

# PRAKTIČNI NASVETI ZA IZVAJANJE PROTIBOLEČINSKEGA ZDRAVLJENJA

*Mira Logonder*

Prvo pravilo je, da moramo poznane načine zdravljenja bolečine predvsem pravilno izvajati. Pri tem skušamo pritegniti k sodelovanju tudi bolnika in njegove svojce. Uspešno zdravljenje je namreč pogosto odvisno prav od sodelovanja domačih, kajti pri še tako organiziranem zdravstvenem varstvu ni mogoče bolnika pravočasno in ustrezno oskrbovati ves dan. Ker sta izbira in vodenje bolečinske terapije individualna, moramo biti glede na spreminjajoče se stanje in potrebe bolnika vedno povezani z zdravnikom, ki je zdravljenje predpisal.

Najpogosteje se pri preprečevanju bolečine poslužujemo **sistemskega zdravljenja z zdravili**. Da bi bilo uspešno, pa moramo upoštevati naslednje:

1. Zdravilo mora biti dano na pravi način.

Najpogostnejše in najprimernejše je uživanje zdravil peroralno. V ta namen uporabljamo zdravila v obliki tablet, kapsul, sirupov ali kapljic.

Od opiatnih analgetikov dajemo najpogosteje **morfinske kapljice**, ki jih pripravljajo v lekarni. Doziranje je preprosto: 1 kapljica je 1 mg morfina. Kapljice dajemo na 4 ure. Njihova obstojnost je največ tri tedne. Hranimo jih v hladilniku.

**Tablete MST** so morfinske tablete s podaljšanim delovanjem. Dajemo jih na 12 ur, le občasno na 8 ur. Koncentracija je določena individualno. Na voljo so tablete po 10, 30, 60 in 100 mg. Zaenkrat jih naročamo samo prek naše ambulante.

**Analgetično mešanico (AM)** uporabljamo vedno manj. Pripravljajo jo v naši lekarni po magistralnem receptu. Količino morfina v AM določimo individualno. Hranimo jo v hladilniku; njena obstojnost je tri tedne. Bolnik jemlje 20 ml (dve veliki žlici) tekočine vsake štiri ure.

**Dajanje zdravil sublingvalno** je primerno in učinkovito, vendar pri nas nimamo ustreznih zdravil (Temgesic).

**Rektalno dajanje zdravil** je učinkovito in primerno za bolnike, ki ne morejo zaužiti zdravila peroralno (težave s požiranjem, slabost, bruhanje...). Rektalno damo lahko tudi tablete MST.

**Subkutano dajanje zdravil** uporabimo, kadar prej naštetih načini niso izvedljivi. V teh primerih dajemo morfin podkožno v rednih časovnih razmikih. Da bi se izognili pogostnemu zbadanju bolnikov (na 4 ure) in olajšali delo zdravstvenim delavcem in domačim, vstavimo bolniku podkožno najtanjšo intravensko kanilo. Največkrat uporabljamo kanile Venflon. Dobro jo pritrdimo na kožo in prekrijemo z gazo, da bolnika čim manj ovira. Zdravilo vbrizgavamo skozi poseben nastavek. Kanila lahko ostane podkožno tudi več tednov.

V svetu vedno bolj uporabljajo trajno podkožno dajanje zdravila s posebnimi črpalkami. Gmotne razmere žal ne omogočajo, da bi ta način v večji meri uporabljali tudi pri nas.

**Dajanje zdravil intravensko** v obliki trajne infuzije ali enkratne injekcije. Trajno infuzijo damo le, če prej naštetih načini zaradi bolnikovega stanja niso izvedljivi. Metoda je izvedljiva le v bolnišnici, ker potrebuje bolnik stalen nadzor. Analgetik teče neprekinjeno 8 ur. Za lažje delo uporabljamo perfuzorje.

2. Zdravilo moramo dajati redno, pravočasno in v pravih odmerkih.

Skrbimo, da si zdravila pravočasno priskrbimo. Kadar predpisani način dajanja analgetika ni mogoč, ustrezno izberemo drugega. Pomembno je, da si znamo pomagati, ko nam zmanjka morfinskih preparatov. V tem primeru si lahko pomagamo z vsebino morfinske ampule, ki jo v ustrezni količini damo peroralno.

3. Zapisovanje danih zdravil nam omogoča lažje in učinkovitejše vodenje zdravljenja.

4. Opazovanje bolnika

Pozorno opazujemo učinkovitost dane terapije in obenem težave, ki spremljajo bolnika (inapetenca, slabost, bruhanje, vrtoglavica, zaspanost, zaprtje...), in so lahko posledica danih zdravil ali same bolezni in njenega zdravljenja. V takih primerih je potrebno biti v stiku z zdravnikom, ki je zdravljenje predpisal.

### **Spinalna analgezija po epiduralnem katetru**

Kadar druge metode (sistemsko zdravljenje z zdravili, regionalne blokade) niso zadovoljive ali izvedljive, bolniku vstavimo epiduralni kateter (EDK). Prednost katetra je, da dosežemo dober analgetični učinek z minimalnimi količinami analgetika ob rednih aplikacijah v določenih časovnih intervalih. Njegova odlika je tudi ta, da lahko bolnika ustrezno oskrbujemo tudi doma. Doma oskrbujeta bolnika zdravnik splošne medicine in patronažna sestra, pri čemer sodelujejo še svojci in bolnik sam.

1. Oskrba bolnika z epiduralnim katetrom

Je odvisna od načina vstavitve. Pomembno je, ali je kateter le delno ali v celoti vstavljen pod kožo in vezan na kapsulo (access port—AP).

### **Oskrba delno tuneliranega EDK**

EDK uvedemo v zelenem predelu hrbtenice in ga nato prek posebne igle speljemo podkožno. Na mestu izhoda iz kože je kateter pritrjen s šivom ves čas. Šiv na mestu incizije pa odstranimo po enem tednu.

Mesto izhoda katetra iz kože sterilno pokrijemo in zalepimo s Hypafixom, Mefixom ipd. Kateter nato speljemo na sprednjo zgornjo ali spodnjo stran prsnega koša, kjer njegovo konico s filtrom zaščitimo z gazo. Izhodno mesto

katetra sterilno prevezujemo enkrat tedensko, po potrebi tudi pogosteje. Za čiščenje uporabljamo Betadine (Povidon-Jod).

### **Oskrba katetra, vezanega na AP**

V tem primeru je kateter v celoti speljan pod kožo in vezan na kapsulo, ki jo ritrdimo v podkožni žep na zgornji ali spodnji strani prsnega koša. Oskrba je preprosta. Prva dva do tri dni po vstavitvi ima bolnik RW sukucijo. Šive na mestu vstavitve kapsule in spoja katetra z AP odstranimo po sedmih do desetih dneh.

2. Dajanje zdravila v kateter se razlikuje od načina vstavitve katetra. Zdravilo lahko vbrizgamo v bolusu ali pa kontinuirano s črpalko.

### **Dajanje zdravila v delno tunelirani kateter**

Pripravljeno tekočino vbrizgavamo skozi filter, ki je s posebnim priključkom vezan na kateter. Vbrizgavamo počasi, da zaradi prevelikega pritiska kateter ne bi izpadel. Po končanem dajanju brizgalko odstranimo, filter zapremo z zamaškom in vse zaščitimo z gazo. Pazimo na sterilnost.

### **Dajanje zdravila v AP**

Pripravljeno zdravilo vbrizgavamo skozi kožo v kapsulo. Kapsulo fiksiramo, očistimo kožo nad membrano in zabodemo tanko iglico (0,5 × 16) skozi kožo in membrano navpično do dna kapsule. Po končanem dajanju lahko ostane mesto nad kapsulo odkrito. Pazimo, da ne zbadamo vedno na isto mesto, ker s tem preveč poškodujemo membrano. Kapsula zdrži od 1000 do 2000 vbo-dov, odvisno od kvalitete membrane in debeline igle.

Kateter prebrizgamo občasno z 2 do 3 ml sterilne fiziološke raztopine. Pre-brizgavanje s heparinom ni potrebno. Pomembno je, da vbrizgavamo počasi, ker s tem preprečimo izpad katetra iz epiduralnega prostora oz. dekonektira-nje katetra in kapsule.

3. Priprava zdravila. V naši lekarni ga pripravljamo v stekleničke po 100 ml; gotovo tekočino hranimo v hladilniku. Dnevne doze pripravi patronažna sestra v brizgalki. Zdravilo lahko vbrizgavajo bolniki sami ali njihovi svojci, ki jih predhodno poučimo o načinu dajanja, oz. zdravstveni delavci, če je to potrebno.

4. Zapleti pri epiduralnem katetru

Tehnične težave pri dajanju zdravila:

- Dajanje je otežkočeno ali neizvedljivo zaradi zamašenega, stisnjenega ali prepognjenega katetra.
- Pojav bolečine pri dajanju — da bi se ji izognili, vbrizgavamo počasi. Bolnik naj medtem spremeni položaj. Če se bolečina kljub tem ukrepom stopnjuje, dajanje v EDK prekinemo in damo bolniku ustrezno zdravilo na drug način.
- Iztekanje tekočine na izhodu katetra iz kože, ko dajemo zdravilo. To opa-zimo pri katetru, ki je izpadel iz epiduralnega prostora.

- Občasno lahko opazimo, da je mesto na izhodu katetra iz kože stalno mokro. To je znak zamakanja likvorja ob katetru. V takem primeru kateter odstranimo.

#### Stranski učinki danega zdravila

- Zaprtje je najpogostnejša težava ne le pri EDK, marveč pri vseh morfin-skih preparatih. Preprečimo ga s pravilno prehrano; če to ne zadostuje, damo odvajalna sredstva.
- Zaspanost, zmedenost pri predoziranju analgetika.
- Preobčutljivost za morfin.
- Zastoj urina prve dni po vstavitvi EDK-a.
- Infekcija pri nepravilni oskrbi katetra in nesterilni pripravi in dajanju zdravila.
- Iatrogeni Cushingov sindrom pri dolgotrajnejšem zdravljenju s kortizon-skimi zdravili.
- Depresija dihanja.
- Občasno opazimo ohromelost nog 15 do 20 minut po dajanju zdravila v EDK. To kaže na fistulo v duri in je lahko posledica dolgotrajnega katetra ali napredovale bolezni. Del lokalnega anestetika zaide v subarahno-idalni prostor. Bolnika damo v sedeči oz. polsedeči položaj in tako preprečimo delovanje anestetika na dihalni center.

Iz vsega naštetega je razvidno, da lahko s poznavanjem metod zdravljenja in z njihovo pravilno uporabo močno olajšamo in zboljšamo kvaliteto življenja bolnika z bolečinami. Razumevanje bolnika in resen odnos do njegovih težav omogočata, da si ta pridobi upanje in zaupanje. Bolnik izgubi strah pred trpljenjem in ve, da se lahko pri poslabšanju vedno obrne na nekoga, ki ga zna in hoče razumeti in mu želi po svojih močeh pomagati.

Vsi skupaj si moramo prizadevati, da zaradi našega nepoznavanja metod in tehnik zdravljenja bolečine rakavi bolniki ne bodo več prizadeti.