

POSEBNOST ZDRAVLJENJA BOLEČINE PRI RAKAVEM BOLNIKU NA DOMU

Nada Šavel-Švagelj

Zdravljenje na domu je ena od prvobitnih oblik medicine. Največ hišnih obiskov opravimo pri kroničnih, neozdravljivo bolnih in umirajočih bolnikih. Lajšanje bolečine je poleg nege sploh eno od osnovnih opravil na terenu. To hudo breme si zdravniki delimo s svojci obolelega in patronažno sestro. Z zdravljenjem bolečine želimo bolniku predvsem zboljšati kvaliteto življenja ter zmanjšati neželene stranske učinke zdravil na minimum. Uspeh zdravljenja bolečine temelji na medsebojnem zaupanju med zdravnikom in bolnikom.

»Bolnik mora zaupati zdravniku glede na njegovo znanje in brezpogojno dobronamernost, kar med drugim pomeni, da zdravnika vodi pri priporočilih in odločitvah edino skrb za bolnika, ne pa morda pričakovanje gmotnih koristi, strokovnega ugleda ali slave pred publiko, raziskovalna radovednost ali tekmovalni duh med zdravniki. Bolnikovo zaupanje v zdravnika vključuje nadalje prepričanje o zdravnikovem znanju in izkušenosti, pa tudi o njegovi zreli kritičnosti, ki bo znala posredovati, kadar bo nujen posvet ali dejanska strokovna pomoč bolj usposobljenega ali bolj izkušenega zdravnika.

Zaupanje zdravnika v bolnika pa zajema tele prvine — da bo bolnik zdravniku brez pridržkov razkril svoje težave in mu razgrnil svojo anamnezo popolno in resnično, da bo varoval svoje zdravje in se čutil odgovornega zanj, da bo veroval v svojo ozdravitev in zdravnikovo pomoč pri tem, da bo do zdravnika odkrit in pošten, da se ne bo pustil begati z nasveti laikov ali drugih zdravnikov«... (J. Milčinski).

Bolniku in svojcem moramo razložiti naslednje:

- da lahko z zdravljenjem zboljšamo kvaliteto življenja, četudi je rak neozdravljiv,
- da rak ne boli vedno,
- da obstajajo zdravila in načini zdravljenja, ki zmanjšajo oz. odpravijo bolečino,
- da trpljenje zaradi rakave bolezni dandanes ni več potrebno,
- da zdravila ne izgubijo svojega učinka pri dolgotrajni uporabi,
- da ne bodo postali zasvojeni z morfinom, če ga bodo jemali pod zdravniškim nadzorom.

Za zdravljenje bolečine uporabljamo predvsem sistemske analgetike in v posebnih primerih tudi metode regionalnih blokad. Za oceno jakosti bolečine uporabljamo vizualno analogno skalo od 0 do 100 mm. Bolečino nad 35 mm bolnik zelo težko prenaša in je potrebno zdravljenje.

Da bo zdravljenje uspešno, moramo razpoznati tip bolečine:

- nociceptivna ali periferna bolečina, kamor sodita somatična in visceralna bolečina;
- nevropatična ali deafferentna bolečina.

Poznati moramo delovanje opiatnih receptorjev, da v praksi ne bi uporabljali neučinkovitih kombinacij zdravil (npr. agonistov in antagonistov). Zdravljenje bolečine je potrebno, čim se pojavi. Svetovna zdravstvena organizacija je izdelala posebno tristopenjsko lestvico za zdravljenje bolečine pri rakavem bolniku:

- na prvi stopnji priporočajo neopioide, kot so acetilsalicilna kislina, paracetamol in nesteroidna analgoantiinflamatorna sredstva;
- na drugi stopnji dodajamo tem zdravilom zmerne opioide, kot so kodein, tramadol in tilidin;
- na tretji stopnji pa dodajamo še močne opioide, kot sta metadon in morfin.

Na terenu smo se včasih bali predpisovati morfin, da ga ne bi uvedli prezgodaj, vendar danes velja, da prognoza in doba preživetja nista merilo za začetek zdravljenja z opiodi, važna je le vrsta bolečine. Na vseh treh stopnjah lahko analgetikom dodajamo še dodatna zdravila, kot so antikonvulzivi, anti-depresivi, antiemetiki, nevroleptiki, anksiolitiki in kortikosteroidi. S kombinacijo teh zdravil lahko dosežemo popolno in dolgotrajno analgezijo. Bistveno za zdravljenje kronične bolečine pa je, da dobiva bolnik zdravila v rednih časovnih presledkih glede na biotransformacijo in izločanje posameznega zdravila, in sicer v takih odmerkih, da serumska koncentracija ni nikoli nižja od praga bolečine. V praksi to pomeni, da moramo bolečino preprečiti in dati naslednji odmerek zdravila, preden se znova pojavi. Ta presledek je pri večini analgetikov 4 do 6 ur. Na pohodu so zdravila v retardni obliki in morfinske tablete s podaljšanim delovanjem do 12 ur. Medicina in farmacevtska industrija si prizadevata, da bi bolniku olajšala jemanje zdravil in priporočata najenostavnejši način jemanja. Kadar je le mogoče, uporabljamo peroralni način jemanja bodisi v tabletah, kapljicah ali sirupih. Če to ni mogoče, lahko damo svečke. Če tudi na ta način ni možno vnesti zdravila v organizem, posežemo po injekcijah, infuzijah in epiduralnih katetrih. Žal je na terenu tako, da imajo bolj zapleteni načini dajanja zdravil večji (psihološko pogojeni) učinek. Velikokrat se dogaja, da nas hočejo bolnik ali njegovi svojci prisiliti v dajanje injekcij, čeprav obstaja zdravilo v obliki tablet ali svečk in ni zadržkov za njegovo jemanje. Še huje se dogaja, ko naš kolega v bolnišnici nekritično predpiše tak način dajanja. Ta problem rešimo edino z izčrpnim pogovorom z bolnikom in z zagotovilom, da bo tudi injekcije dobil ob pravem času.

Druge težave, s katerimi se soočamo pri zdravljenju bolečin na terenu, so naslednje:

Avtomedikacija

Mnogi bolniki poznajo vrsto analgetikov, ki so jih že uporabljali za lajšanje različnih bolečin, zato znova ne zaupajo, da jim bo to isto zdravilo pomagalo pri rakavi bolečini.

Izposojanje zdravil	Nekateri bolniki še vedno bolj zaupajo rume-nemu tisku in sosedom ter znancem kot svo-jemu zdravniku in na lastno pest preskušajo razna zdravila, ki jih dobijo od dobronamernih znancev.
Navodila za uporabo	Ta, ki so priložena zdravilom, so za bolnika pre-obširna, za zdravnika pa preskromna, vendar jih nekateri bolniki pozorno preštudirajo in potem zdravila kljub nasvetu zdravnika ne vzamejo, ker je v navodilih napisano, da je možna alergija na zdravilo itd.
Jemanje zdravil po potrebi	Večinoma se bolniki ne držijo predpisanih pre-sledkov jemanja, zato je zdravljenje neučinko-vito. Temu problemu se lahko najlažje izognemo tako, da bolniku na list papirja napišemo ure, ob katerih mora vzeti določena zdravila. Bolnikovo doslednost lahko preverimo z nenapovedanim hišnim obiskom. Ko bo bolnik spoznal, da se zanimamo zanj, se bo tudi začel držati navodil, kar bo povečalo zaupanje v zdravila in zdrav-nika.
Zamenjava analgetika	Večkrat se zgodi, da prehitro popustimo bolni-kovim pritiskom po zamenjavi 'neučinkovitega' zdravila, namesto da bi zvišali odmerek.
Adjuvantna terapija	Velik problem pomeni uvajanje dodatne tera-pije, ker bolnik ne razume zveze med svojo bo-leznijo in npr. antidepresivnim zdravilom, ki mu ga predpišemo. Za razjasnitev problemov je po-treben kratek, a izčrpen pogovor.

Ko se približuje neizbežni trenutek konca življenja, je bolniku potrebna naša nenehna skrb in podpora. Bolniku je v veliko pomoč naša telefonska številka in zagotovilo, da bomo prišli, ko nas bo potreboval. V teh trenutkih tudi prisotnost in stisk roke blaži bolečine in omili strah. Smrt doma bi naj bila za bolnika bolj človeška in manj draga za družbo, bolnik pa ostane ob ustrezni negi v krogu domačih do smrti. Včasih se vendarle zgodi, da si bolnik v terminalni fazi želi v bolnišnico zaradi strahu ali vere v čudež. Takrat mu moramo kljub nasprotovanju v ustanovi uresničiti zadnjo željo.

Literatura

1. Voljč B. Košir T. Švab I. Urlep F. Splošna medicina 1992; 133—159.
2. Milčinski J. Medicinska etika in deontologija 1982; 75—83, 84—89.
3. Rachels J. Pravica do smrti 1987; 45—66.

4. Report of WHO Expert Committee, Geneva 1990. Cancer pain relief and paliative care.
5. Ažman D. Uporaba analgetikov v onkologiji pri zdravljenju akutne in kronične bolečine. 33—39.
6. Maurič-Jovan O. Medicinski razgledi 1988; 27; Bolečina v terminalni dobi rakave bolezni; 289—298.

Na 4. onkološkem vikendu so sodelovali

Niko Arnerič, dipl. psih., Inštitut za medicino dela, prometa in športa, Ljubljana

Drago Ažman, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

Matija Božič, dr. med., Zdravstveni dom Ajdovščina

Jože Jensterle, dr. med., Invalidska komisija prve stopnje v Ljubljani, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje v Sloveniji

Prim. dr. sc. Alfred-Bogomir Kobal, dr. med., Invalidska komisija prve stopnje v Ljubljani, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje v Sloveniji

Višnja Kolonič, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

Mira Logonder, višja medicinska sestra, Onkološki inštitut Ljubljana

Olga Maurič-Jovan, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

Prof. dr. Samo Modic, dr. med., Inštitut za medicino dela, prometa in športa, Ljubljana

Sonja Modic-Sočan, dr. med., Inštitut za medicino dela, prometa in športa, Ljubljana

Asist. mag. sc. Maja Primic Žakelj, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

Prof. dr. Dražigost Pokorn, dr. med., Inštitut za higieno, Medicinska fakulteta Ljubljana

Asist. mag. sc. Jože Šamu, dr. med., Inštitut za medicino dela, prometa in športa, Ljubljana

Nada Šavel-Švagelj, dr. med., Zdravstveni dom Murska Sobota

Opomba: Prispevka prim. Marije Godec, dr. med., do zaključka redakcije nismo prejeli, zato ni natisnjen.