

Paliativna oskrba bolnikov z rakom debelega črevesa in danke

Maja Ebert Moltara

Povzetek

Paliativna oskrba bolnikov z napredovalim rakom debelega črevesa in danke je celostna oskrba neozdravljivo bolnega. Oskrba vsebuje obvladovanje simptomov ter pomoč pri obvladovanju psihičnih, socialnih in duhovnih težav. Najpogostejši simptomi, zaradi katerih so bili bolniki z rakom debelega črevesa in danke sprejeti na oddelek za akutno paliativno oskrbo Onkološkega inštituta v Ljubljani, so bili bolečina, huda splošna oslabelost, zapora črevesja ter težko dihanje. Paliativno zdravljenje simptomov se z napredovanjem osnovne bolezni lahko razlikuje. Glavni cilj ukrepov v paliativni oskrbi je vzdrževanje čim boljše kakovosti življenja. V zgodnji paliativni oskrbi so lahko ustrezni tudi kompleksnejši pristopi zdravljenja (paliativni kirurški posegi, paliativno obsevanje ...), ki služijo boljši kakovosti življenja ob nadaljnjem napredovanju bolezni. V pozni paliativni oskrbi (zadnji tedni življenja) je glavna skrb za ugodje in čim boljše počutje umirajočega ter njegovih bližnjih.

Uvod

Paliativna oskrba je *aktivna celostna oskrba* bolnikov z neozdravljivo, neobvladljivo boleznijo, ki zajema nego in obvladovanje telesnih simptomov bolezni ter lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih težav (1). Namen paliativne oskrbe je vzdrževanje optimalne kakovosti življenja, upoštevanje vse bolnikove potrebe, pomagati svojcem med boleznijo in

Slika 1. Sestavni členi dobre celostne oskrbe bolnika z neozdravljivo boleznijo skozi čas



umiranjem bolnika ter med njihovim žalovanjem (Slika 1). V zgodnjem obdobju zdravljenja neozdravljive bolezni se paliativna oskrba prepleta s specifičnim in podpornim onkološkim zdravljenjem, v zadnjem obdobju bolezni pa praviloma prevladuje v celotni oskrbi bolnikovih potreb. Rak debelega črevesa in danke (RDČD) spada po incidenci med najpogostejše rake v Sloveniji. Po podatkih Registra raka RS letno umre nad 700 bolnikov z RDČD (2). Večina teh bolnikov potrebuje paliativno oskrbo. V primerjavi z drugimi državami EU v Sloveniji nimamo vzpostavljene mreže paliativne pomoči bolnikom na primarnem nivoju. Bolniki se zato pogosteje obračajo na bolnišnično

oskrbo na sekundarnem in terciarnem nivoju. Posledica so številne smrti v bolnišnicah pri paliativnih bolnikih, ki si sicer želijo umreti v krogu najbližjih, doma.

Obravnava najpogostejših simptomov

Na oddelku za akutno paliativno oskrbo bolnikov (OAPO) Onkološkega inštituta v Ljubljani smo iz analize dela med leti 2007–2012 ugotovili najpogostejše vzroke za sprejem na naš oddelek. Na prvem mestu je neobvladana bolečina. Vzrok za tako visok delež neobvladane bolečine med našimi sprejemi je vsekakor posledica tesnega sodelovanja s protibolečinsko ambulanto Onkološkega inštituta, ki bolnike s težko obvladljivimi bolečinami praviloma hospitalizira na OAPO. Drugi najpogostejši vzrok za sprejem je huda splošna oslabelost, sledijo dihalna stiska, zaprtje in bruhanje s slabostjo (Slika 2). Glavni vzroki za sprejem se razlikujejo glede na izvor primarnega tumorja (Slika 3). Pri RDČD je najpogostejši

Slika 2. Glavni vzroki za sprejem na OAPO na Onkološkem inštitutu Ljubljana, med letoma 2007 in 2012



razlog za sprejem neobvladljiva bolečina, sledijo huda splošna oslabelost, zaprtje in občutek težkega dihanja.

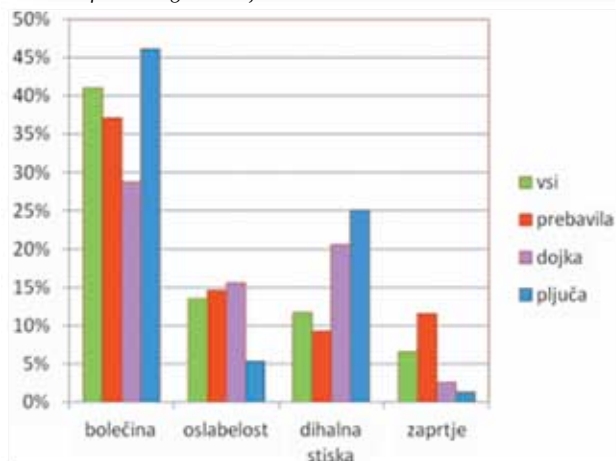
1.

BOLEČINA v paliativni oskrbi (3, 4)

Epidemiologija: Bolečina se pojavi pri 70 do 80 % bolnikov z napredovalim rakom. V 80 do 90 % bolečino lahko obvladujemo s peroralnimi, transdermalnimi in subkutanimi zdravili. V preostalih primerih oziroma v primernih z nesprejemljivimi stranskimi učinki takega zdravljenja pa bolnike usmerimo v specialistično obravnavo zdravljenja bolečine v protibolečinsko ambulanto.

Mehanizem: Mehanizem nastanka bolečine je kompleksen. Bolečinski signal nastaja na nivoju perifernih nociceptorjev zaradi draženja teh z bradikinini, prostaglandini, serotonin

Slika 3. Glavni vzroki za sprejem na OAPO na Onkološkem inštitutu Ljubljana, med letoma 2007 in 2012, glede na lokalizacijo primarnega tumorja



in drugimi substancami, ki jih sproščajo maligne, vnetne ali kostne celice (osteoklasti). Nociceptorji senzoričnih nevronov bolečinski signal prenesejo v osrednje živčevje. Primarna bolečinska vlakna vstopajo preko zadnjih rogov v hrbtenjačo, kjer se preklapljajo na sekundarna bolečinska vlakna, ki prehajajo po spinotalamični progji v možgane. V zaznavanje bolečine je vpleten tudi limbični sistem, kar povzroča spremljajoča neprijetna čustva. Bolečinska vlakna prehajajo do možganske skorje, ki je pomembna za lokalizacijo bolečine.

Zdravljenje: Osnovne smernice v zdravljenju bolečine se zadnja leta niso bistveno spreminjale (4). Osnovna načela, ki jih je ob zdravljenju bolečine treba upoštevati, so:

1. Odmerek dolgo delujočega opioida naj bo ustrezno titriran.

Bolečina se z napredovanjem boleznih praviloma povečuje. Odmerek dolgo delujočega opioida je potrebno zato večkrat oceniti z analogno skalo in titrirati ustrezen višji odmerek 24-urnega opioida.

2. Prebijajoča bolečina.

Vsaj 2/3 bolnikov s kronično bolečino doživlja tudi prebijajočo bolečino, zato moramo bolniku vedno, poleg dolgo delujočega opioida, predpisati tudi kratko delujoči opioid (običajno 1/6 24-urnega odmerka) za uporabo po potrebi v primeru prebijajoče bolečine.

3. Dodatna zdravila.

Potrebno je opredeliti mehanizem nastanka bolečine, na podlagi česar se odločimo za ustrezna dodatna zdravljenja bolečine (npr. kostna bolečina - bisfosfonati, neuropatska bolečina - antidepresivi ali antiepileptiki ...).

4. Stranski učinki.

Bolnikom moramo že ob pričetku zdravljenja z opioidi predstaviti možne stranske učinke. Le tako bo možno pravočasno ukrepanje.

ZAPRTJE: redna uporaba preparatov sene ali bisakodila
SLABOST: toleranca se običajno pojavi v nekaj dneh (haloperidol 0,5 - 1 mg po/4 - 6 h, staza v želodcu: metoklopramid 10 - 20 mg/6 h).

SEDACIJA: toleranca se običajno pojavi v nekaj dneh (lahko tudi šele po 10 dneh), pomembno je poučevanje bolnikov!

ZMEDENOST, DELIRIJ: poišči druge možne vzroke, če ni drugih vzrokov, zdravi s haloperidolom 0,5 - 1 mg/12 h, ali 1 - 2 mg pred spanjem.

5. Rotacija opioidov.

Kadar z izbranim opioidom ne dosežemo želene analgezije ali pa povzroča neželene stranske učinke, lahko uporabimo rotacijo opioidov. Ob rotaciji praviloma znižamo odmerke za 25 - 50 %.

Novosti in poudarki iz zadnjih mednarodnih priporočil o uporabi opioidov (3):

1. Opioid prve izbire

Kot zdravilo prvega izbora lahko za zdravljenje močne bolečine uporabimo morfij, oksikodon ali hidromorfon.

2. Transdermalni opioidi

Transdermalni fentanil in buprenorfin sta glede učinkovitosti primerljiva z morfijem, vendar potrebujeta predhodno ustrezno titracijo s kratko delujočim opioidom. Transdermalne obliže naj bi predpisovali predvsem bolnikom, pri katerih p. o. terapija ni optimalna (težave s požiranjem, stranski učinki). Nekatere študije omenjajo ob uporabi transdermalnih opioidov manj zaprtja.

3. Zdravljenja prebijajoče bolečine

Prebijajočo bolečino zdravimo s kratko delujočimi opioidi, z različnimi potmi vnosa: po, bukalno, intranazalno. V Sloveniji imamo trenutno na voljo tablete per os. in bukalno uporabo, v kratkem pa bo na voljo tudi intranazalni sprej.

4. Zdravljenje zaprtja zaradi opioidov - metilnaltreksonijev bromid s. c.

Metilnaltreksonijev bromid je kvarterni amin in ne prehaja krvno-možganske pregrade. Kot selektiven antagonist mu-receptorjev deluje na periferne opioidne receptorje in s tem zmanjšuje zaprtost, do katere je prišlo zaradi opioidov, ne zmanjšuje pa centralnega protibolečinskega učinka.

5. Kombinirano zdravljenje bolečine in zaprtja v obliki tablete - oksikodon + naloxon

Oksikodon je močni opioid, inhibitor mu receptorjev. Naloxon je opioidni antagonist in se veže na mu-receptorje, močnejše od oksikodona. Ob p. o. uporabi kombinacije oksikodon + naloxon zadnji nima sistemskega učinka, ima pa lokalno vpliv na črevesje in preprečuje zaprtje zaradi oksikodona.

Za natančnejša priporočila glede zdravljenja bolečine priporočamo branje slovenskih in mednarodnih priporočil (3, 4).

Uporaba analgetikov ob jetrni insuficienci (5)

Pri bolnikih z RDČD se pogosto srečujemo z metastazami v jetrih in posledično jetrno odpovedjo. Pri uporabi analgetikov ob jetrni insuficienci svetujemo previdnost oziroma prilagajanje odmerkov (Tabela 1).

SPLOŠNA OSLAELOST v paliativni oskrbi (6)

Splošna oslabelost je subjektivni občutek pomanjkanja moči in utrujenosti (fizične in psihične). Ocenjujemo jo lahko tako kot bolečino po VAS-skali, od 0 do 10. Je simptom, ki je pogosto spregledan.

Epidemiologija: Splošna utrujenost katerekoli stopnje je prisotna pri 80 % bolnikih z rakom, v 99 % pri bolnikih po radio- ali kemoterapiji.

Mehanizem: Razvoj simptoma splošne oslabelosti je multifaktorski in še ni dokončno razjasnjen. V mehanizem nastanka splošne oslabelosti pri bolniku z napredovalim rakom se

Tabela 1. Uporaba analgetikov pri jetrni insuficienci

OPIOID	PRIPOROČILA IN OPOZORILA	
dihidrokodein	NE UPORABLJAJ	
tramadol	UPORABA LE, ČE NI DRUGE IZBIRE	Dozo znižujemo ali povečujemo interval.
morfin	POTREBNA PREVIDNOST	Dozo znižujemo ali povečujemo interval.
oksikodon	POTREBNA PREVIDNOST	Dozo znižujemo ali povečujemo interval.
hidromorfon	POTREBNA PREVIDNOST	Dozo znižujemo ali povečujemo interval.
fentanil TDS	RELATIVNO VAREN, vendar vseeno potrebna previdnost.	Relativno varen pri hepatorenalnem sindromu.
buprenorfin TDS	POTREBNA PREVIDNOST	Relativno varen pri hepatorenalnem sindromu.
metadon	UPORABLJAJO naj ga le izkušeni.	Možnost akumulacije

prepletajo vplivi kroničnega vnetnega stanja, disregulacija sistema hipotamus – hipofiza - nadledvičnica, spremenjen metabolizem serotonina, pomanjkanje vnosa hranil (zaradi inapetence), anemija in metabolne motnje (hipotireoza, hipogonadizem, elektrolitske motnje).

Zdravljenje: Kadar gre za **sekundarne oblike splošne osla-**

belosti (anemija, elektrolitske motnje) jih zdravimo vzročno (npr. anemija – transfuzija, akutna okužba – antibiotik, vročina – antipiretik, dehidracija – rehidracija, motnje elektrolitov – nadomeščanje, bisfosfonati, depresija – antidepresanti).

Zdravljenje **primarne oblike splošne oslabelosti** delimo na farmakološko in nefarmakološko. Nefarmakološki ukrepi so: redna aerobna fizična aktivnost, prilagoditev dnevnih fizičnih obremenitev in ustrezna prehrana. Med farmakološkimi ukrepi med dokazane, vsaj delno učinkovite pri bolnikih z rakom, spada uporaba stimulantov, kot je metilfenidat (pri nas ima omejitve predpisovanja). Zdravljenje z anti-inflamatornimi zdravili in anti-citokini je še v fazi raziskovanja, zaenkrat brez trdnih dokazov za učinkovitost.

Hudo splošno oslabelost pri bolnikih z aktivno rakavo boleznijo s številnimi simptomi in s predvidenim kratkim preživetjem lahko deloma izboljšamo z uporabo kortikosteroidov (vpliv na apetit in splošno počutje). Učinek je običajno prehodan, 1 do 2 tedna. Doze, ki jih običajno uporabljamo v ta namen, so med 8 do 32 mg metilprednizolona na dan.

Občutek TEŽKEGA DIHANJA v paliativni oskrbi (7)

Občutek težkega dihanja (dispnea) je subjektivni občutek oteženega dihanja.

Epidemiologija: V različnih študijah opisujejo zelo različno incidenco občutka težkega dihanja med bolniki v paliativni oskrbi, sega pa vse do 78 % in je pogostejši pri bolnikih s pljučnim rakom v primerjavi z drugimi (Slika 3).

Mehanizem: Občutek težkega dihanja bolnik zaznava v senzoričnem korteksu, kjer se združujejo signali iz motorničnega korteksa ob povečanem delu respiratornih mišic, signali kemoreceptorjev ob povišanem arterijskem CO₂ in zaznavanju iritantov v dihalnih poteh ter signali iz receptorjev za nateg v pljučih (zaradi neujemanja eferentnih signalov

Tabela 2. Zdravila za zdravljenje občutka težkega dihanja

Zdravilo/ukrepi	Indikacija	Običajni odmerek
SISTEMSKI OPIOIDI	Najbolj preučevano sredstvo za lajšanje težkega dihanja, delujejo centralno in periferno.	Opiodno naivni: začetni odmerek 2 - 5 mg/4 h, ki ga titriramo do učinka + pp na opioidih: 25 % doza pp
ANKSIOLITIKI	Strah, panika	lorazepam 1 - 2,5 mg sl, midazolam 2,5 mg sc – titracija
KORTIKOSTEROIDI	KOPB, obstrukcija dihalnih poti, pneumonitis, intersticijske pljučne bolezni, sindrom zgornje vene kave.	deksametazon 8 - 16mg/d
KISIK	Le pri hipoksičnih bolnikih ob predhodni oceni učinka	glede na potrebe, pozor pri KOPB!
BRONHODILATORJI	KOPB, obstrukcija dihalnih poti	kot vpihi ali inhalacije
DIURETIKI	Srčno popuščanje	npr. furesemid 20 – 40 mg/d
INHALACIJE z 0,9 % NaCl	Gost sekret	5 ml/inhalacijo
ENDOSKOPSKI POSEGI	Obstrukcija dihalnih poti zaradi tumorja	
PLEVRALNA PUNKCIJA	Plevralni izliv	
PALIATIVNA SEDACIJA	Kadar kljub vsem ustreznim ukrepom ostane dispnea neobladljiva.	Neopiodi, npr. midazolam - potrebna ustrezna titracija.

Tabela 3. Konzervativno zdravljenje maligne zapore črevesa

BOLEČINE	s. c., transdermalno
SLABOST / BRUHANJE	metoklopramid 10 – 30 mg/max. 6 h (le ob delni zapori) haloperidol 1 – 4 mg/d sc (iv)
SEKRECIJA	butylscopolamin = hioscinijev butilbromid (Buscopan®) 20 mg/max. 6 h sc ali 60 – 80 mg v 24h-infuziji analogi somatostatina (octreotid) 0,2 - 0,9 mg/ (v dveh ali treh odmerkih) ali 0,3 - 1,2 mg v 24h-infuziji
EDEM ČREVEESA	kortikosteroidi (deksametazon 16 mg/d sc (iv))
SPLOŠNI UKREPI	Če bolnik želi, lahko tekočina in hrana (pasirana, tekoča), ledene kocke, intenzivna ustna nega.
NAZOGASTRIČNA SONDA	Primerna le v posameznih primerih, kot prehodno lajšanje hudega bruhanja.
HIDRACIJA*	0 – 1.500 ml (± glukoza, ± potrebni elektroliti) sc ali iv (hipodermokliza max 80 ml/h)
(izpraznilna) PEG	Ob bruhanju z velikimi volumni
parenteralna prehrana	Primerna zgolj v primerih, ko je predvideno dolgo preživetje

* Količino prilagajamo glede na klinično sliko (edemi, izlivi ...).

dihalnimi mišicam z aferentnimi signali mehanoreceptorjev).

Pri bolnikih s pljučnim rakom gre najpogosteje v osnovi za pulmonalno insuficienco (metastaze, plevralni izliv, obstrukcija dihalnih poti), lahko pa se občutek težkega dihanja pojavi tudi zaradi kardiovaskularnih vzrokov (srčno popuščanje), anemije, kaheksije ... Napadi težkega dihanja so pogosto povezani tudi z anksioznostjo in strahom.

Zdravljenje: O načinu zdravljenja se odločamo glede na vzrok nastanka težkega dihanja. Ob **reverzibilnih vzrokih** zdravimo vzročno, npr. izpraznilna punkcija plevralnega izliva, stentiranje bronha ob preraščanju tumorja, rekompensacija ob srčnem popuščanju ...

Ob **ireverzibilnih vzrokih** težkega dihanja ukrepamo simptomatsko, s farmakološkimi in nefarmakološkimi ukrepi. Med **nefarmakološke ukrepe** spadajo: prilagoditev fizičnih obremenitev (uporaba pripomočkov ob kopanju, uporaba invalidskega vozička), pri ležečih bolnikih sprememba položaja (dvig vzglavja, sedeči položaj), povečanje pretoka zraka (odprtje okna, vrat, ventilator), tehnike sproščanja, vlaženje zraka (zlasti pri bolnikih z motečim kašljem), splošni ukrepi (omejimo število oseb v bolnikovi sobi, zmanjšamo temperaturo v prostoru, bolnik naj ima prost pogled na okolico, poučimo in podpiramo svojce). Pri bolnikih s KOPB je dokazano učinkovita tudi respiratorna fizioterapija.

Farmakološki ukrepi so prikazani v tabeli 2.

ZAPORA ČREVEESA v paliativni oskrbi (8)

Mehanizem: Vzrok za zaporo črevesa je lahko maligna obstrukcija (intraluminalna, intramuralna ali ekstramuralna), motena peristaltika črevesja (ob infiltraciji mezenterija, celiakalnega ali enteričnega pleksusa) ali zastoj/impaktacija blata (običajno zaradi zdravil - npr. opioidi).

Fiziološka reakcija telesa na obstrukcijo je povečana sekrecija v želodcu, žolčevodih, trebušni slinavki, črevesju, poveča se sproščanje VIP in prostaglandinov ter zmanjša reabsorpcije natrija in vode. To dogajanje vodi v povečano aktivnost peristaltike, v hiperemijo in edem črevesne stene. V črevesju se nabirajo velike količine tekočine, zaradi česar pride do dilatacije črevesja in posledičnega obilnega bruhanja.

Klinična slika: odvisna je glede na višino obstrukcije. Glavni simptomi so slabost, bruhanje, zaprtje in bolečine v trebuhu.

Diagnostične preiskave: Najboljša preiskava za izključitev zapore črevesa je CT trebuha, vendar se praviloma sprva poslužujemo rentgenskega slikanja trebuha, ki z veliko zanesljivostjo lahko potrdi zaporo črevesja zaradi obilice blata ob obstipaciji. Rentgensko slikanje trebuha sicer tudi v 50 % ne pokaže znakov obstrukcije črevesa, tudi kadar to dejansko obstaja.

Zdravljenje zaprtja zaradi opioidov

Zaprtje zaradi opioidov se pojavlja pri 90 % bolnikov, ki prejmejo ta zdravila. Težave z zaprtjem lahko bistveno ublažimo s pravočasnim preventivnim poučevanjem in nasveti bolnikom ob pričetku zdravljenja z opioidi. Bolnikom svetujemo primerno hidracijo in kolikor je mogoče tudi gibanje. Bolnikom, ki so nepokretni, odsvetujemo volumska odvajala (laktuloza). Svetujemo zlasti odvajala preparatov sene in bisakodila. Cilj ukrepov je odvajanje blata na 2 do 3 dni. Kadar s peroralnimi pripravki (čaj, sirup, tablete) ne dosežemo želenih ciljev, bolnik potrebuje dodatno preparate v obliki svečk ali različno intenzivne klizme (10). Kadar je izključeno, da gre za maligno zaporo črevesja (ileus) in gre zanesljivo za zaprtje ob opioidih, svetujemo tudi uporabo metilnatreksonijevega bromida v obliki subkutane injekcije.

Zdravljenje zaprtja zaradi maligne obstrukcije

Maligna obstrukcija črevesja se pojavlja v 5 do 15 % vseh napredovalih rakov, pri RDČD v 5 do 24 %. Zdravljenje je lahko operativno ali konzervativno. Odločitev, katero zdravljenje je za bolnika v paliativni oskrbi primernejše, je zahtevno in potrebuje natančno oceno bolnikovega splošnega stanja, trenutno stanje maligne bolezni ter njeno razširjenost in ne nazadnje tudi bolnikov pristanek. Glavni cilj zdravljenja v paliativni oskrbi mora biti ohranjanje kakovosti življenja.

Kazalci, ki govorijo v prid **operativnem posegu**, so dobra splošna kondicija bolnika brez spremljajočih obolenj, maligna bolezen v mirovanju oziroma počasi napredujoča maligna bolezen, pričakovano preživetje več kot 6 mesecev oziroma benigni vzrok obstrukcije. Kontraindikacije za operativno zdravljenje so prisotnost karcinomatose (ascites), obsežna bolezen («bulky» disease), slab prehranski status in nizke

vrednosti albuminov. Omenjene kontraindikacije so bile v več študijah povezane s slabšim postoperativnim izhodom, večjo umrljivostjo in krajšim preživetjem.

Cilji **konzervativnega zdravljenja** so ureditev bolečine in zmanjšanje frekvence bruhanja na stopnjo, ko je možen odpust v domačo oskrbo. Ukrepi so usmerjeni na obvladovanje posameznega simptoma (Tabela 3).

OBDOBJE AKTIVNEGA UMIRANJA (9)

V zadnjih tednih življenja je pri bolniku prisotna povečana utrujenost, zmanjšan apetit in vnos tekočin. Vedno bolj je izražena nevrološka disfunkcija, ki se v času aktivnega umiranja (zadnji dnevi življenja) kaže kot zožena zavest in zmanjšana sposobnost komunikacije z okolico. Bolnik ne more več zapreti oči, dihanje in požiranje sta dodatno otežena. Pojavijo se sfinkterske motnje, pretok krvi je upočasnen (okončine so hladnejše), v 40 % se pojavi obsmrtni nemir, v 60 % terminalno hropenje (8).

To je obdobje, ko sta običajno prisotna vsaj dva od štirih znakov bližajoče se smrti (povzeto po Liverpoolski klinični poti):

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

Če nismo že prej, je to čas, ko bolniku ukinemo vse nepotrebne in škodljive preiskave (vse krvne preiskave, vključno z merjenjem krvnega sladkorja, rentgenske preiskave, merjenje vitalnih funkcij ...) in zdravila, kot so antibiotiki, antidepresivi, odvajala, antiaritmiki, antikoagulanti in vitamini. V tem obdobju parenteralna prehrana bolniku škoduje in ga nepotrebno obremenjuje. Prav tako je potreben temeljit razmislek in odkrit pogovor z bolnikom oziroma s svojci o smiselnosti dodatne hidracije.

Temeljna zdravila za urejanje simptomov v tem obdobju so (10):

- morfin,
- haloperidol,
- midazolam,
- hioscin butilbromid,
- deksametazon.

Bolnik v tem obdobju običajno ne more več uživati zdravil per os., temveč potrebuje alternativne poti vnosa. Pripočena pot vnosa je subkutano, transdermalno in rektalno. Parenteralni vnos zdravil naj bi bil primeren le v izjemnih primerih, kadar subkutan vnos ni možen. Glavni cilj tega obdobja je maksimalna možna skrb za udobje. Skrbimo za redno ustno nego in za pravočasno prepoznavanje simptomov, ki jih ustrezno blažimo.

Naša pozornost v tem obdobju pa naj ne bi bila osredotočena zgolj na bolnika, temveč je potrebno nakloniti več časa tudi bolnikovim bližnjim, v smislu odkritega pogovora, pravih informacij in čustvene podpore.

Zaključek

Temeljna naloga paliativne oskrbe je vzdrževanje čim kakovostnejšega življenja neozdravljivo bolnega. Obravnava bolnika je celostna. Poleg obvladovanja telesnih simptomov je pomembna tudi obravnava psihičnih, socialnih in duhovnih težav. Paliativna oskrba je neprekinjena obravnava bolnika in njegovih bližnjih med postopnim napredovanjem boleznih, umiranjem ter tudi po smrti v obdobju žalovanja. Delimo jo na zgodnjo in pozno obdobje. Za ustrezno zdravljenje je pomembno prepoznavanje kliničnih in laboratorijskih znakov, ki pomagajo pri oceni predvidenega preživetja. Potrebno je tudi pravočasno prepoznavanje kliničnih znakov aktivnega umiranja, ki omogoča ustrezno obravnavo umirajočega bolnika in njegovih bližnjih.

Literatura

1. Radbruch L, Payne S. EAPC white paper on standards and norms for hospice and palliative care in europe. *EJPC*, 2009; 16(6).
2. Rak v Sloveniji 2008. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in Register raka, Register raka Republike Slovenije, 2011.
3. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N et al. European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC); European Association for Palliative Care (EAPC) Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*. 2012 Feb; 13(2): e58-68.
4. Lahajnar SČ, Krčevski NS, Stepanovič A, Čufer T. Usmeritve za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. *Zdravniški vestnik, Letn. 77, št. 1 (jan. 2008), str. 7-12.*
5. Bosilkovska M, Walder B, Besson M, Daali Y, Desmeules J. Analgesics in patients with hepatic impairment: pharmacology and clinical implications. *Drugs*. 2012 Aug 20; 72(12): 1645-69.
6. Kamal AH, Maguire JM, Wheeler JL, Currow DC, Abernethy AP. Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and therapeutic options. *J Palliat Med*. 2012 Jan; 15(1): 106-14.
7. Radbruch L, Strasser F, Elsner F, Gonçalves JF, Loge J, Kaasa S, Nauck F, Stone P; Research Steering Committee of the European Association for Palliative Care (EAPC). Fatigue in palliative care patients - an EAPC approach. *Palliat Med*. 2008 Jan; 22(1): 13-32.
8. Ripamonti CI, Easson AM, Gerdes H. Management of malignant bowel obstruction. *Eur J Cancer*. 2008 May; 44(8): 1105-15. Epub 2008 Mar 21.
9. Fallon M, Hanks G. *ABC of Palliative Care*, 2nd Edition. BMJ Books. September 2006.
10. Červek J, Simončič MG, Benedik J, Moltara ME, Gugić JK, Lahajnar SČ et al. Zdravila za uporabo v paliativni medicini (2. Izdaja). Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2012.