

KOAH'lı hastalarda Palyatif Bakım

Özet

İlerlemiş KOAH'ı olan hastalarda, akciğer kanserli hastalardan daha kötü yaşam kalitesi, daha fazla bedensel etkinlik kısıtlılığı ve daha fazla anksiyete ve depresyon vardır, ancak palyatif bakım hizmetlerine erişim enderdir. Yaşam yılı sayısından çok kaliteye vurgu ile diğer son dönem hastalıklarda, özellikle malignansilerde kullanıldığı gibi bir yaklaşım geçerlidir. Birincil bakım hekimleri palyatif bakım yaklaşımından yararlanacak olanları tanımlayarak katkıda bulunabilirler.

Fiziksel, sosyal ve manevi yük

Akciğer fonksiyonları bozuldukça KOAH yükü artar (1-4). Baskın semptomlar solunum yetmezliği ve depresyondur ancak öksürük, bitkinlik, konfüzyon, iştahsızlık ve susama sıklıkla belirtilir. Bu morbidite yaşam kalitesi ve günlük yaşam etkinliklerinde şiddetli bozulmayı gösterir. Alevlenmeler sık başvuru ve birincil bakım hizmetlerinin yüksek kullanımına neden olur. Sosyal izolasyon sıktır ve bakıcılar üzerinde yük fazladır. Yaşamı tehdit eden hastalığı olan pek çok hasta yaşamın amacını ve anlamını düşünmek için deneyimlerini canlandırır. Karşılammış manevi gereksinimlere bağlı sıkıntı anksiyete, panik atak ve programlanmamış tıbbi hizmetlerin kullanımını artırır (5).

Hastalık seyirleri

Terminal dönemin göreceli olarak netlikle tanımlandığı kanserin aksine KOAH yaşamın sonunda akut, sıklıkla herhangi birinin ölümcül olabileceği veya olmadığı şiddetli alevlenmelerle araya giren yılların sayısı giderek kötüleşen organ yetmezliği seyri gösterir (6). [Şekil 1]. Bu değişken hastalık seyri hastaları ile yakın arkadaş olan doktorlar için yaşam süresini fazla tahmin etmeye eğilimle birleştirilebilir (7). Ölüm bu nedenle hekim hastanın terminal dönemde olduğunu algılamadan, böylelikle önemli konuları vurgulama fırsatını kaçırmak ani olarak ortaya çıkar.

Palyatif bakım yaklaşımından yararlanacak kişileri tanımlama

KOAH'da prognoz zordur fakat zayıf sonuçların tanımlanmış belirteçleri vardır (8,9):

- Hastaneye başvuru: Solunum yetmezliği ile başvurudan sonra taburcu edilen hastaların sadece üçte ikisi iki yıl yaşar.
- Şiddetli hastalık: Beklenenin %30 veya daha altındaki bir FEV1; Uzun süreli oksijen tedavisi
- Depresyon, düşük yaşam kalitesi, KOAH'lı kişinin eve bağımlı olması
- Komorbidite (özellikle kalp yetmezliği)
- Düşük beden kitle indeksi

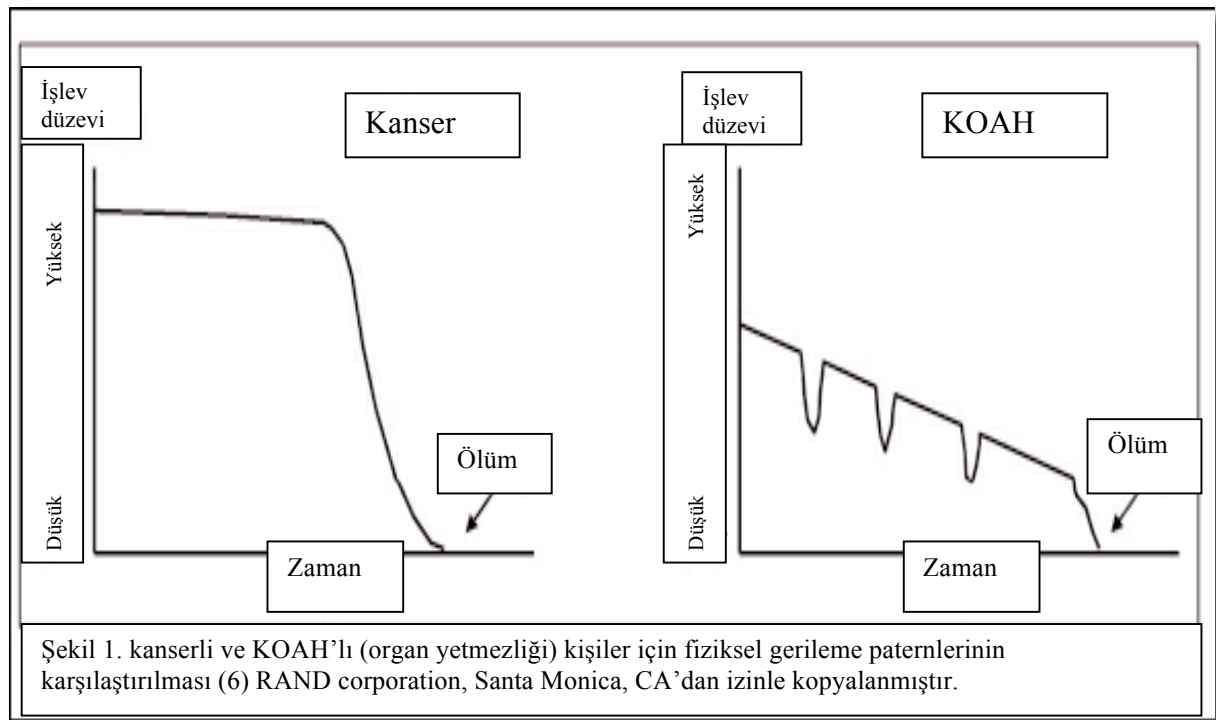
Aile Hekimleri (AH) ve hemşireler "Hastanın önümüzdeki yirmi ay içinde ölmesi beni şaşırtır mı" sorusunu düşünerek palyatif bakım yaklaşımından yararlanacak kişileri belirleyebilirler (10). İlerlemiş KOAH'ı olan hastalar için palyatif bakımın önemini farkında olmak, multidisipliner bakım sağlamayı kolaylaştırma yönüyle destekleyici ve palyatif bakım kayıt defterine dahil etmekten yararlanacak olanları tanımlamak için hekimleri yetkin kılar.

Yaşam sonu bakımı konusunda tartışma

Yaşam sonu bakımının tartışılmasının önemini kabul edilmesine rağmen pek çok hekim böyle duyarlı konular üzerinde konuşmayı zor bulur. KOAH hastalarına yaşam sonu bakımı konusunda sorulabilecek bazı yararlı sorular şunlardır:

- Eğer her şey kötüye giderse nerede bakılmak istersiniz?
- Şu anda yaşamınızda en önemli konu nedir?
- Hangi yardımları sürdürürsünüz?
- En büyük sorunuz nedir?
- Şu anda keyifli görünüyorsunuz, ama giderek moraliniz bozulacak mı?

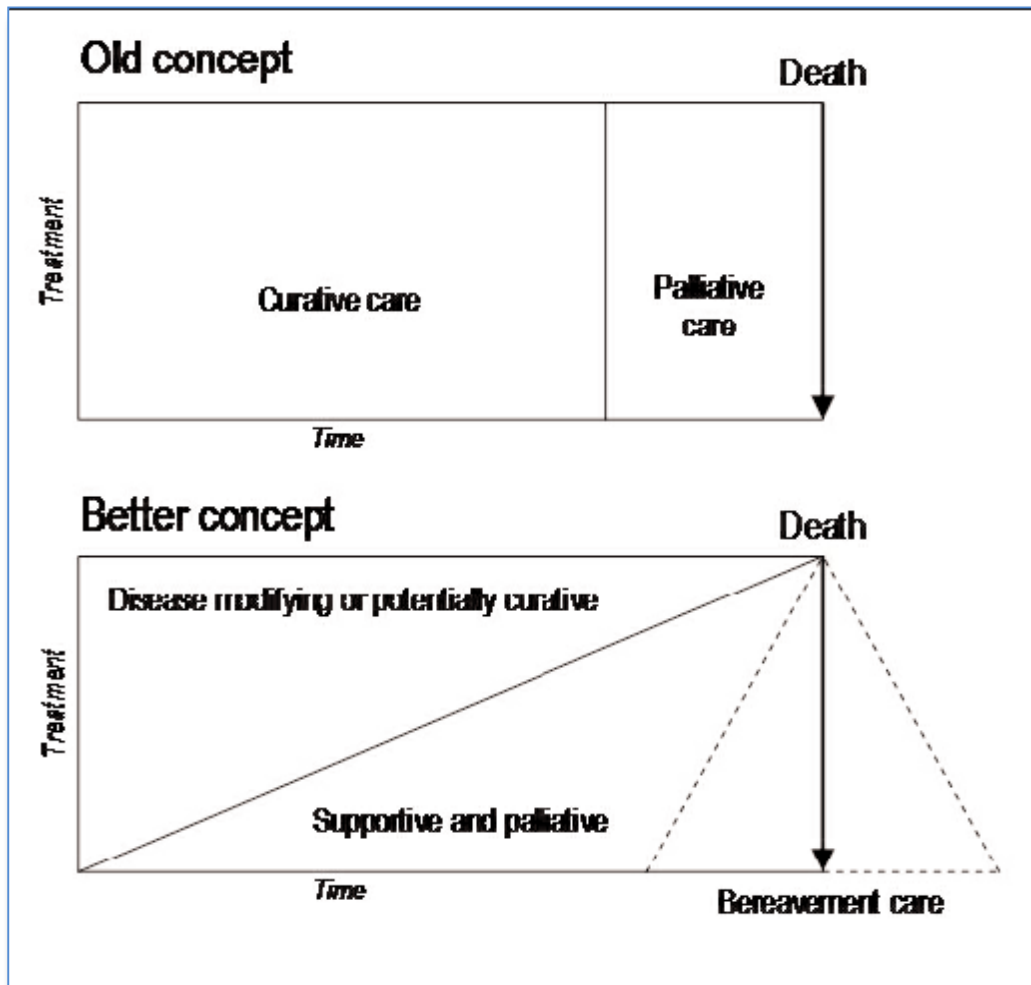
Hastalığın erken döneminde tartışmaya başlama prognozu tartışmak ve belirsiz seyri açıklamak için fırsatlara açık olma onlar için çalışmış olarak GP'ler tarafından belirlenmiş stratejiler arasındadır.



Küratiften palyatife geçişin KOAH'lı hastalar için net bir noktası olmayabileceğini kabul etmek önemlidir (şekil 2). Örneğin, semptomlarını kontrol etmek için palyatif bakım yaklaşımını benimseme kararı, bir alevlenme olayında olduğunu kabul etme kararını veya bir solunum yetmezliği epizodu için yardımla solunumu kabul etmeyi engellemelidir. Diğer hastalar bir başka hastaneye yatışı istemediklerine ve sadece evde yapılabilen tedaviyi kabul edebileceklerine karar verebilirler. Bu tercihlerin belgelenmesi ve uygun ortaklarla (ileri bakım planı tasarlama ve uygun bilgilendirme ile mesai dışı saatlerde hizmet sağlama dahil) paylaşılır.

Sıkıntı yaratan semptomların alevlenmesi

Şekil 3 KOAH için palyatif önerileri sunuyor (12). Opiatlar dispne ve öksürüğün rahatsız edici semptomlarını gidermede önemli bir role sahiptir ve uygun dozlar kullanıldığında solunumun baskılanması riski konusunda kaygı olmadığına dair kanıt vardır (13)



Şekil 2. Küratif bakımdan palyatif bakıma geçiş (6). RAND corporation, Santa Monica, CA'dan izinle kopyalanmıştır.

Şekil 3. Son dönem KOAH'lı hastalar için palyatif önerilerde bulunma

Semptom	İlaçla Tedavi	
Dispne	Opiatlar, dispneyi gidermeyi başaran dozu titre ederek kullanılır. Oksijen dispne üzerinde küçük bir etkiye sahip olabilir. Serin hava, fandan verilebilir. Bazen rahatlamayı artırır.	Başlangıç dozu; Morfin 5 mg. 4 saatlik
Öksürük	Opiatlar	Morfin 5mg.4 saatlik
Yoğun sekresyon	Antikolinergikler (ancak ağız kuruluğunun rahatsızlığından kaçınmak için bakım alma)	Schyoscine 400-600mg 4-6 saatlik
Anksiyete	Benzodiazepinler B-agonistlerin yüksek dozları anksiyeteyi ağırlaştırabilir.	Diazepam 5-10mg günlük
Konfüzyon	Oksijen hipoksiye bağlı konfüzyonu azaltabilir. Klorpromazin veya haloperidol konfüzyon ve huzursuzluk yaratabilir.	Klorpromazin 25-80mg 8 saatlik Haloperidol 1-3 mg 8 saatlik

Hastalar ve bakıcıları için fiziksel, sosyal ve manevi destek sağlama

İlerleyici hastalığı olan hastalar bilgi ve semptomların kontrolünü istemek kadar bakımın sürekliliğini de takdir ederler. Belirli bir doktor veya hemşire tarafından süreklilik idealdir ve birincil bakım ekibi içinde (mesai dışı saatler dahil) bilgi paylaşımı uygun devir formu kullanarak sağlanmalıdır. İlerlemiş hastalığı olan kişilerin bakımı için Altın Standart Çerçevesi geliştirilmiştir (14). Bu çerçeve ilerlemiş KOAH'lı kişilere uyarlanabilen, kanserli kişiler için koordine bakım sağlamada yaygın olarak kullanılan yedi anahtar görevi vurgular [Şekil 4].

Sosyal gereksinimler

Günlük yaşam etkinliklerinde zorluk yürüteçler, merdiven çıkarıcılar ve banyo yardımcılarını gibi araçların sağlanmasıyla kolaylaştırılabilir. Ev içi bakımın yarar ve desteği üzerine tavsiyelere gereksinilebilir. Sosyal izolasyon majör bir sorundur. Bir tekerlekli sandalye ve engelli park etme izni KOAH hastalarının evde kalmaya bağımlı olmalarını önleyebilir ve gündüz bakımı hasta ve bakıcının her ikisi için bir mola sağlar.

Sonuç

Birincil bakım hekimleri KOAH'lı hastalar için palyatif bakım sağlanmasında önemli bir role sahiptir. Organ yetmezlikli kişilerin yaşam sonu hastalık seyrini tanıyarak ölüm riski olan ilerlemiş hastalığa sahip hastaları tanımlamanın ilk ve temel adımlarını (yedi anahtar görev) kolaylaştırmalıdır. Amaç, daha sonra iyi bir ölümü ummak ve beklemek için bir planı olan

KOAH'lı hastaya yardım etmektir: Arzuladıkları yerde, istedikleri kişilerle ve minimal fiziksel, psikolojik ve manevi rahatsızlıkla bir ölüm.

Şekil 4. İleri KOAH'lı hastalar için önerilen uyarlamalarla kanser bakımında yaygın olarak kullanılan koordine bakım için yedi anahtar görev/standart

C1: İletişim(Communication)	:İlelemiş KOAH'lı hastaların kaydını tutmak ve ileri bakımı planlamayı tartışmak
C2: Koordinatör (co-ordinator)	:Her hasta için bir anahtar kişi belirleme
C3: Semptomların Kontrolü	:Semptomların düzenli olarak yeniden değerlendirilmesi ve tercih edilen bakım yerini tartışma
C4. Mesai dışı süreklilik	:Mesai saatleri dışında hizmetin uygun bilgisini sağlama
C5: Sürekli öğrenme	:Uygulama ekibinin gelişen gereksinimlerinin karşılanmasını sağlama.
C6: Bakıcı desteği	:Bakıcılar için uygulanabilir, duygusal ve yüreklendirici desteğin hazır olmasını sağlama.
C7 Ölüm evresinde bakım	:Yaşam sonu tercihlerini tartışın ve belgeleyin

Referanslar

1. Skilbeck J, Mott L, Page H, Smith D, Hjelmeland- Ahmedzi S, Clark D. Palliative care in COPD: a needs assessment. *Palliative Med* 1998;**12**: 245-54.
2. Lynn J, Ely EW, Zhong Z, McNiff KL, Dawson NV, Connors A, et al. Living and dying with chronic obstructive pulmonary disease. *J Am Geriatrics Soc* 2000;**48**:S91-S100.
3. Elkington H, White P, Addington-Hall J, Higgs R, Pettinari C. The last year of life of COPD: a qualitative study of symptoms and services. *Respir Med* 2004; **98**:439-445.
4. Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax* 2000; **55**:1000-1006.
5. Grant E, Murray SA, Kendall M, Boyd K, Tilley S, Ryan D. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and non-malignant disease. A qualitative study. *Pall Supp Care* 2004;**2**:371-8
6. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age. 2003 RAND Santa Monica.
7. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctor's prognosis in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ* 2000;**320**:469-472.
8. Almagro P, Calbo E, de Echagüen AO, Quintana BBS, Heredia JL Garau J. Mortality After Hospitalization for COPD. *Chest* 2002;**121**:1441-8.
9. Connors AF, Dawson NV, Thomas C, Harrell F, Desbiens N, Fulkerson WJ, et al. Outcomes following acute exacerbation of chronic obstructive lung disease. The SUPPORT investigators. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;**154**: 959-967.
10. Murray SA, Boyd K, Sheikh A. Palliative care in chronic illness. We need to move from prognostic paralysis to active total care. *BMJ* 2005; **330**: 611-612.
11. Halliwell J, Mulcahy P, Buetow S, Bray Y, Coster G, Osman L. GP discussion of prognosis with patients with severe chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2004;**54**:904-908.

12. Joint Formulary Committee. Prescribing in palliative care. British National Formulary. 51 ed. London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain: 2006. available from <http://www.bnf.org>
13. Jennings AL, Davies AN, Higgins JPT, Broadley K. Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD002066. DOI: 10.1002/14651858.CD002066.
14. NHS End-of-Life Care programme. The Gold Standards Framework. A programme for community palliative care. Available from <http://www.goldstandardsframework.nhs.uk>

Hazırlanma tarihi: Eylül 2006

Yazarlar: Dr Hilary Pinnock, Dr Scott Murray, Professor Aziz Sheikh Division of Community Health Sciences, University of Edinburgh

Editor: Dr Paul Stephenson, General Practice Airways Group

Websites: <http://www.gpiag.org>, <http://www.thepcrj.com>

This series of opinion sheets has been sponsored by educational grants from Merck Sharpe and Dohme Limited, Novartis Pharmaceuticals Limited, AstraZeneca UK Limited. The sponsors have not reviewed the content of the series and the views expressed are not necessarily those of the sponsors

The views expressed in this publication are not necessarily those of the General Practice Airways Group (GPIAG). ©GPIAG. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted, in any form or by any means, without the prior permission of the GPIAG. The GPIAG is a registered charity (Charity Number: 1098117) and a company limited by guarantee (Company number 4298947).

Registered Offices: 2 Wellington Place, Leeds, LS1 4AP

Address for Correspondence: GPIAG, Smithy House, Waterbeck, Lockerbie, DG11 3EY, UK

Telephone: +44 (0)1461 600639 Facsimile: +44 (0)1461 207819 Email: info@gpiag.org