

PALLIATÍV ESETGYŰJTEMÉNY

Dr. Csikós Ágnes

SZÉCHENYI 



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

© Dr. Csikós Ágnes – 2022

A tankönyv az EFOP-3.4.3-16-2016-00005 Korszerű egyetem a modern városban:
Értékközpontúság, nyitottság és befogadó szemlélet egy 21. századi felsőoktatási modellben
pályázat támogatásával készült.

Lektorálta: Dr. Csikós Ágnes

ISBN: 978-963-626-012-5

Kiadja: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Pécs, 2022.

Szerzők

Dr. Almási Róbert Gyula

aneszteziológus, intenzív terápiás szakorvos

Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar
Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet,
Fájdalomterápiás Tanszék, Pécs

Dr. Beöthe Tamás

urológus, klinikai onkológus
Péterfy Kórház-rendelőintézet és Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézet
Urológiai Osztály, Budapest

Busa Csilla

szociológus
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Alapellátási Intézet
Hospice-Palliatív Tanszék, Pécs

Dr. Csikós Ágnes

palliatív orvos, házi orvos
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Alapellátási Intézet
Hospice-Palliatív Tanszék, Pécs

Dr. Frank Nóra

házi orvos, geriáter, palliatív orvos
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Alapellátási Intézet
Hospice-Palliatív Tanszék, Pécs

Dr. Hegedűs Katalin

családterapeuta, hospice- és gyásztanácsadó
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Magatartástudományi Intézet, Budapest

Dr. Herendi Eszter Adrienne

klinikai onkológus, belgyógyász, házi orvos, geriáter, palliatív orvos
Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ
Onkoterápiás Intézet, Pécs

Dr. Kajtárné dr. Papp Emőke

szakorvos
Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ
Onkoterápiás Intézet, Pécs

Dr. Kullmann Tamás

belgyógyász, klinikai onkológus
Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház
Onkoradiológiai Osztály, Győr

Dr. Lengyel Zsuzsanna

bőrgyógyász, klinikai onkológus
Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ
Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs

Lukács Miklós

okleveles ápoló, hospice szakápoló és koordinátor
Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Pécs

Dr. Muszbek Katalin

pszichiáter

Magyar Hospice Alapítvány, Budapest

Dr. Pálfiné Dr. Kegye Adrienne

sugárterápiás szakorvos,

pszichoterapeuta, palliatív orvos

Semmelweis Egyetem

Magatartástudományi Intézet,

Budapest

Dr. Pikó Béla

palliatív orvos, sugárterápiás szakorvos

Békés Megyei Központi Kórház, Gyula

Dr. Pozsgai Éva

házi orvos

Pécsi Tudományegyetem Általános

Orvostudományi Kar Orvosi

Népegészségtani Intézet, Pécs

Dr. Rózsavölgyi Zoltán

tüdőgyógyász, kardiológus

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház

Pulmonológia Osztály, Szombathely

Dr. Ruzsa Ágnes

klinikai onkológus, belgyógyász

Szent Margit Kórház Klinikai Onkológia

Osztály, Budapest

Dr. Simkó Csaba

belgyógyász, palliatív orvos

Erzsébet Hospice Otthon és

Alapítvány

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei

Központi Kórház és Egyetemi Oktató

Kórház (BKEOK), Miskolc

Dr. Szigeti Nóra

belgyógyász, gasztroenterológus,

hypertoniológus, palliatív orvos

Pécsi Tudományegyetem Klinikai

Központ

II.sz. Belgyógyászati és Nefrológiai,

Diabetológiai Centrum, Pécs

Dr. Takács Katalin Gyöngyi

geriáter, palliatív orvos

Szent Lukács Kórház

Krónikus Belgyógyászati Osztály,

Dombóvár

Dr. Tóth Krisztina

tüdőgyógyász, allergológus, klinikai

onkológus, palliatív orvos

Országos Korányi Pulmonológiai

Intézet, Budapest

Dr. Zana Ágnes

klinikai pszichológia doktora,

családterapeuta, kognitív

viselkedésterápiás konzultáns

Semmelweis Egyetem

Általános Orvostudományi Kar

Magatartástudományi Intézet,

Budapest

Dr. Zeller Judit

jogász, pszichológus

Pécsi Tudományegyetem

Állam és Jogtudományi Kar

Alkotmányjogi Tanszék, Pécs

TARTALOMJEGYZÉK

ELŐSZÓ	7
SZÖVŐDMÉNYES URÉTERELZÁRÓDÁS ÁTMENETI ÉS VÉGLEGES MEGOLDÁSA	9
INKONTINENCIA TÜNETÉVEL JELENTKEZŐ TÚLFOLYÁSOS VIZELETRETENCIÓ KÖVETKEZMÉNYEI	14
IDŐS NŐBETEG HIRTELEN JELENTKEZŐ KÍNZÓ VISZKETÉSSSEL	18
BORDAFÁJDALOM.....	23
ENNI VAGY NEM ENNI ... - A HÁNYINGER-HÁNYÁS DIFFERENCIÁLDIAGNÓZISA ÉS GYÓGYSZERES KEZELÉSE A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN	27
AUTÓVEZETÉS ÉS AZ ERŐS OPIOIDOK HASZNÁLATA	37
HOSPICE ELLÁTÁS – A BETEG OTTHONMARADÁSÁNAK LEHETŐSÉGE	44
FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS 400 µg/h FENTANYLON TÚL	50
ÁTTÉTEKET ADÓ VESE TUMOR MIATTI FÁJDALMAK CSILLAPÍTÁSA - MAGAS DÓZISÚ FENTANYL TAPASZ KONVERZIÓJA EPIDURALIS ANALGÉZIÁBA	54
FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS - LANCINÁLÓ FÁJDALOM TÜNETEINEK KEZELÉSE	61
NEM CSAK FELFELE KELL TITRÁLNI.....	64
INTROVERTÁLT BETEG FÁJDALOMCSILLAPÍTÁSA.....	69
INVAZÍV BEAVATKOZÁS MÉRLEGELÉSE PALLIATÍV KEZELÉS SORÁN	72
SEBELLÁTÁS FONTOSSÁGA TUMOROS SEBBEL ÉLŐ BETEG OTTHONI ELLÁTÁSA SORÁN .	76
SZUBKUTÁN INFÚZIÓS PUMPA ALKALMAZÁSA AZ OTTHONI HOSPICE-PALLIATÍV ELLÁTÁS SORÁN.....	80
SÚLYOS, VÉGSTÁDIUMÚ COPD LÉGZÉSI ELÉGTELENSÉGGEL.....	85
SÚLYOS COPD TÜDŐDAGANAT GYANÚJÁVAL	89
TÁPLÁLÁSTERÁPIA A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN EGY ESET KAPCSÁN	93
HYPERCALCAEMIA.....	97
A MEGFELELŐ TÁPLÁLKOZÁS FONTOSSÁGA - HITEK /TÉVHITEK	101
VANNAK SEBEK, MELYEK BEGYÓGYÍTHATATLANOK... - TUMOROS SEBEK ELLÁTÁSA A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN	106
ÉLETVÉGI HIDRÁLÁS GYAKORLATI ÉS ETIKAI SZEMPONTJAI	111

SZTEROIDTERÁPIA JELENTŐSÉGE INOPERÁBILIS GASZTROINTESZTINÁLIS OBSTRUKCIÓ TŰNETI TERÁPIÁJÁBAN.....	117
KOMMUNIKÁCIÓ A HOZZÁTARTOZÓKKAL: ÉRZELMI REAKCIÓK KEZELÉSE - AZ INDULATOS HOZZÁTARTOZÓ.....	122
UTOLSÓ NAPOKRA VALÓ FELKÉSZÜLÉS.....	129
TÁMOGATÁS AZ ÉLET VÉGÉN KÜLÖNBÖZŐ PSZICHÉS INTERVENCIÓK ÖTVÖZÉSÉVEL EGY BETEG KAPCSÁN	134
MENTÁLISAN RETARDÁLT BETEG OTTHONI HOSPICE ELLÁTÁSÁNAK KIHÍVÁSAI.....	140
INTÉZMÉNY VAGY OTTHON? - A DÖNTÉS DILEMMÁJA PSZICHOSZOCIÁLIS SZEMPONTBÓL	146
ÉN ELFOGADTAM, TE ALKUDOZOL	150
BETEG – CSALÁD – GYÁSZ: FEJ-NYAK DAGANATOS BETEG KOMPLEX PALLIATÍV ELLÁTÁSA	157
PALLIATÍV SZEDÁCIÓ: SZÜKSÉGLET VAGY REMÉNY?	163
KIHÍVÁSOK A KAMASZKORÚ PÁCIENSEK OTTHONI HOSPICE ELLÁTÁSÁBAN	169
KEZELÉS VISSZAUTASÍTÁSA ELŐZETESEN - CSELEKVŐKÉPTELENSÉG ESETÉRE VONATKOZÓ ELŐZETES EGÉSZSÉGÜGYI RENDELKEZÉS	176
ÉLETFENNTARTÓ BEAVATKOZÁS VISSZAUTASÍTÁSA AKTUÁLIS HELYZETBEN, KÓRHÁZI KÖRÜLMÉNYEK KÖZÖTT	181
A SPIRITUÁLIS SZENVEDÉS FELISMERÉSE ÉS ENYHÍTÉSE	186
ELŐGYÁSZBAN LEVŐ HOZZÁTARTOZÓ MENTÁLHIGIÉNÉS SEGÍTÉSE ÉS AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK KÉRDÉSE.....	190
HOGYAN KEZELJÜK A GYÁSZ TAGADÁSÁT?	194

ELŐSZÓ

A palliatív ellátás során arra törekszünk, hogy a beteg és családja számára a lehető legjobb életminőséget biztosítsuk a súlyos, terminális betegség ellenére. Ott, akkor és abban támogassuk őket, ahol, amikor és amiben a leginkább szükségük van segítségre. Történhet ez a fizikai tünetek enyhítésével, a beteg és a család pszichés támogatásával, edukációjával – a lényeg, hogy aktuális szükségleteiknek megfelelően nyújtsuk az ellátást számukra.

A palliatív ellátásban töltött évek során többször beszélgettünk közvetlen kollégáimmal arról, hogy hány olyan esettel találkoztunk már munkánk során, amelyek megoldása kihívást jelentett számunkra, amelyek elgondolkodtattak, melyekből mi is sokat tanultunk. Egyetértettünk abban, hogy jó lenne ezeket a tanulságos történeteket összegyűjteni és leírni, hogy iránymutatásként szolgálhasson a hazai palliatív szakma számára. Amikor egy eseteket bemutató könyv kiadásának lehetősége felmerült és megkerestem kollégákat a palliatív ellátás különböző területeiről, örömmel töltött el, hogy milyen szívesen vállalták történeteik megírását és megosztását.

A könyvünkben szereplő 37 eset olyan kérdéseket dolgoz fel, amelyek a palliatív-hospice ellátás során gyakran felmerülnek, kihívás elé állítva az orvost, az ellátó csapatot. Nemcsak klinikai kérdések kaptak helyet a témák között, hanem gyakorlati szempontokkal, etikai vonatkozású dilemmákkal, illetve a családdal, hozzátartozókkal történő kommunikációval foglalkozó helyzetek is.

Az esetek bemutatása követi a mindennapi gyakorlatot. Az eset leírásában megismerjük a beteg (és családja) állapotát, a klinikai adatokat, paramétereiket, az eset körülményeit, a vonatkozó esetekben fizikális vizsgálatokat, a laborértékeket és a gyógyszerelést. Ezután jön a megoldandó kérdés, probléma megfogalmazása. A megbeszélésben az elméleti háttér rövid ismertetését követően kerül sor az adott esethez kapcsolódó gyakorlati megoldások bemutatására: az eset során hogyan történt a probléma feloldása, ami szükséges volt ahhoz, hogy a beteg (és a család) életminősége javuljon vagy a beteg kívánsága megvalósuljon. Végül a legfontosabb üzenetek foglalják össze a megjegyzendő ismereteket és gyakorlati javaslatokat.

Hiszem, hogy a konkrét eseteken keresztül sokat tanulhatunk egymástól, a különböző gyakorlatokról és szakmai döntésekről. Legtöbbször nem csak egy jó megoldás van, hiszen sok múlik azon, hogy otthoni vagy intézeti ellátásról beszélünk, milyen szolgáltatók, szakemberek érhetőek el az adott területen. Sok esetben ez nem egyszerű, de a történetek megerősítettek

abban, hogy országszerte mennyi kiváló kolléga, ellátó team dolgozik azért, hogy segítse az érintett betegeket, családokat.

Köszönet illeti kiváló szerzőink precíz munkáját és együttműködését, akik eseteik megírásával hozzájárultak egy szakmailag sokrétű, igényes anyag elkészítéséhez. Köszönetet mondok Osztromok-Lukács Veronika kolléganőnek, aki könyv formai szerkesztésében, az esetek egységesítésében nyújtott segítséget.

Bízunk abban, hogy eseteink bemutatásával hozzájárulunk a palliatív-hospice ellátásban lévő betegek jobb ellátásához, szemléletet, tudást és hasznos gyakorlati ismereteket is nyújtva az olvasónak, és ily módon oktatási anyagként is támogatva a palliatív ellátók hazai képzését.

Dr. Csikós Ágnes

SZÖVŐDMÉNYES URÉTERELZÁRÓDÁS ÁTMENETI ÉS VÉGLEGES MEGOLDÁSA

DR. BEÖTHE TAMÁS

ESET LEÍRÁSA

Az urológiai szakrendelésen 43 éves, fiatal nő bal oldali intermittáló vesetáji fájdalmak miatt jelentkezik.

Urológiai anamnézisében 9 éves korában vesico-ureterális reflux miatt elvégzett Politano-Leadbetter szerinti kétoldali ureter neoimplantáció szerepel. A beavatkozás sikeres volt, utánkötése azonban még gyermekkorában megszakadt.

2 évvel jelentkezése előtt cervix neoplasma miatt sikeres Wertheim műtétet végeztek. A tervezett utókezelést akkor nem vállalta. Későbbi nőgyógyászati és képalkotó eredményei az alapbetegség kiújulására utaló jelet nem mutattak, azonban az utolsó CT vizsgálata (jelentkezése előtt 7 hónappal) bal oldali veséjében kisméretű (4 mm) kehelykővet mutatott.

Belgyógyászati betegségről nem tud, más hasi műtét anamnézisében nem szerepel. Onkológiai betegsége miatt igyekszik egészséges életmódot folytatni, általános állapota jelentkezésekor kiváló.

Rákérdezésre kiderül, hogy hetek óta állnak fenn kifejezett, erős, görcsös bal oldali vesetáji fájdalmai, melyek többnyire spontán, alkalmanként recept nélkül kapható fájdalomcsillapítók mellett szűntek. Jelentkezése előtti estén lázasnak érezte magát, testhője akkor 38,7°C. Lázás állapota nem ismétlődött, de emiatt fordult orvoshoz.

Fizikális vizsgálat során a hason a korábbi műtétek pp. gyógyult hegei látható, hasa szabad, könnyen betapintható, fájdalmat nem jelez. Jobb oldali veséje fájdalommentes, bal oldali vese ballotálásakor ill. ütögetéskor viszont kifejezett, erős érzékenységet jelez.

Még a szakrendelésen azonnali ultrahangvizsgálat történik, melynek során a bal oldali vesében nagyfokú, pyelonra és kelyhekre terjedő üregrendszeri tágulat ábrázolódik, megtartott, épnek látszó veseállomány mellett. A korábban leírt követ fellelni nem sikerült. A vizsgálat egyéb kórosat a hasi szerveken és a jobb oldali vesén nem mutatott.

Laboratóriumi vizsgálat is történt, melyből kiemelendők az emelkedett gyulladásos paraméterek, valamint a mérsékelten beszűkült vesefunkció. (Karbamid: 4.8 mmol/l, Se.Kreat: 119 umol/L, GFR: 45 ml/perc/1,73 m², WBC: 12.4 G/l, CRP: 180.1 mg/L) Érdekes, hogy a vizeletvizsgálat lényegileg kórosat nem mutat, az üldékben csak néhány fehérvérsejt figyelhető meg laphámsejtek mellett.

A szakrendelésen felállított diagnózis szerint bal oldali vizeletelfolyási zavar talaján akut pyelonephritis alakult ki.

KÉRDÉS

Milyen rövidtávú kezelés szükséges a panaszok miatt? Ezt követően hogyan tudjuk az elfolyási zavar okát feltárni, a beteg panaszait csökkenteni vagy véglegesen megoldani?

MEGBESZÉLÉS

Amennyiben a vizeletelfolyási zavar akut pyelonephritisszel szövődik, rövid időn belül súlyos, életveszélyes állapot alakulhat ki. Emiatt elengedhetetlen, hogy a lázas, vesetáji fájdalommal jelentkező beteg urológiai szakvizsgálata mielőbb megtörténjen. Ha az ultrahang vizsgálat során az érintett vesében folyadékgyülemet találunk, az azt jelenti, hogy a fertőzött vizelet képtelen a húgyutakon keresztül távozni, így az egyre nagyobb nyomású üregrendszeri folyadékból a baktériumok a véráramba kerülnek, súlyos esetben szeptikus állapotot okozva.

Ilyenkor a széles spektrumú antibiotikus kezelés nem elegendő, hanem a vizeletet a veséből a külvilágba kell vezetni, vagyis “deviálni”. Azonnali megoldásként “belső”, a hólyagot és a vesét összekötő ún. dupla-J végű stentet választhatunk (mely mellett a teljes elvezetésre minden alkalommal állandó katétert is fel kell vezetni, és legalább az akut szakban fenntartani!), vagy “külső” ún. transrenalis/percutan drain-t alkalmazhatunk, mely a vizeletet közvetlenül a külvilágba, a drain végén lévő vizeletgyűjtő zsákba vezeti. Bár mindkettő minimálinvazív, de műtéti beavatkozás. Akut gyulladás esetén mindkét beavatkozást az antibiotikum kezelés védelmében kell elvégezni.

Estünkben a korábbi ureterműtét miatt “belső” stent felhelyezése nem jött szóba. Emiatt a már megkezdett iv. 1x2g ceftriaxon antibiotikus kezelés védelmében, helyi érzéstelenítésben, UH vezérelt punkció során, képerősítővel ellenőrzve transrenalis drain került behelyezésre a bal oldali vese üregrendszerébe.

Ezt követően a beteg állapota gyorsan javult. A drain jól vezetett, lázas állapota nem ismétlődött, gyulladással laborparaméterei rendeződtek. Parenterális antibiotikus kezelését 5 nap után per os cefuroxim kezeléssel szüneteltük, és a beteget otthonába bocsájtottuk.

Fontos megjegyezni, hogy a vesegyulladás csak lassan gyógyul, ezért a betegnek még otthonában is kímélő életmódot kell folytatnia. A drain speciális kezelést nem igényel. A beteg tisztálkodhat, sőt zuhanyozhat is a behelyezett drainnel. Naponkénti sebtoalett és fedőkötéscsere javasolt, ilyenkor minden alkalommal meg kell győződni arról, hogy a rögzítő öltések jól tartanak, és nem "nőttek ki" a bőrből. Egy új kiöltés sokkal kisebb megterheléssel jár, és kevesebb szenvedést okoz a betegnek, mintha a drain-t kell ismételtelen behelyezni. A drain cseréje elegendő 8-12 hetente, de a vizelettároló tasakot kétnaponta cserélni javasolt. Fontos a bőséges folyadékfogyasztás, hogy a drainben ne alakuljon ki kövesedés, mely a vezetést akadályozza.

Drain mellett a beteg teljes életet élhet. Betegünk – részben az onkológiai betegség kiújulásától való félelme miatt – munkáját nem tudta folytatni. Családja mellett pszichológus is támogatta. Drain vezetési zavar miatt urológiai szakrendelésen is jelentkezett. A behelyezett drain cseréje vagy kórházi felvétel nem vált szükségessé. Az elfogyasztott folyadék mennyiségét a javaslatnak megfelelően megemelte, így ez a probléma nem ismétlődött.

Az elfolyási zavar okának kivizsgálása az akut szakot követően történt meg. A gyermekkorban elvégzett antireflux műtét, a korábban leírt vesekő valamint a daganatos alapbetegség recidívája egyaránt szerepelhet az okok között. A beszűkült vesefunkciók miatt – radiológus javaslatára – kismencedei MRI történt. A vizsgálat a hólyag bázisánál a bal oldalon 38 x 34 x 42 mm legnagyobb kiterjedésű, a hólyag falát infiltráló, a rectum-sigma átmenettől el nem választható, kontrasztanyagot inhomogénen halmozó, diffúziógátlást mutató térfoglaló jellegű folyamatot írt le. Ezt a korábbi cervix daganat recidívjaként valószínűsítette, mely a baloldali uretert befogta.

Onkoteam a nőgyógyász kezelőorvos bevonásával a recidíva műtéti eltávolítását javasolta. Az ureter érintettsége miatt ismételt neointerpozíció lehetősége, a bél esetleges érintettsége miatt pedig anus prae felhelyezése is felmerült. A részletes betegfelvilágosítás során a beteg ez utóbbit nem vállalta.

Nőgyógyász, sebész és urológus bevonásával elvégzett feltárás során az urétertől, hólyagtól és a rectumtól nem elválasztható recidíva került felismerésre. Mivel a beteg a bél kivezetését nem

vállalta, a recidíva eltávolítására nem került sor, és a bal oldali ureter beültetésétől is eltekintettünk.

Ismételt onkoteam kemoradioterápiát javasolt alternatívaként. Összesen 45 Gy irradiációban részesült, melyet ciszplatin kemoterápiával egészítettek ki. A kezelés során mellékhatás nem jelentkezett.

A kezeléseket két hónappal követően ismételten az urológiai szakrendelésen jelentkezett azzal, hogy a drain vezetése lecsökkent. Laborparaméterei rendezett vesefunkciót igazoltak (Karbamid: 3.1 mmol/l, Se.Kreat: 71 umol/L, Becsült GFR: >90 ml/perc/1,73 m²), így lehetővé vált CT vizsgálat elvégzése, mely a korábban leírt recidívát már nem látta, metasztázist nem mutatott, az uréteren keresztül a vizeletelfolyás helyreállt. Ezt a drainen keresztül betöltött kontrasztanyag képerősítő alatt történő követésével is igazoltuk, majd a draint – sikeres átmeneti leszorítást követően, – eltávolítottuk.

Összefoglalás: A daganat recidívája miatt kialakult uréterelzáródás, valamint a következményes panaszok haladéktalanul elvégzett vizeletdeviációt, vagyis transrenalis drain behelyezését tették szükségessé. Ezt nemcsak a potenciálisan életveszélyes pyelonephritis tette indokolttá, hanem egy esetleges későbbi kemoterápia miatt a vesefunkció visszaállítása is szükséges volt. A drain viselése számos kényelmetlenséget okozott, ugyanakkor lehetővé tette kezelését, melyet követően a páciens végül megszabadulhatott a külső elvezetéstől.

Onkológiai szempontból az agresszív alapbetegség kimenetele ugyan nem megjósolható, de a drain eltávolítását követő vizsgálatok során panaszmentes, üregrendszeri tágulat nem alakult ki, a beteg ismételten teljes életet él, munkájához visszatért.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Vizeletfolyási zavar számos ok miatt kialakulhat. Kismedencei térfoglaló folyamatokban (bármilyen eredetűek is legyenek) az elfolyási zavar megjelenése szinte törvényszerű a progresszió során.*
- 2. A vizeletfolyási zavar mellett kialakult lázas állapot (akut pyelonephritis) súlyos, életveszélyes állapotot jelent.*
- 3. Az elfolyási zavar megoldása akut, szeptikus állapot esetén azonnali, sürgős beavatkozást és kezelést kíván, mely urológiai szakfeladat.*
- 4. A sürgősségi állapot felismerése, valamint az ellátott beteg további gondozása azonban már általános ellátói feladat, mely sokszor hárul a palliatív medicinát végzőkre.*
- 5. A vizeletfolyási zavarok rövidtávú megoldására alkalmazott deviációk többnyire kényelmetlenséget jelentenek a beteg számára. Elengedhetetlen, hogy a gondozás mellett a beteget ennek eltűrésében is támogassuk, valamint – ha csak lehetséges – gyógyulást eredményező kezelést végezzünk vagy hosszútávú, kellemetlenségek nélküli alternatívákra váltsunk.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Pathan SA, et al. Delivering safe and effective analgesia for management of renal colic in the emergency department: a double-blind, multigroup, randomised controlled trial. *Lancet*. 2016; 387:1999.

Lynch MF, et al. Percutaneous nephrostomy and ureteric stent insertion for acute renal deobstruction: Consensus based guidance. *British Journal of Medical and Surgical Urology*. 2008, 1:120.

Ramsey S, et al. Evidence-based drainage of infected hydronephrosis secondary to ureteric calculi. *Journal of Endourology*. 2010; 24:185.

INKONTINENCIA TÜNETÉVEL JELENTKEZŐ TÚLFOLYÁSOS VIZELETRETENCIÓ KÖVETKEZMÉNYEI

DR. BEÖTHE TAMÁS

ESET LEÍRÁSA

Urológiai szakrendelésre 71 éves férfi leánya érkezik. Elmondása szerint édesapjánál hat hónappal ezelőtt béldaganat miatt végeztek műtétet, melyet követően állapota folyamatosan rosszabbodott. Jelenleg az ágyból gyakorlatilag nem kel fel, étvágytalan, hat hónap alatt 7 kg-ot fogyott. Gyakran zavart, ennek tulajdonítják, hogy gyakran "bevizel", illetve az utóbbi hetekben vizeletét egyáltalán nem tudja tartani. Rákérdezésre elmondja, hogy édesapja a műtétet megelőzően aktív életet élt, kezelt és beállított magasvérnyomáson kívül más betegsége nem volt. Urológián ugyanakkor még soha nem járt. Állapotromlását a daganatos betegség következményének tartják.

Elesett állapota miatt pelenkát visel, ezért leánya inkontinencia védőeszköz javaslat kiállítását kéri.

Az ellátó orvos ragaszkodik a beteg vizsgálatához, így – heves vitát követően – a hozzátartozó elfogadja, hogy ez jogszabályi előírás, és beteg édesapja beszállítását megszervezi.

Egy héttel később betegszállító segítségével érkezik a beteg a szakrendelésre. A kísérő segítségével képes felállni, és a vizsgálóágyra feküdni. A hozott onkológiai dokumentációból kiderül, hogy korai stádiumú vastagbéldaganatát a műtétet követően gyógyultnak tartják, utókezelést nem tartottak szükségesnek. Ugyanakkor a beteg tervezett onkológiai kontrollvizsgálaton nem jelent meg.

Fizikális vizsgálat során a műtéti seb pp. gyógyult, a has kissé előre domborodó, az alhasban rezisztencia tapintható. Kopogtatással a vizsgáló orvos tompulatot észlelt, véleménye szerint az észlelt terime telt hólyagnak megfelelhet. A vizsgálat során a beteg fájdalmat nem jelez, de a betapintást kellemetlennek érzi. Rectalis digitális vizsgálat során a prosztatata mirigyes tapintatú, jelentősen nagyobb (kisalmányi). Egyéb kóros eltérés, szűkület, vagy tumoros terület nem tapintható, vérzésre utaló nyom sem látható.

A vizsgáló orvos által elvégzett ultrahang során a hólyagban hatalmas mennyiségű vizeletretenció látható, a prosztata homogén echoszerkezetű, mintegy 60 mm átmérőjű, jelentős részben a hólyagba emelkedik. A vesék ellenőrzése során mindkét oldalon kifejezett üregrendszeri tágulat látható, a vese állománya mindkét oldalon szimmetrikusan kissé elkeskenyedett (9 mm).

Az elvégzett laborvizsgálat jelentősen beszűkült vesefunkció (GFR értéke 12 ml/min/1,73m²) mellett lényegi eltérést nem mutatott, a bakteriológiai vizsgálat is negatív eredményt adott.

A diagnózis teljes vizeletretenció, melynek az ún. túlfolyásos (overflow) inkontinencia csupán szövődménye.

KÉRDÉS

Mi a rövid és hosszútávú teendő vizeletretenció esetén?

MEGBESZÉLÉS

Vizeletretenció mellett elsődleges a vizelet szabad elfolyásának biztosítása, a szövődményként kialakuló overflow inkontinencia miatt inkontinencia védőeszköz felírása tilos, sőt műhiba! Az orvos jól döntött, inkontinencia esetén - mind férfiak, mind nők esetében - kötelező a betegvizsgálat; ennek elhagyásával betegünket életveszélynek tettük volna ki.

Az első vizsgálat során az ellátó orvos 18 Ch Foley állandó katétert helyezett fel, a sterilitási szabályok szigorú betartásával. A katéter felhelyezése során közel 1000 ml vizelet ürült le. A bevezetés megakadályozása miatt ez 3-400 ml-ként, a katétert 5-10 percre lefogva, több részletben került lebocsájtásra.

Poliuria lehetősége miatt a kezelőorvos osztályos felvétel mellett döntött. Végül az osztályos megfigyelés nem bizonyult szükségesnek, bár a beteg két alkalommal parenterális folyadékpótlásban is részesült, a harmadik napon otthonába bocsájtották. Állapota ekkor már lehetővé tette, hogy a család autóval szállítsa, betegszállítóra már nem volt szükség.

Továbbiakban onkológiai ellenőrzése is megtörtént - negatív eredménnyel. A vese üregrendszeri tágulata csak lassan csökkent, vesefunkciós értékei - bár továbbra is alacsonyok (GFR értéke 35 mlmin/1,73m²) - javulnak. A beteg étvágya visszatért, testúlya növekedett, segítséggel, de önállóan mozog.

Urológiai ellenőrzés során katétere nem volt eltávolítható, azonban az urológus javaslatára önálló, intermittáló, tiszta katéterezést elsajátította, ezt azóta önállóan végzi. PSA értéke (4,8 ng/ml, szabad PSA aránya 24%) és a jóindulatú prosztata megnagyobbodásra jellemző tapintási lelet alapján prosztatadaganat gyanúja nem merült fel a panaszok háttérében.

A beteg ismét aktív életet él, általános állapota műtéti megoldás lehetőségét sem zárja ki, mellyel az intermittáló katéterezés is megszüntethető.

A beteg daganatos betegségét meggyógyították, azonban vizsgálatok nélkül akár az életét is követelhetné volna egy jóindulatú megbetegedés.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Az inkontinencia vizeletretenció tünete is lehet: ilyenkor túlfolyásos (overflow) inkontinenciáról beszélünk.*
- 2. Kezelés nélkül a vizeletretenció súlyos állapotromláshoz, veseelégtelenséghez, akár halálhoz vezethet.*
- 3. Inkontinencia esetén a vizeletretenciót férfiaknál és nőknél egyaránt kötelező ellenőrizni. Ennek legegyszerűbb módja a vizeletürítés után végzett ultrahangvizsgálat.*
- 4. Overflow inkontinencia esetén a vizeletretenciót kell megszüntetni – rövidtávon ez állandó katéter behelyezésével megoldható.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Balhi S, Mrabet MK. Teaching patients clean intermittent self-catheterisation: key points. *British Journal of Community Nursing*. 2020 Dec 2; 25(12):586-593.

Pilloni S, Krhut J, Mair D, et al. Intermittent catheterisation in older people: a valuable alternative to an indwelling catheter? *Age Ageing*. 2005 Jan; 34(1):57-60.

William J, Catalona WJ, et al. Prostate Cancer Screening. The Medical Clinics of North America. 2018 Mar; 102(2):199-214.

IDŐS NŐBETEG HIRTELEN JELENTKEZŐ KÍNZÓ VISZKETÉSSSEL

DR. LENGYEL ZSUZSANNA

ESET LEÍRÁSA

A 87 éves nőbeteg az elmúlt fél évben hirtelen jelentkező kízó viszkető érzés miatt keres fel bőrgyógyászt. A beteg kórelőzményében hipertónia, pollenallergia, ischaemiás szívbetegség és pneumonia szerepel. Negyven évig másfél doboz cigarettát szívott naponta, elmúlt években már csak alkalmanként dohányzik. A betegnél ismert penicillin, diclofenac, lidocain és paracetamol érzékenység. Állandó gyógyszereit évek óta szedi, egy újonnan kezdett vitamin komplex szedését említi. Fizikális vizsgálat során testszerte excoriatio észlelhető (hát megkímélve), néhol vonalas elrendeződésben, egy-egy ekzematiform plakkal, valamint tenyéri és talpi hyperkeratózis. Kiemelendő cachexiás külleme. Elmondása szerint 4 éve 12 kg-ot fogyott egy pneumonia alatt, azóta súlya nem változott. A klinikai kép alapján felmerült kiterjedt időskori ekzema lehetősége. A betegnél szisztémás antihisztamin adása indult emelt dózisban (tbl. bilastin 2x1), lokálisan szteroid tartalmú hidratáló externa napi két alkalommal kiegészítve emolliens alkalmazásával. A betegnél egy általános laborvizsgálat is történt, melyből mérsékelt eosinophilia kiemelendő (absz. eosinophil szám: 0,64 G/l). A betegnél a gyógyszereivel és vitamin komplexszel lymphocytá transzformációs teszt végzése történt (LTT) gyógyszerallergia irányában negatív eredménnyel. A beteg három hét múlva jelentkezett kontrollra, a panaszai nem csökkentek, bőrtünetek minimálisan halványultak. Antihisztamin kezelését szedatív antihisztamin (hidroxizin) adásával egészítették ki, valamint capszaicin tartalmú kenőcsöt vezettek be. Mivel a konvencionális terápiák mellett a panaszokban továbbra sem volt javulás, az ekzematiform tünetek miatt felmerült cutan lymphoma, valamint paraneoplázia lehetősége. Tumorkutatás indult, mely során a mellkasröntgen a szív vetületében egy 16 mm-es kerekárnyékot írt le, a hasi UH vizsgálat bal vese térfoglaló folyamat gyanúját vetette fel. Az elvégzett mellkas-, hasi CT vizsgálat során a tüdőben baloldalon a 10-es segmentumban két gócot írtak le, melyből a nagyobb megfelelhet primer térfoglalásnak, a kisebb ennek azonos oldali metasztázisának. A beteget pulmonológushoz irányították, aki CT vezérelt tüdőbiopsziát javasolt. Eközben a betegnél bőrbioopszia is történt, a szövettan nem specifikus dermatitist írt le, cutan lymphoma lehetőségét kizárta. A beteg végül úgy döntött,

hogy a tüdőből történő mintavételbe és további diagnosztikus beavatkozásokban nem egyezik bele. A perzisztáló viszketés a betegnél fokozott agitációt váltott ki, éjszaka többször felébredt, rosszul aludt. A betegnél fényterápia került bevezetésre kiegészítésként (nbUVB- narrowband ultraibolya B). Hatására a bőrtünetek javultak, de a viszketés nem csökkent.

KÉRDÉS

Milyen további terápiát vezetnénk be a betegnél a viszketés enyhítésére?

MEGBESZÉLÉS

A viszketés a bőrben keletkező olyan kellemetlen érzés, mely vakarózást vált ki. Az életminőséget jelentősen rontó, akár álmatlanságot okozó, gyakori, kínzó tünet a palliatív ellátásban. A viszketés hátterében számos ok állhat, rosszindulatú daganatos megbetegedések vagy olyan nem malignus betegségek, melyek palliatív ellátást igényelnek, mint pl.: krónikus veseelégtelenség (uraemia), biliáris chirrrosis, végstádiumú HIV fertőzés és gondolnunk kell gyógyszeres eredetre is. Míg az opioidok okozta viszketés prevalenciája kb. 5%, addig végstádiumú vesebetegség esetén ez 25-85% között mozog. Az esetünkben a hirtelen jelentkező, terápiareszisztens pruritus hátterében malignus daganat igazolódott. A paraneoplasziás pruritus (PP) előfordulása ritka, a viszketés érzés kiváltásában a háttérben álló tumor szisztémás hatásának van szerepe, pontos patomechanizmusa ma sem teljesen ismert. A paraneoplasziás viszketés leggyakrabban a hematológiai daganatokkal társulva fordul elő, de számos szolid daganat esetében is leírták (tüdő-, gyomor-, gégetumor). A PP megelőzheti a tumor felismerését és akár teljesen megszűnhet a daganatos megbetegedés megfelelő kezelése esetén. A paraneoplasziás viszketés társulhat másodlagos bőrtünetekkel, mely a viszketés következménye pl. excoriatio, prurigos göbcese. Ugyanakkor számos paraneoplasziás dermatosis ismert, melyek esetében különböző mértékű viszketést írtak le. Ilyen paraneoplasziás dermatosis lehet pl. Grover's megbetegedés, dermatomyositis vagy generalizált erythrodermia. A pruritus sok bőrbetegségnek és rendszerbetegségnek lehet nem specifikus jele. Egy tanulmányban azt találták, hogy bőrtünettel nem járó viszketés esetén a háttérben nagyobb valószínűséggel áll malignitás, ha a páciens 60 évnél idősebb, férfi, dohányzó vagy az anamnézisében májbetegség szerepel. Minden esetben, ha a betegnél generalizált pruritus jelentkezik, mint esetünkben is és ez bőrtünettel nem jár, vagy elsősorban viszketéshez kapcsolódó másodlagos bőrtünetek észlelhetőek, a részletes belgyógyászati anamnézis felvétele szükséges a háttérben álló esetleges belgyógyászati kórkép kiszűrésére, valamint a gyógyszeres eredet kizárása is mindig fontos. A fizikális vizsgálat során segítheti a diagnózist a nem specifikus bőrtünetek

elhelyezkedése, mivel ilyenkor azokon a testrészekon, amelyeket a beteg nem ér el nem látunk tüneteket. Esetünkben a betegünkönél a generalizált pruritus mellett nem specifikus bőrtünetek voltak láthatóak (excoriatio), valamint néhány ekzematiform plakk, mely akár adódhatott az életkorból származó xerosis miatt. A szerzett, szintén újonnan jelentkező tenyéri-talpi keratoderma paraneoplasias eredetűnek tartható. Fontos, hogy bőrtünetek nélküli krónikus pruritus esetén minden betegnél végezzünk egy általános laborvizsgálatot (vérkép, vese-, májfunkció, cukor, TSH) és további vizsgálatainkat az anamnesztikus és fizikális lelet alapján határozzuk meg (pl. tumorkutatás).

A paraneoplasias viszketés leghatékonyabb kezelése, ha a kiváltó okot, a tumort kezeljük protokollnak megfelelően. Számos esetben azonban az is előfordulhat, hogy a kezelés nem elég hatékony, így a viszketés érzés nem csökken és továbbra is a beteg számára kízó marad, és ez a beteg életminőségét nagymértékben befolyásolja. Esetünkben a betegünk nem egyezett bele a képpalkotó során felmerült malignitás verifikálására, így aktív daganatellenes kezelésben nem részesült.

A viszketés patofiziológiájának ismerete jelentősen bővült az elmúlt évtizedben és ez lehetővé teszi, hogy kezelésünket viszketés típusától függően válasszuk meg.

A bőrben keletkező viszketésérzés kialakulásában két fő jelátviteli útvonalat ismerünk: a hisztamin- és a nem-hisztamin mediáltat. Az utóbbinál a legfőbb anyagok, melyek szerepet játszanak a pruritus kialakulásában a következők: szerotonin, bradikinin, prosztaglandinok, opioid peptidek, substance P, neurotrophinok, proteázok, kannabinoidok, interleukinek stb. A felszabaduló viszketést kiváltó anyagok receptoraikhoz kapcsolódva aktiválják a foszfolipáz rendszeren keresztül mind a hisztaminerg és nem-hisztaminerg idegekben a tranziens receptor potenciál vanilloid 1-et (TRPV1) és a tranziens receptor potenciál ankyrin 1-et (TRPA1). A viszketésérzés kialakulását a gerincvelőben is számos interneuron befolyásolja pozitív vagy negatív irányban. pl. a GABA (gamma-amino vajsav) termelésével gátlódik a GPR/GRPR útvonal, mely a pruritus csökkenését okozza. Az opioid peptideknek mind a perifériás, mind a centrális viszketés érzet kialakulásában szerepe van. A μ receptor agonisták viszketést okozhatnak, a κ receptor agonisták gátolják azt, ezért a terápiában is alkalmazhatóak.

Esetünk jól mutatja, hogy a betegnek kezdetben adott antihisztamin (H1 inhibitor) hatástalannak bizonyult melynek oka, hogy a PP kialakulásában nem a hisztamin útvonal a domináns. Az első generációs antihisztamin készítményeknek a szedatív hatását használhatjuk ki az esténcéki adagolással, így csökkentve a viszketésérzést. A paraneoplasias pruritusban jó

hatékonyságúak a szelektív szerotonin visszavétel gátlók (SSRI). Egy vizsgálatban a paroxetin napi 20 mg dózisban történő adása 7 napig a viszketést 50%-al csökkentette. Esetünkben is a megkezdett terápiát paroxetin adásával egészítettük ki, kezdetben 10 mg/nap dózisban, majd dózis emelése történt napi 20 mg-ra. A paroxetin bevezetésével, az antihisztamin szedése mellett és a megfelelő állagú, rendszeres emolliens használatával a betegnél a viszketés jelentős mértékű csökkenését értük el.

Fluvoxamin (25-100 mg/nap) és sertralin (25-50 mg/nap) adásával is jó eredményeket értek el. Az SSRI-ok alkalmazása mellett szól, hogy jól tolerálhatóak és mellékhatás-profiljuk kedvező. Másik jó hatékonyságú szer a mirtazapin, mely számos receptornak az antagonistája. Hat a centrális $\alpha 2$ -adrenerg preszinaptikus autoreceptorokon, az 5-HT₂-, 5-HT₃-, és a H₁ receptorokon. Az, hogy a viszketés csökkenését melyik receptoron keresztül éri el, jelenleg nem ismert. Javasolt dózisa esténként 7,5-30 mg. Gabapentin használata is hatékony lehet, mely a γ -amino-vajsav (GABA) analóg molekulája. Kezdő dózisa esténként 300 mg, mely emelhető napi max. 2400 mg-ig. Thalidomidot elsősorban különböző hematológiai betegségekhez kapcsolódó pruritus kezelésében alkalmazható jó hatásfokkal. Tartós alkalmazása mellett perifériás neuropátia kialakulhat. μ - opioid receptor antagonisták pl. naltrexon szintén csökkentheti a viszketésérzést. A neurokinin inhibitor (aprepitant), melyet elsősorban súlyos kemoterápia okozta hányinger esetén alkalmaznak, szintén hatékonyan bizonyult napi 80-125 mg dózisban. A nem gyógyszeres kezelések közül a fényterápia (pl. nbUVB) is megpróbálható, mint azt az esetünkben is alkalmaztuk. Fontos kiegészítő kezelés a bőr megfelelő hidratálása és egyéb lokális készítmények, melyek különböző hatásmechanizmuson keresztül csökkenthetik a viszketést (pl. szteroid, calcineurin inhibitor, capszaicin).

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Törekedjünk a viszketés háttérében álló ok felderítésére, hogy a lehető legmegfelelőbb terápiát tudjunk a betegnek adni.*
- 2. Antihisztaminok a paraneoplasziás pruritusban nem hatékonyak.*
- 3. Paraneoplasziás pruritus esetén alkalmazzunk paroxetint vagy mirtazapint.*
- 4. Emolliensek rendszeres használata elengedhetetlen, mert a száraz bőr a viszketés érzést fokozhatja.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Fett N, Haynes K, Probert KJ, et al. Predictors of malignancy development in patients with chronic pruritus. *Journal of Dermatological Science*. 2016 May; 82(2):123-128.

Roh YS, Choi J, Sutaria N, et al. Itch: epidemiology, clinical presentation, and diagnostic workup. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2022 Jan; 86(1):1-14. Epub 2021 Aug 21; <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.07.076>

Rowe B, Yosipovitch G. Paraneoplastic Itch Management. *Current Problems in Dermatology*. 2016 Aug 23; 50:149-154.

Yosipovitch G, Bernhard JD. Clinical practice. Chronic pruritus. *New England Journal of Medicine*. 2013 Apr 25; 368(17):1625-1634.

BORDAFÁJDALOM

DR. SIMKÓ CSABA

ESET LEÍRÁSA

A beteg 56 éves, dohányos, asthmás, obes, 20 éve ismert, 6 éve inzulinnal kezelt diabetessel, lezajlott szívinfarktussal és maradványtünet nélkül gyógyult agyi vascularis laesioval. Ismétlődő pneumoniák kapcsán hilusi és mediastinalis nyirokcsomó áttétet adó jobb oldali centrális tüdőtumorra derült fény, szövettan laphámcarcinomát igazolt. Háti, deréktáji fájdalmi miatt készített csontizotóp Th12 és L3 csigolyák vetületében metasztatikus vagy poroticus talajon kialakult kompressziót, a jobb VIII. borda ventralis ívén postfracturás dúsulási többletet írt le. Nyugalomban minimális, köhögések, mozdulatok alkalmával 7/10 erősségű, rövid időtartamú, éles fájdalmak csillapítása céljából jelentkezik ambulanciánkon. Égő, tűszúrásszerű fájdalomkomponenseket negal. Hozott gyógyszereiben 2x200 mg tramadol és 50 ug/h erősségű fentanyl tapasz szerepel fájdalomcsillapítóként, mely mellett erősen álmosná vált, fájdalmi ugyanakkor érdemben nem csökkentek.

Egyéb releváns gyógyszerei: Medrol 1x8 mg, Ranitic 2x300mg, Cerucal 3x1

Status:

Obes alkat, icterus-oedema-cyanosis nincs. L2 régióban, valamint a jo. VIII-as borda teljes lefutása mentén, a X-es borda hátsó ívénél, valamint a VI-os borda sternalis végénél kifejezett nyomásérzékenységet jelez. A pulmok felett jo. basalisan min. tompulat és gyengült légzés. Nyirokcsomó nem tapintható. Tiszta, ritmusos szívhangok. RR: ülve/állva egyaránt 100/70 Hgmm, fr: 96/min. A has a mellkas szintjében, puha, betapintható, defense, ascites, kóros resistentia nincs. Norm. bélhangok, hepar elérhető. Paresis nincs, az érintett bordák dermatomáiban több lokalizációban cold hyperaesthesia, a IV-es bordánál hyper-, a VIII-as bordánál hypalgesia.

Helyben végzett UH vizsgálattal a jobb mellkasfélben 5 mm-es hydrothorax.

KÉRDÉS

Milyen módon csökkentjük a beteg fájdalmát?

MEGBESZÉLÉS

Az áttöréssel járó fájdalmak egy része bizonyos mozdulatokhoz, terheléshez, vagy beavatkozáshoz társuló, előre kiszámítható módon megjelenő úgynevezett incidentális fájdalom. Ide tartoznak a csont eredetű mozgás indukálta fájdalmak és a fájdalmas sebek kötése során fellépő procedurális fájdalmak. Másik nagy csoportja váratlanul lép fel, mint amilyen például a hasi colica, vagy a neuropátiás fájdalmak jó része. Bár az incidentális fájdalmakat általában nociceptív (sok esetben gyulladásos komponenseket is tartalmazó) fájdalomnak gondoljuk, ezek patomechanizmusában is számos esetben fellelhető – legtöbbször perifériás sensitizáció talaján kialakult – neuropátiás fájdalomkomponens, mely kezelés szempontjából lényeges patogenetikai tényező. Az áttöréssel járó fájdalmak kezelése a fájdalomintenzitás hirtelen, jelentős mértékű változása miatt nagy kihívás. Az intenzív fájdalomepizódok időtartama általában a 20-30 percet nem haladja meg, mely miatt opiáttal történő kezelésük még az ultragyors hatású fentanyl készítményekkel is erősen kompromisszumos. Csont eredetű, illetve gyulladásos komponenseket tartalmazó fájdalmak esetén NSAID-ok alkalmazására kell törekedni, megfelelő gyomorvédelem, ill. az NSAID kockázatot fokozó társítványok lehetőség szerinti kiiktatása mellett. Daganatos eredetű mozgás indukálta csontfájdalmakban – mérlegelve a beteg várható élettartamát – a palliatív sugárterápia, ill. a csontresorpció gátló szerek adása is mérlegelendő. Gyulladásos patomechanizmusú fájdalmakban szóba jön antibiotikumok, míg neuropátiás fájdalomkomponensek esetén antineuropátiás szerek alkalmazása. Mindezek következetes megvalósítása esetén is az áttöréssel járó fájdalmak komoly szakmai kihívást jelenthetnek. A fájdalmas terület lokalizációjától függően éppen ezért különböző invazív fájdalomcsillapító beavatkozások alkalmazása is megfontolandó. Mellkas-, ill. hasfali érintettség jelenlétekor az általában egyszerűen kivitelezhető intercostalis idegblokád a beteg számára hatékony fájdalomcsillapítást jelent. Ilyen helyzet állhat elő a bordák fájdalmán kívül destrualó emlőtumor, a parietalis pleura vagy peritoneum infiltrációja, irritációja, tokot áttörő májtűt, hasfali metasztázis, hasúri drainok okozta fájdalom, postthoracotomiás szindróma, ill. a thoracalis szakaszon fellépő postherpeses neuralgia esetén is. Ezekben az esetekben neurolyticus blokádtól több hónapig tartó fájdalommentesség remélhető. A beavatkozás súlyos állapotú betegen, akár otthoni körülmények között is elvégezhető, a palliatív ellátás leggyakrabban kivitelezett idegblokádja. (Az elmúlt évben 81 ambuláns betegünkénél került sor alkalmazására). Nehezen tapintható bordák, vastag mellkasfal esetén a beavatkozás biztonságát egy UH készülék jelentősen fokozhatja.

A bemutatott esetben az opiátkezelés mellett a beteg kifejezetten álmosá vált, cardiovascularis rizikói, szteroid, clopidogrel és diureticus kezelése miatt az NSAID terápia lehetőség szerinti elkerülésére törekedtünk. A jobb VI-os és VIII-as bordák intercostalis tesztblokádját, majd ennek pozitivitására tekintettel 96%-os alkohollal végzett neurolyticus blokádját végeztük el. Mind a tramadol, mind a fentanyl elhagyhatóvá vált. A beteg az elkövetkező 7 év folyamán négy vonalbeli kemoterápiás kezelésben részesült. Onkológiai gondozása során mozgás indukálta-, ill. neuropátiás fájdalmak megjelenése miatt még 3 alkalommal történt próbálkozás erős opiát bevezetésére, melyet minden alkalommal aluszékonyság kísért. Palliatív kontrollvizsgálatokra általában csak ekkor volt hajlandó eljönni, erős opiáttérápiáját minden alkalommal el tudtuk venni aluszékonyságának megszűnése kíséretében. Csontfájdalmi háttérben osteoporosis állt, csonttáttét a betegség folyamán nem alakult ki.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A tumoros beteg fájdalmai sok esetben nem közvetlenül a daganatos betegséggel függenek össze.*
- 2. Az opiátok nem csodaszerek, nem minden típusú fájdalom megszüntetésére alkalmasak.*
- 3. Az opiátok tolerálása egyénileg nagy mértékben változó, vannak olyan betegek, akik a szokvány kezdődózisú opiáttérápiát rosszul tűrik.*
- 4. Az áttöréses fájdalmakat hosszú hatású opiátokkal nem lehet megfelelően kezelni. Ilyen esetben maximális erőfeszítéseket kell tenni a fájdalom patomechanizmusának megértésére, a különböző adjuváns fájdalomcsillapítók, ill. nem gyógyszeres fájdalomcsillapító módszerek alkalmazására, melybe az invazív eljárások is beletartoznak.*
- 5. Intercostalis blokádnak alkalmazásával mind a mellkasfali, mind a hasfali eredetű, akár nociceptív, akár neuropátiás fájdalmak reményteljesen kezelhetők.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Baxter CS, Singh A, Ajib FA, et al. Intercostal Nerve Block. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; [Updated 2021 Jul 23]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482273/>

Mercadante S. Breakthrough pain in cancer patients: prevalence, mechanisms and treatment options. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2015; 28(5):559-64.

Waldman SD. Atlas of interventional pain management. (Intercostal Nerve Block). Philadelphia: Elsevier; 2015. 336-343.

ENNI VAGY NEM ENNI ... - A HÁNYINGER-HÁNYÁS DIFFERENCIÁLDIAGNÓZISA ÉS GYÓGYSZERES KEZELÉSE A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN

DR. SIMKÓ CSABA

ESET LEÍRÁSA

75 éves nőbeteg távoli előzményeiben évtizedek óta fennálló refluxos panaszok, enyhe hipertónia, ISZB és epekövesség szerepelnek. Több hónapos étvágytalanság, fogyás, epigastriális diszkomfort miatt végzett vizsgálatok nyirokcsomó metasztázist adó, csaknem az egész corpust és antrumot beszűrő, részleges kimeneti obstrukciót okozó gyomortumorra derítettek fényt (rosszul differenciált intestinalis típusú gyomor adenoc.). Exploratio történt, de a retroperitoneummal és környezetével összekapaszkodó tumort inoperábilisnek véleményezték. Tápláló jejunostomát készítettek, mely mellett a beteg szájon keresztül tovább táplálkozott, egyre gyakoribb hányások kíséretében. A diagnózis felállítását követően 3, a tápláló jejunostoma behelyezését követően 2 hónap múlva 15-20 percenként fellépő öklendezés panaszaival került felvételre a hospiceba. Míg korábban kis mennyiségű pépes ételt el tudott fogyasztani, jelenleg egyetlen korty folyadék elfogyasztását követően is másodperceken belül erős öklendezés, kis volumenű hányás lép fel. Hasa egyre jobban feszül, a jejunostoma nyílása mentén minimális purulens váladékozás és ascitescsorgás lépett fel. Hasi feszülést, időnként szűrő, nyilálló és görcsös fájdalmakat panaszol. Székürítése hasmenéses jellegű. Szája intenzíven szárad. Fő panaszának nagyfokú étvágytalanságát, a táplálékfelvétel elégtelenségét és gyengeségét nevezi meg, enni szeretne, hogy megerősödjön. A szondán keresztül az utóbbi hetekben minimális folyadékot adott be magának, de a tápszer hasi feszülést, görcsös fájdalmakat és öklendezést váltott ki, ezért nem alkalmazza. Éjszakai kifejezetten rosszul telnek, el- és átalvási zavarai vannak. Gyógyszerallergia nem ismert.

Gyógyszerei: Cerucal 3x1 (szájon keresztül), melynek bevitelére napok óta nem képes. Megpróbálta összetörve a szondába befecskendezni, de a szonda a gyógyszertörmeléktől 2 napja eltömődött.

Status:

Cachexiás, járóképes beteg. Icterus, oedema, cyanosis nincs. Nyirokcsomó nem tapintható. A pulmok felett jo. 3 hu magasabb rekeszállás, a rekesz kitér. Tiszta, ritmusos szívhangok, RR

fekve 110/70, állva 80/- Hgmm, fr.100/min. A has a mellkas szintjéből elődomborodó, kp. ascitessel telt, mérs. meteoristicus, nehezen betapintható. Renyhe, időnként hypersonor jelleggel felerősödő bélhangok. A tápláló jejunostoma a kiöltés magasságában előállt szűkebb lumennek megfelelően gyógyszerzemcsék által elzáródott. Éber, tiszta tudatú. Paresis nincs. Érzésvizsgálat során a hasfali intercostalisok végágaiban (a hasfal paramedian bőrterületein) algeticus és cold hyperaesthesiát jelez. Pszichésen: jelentős betegséghárítás, anxietas, kissé deprimált hangulat.

KÉRDÉS

Hogyan csökkentjük a beteg panaszait?

MEGBESZÉLÉS

A fenti esetleírás jól példázza a palliatív ellátásban felmerülő problémák sokrétűségét.

1. Az étvágytalanság ellenére erőltetett étkezés, a tápszonda melletti evés, az elvárások között megfogalmazott megerősödés vágya, a beteg alvászavara a pszichés tényezők jelentőségére utal. (Jelen esettanulmány tárgyalásakor ezen tényezőkkel részleteiben nem foglalkozunk).
2. A jejunostomán át beadott tápszer által kiváltott panaszok a progrediváló carcinosis következtében fellépő bélfali feszülés következményeinek tekinthetők (a tápszer a proximalis és distalis leszorítás miatt egy többé-kevésbé kirekesztett bélszakaszba kerül beadásra). Valószínű, hogy a minden áron enni akaró beteg a tápszer beadási ütemét és a beadandó volumen mennyiségét a szűk bélszakasz által meghatározott kapacitás figyelmen kívül hagyása mellett erőltette, ill. hogy a fenti problémáról eddig nem kapott megfelelő tájékoztatást. (Arra is gyakran látunk példát, hogy a jejunostomába még normálisan működő distalis bélszakasz esetén is a megengedhetőnél gyorsabb ütemű, nagyobb volumenű tápszerbeadás történik tápfecskendővel, mintha gyomorszondába történne az adagolás. Az is gyakori probléma, hogy a jejunostomába nem jejunális, hanem gyomorszondába való tápszert adnak, ami gyakrabban okoz ozmotikus terhelés révén hasi görcsöt, hasmenést). A beadási sebesség lassítása, megfelelő tápszer használata és szükség esetén a volumen csökkentése segíthet a táplálás fenntartásában).
3. A szaporodó ascites egyrészt a szonda kimozdulását eredményezheti, másrészt a hasfalon történő beültetési helynek megfelelően ascitescsorgást, fertőzési kockázatot és

következményes varratelégtelenséget okozhat, melyre a gondozás során figyelni kell. Az ascites rendszeresen lebocsátandó.

4. A hasfali feszülés – különösen, ha a parietalis peritoneum tumorosan infiltrált – az előbb említett problémákon túlmenően a hasfalat ellátó intercostalis idegek rongálódásához és következményes neuropátiás fájdalmak felléptéhez vezethet, amire a szűrő, nyilálló, égő fájdalmak és a jelenlévő érzészavar jelen esetben is utal. Ezen fájdalmak hatékonyan csökkenthetők a megfelelő intercostalis idegek blokádjával, vagy ha ez nem kivitelezhető, antineuropátiás gyógyszerekkel, esetleg topicalis lidocainnal.
5. Hányinger-hányás, ill. nyelésképtelenség esetén gyakran alternatív gyógyszerbeviteli utakat kell keresnünk. Alapvetően fontos, hogy a palliatív ellátásban antiemeticumok, analgeticumok, szedatív és epilepszia ellenes gyógyszerek rectalis formában is azonnal elérhetőek legyenek.
6. A tápszondákba történő gyógyszeradagolás kiemelt figyelmet igényel. A jejunostoma vékony keresztmetszete miatt az alkalmazandó gyógyszerek csak feloldás és sűrű szövésű szűrőn történő áteresztés után alkalmazhatók, az inkompatibilitás kockázata miatt híg oldatban, egymástól elkülönítve. Gyógyszerek tápszerekkel általában nem keverhetők. Elnyújtott felszívódású retard készítmények – a törés által megváltozott farmakokinetika miatt – nem adhatók. Ha szondába a beteg turmixolt ételt is adagol, a szonda falán zsíros felrakódás keletkezik, mely önmagában is a szonda elzáródását eredményezheti, a gyógyszerzemcsék kitapadása miatt a gyógyszerek hatáscsökkenése és a szonda fokozott kockázatú elzáródása állhat elő. A szonda belfelszínén létrejött zsíros üledék ilyenkor emésztőenzim tartalmú gyógyszerekből készített oldattal letisztítandó.
7. Az öklendezés, hányás kérdése részletesebb kifejtést igényel, mellyel az alábbiakban kiemelten foglalkozunk.

A szondát részben vékony vezetődróttal, részben a turbulencia és a gravitáció hatását kihasználó manipulációkkal újra átjárhatóvá tettük. A betegnél UH kontroll mellett hascsapolást végeztünk, a stomakörnyék rendszeres fertőtlenítése és a varratok megerősítése mellett. Hascsapolást követően nagyméretű bélconglomeratum vált tapinthatóvá. Este 1x3 mg dózisú, magistralisan készített levomepromazin kúp került bevezetésre, mely mellett öklendezése látványosan megszűnt, folyadék és kis mennyiségű enterális tápszer fogyasztására

is képessé vált, megtartott kis mennyiségű híg székkürítésekkel. Két hétig tartó jó tüneti kontrollt követően orális folyadékbevitelre képtelenné vált, a jejunalis szondába összesen napi 500 ml mennyiségű folyadék különösebb panaszok nélkül beadható maradt. Közben a beteg állapota jelentősen hanyatlott, teljesen fekvővé vált, majd 1 hónapos ápolást követően csendesen exitált.

A hányinger, hányás elkülönítő diagnosztikája

A palliatív ellátásba kerülő tumoros betegek hányását 80-90%-ban késleltetett gyomorürülés, bélobstrukció, bizonyos gyógyszerek (gyenge és erős opiátok, NSAID-ok, adjuvánsok, antibiotikumok stb.) és biokémiai eltérések (azotaemia, hyponatraemia, hypercalcaemia) idézik elő. Koponyaűri nyomásfokozódás előfordulási gyakoriságát tekintve kb. 5%-ban van jelen a hányás okai között, izolált tünetként való előfordulása pedig kifejezetten ritka. A betegek kb. 1/3-ánál egyszerre több ok jelenlétével is számolhatunk. Az elkülönítő diagnózis elsősorban a gondos anamnéziszfelvételen és fizikális vizsgálaton alapul, melyet szükség esetén laboratóriumi vizsgálat kell, hogy kiegészítsen. Natív hasi rtg felvétel néha indokolt lehet, gastroszkópia azonban biztosan fölösleges. A nyelőcső vagy cardia szűkületéhez társuló *oesophagealis hányás* retrosternalis feszülő, nyomó érzés után, komoly hányinger és öklendezés nélkül következik be. Az étkezéseket követően fellépő, korai teltségérzettel társuló ételmaradékos hányás *motilitászavarra* utal. Ilyenkor a beteg szívesebben fogyaszt folyadékot, mint szilárd táplálékot, mely általában nem provokál hányást. A hányinger a hányást követően megszűnik. Késleltetett gyomorürülést okozhatnak gyógyszerek is (pl. az opiátok, ill. egyéb anticholinerg mellékhatású szerek). *Gyomorerosio* esetén a hányadék kávézaccos, fekélyből származó jelentősebb vérzés esetén masszívan véres. Az *atóniás* gyomortartalom sötétbarna, nagy volumenű, nem faeces szagú. Gyakran tartalmaz kevés savhaematint. Az *epés hányásnak* komoly diagnosztikus jelentősége nincs, az ismétlődő hányások előbb-utóbb epéssé válnak. A részleges *vékonybél-elzáródás* vezető tünete lehet a hányás. Proximalis elzáródás esetén a hányadék általában zöld, a hasi görcs nem kötelező, a meteorismus nem jellemző. A bélhangok csengők vagy hypersonor jellegűek. Mivel a háttérben legtöbbször carcinosis áll, gyakori az ascites társulása. A distalis *vastagbél-elzáródás* kifejezett meteorismussal jár, a hányás késői tünet, a hányadék faeculens.

A fenti eset kapcsán leírt hányás természetszerűleg az ismert anatómiai szűkületet sugallja kiváltó okként. Gyomortumoros betegeknél ugyanakkor gyakran látjuk, hogy a beteg ilyen jellegű panaszai intenzívebbek annál, mint ami az anatómiai szűkületből fakadna. Részletes elemzéssel lehet a hányás patomechanizmusának okára rájönni. A betegnek nem oesophagealis

hányása van, mert arra nem jellemző a néhány korty víz elfogyasztását követően fellépő intenzív öklendezés. A gyomorkimeneti obstrukció mint anatómiai ok a folyadék elfogyasztását követően későbbi latenciával jelentkezne, valamint nagyon fontos adat, hogy a betegnek akkor is lennének – a gyomor ürterének teljes beszűküléséig többé-kevésbé voluminosus – hányásai, ha szájon keresztül semmit nem venne magához (a gyomor basalis secretumát is kihányja a beteg, mely normál élettani körülmények között több mint napi 1 liter). A tiszta víz fogyasztását másodperceken belül követő intenzív öklendezés ún. *toxicus típusú hányinger-hányás* jelenségére utal, melynek hátterében gyomortumoros betegek esetében leginkább fokozott serotonin produkció és ennek a vagus idegvégződéseire kifejtett ingerlő hatása áll. Az ilyen típusú hányinger-hányás csillapítására a prokinetikumok általában nem alkalmasak. Eddigi munkánk során több olyan gyomortumoros beteggel találkoztunk, akinek adekvát hányingercsillapítást követően a tervezett jejunostoma beültetésére nem volt szükség, mert azt a mennyiségű és konzisztenciájú táplálékot, amit jejunostomán keresztül be lehet adni, hányásainak megszűnését követően a beteg el tudta fogyasztani. A kirekesztett bélkacsba adott tápszer a *bélfal feszülése* révén vált ki ugyancsak serotonin által mediált öklendezést, időnként hasmenést. Ha a bélszakasz proximalisan lezárt, ill. a gyomor érdemi secretumot nem tartalmaz, a beteg nyilván csak öklendezni fog, valódi hányás nem jelenik meg. A *kemoreceptor trigger zóna (CTZ) által közvetített* toxikus hányásra az elhúzódó, gyakran permanens hányinger jellemző. Ilyenkor a hányinger, öklendezés azután sem szűnik meg (vagy rövid időn belül visszatér), hogy a beteg kihányta magát, hiszen az emetogen tényező a vérben a hányás után is fennmarad. Gyakori ilyenkor a társuló szagérzékenység, az öklendezést sok esetben az étel illata vagy látványa is kiváltja. A gyógyszerek jelentős része, valamint a biokémiai eltérések ezen mechanizmus révén válhatnak ki hányingert és hányást. A köhögéshöz társuló öklendezés, hányás oka *fokozott garatingerlékenység*. Gyakori, hogy a gyógyszer íze, ill. nehezen lenyelhető volta vált ki öklendezést, mely később, reflexesen akár már a tabletták megpillantásakor jelentkezhet. Ha a beteg kikérdezése és vizsgálata nem vezet az ok tisztázódásához, néha segít, ha látjuk magát hányás folyamatát. Ha az ok tisztázatlan marad, laboratóriumi vizsgálatok (vesefunkció, ionok, SeCa, kvalitatív vérkép, CRP) segíthetnek a hányások eredetének felderítésében.

A hányinger-hányás gyógyszeres kezelése

Próbáljuk felderíteni a hányinger-hányás legvalószínűbb okait, ha lehet, folytassunk oki kezelést (ionzavarok, infekció, fokozott koponyaűri nyomás stb)! Ha a fennálló ok tartós, az antiemeticum adása rendszeres legyen!

Prokineticumok

A *metoclopramid* a gyomor és proximalis vékonybél területén fejti ki hatását, a motilitást gátló dopamin (D) hatásának felfüggesztése révén. Késleltetett gyomorürülés, részleges bélobstrukció esetén - ha bélgörcsök nincsenek jelen - első választandó hányáscsillapító. Extrapyramidalis (EP) mozgászavarokat okozhat, Parkinson-kórban ellenjavallt. Súlyos veseelégtelenségben nem adható. Gyenge CYP2D6 inhibitor. Dózisa 3x10 mg. Magistralis kúp készíthető. A *domperidon* csökkentett dózisban veseelégtelenségben, valamint - mivel nem jut át a vér-agy gáton - Parkinson-kórban is alkalmazható. QT megnyúlást okozhat. CYP3A4 szubsztrát. Maximális dózisa 3x10 mg.

Antipszichiotikumok

A *haloperidol* centrálisan ható, erős D2 antagonist, a CTZ stimulációja által kiváltott hányások esetén ez az elsődlegesen választandó antiemeticum. EP mellékhatások előfordulhatnak. Veseelégtelenségben biztonsággal adható, májelégtelenségben óvatosság ajánlott. Napi egyszeri (esetleg kétszeri) adás legtöbbször elegendő. CYP2D6 gátló, metabolizmusa elsősorban glükuronizációval, kisebb mértékben a CYP3A4 segítségével történik. Dózisa 1,5-4,5 mg p.o., 1-2,5 mg sc., ill. 0,5-1 mg iv. Kúp készíthető.

A *levomepromazin* széles spektrumú antiemeticum, erős α -adrenerg, cholinerg és 5HT₂, mérsékelt histamin (H) és gyenge D₂₋₃ antagonist. Második lépcsős szerként használjuk, de fokozott intracranialis nyomás, garatingerlékenység által kiváltott vagy tisztázatlan eredetű hányások esetén elsőként választható. Hatékonyan csökkenti a kemoterápia okozta késői hányingert és hányást. Aluszékonyságot, orthostaticus hypotoniát, szájszárazság, ritkán EP mozgászavarokat okozhat. Mellékhatásai általában dózisfüggők, és nagy egyéni variabilitást mutatnak. Időseknél igen alacsony kezdődózisok alkalmazása javasolt. Benzodiazepinek szedatív hatását felerősítik. Anticholinerg sajátosága révén a prokineticumok hatását felfüggesztheti. CYP3A4 szubsztrát. CYP2D6 inhibitor. Antiemeticumként általában este 1x4-6 mg-os (igen időseknél 1x2mg-os) kezdődózist alkalmazunk, az adag sze. akár napi 25 mg-ig titrálható. A kis dózisok alkalmazása történhet magistralisan készített csepp vagy kúp formájában. Az erős first-pass metabolizmus miatt a rectalis dózis az orálisnak kb. a fele. Máj- és veseelégtelenségben, súlyos ISZB-ben körültekintéssel alkalmazható.

Az *olanzapin* szintén széles receptor affinitású szer, blokkolja a D₂₋₄, az 5HT₂₋₃, a cholinerg, az α -adrenerg és a H₁ receptorokat. Másodvonalbeli hányáscsillapító, igen hatékonyan

csökkenti a kemoterápia okozta akut és késői hányingert és hányást. Mellékhatásai a levomepromazinéhoz hasonlóak, de kevésbé okoz orthostaticus hypotoniát és szedációt. EP kockázata a levomepromazinhoz hasonlóan viszonylag alacsony. Étvágyjavító hatású. CYP1A2 és 2D6 szubsztrát. Nincs érdemi hatása a CYP rendszerre. Kezdődózisa este 1x5 (idősekben 2,5) mg p.o.

Antihisztaminok

Alkalmazásuk vestibularis izgalom, köhögés által kiváltott hányás, koponyaűri nyomásfokozódás, bélobstrukció okozta hányás esetén jön szóba. Parkinson-kórban nem kontraindikáltak. Számottevő anticholinerg hatással bírnak, mely mellékhatásaikat, kockázati tényezőiket meghatározza. Orthostaticus hypotoniára hajlamosíthatnak. Időseknél óvatosság!

A *dimenhydrinat (diphenhydramin)* tablettában és kúpban elérhető. CYP2D6 gátló. QT megnyúlást okozhat. Dózisa 3x50-100 mg. A *promethazin* erősen szedatív. CYP2D6 gátló. Csak inj. formájában érhető el, szövetirritatív! Antiemeticumként igen ritkán használjuk. Dózisa 3-4x25 mg im. vagy iv. A *hydroxyzine* antiemeticus hatással bíró szorongáscsökkentő. QT megnyúlást okozhat. CYP2D6 gátló. Max. dózisa 25-25-50 mg p.o.

Parasympatholyticumok

A muscarin receptorokon gátolják az acetylcholin hatását. Hatékony spasmolyticumok, csökkentik a verejtékezést, a gasztrointesztinális és hörgi szekréciót. Antiemeticumként elsősorban bélelzáródásban, haloperidollal kombinálva használatosak. Prostata hyperplasiában vizelet retenciót, szűkzúgú glaucomában rohamot provokálhatnak. Idős korban a kognitív funkciók romlását, nyugtalanságot, zavartságot okozhatnak. Gátolják a prokineticumok perifériás hatását. Egyéb anticholinerg szerekkel (pl. opiátok, triciklikus antidepresszánsok, neurolepticumok, antihisztaminok) együttadva ezen mellékhatások kockázata nő. Az *atropinum sulphuricum* injekcióban van forgalomban, kezdődózisa általában 4x0,5 mg sc. *Hyoscine butylbromide* tb-ban és injekcióban van forgalomban. Központi idegrendszeri mellékhatásai az atropinénál enyhébbek. Kezdődózisa 3x20 mg, mely napi 120 mg-ig emelhető.

Setronok

5HT3 blokkolók, elsősorban a kemoterápia okozta hányinger-hányás kivédésére, a palliatív ellátás során a gyomor-bél feszüléssel kapcsolatos hányások másod- vagy harmadvonalbeli kezelésére használhatók. Obstipatiót, QT megnyúlást okozhatnak, a tramadol hatékonyságát csökkenthetik. Az *ondansetronból* – a hagyományos tb. mellett – szájon diszpergálódó tb.,

kúp és inj. is rendelkezésre áll. A CYP3A, 2D6 és 1A vesz részt a lebontásában. Dózisa 2x4-8 mg, májelégtelenségben 2x4 mg. Egyéb setronok (*granisetron*, *tropisetron*) a palliatív ellátásban ritkán kerülnek alkalmazásra.

NK-1 antagonisták

Hazai forgalomban az *aprepitant* érhető el, a palliatív ellátásban nem használatos.

Egyéb szerek

A *mirtazapin* tetraciklikus antidepresszáns, erős antihisztamin és némi prokineticus aktivitással. Fokozza a szinaptikus noradrenalin és szerotonin szintet, ugyanakkor blokkolja a posztzinaptikus 5HT₂₋₃ receptorokat. Antiemeticusként általában akkor alkalmazzuk, ha a szerrel más terápiás célok (hangulat-, alvásjavítás, fájdalom- és viszketéscsillapítás) elérését is tervezzük. Nincs antidopaminerg mellékhatása, nem okoz orthostasist, így kiváló alternatíva, ha az egyéb hányinger-csillapítók alkalmazása kockázatos. Szedatív hatása miatt időseknél óvatosság szükséges. Metabolizmusáért elsősorban a CYP2D6 és 3A4 felelős. Antiemeticus dózisa este 1x15 mg. 70 év felett 7,5 mg kezdődózis ajánlott.

A *cannabinoidok* hányinger-csökkentő hatása nem múlja felül a dopamin antagonistákét. Mellékhatásaik és költségvonzatuk miatt alkalmazásuk nem javasolt.

A *pyridoxin* antiemeticus potenciálja nagyon alacsony, a palliatív ellátásban alkalmazásának nincs létjogosultsága.

Az alábbi táblázatban összefoglaltuk a hányinger-hányás diagnosztikájának és gyógyszeres kezelésének legfontosabb ismérveit.

A hányinger és hányás gyakori okai, jellemzői és terápiaja

A hányinger oka	Jellemzője	Terápiája
gyomorürülési zavar (legtöbbször funkcionális)	korai teltség, étkezést követő hányinger-hányás, ezt követő könnyebbség	metoclopramid 3x10 mg
toxikus hányinger-hányás (gyógyszerek, azotaemia, hypercalcaemia)	perzisztáló hányinger, mely hányás után sem szűnik meg; „a víz is kijön”	haloperidol 1-2x1,5-3 mg levomepromazin* 1x4-25 mg
bélobstrukció	az obstrukció helyétől függő, általában toxikus típusú	colica híján metoclopramid, colica esetén haloperidol vagy levomepromazin*
agyi térszűkítés	néha sugárhányás, néha pozíció függő	dexamethason 1x4-16 mg + levomepromazin*
garatingerlékenység	köhögés által provokált	levomepromazin*

* Levomepromazin helyett olanzapin is adható.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A palliatív ellátás komplex problémáit egyenként, aprólékosan kell elemezni és rá megoldást keresni.*
- 2. A hányinger-hányás okainak feltárása a részletes anamnézisre és a gondos fizikális vizsgálatra alapozódik, melyet szükség esetén laborvizsgálat kell, hogy kiegészítsen.*
- 3. A hospice ellátásban a betegek hányását 80-90%-ban késleltetett gyomorürülés, bélobstrukció, bizonyos gyógyszerek és biokémiai eltérések okozzák.*
- 4. Az antiemeticumokat a kiváltó okhoz igazítva rendeljük, fennmaradó ok esetén rendszeresen adagoljuk, mérlegelve az alternatív gyógyszerbeviteli utakat.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Davis M, Hui D, Davies A, et al. MASCC antiemetics in advanced cancer updated guideline. *Supportive Care in Cancer*. 2021 Dec; 29(12):8097-8107.

Dietz I, Schmitz A, Lampey I, Schulz C. Evidence for the use of levomepromazine for symptom control in the palliative care setting: a systematic review. *BMC Palliative Care*. 2013; 12:2.

Prommer E. Role of haloperidol in palliative medicine: an update. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. 2012; 29(4):295-301

Saudemont G, Prod'Homme C, Da Silva A, et al. The use of olanzapine as an antiemetic in palliative medicine: a systematic review of the literature. *BMC Palliative Care*. 2020; 19:56.

Simkó Cs. A daganatos betegséghez és kezeléshez társuló hányinger és hányás differenciáldiagnosztikája és korszerű kezelése. *Magy Onkológia*. 2017; 61:247–257.

AUTÓVEZETÉS ÉS AZ ERŐS OPIOIDOK HASZNÁLATA

DR. CSIKÓS ÁGNES

ESET LEÍRÁSA

65 éves férfi beteg, rectosigmoidealis tumorát öt éve diagnosztizálták. Akkor műtéti reszekció történt Dixon szerint, majd adjuváns kemoterápia. Két évvel később hasi CT kétgócú májmetasztázist írt le. Ekkor további kemoterápiás kezelések következtek: Campto, lokális TACE, szisztémás FOLFOX séma szerint. Egy évvel később a beteg kezelőorvosa a májgócok számbeli és méretbeli progressziója, valamint az emelkedett tumor markerek miatt felfüggesztette a kezeléseket. Néhány hónappal később PET-CT, majd csontszintigráfia alapján a multiplex májmetasztázisok mellett pleurális és tüdőáttéteket, valamint borda metasztázisokat véleményeztek.

Fájdalomcsillapító gyógyszerei: 4 óránként 20 csepp Contramal (100 mg/ml) (napi összdózis 600 mg).

A betegnek két hete erős (10 fokozatú skálán mérve 8-9-es erősségű) mellkasi és jobb bordaív alatti tompa hasi fájdalmai vannak. Gyakran émelyeg, alkalmanként hányás jelentkezik, valamint súlyos székrekedése van. Bár a beteg általános állapota jó (Karnofsky státusz 60%), az elsősorban éjszaka jelentkező fájdalom miatt nem tud aludni. A Fentanyl tapaszt már fél éve felírták neki, de ki sem váltotta, mert fél, hogy ha „be lesz morfinozva”, nem fog tudni autót vezetni, ami számára létfontosságú.

Betegségével és annak kimenetelével tisztában van. Jelenleg élettársával él, aki mindenben támogatja.

KÉRDÉS

Hogy csillapítsuk a beteg fájdalmát és oszlassuk el félelmét az erős opioidokkal kapcsolatban?

MEGBESZÉLÉS

A beteg erős hatású szerekkel kapcsolatos félelmei akadályozzák, hogy a beteg elfogadja a tüneteit megfelelően csillapító terápiát. A beteg félelmei az erős hatású szerekkel kapcsolatos részletes tájékoztatással oszthatók el. Gyakori tévhit, hogy az erős hatású opiátok

tudatmódosulást vagy súlyos szedációt okoznak. Emiatt sokszor nem megfelelő a fájdalomcsillapítás, és a WHO 1. és 2. lépcsőjén használt túldozírozott gyógyszerek mellékhatásai tovább súlyosbítják tüneteiket. A beteget informálni kell arról, hogy az erős hatású szerek stabil dózisének beállítása után egy héten belül enyhülnek, illetve megszűnnek a mellékhatások (pl. émelygés, hányinger, álmoság, kivéve: obstipáció), és lehetséges autót vezetni.

1. A tramadol, mint a WHO második lépcsőjén leggyakrabban alkalmazott hatóanyag maximális dózisa napi 400 mg, mely felett csak a mellékhatások válnak kifejezettebbé, a fájdalomcsillapító hatás nem növekszik. Betegünknek mindkét tipikus mellékhatás (hányinger, hányás, valamint jelentős székrekedés) kifejezetten jelen van a magas dózis mellett. Amennyiben a tramadol napi 400 mg összdózisa mellett nem kielégítő a fájdalomcsillapítás, azonnal a 3. lépcsőre, erős opiátokra kell váltani. Mivel a beteg jó általános állapotban van, aktív részvétele sokat segíthet a megfelelő fájdalomcsillapítás beállításában a fájdalomnapló segítségével. A 600 mg tramadolt átváltási táblázat segítségével 2x20mg oxycodonra váltjuk. A fájdalom mértékét a beteg fájdalomnaplóban rögzíti (NRS 0-10), melyet 3 nap elteltével értékelünk. A fájdalomnapló alapján képet kapunk a fájdalom átlagos erősségéről és esetleges ingadozásáról.
2. Erős opioidok használata mellett fokozott figyelmet kell fordítani a bélmozgatásra, székletlazításra. A székrekedés kezelésére laxatívumot írunk (pl. Tabl. Tisasen 1x1-2 este, vagy Sol. Laevolac 2x1-2 evőkanál).
3. A csontfájdalmakra NSAID (pl. Tabl. Apranax 550 mg, 2x1) rendszeres szedését javasoljuk gyomorvédelem (pantoprazol 40 mg) mellett.
4. Amennyiben a beteg fájdalma és / vagy egyéb kínzó tüneteinek mértéke nem csökken az általa elfogadható szintre, indokolt lehet palliatív járóbeteg szakrendelésre irányítani. Mivel esetünkben a fájdalom pszichés komponense is erősen jelen van, pszichológus segítségére is szükség lehet a megfelelő pszichés támogatás biztosítása érdekében.

A krónikus fájdalom szükségtelen stresszt és szenvedést okoz. A hosszantartó fájdalom a beteg hangulatát, életminőségét is rontja, depresszióhoz vezethet. A daganatos beteg fájdalmát minden vizit alkalmával fel kell mérni és feljegyezni. Az előrehaladott daganatos betegek csupán 1/3-ának van egyfajta fájdalma, 1/3-uknak kettő és 1/3-uknak három vagy több fájdalma

típusú is lehet. A vizit során meg kell határozni a fájdalom típusát (nociceptív, neuropathiás, csont-, áttörő fájdalom), és a különböző fájdalmakat külön-külön szükséges felmérni.

A beteg kikérdezése során mérjük fel az áttöréssel járó fájdalmak erősségét és gyakoriságát is, valamint a kiváltó okokat.

A fájdalom felmérésekor kérdezzünk rá, hogy mi a beteg célja: mi az a fájdalom, amivel kielégítőnek tartaná a fájdalomcsillapítást. Nagyon erős (a skálán 9-10-es) fájdalom esetén sok beteg már a fájdalom 5-ös szintre való csökkenésével is nagyon meg lenne elégedve. Tehát nem mindig a fájdalommentesség a cél! A legfontosabb, hogy a beteg saját maga számára meghatározott célját sikerüljön elérni. A fájdalomanamnézis legfontosabb kérdéseit az ún. FELMÉRNI modell alapján tesszük fel (lásd alábbi táblázat).

Fizikai aktivitás	Hogyan befolyásolja a fájdalom a mozgást, napi tevékenységet, étkezést, légvételt, széklet- és vizeletürítést?
Erőssége	A fájdalom átlagos erőssége. A fájdalom erőssége a különböző lokalizációkban. A fájdalom erősségének változásai, legerősebb-leggyengébb fájdalom az elmúlt 24 órában. Aktuális fájdalom a kikérdezéskor.
Lokalizáció	Egy vagy több helyre lokalizálódik a fájdalom? Kisugárzik-e a fájdalom? Felületes vagy mély? Dermatomális vagy nem dermatomális?
Minősége	Minősége lehet: égő, szúró, nyilalló, hasogató, tompa, éles, görcsös, nyomó, lüktető.
Életvitel	Hogyan befolyásolja a fájdalom az étvágyat, az alvást, a hangulatot?
Rontja	Milyen tényezők rontják vagy enyhítik a fájdalmat?

Napszaki változás	Hogyan változik a fájdalom napszakok szerint? A fájdalom erősségének időfüggése: reggel, délelőtt, délután, este, éjszaka a legrosszabb?
Időbelisége	Mikor kezdődött, mennyi ideje tart a fájdalom? Állandó vagy változó erősségű? Az áttöréssel járó fájdalom ideje

A daganatos beteg fájdalmának FELMÉRNI modellje

Tartsuk szem előtt, hogy a fájdalom nemcsak fizikális jellegű lehet. A totális fájdalom koncepciója szerint a fájdalom pszichés, szociális és spirituális komponense önmagában is képes kiváltani, fenntartani vagy fokozni a fájdalmat. A fájdalom felmérésénél tehát az érzelmi, szociális és spirituális komponenseket is fel kell mérni.

A fájdalom anamnézist elengedhetetlenül ki kell egészíteni fizikális vizsgálattal, mely neurológiai vizsgálatra is kiterjed. A fizikális vizsgálat során általános „belgyógyászati” vizsgálatot kell végezni, amelyet a klasszikus betegvizsgálati módszerekkel végzünk. Ezután következik a fájdalmas terület figyelmes vizsgálata, amelynek része a megtekintés, tapintás, hallgatóság, kopogtatás. Az ideggyógyászati vizsgálatnak ki kell terjednie a reflexek, koordináció, érzőköri, agyidegek vizsgálatára. Fontos a szimpatikus idegrendszer és a mozgásszervek vizsgálata.

A fájdalom nyomonkövetésére és a terápia hatásosságának megítélésére fájdalomnapló vezetése javasolt. Ez nagy segítségünkre lehet a szükséges további módosításokhoz, a dózisémeléshez. Segítségét jelenthet a napszaki ingadozások, áttöréssel járó fájdalmak pontosabb felmérésére is.

Gépjárművezetés erős hatású opioidok szedése esetén

Amennyiben az alapbetegség jellege lehetővé teszi, az erős opioid szedése önmagában nem kizáró ok vezetéshez. Körültekintést és egyedi elbírálást igényel azonban, hogy melyik beteg mikor vezethet, vagy nem vezethet gépjárművet. (lásd alábbi táblázat). Útmutatást nyújthat, hogy már hazánkban is szerepel néhány ellenőrzött szer (pl. OxyContin) alkalmazási leírataiban ez az orvos elbírálására bízott ajánlás.

Mikor nem vezethet a beteg?	Mikor vezethet a beteg?
<ul style="list-style-type: none"> • Agyi tumor vagy agyi metasztázis esetén • Erős hatású opioid szedésde a feltitrálás időszakában • Dózisnövelés esetén • Készítmény váltásakor • Erős hatású opioid és a központi idegrendszert befolyásoló gyógyszer együttes alkalmazása esetén 	<p>Ha az alapbetegség jellege, a beteg fizikai és mentális állapota lehetővé teszi és a stabil erős hatású opioid dózis beállítása megtörtént.</p>

Esetünkben a beteg fájdalmai a beállított kombinált gyógyszeres kezelés hatására jelentősen csökkentek (NRS 2-3), melyet a májtok feszülésre indított T. Dexamethason is segített. Laxatívumok alkalmazásával bélmozgása rendszeressé vált, émelygése, hányása megszűnt. Az opioidváltást követően két héttel tünetei megfelelően kontrolláltak voltak, életminősége jelentősen javult. Ez lehetővé tette számára, hogy az ország másik végében lévő családtagjait, szeretteinek sírját meglátogassa (autóval oda tudott vezetni) és az ott élő idős családtagokkal még időt tudjon tölteni, elbúcsúzzon. Ez számára nagyon fontos volt, az egyik utolsó kérése így teljesülhetett.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Mérjük fel és fájdalomnapló alkalmazásával kövessük figyelemmel a daganatos beteg fájdalmát.*
- 2. A különböző eredetű fájdalmat különböző terápiás megközelítéssel lehet megfelelően csillapítani.*
- 3. Ha a gyenge opioid (WHO 2. lépcső) fájdalomcsillapító hatása napi maximális dózis (tramadol 400 mg) mellett nem kielégítő, azonnal erős opiátra (WHO 3. lépcső) kell váltani. A gyenge opiát dózisának további emelésekor csak a mellékhatások válnak kifejezettebbé, a fájdalomcsillapító hatás nem növekszik.*
- 4. Erős opioidok használata mellett fokozott figyelmet kell fordítani a bélmozgásra, székletlazításra. A betegek és hozzátartozók erős opiáttal kapcsolatos félelmei részletes tájékoztatással oszlathatók el.*
- 5. A vezetési képesség megítélése minden esetben egyedi elbírálást igényel, de nem kizáró ok, ha a beteg erős hatású opioid gyógyszert szed.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

43/2005. (X. 15.) EüM rendelet a fokozottan ellenőrzött szernek minősülő gyógyszerek orvosi rendelésének, gyógyszerári forgalmazásának, egészségügyi szolgáltatóknál történő felhasználásának, nyilvántartásának és tárolásának rendjéről.

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0500043.eum>

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat. Szűrési protokoll. Vastagbéliszűrés szakmai és szervezési irányelvei. 2014.

https://www.antsz.hu/data/cms24434/Szuresi_protokoll_vegleges_20090709.pdf

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról. Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi Közlöny.

2017, LVI. évfolyam, 15. szám 3202-3258.
http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2578/fajlok/EEMI_szakmai_iranyelve_daganatos.pdf.

Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*. 2017; 35:96–112.

Kalabay L. (szerk.) *A családorvostan elmélete és gyakorlata*. 2. kiadás. Budapest: Semmelweis Egyetem; 2018. <https://semmelweis.hu/csot/files/2019/08/E-TK-2019-I.pdf>

Központi Statisztikai Hivatal. STADAT – 1.5. Halálozások a gyakoribb halálokok szerint (1990–). http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnh001.html

Menyhárt O, Fekete JT, Gyórfy B. Clinical Epidemiology Dovepress Demographic shift disproportionately increases cancer burden in an aging nation: current and expected incidence and mortality in hungary up to 2030. *Clinical Epidemiology*. 2018; 10:1093-1108.

Sugarterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a colorectalis daganatok ellátásáról. *Egészségügyi Közlöny*. 2008; 9:2226-2249.

HOSPICE ELLÁTÁS – A BETEG OTTHONMARADÁSÁNAK LEHETŐSÉGE

DR. CSIKÓS ÁGNES

ESET LEÍRÁSA

A 62 éves nőbeteg bal mellében 5 éve emlőtumort diagnosztizáltak, axillaris nyirokcsomó érintettséggel. Műtétet követően a kemoterápiát nem tolerálta, további kezelés nem fogadott el. Általános állapota jó volt 2 évvel ezelőttig, amikor deréktáji fájdalmai hátterében kiterjedt csontmetasztázisokat diagnosztizáltak. Csontmetasztázisaira biszfoszfonát kezeléseket kap, melyre 4 hetente bejár az onkológiára. 1 évvel ezelőtt az eltávolított emlő helyén és a bal mellkasfalán cutan metastázisok jelentek meg, melyek eleinte nem jártak hámiánnal, de az elmúlt hónapokban több területen váladékoznak, az exulcerálódott területeken vérzékenyek. A beteg állapota az utóbbi 3 hónapban fokozatosan gyengült.

Jelenleg egyedül él. Két lánya közül egyik a közelben, ugyanabban a városban, a másik távolabb, 3 órányira lakik. Mindketten férjezetek, dolgoznak, óvodás-, iskoláskorú gyermekeik vannak. A beteg otthonában szeretne maradni, és ebben lányai is támogatják, de közben szoronganak, hogy hogyan tudják legmegfelelőbben segíteni az édesanyjukat és a saját családjukat is ellátni, és elég jók lesznek-e abban hogy ezt végig csinálják.

A beteg fájdalmai jól kontrolláltak a kombinált fájdalomcsillapító kezelés mellett, széklete rendezett. A váladékozó sebek ellátását már nem tudja megoldani. Éjszaka rosszul alszik, halálfélelme van, fél az egyedüllétől, különösen éjszaka, hogy ha akkor történik valami, hogy kér, kap segítséget. Csak néhány dolgot kíván, tud megenni és ez is aggasztja, hogy megfelelő legyen a táplálék bevétele, mert akkor tovább fog gyengülni, ha nem eszik eleget. Karnofsky: 40%, ECOG: 3.

KÉRDÉS

Milyen ellátás, ellátók bevonásával segítené, hogy a beteg kívánsága szerint otthonában maradhasson?

MEGBESZÉLÉS

A beteg ellátását a betegség várható lefolyása, a prognózis becslése, valamint a beteg és a család kívánságainak és erőforrásainak figyelembevételével kell megtervezni. Ehhez első lépésként családi megbeszélés keretében elmondjuk a betegnek és a hozzátartozóknak, hogy a betegség előrehaladásával további állapotromlás várható és egyre több segítségre, ápolásra lesz szükség. A beteg mellkasi sebeinek kötözése szakellátási segítséget igényel. A megbeszélés keretében felmérjük az ellátás helyével kapcsolatos preferenciákat mind a beteg, mind a hozzátartozók részéről. A beteg – ahogy a betegek többsége általában – otthon szeretne maradni, és ilyenkor a családdal közösen szükséges megbeszélni, hogy tudják-e támogatni, érdemben segíteni az otthoni ápolást. Nekünk ellátóként azt kell megítélnünk, hogy a beteg otthoni ellátása megoldható, megszervezhető-e, a családi fizikai, pszichés kapacitásai lehetővé teszik-e a beteg otthoni életvégi ellátását vagy sem. Otthoni ellátás esetén időről-időre felül kell vizsgálni a körülményeket (pl. a családtagok további terhelhetőségét) és ha szükséges, akkor elindítani az intézeti elhelyezést. A várható tüneteket és kezelésüket szintén meg kell beszélni a beteggel és hozzátartozókkal. Fontos a családdal megbeszélni a haldoklás természetes folyamatát, a várható változásokat, tüneteket, mivel a család és a beteg sem tudja, ismeri azokat. Például:

- Csökkenő táplálékbevitel és -igény, néhány falat, majd csak folyadék, csak kortyok (szájnedvesítés fontossága).
- Csökkenő tudati éberség, fokozódó somnolencia.
- Az agónia időszakában bekövetkező légzési változások (a légzés rendszertelenné, lassultabbá válása, esetleg a hörgő hang hangosabbá válása)
- Centralizálódó keringés, perifériás hűvösség, kéz, láb kékes, lilás elszíneződése.

Fontos kiemelni ezek természetes voltát, előre megbeszélni, hogy beteg és a család is tudja értelmezni, hogy hol tart a betegség.

Esetünkben az előrehaladott daganatos betegség, szakápolási igény, gyengülő állapot indokolja a hospice szakellátásba vételt. Mivel a beteg és a hozzátartozói is az otthoni ellátást preferálják, meg kell határozni, hogy az otthoni hospice szakellátás keretében milyen kollégákra van szükség. Jelen esetben hospice szakápoló a sebek kötözésére, dietetikus az étkezési,

táplálkozási javaslatok megbeszélésére. Pszichológus bevonása is szükséges a beteg és lányai szorongásának csökkentésére, pszichés támogatásra.

A beteg tüneteinek rendszeres és szisztematikus felmérése szükséges. Amennyiben a beteg állapota gyengül a betegség előrehaladása miatt, mindig mérlegelni kell az esetleges további vizsgálatok várható terheit és valós előnyeit a beteg számára. Invazív vizsgálatokat, megterhelő kezeléseket ne indikáljunk az életvégi ellátás során, az agónia időszakában. Ezt természetesen a beteggel és a családdal részletesen beszéljük meg. A családok többsége nem szeretné ezeket a vizsgálatokat, amennyiben részletes tájékoztatást kapnak.

A tünetek kezelésében, a beteg lehető legjobb általános állapotának megőrzésében különös figyelmet kell fordítanunk arra, hogy a beteg az állapotának megfelelő és csak a szükséges gyógyszereket kapja. Fontos az előrehaladott daganatos betegeknél a hypotensio, hypoglikémia megelőzése, ezért az antihypertenzív szerek leépítése, antidiabetikumok csökkentése, esetleges elhagyása szükséges. Az életvégi ellátás során csupán néhány, legfontosabb gyógyszer maradjon meg. Ebben a stádiumban a beviteli formákat is át kell gondolnunk. Törekednünk kell a biztonságos beviteli formákra és figyelembe kell vennünk azt is, ha nyelési nehezítettség várható. A fájdalomcsillapító tapasz mellett, cseppek, solutiók, kúpok beadása biztosíthatja a beteg otthoni ellátásának lehetőségét, mivel ezeket az ellátó családtagok is biztonságosan be tudják adni.

A családorvos és a hospice beteg otthoni ellátása

Gyakori tapasztalat, hogy az orvosok a hospice ellátást ajánlását a betegről való lemondásként élik meg. Ez azonban nem lemondás, hanem egy plusz segítség a beteg, családja és a családorvos számára is. A kórházi ágyszámok átstrukturálása következtében a végstádiumú betegeket egyre többször otthonukba bocsátják, és ez sokszor egybeesik a betegek kívánságával. Magyarországon az emberek többsége (61%-a) otthon, családi körben, szakképzett gondozók bevonásával szeretné tölteni élete utolsó szakaszát, ha gyógyíthatatlan beteg lenne, és több mint felük (57%-uk) otthonában szeretne meghalni.

A hospice ellátás elrendelése a kezelőorvos javaslatára a családorvos hatásköre. Otthoni hospice ellátásban egy alkalommal 50 vizit rendelhető, mely két alkalommal meghosszabbítható. Így minden betegnek 150 a maximális finanszírozott vizit száma. Fontos kiemelni, hogy otthoni szakápolással együtt nem kérhető ez az ellátási forma. Az otthoni hospice gondozásba vett beteget ellátók körét a hospice koordinátor és a hospice orvos határozza meg. Az otthoni ellátó

team-be különféle egészségügyi és nem egészségügyi szakemberek tartoznak. A team lehetséges tagjai: orvos, ápoló, gyógytornász, dietetikus, pszichológus, mentálhigiénés asszisztens, lelkész, szociális munkás, családi tanácsadó, gyásztanácsadó, gyógyszerész, koordinátor, adminisztratív munkatárs, önkéntes. A team összetétele a beteg és a család szükségletének függvényében rugalmasan változik. Tapasztalatok szerint a hozzátartozóknak legalább annyi segítséget igényelnek, mint a betegek. A hospice csoport tagjai akár napi rendszerességgel is látogatják a beteget. A legfontosabb, hogy a betegek a megfelelő időben - ne túl későn - kerüljenek hospice ellátásba.

Fontos tudni, hogy az otthoni hospice szakellátásnak nem része a betegfelügyelet és nincs 24 órás rendelkezésre állás sem. Ezek hazánkban csak intézményi keretek között biztosítottak. Amennyiben a beteg döntése és/vagy családi körülmények miatt intézeti ellátás válik szükségessé, a felvételi kérelmet időben be kell adni, mivel a hospice ágyak száma korlátozott és a legtöbb helyen várólista van.

A betegek – köztük a terminális állapotú betegek – otthoni ellátása az egészségügyi, szociális és családi erőforrások összefogásával lehetséges. A családorvos sokszor nemcsak orvosi, hanem szociális szükségletekkel is találkozik munkája során, és gyakran van szükség együttműködésre a szociális és az egészségügyi ellátórendszer között. A szociális alapszolgáltatások segítséget nyújtanak a rászorulóknak részére saját lakókörnyezetükben az önálló életvitel minél tovább történő fenntartásában.

Betegünk az otthoni hospice ellátók, szociális gondozók bevonásával, családorvos együttműködésével, lányai összehangolt feladat megosztásával otthonában tudott maradni. Az egyik lány a sebek kötözését is megtanulta a szakápolótól. Lányai egyre többet segítettek, végül felváltva valamelyikük mindig ott volt az édesanyjukkal. A legnehezebb számukra a beteg nem evése volt, amit többször átbeszélve a szakápolóval, hospice orvossal, elfogadták, hogy az infúzió, kórházi felvétel sem javítana érdemben az állapotán. A beteg nagyon hálás volt, hogy lányai így összefogtak és segítettek. A hospice ellátta a beteget, de legalább annyira fontos volt, hogy a lányait támogassa, megerősítse őket. Három hónappal a hospice ellátás indítása után a beteg békében hunyt el lányai jelenlétében.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A beteg ellátását a betegség várható lefolyása, a prognózis becslése, valamint a beteg és a család kívánságainak és erőforrásainak figyelembevételével kell megtervezni.*
- 2. Fontos, hogy a betegség előrehaladásával, a beteg állapotának gyengülésével reális kezelési célok kerüljenek meghatározásra, és hogy fordítsunk figyelmet a beteg és a család preferenciáinak megismerésére.*
- 3. Fontos a megfelelő ellátási, támogatási lehetőség kiválasztása, az ellátók megszervezésének inicializálása, elrendelése. A beteg állapotában bekövetkező változásoknak megfelelően van szükség az ellátók bevonására.*
- 4. A gondozási folyamat része az otthoni hospice ellátó team-mel együttműködve a tünetek rendszeres nyomon követése, kezelési lehetőségeik megbeszélése, gyógyszerek felírása, alternatív beviteli módok megbeszélése a családtagokkal.*
- 5. Otthoni ellátás során kiemelt figyelmet kell fordítani a családtagok tájékoztatására, a folyamatos kommunikációra. Különösen figyelni kell az életvégi állapot, az agónia időszakában várható tünetek, fiziológiai változások előzetes megbeszélésére. Sok esetben szükség van a család és/vagy a beteg pszichés támogatására, ebbe lehetőség szerint vonjunk be mentálhigiénikus, pszichológus szakembert.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról. Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi Közlöny.

2017, LVI. évfolyam, 15. szám 3202-3258.
http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2578/fajlok/EEMI_szakmai_iranyelve_daganatos.pdf.

Busa Cs, Zeller J, Csikós Á. Életvégi kívánalmakkal és döntésekkel kapcsolatos vélemények és ismeretek a magyar társadalomban. Kharón. 2018; 22:1-26.

Csikós Á (szerk.): Palliatív ellátás. Budapest: Medicina; 2022.

Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. Journal of Clinical Oncology. 2017; 35:96–112.

Menyhárt O, Fekete JT, Gyórfy B. Clinical Epidemiology Dovepress Demographic shift disproportionately increases cancer burden in an aging nation: current and expected incidence and mortality in Hungary up to 2030. Clin Epidemiol. 2018; 10:1093-1108.

Rákregiszter Statisztika. <http://www.onkol.hu/hu/rakregiszter-statisztika>

FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS 400 µg/h FENTANYLON TÚL

DR. BÁLINT ADRIÁNA, DR. KULLMANN TAMÁS

ESET LEÍRÁSA

A 62 éves férfi kórelőzményében tonsillectomia, bal boka- és jobb alkartörés miatti műtétek, jobb váll rotátor szakadás miatt acromion plasztika, hipertónia, TIA szerepel. Fokozódó, jobb alsó végtagba sugárzó deréktáji fájdalom kivizsgálása során gyulladáscsökkentő szindrómát és bicytopeniát észleltek, ami hematológiai kivizsgáláshoz vezetett. Crista biopszia adenocarcinoma metasztázist igazolt. Szérum marker mérés és prosztatata biopszia lokalizálta a primer tumort. (PSA: 320 ng/mL, adenocarcinoma, Gleason 9). Csont scintigraphia superscant mutatott. Thoraco-lumbalis MR multiplex vertebrales metasztázisokat ábrázolt, az L5 csigolyatest szintjében a canalis spinalisban szűkületet okozó epiduralis előboltosulással és gyöki kompresszió jeleivel. Myelon compressiot nem írt le. LHRH agonista és bisphosphonat kezelést, valamint upfront docetaxel kemoterápiát kapott. A lumbosacralis területre 30 Gy palliatív sugárkezelést adtunk. Klinikai, biológiai és radiológiai progresszióval másodvonal hormongátló kezelésben (abirateron), majd további progresszió alkalmával 2 ciklus cabazitaxel terápiában részesült. Daganatgátló kezelését a lehetőségek kimerítését követően fokozódó fájdalmak és emelkedő PSA értékek miatt befejeztük.

Fájdalomcsillapításra a kivizsgálástól kezdve csaknem egy éven át 50 µg/h fentanyl tapaszt használt. Később tapasztát 2x20 mg oxycodonra váltottuk, áttörő fájdalmaira 10 mg rapid oxycodonnal kiegészítve. A progresszióval párhuzamosan fokozódó csontfájdalmi miatt a dózist fokozatosan 2x80 mg-ra emeltük. Átmenetileg bevezettük az oxycodon/naloxon kombinációt (80/40 mg adagban), amit a váratlanul kedvezőtlen tolerancia miatt felfüggesztettünk. A palliatív kemoterápia befejeztével háziorvosi gondozásba került. Visszakapta a tapaszt, kezdetben 200, majd hamarosan 400 µg/h adagban. Egy hónappal később a beteget elviselhetetlen (NRS 10/10) medenceövi fájdalmi miatt vettük fel osztályunkra, fájdalomcsillapítás beállítása céljából.

KÉRDÉS

Mit lehet tenni erős csontfájdalom esetén, 400 µg/h transzdermális fentanyl dózison túl?

MEGBESZÉLÉS

Dg: Npl. Prostatæ, multiplex ossealis metastasis

Osztályunkon a fentanyl tapaszok eltávolítása után 4 órával infúziós pumpában intravénás morfint indítottunk. Napi 480 mg basis + 20 mg iv bolus morfin mellett fájdalomra megfelelően kontrollálttá vált, obstipation kívül jelentős mellékhatás nem jelentkezett. Tudata mindvégig tiszta volt, beszéde érthető, adekvát, aktivitása nem csökkent, és önmagát ellátta. Egy osztályos szakápoló a beteget és feleségét is megtanította az infúziós pumpa teljes körű használatára, beleértve a műszer üzembe helyezését, beállítását, a lehetséges hibák azonosítását és elhárítási lehetőségeit, valamint a bolus adás módját és szabályait is. Sikeres betanítást és adminisztratív előkészületeket követően osztályunkról a kölcsönzött pumpával és infúziós állvánnyal otthonába bocsájtottuk.

A házi hospice szolgálat szakápolója a pumpa napi egyszeri töltését, a házi orvos a heti 3500 mg, azaz 175 ampulla 20 mg-os morphinum hydrochloricum felírását, egy városi patika pedig a gyógyszer beszerzését és kiadását vállalta. A magas opiátadag miatt a kezeléssel a rendőrséget előre értesítettük. Az erős hatású fájdalomcsillapítókat ellenőrző tiszt minden szereplőt a helyszíneken előre meglátogatott, később ismételt ellenőrzött, és kifogást nem észlelt.

Tíz nap múlva a beteget PICC beültetés, anaemia miatti tervezett transzfúzió, illetve az esedékes LHRH agonista kezelés megadása céljából kontrollra visszarendeltük. Beszámolt róla, hogy otthonában a pumpával technikai gondja nem volt, a gyógyszer kiváltása nem ütközött akadályba, és a házi ápoló minden reggel menetrendszerűen, de rugalmasan, az infúziók összeállítását elvégezte. Egyrészt háláját fejezte ki, hogy a kórház helyett otthon lehet, ahol rendszeresen fogad látogatókat, családi és baráti kapcsolatait tartani és élvezni képes; másrészt hangsúlyozta, hogy a felesége és szerettei állandó jelenléte nélkül nem volna elképzelhető a kezelés. Pszichológiai támogatást nem kért.

A pumpa indításától eltelt egy hónap alatt a dózison mindössze egyetlen apró változtatást tettünk. Miután felesége jelezte, hogy éjjelente lábaival sokat kapálózik, az éjszakai dózist 1 mg/h-val csökkentettük. Alvása ezután nyugodtabbá vált. Naponta 4 bolusnál többet nem adott, előfordultak olyan napok is, amikor nem használt bolust.

Az intravénás morfinadagolást, mint otthoni fájdalomcsillapítási lehetőséget, PCA (patient controlled analgesia) készülék hiányában folyamatos infúziós pumpával oldottuk meg. A PCA

pumpa lényege, hogy a beteg a beállított bázis fájdalomcsillapító adagon túl aktuális igénye szerint saját maga adhasson fájdalomcsillapító bolust. Egy extra adag általában egy félórás/egyórás fenntartó adagnak felel meg. Az egyszeri dózisok nagysága és az ismételhetőség gyakorisága a kezelőorvos által a készülék beállításával szabályozható. A beteg csak a beadó gombhoz férhet hozzá, a dózisémelésre vagy a refrakter idő átállítására alkalmas gombok számára nem elérhetőek, ezáltal az esetleges túladagolás lehetősége technikailag megakadályozható. A PCA készülék ezen kívül a sikeres és sikertelen beadási kísérleteket is regisztrálja, így az alul dozírozás, illetve a szorongás miatt kezdeményezett bolus könnyebben elkülöníthetővé válik. A PCA készülékek akut, krónikus, daganatos és nem daganatos, posztoperatív és szülési fájdalmak csillapítására is alkalmasak. Intravénás, epiduralis, perifériás ideg katéteren keresztül, valamint szubkután gyógyszer bejuttatásra is alkalmasak. A nemzetközi piacon 1976-tól kerültek kereskedelmi forgalomba.

A hagyományos infúziós pumpa egy lehetséges, de kockázatos alternatíva, ugyanis nem állítható rajta refrakter idő, a túladagolás lehetősége nem zárható ki. Használata csak pszichésen egyensúlyban lévő, állandó felügyeletet biztosító, gondoskodó családdal rendelkező, az előnyöket és a kockázatokat megértő, együttműködő beteg esetén merülhet fel.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Az intravénás, szubkután morfinterápia kórházi és otthoni alkalmazásának hazai bevezetése kívánatos volna. A kezelés gondos szervezést és csapatmunkát igényel. Elengedhetetlen a körültekintő betegkiválasztás, a beteg és hozzátartozójának alapos edukációja, a jól szervezett házi hospice ellátás, valamint a háziorvos és egy választott patika együttműködése. A kezelés elterjedésének ezeken túl alapvető feltétele a megfelelő infúziós pumpa elérhetősége.*
- 2. Csontfájdalom esetén a fentanylt nem tartjuk optimális választásnak. Kevésbé erős csont fájdalom esetén elsősorban NSAID alkalmazása javasolt, a major analgetikumok közül pedig az oxycodon a leghatásosabb ebben az indikációban*
- 3. Magas dózisú opiátot igénylő fájdalom csillapítására a frakcionált adagolás alkalmatlan, mert szükségszerűen vagy alul dozírozott lesz, vagy a beteget tartós kómába juttatja. Ezzel szemben az infúziós pumpával történő folyamatos adagolás a kívánt fájdalomcsillapító hatás elérése mellett a megfelelő életminőséget és a kontaktusteremtő képesség megőrzését is biztosítja.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Kullmann T, Sipőcz I, Csikós Á, Pintér T. Új lehetőség a daganatos fájdalom csillapításában Magyarországon: rövid hatású major analgetikumok. Orvosi Hetilap. 2015; 156(25):1003-1006.

Pastino A, Lakra A. Patient Controlled Analgesia. StatPearls, 2021. statpearls.com

ÁTTÉTEKET ADÓ VESE TUMOR MIATTI FÁJDALMAK CSILLAPÍTÁSA - MAGAS DÓZISÚ FENTANYL TAPASZ KONVERZIÓJA EPIDURALIS ANALGÉZIÁBA

DR. ALMÁSI RÓBERT GYULA

ESET LEÍRÁSA

50 éves férfibeteg felesége telefonált, hogy férje nagyon rossz állapotba került a nemrégiben felfedezett vese térfoglaló folyamat kapcsán. Panasza között az egyik legfontosabb, hogy nagyon magas dózisban kap fájdalomcsillapítót, mégis nagyon fáj, emiatt teljesen meg is van zavarodva. A további fájdalomcsillapításban kér segítséget.

Első beszélgetésünk előtt egy hónappal fedezték fel a tumort, sajnos mellkasi lágyrész és medencecsontokat érintő másodlagos folyamatokkal. Férje panaszai tavasszal kezdődtek, néhány hónapos tompa derékfájás után fordult orvoshoz, főként mozgásra jelentkező alsó gerincszakasz fájdalmak miatt. Szokásosan rendelt, változó dózisban és minőségben adagolt fájdalomcsillapítókra fájdalma lényegesen nem csillapodott, és a mozgásterápia és a pihenés sem enyhítette panaszait. A jelentkezés után még kb. három hónap telt el, mire az első képalkotó vizsgálat tisztázta a vese térfoglaló folyamatát és a medencecsontok másodlagos invázióját. Elindították a temsirolimus kezelést és a csontáttétek irradiációs kezelését. A férfi kórházba kerülése után néhány nappal szепtikus állapotba került, mely a családot nagyon megrázta. Állapotát intenzív osztályos kezeléssel stabilizálták, több szervrendszert érintő funkcionális károsodását rendezték, súlyos anaemiáját korrigálták. A kezelés után otthonába engedték, ahol fájdalmai miatt rendelt opioid monoterápia dózisa igen gyorsan eszkalálódott, a beteg csak feküdni tudott, beszéde elkentté vált, pszichomotoros lassulás, székrekedés, izomremegések, görcsök alakultak ki. A családtagokkal érdemben nem tudott kommunikálni, gondolatai zavarossá váltak, ködös tudatállapotba került, folyamatos ápolásra és felügyeletre szorult, de folyamatosan fájdalmakról panaszkodott.

A betegnél gyors állapotfelmérést követően epiduralis katéter behelyezése mellett döntöttünk, a katéterezés során alkalmazott helyi érzéstelenítő és dexamethasone után fájdalma megszűnt, a kanülbe naponta háromszor adagolt 10 mg bupivacain és 2 mg morfin lehetővé tette a 250 mcg/h fentanyl tapasz dózisának napok alatti 25 mcg/h-ra csökkentését. NSAID, per os

ketamin, clonazepam rendelés mellett a beteget otthonába engedték. Tudata feltisztult, kommunikáció képessé és mobilissá vált, kiszolgáltatott és ágyhoz kötött helyzete megszűnt. Az éjszakára rendelt clonazepamot nem kellett szednie, anélkül is pihentetően, jól aludt. Evett, ivott, a derekánál lévő terime megkisebbedett. Edzésbe, súlyozásba kezdett, súlya gyarapodott, hangulata javult. Családja körében élt, zenét hallgatott, beszélgetett, ténykedett. Az aktív terápiát kisebb megszakításokkal folytatták, anaemiáját rendezték. Születésnapját családjával töltötte jó hangulatban, jó erőnlétben, fájdalommentesen. A tumoros szövettöbblet látványosan megkisebbedett, a csonttátek ellenére a család bizakodott, a kétségbeesésből optimizmusba váltottak. Hittek. A feleség az agya szegletében elfogadta a tényeket, hogy a helyzetből átmeneti javulás ellenére sincs kiút, de szíve mélyén remélni, álmodni mert a javulásról, és bízni mert a gyógyulásban, mely nem jött el. Két és fél hónappal első beszélgetésünk után magas lázzal járó, vírusfertőzés nélküli szeptikus folyamat indult, mely uralhatatlan állapot miatt a következő hetet ép tudattal nem élhette meg, néhány nap alatt elhunyt.

KÉRDÉS

Szükséges-e képalkotó diagnosztika a fájdalomcsillapítás elindításához? Miért fáj a betegnek, ha nagy dózisban kap opioid fájdalomcsillapítást? Lehet-e érdemi életminőség változást elérni egy kilátástalanul előrehaladott tumoros betegnél?

MEGBESZÉLÉS

- **A fájdalom értékelése.** A fájdalomcsillapítási stratégia tervezésénél figyelembe kell venni a beteg panaszait. Alapos vizsgálat szükséges a betegség okozta fájdalom dimenzióinak, helyének, intenzitásának és a fájdalom hatásainak értékelésére. A kiterjedt felmérés különböző értékelő skálák használatával történik, pl. PQRST (Provokáló/Pallióló faktorok, Quality, Régió, Súlyosság, Időbeli tényezők) vagy QISS TAPED (Minőség, Hatás, Hely, Súlyosság, Idő, Enyhítő/súlyosbító faktorok, Preferenciák, Elvárások, Diagnózis újraértékelés). Az értékelő skála segítségével nem csak a fájdalom erőssége, de annak hatása is meghatározható a beteg élettani folyamataira, étkezésére, alvására, szociális kapcsolataira, családi szerepeire. Figyelembe vesszük a beteg elvárásait, igényeit, továbbá a későbbiekben újraértékelhetjük a helyzetet. A skálák adta lehetőségek a fájdalomcsillapító kezelés elindítása után értékesek igazán, amikor látjuk a fájdalomcsillapítás hatását az összes modalitás tekintetében. Emiatt az értékelést bizonyos időközönként újra és újra el kell végezni. A rendszeres és részletes értékeléssel felderíthetők a fájdalomcsillapítás

előnyei és anomáliái, mellékhatásai, szövődményei. A fájdalomcsillapításnak nem szabad csak a fájdalom intenzitását céloznia, tekintettel kell lennie az affektív-emocionális, tudatos-értékelő és szenzoros-megkülönböztető dimenziókra is.

- **A fájdalom menedzsment; korai diagnosztika.** Kevésbé tudományos megközelítéssel a fájdalomcsillapítás eléri célját, ha a beteg fájdalomintenzitása csökken, panasza tolerálható és az egyéb funkciókat nem károsítja. A gyakori kontroll lehetőséget teremt annak felismerésére, hogy az alkalmazott fájdalomcsillapítás nem elégséges, emiatt szükséges a diagnózis pontosítása, újraértékelése, képalkotó diagnosztika kérése. A feltételezett, illetve a szokásos leggyakoribb diagnózisok alapján kezelt betegeknél képalkotó diagnosztika hiányában kritikus folyamatok nézhetők el, pl. csigolya kompresszió, spondylolysthesis, gyulladás vagy szekunder csontfolyamat. Képalkotó diagnosztika alapján célzott kezelés, oki terápia kezdhető. Az elmaradt képalkotó diagnosztika megfosztja a beteget a korai diagnózistól; a késői felismerés során malignus betegségek esetén a tumor invázió már visszafordíthatatlan stádiumban lehet. Felmerülhet a kérdés, hogy mikor kérjünk képalkotó diagnosztikai vizsgálatot. Nem támogatható semmilyen fájdalomcsillapító kezelés elindítása, mely nem alapul objektív képalkotó vizsgálati eredményen, azaz az első megjelenéskor, ha a beteg panasza nem felszínes, látható, tapintható régióban van, a célzott képalkotó vizsgálatot meg kell kérni, mely kizárja vagy bizonyítja a feltételezett diagnózist. Amennyiben a kezelés során a fájdalom jellege megváltozik, a fájdalom intenzitása erősödik, a fájdalom nem a szokásos módon csillapodik, a fájdalom nem arányos a feltételezett, vagy korábban igazolt patomorfológiai képpel, a képalkotó vizsgálatot haladéktalanul meg kell ismételni.
- **A fájdalom menedzsment; a stratégia kialakítása.** A fájdalomcsillapítás során követni kell a WHO által ajánlott fájdalomcsillapítási lépcsőt, mely három lépcsőből áll, illetve egy kiegészítő negyedik, intervenciós fájdalomcsillapítási lépcsőből. Ez utóbbi bevethető bármely lépcső között vagy előtt, ha a beteg érdekét ez szolgálja legjobban. A lépcső alkalmazásának lényege, hogy a beteg igényeihez alkalmazkodva a legjobb kombinációt találjuk az opioidok dózisének és ezzel együtt az opioidok okozta mellékhatások csökkentésére. A malignus betegség diagnózisa nem lehet egyenlő az opioid kezeléssel és semmiképpen nem egyenlő az opioid monoterápiával.

- **A fájdalom menedzsment; az opioidok mellékhatásprofilja.** Az opioidok nagyon jó fájdalomcsillapítók, de alkalmazásuk számos mellékhatás kialakulásáért lehet felelős. Mellékhatásprofiljuk változatosan eltérő lehet, de a legfontosabb mellékhatásokban nagyon hasonlítanak, melyek főként a mű opioid receptor agonista hatáson keresztül érvényesülnek. A legismertebbek az opioid indukálta gasztrointesztinális (csökkent nyáleválasztás, hányinger, hányás, lassult gyomor és bél motilitás, székrekedés) mellékhatások, a narkotikus hatás, a légzésdepresszió, az opioidtolerancia, a fizikai függés, az addikció és. Kevésbé ismertek az opioid indukálta hiperalgézia, a tumor növekedés-visszatérésre gyakorolt előnytelen hatás, az endokrin és immundepresszív mellékhatások. A túladagolás következménye lehet a folyamatos álmoság, alvás, narkózis, légzésdepresszió, zavartság, delírium, izomremegés, izomgörcsök, kóma, légzésleállítás, keringésleállítás. A nagy dózisok vagy a dózisok gyakori emelése, a gyors dóziseszkaláció a betegek egy jó részénél hiperalgéziához vezet, mely újabb fájdalomcsillapító igénnyel jár.

A krónikus fájdalom hatásai kísértetiesen hasonlítanak a nagy dózisú vagy tartós opioid kezelés hatásaira:

- fáradtság, improduktivitás, nem megfelelés (család, párkapcsolat, munkahely, szociális környezet), félelem, szorongás, katasztrófizálás, tévhitek, rettegés;
 - mozgáshiány, mozgásfunkciók romlása, szexuális vágy és öröm hiánya, alulteljesítés, elégedetlenség, elveszettség érzet, reménytelenség, szuicid gondolatok;
 - romló kommunikáció, figyelemhiány, koncentrációzavar, szótalálási nehézség, kifejezési képtelenség, tompultság, intellektuális eltávolodás, delírium;
 - vegetatív, élettani zavarok, hajlam mélyvénás trombózisra, folyadék visszatartás, légzés, keringés, vesefunkció romlása.
- **A fájdalom menedzsment; a tumoros fájdalom természete.** A tumoros fájdalom kapcsán egyidőben van jelen akut és krónikus fájdalomkomponens, ezért a tumoros fájdalom több komponensű fájdalom. Természetében az akut fájdalom általában a tumor okozta károsodással (pl. vérzés, tumor szétesés, betörés ér-, vagy idegképletbe, testüregebe; visceralis fájdalom, bélelzáródás, disztenzió, májtok feszülés; kezeléssel kapcsolatos – kemo-, radioterápia, műtét) hozhatók összefüggésbe. Időbeli kiterjedését

és a fájdalom pszichoszociális dimenzióit tekintve a tumoros fájdalom krónikus fájdalom.

Patomechanizmusát tekintve egyidőben lehet

1. nociceptív (ép fájdalom-szenzoros rendszer; mechanikai, termális és kémiai stimulusok; protektív),
2. inflammációs (ép fájdalom-szenzoros rendszer; gyulladáshoz mediátorok; protektív, adaptív),
3. neuropátiás (károsodott fájdalom-szenzoros rendszer vagy perifériás vagy centrális idegkárosodás, funkciózavar, szokásos perifériás mediátorok; diszfunkcionális, maladaptív) illetve,
4. nociplasztikus (ép fájdalom-szenzoros rendszer; funkcionális károsodás, félrecsúszott gátló moduláció; szokásos ingerek; diszfunkcionális, maladaptív).

A bonyolult mechanizmus és jelleg miatt nem is várható, hogy egyetlen modalitásra fókuszálva a beteg fájdalma megszüntethető legyen.

- **A fájdalom menedzsment; multimodális kezelés.** A fájdalomcsillapítás korszerű módja a multimodalitásban rejlik. A több támadásponton ható gyógyszerek kombinációjából álló kezelést „multi drug treatment”-nek (MDT), magyarul kombinált gyógyszeres kezelésnek nevezzük. A szokásosan alkalmazható fájdalomcsillapítók mellett az adjuváns szerek, NMDA antagonisták, Ca csatorna blokkolók, antiepileptikumok és antidepresszánsok, esetenként az alvásfunkciót javító, szorongáscsökkentők és nyugtatók is ide tartoznak. Pl. a ketamin mint NMDA antagonisták kis dózisban jól alkalmazható, megelőzi az opioid indukálta hiperalgéziát, enyhe antidepresszív hatással is rendelkezik. A több modalitás (pl. gyógyszeres kezelés, helyi érzéstelenítők, aneszteziológiai technikák alkalmazása, pszichoterápia, a mozgásfunkciót javító és ágyhoz kötöttséget csökkentő mozgásterápia, foglalkozásterápia, masszázs, TENS kezelés, intervenciók, idegblokkok, katéteres technikák, sebészeti eljárások, stimulációs kezelések, gyógyszeradagoló pumpák) kombinált alkalmazása a multimodális fájdalomterápia. Az epiduralis katéterben alkalmazott helyi érzéstelenítő megelőzi a nociceptív stimulusok és visceralis impulzusok magasabb központokba jutását, blokkolja a szegmentumhoz tartozó

vegetatív szimpatikus ingereket, míg a morfin szegmentális analgéziát okoz, jóval kisebb dózisban hatékony, mint a po. morfin vagy a transzdermális fentanyl tapasz, szisztémás hatása viszont jóval kisebb, így mellékhatásprofilja is barátságosabb. Ezzel elkerülhető a magas opioid dózisok alkalmazása és azok szisztémás mellékhatása.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Minden új keletű fájdalom, fájdalomcsillapítókra nem a szokásos módon csillapodó vagy intenzívebbé váló fájdalom esetén azonnali képződiagnosztika elvégzése kötelező, amennyiben a beteg állapota megengedi.*
- 2. A fájdalomcsillapítás stratégiájában első az oki terápia, ha lehetséges, egyébként multimodális fájdalomcsillapítást kell végezni, a WHO lépcsőinek figyelembe vételével.*
- 3. Tumoros fájdalom esetén a fájdalom patomechanizmusa bonyolult, a fájdalom jellegében egyszerre hordozza az akut és krónikus fájdalom jellegzetességeit. Emiatt az összetett fájdalom komponenseit külön-külön kell megcélozni, nem várható egyetlen típusú gyógyszertől a fájdalom enyhülése.*
- 4. Az opioidok mellékhatásprofilja kedvezőtlen, az általuk kiváltott hiperalgécia miatt a fájdalomcsillapító igény tovább növekszik, a magasabb dózisok jelentős mellékhatásokat, életminőség-romlást idéznek elő.*
- 5. A multimodális analgécia részeként alkalmazott regionális analgécziával és adjuváns kezeléssel az opioid dózis csökkenthető, magasabb életminőség érhető el.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Bennett MI, Kaasa S, Barkee A, Korwisié B, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11:chronic cancer-related pain. The IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. Pain. 2019 Jan; 160(1):38-44.

Paice JA, Portenoy R, Lacchetti C, et al. Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. Journal of Clinical Oncology. 2016 Sep 20;34(27):3325-45.

Schmidt BL. What pain tells us about cancer. Pain. 2015 Apr; 156 Suppl 1(Suppl 1):S32-S34.

Wiffen PJ, Wee B, Derry S, et al. Opioids for cancer pain - an overview of Cochrane reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017 Jul 6; 7(7):CD012592.

Yoong J, Poon P. Principles of cancer pain management: An overview and focus on pharmacological and interventional strategies. Australian Journal of General Practice. 2018 Nov; 47(11):758-762.

FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS - LANCINÁLÓ FÁJDALOM TÜNETEINEK KEZELÉSE

DR. RUZSA ÁGNES

ESET LEÍRÁSA

Az 53 éves, rendszeresen alkoholt fogyasztó, erős dohányos férfi első panaszja tompa epigastriális fájdalom volt, melyet étvágytalanság, hasi puffadás, 16 kg-os fogyás előzött meg. A fájdalom állandóan jelentkezett, fokozódott. Panaszai hátterében a kivizsgálás multiplex májmetasztázisokat adó pancreas fej tumort állapított meg. Fájdalomcsillapításként NSAID-t (diclofenac 2x100 mg retard tabletta) kapott (PPI mellett), melyet jól tolerált, fájdalmai jelentősen enyhültek. Palliatív kemoterápiát kapott gembicitabin/cisplatin kombinációban. A kezelések három hónapja tartottak, amikor alsó végtagjaiban lancináló, égő fájdalom jelent meg, állandó harisnyaszerű zsibbadással. Lábfejei hidegek voltak, elfehéredtek. Ezzel csaknem egyidejűleg, hátfájdalom is megjelent, amely éles, hasító jellegű volt. Alig tudott kiegyenesedni, görnyedten járt. A fájdalom a NRS (Numerikus Értékelő Skála) szerint 8-as erősségű volt. Az NSAID terápiát magnézium tabletta adagolásával egészítették ki kezelőorvosai és palliatív mobil-team segítségét kérték a megfelelő fájdalomcsillapítás beállításához.

Diagnózis:

Adenocarcinoma pancreatis. Metastasis hepatis multiplex. Fájdalom szindróma.

KÉRDÉS

Milyen kombinációt és milyen gyógyszer alkalmazási formát választunk? Szájon át, lokálisan vagy parenteralisan alkalmazzuk a kezelést?

MEGBESZÉLÉS

A betegvizsgálatkor cachexiat találtunk, az epigastriumot ökölnyi nyomásérzékeny tumor töltötte ki, máj 5 cm-rel nagyobb volt, de nyomásérzékenységet jelzett a mélyben. A háti gerinc ütögetésre nem volt érzékeny, de paravertebralisán nyomásérzékenységet jelzett a felső

lumbalis, alsó háti szakaszon. Az alsó végtagokon a perifériás pulzus jól tapintható, harisnya érzészavar, paraesthesia észlelhető, parézis nincs. Renyhe egyenlő mélyreflexek.

A perifériás neuropátiás fájdalom kezelése

A neuropátiás fájdalom oka az idegpályák (centrális vagy perifériás) sérülése, melynek incidenciája 3-5 % körül van a népességben. Oka lehet hosszan fennálló diabetes, krónikus alkoholizmus, toxikus ágensek (kemoterápiás szerek közül a platina alapú gyógyszerek), és a centrális idegpályák sérülése pl. a stroke is. A terápia célja a fájdalom mérséklése, mivel a kiváltó tényező, az idegpálya sérülése nem visszafordítható folyamat.

A terápiaiban a centrális és perifériás idegpályákra ható első vonalban ajánlott gyógyszereken kívül a lokálisan ható kenőcsök és a gyenge opiátok alkalmazhatóak.

Első vonalbeli szerek:

1. gabapentin, pregabalin, melyek a neuronok kalcium-csatornáira ható antikonvulzív szerek
2. amitriptilin, nortriptilin, clomipramin, imipramin, melyek a serotonin–noradrenerg rendszeren keresztül ható antidepresszánsok és a duloxetin

Másodvonalon lokálisan ható szereket ajánlanak, úgymint az 5%-s lidocain és a 8%-s kapszaicin kenőcsöt.

Harmadvonalon, és akár kiegészítő adjuváns kezelésként a gyenge opiátok közül a tramadol alkalmazható. A legújabb ajánlások már semmiképp sem ajánlják a carbamazepin alkalmazását mellékhatásaik és nem kellő hatékonyságuk miatt, kivéve a trigeminus neuralgiát, melyet továbbra is ezzel a szerrel kell kezelni.

Terápiás javaslat

Az epigastriumot kitöltő pancreas tumor direkt nyomásos nociceptorok közvetítette fájdalma jól csillapítható NSAID szerek adásával. A tumor elhelyezkedése azonban a gyöki kompresszió révén axonális károsodást okozhatott, melyhez a kemoterápia (cisplatin) és a kísérőbetegségek (alkoholizmus) összeadó hatásaként neuropátia társulhat.

Terápiás ajánlás: Első lépésben az eddigi gyógyszerek (NSAID) megtartását javasoltuk, kiegészítve a neuropátia miatt 2x75 mg pregabalinnal, melyet, amennyiben a fájdalom nem csökken, 2x150 mg kell emelni. Lokálisan lidocain 5%-s kenőcsöt masszíroztak a fájdalmas

háti szakaszra. A későbbiekben a tramadolra váltották az NSAID gyógyszert, mivel az mindkét típusú fájdalomcsillapításban jelentős szerepet játszik és nincsenek gasztrointesztinális mellékhatásai.

Az alkalmazott kezelésre a fájdalom a NRS szerint 4-re csökkent, mellyel a beteg önellátóvá vált.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A fájdalom kialakulásában a daganaton kívül jelentős szerepet játszanak az alkalmazott neurotoxikus kemoterápiák és az alapbetegségek közül a diabetes és a krónikus alkoholizmus is.*
- 2. Fájdalom szindróma esetén rendszeres kontroll szükséges.*
- 3. A fájdalomcsillapítók kombinálásával az életminőség javulása érhető el.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Loprinzi L, Lachetti CH, Bleeker J, et al. Prevention and Management of Chemotherapy-induced Periferial Neuropathy in Survivers of Adult Cancers: ASCO Guideline Update. Journal of Clinical Oncology. 2020 Oct 1; 38(28):3325-3348.

Sayoun H, Billy H, HeeKee K, et al. Treatment of chemotherapy-induced periferial neuropathy: Systemic Review and Recommendations. Pain Physician. 2018 Nov; 21(6):571-592.

NEM CSAK FELFELÉ KELL TITRÁLNI

DR. PIKÓ BÉLA, DR. VERÉB BLANKA, DR. BÁNHEGYI RÓBERT JÁNOS

ESET LEÍRÁSA

68 éves férfibeteget csontáttétekkel járó prosztata-adenokarcinoma miatt kezeltük, hormon- és biszfoszfonát terápiaiban részesült, analgetikumként 2x275 mg naproxen-nátriumot és 2x60 mg retard morfint szedett. Mivel az – általában enyhülő (NRS 7-8/10 → NRS 3-4/10) – fájdalmak mellett az ismert metasztatikus lumbális gerinc területén a panaszok nem csökkentek, ennek a szakasznak a besugárzását végeztük 10x3 Gy dózissal, eseménytelenül.

A beteg a sugárkezelés utáni kontrollra kifejezett panaszokkal érkezett: izzadt, a hőhullámok jelentős fokozódására, hányingerre és diffúz, általa mintegy NRS 6-7/10 fájdalomra panaszkodott. Statusából az izzadás mellett orrfolyás, változatlan fizikális mellkasi, hasi lelet emelhető ki, a fájdalomnak punctum maximumát nem találtuk, pupillái szimmetrikusan tágabbak, a tremor korábban is ismert volt, neurológiai góctünetet a tájékozódó vizsgálattal nem találunk, térben-időben orientált, de a fájdalom miatt pszichésen nehezebben hozzáférhető. Leleteiből: RR: 160/90 Hgmm, P: 94/min, vércukor (gyorstesztel): 6,8 mmol/l, O₂ szaturáció: 98 %. Vértkép, vérkémia vizsgálatra vérvétel, vénabiztosítás történt, majd agyi áttét gyanúja miatt CT vizsgálatot kértünk.

A beteg felesége sírva számolt be arról, hogy férje már olyan jól volt, hogy három napja minden fájdalomcsillapítót el tudott hagyni, és most ismét felléptek a panaszai, majdnem olyan erősen, mint korábban és kicsit furcsán is viselkedik.

A laboratóriumi leletekben: kissé emelkedett (9,2 G/l) fehérvérsejtszám, diszkrét, normociter-normokróm anaemia (hgb: 128 g/l), vérlemezkeszám, nátrium, kálium, korrigált kalcium, transzaminázok, gamma-GT, normál tartományban, emelkedett alkalikus foszfatáz és tejsav-dehidrogenáz értékek, enyhén beszűkült vesefunkció (kalkulált kreatinin clearance 52 ml/perc).

KÉRDÉS

A fentiek alapján mi lehet a beteg panaszainak hátterében?

MEGBESZÉLÉS

A heteroanamnézis alapján (amit később a beteg is megerősített) a panaszok és tünetek háttérében a retard morfin szedésének hirtelen felfüggesztését véleményeztük, elvonási tünetek jelentkezésével. 100 ml infúzióba 1 ampulla 2 %-os morfinum hidroklorikum injekciót hígítottunk, és az oldatot, a beteget megfigyelve, nagy cseppszámmal adagoltuk. Az infúzió mintegy háromnegyedének beadása után a beteg a panaszok szűnéséről, a fájdalom jelentős csökkenéséről, a hányinger elmúlásáról számolt be. Ezt követően 1 ampulla MoHCl injekciót kapott szubkután, és visszatértünk a retard morfin adására.

A másnap (biztonság kedvéért) elvégzett agyi CT vizsgálaton akut eltérés, áttét nem volt, a kétirányú lumbális gerinc-röntgenfelvételen az ismert szklerotikus áttéteket láttuk, csigolyakompresszió nélkül.

A beteggel és hozzátartozóval megbeszéltük a morfindózis fokozatos leépítésének fontosságát, ezzel további esemény nélkül áttértünk 3x50 (alkalmanként 4x50 mg) tramadolum adására, a fájdalom NRS 2/10-re csökkent.

Az áttétes daganatos betegségben szenvedők mintegy háromnegyede panaszol fájdalmat, aminek csillapítására az esetek jelentős részében – a jelenlegi ajánlás szerint gyakran kombinációban – alkalmazunk a WHO III. fájdalomcsillapító lépcsőjébe tartozó készítményeket. Az orvos és beteg (vagy beteg és hozzátartozó) közötti megbeszélésen általában a szerekkel kapcsolatos indokolatlan félelmet igyekszünk eloszlatni, a megfelelő fájdalomcsillapítás és a folyamatos gyógyszeresedés szükségességére a figyelmet felhívni, és a leggyakoribb mellékhatások (elsősorban a székrekedés) kockázatáról, megelőzéséről tájékoztatunk; elmondjuk, hogy a gyógyszerek dózisa szükség szerint emelhető és emelendő, utalva arra, hogy a fokozatosság betartása mellett a túladagolás veszélye elenyésző. A gyakorlatban ritkán kerül sor arra, hogy a fájdalomcsillapítókat le lehessen építeni, el lehessen hagyni, ezért a gyógyszerek hirtelen elhagyásának kockázatáról, az elvonási tünetek elkerüléséről jellemzően nem esik szó. A szakirodalomban elsősorban az anyaghoz hozzá nem jutó kábítószerélvezők problémájaként, valamint a leszoktatás megfelelő ütemével kapcsolatban foglalkoznak a kérdéssel. Természetesen ezek a publikációk is értékesek, mivel a tüneteket bemutatják, és azok enyhítésére is javaslatot adnak, elsősorban buprenorfin adását szorgalmazva. (Betegünknel ismert volt a korábban alkalmazott gyógyszer, így annak gyors, parenteralis visszaadása volt a leginkább logikus lépés.)

Az elvonási tünetek rövid hatású opioidokkal végzett folyamatos fájdalomcsillapítás hirtelen megszakítása után mintegy 12, tartós hatású szerek esetében 30 órával lépnek fel.

Hooten és munkatársai a tüneteket szervcsoportok szerint osztályozva adják meg.

- *affektív tünetek*: szorongás, hangulatzavar, ingerlékenység, rossz közérzet, alvászavar
- *autonóm idegrendszeri tünetek*: verejtékezés, könnyezés, libabőr, pupillatágulat, orrfolyás, a hőszabályozás zavarai (fázás, hidegrázás, hőhullám), ásítózás
- *kardiovaszkuláris tünetek*: szapora szívműködés, vérnyomásemelkedés
- *gyomor-bélrendszeri tünetek*: hasi görcsök, hasmenés, étvágytalanság, hányinger, hányás
- *csont- és izomrendszeri tünetek*: a krónikus fájdalom akut fellobbanása, diffúz ízületi és izomfájdalmak, fokozott fájdalomérzékenység, izomrángások és görcsök.

Az Egészségügyi Minisztérium – a problémát addiktológiai szempontból elemző, 2010. évi szakmai protokollja – az elvonási tüneteket 4 súlyossági csoportba sorolja:

I. fokozat: a szer utáni vágy („craving”) szorongással kísérve (ez a gyógyszert hirtelen elhagyó daganatos betegekre nem jellemző állapot)

II. fokozat: megjelennek a típusos testi tünetek: verejtékezés, nyálfolyás, orrfolyás, kényszeres ásítás

III. fokozat: az eddigiek mellett: pupillatágulat, libabőr tremor, hidegrázás, hőhullámok, izom- és csontfájdalmak, étvágytalanság, gyomorgörcsök, hányinger és hányás

IV. fokozat: hipertermia, hipertónia, szapora szívműködés, álmatlanság

A tünetek a hiányzó szer (vagy – ha ez nem ismert, vagy gyors hatású készítmény formájában nehezen alkalmazható – buprenorfin) adására prompt szűnnek.

A folyamat – legalábbis daganatos betegek esetében - általában nem életveszélyes, bár az irodalomban halálos kimenetelről is beszámolnak.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A WHO III. fájdalomcsillapító lépcsőjébe tartozó szerek rendelése esetén nemcsak a dózis fokozatos és biztonságos felépítésének fontosságára hívjuk fel a betegek és hozzátartozók figyelmét, hanem (természetesen akkor, amikor erre reális esély van) a készítmények hirtelen elhagyásának veszélyére.*
- 2. A hirtelen szer-elhagyáskor fellépő tünetek külön-külön nem jellegzetesek (pl. a cukoranyagcsere, ionháztartás zavarai, agyi áttét, egyéb gyógyszer hatása [pl. a hőhullám hátterében hormonkezelés], interkurrens betegség [allergia, fertőzés] vagy a malignus alapfolyamat progressziója is felmerül), az elvonási tünet lehetőségére gondolva ezek együttes értékelése alapján a diagnózis valószínűsíthető.*
- 3. Az auto- vagy heteroanamnézis, a korábban szedett készítmény hirtelen abbahagyásának ismerete a kórismét megerősíti.*
- 4. A korábban kapott szer visszaadása, vagy – ha ez nem lehetséges – hazai körülmények között morfin alkalmazása a panaszokat és tüneteket gyorsan enyhíti, egyben igazolja az elvonási tünetek tényét.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Addiktológiai Szakmai Kollégium és az Országos Addiktológiai Centrum. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az ópiát használattal kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről. (1. módosított változat). Egészségügyi Közlöny. 2010; 60(7):1423-1457.

Burma NE, Kwok CH, Trang T. Therapies and mechanisms of opioid withdrawal. Pain Management. 2017 Nov; 7(6):455-459.

Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. JAMA. 2016; 315(15):1624–1645.

Hooten M, Moman RN, Hagedorn JM. Chronic Pain: Opioid Tapering. A pragmatic approach may help optimize opioid tapering in adults with chronic pain. *Practical Neurology*. 2021 March/April; 56-59.

Kosten TR, Baxter LE. Review article: Effective management of opioid withdrawal symptoms: A gateway to opioid dependence treatment. *The American Journal on Addictions*. 2019; 28(2):55-62.

Simkó Cs. Fájdalomcsillapítás. In: Csikós Á. (szerk.): *Palliatív ellátás*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2022. 129-189.

Swarm RA, Youngwerth JM, Anghelescu DL, et al. Adult Cancer Pain, Version 2.2021 – June 3, 2021. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf

The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. *Journal of Addiction Medicine*. 2020 Mar/Apr; 14(2S Suppl 1):1-91.

INTROVERTÁLT BETEG FÁJDALOMCSILLAPÍTÁSA

DR. HERENDI ESZTER ADRIENNE

ESET LEÍRÁSA

A beteg 49 éves, asthenias, dohányos, COPD-vel évek óta kezelt nő. Kórelőzményében uterus eltávolítás utáni, tüdőszcintigráfiával igazolt pulmonalis embólia szerepelt.

Hetek-hónapok óta fennálló erős nyaki-háti fájdalom okaként multiplex, főként a cervicalis-thoracalis csigolyákat érintő, myelon kompressziót okozó csontáttek derültek ki, mely miatt palliatív sugárterápiában részesült. Bal oldali nagy kiterjedésű, nyirokcsomó pozitív, csontátteket adó emlőtumor miatt neoadjuváns kemoterápiát követően emlőműtete volt, majd adjuváns endokrin és biszfoszfonát terápiaiban részesült két évig fájdalomcsillapító terápia mellett (Apranax-Tramadol-Teperin), életminősége kiváló volt. Két év után csont fájdalmai felerősödtek, 8-9-es mértékűvé váltak.

Az elvégzett diagnosztikai vizsgálatok a csontáttek progresszióját igazolták, mely igazolta a beteg hát-lábfájdalmának okát. Terápiaváltás történt: CDK 4/6 inhibitor terápia, faslodex endokrin terápia került bevezetésre. Fájdalomcsillapító terápiaaként Codoxy bázisterápiát kapott, az áttörő fájdalom enyhítésére Codoxy rapidot, mely kezelést súlyos mellékhatások miatt el kellett hagynunk, terápiaaként Transtec tapasz kapott 70ug/h dózisban. Kétoldali htx derült ki a közben kialakult dyspnoe, légzési elégtelenség hátterében, melyet multiplex tüdő áttek okoztak, emiatt házi oxigén terápia is szüksége volt.

Gyógyszerei: Transtec tapasz 70ug/h (4 naponta cserélendő) Inj. Clexane 1x0,4 ml s.c., T. Controloc 2x40 mg, Sol. Laevolac napi 2 ek, T. Teperin este 50 mg, T. Verospiron 1x25 mg, Sol. Nutridrink 2x200 ml, T. Apranax 2x550 mg, T. Frontin sz.e. 0,25 mg, T. Cerucal 3x1, T. Panadol 3x1, Sp. Foster 2x2, O2 3l/min napi min. 16 órán át.

KÉRDÉS

Milyen módon lehetséges a fájdalom csökkentése?

MEGBESZÉLÉS

A fenti eset is jól tükrözi a palliatív ellátásban fontos fájdalomcsillapítás jelentőségét, valamint a fokozatosság és a terápiás lehetőségek kombinálhatóságának szerepét.

A metasztatikus emlődaganatok terápiájában tulajdonképpen végig palliatív terápiáról beszélhetünk. A fent részletezett esetben az első terápiás eszközünk a sürgősséggel végzett palliatív sugárterápia volt, mely a fenyegető myelon kompresszió és következményes bénulást volt hivatott megakadályozni.

A műtét előtti neoadjuváns kemoterápia nagyfokú daganat regressziót hozott, bár ebben az esetben emlőmegtartó műtét nem jöhetett szóba. Endokrin terápiával, biszfoszfonát kezeléssel közel 2 évig a betegnél stabil állapotot értünk el, gyenge opioiddal, kombinált fájdalomcsillapítással megfelelő minőségben élhette az életét, biztonságosan el tudta látni családját és a mindennapi teendőket.

Ebben az időszakban a csontfájdalmak miatt kombinált fájdalomcsillapító terápia volt hatásos: apranax-tramadolor-teperin. Ennek használatával a 9-es erősségű fájdalmat évekig 3-4-es erősségűre lehetett mérsékelni.

A NSAID, alacsony dózisu gyenge opioid és adjuváns terápiaként teperin adásának hármas kombinációja nagyon hatásos a csont és gyulladásos eredetű fájdalomcsillapításra, a mozgás, terhelés indukálta fájdalmak esetén is, valamint ha neuropátiás komponense is van a fájdalomnak. Gyomorvédelem, székletlazítás mindig fontos része a terápiának.

A betegségprogresszióánál most már lehetőségünk van CDK 4/6 gátló terápiát indítani, valamint denosumabbal lassítani a csont folyamatot, így a fájdalomcsillapítás is javult.

A daganatos betegségek további progressziója, a csontáttétek kiterjedése nagyfokú fájdalommal jár és az eddigi terápia váltását teszi szükségessé.

Ebben az esetben a fájdalom erősödésénél bázisként erős opioid terápiát vezettünk be (T.Codoxy 2x20 mg), amit szükség esetén, főként az áttörő fájdalom csillapítására rövidhatású opioid alkalmazásával egészítettünk ki (T.Codoxy rapi 10 mg 4-6 óránként 1 tbl).

Sajnos néhány esetben a beteg ezt a terápiát nem tudja tolerálni az erős mellékhatások miatt (obstipáció, hányinger-hányás, látászavar, fülzúgás, dyspnoe, aluszékonyság).

Ebben az esetben ismételtén váltani kell a fájdalomcsillapító terápiában, esetleg az előző hármas kombinációt alkalmazva, de magasabb dózisokat használva.

Másik lehetőség, ami ebben az esetben is bevált: Transtec tapasz használata a megfelelő dózist megtalálva.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Az előrehaladott daganatos betegségeknel az aktív onkológiai terápia lehetőségei mellett nagy jelentősége van a kombinált fájdalomcsillapításnak.*
- 2. A megfelelő életminőség eléréséhez ezt állandóan kérdezni kell a mértékét, főként olyan betegnél, aki introvertált, csendes, nem közlékeny.*
- 3. A buprenorfin tapasz jó alternatíva lehet, amennyiben az egyéb erős opioidok súlyos mellékhatásokat okoznak.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Coleman RE. Metastatic bone disease: clinical features, pathophysiology and treatment strategies. Cancer Treatment Reviews. 2001; 27(3):165-176.

Csikós Á. (szerk.): Palliatív ellátás. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2022.

Metastatic breast cancer. Cancer Treatment Centers of America.
<https://www.cancercenter.com/cancer-types/breast-cancer/types/rare-breast-cancer-types/metastatic-breast-cancer>

Secondary (metastatic) breast cancer. Breast Cancer Now.
<https://breastcancer.org/information-support/support-you/secondary-metastatic-breast-cancer>

INVAZÍV BEAVATKOZÁS MÉRLEGELÉSE PALLIATÍV KEZELÉS SORÁN

DR. KULLMANN TAMÁS

ESET LEÍRÁSA

A 70 éves férfi kórelőzményében cholecystectomy, appendectomy, nyombélfekély, hipertónia szerepel. Egy hónapja fájdalomtalanul kialakult icterus kapcsán MR cholangiographia (MRCP) Bismuth IV. Klatskin tumort ábrázolt. Explorativ laparotomia során irresecabilis viszonyokat találtak. Percutan behatolásból epeúti fém stentet helyeztek be. A beavatkozást követően sárgasága fokozatosan megszűnt.

Aktuálisan hidegrázáshoz társuló lázkiugrás és eszméletvesztés miatt érkezett a sürgősségi osztályra. Vitális paraméterei és laboreredményei szeptikus shockra utaltak (RR: 80/55 Hgmm, P: 150/min, CRP: 125 mg/l). Parenteralis folyadékpótlást követően tiszta tudattal, de haemodinamikailag instabil állapotban (RR: 90/60 Hgmm, P: 100/min) az onkológiai osztályra irányították.

1. KÉRDÉS

Milyen fokú terápiás aktivitás indokolt egy incurabilis daganatos beteg esetében szeptikus shock fellépése esetén?

MEGBESZÉLÉS

Diagnózis: Cholangitis, cholangiosepsis, szeptikus shock

Szeptikus shockos beteg ellátása az intenzív osztály feladata. Európában minden nyolcadik intenzív osztályon kezelt betegnek rosszindulatú alapbetegsége van. Azonban a hazai gyakorlatban a daganatos betegséget az intenzív osztályos felvétel szempontjából kivételesen ritka esetektől eltekintve kizáró tényezőnek tekintik. Pedig a korábban jó általános állapotban lévő, áttétmentes férfi várható túlélése hosszú hónapokra volt becsülhető. Mégis, az incurabilis daganat miatt sem intenzív terápiás, sem belgyógyászati elhelyezés megfontolása nem merült fel a sürgősségi osztályon sem az ő esetében, sem számos más hasonló eset kapcsán. Jobb híján

az onkológusokra hárul a súlyos szövődmények ellátása, még akkor is, ha ilyen irányú képzettséget nem szereztek.

A beteg osztályunkon parenteralis folyadékpótlás és pozitív inotrop szer (dopamin) adása mellett 48 órát követően haemodinamikailag stabilizálódott, empirikus antibiotikus kezelés (ceftriaxon) mellett átmenetileg láztalanná vált. Ápolásának harmadik napján ismételten belázasodott, a jobb hypochondriumban fluktuáló subcutan terime jelent meg. Sürgős sebészeti konzíliumot szerveztünk. Az elváltozás punkcióját elvégezték, bőséges pus ürülését észlelték.

A tályogot feltehetően a máj bal lebenyében fennálló epeúti pangás hozta létre, a beavatkozást követően bilio-cutan fistula alakult ki. Hasi UH a beavatkozás után reziduális folyadékgyülemet nem mutatott, de továbbra is epeúti tágulatot ábrázolt a máj bal lebenyében, ami arra utalt, hogy a fistula, illetve a fém stent révén az epe drainage nem oldódott meg maradéktalanul. A fistula miatt az antibiotikus kezelést anaerob baktériumok irányában erősítettük (metronidazol) és osztályunkról történő távozását követően is fenntartottuk, összesen egy hónapig. A sipoly hozama fokozatosan csökkent, majd megszűnt. Intervenciós radiológiai kontroll további drain behelyezését nem tartotta szükségesnek. Az antibiotikus kezelés befejezését követően láztalan maradt, korábbi általános erőnlétét és otthoni munkavégző képességét visszanyerte.

2. KÉRDÉS

Szükséges-e palliatív daganatgátló kezelést adni?

MEGBESZÉLÉS

Diagnózis: Cholangiocellularis carcinoma

Az epeúti daganatok jellemzően alacsony kemo- és radioszenzitivitásúak. Néhány éve, a beteg kezelésének idején nem létezett az epeúti daganatokra validált palliatív kemoterápia. A jelenleg rendelkezésünkre álló protokollokkal nyerhető túlélési előny is mérsékelt, csupán néhány hónapra korlátozódik. A kezeléstől remélhető eredmény rövidebb, mint a kezelés nélküli várható átlagos túlélés, a kezelés mellett pedig az életminőség értelemszerűen kedvezőtlenebb.

Saját gyakorlatunkban még a ma már validált kemoterápiák birtokában is epeúti daganatos betegeknek ésszerű választásként mutatjuk be a terápiától való tartózkodás lehetőségét. Volt olyan betegünk, aki irresecabilis cholangiocarcinomával daganatgátló kezelés nélkül több mint két évet élt.

A beteg a betegségét, annak kockázatait, illetve a kezeléstől várható előnyöket és hátrányokat megértette. Családjával egyetértésben a kemoterápiás kezelést nem kívánta igénybe venni. Tudomásunk szerint alternatív gyógymódok felé sem fordultak. A helyzetet elfogadták. Az Elizabeth Kübler-Ross szerint a rossz hírre adható pszichés válaszok közül kezdettől fogva az ötödik, értékteremtésre egyedül lehetőséget kínáló, elfogadó állapotban volt.

Hét hónappal később a korábbi sipolynyílás helyének megfelelően kialakult, fájdalmat okozó kután metasztázis miatt jelentkezett ambulanciánkon. Az elváltozás palliatív sebészeti kimetszését elvégeztük. A szövettani vizsgálat az epeúti daganatos eredetet megerősítette. Onkológiai kezelés lehetőségét ismét felvetettük, de a beteg korábbi döntésén nem kívánt változtatni. Ennek megfelelően terápiás konzekvencia hiányában restaging vizsgálatokat sem végeztünk.

Újabb két hónappal később ismétlődő hányás miatt vettük fel osztályunkra. CT vizsgálat multiplex hepaticus és peritonealis metasztázisokat ábrázolt. Passage zavarra utaló eltérést nem mutatott. Komfortkezelését biztosítottuk. Állapota gyorsan gyengült, négy nap múlva osztályunkon békésen elhunyt.

A célkitűzések szerint az onkológiában háromféle kezelés lehetséges: kuratív, palliatív, illetve komfortkezelés. Kuratív onkológiai beavatkozásra ebben az esetben a daganat elhelyezkedése miatt nem volt lehetőség. A beteg a várható előnyök és hátrányok mérlegelését követően palliatív daganatgátló kezelést nem kért. Onkológiai szempontból kezdettől fogva a komfort biztosítása volt az egyetlen célkitűzés. A komfortkezeléssel 10 hónapot élt. A szeptikus shockból történő felépülését a komfortkezelésbe ágyazott kuratív kezelésként is lehet értelmezni. Összehasonlítva egy esetleges palliatív kemoterápia nyújtotta lehetőséggel, a túlélési nyereség az egy hónapos antibiotikus kezelés és a tályog evakuálás mellett lényegesen hosszabb volt.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A nem neutropeniás szepszis a daganatos betegek egyik leggyakoribb szövődménye.*
- 2. A daganatos alapbetegség miatt folytatott komfortkezelésbe beágyazódhat egy szövődmény kuratív ellátása.*
- 3. Az invazív beavatkozások alkalmazását a beteg várható onkológiai prognózisa határozza meg. Véleményünk szerint 3 hónapos várható túlélés esetén az invazív beavatkozások megfontolást érdemelnek.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Kullmann T, et al. Non-neutropenic sepsis in cancer patients: the luminal obstruction syndrom. Journal of Cancer Therapy. 2019; 10(10):789-795.

Schellongowski P, et al. Intensive care for cancer patients. Magazine of European Medical Oncology. 2016; 9(1):39-44.

Sebbagh S et al. Effects of sequential administration of GEMOX followed by FOLFIRI in cholangiocarcinoma. Journal of Clinical Oncology. 2014; 32(3):348.

SEBELLÁTÁS FONTOSSÁGA TUMOROS SEBBEL ÉLŐ BETEG OTTHONI ELLÁTÁSA SORÁN

LUKÁCS MIKLÓS

ESET LEÍRÁSA

A 80 éves nőbeteget növekvő jobb oldali pajzsmirigy göb miatt vizsgálták, mely már rekedtséget, légzési és nyelési panaszokat is okozott. Nyaki UH vizsgálat a jobb lebenyt kitöltő kemény, fixált gócot mutatott, mely lobulált szerkezetű. Szövetteni vizsgálat anaplasticus carcinomát igazolt. Nyaki lágyrész CT vizsgálat kiterjedt nyelőcsövet és prevertebralis fasciát infiltráló, retropharyngealis térbe törő pajzsmirigy térfoglaló folyamatot írt le. A beteg kiterjedt tumoros állapota, valamint a tumor okozta nyelési panaszok miatt PEG behelyezés, majd tracheosztoma kialakítása történt. Műtéti megoldás nem jött szóba, a további palliatív kemoterápiás kezelést a beteg elutasította. A beteg többszöri vérzés miatt sürgősségi és fül-orr-gégészeti ambulancián járt, ahol a vérzés forrását többször elektrokoagulálták. Onkoteam döntése értelmében BSC és hospice-palliatív ellátási javaslat született, melyet a beteg és fia is elfogadott. Ekkor otthoni hospice ellátásba vétel történt. A beteg fennjáró, önellátó, fia segítette a mindennapokban. PEG-en keresztül önállóan táplálni tudta magát. Tracheosztómája volt, melyet rendszeresen önállóan otthon maguknak elláttak. Nyaki régióban kitüremkedő, bűzös, erősen váladékozó, időnként vérző karfiolszerű tumor látszott, melyet habzivacs kötszerrel 2 naponta fia kötözött. A tracheosztomás nyílást infiltráló, nyakra előretörő tumoros szövet a trachea kanült balra diszlokálta. A tumoros szövet felszínén több friss pontszerű vérzésforrás látszott. Nehézlégzésre, fájdalomra (NRS: 0) nem panaszkodott, ECOG státusza: 2. A beteg nem félt, elfogadta állapotát, végső napjait otthon szerette volna tölteni. A beteget nagyon zavarta, hogy sebe bűzös volt és félt az újabb vérzések kialakulásától. A beteg megfelelő higiénés körülmények között élte otthonában napjait. Hospice ápoló naponkénti kötécserét biztosított steril környezet és megfelelő nem mechanikus hatású sebfertőtlenítés mellett, melyre hozzátartozót is megtanítottuk. A vérzés csillapítására T. Dicynone 3x2 terápia indult. Az erőteljesen bűzös, váladékozó és vérző tumoros karfiolszerű kiterjedt tumoros seb miatt életminőséget javító kötszerváltásra volt szükség a további vérzés, a fertőzés megelőzése és a szagmentesítés érdekében. Az 1 hónapja alkalmazott habzivacs kötszert ezüsttel impregnált kötszerre cseréltünk. 10 nap elteltével a seb alapja tisztult, a váladékozás, a szag mértéke csökkent, a tumor kevésbé volt vérzékeny. A beteg és családtag komfortérzete és biztonsága

jelentősen javult. A beteg békében, tünetmentesen otthon töltötte napjait. 25 otthoni hospice vizit látogatás után a beteg otthonában csendesen elhunyt.

KÉRDÉS

Miért nyújt biztonságot a jól kiválasztott kötszer alkalmazása a palliatív ellátásban?

MEGBESZÉLÉS

Több testtájékon találkozhatunk kifekélyesedett daganattal, melyek közül a leggyakoribbak az emlő, gáttájék, végbél, a fejen, nyakon lévő és a száj környéki daganatok. Ezen sebekre jellemző, hogy

- gyógyhajlamuk rosszabb
- fokozott váladékozás, szövetpusztulás figyelhető meg, melyek rendszerint a testüregek felé megnyílnak, ez kellemetlen szagot okoz
- az esetek nagy részében a napi egyszer történő átkötés kevésnek bizonyul, ha a seb bűzös, erősen váladékozik
- szükséges a hozzátartozók megtanítása is az esetleges akut helyzetek (pl.: átázik a kötszer, nagyfokú váladékozás jelenik meg, leesik a kötszer) kialakulása miatt
- gyakori stigmát, szégyenérzetet jelent
- vérzékenyek
- a gyulladással, nekrotikus szak elhúzódó, néha állandósul
- a kezelések ellenére gyakran nincs érdemi javulás, csak stagnálás és néha további romlás figyelhető meg
- a kezelésnek folyamatosnak kell lennie
- gyakran fájdalmas
- életminőséget rontó
- a pszichés állapotot negatívan befolyásolja.

Esetünkben a nyaki régióban kialakuló tumoros seb burjánzása jelentős stigmát, szégyenérzetet, izolációt okozott. Az ellátás során nagy figyelmet kellett fordítani, hogy jó nedvszívó sebpárnát helyezünk fel az intelligens kötszerre. A jól megválasztott kötszerrel biztosítottuk a seb fedését és biztonságot adtunk a beteg és családtagja számára. Ajánlottuk, hogy egy sálal, vagy kendőt is viseljen, mellyel diszkréten tudta takarni az elváltozást. A tumoros sebek kötözésében mindig a kezelőorvos utasításai szerint jártunk el. Esetünkben a palliatív orvos figyelembe vette a beteg

kívánalmait (csökkenjen a váladékozás és vérzés mértéke, szagsemlegesítő hatású legyen, könnyen tudják elvégezni a kötés cseréjét) és jelenlegi állapotát, így a legmodernebb kötszerjavaslattal látta el a beteget. Fia szépen elsajátította a sebkötözés technikáját, jól képzett hozzátartozóként biztonságot adott édesanyjának, illetve az ellátó teamnek is. A beteg fia megkapta az optimális betegedukációt. A rendszeres kötözés alkalmával folyamatosan monitorozni kellett:

- a fájdalom mértékét (szükséges volt a tervezett kötözés előtti fájdalom ellenőrzése)
- a váladék mennyiségét, minőségét (antimikrobiális ezüst kötszerek, speciális nedvszívó képességű habszivacs kötszerek, alginát+sebpárna használata javasolt)
- a szag mértékét (alapos seböblítés, valamint szén-és ezüsttartalmú kötszerek segítségével)
- a vérzés mértékét (alginát kötszer használata ajánlott, fontos a mechanikus sebtisztítás kerülése, illetve a sebfelület kiszáradásának megakadályozása - ezt impregnált lapokkal is elérhetjük)
- a beteg és családtag pszichés állapotát

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A tumoros sebek érzelmileg és fizikailag is kihívást jelenthetnek a betegek és a gondozók számára.*
- 2. A bőrtüneteknek oka lehet a betegség progressziója, a végstádiumú betegséggel vagy az élet végével összefüggő tüneti változások, szövődmények.*
- 3. Minden bőrtünet megköveteli az alapvető ápolási-gondozási kérdésekre való odafigyelést, a kreativitást a kezelési stratégiákban és átgondolt figyelmet a pszichoszociális változásokra. Bár az ellátás céljai között nem gyakran szerepel a gyógyítás, de mindig fő cél a tünetek enyhítése és az életminőség javítása. A megfelelő kötszer kiválasztásával, a változások nyomonkövetésével, és a hozzátartozók edukációjával csökkenthetőek a tumoros sebekkel kapcsolatos legnyomasztóbb tünetek (szag, váladék, fájdalom és a vérzés), elváltozások.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Dr. Csikós Ágnes: Palliatív ellátás. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.: 2022.

Dr. Oláh A: Az ápolástudomány tankönyve. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2012.

Ferrel BR, Coyle N. (szerk.): Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3. kiadás. Oxford, New York: Oxford University Press; 2010.

SZUBKUTÁN INFÚZIÓS PUMPA ALKALMAZÁSA AZ OTTHONI HOSPICE-PALLIATÍV ELLÁTÁS SORÁN

LUKÁCS MIKLÓS

ESET LEÍRÁSA

A 69 éves nőbeteg nyombélfekély miatt operált, struma és hypothyreosis miatt szubsztituált, nyugdíjas pedagógust hónapok óta tartó jobb oldali mellkasi és válltáji fájdalom, fokozódó nehézlégzés panaszával, jobb oldali hydrothorax képével vették fel Sürgősségi Osztályra. A magas D-dimer érték háttérében a tüdőembóliát kizárták, egyértelmű primer tumor a tüdőparenchymában nem észlelhető. Mellkasi folyadékából 450 ml exsudatumot bocsátottak le, a minta adenocarcinomát igazolt. Az elkészített mellkas CT mérsékelten megnagyobbodott nyirokcsomót talált a jobb hilusban. Koponya MR vizsgálat metasztázist nem igazolt, mammográfia viszont jobb oldalon elmosódott szélű, echoszegény képletet írt le, melyből UH vezérelt mintavétel történt, mely tüdőadenocarcinoma jelenlétét bizonyította. Pulmonológiai onkoteam 4 ciklusban kemoterápiát javasolt. Kontrollvizsgálaton novum csonttáttét látszik, de a folyadéktermelés megállt, ezért fenntartó kezelés mellett döntöttek. Az ezt követő mellkas CT a jobb hilusban látott mérsékelten megnagyobbodott nyirokcsomók mérete érdemben nem változott, hydrothorax mennyisége csökkent. A jobb tüdőfélben látott bizonytalan dignitású a pleurával kapcsolódó kötegek és köteges tömörülések kiterjedése is csökkent. Az L.I. és az L.II. csigolyatestben lyticus, metasztázisra gyanús laesiok jelentek meg, patológiás töréssel. Pulmonológiai onkoteam Avastin kezelés folytatását és biszfoszfonát adását javasolta, melyet a beteg 2 ciklusban megkapott. Jobb bordaívénél jelentkező, gerincre és keresztcsontba kisugárzó szűrő típusú fájdalomra sugárkezelést, valamint T. Reltebon 30 mg-0-40 mg gyógyszeres terápiát kapott. ECOG státusza 2. A beteg progrediáló fájdalmai és romló klinikai állapota miatt palliatív gondozásba került.

A beteg ekkor gyenge állapotú, ágyban fekvő, aluszékony, per os bevitele minimális. Fájdalmai erősek voltak (NRS:8-9), a gyógyszereket is nehezen tudta lenyelni. Vizelete minimális, széklete utoljára 2 napja volt. Fia elfogadta édesanyja állapotát, és teljes mindennapos ápolását otthon szeretne volna biztosítani, az otthoni ellátó teamtől szakmai segítségre számított. Fia folyamatos szakmai megerősítést igényelt. Részletesen leírta édesanyja állapotát, tüneteinek változását. Ehhez segítségül adtunk egy fájdalomnaplót. A multidiszciplináris team tagjai közül biztosítottunk dietetikust, aki táplálási tanácsokat adott, gyógytornászt, aki preventív

átmozgatást végzett. Segédeszközökben biztosítottunk nadrágpelenkát, betegalátétet, antidecubitor matracot, háttámaszt. A betegnél erős, görcsös hasi fájdalom és miserere típusú hányás jelentkezett. Ekkor végzett sürgősségi diagnosztikai vizsgálat ileus klinikai képét írta le. A beteg kiterjedt tumoros állapotára és romló performance státusza miatt sebészeti beavatkozást nem javasoltak, így további konzervatív és palliatív terápiát folytattunk a beteg otthonában. A beteg fájdalmára morfin (4 óránként 15-20 csepp) és fentanyl terápiát (Fentanyl TTS 75ug/h) indítottunk. A székrekedésre valamint a bél motilitásának fokozására bélmozgató, székletlazító adását (Sol. Dulcolax 3x15 csepp), valamint a székreció csökkentésére Buscopan szubkután injekciós terápia indult szubkután infúziós pumpa alkalmazásával. Hospice ápoló naponta cserélte a pumpát az előírt dózissal. 3 nap elteltével a beteg nyugodt, fájdalma minimális (NRS:1-2), hasi diszkomfortérzése nincs, minimális székletet ürített. A fia folyamatosan mellette volt, támogatta és kísérte édesanyját. Az utolsó napok ellátása során fia mind lelkileg és spirituálisan is sok támogatást kapott az ellátó teamtől. A team sokat beszélgetett az életvégi ellátással kapcsolatos teendőkről, az utolsó órák ellátásáról. A beteg délelőtti hospice vizit során kontaktusba nem vonható, nyugodt és tünetmentes volt. Fia délután telefonált, hogy édesanyja légzése kihagy, agonizál. Telefonos kapcsolattartás ekkor folyamatos volt. Este fia telefonált, hogy édesanyja örökre elaludt.

KÉRDÉS

Mi a szubkután infúziós pumpa alkalmazásának célja a palliatív ellátásban?

MEGBESZÉLÉS

A szubkután infúziós technika alkalmazása egy általánosan használt eljárás a palliatív ellátás során. Folyamatos 24 órás gyógyszeradagolást és állandó terápiás gyógyszer szintet biztosít a beteg otthonában is. A hordozható fecskendővel ellátott szubkután gyógyszerinfúziós pumpa pozitívan befolyásolja a betegek kényelmét, életminőségüket jelentősen javítja.

Ezen eset rámutatott arra, hogy a könnyebb és folyamatos palliatív terápia kivitelezésében létjogosultsága van az invazív eszközöknek. Esetünkben a nagyfokú fájdalom miatt indikált gyógyszeres terápia súlyos ileusos mellékhatást idézett elő, így a beteg általános állapotának romlása valamint a per os adagolás nehezítettsége miatt nem volt lehetőség a folyamatos terápia kivitelezésére. Így vált szükségessé 24 órán keresztül szubkután pumpa alkalmazása, amivel egy állandó, folyamatos gyógyszer szintet tudtunk biztosítani, mellyel a beteg hasi feszülő érzését csökkenteni, valamint komfortérzetét javítani tudtuk. A szubkután infúziós pumpa

alkalmazásának számos előnye és hátránya van, melyek az alábbi táblázatban kerülnek összefoglalásra:

Előnyök	Hátrányok
<ul style="list-style-type: none"> ○ hatékony tünetkontroll ○ lehetővé teszi több tünet kezelését egyetlen úton beadott gyógyszer/gyógyszerkombinációk használatával ○ az egyetlen beadási mód, mely minimálisra csökkenti az ismételt injekciók vagy többszöri orális gyógyszerek szükségességét ○ a gyógyszerek szubkután beadása kényelmesebb és kevésbé invazív a beteg számára, mint az intravénásan adott gyógyszerek ○ csökkenti a beteg túlzott invazív terápia érzését ○ nagyobb függetlenséget tesz lehetővé a betegek életminőség fenntartásának szempontjából ○ nem csak intézeti és otthoni körülmények között biztosítható a folyamatos gyógyszeres terápia ○ állandó, folyamatos gyógyszer szint érhető el ○ 24 óránként módosítható a gyógyszerek dózisa, összetétele 	<ul style="list-style-type: none"> ○ a gyógyszer szükségletet 24 órás időtartamra előre kell számolni ○ plusz dózis adására nincs lehetőség ○ a helyi reakciók, mint a fájdalom, gyulladás vagy fertőzés, kellemetlen érzést okozhatnak, és megzavarhatják a gyógyszerek bejutását és felszívódását ○ a betegek a halál előtti utolsó terápiai lépésnek tekintik, így az e fajta terápia kivitelezést, beadási módot elutasítják ○ a betegek tüneteit és az infúzió hatékonyságát naponta újra kell értékelni ○ napi ápolási vizitet igényel ○ nagyfokú technikai félelmet kelt a betegben és a hozzátartozókban (pl.: elem csere, műszaki hiba)

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

A megfelelő tüneti kontroll biztosítása érdekében fontolja meg a szubkután infúzió használatát, ha:

- 1. a betegnél fennállnak az alábbi tüneti problémák: hányinger, hányás, dysphagia, szájnyálkahártya laesiók miatti nyelési fájdalom, gyógyszer felszívódási zavar, mechanikus bélobstrukció, tudatzavar, általános gyengeség miatti nyelészavar*
- 2. a beteg agonizációs szakaszban van*
- 3. az orális gyógyszerek felszívódása nem megfelelő*
- 4. a fájdalom vagy egyéb tünet szájon át alkalmazott gyógyszerekkel nem csillapítható*
- 5. folyamatos 24 órán keresztül terápia kivitelezésére van szükség*
- 6. állandó gyógyszer szintet szeretnénk elérni*
- 7. a gyorsabb hatás elérése érdekében szükséges injekciós terápiát alkalmazni, de az invazivitás érzését csökkenteni szeretnénk*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Health and Disability Commissioner (HDC). Decision 05HDC05278. HDC; 2005.
<https://www.hdc.org.nz/decisions/search-decisions/2005/05hdc05278/>

MacLeod R, Vella-Brincat J, Macleod S. The palliative care handbook. 6. Hospice New Zealand; 2012.

Ministry of Health (MOH). Guidelines for syringe driver management in palliative care in New Zealand. Wellington: MOH; 2009.
<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/syringe-guidelines-jul09.pdf>

Mitten T. Subcutaneous drug infusions: a review of problems and solutions. *International Journal of Palliative Nursing*. 2001 Feb; 7(2):75-85.

National Health Service (NHS) Greater Glasgow Primary Care Palliative Care Team. Guidelines for the use of subcutaneous medications in palliative care for adults - primary care and hospices. Glasgow: NHS; 2010.

National Health Service (NHS). Guidelines for health professionals in the community on the use of syringe drivers for adults in palliative care. United Kingdom: NHS; 2010.

Te Omanga Hospice. Te Omanga Hospice syringe driver protocol. Lower Hutt; 2011.

SÚLYOS, VÉGSTÁDIUMÚ COPD LÉGZÉSI ELÉGTELENSÉGGEL

DR. RÓZSAVÖLGYI ZOLTÁN

ESET LEÍRÁSA

A 61 éves, támogató párkapcsolatban élő, aktív dohányos és még aktívan dolgozó beteg COPD akut exacerbációja miatt került első ízben kórházi ellátásra. Megjelenésében egy lesóványodás jeleit mutató, nyugalmi dyspnoés férfi, kinek –részben nehézlégzése, részben némi akcentusa miatt- beszéde időnként nehezen érthető. Hospitalizációja során korábbi inhalatív terápiája modern, fix hármás kombinációjú (LAMA+LABA+ICS) kezelésre lett beállítva GOLD D (korábbi besorolás alapján IV. stádium) csoportba sorolható betegsége miatt.

A módosított gyógyszerelés hatására szubjektív közérzete jelentősen javult, munkáját ellátta, dohányzással felhagyott.

Alig pár hónap múlva azonban egy légúti infekció és annak következtében fellépő fokozódó fulladás miatt került tüdőgyógyászati osztályra, ahonnan mélyülő légzési elégtelenséggel, széndioxid retenciával intenzív osztályra helyezték. Intenzív osztályon intubáció és gépi lélegeztetés indult, valamint empirikusan antibiotikum kezelésben részesült. Kombinált hörgőtágítók, parenteralis szteroid és antibiotikus terápia mellett extubálása sikeres volt.

Kórelőzmény, életkor, funkcionális értékei és végstádiumú betegsége alapján szóba jött tüdőtranszplantáció lehetősége is.

KÉRDÉS

A mindezidáig aktívan élő és dolgozó betegnél COPD-je súlyossága olyan szinthez ért, ami légzési elégtelenséggel párosulva – a dohányzás elhagyásán túl – tüdőtranszplantáció indikációját képezheti. Hogyan közöljük a beteggel és családjával a hírt és milyen palliatív lehetőségeink adóttak vele kapcsolatban a további jövőjét tekintve?

MEGBESZÉLÉS

KOMMUNIKÁCIÓ: a beteg anyanyelvén történő, többszöri, példákkal vázolt megbeszélés rendkívül fontos a további betegvezetést illetően. A hírközlésnek nyugodt körülmények között, a beteg kérését is szem előtt tartva, ám lehetőség szerint legközelebbi hozzátartozóját is bevonva kell történnie. Fontos, hogy a páciensnek legyen lehetősége kérdéseket feltennie és azokra kimerítő választ kapni, félelmeit eloszlatni. A krónikus betegeket jellemző szorongás enyhítése sarkalatos kérdés lehet, sürgősségi esetekre cselekvési terv felállítása és egyeztetése is célszerű lehet (pl. rohamoldó hörgőtágító alkalmazása, morfin cseppek bevetése, családtagok bevonása a kezelési algoritmusba, végső esetben mentőszolgálat értesítése)

TARTÓS OTTHONI OXIGÉN KEZELÉS (LTOT): a súlyos, légzési elégtelenségben szenvedő COPD-s betegek kezelésében elkerülhetetlen kezelési forma, ami megfelelően alkalmazva a várható túlélését evidenciák alapján is javítja, azonban rendszeres alkalmazása a betegben sok esetben a kiszolgáltatottság és stigmatizáció érzetét kelti. Rendkívül fontos az odafigyelő betegvezetés, a család és a beteg közvetlen környezetének támogató hozzáállása, a rendszeres betegdukáció. Nevezett páciens gyorsan felismerte, hogy a tartós oxigénhasználat további életviteléhez elengedhetetlen, melynek előfeltétele volt a dohányzás végleges elhagyása (lsd. aktív dohányzás a tartós oxigénkezelés abszolút kontraindikációját képezi).

SZORONGÁS: krónikus obstruktív tüdőbetegeknél gyakorta megjelenő probléma, mely a dyspnoe mértékét is igen jelentősen befolyásolja, meghatározhatja, így sok esetben észlelhető, hogy a szorongásoldóknak (pl. alprazolam) jótékony szerepe lehet. Jelen esetben is domináns szereppel bírt, és az elindított napi kis dózisé alprazolam kedvező hatásának bizonyult. Mindemellett indokolt lehet adott esetben szakember (mentálhigiénés szakember, pszichoterapeuta, pszichiáter) bevonása is.

SZOCIÁLIS IZOLÁCIÓ: a súlyos tüdőbetegséggel élő egyének beszűkült terhelhetőségük, markáns légúti tüneteik (intenzív -nyugalmi és/vagy terhelési- dyspnoe, köhögés, mellkasi diszkomfort), a részben abból adódó fokozott incontinentia hajlam, libidócsökkenés, hangulatvesztés miatt szeparálódhatnak; így fokozott odafigyelést és támogatást igényelnek. A rehabilitáció, a rendszeres szakmai odafigyelés, gondozás, megfelelő terápiaválasztás és betegoktatás a betegséggel való együttélését, a betegség elfogadását segítheti; javítva ezáltal is a beteg életminőségét.

NIV (NON-INVAZÍV VENTILÁCIÓ): rendkívül hatékony módja lehet a COPD-s állapotromlások (COPD akut exacerbációk) megelőzésének, illetve a relatív gyors állapotrendezésnek adott betegpopulációban (elsősorban súlyos emphysemás karakterrel bíró, szén-dioxid retencióra hajlamos egyének). Szűk betegcsoportban lehetőség van – adott feltételek mellett – otthoni lélegeztetési programban történő felvételhez, ami a beteg életminőségét több ponton is javítja (hypercapniás epizódok elkerülhetők, javul az általános közérzet, csökken a légzőizomzat túlzott igénybevétele és ezáltal a kalória/energiaveszteség is csökken, emellett pedig a beteg étvágya, terhelhetősége javul). Mindez páciensünk esetében is látványos változást hozott (lsd. pl. testsúlygyarapodás, általános közérzet és terhelhetőség javulása) mindennapi életében, életminőségében.

TÜDŐTRANSZPLANTÁCIÓ: egy lehetséges, elérhető, „végső reménysugár” a végstádiumú betegek ellátásában. Szigorú kritériumokhoz kötött. A transzplantációig vezető út nem kevés terhet, időt és energiát jelent mind a páciens, mind a kezelőorvosok számára. Sikeres komplettálás esetén az addig palliatív ellátásban részesülő nem malignus, ám de mégis halálos betegségben szenvedő páciensnek (és nem utolsó sorban családjának) jelent új életet annak minden pszichoszociális és spirituális vonzatával.

Esetünkben egy már tüdőátültetésen átesett beteggel való személyes találkozás és elbeszélgetés, majd azt követően egy tartós otthoni lélegeztetési program keretén belüli elbírálást, részletes kivizsgálást és eszközbeállítást (éjszakai nem-invazív lélegeztetés) követő kiegészítő kezeléssel sikerült elérni mindazt az elfogadható életminőséget, hogy a fenti terápiás rezsim és rendszeres/szoros szakorvosi kontroll következtében páciensünk egyensúlyi állapotban van és a tüdőtranszplantáció is elkerülhetővé vált. Mindemellett napi 4 órában történő további – állapotához igazított – munkavégzési lehetőséget is felajánlottak számára, mely a távlati célok szempontjából és a szorongás oldásában egyaránt új utat nyitottak. Dohányzással felhagyott, oxigén-supplementáció számára elfogadottá és mindennapjai részévé vált.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A COPD gyakran az aktívan dolgozó korosztályt érinti és a beteg további életvezetését alapjaiban felboríthatja, főképp akkor, ha tartós oxigénkezelés válik szükségessé.*
- 2. A rendszeres oxigénhasználat a páciens számára többnyire szégyenérzetet kelthet és izolációval járhat, így a megfelelő edukáció kiemelt jelentőséggel bír e betegcsoportban.*
- 3. Egy nem-daganatos, ám de végstádiumú beteg menedzselése legalább annyi odafigyelést igényel mind pszichoszociális, mind szakmai téren, mint a daganatos betegtársaiké.*
- 4. Tünetek csökkentése*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Christiansen J, Lund R, Qualter P, et al. Loneliness, Social Isolation, and Chronic Disease Outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*. 2021 Mar 20; 55(3):203-215.

Koczulla AR, Schneeberger T, Jarosch I, et al. Long-Term Oxygen Therapy. Current Evidence and Practical, Day-to-Day Considerations. *Deutsches Arzteblatt International*. 2018 Dec; 115(51-52): 871–877.

Lahzami S, Bridevaux PO, Soccal PM, et al. Survival impact of lung transplantation for COPD. *European Respiratory Journal*. 2010; 36:74-80.

Pavlov N, Haynes AG, Stucki A, et al. Long-term oxygen therapy in COPD patients: population-based cohort study on mortality. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2018 Mar 22; 13:979-988.

Sahin H, Varol Y, Naz I, et al. Effectiveness of pulmonary rehabilitation in COPD patients receiving long-term oxygen therapy. *The Clinical Respiratory Journal*. 2018 Apr; 12(4):1439-1446.

SÚLYOS COPD TÜDŐDAGANAT GYANÚJÁVAL

DR. RÓZSAVÖLGYI ZOLTÁN

ESET LEÍRÁSA

A beteg pár napja fokozódó fulladás, köhögés, láz, mellkasi fájdalom, gyengeség, étvágytalanság és hányás panaszaival került kórházi felvételre. Kórelőzményében egy 4-5 éve történt jobb tüdőcsúcsi műtét szerepel, ahol a szövettan aspergillomát igazolt.

Aktív dohányos, aki naponta 10-30 szál cigarettát szív, mindemellett szobafestő-mázolóként dolgozik. Gyógyszereket rendszeresen nem szed.

Fizikális vizsgálattal lesoványodás jelei mellett kifejezetten emphysemás mellkasa és nyugalmi dyspnoe érdemelnek elsősorban figyelmet. A felvételi mellkas RTG kép tüdőfibrosis lehetséges radiológiai jelei mellett tüdőgyulladás, illetve a klinikum függvényében szoliter tüdődaganat gyanúját vetette fel. Funkcionális vizsgálatokkal (spirometria és teljes testpletizmográfia, illetve diffúziós vizsgálat) igen súlyos fokú obstrukció igazolódott kifejezett hyperinfláció jeleivel és igen súlyos diffúziós kapacitás csökkenéssel (COPD GOLD D stádium kifejezett emphysemás komponensekkel).

COPD-je miatt kombinált inhalatív hörgőtágító terápia került bevezetésre. Bár fokozott rizikót magában hordozó (komplett légmell, ill. súlyos légzési elégtelenség kialakulásának veszélye) vizsgálatról lévén szó – a beteg tájékoztatásával és beleegyezésével – a képalkotó vizsgálatokkal (röntgen és CT) megerősített daganatgyanú miatt mellkasfalon keresztüli mintavétel (transthoracalis biopszia) történt, ami neuroendocrin carcinoma high-grade kissejtes típusát igazolta.

KÉRDÉS

A betegnél váratlanul és hirtelen került felismerésre egyszerre legalább 2 súlyos betegség (súlyos COPD és tüdőrák) diagnózisa szerteágazó tünetcsoporttal (légszomj, köhögés, szorongás, cachexia). Milyen további megközelítéssel és palliatív eszköztárral tudjuk segíteni betegünket, mérsékelni tüneteit?

MEGBESZÉLÉS

Az eset kapcsán a malignus és nem malignus kórképek palliatív ellátása ötvöződik egyszerre és vet fel további kérdéseket.

DYSPNOE: sok esetben nehezen objektivizálható, meglehetősen szubjektív panasz, ami jelen esetben a súlyos, eddig nem kezelt COPD-vel magyarázható. Oldásában a hörgőtágítók szerepe elsődleges egyéb kiegészítő kezelési lehetőségekkel megtoldva. Kombinált hörgőtágító (LAMA+LABA) kezelés, fizioterápiás -légzést könnyítő, légzőizomerősítő, légzéstréner-eszközök (PowerBreathe®, ShakerDeluxeFlutter®) és adjuvánsan adott (aethyl-)morphin cseppek alkalmazásával az esetek döntő hányadában kifejezett javulást lehet elérni, ahogyan az a jelen beteg esetében is megvalósult.

KÖHÖGÉS: banális, ám COPD-ben a vezető és sokszor kízó tünetek egyike a dyspnoe mellett. Kezelésében részben ugyanúgy a kombinált inhalatív terápia, illetve az amellet rendszeresen alkalmazott légzőizomtrénerok, fizioterápiás eszközök (inhalátor, PowerBreathe®, ShakerDeluxeFlutter®, PulmoTrainer®) kapnak meghatározó szerepet. Kiemelt jelentőségű továbbá a dohányzás leszokás támogatása, infekciók szanálása, mucolytikumok alkalmazása. Mindezek mellett tisztázandó egyéb etiológiai faktor társulása (lsd. pl. szívelégtelenség, gastrooesophagealis reflux).

DOHÁNYZÁS: szerepe mind a COPD, mind a tüdőrák aktív kezelésénél mérvadó és a terápiák hatékonyságát jelentősen rontja. A dohányzás-leszokás támogatása minden általános orvos elsődleges feladata. Nikotinpótló készítmények mellett speciális gyógyszeres kezelés (lsd. vareniklin), továbbá pszichoterápia is szerepet kaphat. A dohányzás elhagyása potenciózza az aktív onkológiai kezelés sikerességét, javítja az étvágyat és kedvezően hat a terhelhetőségre. A beteg esetében ez irányban vissza-visszatérő megerősítés és folyamatos támogatás szükséges.

CACHEXIA: mind súlyos COPD-hez, mind tüdőtumorhoz gyakorta társul. Mortalitás fokozó tényező. Kezelése sok esetben nem egyszerű, hiszen krónikus obstruktív tüdőbetegség mellett tapasztalható intenzív dyspnoe mellett a légzőizmok fokozott igénybevételével a sarcopenia megjelenése igen jelentős. A roborálás szerepe meghatározó. Mindenekelőtt dohányos betegeknél a dohányzás elhagyása, rendszeres testmozgás (pl. friss levegőn történő nem megerőltető séta), légző(izom)torna, magas kalória-, illetve elsősorban magas fehérjetartalmú táplálékkiegészítők, végső esetben per os szteroid adása sokat javíthat.

Limitált életkilátásokkal bíró betegünk esetében egy személyre szabott elbeszélgetés és a tények felvázolása, melyben nagy szerepet kapott a beteg aktív érdeklődése betegségei iránt, addig vezette, hogy aktív onkológiai kezelésben részesülhetett (kemoterápiát kapott). A kezelés lényegét gyorsan megértette és elfogadta. Tüneteiben érzékelhető javulás lépett fel (dyspnoe, köhögés oldódott), melyhez COPD-re javasolt gyógyszeres terápia konzekvens alkalmazása is hozzásegítette. Mindezeket követően egy elfogadható életminőségben, aktív élni akarásával kapott további élhető hónapokat.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A COPD egy krónikus gyulladós betegség, ami leginkább dohányosokat érint, ezáltal a daganatrizikó is hatványozott. Emiatt a rendszeres követés, gondozás kiemelt fontosságú.*
- 2. A COPD vezető tünete a nehézlégzés (dyspnoe) illetve a köhögés. Egy progresszív, kifejezett funkcióvesztéssel járó, gyakran légzési elégtelenséggel társuló betegség, ami az egyén élet/mozgásterét idővel jelentősen beszűkítheti.*
- 3. A dohányzás elhagyása, a dohányzá-leszokás támogatása, a rendszeres betegoktatás, megfelelő kalóriabevitel, roborálás, kellően fenntartott napi aktivitás, rehabilitáció, pszichés vezetés az életminőséget javítják.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Darcy DM, Donna G, Paul H, et al. Managing dyspnea in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. Canadian Respiratory Journal. 2011 Mar-Apr; 18(2):69–78.

Rocker G, Horton R, Currow D, et al. Palliation of dyspnoea in advanced COPD: revisiting a role for opioids. Thorax. 2009 Oct; 64(10):910-5.

Sanders KJC, Kneppers AEM, Coby van de B, et al. Cachexia in chronic obstructive pulmonary disease: new insights and therapeutic perspective. Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle. 2016 Mar; 7(1): 5–22.

Solomen S. Guidelines for the physiotherapy management of chronic obstructive pulmonary disease. *Physiotherapy – The Journal of Indian Association of Physiotherapists* 2009 Oct; 13(2):66-72

TÁPLÁLÁSTERÁPIA A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN EGY ESET KAPCSÁN

DR. SZIGETI NÓRA

ESET LEÍRÁSA

A 67 éves nőbeteg anamnézisében komolyabb betegség nem szerepel. Egy évvel ezelőtt diagnosztizáltak nála véres székürítés, étvágytalanság háttérében rectum adenokarcinomát. Staging vizsgálatok során multiplex májmetasztázisok kerültek leírásra, a beteg az onkológiai kezelést nem vállalta, így palliatív ellátásba került (férjével él otthonában). A gondozás során a legmarkánsabb, a beteget és a családját is aggasztó tünet az étvágytalanság, később a fogyás volt. Kezdetben a betegvizitek palliatív ambulancián történtek, a táplálkozási anamnézis felvétele során a beteg az ESAS felmérő skálában (1-10) az étvágytalanságra 7 pontot adott, mely számára 7 pontot jelentő szorongást okozott, egyéb tünete nem volt. A dietetikus bevonásával történt családi megbeszélés során átbeszélésre került, hogy mik a beteg kedvenc ételei, és hogyan lehetne ezeket változatosan elkészíteni. A beteg egy hét múlva telefonon beszámolt arról, hogy panaszai jelentősen csökkentek (ESAS: étvágytalanság 5, szorongás 5 pont). Fél év elteltével az étvágytalanság fokozódott (ESAS 8 pont), 3 kg-os testsúlycsökkenés következett be. Naponta többszöri, kis mennyiségű étel bevitelét, és koncentrátum porok ételhez adását (kalorizálás) javasoltuk, a beteg később telefonon elmondta, hogy étvágytalansága csökkent (ESAS 6 pont), testsúlycsökkenése megállt. Néhány hónap múlva fokozódó étvágytalansága (ESAS 8 pont) mellett étkezés után úgy érezte, hogy a gyomra könnyen megtelik (korai teltségérzet), ilyenkor a jobb bordaív alatt feszítő érzése volt, további néhány kg-ot fogyott. Hasi UH vizsgálat hepatomegáliát, növekvő számú és méretű májmetasztázisokat írt le, a laborleletekben a szérum bilirubin kissé emelkedett volt. Prokinetikum és kis dózisu szteroid adása mellett a napi táplálékbevitelt 2x1 Nutridrink tápszer adásával egészítettük ki, többet kipróbálva a beteg a csokoládés ízűt kellemesnek találta. Néhány hónap elteltével jelezte, hogy általános gyengeség, hasi és alsó végtagi vizenyő, jelentős fogyás miatt az ambulancián megjelenni nem tud, fájdalomról nem számolt be. Az otthoni vizit során észleltük cachexiáját, icterusát, jelentős anasarcáját és ascitesét, az ágyat csak néhány lépésre tudta elhagyni. Bélhangjai megtartottak voltak. Laborvizsgálatai során kifejezetten emelkedett szérum bilirubin és alacsony szérum albumin (19 g/l) igazolódott. A

férj kifejezte aggodalmát afelett, hogy felesége keveset eszik és iszik, ki fog száradni és éhen fog halni. A családi megbeszélés során átbeszélésre került a beteg állapota alapján várható, hetekben mérhető életkilátás, az, hogy állapotromlása a betegség természetes lefolyásának következménye, vissza nem fordítható, életminőségének javításához elegendő az általa kívánt étel és ital bevitele, a mesterséges táplálás, azaz a szonda (nazogasztrikus) vagy a stoma (PEG) táplálás életminőségét rontaná, további szövődményekhez (aspirációs pneumonia, újratáplálási tünetegyüttes, felfekvés, ödéma) vezethetne. Az elmondottakat a család elfogadta, a beteg minimális szorongásról (ESAS 2 pont) számolt be.

KÉRDÉS

Milyen lépései lehetnek egy beteg gondozása során a táplálásterápiának és mitől függ, hogy mit válasszunk?

MEGBESZÉLÉS

A táplálásterápia lépései a táplálkozási tanácsadás, a kalORIZÁLÁS, az Iható tápszerek alkalmazása és a mesterséges (enteralis szonda/stoma vagy parenteralis) táplálás. A döntés a beteg és családja bevonásával történik, a beteg tápláltsági állapotán túl életkilátásai határozzák be.

Megbeszélés: A mindennapi palliatív ellátás során az előrehaladott állapotú betegek 70%-ánál észlelhető étvágytalanság (anorexia), leggyakrabban az anorexia-cachexia szindróma részeként. Minden betegvizit során szükséges felvenni a táplálkozási anamnézist, melyet több pontban is érint az ESAS kérdőív. A tápláltsági állapot felmérésén túl (testsúly, BMI, haskörfogat, bőrredő, izomtömeg, MUST score) laborleletek (alacsony hemoglobin és albumin) is utalhatnak a romló fizikai állapotra. Ezek alapján a beteg alapbetegségének, várható életkilátásainak figyelembevételével, dietetikus bevonásával kerülhet sor a családi megbeszélésre, melynek során időt szánva hallgatjuk meg a beteg panaszain és kívánságain túl a család aggodalmait is. Amennyiben a beteg várható életkilátása legalább hónapokban mérhető, a táplálásterápia hatékony eszköz lehet a beteg életminőségének (és járulékosan életkilátásának) javítására. Ennek első lépése a táplálkozási szokások átbeszélése és korrigálása, amit koncentrátum porok ételhez keverése, majd iható tápszerek kiegészítő vagy kizárólagos fogyasztása követhet. Amennyiben a beteg kalóriaszükségletének 50%-a ilyen módon nem biztosítható, mesterséges táplálás (enteralis szonda /nazogasztrikus, nazojejunális/ vagy stoma /PEG, PEJ, sebészi/, illetve parenteralis) válhat szükségessé, melynek bevezetése

mindig nagy dilemma. Csak a több hónapos várható túlélésű betegnél, a beteg kívánságát is figyelembe véve jön szóba ezek alkalmazása, amit azonban szükség esetén időben meg kell kezdeni. Az egy hónapnál rövidebb várható túlélésű beteg esetén ezek a módszerek az életkilátásokat nem javítják, esetleges szövődményeikkel (újrátáplálási tünetegyüttes, ödéma, felfekvés, aspirációs pneumonia) az életminőséget rontják. A terminális állapotú (néhány nap túlélés várható) beteg esetében a családdal meg kell beszélni, hogy a beteg által kívánt néhány korty ital és néhány falat étel is elegendő, ennél több erőltetése felesleges és veszélyes lehet (comfort feeding only).

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A táplálkozási anamnézis felvétele és a tápláltsági állapot felmérése a mindennapi palliatív ellátás része.*
- 2. A táplálásterápia a palliatív ellátás szerves része, alkalmazása a tápláltsági állapoton kívül a beteg várható életkilátásához, kívánságaihoz igazodik.*
- 3. A piramisszerűen felépülő táplálásterápia részei a táplálási szokások korrigálása, a kalORIZÁLÁS, az Iható tápszerek alkalmazása és a mesterséges táplálás.*
- 4. Az időben megkezdett mesterséges táplálás alkalmazása a több hónapos várható túlélésű betegek esetén jön szóba az előny-kockázat mérlegelése, tájékoztatás mellett.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Arenella C: Artificial nutrition and hydration at the end of life: beneficial or harmful? American Hospice Foundation <https://americanhospice.org/caregiving/artificial-nutrition-and-hydration-at-the-end-of-life-beneficial-or-harmful/>

Mózsik Gy, Figler M, Terján É. (szerk.): Szondatáplálás Magyarországon. Budapest: Akadémiai Kiadó; 2000. 50-65.

Taller A: A perkután endoszkópos gastrostomia indikáció, szövődményei, közép-európai gyakorlata. Central European Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2015; 117-121.

Taller A: Mesterséges táplálás és folyadék-pótlás a palliatív ellátás keretében. Central European Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2017; 134-139.

HYPERCALCAEMIA

DR. RUZSA ÁGNES

ESET LEÍRÁSA

A 26 éves fiatal egyedülálló nőbeteget 15 évvel ezelőtt bal oldali mastitis carcinomatosa és szinkron jelentkező szoliter (medence övi) csontmetasztázis miatt diagnosztizáltuk, majd kezeltük az onkológiai osztályon. A terápia ideje két év volt, agresszív kemoterápiát, sugárkezelést kapott, masztektomia és axillaris blockdisszekció történt. A szoliter csontmetasztázis miatt elvégzett lokális sugárkezelés ellenére, az ossealis metastázisok szaporodtak, progressziót észleltünk. Az első áttét megjelenése után fél évvel a teljes csontrendszerre kiterjedő multiplex osteolytikus áttétei alakultak ki. Ekkor minden daganatellenes kezelést elutasított. Rendkívül aktív életet élt, dolgozott, sokat mozgott, túrázott. Fájdalmait NSAID adásával kontrolláltuk, biszfoszfonátot, zolendronsav 4mg/100 ml infúziót kapott havonta. Folyamatosan, lassan az utolsó egy év alatt cachectizálódott, otthoni hospice ellátásban részesült. Rendszeresen kontrolláltuk CT, hasi Uh készült, visceralis áttéte nem volt.

Mentővel, hordágyon érkezett. Néhány nap alatt, elmondása szerint legfeljebb öt nap alatt rapidan romlott az állapota, fáradékonnyá vált, hányogatott. Gyengesége fokozódott, hasi görcsei lettek, zavarttá vált („furcsa, idegen lett a világ”). Csontfájdalma nem volt.

Fizikális vizsgálat: Testmagasság 170 cm, testsúly 45 kg, cachexia. Szürkés-sápadt bőr, száraz tapintatú. Fehér sclerak, pupillák kerek, egyenlőek, fényre reagálnak. Nyelv száraz, bevont. Bal oldali masztektómia gyógyult hege, fizikálisan tumormentes, eltérés nem tapintható. A nyirokrégiók eltérés nélkül. Részarányos mellkas, halk bronchitises zörejek, RR: 100/70 Hgmm, P: 100/min kissé tachycardiás, ritmusos szívhangok halk szisztolés zöreje minden szájadék felett. Has meteoros, kóros rezisztencia nem tapintható, máj elérhető, lép nem tapintható. Alsárödéma nincs. Térben, időben részlegesen dezorientált.

Diagnosztikai vizsgálatok: Laborvizsgálat, hasi UH vizsgálat és koponya MR vizsgálat történt sürgősséggel. Koponya MR: Kiterjedt csontáttétek, intracerebralis eltérés nélkül. HasiUH: A hasban kóros nem látható, kissé nagyobb májban metastázis nincs. Laborvizsgálatokból csak a kóros eltéréseket soroljuk fel. Hb:98 mmol/l, Htk:0,28, CN:8,9mmol/l, kreat: 189 mmol/l, eGFR:28 ml/min, seCa:7,1 (!) mmol/l, seP: 0,9 mmol/l

Diagnózis:

Anaemia G1. Hypercalcaemia G3 (súlyos hypercalcaemia) Metastasis ossei multiplex.

KÉRDÉS

Vajon a hypercalcaemia kimeríti a súlyos életveszélyes állapot kritériumait? Sürgősségi ellátás, palliatív kórházi részleg vagy intenzív terápia végezze a kezelést?

MEGBESZÉLÉS

A hypercalcaemia a hospitalizált betegek 15%-ban fordul elő. A malignus tumorok közül leggyakrabban emlő-, tüdő- és myeloma multiplex betegség előrehaladott stádiumában kell rá számítani. Az incidencia 20-30%. A hypercalcaemia a terminális állapot végén jelentkezik, súlyos esetben akár napokon belül elveszíthetjük a beteget.

Patofiziológiailag a kialakulásában a lokális osteolytikus okon kívül nagyobb arányban, mintegy 80%-ban szerepel a tumor mediálta humoralis (PTH-rP, IL-1, IL-6, TNF –béta) kiváltó ok. Ennek ismeretében akár kevés csonttattétnél is kialakulhat, ha tüdő- vagy emlőrákról van szó. A hypercalcaemia lehet enyhe (se Ca: > 2,8 mmol/l), közepes (se Ca: 2,8-3,5 mmol/l) és súlyos (se Ca: > 3,5 mmol/l). A tünetek erősen függenek a kialakulás gyorsaságától és a fennállás időtartamától. A gyorsan kialakult és súlyosbodó hypercalcaemia vezető tünetei a neuromuskuláris tünetek: gyengeség, fáradékonyság, depresszió, levertség, letargia. Gyakoriak még a gasztrointesztinális tünetek, hányinger, hányás, étvágytalanság, obstipacio, hasi görcsök. A renalis kompenzáló mechanizmusok is megjelenhetnek, úgymint polyuria, következményes polydipsia. Akut esetben a kardiális tünetek és a renalis kalcifikáció ritka, inkább a nem malignus eredetű hypercalcaemiára jellemző.

A terápiás ajánlás egyértelmű, a hypercalcaemia súlyosságától függ. Első és legfontosabb a folyadékpótlás, akár óvatos forszírozott diurézissel, ha a vese állapota ezt megengedi: 3-4 liter NaCl infúzió 24-48 óra alatt, kiegészítve 20-40 mg furozid adásával, mellyel a calciurézist segítjük elő. Megfelelő vesefunkció esetén biszfoszfonátot adhatunk intravénásan. Monitorozni kell a se kreatinin szintet, és a mellékhatásként fellépő lázat, myalgia, hypofoszfatémiát. A hatás lassan alakul ki és gyakran nem tartós. A csontabszorpció gátlását, és a seCa szint csökkenését prompt elérhetjük calcitonin adásával. Dózisa 100 NE 6-8 óránként szubkután vagy intramuscularis injekcióban. Ha az akut szakaszon túl fenntartható hatást akarunk elérni, érdemes denosumabot adni a betegnek 4 hétig hetente 120 mg dózisban, szubkután injekció

formájában, majd havonta egy alkalommal ismételni. A denosumab előnye, hogy károsodott vesefunkció esetén is alkalmazható. Dialízis kezelés csak akkor javallt, ha a beteg várható életkilátása meghaladja a 3 hónapot.

Esetünkben dialízis kezelés nem jött szóba, hiszen a várható élettartam nem volt még három hónap sem. A magas kreatinin szint és az alacsony glomeruláris filtráció miatt miacalcic injekciót kapott szubkután formában 100 NE 6 óránként 4 napig, folyadékpótlás és óvatos forszírozott diurézis mellett. Két hét múlva állapota javult, ismét fenn járt, hányása, hasi görcsei, zavartsága megszűnt. Felügyelet mellett otthonába bocsátottuk. Ekkor se Ca szintje 3,5 mmol/l, se kreat. 136mmol/l, eGFR 41 ml/min volt. A terápia idején denosumab még nem volt elérhető, így a biszfoszfonátot adtuk vissza állapotának javulásával, zolendronsav 4mg/100ml/28 nap formájában, mely laborparamétereit stabilizálta két hónappal később bekövetkezett haláláig.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A hypercalcaemia alattomosan, tünetszegényen alakul ki csontáttétes betegeknél, még biszfoszfonát prevenció ellenére is, akár életveszélyes állapotot is jelenthet, sürgősségi ellátást igényelhet.*
- 2. Tünettana differenciáldiagnosztikai szempontból jelentős csapdákat rejt. Májáttétek, agyi áttét esetén akár sokáig rejtve is maradhat.*
- 3. Csak csontáttétben szenvedő beteg esetén a se Ca szintet rendszeresen monitorozni kell, otthonápolásban is.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Caroll M, Schade D. A practical approach to hypercalcaemia. American Family Physician. 2003 May 1; 67(9):1959-1966.

French S, Subauste J, Geraci S. Calcium abnormalities in hospitalized patients. Southern Medical Journal. 2012 Apr; 105(4):231-237.

Radványi I, Csikós Á, Balogh S. Malignitáshoz társuló hypercalcaemia felismerésének jelentősége. Orv.Hetilap. 2013; 154:1367-1373.

Toke J, Patócs A, Balogh K, et al. Parathyroid hormon–dependent hypercalcaemia. Wiener Klinische Wochenschrift. 2009; 121(7-8):236-45.

A MEGFELELŐ TÁPLÁLKOZÁS FONTOSSÁGA - HITEK /TÉVHITEK

DR. PIKÓ BÉLA, DR. BASSAM ALI, MOLNÁR ZSANETT

ESET LEÍRÁSA

1974-ben született nőbetegnél 2018-ban jobb oldali hemicolectomiát végeztek (adenokarcinoma, Dukes C), majd más intézményben adjuváns kemoterápiát kapott. Testmagassága a műtét előtt 162 cm, testtömege 64 kg volt, BMI: 24,39 kg/m². A kemoterápia végére a BMI 21,34 kg/m²-re csökkent. 2020 januárjában tüdőáttéteket igazoltunk, melyek miatt – tekintve, hogy a tumor RAS mutánsnak bizonyult – bevacicumab és fluorouracil-leukovorin-irinotekán kombinációját (FOLFIRI) alkalmaztuk, eközben a BMI: 19,11 kg/m²-ra csökkent. Progresszió miatt klinikai vizsgálat keretében kezeltük tovább, a BMI folyamatos csökkenése mellett, mely legutóbb 16,8 kg/m² volt.

A beteg férje – aki nemcsak kísérő volt, hanem minden kérdésünkre ő válaszolt felesége helyett – a javasolt gyógytápszert elutasította, részben a beteg laktóz-érzékenysége miatt, részben azért, mivel az ízesítetlenben is van szénhidrát, és neki a vastagbélműtétkor azt mondták, hogy a „daganat a cukortól nő, és a szénhidrátot teljesen ki kell az étrendből hagyni”. Meggyőzési kísérleteink sikertelenek voltak, azt hangoztatta, „hogyan megoszlanak a vélemények”. Dietetikus bevonását feleslegesnek tartotta, s a szemmel látható senyvedés miatt javasolt pszichés támogatást sértődötten utasította el – a beteg helyeslése mellett. Kezelését az általános állapot romlása miatt befejezni kényszerültünk.

KÉRDÉS

Mit lehet tenni ilyen esetben?

MEGBESZÉLÉS

Megoldást nem találtunk.

A betegtől hiába próbáltunk saját véleménye után érdeklődni, minden esetben a férj beszélt helyette, sem panaszait, sem elképzeléseit nem tudta – vagy nem akarta – velünk megosztani. A megbeszélés sikertelen volt; sem a kezelőorvos, sem az ápolók, sem a klinikai vizsgálatban „study nurse” szerepet betöltő diplomás ápoló próbálkozásai nem vezettek eredményre. A nyilvánvaló tények (a diéta ellenére az áttétek megjelenése, a kezelés sikertelensége,

feleségének fogyása, állapotának – az általában tapasztaltnál gyorsabb és súlyosabb – romlása) nem ingatták meg a döntéseket hozó férjet a szénhidrátbevitel elutasításának üdvözítő voltában; ehhez számunkra irracionális módon és mértékben ragaszkodott.

Az esetet két szempontból tartjuk bemutatásra érdemesnek; az egyik a daganatos beteg táplálásának kérdésköre, a másik a kommunikációval járó felelősség.

A daganatos betegek **tápláltsági** állapotának romlása, a mennyiségi és minőségi éhezés, mely az előrehaladott tumoros esetek 50-60 %-ában cachexiába torkollik, nemcsak szomatikus, hanem pszichoszociális kérdés is, amit nagy empátiával kell kezelni, és kerülni kell a beteg (és a család) szembesítését a „valósággal”, mivel ez fölösleges konfliktusokhoz vezethet. A betegek félelme és bizonytalansága elősegíti, hogy az étrend valamely nélkülözhetetlen elemének elvonásában, vagy egyes anyagok (pl. aszkorbinsav, D- és E-vitamin, szelén) extrém feleslegben való adagolásában reménykednek.

Az ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) adatai szerint a betegek mintegy fele kiegészítő vagy alternatív termékeket fogyaszt, egybemosva a rák kialakulását populációs szinten, statisztikailag elősegítő tényezők (elhízás, cukorbetegség) fogalmát a már kialakult kórkép kezelésére alkalmas módszerekkel, jóllehet ezeket az elméleteket klinikai vizsgálatok eredményei nem vagy nem meggyőzően támasztották alá.

Az akaratlanul (vagy éppen üzleti érdekből) félrevezető teóriák egyik példája a ketogén étrend, mely egybemosva Otto Warburg elméletével a daganatos sejtek cukoralapú erjedéses energianyeréséről és a jelenleg parenteralis táplálásban alkalmazott magasabb lipid-tartalmú oldatok használatával, szénhidrátmentes (vagy jobbik esetben -szegény) táplálkozást javasol magas zsírbevitel mellett.

Az Interneten a tumoros betegek számára tilos, veszélyes, vagy éppen szükséges élelmiszerek listája olyan hosszú, hogy annak felsorolására nem vállalkozhatunk, miközben sokkal ritkábban találkozhatunk a világhálón hozzáértő dietetikusok véleményével. Az utóbbi években a teljesség igényével megjelent három, magyar nyelvű onkológia tan-, illetve szakkönyvben a prevenció szempontjából foglalkoznak a táplálkozással, ami lényeges információ, de a betegek által felvetett kérdések megválaszolásában a jelen ismereteink szerint felesleges, sőt, veszélyes táplálkozási „abúzusokkal” szembeni érveléshez nem nyújt segítséget. Az antioxidánsok kemo- és sugárterápia közbeni adása elterjedt jelenség világszerte – erre érdemes rákérdezni, mivel

ezeknek a módszereknek a hatásosságát csökkenthetik, miközben a klinikai vizsgálatok érdemi előnyt ebben a betegcsoportban nem igazoltak.

Mi magunk a betegeknek a diétás tanácsokat a következő gondolatmenetet követve fogalmazzuk meg: a daganat a szervezetnek jelentős megterhelést okoz, amit az alkalmazott kezelések még fokozhatnak is, ezért eleve nem célszerű ilyenkor további megpróbáltatásnak kitenni a táplálkozás drasztikus megváltoztatásával, táplálékok elvonásával vagy feleslegben történő adásával. A – minden zárójelentésünkön szereplő – „könnyű, vegyes, vitaminokban gazdag étrend” fogalmát igyekszünk elmagyarázni, s amennyiben lehetséges, a beteg nemegyszer túlzó elképzelései és az egészséges táplálkozás közötti kompromisszumot keresni.

Az orvos (orvos és szakdolgozó) valamint a beteg (beteg, hozzátartozó, helyettes döntő, döntéstámogató) közötti megfelelő **kommunikáció** alapvető lépés a sikeres együttműködéshez. A párbeszéd elmulasztása – vagy nem megfelelő módon és mértékben való végzése – a viták, félreértések, betegpanaszok vagy akár kártérítési ügyek oka lehet. A probléma nemcsak hazánkban, hanem eltérő egészségkultúrával rendelkező, másfajta egészségügyi partnerséget elváró és gyakorló országokban is fennáll, s a tájékoztatás javítására folyamatos az igény.

Pilling részletesen foglalkozik az orvosi kommunikáció jelentőségével, gyakorlatával, módszertanával, a helyes és helytelen technikákkal, valamint az egyes élethelyzetekre is tanácsot ad. Különösen fontos elem, hogy a betegek nem feltétlenül értik meg – részben a szakkifejezések használata miatt – a kapott magyarázatot, és az információk megjegyzése elégtelen (nem képesek felidézni az elhangzottak 40 vagy akár 80%-át), s a betegek a bizonytalan kommunikációt félreérthetik, saját félelmeik, vagy reményeik szerint értelmezik. Könnyen előfordulhat, hogy a beteg férje által dogmának tekintett „a daganat a cukortól nő, és a szénhidrátot teljesen ki kell az étrendből hagyni” tanács nem vagy nem ebben a formában hangzott el, hanem a hozzátartozó valamilyen ezzel kapcsolatosan felvetett, laikusoktól származó információval kapcsolatban nem kapott egyértelmű választ, az orvos nem tulajdonítva ennek jelentőséget átsiklott fölötte, és ezzel olyan benyomást keltett, mintha egyetértene, s ezt a tekintély általi megerősítésnek tekintették.

Lényeges, hogy az alternatív, komplementer megközelítések „ex cathedra” elutasítása helyett gondoljuk végig, hogy ezek miért népszerűek a betegek (családtagok) körében: holisztikusság ígérete, természetesség utáni vágy, mellékhatás-mentesség ígérete, gyors és teljes gyógyulás vágya, ellentmondás a terápiás filozófiában (biomedicinális versus spirituális magyarázatok).

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A betegek megfelelő táplálkozása, a mennyiségi és minőségi éhezés elkerülése nemcsak az életminőség, hanem adott esetben az onkoterápia kivitelezhetősége szempontjából is fontos tényező.*
- 2. A túlzásba vitt diéták, hatástalan – vagy adott esetben káros – „táplálékkiegészítők” elkerülése együttműködést, az egészségügyi személyzet részéről tapintatot követel, s nemegyszer kompromisszumokkal oldható fel (amik természetesen nem terjedhetnek ki a nyilvánvalóan káros elképzelésekre; pl. antioxidánsok sugár- vagy kemoterápia során történő alkalmazása, extrém nagy dózisu E-, -D, C-vitamin, „B17” vitaminnak reklámozott laetril [amigdalin], súlyos elektrolitzavarok kockázatát hordozó, kávéval végzett beöntéseket is tartalmazó „Gerson-diéta”, elhízódó, felügyelet nélküli léböjt).*
- 3. A megbeszélés során az érthetetlen (vagy félreérthető) kifejezéseket, az amúgy is krízishelyzetben levő beteg számára feldolgozhatatlan mennyiségű információtömeg egyszerre való közlését el kell kerülni, vigyázva a verbális kommunikációban a megfelelő szóhasználatra, és a nonverbális „jelek” adására.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Ambrosone CB, Zirpoli GR, Hutson AD, et al. Dietary Supplement Use During Chemotherapy and Survival Outcomes of Patients With Breast Cancer Enrolled in a Cooperative Group Clinical Trial (SWOG S0221). *Journal of Clinical Oncology*. 2020 Mar 10; 38(8):804-814.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról. *Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi Közlöny*. 2017, LVI. évfolyam, 15. szám 3202-3258. EMMI szakmai irányelv.

Grant SC. Informed Consent-We Can and Should Do Better. JAMA Netw Open. 2021 Apr 1; 4(4):e2110848. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2779253>

Huebner J, Marienfeld S, Abbenhardt C, et al. Counseling patients on cancer diets: a review of the literature and recommendations for clinical practice. Anticancer Research. 2014 Jan; 34(1):39-48.

Mello AT, Borges DS, de Lima LP, et al. Effect of oral nutritional supplements with or without nutritional counselling on mortality, treatment tolerance and quality of life in head-and-neck cancer patients receiving (chemo)radiotherapy: a systematic review and meta-analysis. The British Journal of Nutrition. 2021 Mar 14; 125(5):530-547.

Milazzo S, Horneber M. Laetrile treatment for cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 Apr 28; 2015(4):CD005476.

Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clinical Nutrition. 2021 May; 40(5): 2898-2913.

Pilling J. Orvosi kommunikáció a gyakorlatban. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2018.

Talib WH, Mahmud AI, Kamal A, et al. Ketogenic Diet in Cancer Prevention and Therapy: Molecular Targets and Therapeutic Opportunities. Current Issues in Molecular Biology. 2021 Jul 3; 43(2):558-589.

VANNAK SEBEK, MELYEK BEGYÓGYÍTHATATLANOK... - TUMOROS SEBEK ELLÁTÁSA A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN

DR. TAKÁCS KATALIN

ESET LEÍRÁSA

A 84 éves nőbeteg anamnéziséből kiemelendő alapbetegsége, melyet immunológusok mikroszkópos hematuria, proteinuria, gyorsan progrediáló azotaemia, cutan vasculitis, kétoldali serosus otitis media, pulmonalis fibrosis, livedo reticularis, ANA, pANCA pozitivitás, normochrom, normocyter anaemia alapján mikroszkopikus polyangiitisnek tartottak. 74 éves korában bronchopneumoniát követően került felismerésre visszatérő lázas állapot háttérében alapbetegsége. Progrediáló azotemia ugyanebben az évben a tervezett vesebiopszia elvégzésére a megkezdett közepes dózisú szteroid kezelés mellett normalizálódó vizelet rutin, illetve a kétoldali zsugorvесе ultrahangos képe alapján nem került sor. Szteroid kezelés fokozatos elhagyása után azonban következő év januárjában cutan vasculitisnek is megfeleltethető eltérések léptek fel, purpuriform bőrelváltozások voltak a bőrén. Közepes dózisú szteroidkezelés mellett bőrtünetei jelentős javulást mutattak. Alacsony dózisú cyclophosphamid kezelést kezdtek meg, majd azatioprin kezelésre váltottak, következő évben szteroidkezelést elhagyták. Tartósan inaktívvá vált a betegsége, azonban többször volt infekciója, így 5 év múlva az azatioprin kezelést elhagyták, tartósan, kis dózisú szteroidkezelésben részesült. Vesefunkciója hullámzó, vizelet rutin negatív, ANCA negatív volt. Jelentős bőratrophia miatt vérzékeny sebei nehezen gyógyultak.

Egy éve augusztusában vette észre a kb. diónyi csomót a jobb emlőben. Hozzá tartozó elmondása szerint az évek során egyre súlyosabb fokú kognitív hanyatlást mutató beteg orvoshoz nem volt hajlandó menni, azóta az elváltozás nőtt, kifekélyesedett. Idén áprilisában történt a közepesen súlyos demens, fentjáró betegnél orvosi vizsgálat először. Státuszában ekkor a jobb emlő felső quadránsaiban azt kitöltő, kifekélyeződő karfiolszerűen nekrotikus tumor, idegenszövet szaporulat volt látható. Mammográfián az egész emlőre kiterjedő térfoglaló folyamat látszott jobb oldalon, valamint patológiás nyirokesomók voltak a jobb axillában. A szövettani vizsgálat alapján tripla negatív, lokálisan előrehaladott stádiumú

emlőtumoros betegnél a család és a beteg döntése alapján a műtét nem történt meg, kemoterápiás kezelés nem volt kivitelezhető, ezért palliatív, vérzéscsillapító célú irradiációs kezelést terveztek az onkoteam döntés értelmében. Azonban a beteg állapota, főként demenciája miatt a sugárkezelés sem volt kivitelezhető. Júniusban palliatív szakrendelésen kezdtük el a beteg kezelését. Bázis fájdalomcsillapításra oxycodone/naloxone kezelés indult, kiegészítő fájdalomcsillapításra morfin cseppet, metamizolt kapott, valamint nyugtalanság miatt tiaprid került bevezetésre. A beteg ellátását, gondozását állapota miatt otthoni hospice ellátás keretein belül folytattuk. A beteget idős férje és lánya ápolta otthonában. A kp. súlyos demens nőbeteg folyamatosan, éjszaka is kényszeresen WC-re járt, vizelési, székelési ingerek gyötörték. Tiaprid feltitrálását kezdtük állapottól függően, hozzátartozókkal történt szoros kapcsolattartás mellett. Erős ópiátok gyakori alkalmazása mellett a betegnél subileusos panaszok léptek fel. Székletlazító kezelés folyamatos alkalmazását kértük az ellátóktól. Metoclopramid adására, és scibalázásra a beteg bélpaszázsa beindult. Lányát folyamatosan edukálni kellett, hogy a beteg enyhe fájdalma esetén ne morfin cseppet alkalmazzon, illetve a nyugtalansága hátterében nem csak fájdalom lehetséges. PAINAD skála alkalmazását megtanítottam a beteg lányának. Székletelakadással a demens betegnél delírium tüneteit észleltük, mely miatt clonazepam kiegészítés történt. Gondozásunk során a beteg lábai ödémásodni kezdtek, és július elején a bal lábszár felső harmadában a belső oldalon nagy kiterjedésű, haematoma szegélyezte seb alakult ki. 14x5 cm-es zónában volt a haematoma, melyben 3x3 cm, 1x1 cm, és 2x2 cm-es hámsiányos terület volt látható egymástól 3-5 cm-es távolságban. A bal lábszáron továbbá száraz, pörkös, diszkrét nekrotikus felületekkel, a széleken demarkációt mutató sebek is felléptek. Jobb lábszár középső harmadában frontálisan, oldalsó részen látható sebe 2x3 cm-es, mellette 3 cm-re kezdődően 8x6 cm-es nekrotikus seb volt. A frontális sebnak 30%-ában hámsiány volt látható, mely kp. fokban savósan váladékozott, és enyhe vérzékenységet mutatott. Seb környezete hámló, száraz pergamenszerű volt mindkét lábszáron. A beteg lánya az ismételt, gondos anamnézis felvétele során elmondta, hogy hetek óta nem alkalmazta a betegnek az évek óta alkalmazott szteroidterápiát. A klinikai kép és az anamnesztikus adatok alapján felmerült a cutan vasculitis reaktivációja. Mivel korábban is közepes dózisú szteroid adására a vasculitis okozta sebek regrediáltak, a szteroidkezelést visszaadtam. A sebeket pedig a krónikus sebeknek megfelelően kezeltük szakápoló bevonásával.

KÉRDÉS

Hogyan kezeljük egy vérző tumoros sebet?

MEGBESZÉLÉS

A tumoros sebek a krónikus sebek csoportjába tartoznak, de mégis a többi krónikus sebtől eltérően kell kezelni, ellátása speciálisabb.

A helyi sebkezelést úgy kell módosítani, hogy az kezelje a vérzést (Haemorrhage), a szagot (Odor), a fájdalmat (Pain), az exudátumot (Exudate) és a felületes fertőzést (Superficial infection) is (HOPES). Lokális kezelés tekintetében a tumorszövet felszínéről a nekrosis eltávolítása szükséges, a felülfertőződés elkerülésére antiszeptikus kötszer alkalmazása javasolt. A tumoros szövetek hypervascularizáltak, vérzékenyek, melyek általában kapillárisból erednek. A sebfelülethez tapadó kötszerek eltávolításával kisebb sérülés is vérzést okozhat. Nagyobb vérzés léphet fel, amikor a daganat egy érbe erodálódik. A betegek állapotából fakadóan is növekedhet a vérzésveszély (pl. K-vitamin hiány, kóros vérlemezke funkció).

Helyi haemostaticus szerek alkalmazhatók vérzéscsillapításra: természetes vérzéscsillapítók (kalcium-alginátok, kollagén és oxidált cellulóz), koagulánsok (felszívódó zselatinszivacsból, vagy helyi trombinból), szklerotizáló szerek (ezüst-nitrát, triklór-ecetsav), vazokonstriktorok (epinefrin), fibrinolitikus inhibitorok (tranexaminsav) és összehúzó szerek (timsóoldat, szukralfát). Kiseb vérzés esetén az olyan szerek, mint a kalcium-alginátok könnyen elérhetőek, hamar hatnak, az alvadási kaszkádot aktiválják. Súlyos esetekben szükség lehet egy proximális ér varrására, intravaszkuláris embolizációra, lézeres kezelésre, krioterápiára, sugárkezelésre vagy elektromos cauterizatorra.

A kellemetlen szag és a rothadt váladék fokozott baktériumterheléssel jár, különösen anaerob és bizonyos Gram-negatív (pl. Pseudomonas) organizmusok száma növekszik. A magyar ajánlások szerint azonban a lokális antibiotikum kezelés nem javasolt, a rezisztens baktériumok számának növekedése, a nem megfelelő koncentráció miatt! A felületi fertőzés esetén a lokális antiszeptikus kötszerek csökkenthetik, míg a mély és a környezetre terjedő fertőzés esetén szisztémás antimikrobiális terápiára van szükség.

Az atraumatikus és nem tapadó kötszerek, pl. szilikon túll kötszerek alkalmazása mellett a bőr károsodása, sérülése a kötés eltávolításával minimalizálta a fájdalmat kötéscserékor. Gyengéden, a kötést bőségesen feláztatva javasolt eltávolítani a kötéseket, lehetőleg ritkább kötéscserék mellett. Megfontolandó a szubkután morfinkiegészítés vagy lokális morfin és a lidokain alkalmazása akut vagy sebellátással összefüggő fájdalom esetén. A szisztémás

fájdalomcsillapítás pedig nociceptív fájdalomcsillapítók mellett neuropátiás fájdalomcsillapításra is ki kell terjedjen.

A túlzott nedvesség ideális sebkörnyezetet teremt a baktériumok szaporodásához, különösen akkor, ha a beteg gyenge állapotú. A felesleges váladék eltávolítására a palliatív ellátás során a tumoros sebeknél abszorbens kötszerek alkalmazása javasolt, főként az alginátok, illetve a pelenkatechnikán alapuló szuperabszorbens termékek. A sebellátás során törekedni kell, hogy ne a sarjadást előidéző kötszereket alkalmazzunk!

Gondozásunkba vételkor a betegnél a jobb oldali, erősen vérzékeny emlő tumorra ezüstös tüll kötszert helyeztünk fel nedvszívó sebpárnával, amit film kötszerrel rögzítettünk, melyet a demens beteg kevésbé tud eltávolítani. A film kötszerek alkalmazása kifejezetten ajánlott pergamenszerű, vékony bőr esetén további, a kötészögző által okozott újabb sebek megelőzése érdekében is. A kifejezetten vérző területeken alginát kötszert alkalmaztunk eredményesen vérzéscsillapításra.

A lábszárakon megjelent vasculitis következtében létrejött fekélyeket a krónikus sebeknek megfelelően, sebkezelési irányelvben foglaltaknak megfelelően kezeltük. A nekrotikus fekélyeket hidrogél kötszerrel kezeltük az autolyticus folyamatok felgyorsítása céljából. A kezelés eredményeként a sebek feltisztultak, és a tiszta sebalappal rendelkező fekélyekre már szilikon tüll kötszert tudtunk alkalmazni nedvszívó sebpárnával.

A beteg gondozása, otthoni ápolása során a végállapotban opiát rotációt kellett végezni gyógyszerbeadási nehézségek miatt. Fentanyl tapaszt alkalmaztunk morfin cseppel kiegészítve. A beteg augusztus elején otthonában, a családjá körében hunyt el.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A tumoros sebeknél a lokális sebkezelés során is több szempontot kell figyelembe venni. Kezelni kell a vérzést, szagot, fájdalmat, exsudatumot és a felülfertőződést.*
- 2. A vérzéscsillapítás során, enyhe vérzés esetén lokális haemostaticumok alkalmazása javasolt.*
- 3. Újonnan megjelenő sebek esetén a háttér felkutatása nagyon fontos, mert a lokális kezelés mellett szisztémás kezelés is szükséges lehet. A vasculitises betegnél a szisztémás kezeléssel és a fekélyek megfelelő kezelésével a beteg életminősége javulhatott.*
- 4. A megfelelő sebkezelési technikákkal a beteg szenvedéseit csökkenteni tudjuk, és az életminőséget javíthatjuk.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Daróczy J, et al. A nem gyógyuló (krónikus) bőrsebek ellátásának irányelve. A Bőrgyógyász Szakmai Kollégium jóváhagyásával készült irányelv 2011. átdolgozott formája. <http://repo.lib.semmelweis.hu/handle/123456789/1911>

Evans E, Gray M. Do topical analgesics reduce pain associated with wound dressing changes or debridement of chronic wounds? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2005; 32:287-90.

Kevin W. HOPES for palliative wounds. *International Journal of Palliative Nursing*. 2017 Jun 24; 23(6):264-268. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.6.264>

Kevin YW, et al. Local Wound Care for Malignant and Palliative Wounds. *Advances in skin & wound care*. 2010; 23:417-28; quiz 429-30.

ÉLETVÉGI HIDRÁLÁS GYAKORLATI ÉS ETIKAI SZEMPONTJAI

DR. FRANK NÓRA

ESET LEÍRÁSA

65 éves nőbetegnél a bal alsó végtagi combizom mediális részéből kiinduló lágyrész sarcomat diagnosztizáltak. Neoadjuváns radioterápiában részesült, majd rezekciós műtét történt. A műtétet követő staging CT vizsgálat során multiplex tüdőmetasztázisok igazolódtak. A progresszív daganat miatt többvonalban kemoterápiás kezelés történt, de sajnos a betegség progrediált. A kétoldali tüdőgócok számbeli és méretbeli növekedést mutattak, pleuralis és pericardialis folyadékgyülem jelent meg. Két évvel a diagnózist követően az onkoteam az aktív onkológiai kezeléseket leállította a beteg gyenge általános állapota és a terápia sikertelensége miatt. A beteg cachexia-anorexia szindróma, légzési elégtelenség tüneteivel otthoni hospice ellátásba került. Kis terhelésre jelentkező fulladás, hypoxiás tünetek miatt intermittáló oxigénterápia indult. Kétoldali mellkasi fájdalmai 2x10 mg retard oxycodon adása mellett tolerálhatóak voltak. Neuropátiás fájdalmak, deprimált hangulat miatt este 15 mg mirtazapint kapott. Időszakosan jelentkező áttöréses fájdalmak, illetve fulladásos rohamok orális morfin cseppekkel jól kontrollálhatóvá váltak. Légzéskönnyítésre reggel 8 mg dexamethasont használt tartósan gyomorvédő PPI alkalmazása mellett. Széklete stimuláns laxatívum (senna tea) adása mellett rendszeres volt. Lányával élt együtt, ő segítette otthonában. Közel három évvel a diagnózist követően állapota fokozatosan romlani kezdett, ágyban fekvővé vált, sokat aludt, napról napra kevesebbet evett és ivott. Hypoproteinaemia következtében bokatájakon ödéma jelent meg. Pár hét múlva már csak falatokat evett és kortyokat ivott a beteg. A hozzátartozók megijedtek, hogy a beteg kiszárad, hospice nővérhez fordultak segítségért.

KÉRDÉS

Indítsunk-e mesterséges folyadékpótlást ebben az esetben a beteg életminőségének javítása érdekében?

MEGBESZÉLÉS

Az életvégi mesterséges folyadékpótlásnak nincs egységes gyakorlata. Nemzetközi kutatások szerint gyakorisága az előrehaladott állapotú daganatos betegek életvégi ellátásában intézeti keretek között 50%-88%, míg palliatív és hospice ellátást nyújtó intézményekben alacsonyabb. A betegek és hozzátartozóik nagy része (48-86%) úgy gondolja, hogy a mesterséges folyadékpótlás csökkenti az előrehaladott állapotú betegségben szenvedő páciensek tüneteit (pl. szomjúság, hányinger, hányás, gyengeség), javítja az életminőségüket, akár meghosszabbítja az életüket. Az egészségügyi ellátók, elsősorban a palliatív jártasságú orvosok és ápolók nagy része ellenben úgy gondolja, hogy az életvégi mesterséges folyadékpótlás negatív hatással van a betegek állapotára, ronthatja például a folyadékretenciót (pl. ödéma, ascites, pleurális folyadékgyülem, agyoedema), korlátozza a betegek mindennapjait. Az életvégi mesterséges folyadékpótlás hatása a betegek életminőségére, tüneteire és az átlagos túlélésre vitatott, nincsenek egyértelmű evidenciák a nemzetközi szakirodalomban.

A legtöbb daganatos beteg orális folyadékbevétele radikálisan lecsökken az élet utolsó időszakában. Ez a természetes haldoklási folyamat része, az alapbetegség miatt végbemenő metabolikus változások következménye, a szervezet válaszreakciója.

Az életvégi mesterséges folyadékpótlás megfelelő indikációját mindig individuálisan kell felállítani. Egyéni kezelési tervet kell készíteni a hospice ellátó személyzet, a beteg és a hozzátartozók bevonásával.

Amennyiben a beteg ivásképtelenségének hátterében nem megfelelő tüneti kontroll (pl. heves fájdalom, székrekedés), vagy akut, feltehetőleg reverzibilis állapot (pl. hányás, hasmenés, infekció, szepszis, cardiovascularis shock, hypercalcaemia, opioid toxicitás) áll, infúziós terápia válhat szükségessé. A csökkent orális bevitel okait (pl. stomatitis, mucositis, xerostomia, dysphagia, odynophagia, ízérzés zavara) kezelni kell. A krónikus hányinger, korai teltségérzet, ascites, székrekedés, malabszorpció, bélobstrukció, de bármilyen heves tünetcsoport akadályozza a beteget az evésben és az ivásban. A megfelelő tüneti kontroll elengedhetetlen.

Az életvégi mesterséges folyadékpótlás indikációjának felállításakor elsősorban a beteg tüneteit kell figyelembe venni és hogy ezek mennyire befolyásolják a beteg mindennapjait, nem pedig a véletlenszerűen talált laboreltérések alapján kell dönteni. Az élet végén a hidráltási állapot felmérése nem mindig könnyű feladat. A szájszárazság gyakori tünet (pl. postirradiációs

állapot, anticholinerg terápia, idős kor, szájlégzés stb.), a bőr turgora is megváltozik. Időnként a bevitt és ürített folyadék mennyiségének dokumentációjára is szükség van. Természetes jelenség, hogy a rutinszerűen javasolt napi 1,5-2 l folyadékfelvételre a terminális állapotú betegek jelentős része nem képes.

Amennyiben mesterséges folyadékpótlás indul, individuálisan kell meghatározni a mennyiséget, de a napi 800-1000 ml bevitele hosszabb távon is biztonságos. A hydrodermoclysis (szubkután folyadékpótlás) otthoni ellátás esetén jó alternatíva lehet, maximum 100 ml/h folyamatos sebességgel vagy maximum 500 ml/h bolusok adásával. „Időlimitált kezelést” kell indítani (3-4 nap), naponta felül kell vizsgálni a folyadékpótlás hatását, és csak akkor szabad folytatni, ha a beteg számára előnyökkel jár. Az agónia időszakában a mennyiség tovább csökkentendő, leállítandó. Az orális bevittet kell forszírozni, a választott folyadék elsősorban a beteg igényétől függ. A megfelelő szájhigiéncia biztosítása és szájszárazság csökkentése elsődleges a beteg életminősége szempontjából.

Az infúziós terápia a beteg számára számos mellékhatással járhat: fájdalom, légmell (CVK kanül esetén), infekció (szepszis, endocarditis, peritonitis), trombózis, embolizáció, folyadéktúlterhelés (ascites, perifériás ödéma, pleuralis és pericardialis folyadékgyülem), vércukor- és elektrolitzavar, immobilitás szindróma, tudatzavar. A szondák és stomák extrém diszkomfortot okozhatnak a betegnek, nő az agitáció, szorongás, delírium veszélye. Gasztrointesztinális mellékhatásként nyálkahártya erózió, obstrukció, akut és krónikus vérzés, perforáció alakulhat ki, a tápszer regurgitációja miatt aspirációs pneumonia jöhet létre, illetve a tápszer gyakran okoz hasmenést. Nem bizonyított, hogy a szondatáplálás védelmet nyújtana az aspirációs pneumonia ellen. A tumoros betegek ödémakészsége gyakran fokozott (hypoalbuminaemia, NSAID-ok használata, gyakori vénakompressziós állapotok, szívelégtelenség), volumenterhelhetőségük kisebb, így a folyadékkal való túltöltésnek komoly veszélyei lehetnek.

Gyakori tévhit, hogy a dehidrált haldokló beteg extrém szomjúságot és emiatt diszstresszt érez. Valójában a betegek szomjúságérzése csökken, a dehidrált állapot általában somnolenciával, kognitív hanyatlással jár, diszstressz nélkül. Tanulmányok igazolják, hogy a haldokló betegek szinte soha nem érznek szomjúságot, ha mégis, az apró kortyok itatásával, az ajkak és a száj nedvesítésével megszüntethető.

Az agonális fázisban a dehidrációnak előnyei is lehetnek. Csökken a pulmonalis szekréció, a betegek kevesebbet köhögnek, nem fulladnak. Csökken az ödéma, az ascites és pleuralis

folyadék mennyisége is. Csökken a gasztrointesztinális traktusban a folyadék és szekrétaumok mennyisége, javul a gastrooesophagealis regurgitáció, csökken a hányinger, hányás, javul a puffadás. Csökken a vizelet mennyisége. Immobilis beteg esetén kevesebb a vizelet okozta irritáció, a decubitus veszélye. A katéter behelyezés szükségessége kevesebb, így az infekcióveszély csökkenthető, a katéter okozta fájdalmas hólyagspazmus elkerülhető.

Az agónia felé közeledve mérlegelnünk kell, hogy az infúziós kezelés ténylegesen javítja-e a beteg életminőségét, illetve annak indikációjával nem okozunk-e plusz tüneti terheket.

Esetünkben infúziós folyadékpótlás indítása nem történt, mert a betegnél már fennállt a folyadéktúlterhelés rizikója (meglévő pleurális és pericardialis folyadékgyülem, bokatáji ödéma). A beteg további orális folyadékbevitelét forszírozták, ebbe a hozzátartozókat is bevonták. Megbeszélték velük, hogy összességében napi 500-1000 ml, illetve az agónia időszakában napi 100-300 ml folyadékbevitel is elégséges. A szájszárazság elkerülése friss, hideg víz gyakori kis kortyokban történő itatásával történt. A hozzátartozók edukációja a gyakorlati teendőkre (biztonságos itatás, itató fecskendő használata) is kiterjedt. A szájhygiéna fenntartását (fogmosás puha sörtéjű fogkefével, szájöblítés, száj nedvesítése) hangsúlyozták. A betegeknek és családtagjainak különböző igényeik, gondolataik, félelmeik voltak, ezek megbeszélésére lehetőséget biztosítottak. A hozzátartozókat megnyugtatták, edukálták, hogy szerettük állapota nem azért gyengül, mert nem eszik, nem iszik, hanem pont fordítva, azért nem eszik és nem iszik, mert a betegség halad előre. Többször átbeszélték, hogy az infúzió bekötésével a beteg állapotán nem tudnának javítani, csak felesleges fájdalmat, esetlegesen fulladást idéznének elő.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A legtöbb daganatos beteg orális folyadékbevitelére radikálisan lecsökken az élet utolsó időszakában. Ez a természetes haldoklási folyamat része, az alapbetegség miatt végbemenő metabolikus változások következménye, a szervezet válaszreakciója.*
- 2. Az életvégi mesterséges folyadékpótlás megfelelő indikációját mindig individuálisan kell felállítani. Az életvégi hidrálás megbeszélése a beteggel és a hozzátartozókkal a gondozási folyamat fontos része.*
- 3. Mesterséges folyadékpótlás indításakor "időlimitált kezelést" kell végezni, a dózist naponta felül kell vizsgálni*
- 4. Törekedni kell az orális folyadékbevételre. A szájszárazság friss, hideg víz gyakori kis kortyokban történő itatásával kerülhető el. A megfelelő szájhygiéna fenntartása elsődleges!*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról. Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi Közlöny. 2017, LVI. évfolyam, 15. szám 3202-3258. EMMI szakmai irányelv.

Good P, Richard R, Syrmis W, et al. Medically assisted hydration for adult palliative patients. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 Apr; 2014(4): CD006274.

Higashiguchi, T et al. Guidelines for parenteral fluid management for terminal cancer patients. Japanese Journal of Clinical Oncology. 2016; 46(11):986-992.

Hui D, Dev R, Bruera E. The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. Current Opinion in Supportive and Palliative Care. 2015; 9(4):346-354.

NICE Guideline. Care of dying adults in the last days of life. 2015 Dec 15. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>

Raijmakers NJH, Clak J, van Zuylen L, et al. Bereaved relatives' perspectives of the patient's oral intake towards the end of life: a qualitative study. *Palliative Medicine*. 2013 Jul ;27(7):665-72.

Yamaguchi, T, et al. Effect of Parenteral Hydration Therapy based on the Japanese national clinical guideline on quality of life, discomfort, and symptom intensity in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2012; 43(6):1001-1012.

SZTEROIDTERÁPIA JELENTŐSÉGE INOPERÁBILIS GASZTROINTESTINÁLIS OBSTRUKCIÓ TÜNETI TERÁPIÁJÁBAN

DR. FRANK NÓRA

ESET LEÍRÁSA

A 69 éves nőbetegnél 5 évvel ezelőtt coecum adenocarcinoma miatt jobb oldali hemicolectomiát végeztek, majd posztoperatív kemoterápiában részesült. 3 évvel később petefészkek áttét miatt hysterectomia történt kétoldali adnexectomiával, cseplesz eltávolítással. Röviddel ezt követően ascites és peritonealis carcinosis miatt másodkvonalszintű kemoterápia indult. 8 hónappal később a peritonealis carcinosis progressziót mutatott. A beteg romló általános állapota miatt az aktív onkológiai kezelés felfüggesztésre került, otthoni hospice ellátás indult. Néhány hétre rá a beteg visszatérő faeculens hányások, hasfeszülés, puffadás, diffúz hasi görcsök, székletelakadás miatt sürgősségi ambulancián jelentkezett. Natív hasi RTG-en vékonybél ileus képe látszott. Sebészeti konzílium alapján tekintettel az előrehaladott daganatos betegségére semmilyen sebészeti beavatkozásra nem volt mód. Nasogastricus szondán keresztül kb. 1 liter atóniás gyomortartalmat engedtek le, fájdalomcsillapítás céljából metamizolt és görcsoldásra drotaverint kapott. Hányingerre famotidint és metoclopramidot kezdtek, segítve ezzel a bélmozgásokat. Székletlazításra laktulóz szirup indult. A beteg osztályos felvételt nem szeretett volna, otthonába bocsátották.

KÉRDÉS

Milyen konzervatív terápiás lehetőségünk van a beteg bél-passagának fenntartására, életminőségének javítására?

MEGBESZÉLÉS

A palliatív betegellátásban nagyon gyakran alkalmazunk szteroidokat – elsősorban szisztémás szintetikus glükokortikoidokat – antiinflammatorikus és vascularis permeabilitás csökkentő hatásuk miatt. Gyulladáscsökkentő hatásuk révén a tumor körüli gyulladásos udvar és ödéma is csökken. A terápiás döntés meghozatalában a glükokortikoidok különböző tulajdonságai irányadóak. Nemzetközi gyakorlatban és ajánlásokban a dexamethason a leggyakrabban

alkalmazott hosszú hatású glükokortikoid, legkifejezettebb gyulladáscsökkentő hatása és minimális mineralokortikoid mellékhatása miatt.

A palliatív ellátás során szisztémás glükokortikoid adása számos, gyakran egyidőben jelentkező specifikus és nem specifikus tünet esetén szóba jön, melyek általában együttesen rontják a beteg életminőségét. Vizsgálatok alapján a leggyakoribb specifikus indikáció a gerincvelő-kompresszió, az agyi metasztázis, a lymphangitis carcinomatosa és a malignus bélobstrukció. A leggyakoribb nem specifikus indikáció a fájdalomcsillapítás, az anorexia, a hányinger, a deprimált hangulat. A különböző indikációkban eltérő dózisu szteroidot adunk (dexamethason esetén 2-16 mg/nap).

A szteroidok adjuváns fájdalomcsillapító hatással bírnak a WHO fájdalomlépcsők valamennyi fokán. Ennek patomechanizmusa még nem egyértelműen tisztázott. A daganatok által okozott nyomási tünetek szteroid adásával jól csökkenthetők. Főleg neuropátás és gyulladással járó fájdalmak, csontfájdalmak és májtokfeszülésből eredő fájdalmak enyhítésére alkalmazzuk őket.

Az üreges szervek elzáródásakor a daganat körüli ödéma csökkentő hatásukat használhatjuk ki (inoperabilis, peritonealis carcinosis vagy tumormassza okozta bélobstrukció, légúti és urogenitalis obstrukció esetén). A kortikoszteroidok csökkentik az émelygést, hányást és a fájdalmat, valamint segíthetik az obstrukció feloldását.

A szteroidok csökkentik a nehézlégzést lymphangitis carcinomatosa, pneumonitis, légúti obstrukció esetén is.

Gasztrointesztinális tünetek közül a hányingercsillapítás adjuváns terápiájában alkalmazunk glükokortikoidot. Hányingercsillapító hatásmechanizmusuk még nem egyértelműen tisztázott. A palliatív betegek körében a krónikus hányinger általában komplex, multifaktoriális probléma, a kemoterápia, sugárkezelés, malignus bélobstrukció jól meghatározható okai mellett gyakran állnak a háttérben egyéb okok (pl. agnyomásfokozódás, metabolikus eltérés, gasztrointesztinális motilitászavar, fekély, székrekedés, májtokfeszülés, gyógyszer - pl. opioid - mellékhatás).

Alacsonyabb dózisban a szteroidok növelhetik az étvágyat cachexia-anorexia szindróma esetén, ill. a daganatos betegség progressziójával párhuzamosan kialakuló általános gyengeség, kimerültség szintén szteroid adásának nem specifikus indikációja lehet.

Palliatív sürgősségi állapotokban kiemelt javallatot jelent a vena cava superior szindróma, koponyaúri nyomásfokozódás, valamint ideggyök, plexus, ill. myelon kompresszió. Ilyenkor nagyobb dózisú szteroid adása szükséges. Daganatos hypercalcaemia esetén is adjuváns szerként használható a kalcitonin hatás nyújtására.

A kezelés megkezdése után a mellékhatásokat mindig szorosan követni kell. A betegség prognózisát figyelembe véve terápiás döntésünket a mellékhatások időbeli megjelenése határozza meg. Napok alatt jelentkező mellékhatás a postprandiális hiperglikémia, az ödémakészség fokozódása, az alvászavar, agitáció, nyugtalanság. Hetek alatt jelentkező mellékhatás a proximalis myopathia, a cushingoid tünetcsoport, a gyomorirritáció, a perzisztáló hipertónia, a hangulatzavar és a fokozott infekcióhajlam. A betegek rövid életkilátása miatt szteroid adását a hosszú távú mellékhatások (aszéptikus csontnekrózis, osteoporosis) kialakulásának veszélye nem korlátozza.

Szteroidterápia bevezetése előtt az indikációt pontosan meg kell határozni, a dózist meg kell adni, a terápia időtartamát, a leállítás menetét meg kell tervezni (mellékvesekéreg-elégtelenség megelőzése végett). A hosszú hatástartamú szteroidok (dexamethason) előnye, hogy általában napi egyszeri adagolást igényelnek. Tüneti kontroll szempontjából fontos, hogy a szteroidot a reggeli órákban adjuk, így követve a glükokortikoidok diurnális ritmusát, ill. így az éjszakai alvászavar, agitáció elkerülhető. Szteroid adásakor az orális és parenteralis dózisok azonosak. Orálisan adva is gyors a felszívódás, jó a biohasznosulás. Gyakorlati szempontból ekvivalencia táblázat alapján történik a különböző szteroid készítmények dózisaik közötti átváltás. Általában 5-7 naponta a dózis felülvizsgálandó, hatástalanság esetén a kezelést abba kell hagyni. A palliatív ellátásban alkalmazott szteroiddózisok esetén általában minden esetben szükséges gyomorvédelem alkalmazása.

Esetünkben a beteg 1 hét után jelentkezett palliatív ambulancián. Fokozódó hasi fájdalmak miatt rendszeresen 2-3 x 37,5 mg tramadol/325 mg paracetamol adását kezdték. A daganat körüli ödéma csökkentése érdekében reggel 8 mg dexamethason indult, mely adjuváns fájdalom és hányinger-csillapító hatással is bírt. Gyomorvédelemre reggel 40 mg pantoprazolt kapott. A bélmozgatás és hányáscsillapítás céljából 3 x 10-20 mg metoclopramid és napi 1 bögre senna tea bevezetése történt, melyet székletlazítás céljából 2-3 x 1 evőkanál laktulóz sziruppal egészítettek ki. A betegnek napi többszörös, folyékony-pépes, kis volumenű étkezést javasoltak. Ennek hatására a beteg általános állapota kielégítő, passage fenntartható volt élete utolsó 3 hetében. Hasfeszülése és hasi fájdalmai tolerálhatóvá váltak, hangulata javult.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A krónikus betegek palliatív ellátása során számos, általában együttesen jelentkező specifikus és nem specifikus kínzó tünet teszi szükségessé szisztémás glükokortikoid adását.*
- 2. A betegek rövid prognózisa miatt szteroid adását a hosszú távú mellékhatások kialakulásának veszélye nem korlátozza, terápiás előnyeik egyértelműen felülműlják az esetleges mellékhatások rizikóját.*
- 3. Nemzetközi ajánlások szerint a hazai gyakorlatban is a reggel egy dózisban alkalmazott dexamethason terápia az elsőként választandó.*
- 4. Üreges szervek elzáródásakor a daganat körüli ödéma csökkentő hatásukat használhatjuk ki (inoperabilis, peritonealis carcinosis vagy tumormassza okozta bélobstrukció, légúti és urogenitalis obstrukció esetén). A kortikoszteroidok csökkentik az émelygést, hányást és a fájdalmat, valamint segíthetik az obstrukció feloldását dexamethason esetén 8-16 mg/nap dózisban.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról. Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi Közlöny. 2017, LVI. évfolyam, 15. szám 3202-3258. EMMI szakmai irányelv.

Bellieu J, Emms H, Murray A. Guidelines for the use of corticosteroids in palliative care. 2009. <https://www.nwscnsenate.nhs.uk/files/2814/3394/6186/Corticosteroids.pdf>

Bruera E, Moyano JR, Sala R, et al. Dexamethasone in addition to metoclopramide for chronic nausea in patients with advanced cancer: a randomized controlled trial. Journal of Pain and Symptom Management. 2004 Oct; 28(4):381-8.

Cardenas-Mori J, Lewis-Ramos V. Corticosteroids for common palliative care symptoms #395. Journal of Palliative Medicine. 2020 Jul; 23(7):987-989.

Fletcher A, Murray A. Guidelines for use of steroids in cancer patients by Wigan and Leigh Hospice. 2009.

https://www.researchgate.net/profile/Ali_Aldallal2/post/How_often_do_you_experience_systemic_side_effects_of_glucocorticoids_using_eye_drops_with_dexamethasone/attachment/59d625a379197b8077983f61/AS%3A318546062577664%401452958707609/download/GUIDELINES_FOR_USE_OF_STEROIDS_IN_CANCER_PATIENTS.pdf

Gough L. Use of steroids in palliative care. Guideline of Hospice in the Weald. 2013. https://www.academia.edu/11937987/Guideline_Use_of_Steroids_in_Palliative_Care

Husbands E. Use of corticosteroids. St Michael's Hospice clinical care guidelines. 2006. <https://www.palliativedrugs.com/download/steroidguidelines.pdf>

Lundström SH, Fürst CJ. The use of corticosteroids in Swedish palliative care. *Acta Oncologica*. 2006; 45(4):430-7.

Mercandante S, Casuccio A, Mangione S. Medical treatment for inoperable malignant bowel obstruction: a qualitative systemic review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2007 Feb; 33(2):217-23.

KOMMUNIKÁCIÓ A HOZZÁTARTOZÓKKAL: ÉRZELMI REAKCIÓK KEZELÉSE - AZ INDULATOS HOZZÁTARTOZÓ

DR. POZSGAI ÉVA

ESET LEÍRÁSA

67 éves tüdő tumoros férfi páciens érkezik feleségével fulladásos panaszok miatt a sürgősségre. A páciens ellátása megkezdődik, majd a páciens a sürgősségi fektető részébe kerül. Orvosi dokumentációjából kiderül, hogy terminális állapotú betegről van szó: testszerte áttétei vannak és pár hónappal korábban hospice ellátás lett felajánlva, melyet a páciens nem fogadott el. Már harmadszorra érkezik a sürgősségre hasonló panaszokkal ebben a hónapban. A páciens a vizsgálat után fél órával az ellátása közben meghal. A hír hallatán a páciens felesége érthető módon nagyon szomorú.

A páciens korábban vizsgáló kezelőorvos folytatja a munkáját, épp egy másik páciens vizsgál a kezelőben, amikor erőteljes kopogást követően engedélykérés nélkül benyit egy nő, megáll az ajtóban és odaszól az orvoshoz:

“Maga az apám orvosa? Én a lánya vagyok és most tudtam meg anyámtól, hogy meghalt.

Mit csináltak itt vele, hogy meghalt? Biztos valamit elrontottak!”

Az orvos odalép a hozzátartozóhoz, nyújtja a kezét:

“Dr. XY vagyok, az édesapja kezelőorvosa, és”

A hozzátartozó nem viszonzozza a kéznyújtást és haragosan folytatja:

“Én magával nem fogok kezét. Csak mondja meg, mit műveltek az apámmal.”

Az indulatos hozzátartozó a rendelő ajtajában áll.

KÉRDÉS

Mit tegyen az orvos a friss gyász hír miatt dühös hozzátartozóval, aki őt hibáztatja édesapja haláláért?

Hogyan kezeljük a hozzátartozók érzelmi reakcióit?

MEGBESZÉLÉS

Az előrehaladott stádiumú daganatos betegek gyakrabban keresik fel a sürgősségi osztályokat, továbbá a hospitalizációjuk is nagyobb arányban történik, mint a hasonló korú nem daganatos társaik. Ezért szinte bármelyik osztály ellátó személyzetének fel kell készülnie ezen betegcsoport ellátására és hozzátartozóikkal történő kommunikációra. A palliatív és életvégi ellátásban részesülő pácienseknél a hozzátartozóknak kiemelt szerepük van. A kórházi hazabocsájtások után a családtagokra hárul a feladat, hogy részben vagy teljesen ápolják a beteget vagy gondját viseljék. Éppen ezért fontos, hogy orvosként a palliatív ellátási igényű betegeknek ne csak a pácienssel, hanem a hozzátartozókkal is hatékonyan kommunikáljunk.

Stresszes, nehéz szituációkban, melyek egy páciens súlyos betegsége során többször adódhatnak, gyakran fordulnak elő érzelmi reakciók a hozzátartozók részéről.

Az esetünkben leírt helyzetben a páciens hozzátartozója dühös volt, mert nemrég tudta meg, hogy édesapja meghalt. Noha a páciens állapota terminális volt, és a halála a betegség természetes lefolyásából következett be, a halálhírré haraggal és az orvos hibáztatásával reagált a páciens lánya.

Az érzelmi reakciók kezelésének hatékony módja a NURSE kommunikációs modell elemeinek használata, melyek nem csak haragra, hanem az érzelmek széles skálájára történő megfelelő reagálásra nyújt útmutatót. Lényege, hogy a modell elemeinek alkalmazásával a másik ember - jelen példában a hozzátartozó - iránt kifejezzük az empátiánkat, a megértésünket és a tiszteletünket. Előnye, hogy a hozzátartozó érzelmi állapotának felismerése és arra történő reagálása révén a kommunikációt nyugodtabb mederbe tereljük és fokozatosan elnyerjük a hozzátartozó bizalmát az együttműködéshez. A NURSE modellben az "N" a hozzátartozó által kifejezett érzelmek megnevezésére (**N**aming the emotion); az "U" a hozzátartozó által kifejezett érzelmek megértésére (**U**nderstandability); az "R" a hozzátartozó iránt kifejezett tiszteletünkre, elismerésünkre (**R**espect); az "S" a hozzátartozó iránt kifejezett támogatásra (**S**upport) és az "E" a hozzátartozó iránt kifejezett empátiára, érzelmek tisztázására utal (**E**mpathy, **E**xploring the emotion).

Az eset kapcsán alkalmazott NURSE modell elemeinek bemutatása előtt még egy lényeges szempontot meg kell említenünk.

Minden rossz vagy fontos hír közlésénél kerüljük a nyilvános helyen, például a folyósón vagy az ajtóban történő kommunikációt. A rossz hír közlésénél javasolt ENYHÍTŐ kommunikációs

modellből (angolul: SPIKES modell) ismert első, felkészülést jelentő lépést lehetőség szerint tegyük meg. Ahogy páciensünk hozzátartozója esetében is: friss gyász hír megbeszélésekor ülőhellyel ellátott nyugodt helyszínt biztosítsunk a kommunikációhoz.

Esetünkben az ajtóban álló hozzátartozó dühös szavaira (*“Mit csináltak itt apámmal, hogy meghalt? “Én magával nem fogok kezét.”*) az orvos a NURSE modell “N” és “U” elemeit alkalmazta:

“Látom, hogy nagyon felzaklatta édesapjának a halála. (érzelem megnevezése) Teljesen érthető, hogy ez most megviseli Önt.” (érzelem megértése)

Az első mondatban a hozzátartozók által verbálisan és/vagy nonverbálisan kifejezett érzelmeket az orvos saját szavaival megnevezte, a másik mondatban pedig a hozzátartozó érzéseinek a megértését, mintegy normalizálását fejezte ki az orvos.

Az orvos ezután rögtön javasolja a hozzátartozónak, hogy beszéljenek egy nyugodtabb, privát helyiségben, mely ellen a hozzátartozó tiltakozik először: *“Én nem akarok sehova menni.”* Ekkor az orvos ismét az érzelem megértését fejezi ki válaszként: *“Az teljesen érthető, hogy zaklatott, hiszen nagyon szerette az édesapját.” (érzelem megértése)*

A hozzátartozó ezután beleegyezik, hogy külön helyiségbe menjenek beszélni.

Az orvos egy különálló helyiségbe vezeti a hozzátartozót, ahol székkal kínálja és saját maga is leül. A hozzátartozó először nem akar leülni, még mindig zaklatottan beszél, de haragjának ereje csillapodik, és inkább már az elkeseredettség jeleit mutatja. A korábbi kórházi ellátásról kezd el panaszkodni, és beszéde közben már leül a kínált helyre.

Az orvos a találkozás első pillanatától nonverbálisan is kifejezi empátiáját és figyelmét. A hozzátartozó felé fordulva ül, tartja a szemkontaktust, arcmimikájával, testtartásával tükrözi a hozzátartozó aggódó arckifejezését. Nagyon lényeges ugyanis, hogy az empátia kifejezése ne csak verbálisan, hanem nonverbálisan is történjen, mert ez utóbbi kiegészítés nélkül csak üres mondatok és nem hitelesek a NURSE modell alapján elhangzottak.

Hozzátartozó: *“Annyit volt édesapám kórházba az elmúlt hónapokban. Osztályról osztályra jártunk. Aztán senki nem csinált semmit...”*

Melyre az orvos kifejezi az empátiáját, valamint a nem egyértelmű utalásra rákérdez és tisztázó kérdést tesz fel (E): *“Nagyon nehéz lehetett ezt a hosszú betegséget végig kísérni Önnek, a*

családjuknak...De mire gondol pontosan, amikor azt mondja, hogy “nem csináltak semmit” az édesapjával?”

“Apámnak egyre csak romlott az állapota...Aztán két hónapja mondták, hogy már nem adnak tovább kezeléseket, mert nincs mit tenni vele...”

Az orvos erre empátikusan bólint, majd tovább tisztázza a hozzátartozó által kifejezett érzelmeket (E):

“Ühüm...Értem, nagyon rossz lehetett látni, ahogy egyre gyengül édesapja állapota...Önök talán még bíztak további kezeléseken?”

“Tudtuk, hogy Apu beteg, de még bíztunk benne, hogy kap azért kezeléseket és jobban lesz és... most a halála olyan váratlanul ért. Pedig nagyon vigyáztunk rá: én naponta látogattam, segítettem Anyunak az ápolásban, ahol tudtam” – a hozzátartozó ekkor már halkabban beszél, elkezd sírni.

Az orvos pár pillanatig csendben hallgat, majd odanyújt a hozzátartozónak egy zsebkendőt és előbb az érzelmek megértésével reagál: *“Teljesen természetes, hogy reménykedtek édesapja gyógyulásában, és, hogy a halála most nagyon megviseli Önöket”,*

Majd az orvos kifejezi a hozzátartozó iránt a tiszteletét, elismerését, ahogy a pácienssel foglalkozott. *“Bizonyára sokat jelentett Édesapjának, hogy Ön ilyen sokat vele volt, és gondosan ápolta. Így ezekben az utolsó hónapokban is érezte az Ön és a család szeretetét, Látszik, hogy szépen megápolták.”*

Az elfáradt és aggódó hozzátartozóknak gyakran vannak ugyanis kétségeik, hogy jól végzik-e feladatukat és jól gondozzák-e a beteget, vagy olykor lelkiismeret-furdalás gyötri őket, hogy nem tudnak elég időt tölteni a beteg családtagjukkal. A páciens halála után a hozzátartozóknak néha lelkiismeret-furdalásuk van, hogy esetleg nem foglalkoztak eleget a pácienssel, amíg élt. Gyakran pedig saját munkájukat, magánéletüket is feláldozzák, hogy a beteget ápolják. Ezek miatt nagyon sokat jelent a hozzátartozóknak, ha az orvosok észreveszik, bátorítják és kifejezik elismerésüket vagy megbecsülésüket a hozzátartozó gondoskodásával kapcsolatban.

Esetünkben a hozzátartozó indulatai az orvos empátikus kommunikációja következtében lecsillapodtak, a harag helyére a sírás, mint érzelmi reakció került. Ezzel párhuzamosan a hozzátartozó egyre nagyobb bizalommal fordult az orvos felé, és az elhunyt páciens betegségével kapcsolatban tett fel kérdéseket. Mivel a hozzátartozó ekkorra befogadóvá vált az

ilyen jellegű információra, az orvos még röviden és végig empatikusan beszélt a páciens terminális állapotáról, mely nem tette lehetővé a további kezeléseket, például:

“Bár biztos vagyok benne, hogy az orvoskollégák is azon voltak, hogy minden lehetséges kezelést megkapjon az édesapja, hogy meggyógyulhasson, sajnos ez egy olyan betegség volt, amely már annyira előrehaladott és annyira sok szervét megtámadta az édesapjának, hogy nem tudtak daganatellenes kezelést adni neki.”

Az orvos kifejezi, hogy itt-tartózkodása alatt a páciensnek igyekeztek minden segítséget megadni, és a hozzátartozóknak is felajánlja a támogatását. *“Van-e bármi, amiről még szeretne beszélni, kérdezni? Van-e, amiben esetleg segíthetek?”*

Többféle módon fejezhetjük ki támogatásunkat a hozzátartozók felé. Stresszhelyzetben, súlyos betegségben szenvedő páciensek esetén, amikor a hozzátartozókon több szempontból nagy a nyomás, és sok a bizonytalanság, a családok életében rendkívül lényeges, hogy érezzék az orvos támogatását, ami az adott helyzetben biztonságot nyújt számukra. Esetünkben ugyan már nem tudta az orvos segíteni a páciens gyógyulását vagy tüneti kezelését, viszont az elkeseredett hozzátartozóval történő támogatást kifejező kommunikáció ebben a helyzetben is alkalmazható.

A beszélgetés végére a hozzátartozó megnyugodott: szomorú volt, de már nem indulatos. Búcsúzáskor kezet fogott az orvossal, sőt megköszönte a beszélgetést és az orvos segítségét. Kifejezte, hogy örül, hogy édesapja utolsó kezelőorvosa ilyen empatikus, segítőkész orvos volt.

Az eset leírásából látszik, hogy a NURSE elemeinek alkalmazása rendkívül hatékony eszköz még egy indulatos hozzátartozó megnyugtására is. Javítja az orvos-hozzátartozó kapcsolatot, növeli a kölcsönös bizalmat, továbbá alkalmas bármilyen nehéz, feszültséggel teli beszélgetés nyugodtabb mederbe való terelésére.

A NURSE egyes elemeit a szituációtól függően egyenként is használhatjuk. A technika előnye, hogy kis gyakorlással könnyen elsajátítható, a legváltozatosabb kommunikációs helyzetek kezelésére alkalmas és nem időhöz kötött, azaz egészen rövid kommunikációs helyzetekben (pl. türelmetlen beteg/hozzátartozó reakciója várakozás közben a folyosón) is alkalmazható.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Egy szeretett családtag súlyos betegsége vagy halála erős érzelmi reakciók fellépését válthatja ki a hozzátartozókban.*
- 2. Az érzelmi reakciók hatékony kezelésére alkalmas a NURSE kommunikációs modell, melynek központi eleme az empátikus kommunikáció.*
- 3. A NURSE modell elemeinek lényege, hogy az orvos a hozzátartozó érzelmeit megnevezi és megértését fejezi ki irántuk, valamint kifejezi a hozzátartozó iránt az elismerését/tiszteletét és támogatását, továbbá empátikusan kommunikálva rákérdez (tisztázza) a hozzátartozó érzéseire, gondolataira, amennyiben azok nem egyértelműek.*
- 4. A NURSE modell elemeinek alkalmazásakor az empátiát ne csak verbálisan, hanem nonverbálisan is fejezze ki az orvos.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Back AL, Arnold RM, Baile WF, et al. Approaching difficult communication tasks in oncology. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2005; 55(3):164- 177.

Buckman R. How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals. Baltimore: MD: The Johns Hopkins University Press; 1992. 65-97.

Campbell TC, Wood GJ, Knight CF. Working with families In: Storey CP (szerk.): Communication and the Hospice and Palliative Physician's Role on the Interdisciplinary Team. 3. kiadás. Glenview: American Academy of Hospice and Palliative Medicine; 2008.

Ferris F. Conducting Family Meetings In: Ferris FD, Gustin J, Humphrey L (szerk.). Palliative Care Interdisciplinary Curriculum. Copyright © 2016 Frank D Ferris. PCIC ISBN: 978-0-9884318-1-2. 2016.

Ferris F. Negotiating goals of care. In: Ferris FD, Gustin J, Humphrey L (szerk.). Palliative Care Interdisciplinary Curriculum. Copyright © 2016 Frank D Ferris. PCIC ISBN: 978-0-9884318-1-2. 2016.

Smith RC. Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method. Philadelphia: Pa Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

UTOLSÓ NAPOKRA VALÓ FELKÉSZÜLÉS

DR. KAJTÁRNÉ DR. PAPP EMŐKE

ESET LEÍRÁSA

46 éves dohányos építészmérnök projektvezetőnél hirtelen kezdődő, légvétellel, mozgással, testhelyzetváltozással összefüggő szűró-nyilalló bal oldali hátfájdalom háttérében májajttéteket okozó bal centrális tüdődaganat miatt indult ellátás. A kemoterápiás kezelés elején már gyors állapot- és betegségprogresszió volt észlelhető mellúri folyadékkal, fokozódó atelectasiával, fulladással. Étvágytalanság, korai teltségérzés, hányás, nyelési nehezítettség, gyengeség és fájdalmak képezték még emellett a fő panaszt. Radiológiai vizsgálatok (hasi UH, mellkas CT) alapján egyértelmű volt, hogy a gyorsan növe bal oldali terime a mediastinum felé is növekszik, nyomva a nyelőcsövet, így okozva hányást és nyelészavart. A hasi fájdalom háttérében a növekvő máj, feszülő májtok állt. A Tramadolt hányinger, hányás, kábultság miatt nem tolerálta. Progrediáló állapotromlása és a fokozódó tünetek miatt osztályos felvétel történt. Kérésének megfelelően otthonába való emittálás volt tervezett.

KÉRDÉS

Miképp kezelhető ez a beteg otthonában, mikre kell felkészíteni őt és a családot?

MEGBESZÉLÉS

Amikor egy daganatos beteg esetében kuratív onkológiai ellátásra nincs lehetőség, nem pusztán a daganatellenes kezeléseknél kell a palliatív ellátási formákra törekedni. Esetünkben egy metasztatikusként felismert tüdőrák esetén; amely stádiumra jellemző, hogy legfeljebb a betegek fele él még további egy évig, illetve, hogy jó esetben 20%-os a várható 5 éves túlélés még daganatellenes kezeléseknél is; kezdettől fontos a tüneti kezelés párhuzamos kivitelezése.

A kórházakban megkezdett, jó esetben otthon folytatható szupportív ellátási formák közé gyógyszeres, nem gyógyszeres és pszichés támogatási formák tartoznak.

A konkrét esetről maradván a főbb tünetcsoportok alapján nyújtható kezelések:

Légszomj, légzési nehezítettség:

- Nagy mennyiségű pungálható mellúri folyadék esetén mellkaspunkció, beültethető állandó pleuralis katéter, esetleg diuretikumok
- Oxigén szupplementáció
- Légzőközpont érzékenységet befolyásoló gyógyszerek: opioidok

Étvágytalanság, korai teltségérzés, hányás, nyelési nehezítettség:

Az étvágytalanság kezelése más egy várhatóan még hónapokig, akár évekig élő, fogyni csak mostanában kezdett beteg esetén és más egy utolsó heteit élő páciens esetében. Előbbinél az étvágy javítására megestrol acetat készítménnyel lehet törekedni, de a fokozott trombózis veszélyre fel kell hívunk a figyelmet. A katabolizmusban lévő beteg esetén az étvágy javításával egy ideig fenn lehet tartani egy közel „normális” kalória bevitelt, de azt mindenképp érdemes nagyobb kalóriabevitelű készítményekkel (tápszerekkel) megtámogatni. Ezen készítményekből széles választék áll rendelkezésre figyelembe véve a diabetest, a különböző betegségek esetén a szénhidrát-fehérje arányra vonatkozó eltéréseket és persze a betegek ízlését, a közel 15 féle ízzel.

Korai teltségérzésnek is többféle konkrét oka lehet, de legtöbbször lassult bélműködés okozza (opioidok, relatív szűkületen való lassabb béltartalom áthaladás, stb.). Ezen egyöntetűen segíthet a bél motilitásának fokozása (pl. metoclopramid), a bélgázok megkötése (pl. szimetikonnal) vagy esetleg maga a bél nyálkahártya szekréciójának gátlása (pl. hioszcin-butilbromiddal).

A hányás egy igen sokrétű jelenség, oldalakat meg lehetne tölteni a különböző etiológiájú hányások kezelésével, itt azonban szorítkoznánk a konkrét esetenél fellépő hányás kezelésre. Említett betegünk hányását egyrészt a nehezen tolerált opioid mellékhatásának és a direkt nyelőcső kompresszióknak tartottuk. Amennyiben a beteg állapota már dekompressziós eljárásokat nem tesz lehetővé (ahogy esetünkben sem tette azzá), de még nincs teljes stop a nyelőcsövön, akkor a diétás tanácsok segíthetnek a legtöbbet. Gondolunk itt arra, hogy ha nem is valódi hányásról, hanem valamiféle szűkülettől regurgitáló tartalomról van szó, többet segít a gyakori kis adagokban történő per os fogyasztás, mint a gyógyszerek. Az ételek állaga is igen fontos. Míg a folyadékok aspirációja gyakori, a nem kellően megrágott falatok bolusként a szűkületen elakadva előbb-utóbb regurgitációs „hányás”, vagy a gégeig visszajutva szintén

aspirációt okozhatnak, nyelésük egyébként is fájdalmas. Ezeket figyelembe véve legcélszerűbb ilyen beteg esetében a főzelék, sűrű krémleves, illetve joghurt állagú étel fogyasztása.

Fájdalom:

A fájdalom is egy igen sokrétű tünet, mely alapos gondolkodást, a tünetek pontos felmérését igényli, hiszen nincs olyan fájdalomcsillapító, ami mindenre jó. A betegek fájdalmát csak akkor tudjuk hatékonyan csillapítani, ha értjük mi és hogyan fáj.

A májtok feszülés okozta hasi fájdalom nem a könnyen oldható panaszok közé tartozik. Hatékony lehet a tramadol+szteroid kombináció, melyet esetünkben nem tudtunk teljesen alkalmazni, mivel a tramadol bármily kis dózisa mellett a beteg hányásos panaszai minden alkalommal felerősödtek. Érdemes ilyenkor hasonló családba tartozó, de másik készítményt megpróbálni.

Gyengeség:

A daganatos betegek életének végén szinte sorsszerűen fellép. Triviális oka az anaemia, de sok esetben ionzavar áll a háttérben, vagy akár egyik sem, a panasz mégis fennáll. Hosszabb várható túlélésnél érdemes az anaemiát mérsékelni vaspótlással, akár transzfúzióval, főleg ha a beteg életminősége ettől várhatóan javulni fog. Azonban soha ne transfundáljunk azért, hogy egy laborérték javuljon.

A gyengeség oka sok esetben egyfajta fáradtság. Amennyiben ennek oka a kialvatlanság, alvászavar és a szorongás, ezt igyekezzünk gyógyszeresen mérsékelni enyhe nyugtatókkal, szorongásoldókkal (pl. mirtazapin, alprazolam). Ha lehetőségünk van, vonjunk be a beteg ellátásába pszichológust, akár pszichiátert.

Esetünknel maradva az alábbiakat tettük:

A különböző, de nagyobb megterheléssel már nem járó diagnosztikai eljárások (mellkas RTG, hasi UH, vérvétel) után kulcsfontosságúnak tartottuk a beteggel aktuális állapotáról mielőbb beszélni. Egy folyamatos kommunikáció, a kérdések megválaszolása, a helyzet időről-időre való újra-összefoglalása elengedhetetlen mind a beteg, mind orvosa számára. Ez segíti a tisztánlátást, eloszlathatja a félreértéseket és építi a bizalmat. A fiatalemberrel négy szemközt, tehát nem egy rohanó vizit keretében történt meg ezt a beszélgetést. Fontos törekednünk rá, hogy ilyenkor az orvos ne a „megmondó” legyen, aki mintegy kinyilatkoztat, hanem tegyük fel a kérdést a betegnek, hogy látja ő a saját helyzetét?! Milyen kérdései vannak, van-e bármi, amit

nem ért, amit tudni szeretne. A mi betegünk esetében magas intellektusának megfelelően kellően reális helyzetértékelést kaptunk, igazán bámulatos önerővel. A beteg nem volt sem búskomor, sem tagadó, főleg nem irreálisan felhangolt, élethelyzetét reálisan értékelte, összegezni tudta saját vágyait, s ezek kapcsán tudta feltenni kérdéseit.

A megfogalmazott vágy alapján, miszerint utolsó napjait otthonában szeretné tölteni édesanyjával, aki a kezelések alatt végig támogatta őt, az alábbiak mentén indultunk el:

Tisztáznunk kellett, melyek azok a gyógyszeres lehetőségek, amelyek a beteg állapotán segítenek, feltétlenül kellene. Milyen kiszerezés és adagolás tartozik ezekhez, mihez kell szakorvosi javaslat, mi hol szerezhető be. Meghökkenőnek tűnhet ez egy jól felszerelt centrumkórházban dolgozó számára, de triviális annak, aki egy kis községben sok más faluval egyetemben próbál beteget ellátni egy olyan helyen, ahol gyógyszertár az adott helyen nincs is, speciális készítmények beszerzése pedig minimum napokat vehet igénybe.

Oxigén-szupplementációt is ki kellett telepíteni a beteg otthonába, annak időszakos pótlását is meg kellett oldanunk.

Megszerveztük, hogy a beteg szülői házában egy kis faluban, jó pár kilométerre más településektől, ki az, akihez palliatív ellátás ügyében fordulhatnak.

A gyógyszereken, tápszeren, oxigéneken túl egy ilyen gyenge állapotú beteg esetében lehetetlen a létezés bizonyos segédeszközök nélkül. (Gondoljunk csak bele, milyen nehéz egy nehezen mozgó embernek járókeret nélkül, katéterzsák, sztómazsák, pelenka, WC magasztó vagy hasonló eszközök nélkül az arra rászorulóknál.) Betegünk ágyhoz kötöttsége miatt pelenkajavaslatra és receptre volt szükség. A katéterezés tortúráját elkerülve a vizeletürítés problematikáját is meg kellett oldanunk. Szintén csak elsőre tűnhet egyszerűnek, de a különböző szakvizsgával dolgozó orvosoknak sok esetben ezen eszközökkel való ellátáshoz társintézmények kollégáitól kell konzíliumot kérnünk a javaslatokért, receptekért.

Végül oxigén, morfium cseppek, tápszer+fehérje, metoclopramid, LMWH javaslatával emittáltuk a beteget otthonába.

A beteg még néhány napot tudott otthon tölteni. Édesanyja azt mondta, hogy nem panaszkodott, örült, hogy otthon lehet, majd kórházi emittálása után néhány nappal egy délutánon csendesen elaludt. Nem volt fájdalom az arcán, nem légszomj vagy halálfélelem övezte az utolsó pillanatokat.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Korai palliáció: legyen az a beteg háziorvosa vagy onkológusa, az előrehaladott daganatos betegeknél mindig egy lépéssel igyekezzünk a tünetek elé menni, a kezdődő panaszt idejében kezelni.*
- 2. Tünetek pontos felmérése. A diagnosztika része legyen egy alapos tünetfelmérés, de leginkább az oki tényezőkben gondolkodva kezdjük terápiát. Ha az okot nem is tudjuk eliminálni, ha értjük mi okozza az adott panaszt, könnyebb arra enyhítő terápiát találni. Fogadjuk el azonban, hogy nem vagyunk mindenhatóak, nem tudunk mindent megoldani.*
- 3. Utolsó időszak: eltérő időperiódust jelenthet. Legyen, akihez a beteg vagy családja fordulhat. Az előkészített helyzet, legyen az pszichés vagy fizikális, kevesebb pánikhelyzetet szül. A betegek életének vége így lehet métóságteljes, családjuknak felesleges fájdalomtól mentes.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Blum T, Schönfeld N. The lung cancer patient, the pneumologist and palliative care: a developing alliance. *The European Respiratory Journal*. 2015; 45:211–226.

Farbicka, P, Nowicki, A. Palliative care in patients with lung cancer. *Contemporary oncology* (Poznan, Poland). 2013; 17(3): 238–245.

Hui D, Maddocks M, Johnson MJ, et al., ESMO Guidelines Committee. Management of breathlessness in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*. 2020 Dec; 5(6):e001038.

Iyer NP, Reddy CB, Wahidi MM, et al. Indwelling Pleural Catheter versus Pleurodesis for Malignant Pleural Effusions. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of the American Thoracic Society*. 2019 Jan; 16(1):124-131.

TÁMOGATÁS AZ ÉLET VÉGÉN KÜLÖNBÖZŐ PSZICHÉS INTERVENCIÓK ÖTVÖZÉSÉVEL EGY BETEG KAPCSÁN

DR. TÓTH KRISZTINA

ESET LEÍRÁSA

A 60 éves nőbeteg saját maga jelentkezett telefonon hospice osztályunkon. Betegségével tisztában van: emlő- és petefészek tumor, valamint a petefészek tumornak a hasüregben megjelenő áttétei. Panaszai: hasi fájdalom, székletürítéssel kapcsolatos nehézségek, hányinger és a bélelzáródástól való félelem.

Anamnézisében 7 évvel korábban baloldali emlő tumor miatt részreszekció és axillaris blockdissectio, majd az onkológiai protokoll szerint posztoperatív kemo- és irradiációs terápia szerepel.

4 évvel korábban második primer tumorként petefészekrák igazolódott, mely miatt opus történt. Az ezt követő négy évben folyamatos lokális progresszió és hasüregi – nyirokcsomó és hashártya-metasztázisok kialakulása, majd progressziója volt észlelhető annak ellenére, hogy több alkalommal – onkológiai protokoll szerint – tumor megkisebbitő műtét történt, majd öt különböző összetételű kemoterápiában részesült. Onkológiai terápiája 7 éven keresztül folyamatos volt.

Ezt követően aktív onkológiai kezelés már nem jött szóba, best supportive care – palliatív kezelés javaslatot kapott. A beteg életkilátásait ekkor 3-6 hónapra tették, és amikor megkérdezte, hogy milyen szövődménytől kell tartania, a bélelzáródás veszélyét említették.

Osztályunkra való első felvételekor időszakosan fellépő hányást, hasi fájdalmat és székrekedést panaszolt. Elmondta, hogy a felvételét megelőző napon nagyon megijedt egy rosszullét kapcsán, melyet ő maga pánikrohamnak nevezett, és amelyet verejtékezés és ájulásérzés kísért. A rosszullét fizikailag hányingerből állt. Az anamnézis felvétele közben folyamatosan visszatért a székelési szokásaira, székrekedésére, valamint több alkalommal jelezte, hogy a bélelzáródástól nagyon fél. Felvétele napján gyógyszeres terápiája: Fentanyl tapasz 50 mikrogramm/h, laxatívumok beállítása, illetve módosítása, valamint alprazolam terápia

bevezetéséből állt. Fizikális státuszából a hasban tapintható többszörös terime emelendő ki (hashártya metasztázisok), valamint a jó bélhangok. A gyógyszeres terápia beállítása után néhány nap múlva otthonába bocsájtottuk, folyamatos telefonos kapcsolattartást biztosítva, és lehetőséget adva arra, hogy a beteg esetleges panaszai esetén osztályos kezelésre kerüljön sor. Így a beteg több alkalommal feküdt rövidebb ideig osztályunkon.

Családi anamnézis: négy gyermekét egyedül nevelő pedagógus, aki a hospice osztályra való jelentkezőt megelőző tanévben még óraadóként tanított. Három fia első házasságából született, mindhárom felsőfokú végzettséggel rendelkezik. 23 éves, egyetemista lánya a második férjétől született, akivel nem él együtt. Munkáját mindig pontosan végezte, a legutolsó időszakban is minden órájára készült, óravázlatokat írt. Összességében úgy fogalmazott, „mindig is sokat követeltem magamtól”.

KÉRDÉS

A szomatikus panaszok csillapítása mellett milyen pszichés támogatási lehetőségek merülnek fel a beteg szorongásának csökkentésére?

MEGBESZÉLÉS

A betegnél alkalmazott pszichés intervenciók

Rogersi szemlélet

A Rogersi szemléletben kiemelt fontosságú a szimmetrikus kapcsolat, mely alapja a terápiának, a gyógyító hatásnak. A hospice ellátásban az empátia, a beteg elfogadása, és a valódi gondoskodás azok az alapok, amivel a betegek felé fordulunk. Betegünk esetében ez az odafordulás olyan biztonságot jelentett, ami megnyugtatólag hatott számára. Biztos volt benne, hogy van egy hely, ahová bármikor fordulhat segítségért.

Szorongáscsökkentő technikák

A *relaxációs gyakorlatok* során a test öngyógyító folyamatait mozgósítjuk. Az ellazulás, a passzív koncentráció lehetőséget biztosít a stressz csökkentésére, a közérzet általános javulására, a nyugodtabb pihenésre, illetve akár a pszichoszomatikus tünetek csökkentésére is. Betegünk esetében a relaxációs gyakorlatok kapcsán hosszabb időre volt szükség, eleinte csak annyira emlékezett a gyakorlatokból, hogy „csak annyit mondtak nekem, hogy lélegezzek”. Később, ahogy egyre gyakorlottabbá vált, érzékelhető volt, hogy összességében nyugodtabban

teltek a napjai, figyelme könnyebben terelhető volt a konkrét testi tüneteiről, és szorongásai is hatékonyabban voltak kezelhetők.

A *progresszív relaxáció* során az izmok fókuszált megfeszítésével, majd ellazításával érhetjük el, hogy az izmok ellazultabb állapotba kerüljenek, mint a megfeszítés előtt voltak. A gyakorlás során a gyakorló megélheti, hogy saját maga kontrollálja az izmait, ezáltal én-hatékonyság érzése is növekedhet. Betegünk székletproblémái kapcsán különösen hasznosnak bizonyult az izmok feszítésére – lazítására való fokozott figyelem.

A relaxációs gyakorlatokból kiindulva lehetőség nyílt *imaginatív technika* alkalmazására is, melynek során olyan képeket hívtunk, melyek a beteg biztonságérzetét növelték. A „biztonságos hely” megtalálása lehetőséget biztosított számára, hogy ellazuljon, illetve a későbbiekben ezt a képet tudta mozgósítani szorongáskeltő helyzetekben is.

Kognitív technikák

Betegünk esetében nagy szerepe volt a *kognitív technikák* alkalmazásának is. Ebben az esetben kettős feladata van a beteget ellátó szakembereknek, hiszen nem lehet szétválasztani a pánikrohamoktól szenvedő, szorongó, székletproblémáira beszűkült beteg pszichés támogatását az egyébként valóban végstádiumban lévő tumoros betegség progressziója kapcsán észlelt tünetek kezelésétől.

Fontos volt a folyamatos edukáció, illetve a beteg reális és irreális félelmeinek szétválasztása. Ezen kívül az a precizitás, amivel a mindennapjait élte, a jelen helyzetben is megmutatkozott: gyógyszerelését naplóban vezette, székletürítési problémáit is pontosan jegyzetelte. Úgy tűnt, a strukturált, táblázatba foglalt, leírt tények biztonságot jelentenek számára. Ezt mozgósítva kértük a beteget arra, hogy készítsen *félelem-leltárat, örömleltárat, aktivitási listát és napirendet*.

A félelem-leltárban többnyire szomatikus tüneteivel kapcsolatos félelmek, illetve azokkal kapcsolatos „jövendőmondó” félelmek szerepeltek, mint például: „*félek a fájdalomtól*”, „*félek a bélelzáródástól, hogy a wc-n halok meg, mert azt hallottam, hogy az bármikor hirtelen jöhet*”. Azáltal, hogy ezeket össze tudta gyűjteni, sorra vettük őket és mérlegeltük azok valószínűségét, továbbá azt, hogy mit tehet abban az esetben, ha valamelyik félelmét tapasztalja. Így a bélelzáródással kapcsolatos félelmére vonatkozó mondat az átstrukturálás után a következőképpen hangzott: „*A bélelzáródásnak olyan jelei vannak, amit én az elmúlt időszakban még soha nem éreztem, ezek a jelek amennyiben fellépnek, és orvoshoz fordulok,*

konzervatív módon – bélmozgató gyógyszerek adásával – van esély, hogy segítsenek rajtam. Ha gyógyszerekkel nem sikerül, még műtéti eljárás is szóba jön, és kikerülve az elzáródott bélszakaszt, az ép beleken keresztül megoldható egy időre a helyzetem. Tehát a bélelzáródás nem hirtelen jön, mint derült égből villámcsapás, észre fogom venni, és segítséget tudok kérni. Nem úgy történik a dolog, ahogy képzeltem, hogy bélelzáródást kapok a WC-n és meghalok.”

Az örömleltár és az aktivitási lista megírása jó visszajelzést biztosítottak számára arra vonatkozóan, hogy mennyi mindenre képes, illetve új megküzdési módokat is mozgósítottak. „Örülök, hogy eljött a barátnőm meglátogatni” - mondat kiegészült azzal, hogy „Legközelebb ha eljön a barátnőm, nem csak a lakásban beszélgetünk, hanem lemegyünk sétálni”.

Egy krízishelyzet során is hasznát tudtuk venni a kognitív átkeretezésnek. Egy hétvégi napon hasi fájdalom miatt sebészeti osztályra szállították a beteget bélelzáródás gyanújával. Ez után a beteg telefonbeszélgetésünk során ezt mesélte: „Amikor beértem, azt mondták, semmi keresnivalóm nincs ott, menjek az elfekvőbe, ott várjam a halált, és ne foglaljam el a helyet olyanok előtt, akiken még lehet segíteni”. Sokszor újragondoltuk ezt a mondatot, majd megkértük a beteget, hogy lépésről lépésre mesélje el a történetet, onnan kezdve, hogy megérkezett a mentővel, milyen kórterembe irányították, milyen színű volt a kórteremben a fal, melyik orvos jött oda, ő milyen ruhát viselt, és pontosan mit is mondtak neki. Ekkor a következőképp fogalmazott: „Na jó, nem szó szerint ezt mondták, hanem azt, hogy aktív onkológiai kezelést nem igénylek, műtét nem szükséges, ez egy sebészeti osztály, panaszaim miatt belgyógyászaton jelentkezzek.” Ugyanezen alkalommal a beteg egy másik mondatban is idézte az orvosát, aki amikor fizikálisan megvizsgálta a hasát, azt mondta: „Tele vagyok tumorról, csoda, hogy élek”, de ezt követően már maga javította ki: „Igazából azt mondta az orvos, hogy igen, érzem a hasban a daganatot, ez valóban fájhat, de én persze megint úgy értékeltem, hogy csoda, hogy élek.”

A beteg egy általa autentikusnak tartott orvostól hallotta a 3-6 hónap túlélési időt. Gondolatai ezzel kapcsolatban a következők voltak: „Nekem már rég nem kellene élnem.” „Honnan fogom megérezni, hogy valóban itt a vége?” Az ezzel kapcsolatos beszélgetés során felmerült egy olyan megközelítési mód is, hogy „lám, rácáfoltam az orvos véleményére, lehet, hogy ő tévedett, mivel az elmúlt hónapokban, ha jól belegondolok, csak nagyon kicsit romlott az állapotom, van időm még elrendezni azokat a dolgokat, amikkel eddig nem voltam képes foglalkozni”. A „kell” típusú állítások ilyen módon való átstrukturálása felszabadítóan hatott a betegre.

Méltóságterápia

Harvey Max Chochinov, kanadai pszichiáter hosszú évek óta foglalkozik haldoklók és családtagjaik pszichoterápiás támogatásával. Felismerve ennek az életszakasznak a különleges, más életszakaszoktól eltérő sajátosságait, egy olyan – méltóságterápiának nevezett – rövid terápiás módszert dolgozott ki, amely néhány ülésben, a beteg ágya mellett is végrehajtható, a beteg egyszeri és megismételhetetlen személyiségének megörökítésével, családtagjainak is hosszú távú segítségül szolgál a gyász nehéz időszakára, és azon túl is.

A terápia gyakorlatban a következőképpen zajlik: A méltóságterápia protokollja szerinti kérdések közül néhányat a betegnek átadunk, időt hagyva ahhoz, hogy gondolkodjon a válaszokon. A kérdések által lehetőség nyílik a beteg élettörténetének legfontosabb mozzanatainak felelevenítésére, legfőbb eredményeinek, büszkeségeinek felsorolására, illetve arra, hogy milyen üzenete, vágya van, amit szeretne megosztani másokkal. Ha akarja, magának leírhatja a válaszokat, de a terápiás ülés során hangfelvétel készül azokról. A terápiás szerződés részét képezi, hogy a terapeuta erről egy kissé átszerkesztett szöveget, úgynevezett *generativitási dokumentumot* készít, amit visszaad a betegnek. A beteg eldöntheti, hogy családja és tágabb környezetének tagjai közül kinek vagy kiknek adná át legszívesebben ezt a fontos dokumentumot. Dönthet arról is, hogy a terápián egyedül, vagy valamelyik barátja, családtagja társaságában szeretne részt venni.

A terápiás folyamat döntő mozzanata volt, amikor a beteg gyermekei számára egy füzetet szeretett volna összeállítani, amiben számára fontosnak tartott idézetek szerepelnek. A beteg ezen igényével összhangban került felajánlásra a méltóságterápia, amiben nagy örömmel, és a tőle megszokott alapossgággal vett részt. Így az általa készített idézetes füzet mellett egy olyan írást is örökölni tudott hagyni gyermekei számára, ami nekik is megkönnyítette a gyász folyamatát.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Bio-pszicho-szociális egészként tekintve betegünket a maga valójában, teljességében érthetjük meg igazán.*
- 2. A félelmek, szorongások kezelése hatással lehet a beteg életminőségére egészen az utolsó napokig.*
- 3. Az onkológiai és pszichoterápiás tudás hatékony kiegészítői lehetnek egymásnak olyan esetben, amikor a félelmek alapja a szomatikus állapothoz kapcsolódik.*
- 4. A félelmek és szorongás oldása olyan megküzdési módoknak is lehetőséget biztosít, amelyek korábban rejtve maradtak, csökkentésükkel olyan növekedési potenciál érhető el, ami által a beteg békében tudja családjá körében tölteni az utolsó napjait.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Beck JS. Kognitív terápia kezdőknek és haladóknak. Budapest: Magyar Viselkedéstudományi és Kognitív Egyesület; 2002.

Chochinov HM. Méltóságterápia. Budapest: Oriold és társai kft; 2014.

Davis M, Eshelmann ER, McKay M. Stresszoldó és relaxációs módszerek. Budapest: Park; 2013.

Kulcsár Zs. Egészségpszichológia. Budapest, Magyarország: ELTE Eötvös Kiadó; 1998.

Rogers C, Klein S, Kramer P, Simonfalvy L. Valakivé válni. Budapest: Edge 2000; 2019.

MENTÁLISAN RETARDÁLT BETEG OTTHONI HOSPICE ELLÁTÁSÁNAK KIHÍVÁSAI

DR. TAKÁCS KATALIN

ESET LEÍRÁSA

A 41 éves férfit 6 hónapos kora óta epilepsziával kezelték. Rosszullétei során tónusos axiális és myoclonusos rohamok fordultak elő. Az epilepszia mellett súlyos fokú mentális retardációval élte végig életét, nem beszélt. A beteg testvére hasonlóan epilepsziás rohamok és súlyos fokú mentális retardáció miatt igényelt teljes ellátást. A két férfit szülei ápolták a nap 24 órájában, teljes szimbiózisban. Tavaly júliusban a betegnél ileust okozó sigma tumor miatt Hartmann műtétet végeztek. Szövettan adenocarcinoma coli volt. Idén januárban a beteg tünetmentes volt, staging CT-k negatívak voltak. Ekkor a beteget Sürgősségi Betegfogadó Osztályon vizsgálták hányás, hasi fájdalom miatt. 1 napja a stoma-zsákba nem ürült széklet, csak gázok. Laboratóriumi eredményekben érdemi kórjelző nem volt. Natív hasi rtg. vizsgálaton kifejezett passage zavar röntgen képe látszott. Sebész szakorvos próbálta vizsgálni a beteget, aki gyakorlatilag hozzáférhetetlen, kifejezetten agresszív állapotban volt. A fiatal betegnél durván puha, betapintható hasi státuszt észlelt renyhe, 1-1 bélhang mellett. Akut hasi CT vizsgálaton novum volt a máj mindkét lebenyében számos metasztázis, melyek közül a legnagyobb a 6-os segmentumban 4 cm-es volt. Két nagy bal oldali peritonealis áttét látszott, melyek közül az umbilicus szintjében látott nagyobb képlet beszűrte a hasfali izmokat és a környező vékonybélkacsokat. Sebészeti konzílium értelmében tüneti terápia (fájdalomcsillapítás, rendszeres hashajtás) javasolt. A beteget édesanyja otthonában kívánta tovább ápolni. Házi orvos irányította otthoni hospice ellátásba a beteget, február elején otthoni hospice ellátásba is tudtuk venni. A páciens performance státusz felmérése során ECOG: 3-4, Karnofszky: 30-40% volt.

A beteg vizsgálata az édesanya szoros bevonásával történt minden alkalommal. Nyugalmi fájdalomra utaló jel nem volt. Fizikális vizsgálat során édesanyja elmondta, hogy artikulálatlan kiabálása nem fájdalomjel. Hasa puha, betapintható, kifejezett nyomásérzékenység nincs, egy-egy renyhe, csengő bélhang hallható, stoma-zsák üres volt. Nagy peritonealis áttétek voltak tapinthatók a hasban. Szomatikus tünetek közül kielemelendő a napi kétszeri hányás, illetve

három napja nem volt széklete a stoma-zsákban. Napi szinten van epilepsziás rohama a betegnek, mely nem novum. Gyógyszeres terápiájában hármass kombinációjú antiepileptikus terápia szerepelt.

KÉRDÉS

Hogyan mérjük fel egy mentálisan retardált beteg fájdalmát?

MEGBESZÉLÉS

Egy mentálisan retardált vagy kognitív károsodást mutató beteg esetén mindig a beteg vizsgálata mellett szoros együttműködés szükséges a beteget ellátó, a beteget jól ismerő ellátó személyzettel. A fájdalomanalízis során hozzátartozóval való részletes beszélgetés, körültekintő anamnézisz felvétel elengedhetetlen. Belgyógyászati, mozgásszervi, neurológiai vizsgálat mellett felmérjük a beteg pszichés állapotát, mentális retardáció vagy demencia mértékét is. Dokumentáció áttekintése, klinikai adatok áttekintése során rtg. képek, CT felvételek megtekintése is sok értékes információval szolgálhat. A fájdalomra vonatkozó kérdések (pl. lokalizáció, intenzitás, jelleg, fennállása, időtartama, kisugárzás iránya, fájdalmat provokáló tényezők vagy enyhítő tényezők, illetve, hogy a beteg éjszakai nyugalma zavarja-e a fájdalom) mellett a gyógyszerelésre vonatkozó kérdések megválaszolása is nagyon fontos (pl. Milyen analgeticumokat szedett? Milyen rendszeresen? Milyen dózisban? Mennyire voltak hatékonyak? Voltak-e zavaró mellékhatások?) Fájdalomnapló vezetése segíthet az optimális kezelés beállításában.

Igyekeznünk kell meghatározni a fájdalom valószínűsíthető okát, fájdalom típusát, létrejöttének mechanizmusát (nociceptív, neuropátiás vagy kevert típusú fájdalom). Figyelemmel kell lenni az esetleges módosító tényezőkre, terápiát befolyásoló társbetegségekre (pl. gyógyszerek felszívódása, megoszlása, metabolizmusa, kiválasztódását befolyásoló tényezők), potenciális mellékhatások rizikójára (pl. idős kor, szívelégtelenség, BPH, ulcusos anamnézis), gyógyszerinterakciókra.

A fájdalom mértékének objektivizálása szinte lehetetlen, a fájdalom szubjektív. A fájdalom az, amit a beteg annak mond. Skálákat használhatunk kognitív károsodást nem mutató betegeknél, azonban a Visual Analogue Scale (VAS), a Numering Rating Scale (NRS) vagy az időseknél jól alkalmazható egyszerű verbális leíró skála csak ugyanazon beteg esetén összehasonlítható és használható. A pszichés állapot azonban jelentősen befolyásolni képes ezen értékeket, illetve az értékelhetőséget.

A mentálisan retardált, és kognitív károsodást mutató betegeken is feltétlenül szükséges a fájdalom felmérése. Ennek érdekében fejlesztették ki a PAINAD (Pain Assessment in the cognitively impaired) skálát, ahol a beteget ellátónak:

- a légzést (0 normál; 1 időnként erőltetett, rövid hyperventillációs epizód; 2 hangos, erőltetett légzés, hosszú hyperventillációs periódus, Cheyne-Stokes légzés),
- a negatív vokalizációt (0 nincs; 1 időnként nyög, nyöszörög, halk beszéd negatív, vagy helytelenítő hangsúllyal; 2 ismételt feljajdulás, hangos nyögés, nyöszörgés, sírás),
- az arckifejezést (0 mosolyog vagy kifejezéstelen; 1 szomorú, riadt, homlokát ráncolja; 2 grimaszolás),
- a testtartást (0 ellazult; 1 feszült, ideges járkálás, nyugtalanul fészkelődik; 2 merevség, ökölszorítás, felhúzott térdek, odahúzás, vagy eltolás, csapkodás) és
- a vígasztalhatóságot (0 nem szükséges megnyugtatni; 1 érintéssel vagy verbálisan megnyugtatható vagy figyelme elterelhető; 2 nem lehet megnyugtatni, megvígasztalni)

kell értékelni, és ezen értékek összességéből tudunk következtetni a beteg fájdalmának a mértékére. Pontozás alapján enyhe fájdalomra kell gondolni 0-3-ig, középerős fájdalomról van szó, ha 4-6 közötti pontszámot kapunk, illetve erős fájdalommal állunk szemben 7-10-ig.

A kezelést illetően mindig törekedjünk a fájdalomnak megfelelő gyógyszert választani, azt megfelelő dózisban alkalmazni, a fájdalomcsillapítókat rendszeresen, fájdalom megelőzésére, nem pedig esetileg, már kialakult súlyos fájdalmak esetén alkalmazni (bazális fájdalomcsillapítás), hiszen a tumoros fájdalmak a krónikusan fennálló fájdalmak közé tartoznak. Az adagolás módja fizikális és mentális állapottól függően történjen (orálisan, transzdermálisan, rectalisan, infúzióban, szubkután, szubkután pumpával), és a fájdalomcsillapítókat lépcsőzetesen vezessük be adjuváns készítményekkel kiegészítve (pl. kortikoszteroidok, biszfoszfonátok, izomrelaxánsok, spasmolitikumok/anticholinerg szerek, triciklikus antidepresszánsok, antikonvulzív szerek, szorongáscsökkentők, antibiotikumok, diuretikumok). A kontroll nagyon fontos, hogy a kívánt hatás, esetleges mellékhatásokat idejében észleljük és korrigálni tudjuk. Az áttörésszerű fájdalomra mindig gondolni kell, amikor a fájdalom-epizódok rövidek (<30 perc), nagy intenzitásúak, hirtelen lépnek fel. Spontán fellépő fájdalom lehet pl. egy hasi colica, illetve előre kiszámítható módon (incidentális fájdalom) is felléphet, amikor mozgás indukálta fájdalom lép fel csontmetasztázis, degeneratív eltérések miatt, vagy nyeléshez, étkezéshez kötött fájdalom lehet. Terápiát illetően rövid hatású opiát alkalmazása jön szóba, melyek közül elérhető hazánkban is a szubkután beadott morfin, illetve

az otthoni ellátásban is könnyen használható orális morfin cseppek. Mozgás indukálta fájdalomnál ne feledkezzünk meg a fizikai tehermentesítésről, pl. járókeret használatáról sem.

A betegünk esetén a kezdeti terápiás döntésünk metamizol cseppek alkalmazása és spasmolyticummal való kiegészítése volt. Gondozásunkba vétel előtt a betegnek háziórvosa a Fentanyl tapaszt már felírta. Jelen esetben a subileusos betegnél azonban a PAINAD skála alapján enyhe fájdalmak mellett még opiát bevezetését nem tartottuk szükségesnek.

Hányások miatt metoclopramid bevezetése mellett rendszeresen laxatívum adását javasoltuk a beteg édesanyjának. Obstipáció háttérében bélobstrukció állt jelen esetben. Bélelzáródás gyanúja esetén minden esetben a beteg általános állapota és életkilátásai alapján kell dönten a további ellátási tervről. Inoperabilis esetekben mérlegelni kell a nasogastricus szonda levezetését, stent behelyezés lehetőségét. Amennyiben ez sem jön szóba, teljes konzervatív terápiát kell alkalmazni. Fontos tudni és a hozzátartozót figyelmeztetni erre, hogy prokinetikum alkalmazása mellett a peristaltica fokozásával colica jöhet létre, ilyen esetekben le kell állítani az használatát. Hányás csökkentésére haloperidol, ödéma csökkentésére szteroid, fájdalomcsillapításban opiát (amikor már azt akarjuk, hogy a belek ne mozogjanak) adása jön szóba. Szekréció csökkentése érdekében teljes ileusban anticholinerg szerek alkalmazhatók (Atropin, scopolamin szakaszos adagolás per os, vagy subcutan pumpában). Ileusos betegnél ionzavart ki kell zárni (hypokalaemia, hypercalcaemia).

3 nap múlva történt telefonos kontroll, amikor a beteg édesanyja beszámolt arról, hogy az első éjszaka korábbiakhoz képest sok epilepsziás rohamja volt a betegnek. Konzultáció történt a gondozó neurológussal az antiepileptikus terápia módosításáról. A hármas kombinációból csak a lamotrigin folytatása mellett döntött. A betegnél rendszeresen megtörtént a fájdalomcsillapítók alkalmazása, és az epilepsziás rohamok száma korábbiaknak megfelelő mértékűre csökkent. Nagy valószínűség szerint az epilepsziás rohamok megsokszorozódása háttérében is fájdalom állhatott. 3-4 naponta történt telefonos konzultáció, mely szerint a betegnek 2 naponta van a stoma-zsákban széklete, 2 naponta van egy-egy hányás, ami ételmaradék. Jól itatható a beteg. Két hét elteltével novum tünetként jelentkezett a csuklás, illetve éjszakai hányások léptek fel két éjszaka. Étvágytalanná vált a beteg, és nagyon keveset evett. Haloperidol csepp adását kezdtük, valamint dexamethason kiegészítés történt. Szülőket újra edukáltuk a táplálás tekintetében, orális tápszer adását kezdtük. 4 nap múlva a beteg általános állapota romlott, ECOG 4 volt már a performance státusza. Otthoni kontroll során fizikális vizsgálattal észleltem a betegnél csengő bélhangok jelenlétét, valamint a hasban

tapintható terimék méretének növekedését. Defance nem volt. Édesanya a dexamethason kezelést nem kezdte el, csak kiváltotta a gyógyszert. A gyógyszeres terápia stratégiai lépéseit ismételten átbeszéltük, és folyamatos lelki támogatást igyekeztem adni a szülőknek. Az otthoni életvégi ellátásra, tünetek kezelésére (karok, lábak hűvösek, márványozottak lehetnek, légzés változik, hörgő légzés lép fel) kezdtünk közösen készülni. A családok megfelelő felkészítése családtagjuk halálára az ápolás jobbításának egyértelmű eszközének számít. A korai támogatásban részesített családok kevesebb depresszióban és patológiás gyászreakcióban szenvednek, azonban ilyen speciális családoknál egy gyermek elvesztésénél ezen tüneteknek fokozott a rizikója.

Következő telefonos konzultáció történt a beteg édesanyjával. Haloperidol bevezetése óta hányás nem volt, csuklás ritkán. Glycerines kúp, laktulóz használatával kevés széklet ürül. Fájdalmak nem fokozódtak szülők észlelése alapján. A gyógyszeres terápia átgondolása szükséges, kiszerezési formák váltása, előre gondolkodás nagyon fontos volt. Változatlan gyógyszeres terápia mellé morfin csepp felírása történt. Háziorvost tájékoztattuk a beteg életvégi állapotáról. Betegnél a család számára a helyszínen hagyunk írásos útmutatókat (dózis, gyakoriság), telefonos elérhetőségeket (krízis esetére). Mivel fájdalma fokozódott, a megbeszéltek szerint édesanyja elkezdte adni a morfin cseppet 6 óránként, fentanyl tapasz is felhelyezésre került. Végül a beteg vasárnap délelőtt szerető családi környezetben elhunyt.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Mentálisan retardált betegnél minden esetben az ellátókkal való szoros kapcsolat és a fizikális jelek együttes értékelése szükséges.*
- 2. Mentálisan retardált betegnél is nagyon fontos a fájdalom mértékének a felmérése, és ennek megfelelően a terápia beállítása.*
- 3. A palliatív ellátás során mindig kövessük a komplex szemléletet, és ennek tükrében végezzük a beteg ellátását.*
- 4. Családban lévő mentálisan retardált személy elvesztése a család, szülők számára még fokozottabb lelki teher, ami miatt a lelki támogatás, pszichológiai támogatás mindvégig fontos, illetve a gyász feldolgozás segítése is.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Csikós Á. (szerk.): Palliatív ellátás. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2022.

Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. 2. javított kiadás. IASP Task Force on Taxonomy. Seattle: IASP Press; 2011 és 2012. <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/>

Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. Journal of the American Medical Directors Association. 2003 Jan-Feb; 4(1):9-15.

INTÉZMÉNY VAGY OTTHON? - A DÖNTÉS DILEMMÁJA PSZICHOSZOCIÁLIS SZEMPONTBÓL

DR. ZANA ÁGNES, DR. PÁLFINÉ DR. KEGYE ADRIENN,

ESET LEÍRÁSA

36 éves glioblasztómás férfibeteg hospice otthoni ellátásba került. 26 éves korától kezelték gliómákkal, számos műtétet van túl. Állapota az utolsó évben progrediált, ami egyensúlyzavarral, látásproblémákkal, a beszédképesség lassú romlásával, fokozódó zavartsággal járt együtt. Egyedül élt, anyja látogatta, ő végezte ápolását is. Pszichés támogatást kértek a hospice szolgálattól. Első találkozásunkkor a beteg a haldoklás, súlyos betegség Elizabeth Kübler-Ross által leírt pszichológiai fázisai közül a tagadás fázisában volt, betegsége gyógyíthatatlan voltával nem akart szembenézni. Legnagyobb problémája a beszűkülő lehetőségek, a magány, a társkapcsolat hiánya volt. Romló állapota frusztrálta, szorongás, verbális agresszió jelent meg, főleg az anyával szemben. Az anya támogatása egyszerre szükséges és terhes volt számára. Az anya tisztában volt vele, hogy a fia végstádiumban van, erős frusztrációt, aggodalmat, szorongást élt át. Gyakori volt a konfliktus kettejük között, elsősorban amiatt, hogy a beteg az anya gondoskodását számos esetben túlzónak értékelte, tehát azokban a helyzetekben, amikor a döntésekben kompetensnek érezte magát és az anya más megoldást erőltetett. Ezek olyan esetben válnak jelentőssé, mint a mosdás/fürdés, borotválkozás, vagyis a mindennapi higiéné részei, az étkezés – az anya speciális diétát látott volna hasznosnak - vagy a mindennapi ügyek intézése. A beteg romló állapota miatt az otthoni ellátás egyre nehezebbé vált. Megfogalmazta azt az igényét, hogy emberek vegyék körül, a hospice-palliatív intézményben való elhelyezés is szóba kerül. Anyja ezt erősen ellenezte, ő az otthonápolást preferálta.

KÉRDÉS

Milyen szempontok alapján lehet eldönteni, és ki jogosult dönteni abban, hogy a betegnek az otthoni vagy az intézményi ellátás lenne megfelelőbb?

MEGBESZÉLÉS

Esetünkben összetett problémával álltunk szemben. A beteg a főváros vonzáskörzetében, egy kertvárosi részen élt egyedül egy családi házban. Az anya naponta látogatta, amikor pedig állapota rosszabbra fordult, ideiglenesen hozzá költözött. Baráti kapcsolatai a betegség progressziójával beszűkültek, partnerkapcsolata nem volt. Az utolsó években ideje nagy részét munkával töltötte, de az utolsó egy évben már nem tudott dolgozni. Ebben az időszakban kezdődtek járás- és koordinációs problémái, gyakran elesett, a házimunkát és saját ellátását egyre kevésbé tudta megoldani. Beszéde akadozott, érzelmi, értelmi megnyilvánulásai időnként kontrollálatlanokká váltak. Deprimált hangulatát az anyának való kiszolgáltatottság tovább növelte, tehetetlensége dühkitörésekben mutatkozott meg. A konfliktusok középpontjában az eltérő célok és a pszichés fázisok inadekvát megélése állt. Míg a beteg cirkulárisan a tagadás és a depresszió fázisában volt, a gyógyulására tett anyai erőfeszítéseket elutasította. Míg az anya kognitív szinten megértette, hogy a fia állapota visszafordíthatatlan, látszólag mégis erőfeszítéseket kívánt tenni, amelyek nem az állapot fenntartását, hanem a nem reális gyógyulást voltak hivatottak elősegíteni, mint például a diéta, logopédiai és testgyakorlatok. Narratívájában a gyógyulás központi szerepet játszott. Ugyanúgy elutasította fiának azt az igényét is, hogy lehetőség szerint emberek vegyék körül, ragaszkodott hozzá, hogy ő ápolhassa otthonában. Az anyával folytatott beszélgetések során világossá vált, hogy ez az elképzelése morális megfontolásokból született, nem tartotta elfogadhatónak, hogy ne tegyen meg mindent az utolsó pillanatig a fiáért, és ez a késztetés erősebb volt, mint annak belátása, hogy ez az elképzelése nem találkozik a beteg igényeivel. Így anya és fia között folyamatos feszültség és gyakori konfrontáció volt.

A pszichés támogatást a beteg és a családtag egyaránt igényelte. M. esetében a helyzet elfogadásával kapcsolatos negatív gondolatok és érzések, indulatok feldolgozása, a jövő elvesztése iránt érzett szenvedés enyhítése, a csökkenő képességek okozta frusztráció kezelése volt a cél. A társkapcsolat hiányából fakadó vágyfantáziáit M. az anyával érthető módon nem tudta megosztani, így arra a szakemberrel folytatott beszélgetések szolgáltattak elfogadható keretet. Az anyával a várható veszteség elfogadásában volt szükséges a segítségnyújtás. A helyzet elfogadásával és a terminális állapot megélésével kapcsolatban nem volt a beteg és az anya közt nyílt kommunikáció. Ez gátolta a búcsúzást, a közösen eltöltött évek áttekintését, értékelését, és a beteg igényeinek, illetve az anya érthető, ambivalens érzelmi, értelmi reakcióinak megértését, elfogadását.

Az együttműködés során családterápiás intervenciót alkalmaztunk a szenvedésteher enyhítése, és a családtagok közötti nyíltabb kommunikáció és együttműködés sikere érdekében. A családterápiában alkalmazott módszertan szerint szeparált és közös beszélgetések váltották egymást, így a cél kettős volt, részben az egyéni szenvedés mérséklése, részben a családtagok közötti nyíltabb kommunikáció támogatása. Az intervenció nyolc hónapon keresztül zajlott, ennek során heti rendszerességgel találkoztunk. A találkozások során az egyéni megküzdés támogatásán túl a családi kapcsolatrendszerben beálló változások feldolgozása, a konfrontációk enyhítése és okainak megértése, a jobb együttműködés elősegítése volt a cél.

A beteg számára nemcsak fokozódó neurológiai tünetei, a betegség progrediálása okoztak nehézséget, hanem beszűkülő emberi kapcsolatai és az ápolás, az anyának való kiszolgáltatottság megélése is. Felmerült az a szempont, hogy intézményi elhelyezése segítené a szociális izoláció okozta szenvedését, utolsó időszakában emberek, szakemberek és önkéntesek vennék körül, szociális kapcsolatokat építhetne, erre az igénye és a képessége megvolt.

A pro és kontra érvek megvitatása során az anya álláspontja nem változott, és fia sem ment szembe ezzel a döntéssel. Így szinte az utolsó pillanatig otthonában tartózkodott, és az agónia pár hetes időszakában került be fekvőbeteg ellátásba, amikor otthoni ellátása már nem volt megoldható. Ekkor a beteg zavart tudatállapota már egyértelműen indokoltá tette az intézményi felvételt.

Az eset indokoltá teszi annak bioetikai szempontból való áttekintését. Abban az esetben, hogyha a beteg cselekvőképesnek minősül, akkor maga dönthet arról, hogy intézményben vagy otthon szeretne tartózkodni. A betegség előrehaladtával viszont belátási képessége és beszédkézsége egyaránt jelentősen romlott. Pszichiáter szakorvosi konzultációra lett volna szükség a belátási képesség felméréséhez, de ezt sem ő sem az anya nem szorgalmazta. Amennyiben a beteget cselekvőképtelennek nyilvánítják, úgy a legközelebbi hozzátartozó – a magyar törvények szerint a törvényes házastárs, vagy annak hiányában a vérszerinti szülő vagy gyermek – jogosult dönteni az elhelyezésről. Bár esetünkben a beteg láthatóan beszűkült belátási képességgel rendelkezett, szakember nem állapította meg a cselekvőképtelenséget. Bár az ellátásában résztvevő hospice szolgálat munkatársai úgy érezték, hogy hasznos lenne számára az intézményi elhelyezés, mivel veszélyeztető tényező nem állt fent, amely a beteg életét vagy biztonságát befolyásolná, így nem lehetett beavatkozni a család – pontosabban az anya – döntésébe. Etikai szempontból a legfontosabb kérdés a beteg jólléte és várható

életminősége, illetve a lehetséges kár-haszon arány mérlegelése volt. Esetünkben a lehetséges rövid szocializáció és az anyával, mint egyetlen közeli hozzátartozóval való viszony jelentősége állt egymással szemben.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A családtagok és a beteg megélése, motivációja és az objektív helyzet is befolyásolja, hogy hol ideális a beteg elhelyezése.*
- 2. Az eset kapcsán bioetikai kérdések váltak dominánssá, mint a cselekvőképesség megléte, mint a tájékozott döntésben való legfontosabb kritérium. A cselekvőképesség megállapítása akadályokba ütközött, ezzel együtt jogszabályi szempontból nem volt indokolt beavatkozni a családi döntésbe.*
- 3. A beteg és a családtagok eltérő megélése, pszichés fázisai és megküzdése, illetve a beteg változó belátási képessége megnehezíti az adekvát döntésben való szaktámogatást. A dilemma az, hogy a beteget ellátó szakember(ek) milyen szinten adhatnak tanácsot/szólhatnak bele a család életébe és befolyásolhatják-e a döntési folyamatot.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>

Kegyé A, Zana Á. Pszichoszociális támogatás. In: Csikós Á (szerk.) Palliatív ellátás. Budapest: Medicina; 2022.

Kovács J. A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Budapest: Medicina; 2006.

ÉN ELFOGADTAM, TE ALKUDOZOL

DR. PÁLFINÉ DR. KEGYE ADRIENN, DR. ZANA ÁGNES

ESET LEÍRÁSA

A beteg 65 éves férfi, aki családja unszolására fél évvel a betegsége diagnosztizálása után kereste fel a Pszichoonkológiai Ambulanciát, stresszkezelő technikák elsajátítására csoportba jelentkezett. Az első alkalommal felesége is elkísérte, és egybehangzó kérésükre ő is részt vett az ülésen. Mindketten koruknál fiatalabbnak, energikusnak imponáltak.

A férjnél hat hónapja, bizonytalan mellkasi fájdalmak miatt kezdődött kivizsgálás előrehaladott tüdőrákot, csontáttéteket igazolt. Jelentkezésekor palliatív kemoterápiás kezelésben részesült. Legfőbb panaszai változó intenzitású mellkasi fájdalom, levertség, feszültség, hangulati nyomottság és alvási nehézségek voltak, melynek háttérében halálfélelem, különösen az addig vezető út szenvedéseitől való szorongás, tehetetlenség érzés álltak. Úgy érezte, már elfogadta, hogy a kezelésekkal nem tudják meggyógyítani, azonban célja az volt, hogy minél tovább jól legyen. Ennek érdekében a palliatív kezelést a lehető leghosszabb ideig szeretne volna megkapni, és lelkileg is kiegyensúlyozottságra törekedett. Ezért jelentkezett pszichoonkológiai ellátásba. A kemoterápiás kezelések sem fizikálisan, sem érzelmileg nem voltak megterhelőek a számára, de a nagyobb fizikai erőfeszítések már kifárasztották. Hátralévő idejét szeretne volna családja körében otthon, illetve vízparti telkükön tölteni.

A feleség pár évvel volt fiatalabb a férjénél. Hullámozóan szomorúság és aggodás, szorongás öntötte el, időnként tehetetlen dühöt érzett. A feleség az interjú alatt végig arról beszélt, hogy mit kéne még tenniük, hogy a férfi megerősödjön. Hogyan változtatja meg az étkezésüket, hogy a férje többet és egészségesebben táplálkozzon. Folyamatosan unszolta, hogy rendszeresen és többet mozogjon. Újabb, több hetes körutazást tervezett a gyerekeikhez, külföldre.

Megérkezésükkor már érezhető volt a feszültség közöttük. A beszélgetés során ez kezdetben enyhült, majd, amikor a feleség a tennivalókról beszélt, ismét érezhetően erősödött. A férfi nem szólalt meg, de arc kifejezése, zárkózott tartása elárulta, hogy nem ért egyet a feleségével, annak tenni akarása számára megterhelő.

KÉRDÉS

Vajon mi okozza a házaspár közötti tapintható feszültséget, milyen konfliktus feszül közöttük, és ez a pszichoszociális támogatás keretei között oldható-e?

MEGBESZÉLÉS

A hospice-palliatív ellátás elengedhetetlen része a palliatív ellátási igényű betegek pszichoszociális támogatása mellett a hozzátartozók bevonása. Ez az első lépés afelé, hogy a családot ne különálló részek halmazaként, hanem rendszerszintű egészként kezeljük. A család, mint rendszer működésének megértését a Ludwig von Bertalanffy (1968) nevéhez fűződő rendszerszemlélet segíti, amely a természettudományokból került át a társadalomtudományi gondolkodásba. A betegek, a házastársak és egyéb családtagok – szülők, gyerekek – közös háztartásban élnek, hasonló erőforrásokkal rendelkeznek, valamint egymás érzelmi és fizikális támaszai. A súlyos, életet veszélyeztető betegség a család minden tagját érinti, mentálisan és fizikálisan is hat rájuk. Mindannyian megélik a betegségből adódó stresszt, amelyhez különböző mértékben, de szükséges alkalmazkodniuk. Másik fontos szempont a család támogatásához, hogy a betegség során a családi erőviszonyok megváltoznak, a szerepek átalakulnak, korábbi konfliktusok, megoldatlan régi- és új problémák kerülhetnek felszínre. A családtagok és a beteg gyakran nem tudnak őszintén, nyílt kommunikáció segítségével beszélgetni a kialakult helyzetről, a lehetőségekről és a jövőről. A súlyos betegség, haldoklás kübler-rossi modell szerinti szakaszainak – tagadás, düh, alkudozás, depresszió, elfogadás – eltolódása, melyet közvetlenül a hozzátartozó is megél, szintén figyelmet igénylő probléma lehet. Ilyenkor a beteg és hozzátartozója a súlyos betegség megélésének más-más pszichés fázisában vannak. A családtag helyzetének, nehézségeinek, megküzdésének megértésével és támogatásával javíthatjuk életminőségét.

A több támogatásban részesülő házastársak kevesebb érzelmi distresszről, kevesebb félelemről, és nagyobb mértékű poszttraumás növekedésről számolnak be. A hozzátartozó egészségügyi döntésekbe való bevonásával, segítségüket és meglátásaikat figyelembe véve bővül a beteg teherbíró támogatási rendszere. A megfelelő, nyílt kommunikációval pontos képet kaphatunk a pácienseknek és családtagjaiknak a betegséggel, kezelésekkal, az életvéggel és az ápolással kapcsolatos ismereteiről, igényeiről, felmérhetjük a családi rendszer mozgósítható erőtartalékait. Mindezek által javulhat a beteg ellátása, életminősége, továbbá a családi kommunikáció, együttműködés.

A betegek gyakran a házastársakat – más esetben, kortól függően szüleiket, gyermekeiket – tekintik elsődleges bizalmasaiknak. Számukra is lehetőséget kell biztosítani a konzultációra, szükség és igény szerint a segítő beszélgetésre, különösen panaszok, tünetek esetén.

A folyosón váraoztak. Amikor a férfit szólítottam mindketten felálltak. Metakommunikációjuk azt mutatta, mindketten szeretnének bejönni az első beszélgetésre.

Ha a beteget hozzátartozója kíséri, a fentiekben tárgyaltak alapján jó gyakorlat, ha lehetőséget biztosítunk az egyéni és a közös beszélgetésre is. Megkérdezhetjük, vajon mindketten szeretnének részt venni a konzultáción, illetve egyedül vagy együtt szeretnének bejönni. A beteg igényeit és szükségleteit tartjuk szem előtt - ezzel képviseljük, hogy a beteg áll a középpontban -, ugyanakkor figyelembe vesszük a családtag igényeit is. Amennyiben azt tapasztaljuk a közös konzultáció során, hogy a nyílt kommunikáció akadozik, akkor mindenképpen érdemes szeparáltan is meghallgatni a beteget és a családtagot. Ezen szempontok alapján hangoljuk össze az egyéni és a családi konzultációkat.

Ők azonnal és egybehangzóan a közös konzultációt választották. Megállapodtunk, hogy fenntartjuk annak a lehetőségét is, hogy a közös beszélgetés alapján egyéni beszélgetésre is szükség lehet. Ezt azonban az első alkalommal nem vették igénybe.

Mindketten nyugdíjasok voltak. Idős korukra sok mindent terveztek. Elsősorban szerettek sokat utazni, gyakran látogatták meg gyermekeiket. Mindketten egyetértettek abban, hogy a férfi volt a család mozgatórugója. Három gyermekük közül kettő külföldön élt a családjával, egyikük aktívan részt vett a betegséggel való megküzdésben, főként információkkal segítve szüleit. A harmadik gyermekük hozzájuk közel lakott, ő egyedülálló, a betegséggel kapcsolatosan inkább magába forduló volt.

A hangulati nyomottság és szorongás, a tehetetlenség érzése mindkettőjüknél a betegséggel, a bizonytalan életkilátásokkal összefüggésben jelentkezett, azonban különböző módon. A férfi az elmúlás reális közelségbe kerülése miatt volt szomorú. A nő a gyógyulás reménye és a kezelések sikertelenségének félelmei között hánykolódott, hangulata ezzel összefüggésben változott/ingadozott.

A házaspár esetében a haldoklás kübler-rossi fázisai közül az alkudozás és az elfogadás jelentek meg:

- *A férfi úgy érezte, hogy már nincs több tennivalója az életében. Feszültségét, a stresszt korábban rendszeres mozgással vezette le. Élethelyzeti nehézségek esetén inkább magába forduló volt, problémáit egyedül oldotta meg. Az első találkozás során elmondta, hogy*

elfogadta helyzetét, a gyógyíthatatlanság tényét, a palliatív kezelést. A halál gondolata nem nyugtalanította. Célja az volt, hogy a lehető leghosszabban, a lehető legjobb életminőségben éljen. Szerette volna életét otthonában tölteni családjá körében, kedvenc elfoglaltságaival (zenehallgatás, olvasás, beszélgetés) tölteni. Nem zárkózott el a sétától, rövidebb utazásoktól. De a szigorú diéta, a hosszú, fárasztó külföldi utazások és a felerősödését forszírozó testmozgások gondolata feszültséget keltettek benne.

Az elfogadás fázisában a páciens nyugodtabbá, visszahúzódóbbá, kevésbé kezdeményezővé válik. Saját gondolatai, emlékei, kedves tevékenységei foglalkoztathatják. Nem igényli a nagy társaságot, inkább szűkebb családjá, barátai jelenlétét, elérhetőségét. A jelentős változtatások, erőfeszítések már inkább zavarják. Ez a család számára a feladás érzését keltheti, ami büntudat és tehetetlenség érzést okozhat, ez pedig fokozhatja a tenni akarásukat.

- *A feleség tenni akart, kifejezéseiben, a megerősödés szó mögött megbújít a remény, hogy férje meggyógyul, nem veszi el. Az étkezés megreformálásával, a mozgás, az utazások forszírozásával arra törekedett, hogy férje ismét erőre, "életre" kapjon. Küzdött a férj elfogadása ellen, alkudozott, hogyha még mindezt megteszik, akkor jobb lesz a túlélés esélye, a férje akár meg is gyógyulhat.*

Az alkudozás fázisában a betegséget magát elfogadja a páciens, esetünkben a családtag, de reménykedik, hogyha még több erőfeszítést tesz, például több, jobb minőségű ételt készít, speciális diétát vezet be, többet mozognak, új kihívásokat, örömteli programokat csinálnak, akkor az átlagosnál hosszabb túlélésre számíthat. A családi rendszerben az egyik legnagyobb nehézség, hogy a fázisokat a beteg és a hozzátartozó nem egyszerre és nem egyformán élik meg. Különösen feszültségkeltő ez az alkudozás fázisának érzelmi állapota esetén.

Mindkettőjük szerint ez volt az első igazán nehéz élethelyzet az életükben, amivel alig tudtak megbirkózni. Szüleik idős korukban haltak meg.

Az életvégi időszak a családtagokat egy új, gyakran addig ismeretlen viszonyrendszerbe helyezi. A súlyos, életet veszélyeztető betegség, a haldoklás tényének megjelenésével elindul az egész családi szerepkomplexum-átalakulása. Az előrehaladott betegségben szenvedő ilyenkor egyre inkább kiilleszkedik korábbi hétköznapi szerepeiből, ami izolálódást, elmagányosodást okozhat. Ugyanakkor, ha a család elfogadja a „haldoklószerepet”, egy új beilleszkedési folyamat is megindulhat, amely során a haldokló reintegrálódik a családba. A családi viszonyrendszer újra-strukturálódásakor, az új rend középpontja és meghatározója a beteg lesz. Ezáltal a halál társas jelenséggé válhat, ami elősegíti a beteg és a család elfogadását,

megnyugvását, a békés, jó halál megvalósulását, és megerősítheti az elhunyt közösségét, családját.

A támogatás pozitív hatásainak fényében az egészségügyi szakemberek számára kihívás, hogy megtalálják a hozzátartozók és a betegek támogatásának módját a zsúfolt egészségügyi ellátásban. A hatékony kommunikáció nemcsak a betegeknek, hanem a családtagoknak is fontos. Azoknak, akik nyíltan tudtak beszélni szerettükkel a betegségről és a jövőről, kevésbé voltak depressziós tüneteik. A nyílt kommunikáció azonban több okból is nehéz lehet. A partnereknek lehet, hogy eltérő kommunikációs stílusuk van, vagy mást várnak a beszélgetéstől. Azt is érdemes figyelembe venni, milyen hagyományokkal rendelkezik hazánkban a rossz hírek közlése és az erről való kommunikáció. Előfordulhat, hogy tévhiteket vallanak arról, hogy a súlyos betegséggel, az életvéggel kapcsolatos félelmek megbeszélése a beteg megküzdését akadályozhatja.

A beteg és hozzátartozója részvételével zajló közös megbeszélések lehetőséget biztosítanak kérdéseik megválaszolására, az egyénre szabott tájékozottság fokozására, gyakran hozzájárulnak egymás érzéseinek, gondolatainak, egyedi és családi igényeiknek, szükségleteiknek megismeréséhez, a fennálló feszültség oldásához, továbbá a megfelelő ellátási terv kidolgozásához. A kutatások alapján azok a legeredményesebb intervenciók, amelyek magukban foglalják az edukációs, szupportív és pszichoterápiás komponenseket is. A házastársak támogatására kidolgozott stratégiák három területet ölelnek fel:

- Edukáció, tájékoztatás: ide tartozik a hozzátartozó ösztönzése arra, hogy részt vegyen a klinikai rendeléseken vagy konzultációs üléseken, listába rendezett kérdéseit ő is felteheti.
- Kommunikáció: az egészségügyi szakemberek elősegíthetik a párok közötti hatékony kommunikációt mindkét partner egyidejű tájékoztatása által, illetve azáltal, hogy a pároknak lehetőséget biztosítanak, hogy a nehéz kérdéseket szakember jelenlétében beszéljék meg.
- Támogató beavatkozások: tekintettel a betegek és a házastársak közös támogatási és tájékoztatási igényeire a beavatkozások többsége támogató-oktató beavatkozások, köztük alkalmazhatunk szükség szerint speciálisan családterápiás intervenciókat is.

E beavatkozások számos pozitív eredményt hoztak a distressz, illetve a betegek és/vagy a házastársak életminőségének javulásában akár közösen, akár csak a házastársak kapták.

A konzultáció során a problémák, érzések, gondolatok egyéni feltérképezése és a pár egymásra reflektálása után a tájékoztatás és az intervenciók a fázisok mentén kialakult konfliktus

oldására, valamint a betegnek a család középpontjába helyezésére irányultak. Az alkudozás fázisban a palliatív-hospice szakember feladata, hogy a reménykedést elfogadja, de tapintatosan óvjon a nyilvánvaló lehetetlenségektől. Az elfogadás esetén pedig megengedi a beteg visszahúzódását, de elősegíti az elérhetőség biztosítását. Az egész folyamat során pedig fontos, hogy a beteg igényei és szükségletei legyenek a család és az ellátás középpontjában.

Az ülés végére a két fél közötti feszültség mérséklődött, közös elhatározásokkal távoztak, ami később megvalósult. Gyermekük látogattak haza, a család a férfi igényeit, szükségleteit helyezte a középpontba, ami mindannyiukat megnyugvással töltötte el.

Az első találkozás végén a férfi pszichés tüneteinek (levertség, feszültség és alvási nehézségek) enyhítésére, a betegséggel járó stressz oldására pszichoszociális támogatást javasoltunk. A stresszkezelő tréning elindulásáig egyéni, szupportív pszichoterápiás üléseket terveztünk. A feleség egyéni pszichoszociális támogatást nem igényelt, azonban mindketten szívesen elfogadták a szükség szerinti családkonzultáció lehetőségét a későbbiekben.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A palliatív-hospice ellátás során fektessünk hangsúlyt a rendszerszemléletre, térképezzük fel a beteg környezetét, vonjuk be a családtagokat, adjunk teret a közös megbeszéléseknek. Mérjük fel a kommunikációjukat, a betegség okozta szerepváltozásait. Segítsük a családon belüli nyílt kommunikációt, amiben a palliatív team tagjai mintát adhatnak.*
- 2. Engedjük, hogy a hozzátartozók is megnyilvánulhassanak. Biztosítsuk, hogy panaszok, tünetek esetén ők is részesülhessenek pszichoszociális támogatásban.*
- 3. Gondoljunk rá és vegyük figyelembe a családtagok kübler-rossi modell szerinti fázisait is, illetve ezek eltolódását a betegéhez képest, ami konfliktusokat okozhat.*
- 4. A pszichoszociális támogatás keretében akár egy vagy néhány alkalom alatt is elérhető a tünetek oldódása, hatékony változás.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Csikós Á. (szerk.): Palliatív ellátás. Budapest: Medicina; 2022.

Holland JC et al. Psycho-Oncology 3. kiadás. New York: Oxford University Press; 2015.

Kegye A. Daganatos betegség a családban. In: Kegye A. (szerk.): Pszichoszociális onkológia. Budapest: Zafir Press; 2014.

Molnár M, Gyapjas T. A társas támogatás szerepe a daganatos betegek megküzdésében és hatása a támaszadók fizikális és mentális állapotára. In: Gerlinger L. és Kovács P. (szerk.) Egy hajóban ... Tisztelgő tanulmánykötet Riskó Ágnes születésnapjára. Budapest: Medicina; 2018.

Mújdricza, F. A halál „helye” a családban – A haldoklás mint szerep. *Lege Artis Medicinae*. 2018; 28(4-5):187-196.

Zana Á. Mit mondjak, hogyan mondjam? Budapest: Kossuth Kiadó; 2018.

BETEG – CSALÁD – GYÁSZ: FEJ-NYAK DAGANATOS BETEG KOMPLEX PALLIATÍV ELLÁTÁSA

DR. MUSZBEK KATALIN, DR. KÁDAS JÚLIA RÓZA, DR. BIRÓ ESZTER,
KANJO NADA KATALIN

MAGYAR HOSPICE ALAPÍTVÁNY

ESET LEÍRÁSA

59 éves, feleségétől külön élő, mérnök végzettségű férfibeteg távolabbi anamnézisében seminoma miatti műtét, majd kemoterápia, valamint krónikus alkoholfüggőség szerepelt.

A páciensnél kettőslátás, bal oldali szemizombénulás miatt kezdődött kivizsgálás során bal oldali orrgaratban lymphoid hyperplasia mutatkozott. Intracraniális eltérés nem ábrázolódott, további kivizsgálás nem történt. Négy hónappal később a bal oldali fokozatos szemmozgásromlás, szem körüli fejfájás és halláscsökkenés miatt történt koponya MR az orrgarati szövetszaporulat méretének tekintetében érdemi változást nem mutatott, novumként bal oldali sinus cavernosusba (agyi vénás öböl) terjedést írt le. Ezt követően mintavétel történt, mely lymphoepithelialis carcinomát igazolt. Az onkoteam javaslatára radio-kemoterápia történt.

A betegnek legfőbb problémát okozó folyamatos látásromlás háttérében progresszió igazolódott, ezért néhány hónappal az első kezelése után ismét sugárterápiában részesült. Közel egy évvel később sürgősséggel került felvételre fül-orr-gégészeti osztályra jobb oldali nyaki fájdalom, duzzanat, nyelési nehezítettség, valamint gégeödéma miatt, amelyek kapcsán antibiotikus és szteroidterápiában részesült. Időnként jelentkező, magától szűnő szédülése és bal arcféle esetenként nyilálló fájdalma mellett fő panaszja a folyamatos látásromlás volt.

Ezekben a hónapokban a beteg konzultációt kért palliatív pszichiáter szakorvostól hangulati nyomottság és alvászavar okán. Szorongása egyre erősödött a kiszolgáltatottság és a fenyegető látásromlás miatt. A beszélgetés során feltárta korábbi alkoholfüggőségét, amely házassága és külföldön élő fiával való viszonya megromlásához is vezetett. Depresszív tünetei miatt a SSRI szedése mellett javasolt pszichoterápiát elfogadta. Egy hónappal később az állapotromlás miatt egyre jobban aggódó beteg és különélő felesége közösen kérték a férfi hospice otthonápolását.

KÉRDÉS

Mit tehet a palliatív team azért, hogy a diszharmonikus családi kapcsolatok ne akadályozzák a beteg minőségi életvégi ellátását?

MEGBESZÉLÉS

A súlyos betegség nagy terhet ró a családtagokra is. Bár a hozzátartozók pszichés reakciói éppúgy különbözhetnek, mint a betegekéi, ugyanakkor fellelhetők bizonyos közös vonások is, mint például haldoklás/gyász stádiumaiként emlegetett tagadás, depresszió, harag, alkudozás és elfogadás. A szorongás is gyakran megfigyelhető például a gondozással, ápolással kapcsolatos konkrét kérdések, feladatok, vagy a jövő kapcsán. Sajátos jelenség a gondozók kifáradásának, burnoutjának jelensége is. A gondozás lelki hátterét a gondozó személyisége mellett erősen befolyásolja a beteggel való kapcsolata minősége, története, előzményei is. Ambivalens viszonyok esetén különösen fontos a hozzátartozó támogatása, segítése.

A kezdetben otthonában egyedül élő férfit hospice orvos, szakápoló, gyógytornász és pszichológus látogatta. Kezdetektől fogva kérdéses volt, hogy az erősen gyengénlátó, terminális állapotú beteg hogyan fog egyedül megbirkózni betegségé menedzselésével. A tünetek fokozódása miatt később felesége lakásába költözött, aki vállalta ápolását. Ez az ápolás gyakorlati teendőit megkönnyítette, viszont felelevenítette a családi és párkapcsolati feszültségeket. Az orvosi vizitek során elsősorban a gyógyszerbeállítás állt a fókuszban. Fejfájás miatt a gyógyszeres terápia több alkalommal is módosult (fentanyl tapasz, szteroid dózisemelés, antiepileptikum bevezetése, metamizol). A férfi fő panaszai a látásromlás, a fejfájás, a szédülés, a bénulás miatti szájjárási képtelenség és a nehezített rágás voltak. Utóbbi miatt csak pépes ételt tudott fogyasztani. A beállított terápia mellett – a látásromláson kívül – ekkor pszichésen és szomatikusan is stabil állapotban volt, amelynek köszönhetően teljesíthette egy régi vágyát, és néhány hétre Kanadába utazott.

A beteg állapota az ezt követő hónapokban fokozatosan progrediált. Mivel legfőbb félelme a megvakulás volt, ezért néhány alkalommal a Vakok Intézete egyik trénerre foglalkozott vele otthonában, azonban a beteg általános állapota miatt a cél csak a lakáson belüli közlekedés segítése, védőtartások elsajátítása és a feleség betanítása volt. Az otthonápolási rendszerbe való bekerülése után fél évvel egy szemészeti vizsgálat során mindkét oldali teljes szemizombénulást, mindkét oldali ptosist (szemhéjcsüngést), teljes vakságot és az exophthalmus (a szemgolyó kóros kidülledésének) növekedését állapították meg.

Ezután került sor felvételére hospice osztályra állapotromlás, fluktuáló zavartság, agitáltság és álmatlanság, valamint a hozzátartozó kimerültsége, kifáradása miatt. Az otthonápolás utolsó heteiben fokozódó és felvétele során is észlelt zavartság, nyugtalanság az osztályon gyorsan rendeződött és a férfi további ápolása során nem jelentkezett. A beteg jobb szemében és halántéktájon jelentkező fájdalma miatt az otthonában is alkalmazott fentanyl tapasz, kombinált fájdalomcsillapító kezelés (szteroid, antidepresszáns, metamizol) dóziszemelési váltak szükségessé, mely mellett fájdalmat nem panaszott. Beállított altató mellett éjszakai alvásának minősége jó lett. Ápolása alatt mobilitása mindvégig kielégítő volt. Fő panasa továbbra is a vaksága volt. Két alkalommal volt hétvégi kimenőn, melyet jól töltött, zavartság, fájdalom nem jelentkezett nála. Az osztályról néhány hónap múlva javult általános állapotban bocsátották otthonába.

Hazabocsátását követően otthonápolása második szakaszában egyre fokozódó mentális leépülés volt tapasztalható. A fájdalomcsillapítók időnként szükségessé váló minimális módosításain, illetve az időszakos intravénás folyadékpótlás mellett a legfontosabb teendők a beteg vaksága miatti problémák megoldásának segítése, valamint a feleségnek nyújtott pszichés támogatás voltak. Felesége végig mellette volt, a segítő beszélgetéseknek és a komplex támogatásnak köszönhetően a családi feszültségek enyhültek, így az ápolás folyamata a pszichés konfliktusok oldódásával párhuzamosan harmonikussá vált. A beteg egy évvel a hospice otthonápolás elindítása után otthonában, nyugodt körülmények között hunyt el.

Ezen eset jól példázza, hogy a palliatív ellátás során az összehangolt teammunka milyen fontos a betegek ellátásában - nemcsak a daganatos betegség végstádiumához, hanem a megváltozott élethelyzethez (jelen esetben látásromlás, vakság) való alkalmazkodásban a betegek és a családtagok számára is. A team valamennyi tagja képzésének és kompetenciájának megfelelően segítette az optimális tüneti ellátást és a megfelelő ápolást.

A magasan képzett hospice szakápoló első találkozásai során egy elhanyagolt, magával nem törődő férfit talált, aki kiszáradt állapota miatt folyadékpótló infúziók adására szorult. Később a letakart szem – extrém exophthalmus – higiénés ellátása, az étkezési nehézségek megoldása, valamint a szájhigiéné biztosítása voltak a legfőbb ápolási teendők. Emellett az ápoló a látásvesztéssel párhuzamosan a lakáson belüli mozgás biztonságos elsajátításában segített. A beteg jó kapcsolatot alakított ki az ápolóval, szívesen beszélt vele családi problémáiról, a halál közeledtével várható tünetekről és ezeknek menedzselési lehetőségeiről.

A gyógytornász az alsó végtagok nyirokódémakezelése és erősítő torna mellett az ápolóval együttműködve, a „vak élethez” való alkalmazkodást, a lakásban való tájékozódást, a lépcsőn való mozgást és a sétát gyakorolta.

Az 1 éves ápolás során egy diszharmonikus környezetben élő beteget és hozzátartozót ismert meg a hospice team, akik kifejezetten igényt tartottak a pszichológiai segítségnyújtásra. Ugyanakkor minden kínálkozó alkalmat szerettek volna megragadni a segítség igénybevételére, ventilációs és kapcsolódási igényük kielégítésére, így saját pszichológusuk/pszichiáterük mellett a többi pszichoszociális szakembernek is több alkalommal felkínálták problémáikat, illetve a terápiás szerződésben foglaltaknál (fókusz, időbeli keretek) megpróbálták többet igénybe venni, így a velük foglalkozó szakembereknek nagy hangsúlyt kellett fektetniük a keretek betartására a hatékony pszichoterápiás munka és a további bonyodalmak megelőzésének érdekében.

A beteg és felesége pszichés támogatása három szinten zajlott:

1. Pszichiáter

A pszichiáterrel történt konzultációk, a gyógyszeres kezelés beállítása és támogató pszichoterápiás beszélgetések ambuláns formában történtek még az otthoni hospice ellátásba kerülést megelőzően. Később a kapcsolat a pszichofarmakológiai terápiára szorítkozott. A páciens korábbi alkoholfüggősége mellett bipoláris zavarral küszködött, ápolása alatt nagyrészt depresszív tüneteket mutatott időnként enyhe hipomániával. A magas intellektusú beteg szerint mentális állapotát nagyban rontják diszharmonikus családi kapcsolatai. Nárcisztikus személyiségű, kontrolláló feleségével négy éve nem élt együtt. 34 éves borderline személyiségzavarban szenvedő fiával nagyon sok konfliktusa volt sok agresszióval, és a betegség, illetve a közeledő halál fenyegetése sem oldotta fel a feszültséget. Két alkalommal sor került együttes beszélgetésre is feleségével, amelyet mindkét fél kezdeményezett. Ennek tartalma a betegség aktuális fázisában történő közeledés, a feleség részéről felkínált segítségnyújtás elfogadása, a beteg büntudatának enyhítése volt. Ez a közeledés később kiteljesedett az ápolás során, amikor is a feleség saját otthonában látta el a beteget haláláig. A komplex team támogatására a feleségnek nagy szüksége volt a rendkívül kellemetlen tüneteket mutató beteg fizikai gondozása során.

2. Otthonápolás

Nagyfokú nyugtalanságának, erőteljes, különösen az esti órákban jelentkező, az elalvást és átalvást is megnehezítő, életminőségét befolyásoló mértékű szorongása csökkentésének céljából a csapat pszichológusa segítő beszélgetéseket folytatott a beteggel, valamint relaxációs gyakorlatokat végeztek. A találkozások a beteg otthonában zajlottak heti rendszerességgel. A férfi kognitív funkcióromlásának növekedésével párhuzamosan a hangsúly egyre inkább a relaxációs gyakorlatokkal történő szorongásoldásra helyeződött. A szorongás legfőbb témái kezdetben a megvakulástól, a vaksággal járó új élethelyzettől, a kiszolgáltatottságtól, valamint önmagában a sötétségtől, az ismeretlentől és áttételesen a haláltól való félelem voltak, amelyek helyét fokozatosan átvették az őt gondozó feleség túlterhelésével kapcsolatos aggodalmak.

3. Feleség támogatása

A beteg felesége fél évvel az otthonápolás elindítása után kért pszichológusi segítséget, mivel a betegápolással kapcsolatban néhány dologban bizonytalannak érezte magát, egyebek mellett abban is, hogy korábban különélő feleségként hogyan viszonyuljon a férjéhez és az ápolással kapcsolatos feladatokhoz. A betegápolás folyamata a beteg alkoholfüggése kapcsán létrejött párkapcsolati konfliktusok feldolgozását is jelentette, és egyben jóvátételi lehetőséget is, mind a beteg, mind a felesége számára. A jóvátétel, a második és egyben utolsó esély a meghittség és a bizalom átélésére anticipációs gyászfolyamatnak is tekinthető, amely a végleges elválást készítette elő. A beszélgetések során feltárult az is, hogy 34 éves, külföldön élő fiával való kapcsolatában felerősödött konfliktusok is erősen megterhelik. Az anya-fia kapcsolat régóta, a fiuk kamaszkora óta erősen feszült volt, és ez a feszültség a betegség terminális időszakában még fokozódott is, minthogy a fiú az alkoholbeteg apát érdemtelennek tartotta a családi gondoskodásra, miközben a feleség számára evidens volt, hogy ápolja a férjét, akit elmondása szerint - fiával ellentétben – mindig nagyra becsült. Ennek a feszültségnek az enyhítése, oldása – az anya perspektívaváltásának elősegítésével, azaz annak támogatásával abban, hogy a fia oldaláról is igyekezzen látni a családi történetet – elemien fontos volt ahhoz, hogy a családon belüli feszültségek ne vigyék el a fókuszot a betegápolás feladatairól, annak szorosan vett érzelmi vonatkozásairól, és a hospice teammel való együttműködés eredményes lehessen és maradjon. A beteg a sikeres team munkának, és a család erőfeszítéseinek köszönhetően végül békésen, otthonában hunyt el, és a feleség mély anticipációs gyászfolyamata megkönnyítette számára a férje elvesztésének elviselését, és utóbbi gyászának feldolgozását.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A palliatív team valamennyi tagja egymással való konzultációk és egymás segítése révén tud hatékony támogatást nyújtani a komplex problémával küzdő betegnek.*
- 2. Valamennyi szakember szembesülhet olyan problémákkal, mint a családi egyetnemértés, mely a beteg megfelelő tüneti kezelését nehezíti. Ezek felismerése és kezelése alapvető fontosságú.*
- 3. A diszharmonikus családi struktúra akadály lehet a minőségi életvégi ellátásnak.*
- 4. A családban rejlő feszültségek feloldása, a beteg és családtagok pszichés támogatása lehetőséget teremt az emberi méltóság megőrzésére, még a beteg és család számára extrém elviselhetetlen tünetek esetén is.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Csikós Á. (szerk.): Palliatív ellátás. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2022.

Freeman DR. Házassági krízisek. Budapest: Animula; 2010.

Gérain P, Zech E. Informal Caregiver Burnout? Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving. *Frontiers in Psychology*. 2019; 10(1748):1—13.

Kiss ECs, Sz. Makó H (szerk.): Gyász, krízis, trauma, és a megküzdés lélektana. Pécs: Pannónia; 2015.

Dr. Muszbek K (szerk.): Pszichológia a rákbetegek szolgálatában. Budapest: Magyar Hospice Alapítvány; 2006.

Muszbek K, Szekely A, Balogh E, et al. Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Quality of Life Research*. 2006; 15(4):761-766.

Simkó Cs. Súlyos beteg a családban. *Kharón*. 2004; 8(4):13-27.

PALLIATÍV SZEDÁCIÓ: SZÜKSÉGLET VAGY REMÉNY?

DR. KÁDAS JÚLIA RÓZA, KANJO NADA KATALIN, DR. MUSZBEK KATALIN

MAGYAR HOSPICE ALAPÍTVÁNY

ESET LEÍRÁSA

A 47 éves fiatal nőnél jobb emlőben tapintott csomó miatt indult kivizsgálása során emlőtumor és hónalji nyirokcsomóáttét igazolódott. Neoadjuváns kemoterápiát követően jobb oldali emlő és hónalji nyirokcsomók eltávolítása történt, a szövettan egy igen rossz prognózisú betegséget mutatott. A nő a műtétet követő adjuváns kemoterápia után rendszeres gondozásban részesült. Néhány hónappal később a tarkótáji fejfájás, hányinger, hányás miatt történt MR vizsgálat nagyméretű kisagyi és kortikálisan elhelyezkedő áttéteket mutatott. Az agyi áttét eltávolítása (szövettan: emlőcarcinoma áttéte), valamint célzott stereotaxiás besugárzás történt. A két hónappal későbbi kontroll MR novumként többszörös agyi áttéteket igazolt, ezért teljes koponyabesugárzás (WBRT) történt. További szisztémás kezelést terveztek, azonban a végtaggyengeség, járásbizonytalanság, valamint az alsó végtagba sugárzó fájdalmak miatti teljes gerinc MR vizsgálat a gerinccsatornában többgócú disszemináció jeleit mutatta. Vizeletelakadás miatt állandó katéter behelyezése vált szükségessé. Az MR alapján előkészítették a sugárterápiás konzíliumot, azonban a beteg időt kért, hogy a továbbiakat átgondolja. Az asszony onkológusa ezt követően a beteggel és férjével részletesen átbeszélte a betegség kiterjedésével, prognózisával (inkurabilitás) kapcsolatos kérdéseket. Ezután a beteg mind a sugárterápiát, mind a felajánlott kemoterápiát visszautasította, így tüneti terápiát javasoltak neki, és onkológusa tájékoztatta a beteget a hospice ellátás lehetőségeiről.

Ezt követően kérte a beteg férje az otthoni hospice ápolást. Az alkalmazott terápia ellenére a fájdalom megfelelő csökkentése nem volt sikeres. Folyamatos hányingerrel/hányással is küzdött. Ezen tünetek csillapítására, illetve megszüntetésére tett kísérletek sem voltak elegendők (intravénás folyadékpótlás, antiemetikus terápia). Rövid időn belül az otthonápoló orvos javaslatával egyetértve a beteg kérte az intézményi felvételt hospice osztályra. A beteg hospice osztályra való bekerülésére összesen másfél évvel betegsége diagnosztizálása után került sor.

Az osztályon először a fájdalomcsillapító tapasz cseréjének gyakoriságát próbálták tisztázni. Ekkor derült fény arra, hogy a fentanyl tapaszt egyéni módon, önkényesen használták: az orvosi utasítással és az ápoló tanácsaival szemben sem a cserék időpontjában, sem a dózisokban nem volt semmilyen rendszer, mert a beteg saját bevallása szerint maga szeretne volna kontrollálni a fájdalomcsillapítókat. Felvételekor a beteg parapleg volt. Fájdalmain kívül a folyamatos hányingert, étvágytalanságot és bénultságot panaszolta. Ezen tünetek enyhítésére kombinált fájdalomcsillapító kezelést állítottak be (stabil adagolású fentanyl tapasz, NSAID, áttörő fájdalom esetére Sevredol tableta, TCA), a folyamatos hányinger és exsiccatio miatt intravénás folyadékpótlás, antiemetikum adása és káliumpótlás történt, emellett folytatták a korábban megkezdett szteroid és szorongáscsökkentő adagolását.

Az alkalmazott kezelés mellett hányás nem jelentkezett. Hányinger időnként előfordult, de a tápszerek fogyasztásának befejezését követően ez is megszűnt. A beteg hospice osztályos ápolásának hetedik napján erős fejfájás miatt terápiamódosítás történt (intravénás dehidráls és szteroid), amely mellett a fejfájás elmúlt. Ápolása alatt a betegnek néhány alkalommal volt szüksége maior analgetikus kiegészítésre, de fentanyl tapasz dózisának emelését nem igényelte. Ápolása közepidejében néhány alkalommal fordult elő nagyfokú, a beteg kérésére a szorongásoldó átmeneti, eseti emelését igénylő nyugtalanság. Felvétele alatt zavartság nem jelentkezett, aluszékony volt, de mindig tiszta tudatú.

Fizikális tüneteinek, panaszainak, fájdalmának megszűntét követően a beteg legjobban a mozgásképtelenségtől, lebénultságtól szenvedett, és ezt nem akarta megélni. A tehetetlenséget, kiszolgáltatottságát, függetlenségének és korábbi képességeinek, és így önmagának elvesztését bírta legnehezebben. A beteg többször jelezte, hogy nem akar már így élni, nem akarja átélni szenvedéseit. Aludni szeretne.

KÉRDÉS

Hogyan segítheti a palliatív team a saját sorsát kontrollálni kívánó beteg életvégi döntéseit?

MEGBESZÉLÉS

A betegek által megnevezett altatás az orvosi nomenklatúrában a palliatív szedáció, amely a beteg tudati szintjének redukálását jelenti szedatív gyógyszerekkel. A palliatív ellátásban a szedáció egyik módja a terápiás rövid távú, „enyhe” vagy időszakosan alkalmazott szedáció, amely kevésbé érinti hátrányosan a beteg tudati szintjét vagy kommunikációs képességét. A

szedálás másik módja a folyamatos, mély szedálás, amely csak abban az esetben elfogadható, ha a beteg szenvedése egyéb módon nem csillapítható, ha a halál néhány órán vagy néhány napon belül várható és ha a beteg ezt kifejezetten kéri. A palliatív szedálás leggyakoribb okai: terminális nyugtalanság, kontrollálhatatlan delírium, súlyos légszomj, masszív vérzés, tüdőödéma, nagymértékű szorongás és a beteg által tűrhetetlennek minősített fájdalom. A palliatív szedáció alkalmazása előtt az informált pácienssel, családjával vagy meghatalmazottjával elengedhetetlen megvitatni a tervezett palliatív szedáció célját, módját, hasznát és lehetséges kockázatait. Emellett szükséges a beteg rendszeres megfigyelése és a szedáció szintjének rendszeres ellenőrzése.

Ebben az esetben tehát – mivel szomatikus tüneteit sikerült megfelelően csillapítani, ápolása gondos és körültekintő volt – a beteg lelki szenvedése (kiszolgáltatottsága, valamint autonómiájának, korábbi önmagának elvesztése és az ezeken való folyamatos őrlődés) miatt igényelte a palliatív szedáció lehetőségét.

A páciens személyisége, életkora, komorbid szomatikus és pszichés problémái, korábbi életeseményei, esetleges pszichotraumái, illetve társas támogatottságának észlelt mértéke, minősége is nagyon meghatározó szerepet játszanak abban, hogy a beteg hogyan/milyen mértékben tudja feldolgozni a betegséget annak különböző szakaszaiban.

A méltóság megőrzése a hospice ellátás egyik legfontosabb, alapvető feladata. Gyógyíthatatlan megbetegedésekkel kapcsolatos reprezentatív felmérések alapján a magyar lakosság magánál a halálnál is jobban fél a kiszolgáltatottságtól, kontrollvesztéstől, az emberi méltóság elvesztésétől, a fájdalomtól és a szenvedéstől, valamint a családtagoktól, barátoktól való elválástól és attól, hogy teherre válnak mások számára. A felsoroltak többszörösen összefüggenek egymással – a végstádiumú betegek méltóságérzetét ugyanis leginkább betegségükkel kapcsolatos aggodalmaik, egyes társas tényezők és bizonyos tevékenységek, értékek, tulajdonságok befolyásolják. A halálfélelem, a betegség lefolyásával kapcsolatos bizonytalanság, az autonómia, a büszkeség, a küzdőszellem és a remény megőrzése, valamint a spirituális bizonytalanság/erős hit, a gondozás minősége, az, hogy a beteg tehernek érzi-e magát mások számára, valamint a privátszféra elvesztése/megóvása alapvetően fontos szempontok a méltóság és így a megfelelő életminőség fenntartása kapcsán.

Ha a betegnek magas fokú szenvedést okoz állapota, nemcsak a palliatív szedáció, hanem már annak lehetősége is megnyugvást jelenthet többek között az észlelt kontroll megnövekedésén, valamint a kiszolgáltatottság, a fájdalom és a szenvedés átélésének megszüntetésén keresztül.

A szóban forgó fiatal nőbeteg felvételét követően az osztály dolgozói a beteg mellett egy nála jóval idősebb, a teammel jól kooperáló, a beteget támogató, megértő, majd végül őt békésen elengedni tudó férfit ismertek meg. Ez a betegnek és férjének is második házassága volt. A férj elmondása szerint a beteg élete nagy szerelme, „mindene” volt, ezért bármit megtenne érte, ami látható, tapasztalható is volt az ápolási folyamat során. Szinte folyamatosan a felesége mellett volt, a beteg kifejezett kérésére éjszaka néhány órára hazament. A beteg fiatal felnőtt leánya szintén egy megértő, elfogadó, jól kooperáló, az édesanyja állapotával tisztában lévő személy volt.

A negatív pszichiátriai anamnézissel rendelkező, intelligens, orientált és jövőjéről gondolkodni tudó páciens a számára felkínált pszichológusi konzultációkat és antidepresszáns beállítását visszautasította. Ugyanakkor a beteg és hospice osztályos kezelőorvosa négy szemközt és a férjjel együtt, hármásban is több alkalommal is konzultáltak kívánságával, ennek okaival és a palliatív szedáción kívüli többi alternatívával kapcsolatban. Ezen alkalmak során megbeszélték, hogy amennyiben a beteg kívánságai egybeesnek a szakemberek lehetőségeivel, úgy mód lehet az enyhe szedálásra is. A palliatív szedáció lehetőségének részletes átbeszélése kapcsán a beteg a kivitelezés módjára is kíváncsi volt, és többször is megerősítette azt, hogy fizikai szenvedése kontrollálása esetén is elviselhetetlennek érezné így életét, azonban a folyamatos, de ébreszthető állapotban töltött szendergés méltó és békés alternatívának tűnik számára.

Végül abban egyeztek meg, hogy a beteg és férje jelzik az orvos felé, ha a beteg úgy dönt, hogy igénybe kívánja venni a fenti lehetőséget. A beteg azonban végül nem kezdeményezte a gyógyszerelés megváltoztatását. Nyugodt volt, kiegészítő fájdalomcsillapítót is csak két alkalommal igényelt. Az utolsó beszélgetést követő harmadik naptól a beteg folyamatosan aludt, időnként, minimális időkre volt ébreszthető. Egy hónappal felvételét követően a beteg alarmírozó tünetek nélkül csendben elhunyt, férje mindvégig mellette volt.

Ezen eset jól példázza, hogy a palliatív ellátás során a fizikális panaszok kezelése, megszüntetése fontos, de nem elegendő a betegek számára. A megfelelő tünetmenedzsment és a gondos szakápolás mellett a beteg számára rendkívül fontos volt autonómiájának megőrzése, kontrollérzetének megtartása, és annak pusztán tudata, hogy a megfelelő fájdalomcsillapításon, szomatikus tüneteinek enyhítésén kívül lelki szenvedésének, kiszolgáltatottságának, tehetetlenségének és az ezeken való őrlődésnek megszüntetésére is van lehetőség. Emellett (a beteg halálvágyát is) megértő, támogató, elfogadó család is nagymértékben elősegítette a beteg

számára az emberhez méltó életvéget. Minderre együttesen volt szükség ahhoz, hogy a páciens élete utolsó napjait nyugodtan, fokozódó aluszékonyságban, kínok nélkül töltsse.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Az életvégi betegellátás alappillére a megfelelő tüneti kezelés, fájdalomcsillapítás, betegvezetés és pszichés támogatás mind a beteg, mind a család részére.*
- 2. A beteg bizalmának kiépítéséhez alapvetően fontos a nyílt kommunikáció. A beteg és a család közös döntéshozatalában nagy szerepet játszik a palliatív teammal való jó együttműködés. Emellett a kommunikáció és az információcsere a gördülékenyebb betegellátás érdekében a csapaton belül is fontos.*
- 3. A megfelelő otthoni környezet és a kiemelkedően gondoskodó család ellenére bizonyos esetekben az intézményi felvétel/kezelés/kezelés lehetősége adhat megnyugvást a beteg életvégi szenvedésének megszüntetésére/megakadályozására.*
- 4. A betegség alakulását és a kezeléseket kontrolláló beteg számára fontos az őszinteség és a terápiás lehetőségek feltárása. A palliatív szedáció lehetősége reményt ad, hogy van választása az életvégi döntésekben.*
- 5. A megfelelő tüneti kontroll és pszichés vezetés megszüntetheti a beteg palliatív szedáció iránti igényét.*
- 6. A palliatív szedáció nem tévesztendő össze az eutanáziával.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról. Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi Közlöny. 2017, LVI. évfolyam, 15. szám 3202-3258. EMMI szakmai irányelv.

Chochinov HM. Méltóságterápia: Utolsó szavak az utolsó napokra. Budapest: Oriold és Társai; 2014.

Csikós Á (szerk.): Palliatív ellátás. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2022.

Dr. Hegedűs K. A fájdalomcsillapítás etikai vonatkozásai. Előadás; 2014.
<https://docplayer.hu/12136621-A-fajdalomcsillapitas-etikai-vonatkozasai.html>

Ipsos. OMNIBUSZ kutatás a hospice ellátással kapcsolatban. Kutatási jelentés; 2016.
<https://hospicehaz.hu/wp-content/uploads/2020/11/IPSOS-OMNIBUSZ-kutatas-a-hospice-ellatassal-kapcsolatban-2016.pdf>

Magyar Hospice Alapítvány: A magyarok kétharmada otthon szeretne meghalni. Kutatás. Adatfelvétel: Tárki, 2011. febr. <http://daganatok.hu/betegellatas/hospice/a-magyarok-ketharmada-otthon-szeretne-meghalni>

Panfilis LD. A palliatív szedáció etikai kérdései. Kharón. 2014; 18(2):1—10.

KIHÍVÁSOK A KAMASZKORÚ PÁCIENSEK OTTHONI HOSPICE ELLÁTÁSÁBAN

DR. GERGELY ANITA, FERDINANDY NÓRA, KANJO NADA KATALIN, DR.
MUSZBEK KATALIN

MAGYAR HOSPICE ALAPÍTVÁNY

ESET LEÍRÁSA

A 13 éves kislánynál a betegség első tünetei bizonytalan jellegű bal csípőtáji fájdalommal és sántítással jelentkeztek. Az elvégzett képalkotó vizsgálatok alapján nem sikerült diagnózist alkotni. 4 hónap késlekedést és nagymértékű testsúlycsökkenést követően állapították meg a bal femur proximális végének lágyrészbe törő malignus folyamatát. A szövettani vizsgálat magas malignitású, grade III. dedifferenciált chondrosarkómát (III. fokozatú, a normális sejtektől jelentősen eltérő, éretlen porcelemeket tartalmazó támasztószövet rosszindulatú daganatát) igazolt.

A négytagú családból a hatékony terápia reményében először az anya és a kislány költözött át határon túli otthonukból Magyarországra. Parciális, proximális femur reszekció és tumor exstirpatio in toto (történt. Ekkor már mindkét tüdőfélben metasztázisra gyanús képleteket lehetett kimutatni. Kemoterápiát indítottak, majd sugárkezelést kapott a primer tumor területére. A sugárterápia befejezése után a lánynál kétoldali VATS (video-assisted thoracoscopic surgery) műtétet végeztek, mely során tüdőmetasztázisokat távolítottak el.

A sorozatos kontroll képalkotó és csontszcintigrafiás vizsgálatok 1,5 éven át újabb áttétet, illetve recidivát nem mutattak ki. Azonban az első tünetek megjelenése után 2,5 évvel a tüdőkből ismét áttétek jelentek meg, ezért az ekkor közel 16 éves kamaszlány Votrien kezelést kapott. Egy évvel később a pleurával összefüggő metasztázist egy ismételt VATS műtéttel távolították el. Ezt követően a betegnél további kemoterápiát indítottak. A lány nagykorúvá válása okán és újabb terápia egyedi méltányosságának reményében átkerült a felnőtt ellátásba. Ekkor a primer tumor helyén a protézis diszlokációja miatt műtét történt. Majd újabb pleurális és pulmonális propagáció megjelenése után Stivarga terápiát indítottak, de 3 hónappal később a bal axilláris régióban szövettannal igazolt metasztázis jelent meg. A betegség rapid progressziója miatt a lánynál Keytruda kezelésbe kezdtek. Az első tünetek megjelenése után

5,5 évvel végzett CT vizsgálat a bal mellkasfelet kitöltő, lágyrészbe törő és laterálisan axilla felé terjedő, a lépét ventrálisan diszlokáló tumort és peritoneálisan carcinosist mutatott ki.

A család a palliatív ellátást a tumoreltávolító műtét és az első kemoterápia után igényelte.

KÉRDÉS

Hogyan tud a team segíteni egy együttműködő, ugyanakkor háritó, tagadó kamasznak és családjának?

MEGBESZÉLÉS

A kamaszkorú és fiatal felnőtt korú páciensek palliatív ellátása speciális ismereteket és kommunikációt igényel ezen betegek fejlődési és pszichoszociális sajátosságai alapján egyaránt. Ráadásul a krónikus és azon belül is a súlyos, életet veszélyeztető betegséggel élő kamaszok egészséges társaikhoz képest alternatív módon szembesülnek és küzdenek meg ezen szenzitív periódus kihívásaival. Ezek a betegségek a tüneteken, a kezeléseken, a fenyegetettségen és a családdinamikai, élethelyzeti sajátosságokon keresztül az önállósodást, a szülőkről való fokozatos leválást, a kortárs kapcsolatok előtérbe kerülését és elmélyülését, a különböző szerepek kipróbálását, megtapasztalását, az identitásformálódást, a szexualitással kapcsolatos tapasztalatszerzést és az énképpel, testképpel kapcsolatos viszonyt, valamint céljaikat, jövőről alkotott elképzeléseiket is nagyban módosíthatják. Mindemellet gondolkodásuk, absztrakciós képességeik, halálképük és érzelemszabályozási készségeik is pont a kamaszkor beköszöntével mennek át jelentős változásokon. Mindezek erősen befolyásolhatják a páciens pszichés reakcióit (pl. regresszió, tagadás, háritás, szorongásos és depressziós tünetek) és együttműködését is.

Jelen pácienssel és családjával a gyermek hospice team fél évvel a diagnózis felállítását követően kezdte meg munkáját az akkor még 13 éves kamasz ideiglenes otthonában. Az első találkozáskor realizálták nehéz és kiszolgáltatott helyzetét, ami a beteg kislány és édesanyja rokonokhoz történt befogadásával járt. Egy elkeseredett, dühös, ugyanakkor reménykedő anyát ismertek meg egy beteg, riadt, kamaszlánnyal. A palliatív ellátás ezen szakasza orvos, ápoló és gyógytornász munkájából állt. A vizitek során látható volt az anya sokkolt állapota a betegség kialakulása és aktuális élethelyzetük, veszteségeik kapcsán (család szétszakadása, költözés), azonban a több alkalommal is felajánlott pszichés támogatást elutasította. Ekkor legfőbb kérésük a megrövidült és kontraktúras bal alsó végtag tornáztatása volt, miközben alábecsülték a bal alsó végtag jelentős fájdalmát. 3 hónappal később a kamaszlány egyre biztosabban járt, és

a fájdalomcsillapítás alapszintű (NSAID) fájdalomcsillapítókkal uralható volt, bár a gyógyszerek óra szerinti adagolását nehezen fogadták el. A gyermek gyógyszerelését az édesanyja menedzselte. A rendszeres gyógytorna hatására, mely izomerősítést, járásgyakorlást, gerinctornát és manuális nyirokmasszázst tartalmazott, a beteg mozgása jelentősen javult. A palliatív ellátás önkéntes látogatásával egészült ki, aki angol nyelv korrepetálását vállalta a lánynál. Ez a főleg gyógytornát és tünetmenedzselést biztosító gondozási szakasz 14 hónapig tartott. A palliatív team a kuratív terápiát egészítette ki, támogatta a gyermek onkológusával szorosán együttműködve.

A betegség tünet- és tumormentes időszakában a gyermek iskolába járt, és a palliatív ellátás szünetelt, bár az ellátó team tagjaival a család különböző mértékben tartotta a kapcsolatot. Ez idő alatt a kamaszlány többek között egy alkalommal a Bátor Táborban is járt, ahol maradandó élményeket és barátokat szerzett, és egy erre szakosodott intézményben rehabilitációban részesült.

Az alapbetegség megjelenésétől számított 4. évben az apával és testvérrel kiegészült, már a rokonoktól külön élő család megrendülve kérte a palliatív ellátás folytatását. A térd- és csípőflexió csökkenése és a fokozódó scoliosis, valamint az időközben (a csípőprotézis elmozdulása miatt) történt reoperáció miatt a család kérése ekkor ismét a gyógytorna volt, komoly vagy visszatérő fájdalomról nem számoltak be.

Miközben a lánynak és szüleinek betegséghez való viszonyulása a háritást tükrözte, a beteg felerősítése volt számukra a cél, a betegség gyógyíthatatlanságával nem akartak szembesülni, a palliatív team felismerte az életvégi ellátás tervezésének szükségességét is az elhárítások és a remény tiszteletben tartása mellett.

Noha a család leginkább a gyógytorna miatt kérte az otthoni ellátást, a betegség előrehaladtával a palliatív ellátásban a gyógytorna mellett a korábinál hangsúlyosabb szerepet kapott az orvosi munka, a tünetmenedzselés is.

A pandémia miatt az orvosi vizitek időnként telefonos konzultációval zajlottak, a beteg mozgásának fejlesztése a lehetőségekhez mérten rendszeresen megtörtént. Közben a beteg átkerült a felnőtt onkológiai ellátásba, de otthonápolás tekintetében a nagylány otthoni palliatív ellátása tovább folytatódhatott (hiszen a gyermek hospice ellátásban a betegek 24 éves korukig kísérhetőek). A fő feladat ebben az időszakban a Stivarga kezelés mellékhatásaként tenyéri és talpi felszínen bullák és hámfosztott területek rendszeres ellátása volt. A tüdőmetasztázis

lágyrészbe törésével egy időben, jellemzően éjszakánként neuropátiás (idegi) fájdalom jelent meg a bal lapocka és a gerinc közötti területen. Alacsony dózisu tramadol és paracetamol kombinációjával a fájdalom uralható volt. Fialal felnőtt lévén a gyógyszereket a beteg már magának adagolta, azonban az óra szerinti módszert még ekkor sem fogadta el. A legoptimálisabb fájdalomcsillapítás elérését a beteg a jelentkező fájdalmak minőségi és mennyiségi dokumentálásával tudta volna segíteni. Erre alkalmas fájdalomnapló vezetését saját szavas leírás formájában vagy applikáció kitöltésével végezhetle volna. Ezekre sajnos az orvos többszöri kérésére sem került sor, így a terápia meghatározásában csak hiányos beszámolóra hagyatkozhatott. A betegség progressziójával, kimenetelével kapcsolatos beszélgetéseik során a lány viselkedése, kommunikációja is háritást és tagadást tükrözött, a több alkalommal felajánlott pszichés támogatás alól pedig rendszeresen kibújt.

Végül ismételt sugárkezelés és az óra szerinti fájdalomcsillapító adagolásának elfogadtatásával a fájdalmak szinte teljesen megszűntek. Bár a beteg légzése gyengébb, kilégzése megnyúlabb volt, mégis energikusabbnak érezte magát mint korábban. Előbbiek és éjszaka jelentkező ingerköhögés miatt Ventolinnal és este adandó Sinecoddal egészült ki a terápia. A krónikussá vált étvágytalanságot a beteg nem élte meg kínzó tünetnek, ezért a korábban is javasolt Megestrol szedését háritotta.

Végül 2 hónap fájdalommentesség után a betegség rapidan progrediálni kezdett: bal alsó végtagi, majd hasi és végül bal felső végtagi ödéma megjelenése, majd mozgás beszűkülése jelentkezett. A hasban ascites jelent meg, és a jobb iliaca communis thrombosisát mutatták ki. Orrszárnyi légzés és a légzési segédizmok bevonása jelent meg a légvételeknél. Otthoni oxigén indítása vált szükségessé. A tramadol dózisának emelését nehezen fogadták el, majd a fentanyl tapasz használatát késleltették. Az éjszakai nyugtalanságra javasolt anxiolitikumot csak akkor fogadta el a beteg, miután a szülő bevallotta, hogy már ő is szedi egy ideje. A rapid állapotromlásnál felmerült a beteg hospice házba költözése, illetve egy betegágy kölcsönzése is az ápolás körülményeinek maximalizálása érdekében, de a beteg nem szeretett volna élni ezen lehetőségekkel.

Az orvos több alkalommal kezdeményezett beszélgetést a betegség aktuális szakaszával és progressziójával kapcsolatban. A lány ezekkel a lehetőségekkel az utolsó pillanatig nem akart élni. A vele szimbiózisban élő anya hozzáállása eközben az utolsó hónapban megváltozott: mindenáron a megerősödést forszírozó, gyógyulást kergetőből a betegség kimenetelét elfogadó,

támogató és gyermeke nyugalma törekvővé. A családot eltartó apa mindig kerülte a palliatív orvossal való találkozást, de végül az orvos kifejezett kérésére tudott vele beszélni.

A palliatív gondozás második fázisában a pszichológus segítségét sokáig hátrította a fiatal lány, végül a szakember bevonása a gondozás utolsó hónapjaiban sikerült. A lány ekkoriban betegségével kapcsolatos érzéseiről beszélve annak mindennapjait, életét korlátozó mivolta mellett leginkább pozitív hozadékait hangsúlyozta. Azt mondta, a kemoterápiát nem szenvedte meg, kínzó tünetei nem voltak, ugyanakkor szorosabbra fűzte az édesanyjával való kapcsolatát, új, mély barátságokat alakított ki és kortársainál érettebbnek írta le magát. Bár észlelte, hogy gyengül, az utolsó pillanatig fennmaradt benne a gyógyulás lehetőségének reménye.

A beteg végül az öt gondozó onkológiai osztályon hunyt el, ahová saját kérésére, további vizsgálatok és kezelések reményében feküdt be, azonban állapota rapid progressziója miatt végül csupán néhány napot töltött bent.

Az otthonápolásban részt vevő teamtagok az 5 év alatt nagyon hatékonyan tudtak segíteni bizonyos területeken, de az elhárító mechanizmusok miatt többször érezték magukat tehetetlennek – valószínűleg a családhoz és a beteghez hasonlóan. Frustrációjuk elsősorban a fájdalomcsillapítással, a megfelelő gyógyszerek beállításával kapcsolatban volt észlelhető. Úgy érezték, sok terhet vehetett volna le a családról a megfelelő pszichés támogatás, melyet a háritás miatt szinte végig elutasítottak. Mindemelllett a család együttműködése volt az alapja a beteg otthoni ápolásának. A különböző országokban élő, a gyermek gyógyulási kilátásainak reményében szétszakadt családban az anya vállalta a gyermek otthoni ellátását, amelyet legjobb képességei szerint, erején felül látott el a mostoha körülmények ellenére is. A családgyógyítás után az egészségügyben dolgozó apa háritási mechanizmusai miatt kerülte az orvossal való találkozást, és szinte az utolsó pillanatig olyan aktív gyógyítási lehetőségeket keresett, melyek akkor már inadekvátak voltak. A búcsú és az utolsó napok eltöltésének szempontjából épp ezért elengedhetetlen volt a palliatív orvos őszinte kommunikációja a családdal a valós perspektíváról. A palliatív team az 5 év során olyan kapcsolatot tudott kiépíteni a beteggel és a családdal, amely alapvetően a bizalmon alapult, és ez lehetővé tette a hosszú és végső soron hatékony otthonápolást.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Súlyos, fokozódó tünetek ellenére is megvalósítható az otthonápolás egy együttműködő családdal.*
- 2. Meg kell találni az utat ahhoz, hogy a család valamennyi teamtag munkáját elfogadja, ne csak a választott szakemberét.*
- 3. A tünetek és az állapot változásával egy időben változik az egyes teamtagok szerepe a betegellátásban.*
- 4. A palliatív és a kuratív team kommunikációja elengedhetetlen feltétele a beteg optimális ellátásának.*
- 5. Fontos felmérni, számításba venni, tiszteletben tartani a beteg gyermek/kamasz/fiatal felnőtt igényeit, pszichés állapotát, működését, aktuális életciklusát, életkori, fejlődési sajátosságait és hárító mechanizmusait is.*

FELHASZNÁLT IRODALOM 12 FÉLKÖVÉR

Anderson CP. The Challenge of Palliative Care for Adolescents and Young Adults. Evidence-Based Oncology. 2015; 21(14):476-477.

Csikós Á. (szerk.): Palliatív ellátás. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2022.

Hain R. Book of Palliative Care for Children. Oxford: Oxford University Press; 2021.

ICPCN Pain Measurement Scale for Children. <https://www.icpcn.org/icpcn-pain-assessment-tool-for-children/>

IMPaCCTT: standards for paediatric palliative care in Europe. Reprinted from European Journal of Palliative Care. 2007; 14(3):109-114. https://www.palliative.lv/wp-content/uploads/2013/01/EU_Childrens_Palliative_Care_standarts.pdf

Snaman J, McCarthy S, Wiener L, et al. Pediatric palliative care in oncology. Journal of Clinical Oncology. 2020; 38(9):954-962.

Weaver MS, Rosenberg AR, Fry A, et al. Impact of the Coronavirus Pandemic on Pediatric Palliative Care Team Structures, Services, and Care Delivery. *Journal of Palliative Medicine*. 2021; 24(8):1213-1220.

KEZELÉS VISSZAUTASÍTÁSA ELŐZETESEN - CSELEKVŐKÉPTELENSÉG ESETÉRE VONATKOZÓ ELŐZETES EGÉSZSÉGÜGYI RENDELKEZÉS

DR. ZELLER JUDIT

ESET LEÍRÁSA

A páciens 78 éves nő, végstádiumú daganatos beteg. Jelenleg onkológus szakorvosa kezeli, nincs hospice-palliatív ellátásban van; onkológusával azonban már egyeztettek arról, hogy kuratív ellátást már nem kap, kezelése során a palliatív jellegű kezelésekre van lehetőség. A beteget néhány évvel idősebb férje közös otthonukban ápolja.

A betegnek és férjének két felnőtt gyermeke van, mindketten külföldön élnek. Édesanyjuk betegségének véglegességét nehezen fogadják el, többször is kifejezésre juttatták, hogy amíg van lehetőség gyógyító célú kezelésre, addig ezt támogatják. Felajánlották, hogy külföldön helyezik el kórházban, hogy ott kapjon kezeléseket. Arról is biztosították a beteget és férjét, hogy ha a beteg állapota rosszabbodik vagy édesapjuk már nem tudja ellátni, akkor mindketten hazajönnek és segítenek a gondozásban.

A betegnek fontos szempont, hogy nem szeretne többé kórházba kerülni, elsődleges kívánalma, hogy – ha férje továbbra is tudja gondozni, akkor – otthonában szeretné tölteni betegségének utolsó időszakát. Ha mégis úgy alakul a helyzet, hogy kórházba kell szállítani, akkor az a kívánsága, hogy csak fájdalmait és egyéb kellemetlen tüneteit enyhítsék, de az életét már ne hosszabbítsák meg orvosi eszközökkel.

A beteg aggódik, mi lesz, ha ő már nem lesz döntésképes állapotban. Ebben az esetben a törvény alapján a férje dönt majd az orvosi ellátásáról, ám a beteg attól fél, hogy a gyermekei meggyőzik majd a férjét, hogy szorgalmazzon életmentő és életfenntartó kezeléseket. A beteg erős biztosítékot szeretne az életvégi kívánalmi érvényesüléséhez, olyan garanciát, amelyet még hozzátartozói sem írhatnak felül.

KÉRDÉS

Hogyan biztosítható a beteg számára, hogy valóban az ő kívánalmi érvényesüljenek orvosi kezelése során akkor is, amikor már nincs olyan állapotban, hogy saját maga juttassa érvényre akaratát?

MEGBESZÉLÉS

A gyógyíthatatlan betegeknek egyértelmű igénye van arra, hogy életük végének kérdéseit megnyugtató módon rendezzék. Végrendelkeznek és egyéb jognyilatkozatokat tesznek, illetve beszélnek szeretteikkel arról, hogyan képzelik az életük végét. Szerencsés esetben arra is van lehetőség, hogy orvosukkal az életvégi ellátás kérdéseit egyeztessék, valamint arról, hogyan alakul majd az orvosi ellátásuk. Az egészségi állapot alakulása természetesen nem tervezhető meg minden elemében előre, de az ellátás előzetes tervezése által a beteg jó eséllyel tudni fogja, milyen élettani történés várható betegsége miatt és ezek bekövetkeztekor milyen beavatkozások jöhetnek majd szóba.

Az egészségügyi beavatkozások szinte kivétel nélkül a beteg beleegyezését igénylik. Ezért súlyos, gyógyíthatatlan beteg is dönthet arról, hogy a rendelkezésére álló kezelések közül melyeket szeretné igénybe venni. Arra is lehetősége van, hogy egyes beavatkozásokat vagy akár a kezelést általában visszautasítsa. Ha azonban életmentő vagy életfenntartó beavatkozásról van szó, az ilyen beavatkozások visszautasításának szigorú törvényi feltételei vannak.

A kezelésbe való beleegyezés és a kezelés visszautasításának jogát a beteg mindaddig gyakorolhatja, amíg döntésképes (belátási képessége, jogi értelemben pedig cselekvőképessége fennáll). Amikor azonban belátási képessége elvész (például azért, mert kómába kerül, gyógyszerhatás alatt áll, előrehaladott agyi leépüléssel járó betegségben szenved), akkor a törvényi előírások alapján mások – általában hozzátartozói – döntenek majd helyette az egészségügyi ellátás tekintetében. A hozzátartozók joga tehát, hogy a kezelésbe való beleegyezés és a kezelés-visszautasítás jogát gyakorolják, méghozzá a következő sorrendben: törvényes képviselő, házastárs vagy élettárs, gyermek, szülő, testvér, nagyszülő, unoka. Ha a sorból egy hozzátartozó kiesik, a sorban utána következőtől fogják kérni a beleegyezést vagy visszautasítást.

A beteg természetesen mindig megbeszélheti hozzátartozóival, hogy milyen kezeléseket kér és melyeket utasít el. Arra azonban egy beszélgetés alapján jogi értelemben nincs garancia, hogy utóbb, amikor a beteg már döntésképtelen, a hozzátartozó ténylegesen a beteg kérésének megfelelően is jár majd el. Különösen kritikus a kezelés visszautasításának kérdése, a hozzátartozó számára ugyanis érzelmileg súlyosan megterhelő lehet azt a döntést képviselni, hogy a beteget már ne kezeljék. Problémás lehet, ha a hozzátartozók között véleménykülönbség adódik, és mást szeretnének súlyos beteg szerettük kezelésével kapcsolatban. Az orvosnak

természetesen mindig a törvényi előírás alapján kell kiválasztania a döntéshozót, ám ettől még családi konfliktusokat generálhatnak az eltérő álláspontok.

Erre a helyzetre megoldást jelenthet a jogi kötőerővel bíró előzetes egészségügyi rendelkezés (továbbiakban: előzetes rendelkezés). Az előzetes rendelkezés egyértelműen biztosítja a beteg számára, hogy saját döntései, akarata érvényesüljön még akkor is, amikor ő ezt már nem tudja személyesen kifejezni. Az előzetes rendelkezésben a beteg akár életmentő vagy életfenntartó kezelést is visszautasíthat, feltéve, hogy betegsége súlyos, gyógyíthatatlan és az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül halálhoz vezet, illetve akkor is, ha a betegség gyógyíthatatlan és a beteg önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők. Az előzetes rendelkezésben a beteg megjelölheti azt a személyt is (az ún. helyettes döntéshozót), akit felhatalmaz maga helyett a beleegyezés vagy visszautasítás jogának gyakorlására. Ez a személy lehet olyan ember is, aki nem szerepel az előzőekben leírt törvényi felsorolásban (pl. barát).

Az előzetes rendelkezés közjegyzői okiratban rögzített nyilatkozat arról, hogy a beteg milyen kezeléseket utasít el. Az egészségügyi ellátás során ezt a nyilatkozatot akkor fogják felhasználni (iránymutatásul használni a kezeléshez), ha a betegnek már nincs meg a belátási képessége, nem tud döntést hozni és ezt kommunikálni. Az előzetes rendelkezésben foglaltak az orvosra és más egészségügyi ellátókra kötelező erejűek, vagyis a beteg kezelői kötelesek betartani a dokumentumban foglaltakat. Ehhez természetesen tudniuk kell arról, hogy a betegnek van előzetes egészségügyi rendelkezése, amely a legkönnyebben úgy lehetséges, hogy a beteg vagy hozzátartozója ezt a beteg kórházba kerülése esetén a kezelőorvos rendelkezésére bocsátja.

Előzetes rendelkezést elvileg bárki bármikor tehet, ám feltétlenül célszerű szorgalmazni a rendelkezés megtételét, ha a beteg diagnózisa súlyos, továbbá számítani lehet arra, hogy állapota fokozatosan rosszabbodik és a beteg hosszabb terminális állapot során jut majd el a halálig. Az előzetes egészségügyi rendelkezést a beteg még akkor teheti meg, amikor belátóképes (jogi értelemben cselekvőképes). Az egészségügyi szakembereknek érdemes tehát mielőbb felvetniük a rendelkezés lehetőségét neki és hozzátartozóinak. Amellett, hogy a beteg rendelkezik arról, hogy élete végén kéri-e az általános, ilyen helyzetekben “megszokott” beavatkozásokat (például folyadékpótlás, esetleges transzfúzió), érdemes a betegséghez specifikusan kapcsolódó beavatkozásokról (konkrét gyógyszerek, gyógymódok) is tájékozódni és ezekről is rendelkezni. Az előzetes rendelkezés elemeit érdemes ezért a kezelőorvossal vagy

erre speciálisan képzett szakdolgozóval is megbeszélni, aki támpontot nyújthat abban, hogy az adott betegségben szenvedő beteg milyen beavatkozásokra számíthat, ha állapota előbbre halad.

Az előzetes rendelkezés garanciát jelent a betegnek arra, hogy a kezelésével kapcsolatos életvégi kívánalmai maradéktalanul érvényesülnek, nem kerülhet sor az akaratán kívül semmiféle beavatkozásra. De a rendelkezés garancia az orvos számára is, aki ez alapján pontosan tudhatja, mely beavatkozásokról kell eltekintenie a beteg esetében. Végül az előzetes rendelkezés segítség lehet a hozzátartozóknak is, akiknek a válláról leveszi azt a terhet, hogy szerették életének végső pillanataiban nekik kelljen dönteni a legkritikusabb kérdésekről.

A beteg konzultált a kezelőorvosával, majd közjegyzői okiratba foglalt előzetes egészségügyi rendelkezést tett. A rendelkezésből egy példányt odaadott a férjének és egy-egy példányt átadott a kezelőorvosának és a házi orvosának, akik elhelyezték a betegdokumentációban.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A beteg kívánalma lehet, hogy élete végén már ne kapjon orvosi kezelést, illetve kezelése a saját döntése mentén alakuljon. A saját döntés érvényesülését akadályozhatja, hogy a beteg már nem döntésképes, hozzátartozói pedig nem ismerik vagy nem képviselik megfelelően a kívánalmait.*
- 2. Az előzetes egészségügyi rendelkezés egy jogilag kötelező erejű dokumentum, amelyet a beteg cselekvőképzetlensége esetén használnak fel, hogy ebből megtudják, mely kezeléseket egyezik bele és melyeket utasít vissza.*
- 3. Az előzetes rendelkezés lehetőségére érdemes a szakembereknek felhívniuk a beteg figyelmét és szakmailag támogatni a rendelkezés tartalmának minél precízebb meghatározásában.*
- 4. A megfelelően elkészített és a kezelőorvosnak átadott előzetes egészségügyi rendelkezés támogatja beteg életvégi kívánalmainak érvényesülését, segíti az egészségügyi szakemberek munkáját és érzelmi terhet vesz le a hozzátartozók válláról.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Busa Cs, Zeller J, Csikós Á. Életvégi kívánalmakkal és döntésekkel kapcsolatos vélemények és ismeretek a magyar társadalomban. Kharon Thanatológiai Szemle. 2018/3.

Méltósággal meghalni. Társaság a Szabadságjogokért; 2018. <https://tasz.hu/a/files/TASZ-Meltosaggal-meghalni.pdf>

Zeller J. A kezelés visszautasítása. In Csikós Á. (szerk.): Palliatív ellátás. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2022.

ÉLETFENNTARTÓ BEAVATKOZÁS VISSZAUTASÍTÁSA AKTUÁLIS HELYZETBEN, KÓRHÁZI KÖRÜLMÉNYEK KÖZÖTT

BUSA CSILLA

ESET LEÍRÁSA

A 73 éves férfibeteg egy éve nyelési nehezítettség, fogyás, valamint általános gyengeség miatt kereste fel orvosát. Az elvégzett vizsgálatok előrehaladott, inoperábilis nyelőcsődaganatot igazoltak. A beteg kemo-radioterápiás kezelésben részesült, melynek mellékhatásaitól (hányinger, fájdalom, folyadék-visszatartás stb.) sokat szenvedett. Állapota a kezelések hatására átmenetileg javult, így még egy ideig biztosítható volt a táplálkozás természetes útja.

A daganatos folyamat azonban haladt előre, a beteg az elmúlt hetekben sokat fogyott, szilárd ételleket egyáltalán nem tudott fogyasztani, folyadékot csak nehézséggel. A nyelési nehezítettség, legyengült állapot miatt kórházba került. Kezelőorvosa szerint elkerülhetlenné vált a tápszonda behelyezése, ami esetében életfenntartó terápiának minősül. A beteg felesége nagyon aggódik, csak akkor nyugodt, ha a férje kórházban van, mert „ott mindent megtesznek érte”. Egyetért a kezelőorvossal abban, hogy „a legvégsőkig kell küzdeni”. A beteg viszont nem szeretné a beavatkozást, előrehaladott betegsége és az életkora miatt úgy gondolja, hogy a tápszonda behelyezésével csak a szenvedéseit hosszabbítanák meg. Emiatt kijelenti, hogy kizárólag a tüneteit enyhítő terápiákat hajlandó elfogadni, az életmentő és életfenntartó beavatkozásokat elutasítja, így a tápszonda behelyezését sem szeretné. Kezelőorvosa tudja, hogy a betegnek ehhez joga van és – bár nem ért egyet a döntésével – kérését tiszteletben tartja.

KÉRDÉS

Mit kell tennie a kezelőorvosnak ahhoz, hogy az életfenntartó terápia elutasítása a beteg részéről és a döntés dokumentálása a kórház részéről jogszerű keretek között történjen?

MEGBESZÉLÉS

A kezelésekre való beleegyezés vagy elutasítás az egészségügyi törvény alapján a beteget megillető jogok körébe tartozik. Az életmentő és életfenntartó beavatkozások elutasítására – a döntés következményeire való tekintettel – speciális tartalmi és alaki követelmények vonatkoznak.

Életfenntartó vagy életmentő beavatkozások visszautasítására aktuális helyzetben akkor van mód, ha a páciens olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. Ilyen esetekben tehát a beteg nem az orvosi ellátás elmulasztása miatt hal meg, hanem a betegség természetes lefolyása következtében, mivel lemondott az életének orvosi eszközökkel való meghosszabbításáról.

Esetünkben az előrehaladott daganatos betegség teljesíti a tartalmi feltételeket. Milyen formában mondhat le a beteg a tápszonda behelyezéséről?

Alapszabály, hogy minden olyan ellátást, amelynek elmaradása nyomán a beteg állapotában súlyos vagy maradandó károsodás bekövetkezte várható (a halált is beleértve), csak írásban lehet visszautasítani. Ez formailag lehet közokirat¹ (leggyakrabban közjegyzői okirat) vagy teljes bizonyító erejű magánokirat². Súlyos állapotú beteg esetében előfordulhat, hogy már nem képes írásos nyilatkozatot tenni. Ilyenkor szóban is kifejezheti a kezelés visszautasítására vonatkozó szándékát két tanú együttes jelenlétében. A visszautasítást írásba kell foglalni és a nyilatkozatot a két tanú aláírásával hitelesíti. Innentől a nyilatkozat a betegdokumentáció részét képezi.

A beteg anyagi okokból nem szeretne közjegyzői okiratot készíttetni (a kezelést visszautasító jognyilatkozat összeállítása díjköteles szolgáltatás), és képesnek is érzi magát arra, hogy írásbeli nyilatkozatot tegyen. Mi a következő lépés?

Mivel az életfenntartó és életmentő kezelések visszautasítása súlyos következményekkel jár, ezért az egészségügyi törvény előírja, hogy a nyilatkozat megtétele előtt – lehetőleg személyes beszélgetés keretében – törekedni kell arra, hogy megismerjük a beteg elhatározásának okait és meg kell kísérelni döntése megváltoztatását. Emellett ismételt tájékoztatni kell a beteget a beavatkozás elmaradásának következményeiről. A jogszabályok nem rendelkeznek egyértelműen arról, hogy kinek kell ezt a beszélgetést lefolytatnia, de célszerűnek tartjuk, ha a kezelőorvos teszi meg, hiszen ő kísérte végig a beteg kezelését.

¹ A közokiratok legáltalánosabb formája a közjegyzői okirat.

² Akkor bír teljes bizonyító erővel egy magánokirat, ha a készítője az elejétől a végéig saját kézzel írta és aláírta, vagy ha a nem saját kézzel készült (pl. számítógépen írt és kinyomtatott) okiratot két tanú előtt írta alá. A tanúknak aláírásuk mellett saját kezűleg, olvashatóan fel kell tüntetniük a nevüket és a lakóhelyüket is. Egyéb adat (pl. személyi igazolvány száma, anyja neve) megadására nincs szükség.

A beteg a beszélgetés hatására sem változtat szándékán, és kijelenti, hogy ragaszkodik a tápszonda elutasításához. Mi szükséges ahhoz, hogy jogszerű nyilatkozatot tehessen?

Haladéktalanul ki kell jelölni a két tanút, valamint segíteni kell a beteget a nyilatkozat megfogalmazásában és abban, hogy aláírhasa azt. Ügyelni kell arra, hogy a dokumentumból egyértelműen kiderüljön, milyen ellátást utasít el a beteg: ezt a magyar nyelvben általánosan használt megnevezéssel kell a nyilatkozatba foglalni, vagy az OENO-ban szereplő megnevezéssel és mellette az általános köznyelvi megnevezéssel.

A jogszerű nyilatkozattételhez egy háromtagú orvosi bizottság összehívása is szükséges. Ezt az egészségügyi ellátó intézmény teszi meg, ahol a beteg kezelés alatt áll. A bizottság tagjai: a beteg kezelőorvosa, a betegség jellegének megfelelő független szakorvos (*esetünkben olyan onkológus*, aki nem vesz részt a beteg kezelésében) és egy pszichiáter szakorvos. A háromtagú orvosi bizottság megvizsgálja a beteget, ez a lépés az eljárásban kötelező elem, és ha a beteg nem járul hozzá, nyilatkozata nem vehető figyelembe. A betegség jellege szerinti szakorvos a vizsgálatot követően nyilatkozik arról, hogy a súlyos, gyógyíthatatlan betegség végstádiuma valóban fennáll-e, a pszichiáter szakorvos pedig arról, hogy a beteg belátási képessége birtokában van-e. Utóbbi vizsgálata során a beteget minden esetben meg kell hallgatni és akkor kell belátási képességgel rendelkezőnek tekinteni, ha képes megérteni döntése következményeit. A szükséges feltételek együttes fennállásáról az orvosi bizottságnak egybehangzóan és írásban kell nyilatkoznia. Ehhez a nyilatkozathoz központilag kibocsátott űrlap nem állrendelkezésre, az egyes intézmények saját dokumentumaikat használják. Tekintettel arra, hogy az életfenntartó és életmentő beavatkozások elutasítása komoly következményekkel jár, a betegnek az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. napon – két tanú előtt – ismételten ki kell nyilvánítania a visszautasításra irányuló szándékát. Döntése ekkor válik jogszerűvé és betartása az egészségügyi ellátók számára kötelező. A visszautasítástól függetlenül továbbra is megilleti a beteget a kényelemérzet elősegítése, a fájdalomcsillapításhoz való jog és az, hogy az általa kívánt tájékoztatást megkaphassa. Bár a visszautasító nyilatkozat megtételére vonatkozó szabályok szigorúak, a beteg bármikor, alaki kötöttség nélkül visszavonhatja, ha meggondolta magát.

A beteg elhatározása, hogy életfenntartó vagy életmentő kezelést utasít vissza, nemcsak a saját, hanem családtagjai életére is hatást gyakorol. A hozzátartozók számára érzelmileg megterhelő lehet és nehézséget okozhat a döntés elfogadása. A családi megbeszélés, még egy ilyen, kimondottan nehéz kommunikációs szituációban is megoldást jelenthet.

Esetünkben láthattuk, hogy a beteg és felesége álláspontja nem egyezik abban, hogy a kezelést meddig kell folytatni. A családi megbeszélés alkalmat ad arra, hogy megértsék egymás félelmeit, aggodalmait, megismerjék és elfogadják egymás érzéseit és további feszültségek helyett a beteg támogatást kapjon feleségétől.

Egy ilyen döntés végrehajtása az egészségügyi ellátók részéről is diszkomfortérzéssel járhat, ezért a személyzet pszichoszociális támogatására is figyelmet kell fordítani.

Az esetben bemutatott beteg kezelőorvosa a kórházban összehívta a háromtagú tagú bizottságot és lefolytatták a szükséges eljárást. Az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. npra várva a beteg újra beszélt a feleségével döntésének okáról. A feleség látva, hogy az orvosi bizottság helyt adott a beteg kérésének, jobban el tudta fogadni, hogy „a legvégsőig tartó küzdelem” már nem szolgálná a beteg érdekét és főleg nem történhetne a beteg akarata ellenére.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Gyógyíthatatlan betegség végstádiumában a betegnek joga van életfenntartó és életmentő kezelések visszautasítására.*
- 2. A végstádiumú gyógyíthatatlan betegség létét és a páciens belátási képességének fennállását az egészségügyi ellátó intézmény által összehívott orvosi bizottságnak kell igazolnia.*
- 3. Ha minden szükséges kritérium teljesül és a beteg kitart szándéka mellett, akkor az intézménynek haladéktalanul segítenie kell megteremteni a jogszerű nyilatkozattétel feltételeit.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól [Internet]. http://archiv.njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=35587.287699

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről [Internet]. <https://njt.hu/jogszabaly/1997-154-00-00>

2016. évi CXXX. törvény a polgári perrendtartásról - Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye.
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1600130.TV>

Pálfiné Kegye A, Zana Á. Pszichoszociális támogatás. In: Csikós Á. (szerk.): Palliatív ellátás. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2022.

Pozsgai É, Csikós Á. Kommunikáció a hozzátartozókkal, a családi megbeszélés. In: Csikós Á. (szerk.): Palliatív ellátás. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2022.

Zeller J. A kezelés visszautasítása. In: Csikós Á. (szerk.): Palliatív ellátás. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2022.

A SPIRITUÁLIS SZENVEDÉS FELISMERÉSE ÉS ENYHÍTÉSE

BUSA CSILLA

ESET LEÍRÁSA

A 70 éves nőbeteg végstádiumú vastagbél-daganatát öt hónapja diagnosztizálták. Korábban is volt már tumoros betegsége, 62 éves korában rosszindulatú emlődaganattal operálták. Az onkoteam döntése szerint további gyógyító célú kezelések már nem jöhetnek szóba, így otthoni hospice ellátásba került.

A beteg otthonában egyedül él. A szomszéd városban lakik a fia és a menyé, akik kétnaponta meglátogatják, bevásárolnak, kitakarítanak, de beszélgetni nincs idejük, mert három kisgyermeket nevelnek.

A beteg fizikai állapota az elmúlt hetekben rohamosan hanyatlott, tudata azonban továbbra is tiszta. Régebben szeretett társaságba járni, de már nem tud kimozdulni. Sokat van egyedül, és mostanában egyre többet gondolkodik „a betegségéről, a sorsról és a világ dolgairól”. Sosem volt vallásos, egyházi közösségbe nem járt, ezeket a gondolatait nem tudja kivel megosztani. Fiát nem szeretné terhelni, a helyi nyugdíjas klubban megismert barátnőivel pedig korábban is csak felszínes dolgokról beszélgettek.

Egyik nap, mikor a hospice ápoló meglátogatta, a beteg kifakadt, hogy ez a sok súlyos betegség biztosan „büntetés a sorsból” és feltette az ápolónak a kérdést: „Mi értelme van ennek a rengeteg szenvedésnek? Miért kaptam ezt a betegséget?”.

KÉRDÉS

Mit válaszoljon a spirituális gondozásban nem járatos ellátó? Hogyan tudja felismerni és enyhíteni a spirituális szenvedést?

MEGBESZÉLÉS

A spiritualitás a vallásosságnál tágabb jelentésű fogalom, az élet célját és végső értelmét kereső viselkedést és a lét transzcendentális dimenziójával való kapcsolatot jelenti. Spirituális dimenziója mindenkinek van, és a halál közeledése sok embert készítet arra, hogy az élet végső kérdéseire választ keressen.

A spirituális dimenzió kedvező és kedvezőtlen hatást egyaránt gyakorolhat a beteg fájdalomérzetére, szorongásaira, megküzdési stratégiáira, életminőségére. Pozitív a hatás, ha a beteg lelki támaszként éli meg vagy általa tagja egy támogató (pl. vallási) közösségnek. Negatív viszont, ha a beteg spirituális szenvedést (lelki fájdalmat vagy distresszt) él át. A spirituális fájdalom a kudarc és a megbánás érzése az élet végén, ami reménytelenséggel és az értéktelenség érzésével járhat együtt. A spirituális distressz azt az állapotot jelenti, amikor az ember már nem tudja megtalálni az élet értelmét, személyes hitbeli meggyőződése megkérdőjeleződnek, erőforrásai, kapcsolatai bizonytalanná válnak. A spiritualitás befolyásolhatja bizonyos beavatkozások, terápiák (pl. vérkészítmények) elfogadását és elutasítását is.

A palliatív ellátásban alkalmazott holisztikus szemlélet a szenvedés spirituális aspektusának enyhítésére is kiterjed. Az ellátók azonban gyakran alapszinten sincsenek felkészítve arra, mit válaszoljanak egy olyan kérdésre, amit az esetben bemutatott beteg feltett és hazánkban a legtöbb helyen nincs olyan képzett szakember, aki bevonható lenne a spirituális gondozásba. Rendelkezésre állnak azonban olyan eszközök és technikák, amelyek kis jártasságot szereztve jól alkalmazhatók a betegellátás napi gyakorlatában.

A spirituális dimenzió felmérése olyan módszer, aminek a segítségével azonosíthatóak a beteg spirituális szenvedései, erőforrásai és szükségletei az egészségügyi ellátásban. A felmérés már önmagában első intervencióként értelmezhető, ami megnyugtatja a beteget: látja, hogy szenvedésével nem hagyjuk magára. A spirituális gondozásban tapasztalattal nem rendelkező kollégák – az esetben szereplő hospice ápolóval együtt – alkalmazhatják az ún. minimál intervenciók kérdéseket és technikákat. A minimál intervenció a következő három kérdést tartalmazza:

1. Hogy értelmezi azt, ami Önnel történik, hogy viszonyul a betegségéhez?
2. Melyek azok külső és belső erőforrások, amelyekre támaszkodhat az életben?
3. Ezek közül melyek azok, amelyek a jelen élethelyzetében is erőt adnak az Ön számára?

A spirituális szenvedés enyhítésében az alábbi, általánosan használható technikák segíthetnek:

- A beteg személyes történetének meghallgatása, a fájdalmas kérdések (pl. bűntudat, megbánás, elfojtott érzések) nyílt megbeszélése. Bármit mond a beteg, ne bagatellizáljuk a helyzetet, hiszen számára szenvedést okoz. Ha pl. a bűntudata egy

konkrét cselekedethez kapcsolódik, hangsúlyozzuk az engesztelés és a megbocsátás lehetőségét.

- Empatikus meghallgatás: Ismerjük el az élet végső kérdéseivel való megküzdés nehézségeit és ne próbáljuk meg vallási tanítások vagy személyes meggyőződéseink alapján megmagyarázni a halált vagy a spirituális szenvedést.
- A spirituális kérdések megfogalmazásának segítése: A beteg támogatása, hogy átgondolja és kimondja, leírja a kérdéseit. Ez a folyamat már önmagában gyógyító hatású, akkor is, ha a kérdésekre végül nem talál a beteg konkrét válaszokat.

A spirituális gondozásban nyújtott minimális ellátáson túl rendelkezésre állnak magyar nyelvű, strukturált felmérő eszközök (a rövidebb és egyszerűbb FICA³ és a hosszabb, de részletesebb HOPE⁴), valamint speciális intervenciós módszerek (pl. művészetterápia, méltóságterápia, logoterápia) stb.). Amennyiben a palliatív team-ben nincs spirituális gondozást végző munkatárs, építsünk ki együttműködést külső szakemberekkel (pl. tapasztalt terapeutákkal) és a közösségben dolgozó papokkal, lelkészekkel, lelkigondozókkal.

Az esetben szereplő hospice ápoló a beteg kérdésére a minimál intervenció első kérdésével felelt („*Hogy értelmezi azt, ami Önnel történik, hogy viszonyul a betegségéhez?*”) és meghallgatta a beteg válaszát, amelyben számos életeseményt, személyes megélést mesélt el. A minimál intervenció további kérdéseire a beteg családját a nevezte meg legfőbb támogató erőforrásként és elhatározta: megkéri a fiát és a menyét, hogy időnként hozzák magukkal a gyermekeket is, hogy minél több időt tudjon velük és az unokáival eltölteni.

³ F - Faith: hit, hitbéli meggyőződés, élet értelme; I - Importance: fontosság és hatás; C - Community: közösség; A - Addressing: ellátásban való alkalmazás.

⁴ H - Sources of hope: a remény, az élet értelme, jóllét, lelki erő, lelki béke, szeretet és kapcsolat forrása; O - Organized religion: formális vallás; P - Personal spirituality and practices: személyes spiritualitás, ennek gyakorlása; E - Effects on medical care and end-of-life issues: az egészségügyi ellátásra és életvégi kérdésekre gyakorolt hatás.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Minden embernek van spirituális dimenziója.*
- 2. A spirituális szenvedés enyhítése a palliatív ellátás része.*
- 3. Ismerjük meg és alkalmazzuk a speciális képzettséget nem igénylő minimál intervenciós kérdéseket és technikákat.*
- 4. Építsünk ki együttműködést külső szakemberekkel (terapeutákkal, papokkal, lelkészekkel, lelkigondozókkal).*
- 5. Tudatosítsuk magunkban, hogy az élet végső, nagy kérdéseivel birkózó beteg nem tökéletes és megfellebbezhetetlen válaszokat vár, az azonban fontos számára, hogy vívódásaival és érzéseivel ne maradjon magára.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról. Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi Közlöny. 2017, LVI. évfolyam, 15. szám 3202-3258. EMMI szakmai irányelv

Busa Cs, Kusek K, Csikós Á: Spirituális szempontok a palliatív ellátásban. In: Csikós Á. (szerk.): Palliatív ellátás. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2022.

EAPC Blog: Spiritual care in palliative care in Europe: Accomplishments and challenges in diversity. 2019. <https://eapcnet.wordpress.com/2019/10/21/spiritual-care-in-palliative-care-in-europe-accomplishments-and-challenges-in-diversity/>

Kusek K. Spirituális szükségletek felmérése az előrehaladott daganatos betegek körében. Államvizsga dolgozat. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, 2020.

Saguil A, Phelps K. The Spiritual Assessment. Am Fam Physician. 2012; 86(6): 546-50.

Sato S. Spiritual pain. Masui. 2011; 60: 1037-45.

ELŐGYÁSZBAN LEVŐ HOZZÁTARTOZÓ MENTÁLHIGIÉNÉS SEGÍTÉSE ÉS AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK KÉRDÉSE

DR. HEGEDŰS KATALIN

ESET LEÍRÁSA

A 41 éves értelmiségi nő, Klári gyászolja édesapját, aki még él. A 69 éves férfi daganatos alapbetegsége mellett 3 hónappal ezelőtt súlyos stroke-ot kapott és lebénult. Az orvosok felhívták a figyelmet az újabb stroke veszélyére, ami az egész családot rémületben tartja. Ez a tény Damoklész kardjaként lóg a fejük felett. A férfit otthon gondozza a felesége, a 4 „gyerek” gyakran látogatja őket. Az anya kezd kimerülni, de nehezen fogad el segítséget. Gyógytornász és egy ápoló jár hozzájuk, de az anya őket is leginkább csak kritizálja, mindent ő akar csinálni. A szülők házassága régen megromlott, és – bár nem történt válás –, a 4 gyerek feszült légkörben nőtt fel. Az apa és Klári között bensőséges a kapcsolat, Klári szerint őt szerette édesapja a legjobban a gyerekek közül. Ő édesapja példája nyomán ugyanazt a foglalkozást választotta. Klárinak nagyon nehéz látni a számára nagy, erős és okos férfit ilyen esendő állapotban. Szorongás és halálfélelem van benne mind édesapját, mind saját magát tekintve. Életében először gondolkodott el először komolyan a meghaláson. Fél attól is, hogy szenvedni látja majd édesapját. Felmerül a kérdés: vajon dönthetnek-e arról, hogy ne szenvedjen túl sokat a beteg a végállapotban.

KÉRDÉS

Milyen veszteségek halmozódtak fel a kliensben és hogyan lehet komplex módon pszichoszociális/mentálhigiénés segítséget nyújtani számára?

MEGBESZÉLÉS

Az előgyász (anticipációs, előre vetített gyász) összetett jelenség. Megjelenhet akkor is, amikor még nem lehet tudni biztosan, hogy bekövetkezik-e a veszteség, de fennáll a fenyegetettség és feltörnek az előrevetített veszteséggel kapcsolatos érzések és gondolatok. Megkezdődhet akkor is, amikor az érintett tisztában van a hamarosan bekövetkező veszteség tényével és erőfeszítéseket tesz a veszteséggel kapcsolatos megküzdésre. Ilyenkor jellemzőek az intenzív

érzések és indulatok egyrészt a helyzet bizonytalansága okozta feszültség miatt, másrészt azért, mert sok járulékos veszteséggel kell a gyászolónak megbirkóznia. Esetünkben veszteség például: a betegségek halmozódása, az apa, mint példakép elvesztése, a család eredeti funkciójának felbomlása, a szerepek felcserélődése. Erre tevődik rá az erős, leküzdhetetlen halálfélelem megjelenése az apa várható halála és a saját halálélmény kapcsán. Az érzelmek intenzitásának „valószínű oka a gyászolóra nehezedő ellentétes elvárások feszítése: sokak számára lehetetlen feladat egyszerre fenntartani a reményt és búcsúzkodni. Ezzel kapcsolatban is nagyfokú tehetetlenséget élhetnek át.” (Ferber, 2020:12) Ugyanakkor az előgyász funkciója az is, hogy ebben az időszakban lehetőség van a búcsúzásra, lezárásra, viszonyrendezésre, fontos feladatok elvégzésére.

Az élet utolsó időszakának fontos feladata lehet az előzetes döntési lehetőségek áttekintése a beteggel és a hozzátartozóval: milyen kezeléseket szeretne, milyeneket utasítana el a jövőben a beteg. Mindez az ellátás előzetes tervezése (advanced care planning) témakörébe tartozik. Ehhez megfelelő kommunikációs protokollokat is kidolgoztak már, amelyek azt célozzák, hogy ezeket a nehéz kérdéseket empatikus módon lehessen megbeszélni a beteggel, amikor még megfelelő fizikai és mentális kondícióban van ahhoz, hogy el tudja mondani a kívánságait. Magyarországon az Életvégi Tervezés Alapítvány honlapján található az erre vonatkozó információk és segédanyagok.⁵

A mentálhigiénés segítségnyújtás egyik fő feladata a kliens empatikus meghallgatása, szorongásainak feltárása a segítő beszélgetés módszereivel. Ezzel tudjuk kiépíteni a bizalmat, valamint azonosítani a veszteségélményeket. Rá kell kérdezni, mi a legaggasztóbb a kliens számára, mi az, ami segít neki jelenlegi helyzetében, illetve mi az, ami nem, és milyen módon próbált megbirkózni eddig a félelmeivel. Fel kell tárunk a kliens kapcsolatrendszerét is: kire számíthat jelenleg. Meg kell nyugtatnunk, hogy amit most érez, természetes reakció és sok hasonló helyzetben levő embernél előfordul. Ez a helyzet “normalizálását” jelenti. Ezután a veszteségek számbavétele, “rendszerzése” következik, hogy mindegyikkel tudjunk foglalkozni és a veszteségek közötti kapcsolatokat feltárni.

Esetünkben Klári legfőbb problémájaként az aktuális halálfélelmét és a “felnőtté válás fájdalmát” nevezte meg. Ez utóbbi a szülő várható elvesztésével kapcsolatos: a gyermeki lét végét jelenti számára. A halálfélelem oldására *Irwin Yalom: Szemben a nappal* című könyvének

⁵ <https://eletveg.hu/hu/segedletek/>

elolvasását ajánlottam, amely – elmondása szerint – sokat segített és egyfajta nyugalommal töltötte el, amire nagy szüksége volt a feszült helyzetben.

Kapcsolatait tekintve Klári jelenleg elsősorban a párjára, a testvéreire és a barátaira számíthat mint támaszra. Édesanyja állandó ingerültsége, fáradtsága miatt nem igazán jó a kapcsolatuk, de ő mindig is “apás” volt. Ezt a feszültséget, valamint az apja és anyja közötti feszültséget csökkentette, hogy – javaslatomra – többször ment át hozzájuk és rábeszélte édesanyját, hogy mozduljon ki napközben (torna, fodrász stb.) Ezt anyja először elhárította, de később elfogadta és ez sokat segített a hangulat oldásában. Felhívtam a figyelmet arra is, hogy édesanyja is szenved és vezekel a rossz házasság és az ezzel kapcsolatos lelkifurdalás miatt, tehát türelemmel kell fogadni az ingerültségét, amit az ápolás fáradtsága tovább súlyosbít.

Az anya “kimenője” arra is lehetőséget adott, hogy Klári meghittebben tudjon beszélgetni édesapjával, amire nagy szüksége volt mindkettőjüknek. Továbbra is nagyon zavarta édesapja állapota: beszédképességének és a mozgásának lassú javulása, időnkénti kontrollálatlan viselkedése (pl. állapotából következően többször volt agresszív, illetve tapintatlan dolgokat mondott). Klári ezzel kapcsolatos szorongásait alkalomról alkalomra megbeszéltük. De a javulás tagadhatatlanul megindult, és minden kis eredménynek együtt örültek: pl. hogy a beteg már be tudja ütni a mobiltelefonban a számokat, és hogy egyre jobban és adekvátábban tudja kifejezni magát.

A következő feladat az apa jegyzetanyagainak, könyveinek rendezése lett. Ezt az apa kezdeményezte és a rendezés/selejtezés alkalmat adott az életút áttekintésére is. Órákon át beszélgettek a közös szakmai utakról, a sok közös élményről. Eközben merült fel az előzetes döntés lehetőségeiről való beszélgetés. Az apa jól fogadta a témát, megnyugtató volt számára, hogy ő dönthet arról, milyen kezeléseket kapjon és utasítson el. Ugyanakkor gondolkodási időt kért és azt mondta, hogy először szeretne bejutni egy rehabilitációs központba, ahol az agyvérzés maradványtüneteit tudják javítani. Az ottani kezelések eredményének függvényében kívánja majd a döntéseit meghozni.

A 6 ülés mentálhigiénés segítségnyújtás “krízisintervenciónak” tekinthető. Hatására a hozzátartozó jobban lett, áttekintette a veszteségeit, rendezte kapcsolatát édesanyjával, még közelebb került édesapjához és a halálfélelmeiről, szorongásairól is nyíltabban tudott beszélni.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. Az előgyász a veszteség fenyegetettsége kapcsán intenzív érzéseket és gondolatokat kelt a hozzátartozóban, egyrészt a helyzet bizonytalansága okozta feszültség miatt, másrészt mert sok járulékos veszteséggel kell megbirkóznia.*
- 2. Ebben az időszakban lehetőség van a búcsúzásra, lezárásra, viszonyrendezésre, fontos feladatok elvégzésére. Ilyen lehet az előzetes döntési lehetőségek áttekintése is a beteggel és a hozzátartozóval: milyen kezeléseket szeretne, milyeneket utasítana el a jövőben a beteg.*
- 3. A mentálhigiénés segítségnyújtás egyik fő feladata a kliens empátikus meghallgatása, szorongásainak feltárása a segítő beszélgetés módszereivel, valamint az érzések és gondolatok "normalizálása".*
- 4. A halálfélelemről érdemes beszélni, hiszen ha beszélünk egy tabukérdésről, egyre kevésbé lesz tabu.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Csikós D. Az életvégi igények érvényesülésének elősegítése az orvos-beteg kommunikációban – A Serious Illness Care Program bemutatása. Kharón Thanatológiai Szemle. 2016; 20 (3): 1–19.

Ferber E. Az előgyász – fogalma, jellemző élethelyzetei és a segítség lehetőségei. Kharón Thanatológiai Szemle. 2020; 24(4): 1-20.

Purebl Gy. Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban. Budapest: Oriold Kiadó; 2018.

Rietjens JAC, Sudore LR, Conolly M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. Lancet Oncology. 2017; 18:e543-51.

Yalom I. Szemben a nappal – a halálfélelem legyőzése. Budapest: Park Kiadó; 2018.

HOGYAN KEZELJÜK A GYÁSZ TAGADÁSÁT?

DR. HEGEDŰS KATALIN

ESET LEÍRÁSA

A 28 éves Diána 4 hónapja vesztette el édesapját. Az apa régóta betegeskedett, a máján levő áttét okozta szövődmények miatt került kórházba a Covid járvány idején. Végül a beteg legyengült szervezete nem tudta legyűrni a kórházban kapott fertőzést. Bár az utolsó napokban lehetett volna, Diána mégsem látogatta meg édesapját, állítása szerint nem gondolta, hogy ilyen súlyos a beteg állapota. Kapcsolatukat terhelte, hogy a lány barátja arab származású, amit az apa nem nézett jó szemmel. Az utolsó beszélgetés apjával – még a kórház előtt – veszekedéssel végződött. A lánynak nagyon rosszul esett, hogy apja azt vágta a fejéhez, hogy „sosem mész férjhez”. A megkeresés nem a gyász miatt történt, hanem a párkapcsolat és az új munkahely keresése miatti szorongás, döntési helyzet megoldása céljából kért a kliens mentálhigiénés segítséget. A gyászával nem igazán kívánt foglalkozni, „nem akarja, hogy felkavarodjanak a dolgok”.

KÉRDÉS

Mit tegyünk, amikor látjuk, hogy a kliens gyászának elfojtása hosszú távon, illetve újabb veszteség esetén komplikált gyászhoz vezethet?

MEGBESZÉLÉS

A köztudatban nagyon gyakori feltevés, hogy ha már valaki „túl van” a gyászon, akkor azt nem kell bolygatni, mert csak felzaklatja az embert a gyással való újbóli foglalkozás. Ez egy igen veszélyes tévhit, több szempontból is. Sokan azt hiszik ugyanis, hogy a gyász egy-két hónap alatt lezajlik, utána már „furcsának” találják azt a személyt, akinek még mindig a gyász körül forognak a gondolatai, illetve saját maga is furcsának találja önmagát („miért érzem még ilyen rosszul magam?”, „túl kellene már lennem ezen” stb.) A kezdeti empátiát a környezet részéről türelmetlenség, ingerültség váltja fel, és vagy kerülni kezdik a gyászolót vagy győzködni, hogy lépjen már túl rajta.

Pilling János szerint a gyász a veszteség által kiváltott reakciók, magatartási formák együttese. „A veszteségre adott reakciót számos tényező határozza meg: az elhunyttal való kapcsolat

jellege, a halál módja, a gyászoló életkora, neme, alapszemélyisége, előzetes életeseményei (elsősorban a korábbi veszteségek)... Ebből adódóan a gyász mindig egyéni.” (Pilling, 2009: 177) A sokk időszaka általában egy-két napig tart, amelyet a temetésig az ún. kontrollált szakasz követ: a gyászoló az ügyek intézésére koncentrálva „összeszedi magát”. Sokan azt hiszik, ahogy a temetéssel már le is zárult a gyász, pedig a tudatosulás szakasza – érzelmi zűrzavarokkal, regresszióval – több hónapig, legalább fél évig is eltarthat, ezután jön az ún. átdolgozás időszaka, amelyet az adaptáció, a gyász feldolgozása követ.

Abban minden szakember egyetért, hogy ritkán zárulhat le a gyász egy évnél rövidebb idő alatt, hiszen az első évben az egymást követő évfordulók (karácsony, házassági évforduló, az elhunyt névnapja, születésnapja, halálának vagy temetésének napja) újra és újra felerősíthetik a gyász érzéseit. Bár egy év elteltével a gyász legtöbb tünete jelentősen enyhül, számos körülmény – pl. egyéb pszichés betegségek – akadályozhatja a gyász egy éven belüli feldolgozását.

Akik átélik a gyászt, időt hagyva maguknak a fájdalom feldolgozására, könnyebben és maradandó tünetek nélkül jutnak túl a krízisen. Akik tagadják vagy nem vesznek róla tudomást, azoknál nagyobb valószínűséggel alakul ki elhúzódó, patológiás gyász vagy egy másik krízishelyzet alkalmával dekompenzálódás (súlyosabb regresszió, összeomlás).

Mivel Diána az elsődleges problémaként az állásával kapcsolatos döntéshelyzetet és a párkapcsolatának néhány, de mindkettőjüket zavaró momentumát nevezte meg, ezért először ezekkel kellett foglalkoznunk a mentálhigiénés tanácsadás keretében. A mentálhigiénés segítségnyújtás egyik fő feladata a kliens empátiás meghallgatása, szorongásainak feltárása a segítő beszélgetés módszereivel, valamint az érzések és gondolatok “normalizálása”. A félelmei között azonban kezdettől megjelent a betegségtől és az édesanyja elvesztésétől való félelem is, ami gyakori a gyászolónál: ha elvesztette az egyik szülőt, akkor a másikat (vagy önmagát) kezdi féltetni.

A 4.-5. találkozáskor került sor a veszteségek diagramjának megbeszélésére. Itt szembesült Diána először azzal, hogy a gyászát még korántsem dolgozta fel. Ekkor *Judy Tatelbaum: Bátorság a gyászhoz* című könyvét ajánlottam neki elolvasásra. Mivel az öccsével lakik, ezért biztattam, hogy a testvére is olvassa el a könyvet, és beszéljék is meg. Ugyanis Diána jelezte, hogy öccse kerüli az apjáról való beszélgetést vele. Ez jó ötletnek bizonyult: a könyvet mindketten elolvasták. Felvettem, hogy egy találkozás erejéig közösen is beszélhetnénk arról, ami megragadta őket a könyvben, de erre nem került sor, mert az öccse „nem ért rá”. Ugyanakkor Diána úgy vélte, hogy a gyász lefolyásáról általam mondtak és a könyv

megállapításai, tehát az edukációs folyamat mindenképpen hasznos volt és számos felismerést hozott számára.

A családi fényképek nézegetése és az édesapjával való kapcsolat megbeszélése során a kliens két momentumot emelt ki: (1) édesapja halála rendkívül megviselte, (2) nagyon kevés közös emléket tud felidézni édesapjával kapcsolatban. Ez utóbbi nyilván összefüggött a gyász addigi hártásával, illetve elfojtásával is. Házi feladatként kértem, hogy minél több emléket próbáljon meg felidézni édesapjáról. A tudatos visszaemlékezés sikeres volt és több közös emlékről számolt be a következő alkalommal.

Végül megkértem, hogy írjon egy búcsúlevelet édesapjához, amelyben leírja a sajnálatát a megtett és elmulasztott dolgokért, a megbocsátást az esetleges konfliktusok miatt és a fontos érzelmi mondanivalóit. Fontos, hogy a levél a búcsúzás szavaival végződjön. Felhívtam a figyelmét arra, hogy ez természetesen nem jelenti azt, hogy most már nem kell tovább gondolnia édesapjára, nem kell őt gyászolnia, de a búcsú átélése, kimondása – különös tekintettel arra, hogy az apa egy járvány közepén, minden családtagjától távol halt meg – fontos momentum a gyász feldolgozásában.

A búcsúlevél végül 6 hét múlva készült el, addig Diána úgy érezte, hogy képtelen megírni. De akkor csodálatos levelet olvasott fel, mindketten megkönnyeztük. Diána tehát a segítő kapcsolatunk 4 hónapja alatt nagy utat tett meg a gyász tagadásától a gyász elfogadásáig és az édesapjának írt búcsúlevele megírásáig.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- 1. A gyász átélésének, a gyászfeldolgozásnak elmulasztása egy következő veszteség esetén elhúzódó, komplikált gyászfolyamathoz vezethet.*
- 2. A gyász feldolgozásával kapcsolatos ellenállás kezelésének egyik módja az edukáció: a gyász lefolyásának ismertetése és olvasmány ajánlása.*
- 3. A gyászfeldolgozást a segítő kapcsolatban sem lehet siettetni, de fontos az elbúcsúzás fontosságának tudatosítása. Mindehhez különböző módszerek alkalmazása (pl. emlékek felidéztetése, fényképek nézegetése, a kapcsolat áttekintése) szükséges a mentálhigiénés segítő munkában.*

FELHASZNÁLT IRODALOM

Hegedűs K. Létezik-e jó halál? Budapest: Oriold K; 2017.

James JW, Friedman R. Gyógyulás a gyászból. Budapest: Zafir Press; 2011.

Kiss E.Cs, Sz. Makó H (szerk.). Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana. Budapest: MTA; 2015.

Pilling J. A gyász lélektana. A normál és a komplikált gyász folyamata, a támasznyújtás lehetőségei. In: Hegedűs K (szerk.): A palliatív ellátás alapjai. 2. kiadás. Budapest: Semmelweis K.; 2009. 175-191.

Tatelbaum, J. Bátorság a gyászhoz. Budapest: Pont K; 1998.