

DISPNEJA IN KAŠELJ

Nadja Triller

Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Golnik 36, 4204 Golnik

Neprijeten občutek težkega in naporenega dihanja imenujemo dispneja. Lahko je kronična ali občasna, nastane akutno ali postopoma (tedni, meseci), pojavi se ob naporu, pa tudi med mirovanjem. Občasno jo spremlja suh, dražeč kašelj, ki je lahko tudi produktiven z gnojnimi ali krvavimi izločki.

Pri ugotavljanju vzroka dispneje in kašlja so odločilnega pomena natančna anamneza, skrben telesni pregled in preudarno indicirane diagnostične preiskave.

Dispneja

je subjektivni občutek težkega dihanja, Jakosti ne moremo izmeriti, zato jo ocenimo podobno kot bolečino, glede na bolnikov opis. Blago dispnejo opisujejo bolniki kot pomanjkanje zraka oz. težko sapo ob naporu, težko dispnejo pa kot pritisk ali stiskanje v prsnem košu že ob mirovanju. Bolniku se zdi, da ne more zajeti dovolj zraka, ob zelo hudi dispneji ga močno duši, prevzema ga paničen strah pred zadušitvijo in bližajočo se smrtjo. Občutek težkega dihanja pogosto nastopi pri bolnikih s terminalno obliko raka, posebno raka pljuč, prisoten pa je tudi pri drugih boleznih zaradi različnih vzrokov. (Tabela 1). Pri pljučnem raku ima ob odkritju boleznih večje ali manjše težave z dihanjem približno 15% bolnikov, v terminalnem stadiju pa je dispneja različne stopnje prisotna pri 65% bolnikov. Težko dihanje nastopi zaradi delne ali popolne zapore dihalne poti (Slika 1) in se stopnjuje ob bolečini in anksioznosti. Bolnik je tesnoben, saj se boji naslednjega napada težkega dihanja.

Simptomatsko zdravljenje dispneje

Dispnejo zdravimo vzorčno z zdravili - medikamentozno, z invazivnimi terapevtskimi posegi in z drugimi metodami.

Medikamentozno zdravljenje. Najpogosteje uporabljamo bronhodilatatorje, kortikosteroide, kisik, antibiotike, opijate, diuretike in druga zdravila.

Bronhodilatatorji. Inhalatorne kortikosteroide, β_2 -agoniste in antiholinergike, običajno predpišemo bolnikom s pljučnim rakom, ki imajo tudi KOPB ali astmo. **Kortikosteroidi.** Sistemske kortikosteroide blažijo težave zaradi karcinomskega limfangitisa in omejujejo toksične učinke kemo/radioterapije. Običajno predpišemo Dexamethason 8 mg/dan 7 dni, če učinkuje, nadaljuje mo s 4 mg dnevno.

Kisik. Najpogosteje predpisujemo zdravljenje dispneje s kisikom in to zlasti pri bolnikih z KOPB, astmo, pljučnico, srčnim popuščanjem... Zasičenost

Tabela 1. Najpogostejši vzroki za dispnejo

Respiratorni vzroki

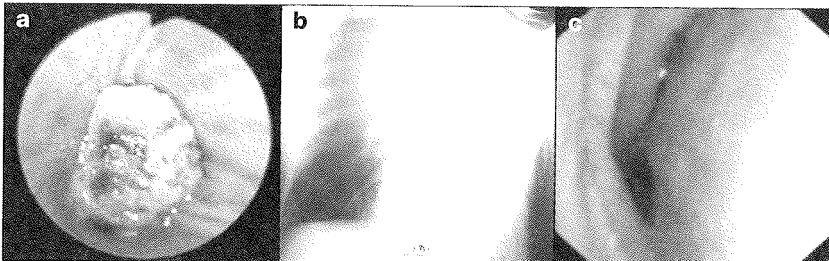
- Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB)
 - Astma
 - Vnetne boleznih dihal
 - Intersticijska pljučna bolezen
 - Pljučna embolija
 - Bronhiektazije
 - Tumor v svetlini dihalne poti
 - Infiltrativni in metastatični tumorji
 - Plevralni tumor
 - Stanja po pljučnih operacijah: lobektomija, pnevmonektomija
 - Plevralni izliv
 - Pnevmotoraks
 - Pljučna fibroza po kemoterapiji
 - Pljučna fibroza po radioterapiji
 - Tujek v dihalni poti
-

Kardialni vzroki

- Popuščanje levega prekata
 - Bolezni mitralne zaklopke
 - Perikardni izliv
-

Drugi vzroki

- Anksioznost
 - Bolečina
 - Anemija
 - Obsežen ascites
 - Hepatomegalija
 - Metabolna acidoza
 - Hipotalamične motnje
-



Slika 1. Tumor popolnoma zapira levi glavni bronhij (a) s posledično atelektazo levega pljučnega krila s plevralnim izlivom (b). Zožena dihalna pot zaradi pritiska tumorja iz okolice (c).

hemoglobina s kisikom spremljamo s perkutano oksimetrijo, izogibamo pa se pogostih odvzemov arterijske krvi.

Analgetiki. Dispneja je hujša pri bolnikih z bolečinami, zato jo lahko omilimo s primernim protibolečinskim zdravljenjem, katerega začnemo z nesteroidnimi analgetiki in ga po potrebi stopnjujemo do opijatov. Protibolečinsko zdravljenje vključuje tudi kemoterapijo in obsevanje kostnih metastaz itd...

Opijati. Težave z dihanjem pri bolnikih z napredovalo obliko pljučnega raka (zasevki), napredovalo obliko kronične obstruktivne pljučne bolezni in pri bolnikih s srčnim popuščanjem blažimo z opijati in jim hkrati lajšamo bolečine. Uporabljamo široko paleto različnih opijatov (morfin, oksikodon, hidromorfon in druge), predpisujemo jih v obliki tablet, obližev, injekcij ali kot pršilo. Ni jasno ali so vse oblike opijatov enako uspešne za lajšanje dispneje. Kontinuirana intravenozna infuzija morfina dispnejo običajno ublaži, pomemben stranski učinek pa je sedacija. Bolnike, svoje in negovalno osebje obvezno opozorimo na možnosti hipoventilacije, hiperkapnije in posledične smrti. Podobne stranske učinke so opisovali tudi ob uporabi morfina v inhalacijah.

Anksiolitiki. Zlasti benzodiazepini blažijo dispnejo zaradi anksiolitičnega in sedativnega delovanja, nekateri menijo, da tudi zaradi vpliva na relaksacijo mišic.

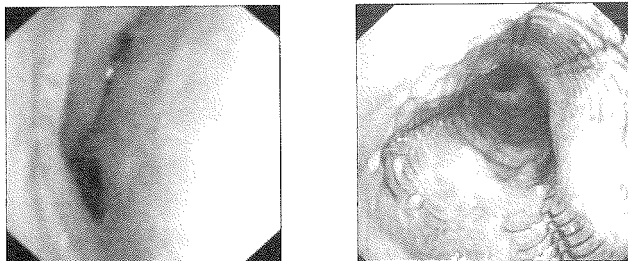
Invazivne terapevtske metode:

Obilen plevralni izliv razbremenilno punktiramo ali opravimo poskus plevrodeze s smukcem (najuspešnejša metoda). Včasih je smiselno opraviti plevroperitonealni šant.

Perikardni izliv izpraznimo s punkcijo ali s fenestracijo perikarda.

Tumorske granulacije, ki zapirajo centralno dihalno pot, odstranimo z laserjem, elektrokavterjem ali mehanično s togim bronhoskopom. Krioterapija ali radioterapija nista primerni za razreševanje ogrožujočih stenoz dihalnih poti, saj učinkujeta šele po nekaj dneh.

Zoženo dihalno pot zaradi pritiska tumorja iz okolice premostimo z vstavitvijo stenta (Slika 2). Zdravljenje nadaljujemo s kemo- ali radioterapijo.



Slika 2. S stentom premostimo zožitev v centralni dihalni poti.

Druge metode. Razen opisanih medikamentoznih in invazivnih ukrepov lajšanja dispneje uporabljamo tudi druge metode: dihalne vaje, pravilen položaj bolnika v postelji, različne tehnike sproščanja, omejevanje oz. prilagajanje telesne aktivnosti, psihoterapijo, zlasti vedenjsko-kognitivno terapijo itd. Bolnike, svojce in negovalno osebje seznanimo z ustreznimi metodami lajšanja dispneje in njihovo uporabo pri različnih bolnikih.

Paliativni posegi pri dušenju

1. Osnovni ukrepi

1. bolnika poskušamo pomiriti
2. pogovorimo se z bolnikom in svojci
3. zagotovimo primeren položaj bolnika v postelji
4. odpremo okno svež zrak
5. bolnika naučimo tehnike sproščanja
6. inhalacija fiziološke raztopine

2. Bronhodilatatorji

1. Salbutamol
2. Ipratropium bromid

3. Opijati

1. Morfini p.o.
2. Morfin s.c. ali v kontinuirani infuziji

4. Kisik

Samo pri hipoksemiji

5. Benzodiazepini

Anksioznost

6. Hropeče dihanje

1. Položajna drenaža
2. Aspiriranje zaostalega sekreta

Kašelj

Kašelj je refleksen ali hoten fiziološki dogodek, izzove ga draženje receptorjev v velikih dihalnih poteh in je pogost simptom primarnega ali sekundarnega raka pljuč, astme, KOPB, respiratornih infektov, levostranskega srčnega popuščanja, ter drugih manj pogostih vzrokov (Tabela 2). Kašelj je lahko suh, dražeč ali produktiven, gnojen, občasno krvav in povzroča številne dodatne težave, kot so dispneja, bruhanje, bolečine, zlome reber, sinkope ali motnje spanja.

Tabela 2. Najpogostejši vzroki kašlja

Respiratorni vzroki

- KOPB
 - Astma
 - Vnetje dihal
 - Aspiracija
 - Primarni in sekundarni tumorji
 - o Pljuč
 - o Plevre
 - o Perikarda
 - o Prepone
 - Fibroza po kemoterapiji
 - Fibroza po radioterapiji
 - Traheozofagealna fistula
-

Drugi vzroki

- Kajenje
 - Popuščanje levega prekata
 - ACE inhibitorji
 - Dehidracija
 - Gastroezofagealni refluks
 - Psihogeni
-

Zdravljenje kašlja

Glede na bolnikovo splošno telesno stanje in prognozo zdravimo kašeljni vzročnik ali simptomatsko.

Supresorji kašlja-antitusiki

Predpišemo jih bolnikom s suhim, dražečim kašljem. Produktiven kašeljni blažimo le v primerih, ko moti bolnika v spanju ali pri umirajočem bolniku. Najučinkovitejši antitusiki so opijati. Če bolnik že prejema opijat kot protibolečinsko terapijo, dozo zvišamo in ne dodajamo drugega opijata (kodeina), pomembno je le, da predpišemo zdravilo v rednih časovnih intervalih. Za lajšanje nočnega kašlja je primeren metadon zaradi dolge razpolovne dobe.

Bronhodilatatorji (salbutamol, ipratropium bromid, teofilin...) kašeljni omilijo ali ga prekinajo pri bolnikih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo ali astmo.

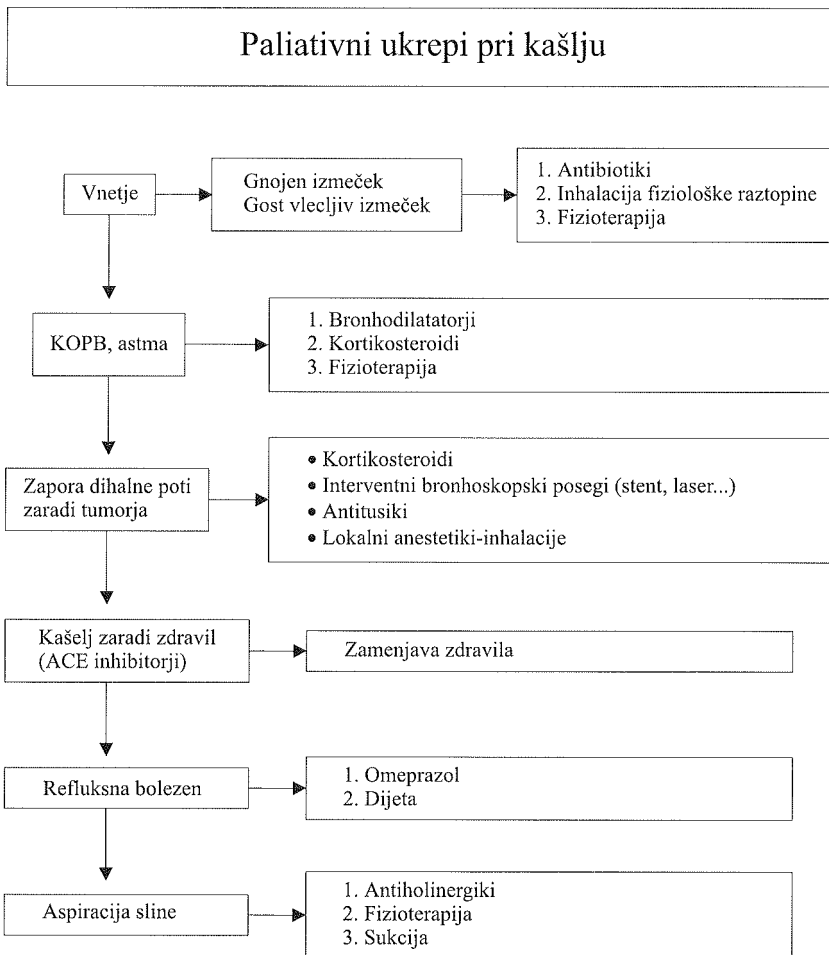
Lokalne anestetike nekateri priporočajo, kadar nastopi kašeljni zaradi draženja žrela, čeprav še nobena študija ni potrdila uspešnosti takega zdravljenja. Lokalni anestetik inhibira refleks požiranja, zato bolnikom odsvetujemo uživanje hrane in pijače še eno uro po inhalaciji. Uporaba lokalnega anestetika lahko povzroči tudi bronhospazem.

Kortikosteroidi zmanjšajo peritumorski edem, zato jih predpišemo bolnikom, ki kašljajo zaradi tumorske kompresije.

Antibiotike predpišemo bolnikom z akutnim vnetjem, tako zmanjšamo produktiven kašelj in bolečino.

Fizioterapija in pomoč pri toaleti dihalnih poti.

S primerno hidracijo in inhalacijo fiziološke raztopine olajšamo izkašljevanje gostega vlecljivega izmečka. Poskrbimo za primerno fizioterapijo, položajno drenažo in pomoč pri izkašljevanju. Aspiracije izvajamo izjemoma pri bolnikih, ki sami ne morejo izkašljevati, obilna sekrecija pa jih hudo draži in duši.



Zaključek

Terminalnemu bolniku, ki težko diha in kašlja pomagamo z vsemi razpoložljivimi sredstvi do take mere, da mu zmanjšamo težave in izboljšamo kakovost življenja. Izogibajmo se invazivnim diagnostičnim in terapevtskim postopkom, ki bi bolniku povzročali dodatne težave. Kadarkoli je mogoče, se o vseh postopkih, katere nameravamo opraviti, pogovorimo z bolnikom ter vedno upoštevamo njegove želje. Bolnik naj bo aktivni sodelavec v paliativni oskrbi in naj sam odloča o svojem zdravljenju in lajšanju simptomov.

Literatura:

1. Muers MF, Round CE. Palliation of symptoms in non-small cell lung cancer: a study by the Yorkshire Regional Cancer Organisation Thoracic Group. *Thorax* 1993; 48: 339-43.
2. Reuben DB, Mor V. Dyspnea in terminally ill cancer patients. *Chest* 1986; 89: 234-6.
3. Dudgeon DJ, Lertzman M. Dyspnea in the advanced cancer patient. *J Pain Symptom Manage* 1998; 16: 212-19.
4. Boyd KJ, Kelly M. Oral morphine as symptomatic treatment of dyspnoea in patients with advanced cancer. *Palliative Med* 1997; 11: 277-81.
5. Cohen MII, Anderson AJ, Krasnow SII. Continuous intravenous infusion of morphine for severe dyspnea. *South Med J* 1991; 84: 229-34.
6. Lang E, Jedeikin R. Acute respiratory depression as a complication of nebulized morphine. *Can J Anaesth* 1998; 45: 60-2.
7. Davis CL. Breathlessness, cough, and other respiratory problems. In: Fallon M, O'Neill B, eds. *ABC of palliative care*. London: BMJ Books, 2000: 8-11.
8. Bredin M, Corner J, Krishnasamy M. Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. *Palliat Med* 1996; 10:299-305.
9. Fallon M, O'Neill B, eds. *ABC of palliative care*. London: BMJ Books, 1998.
10. Hagen NA. Management of cough in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1991; 6: 257-62.