.
- Ağız kuruluğu, sık aralıkla oral su verilmesi ve mukoza nemlendiricileri ile önenebilir

KONSTİPASYON

- Sıklıkla opioidlerin, antikolinergik ilaçların, kalsiyum kanal blokerlerinin ve beslenme yetersizliğinin bir sonucudur.
- Bunun dışında gastrointestinal motilite azlığı, otonomik fonksiyon bozukluğu, mekanik ve paralitik ileus, fekaloid tıkaç, metabolik dengesizlikler ve dehidratasyon, tümöral bası ve invazyonları da nedenler arasındadır ve ayırıcı tanı gerektirir.
- Organik bir neden söz konusu değilse semptomatik tedavi uygulanır

İlaç grubu

Aktif ilaç

- Prokinetik ajanlar Metoclopramide
- Uyarıcı laksatifler Bisacodyl, Senna alkaloidleri, Kayısı, Erik suyu
- Osmotik laksatifler Magnesie calcinee, Sorbitol, Mannitol, Lactulose, Phenolphthalein
- Deterjan laksatifler Docusate
- Kayganlaştırıcı yağlar Glycerine
- Volüm artırıcı lavman Su, Sabunlu su, Tuzlu su

ÖDEM ve DOLAŞIM BOZUKLUĞU

- İlerlemiş hastalıkta hypoalbuminemiye bağlı onkotik basınç azalması en sık nedendir.
- Tümör basısı, cerrahi sonrası yapışıklıklar da venöz ve lenfatik dolaşımı bozarak ödeme neden olabilir.

- Ödem örneğin dekompanse konjestif kalp yetmezliğinden kaynaklanıyorsa sıvı kısıtlaması, beslenmenin düzenlenmesi, kısa süreli diüretik uygulaması gibi yöntemler uygulanabilir, fizyoterapi yapılabilir, kompresyon çorapları, ekstremitte elevasyonu, pozisyon değişiklikleri denenebilir.
- Özellikle alt ekstremitenin geniş ödemlerinde subkutan drenaj uygulanabilir

BASI ÜLSERLERİ (Dekubit ülseri)

- Bası ülserlerinin önlenmesi temel amaç olmalıdır.
- Bunun için havalı yatak, pamuklu örtü ve giysiler kullanılmalı, perine bakımı ve temizliği yapılmalı, sık pozisyon değişikliği, mobilizasyon sağlanmalı, cilt temiz ve kuru tutulmalı, doku ile uyumlu yağ ve kremlerle masaj yapılmalı, enfekte olma olasılığı yüksek bölgelerde bariyer kremler kullanılmalıdır.

- Bası ülseri gelişmişse ağrıyı azaltan, enfeksiyonu önleyen ve hücresel iyileşmeyi hızlandıran, antibiyotikli/antibakteriyel pomadlar ya da yara bakım ürünleri uygulanabilir.
- Terminal dönemdeki hastalarda amaç bu bölgenin ağrı ve acısının azaltılmasıdır. Bu amaçla yaraya basıyı azaltan destekler kullanılır (dekubit minderleri, simidi), sık pozisyon değişikliği yapılır, gerekirse analjezik uygulanır

KAŞINTI

- Kaşıntı; prurioreseptif (ciltteki reseptörlerin uyarılması), nöropatik, nörojenik, psikojenik kaynaklı olabilir.
- En sık böbrek ve karaciğer yetmezliklerinde üre, bilirubin başta olmak üzere biriken metabolitlerin reseptörleri uyarılmasından kaynaklanır.
- Bazı lenfoma türlerinde ve konjestif kalp yetmezliğinde de kaşıntı olabilir.
- Altta yatan hastalığın tedavisi yapılır, antihistaminikler, topikal antipruritik ilaçlar kullanılır

HALSİZLİK, YORGUNLUK

- İlerleyici hastalıkların terminal döneminde halsizlik prevalansı % 80'dir ve çoğu zaman nedeni belli değildir.
- Anemi, enfeksiyon, depresyon gibi geri dönüşümlü nedenler varsa tedavi edilmelidir.
- Düşük doz steroidler (dexamethasone 4 mg/gün) kısa vadeli düzelmeye sağlayabilir.
- Modafinil için olumlu etkiler bildirilmiştir.
- Egzersiz, psikolojik destek, uğraş tedavisi yararlı olabilir.

ORYANTASYON BOZUKLUĞU, DELİRYUM, AKSİYETE

- İlerleyici hastalıklarda zaman, yer, kişi ve durum dezoryantasyonuna sık rastlanır.
- Palyatif bakım alan hastaların % 40'ında, terminal dönemde % 80'inde deliryum sendromu gelişir.

Bu sendroma;

- ilaçlar, ilaç kesilme sendromu,
- metabolik dengesizlik,
- dehidratasyon, hiperhidratasyon,
- duyu kaybı,
- enfeksiyon,
- ileri yaş,
- santral sinir sisteminin yapısal lezyonları,
- hipoksik ensefalopati neden olur ya da artırır.

- Metabolik sorunlar, sıvı dengesizlikleri düzeltilmeli, enfeksiyon, hipoksi giderilmeli, opioid dozları yeniden titre edilmelidir.
- Güçlü antikolinergik ilaçlar (trisiklik antidepressanlar), H2 reseptör blokerleri, dijital, steroid ilaçlar bu etkilerden sorumlu olabileceğinden ilaç dozları azaltılmalı ya da kesilmelidir.

- Artan dozlarda nöroleptikler deliryumu düzeltebilir.
- Bazen deliryum geri dönüşümsüz olup ölüme yaklaşmanın bir işaretidir.
- Bazı hastalarda non-konvulziv epileptik nöbetler dezoryantasyona neden olabilir. Ayırıcı tanı EEG ile yapılır.
- Şüphede kalırsa epilepsi eşğini düşüren nöroleptikler kesilerek antikonvülzan tedaviye derhal başlanmalıdır

- Dezoryantasyon ya da deliryum ağrı, anksiyete, dispnenin artmasına bağlı ajitasyonla ya da nörolojik semptomlarla karışabilir.
- Ayırt edici tanı yapılamıyorsa en kısa zamanda ampirik tedaviye başlanmalıdır.

- Hastaların çoğu geleceğin belirsizliği ve yaklaşan ölüme ilgili korkulardan, geride bıraktıklarının yaşayacakları duygusal, sosyal, maddi zorluklardan dolayı anksiyete içindedir.
- Hastalığın yarattığı dispne, ağrı gibi semptomlarda bu tabloyu ağırlaştırabilir.
- Bu durumda hem hasta hem de hasta yakını ile iletişim kurarak rahatlatıcı, destekleyici konuşmalar yapmak üzere ekibe (psikolojik, manevi danışmanlık, sosyal hizmetler desteği) ciddi görevler düşmektedir.

- Müzik tedavisi, gevşeme teknikleri, manevi destek, hipnoz gibi non-farmakolojik teknikler denenebilir.
- Akut durumlarda ya da sözel iletişim kurulamadığında ilaç tedavisi uygulanmalıdır.

- Lorazepam 0.5, 1, 2.5 mg, 8 saatte bir ya da midazolam 2.5, 5, 10 mg, tek doz olarak uygulanabilir.
- Sedasyon, konfüzyon, hafıza bozukluğu takip edilmelidir.

- Antidepressanlar (serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik) terminal dönem öncesi hastalarda, kronik anksiyetede ve uzamış yasta oldukça faydalıdır.
- Manevi destek de önemlidir ve hastaların bu istekleri karşılanmalıdır.