

PALIATIVNO ZDRAVLJENJE SLABOSTI, BRUHANJA, ZAPRTJA IN ZAPORE ČREVESJA PRI BOLNIKU Z NAPREDOVALO RAKAVO BOLEZNIJO

Bojana Pajk

Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana

Povzetek

Poleg bolečine so slabost, bruhanje (S/B) in obstipacija pri bolnikih z razširjenim rakom najpogostejši simptomi bolezni. S/B sta lahko znak napredovanja rakave bolezni ali pa posledica zdravlil pri zdravljenju drugih simptomov rakave bolezni. Eden od najpogostejših vzrokov za S/B je obstipacija, pri bolnikih z napredovalo rakavo boleznijo v trebušni votlini pa tudi delna ali popolna zapora črevesja. Da bomo bolnikom lahko zagotovili tudi v zadnjih mesecih njihovega življenja ustrežno kvaliteto življenja, moramo prepoznati vzroke za nastala stanja, nekatere lahko vnaprej predvidimo in jih preprečimo, druge moramo pravilno zdraviti.

1. Slabost in bruhanje

Kaj je slabost/bruhanje?

Slabost je neprijeten občutek potrebe po bruhanju prisoten največkrat v predelu zadnje stene žrela in zgornjem predelu trebuha. Ob tem je zmanjšana motiliteta želodca, pojavi se retroperistaltika iz dvanajstnika. Pogosto jo spremljajo simptomi vzdraženosti avtonomnega živčevja kot so bledica, potenje, tahikardija in slinjenje.

Bruhanje je prisilno izločanje želodčne vsebine skozi usta ob kontrakciji respiratornih in abdominalnih mišic.

Bolniki z napredovalim rakom imajo pogosto tako imenovano kronično slabost, ki je eden od najbolj neprijetnih simptomov bolezni. O kronični slabosti običajno govorimo, če traja več kot 4 tedne. Pogostejša je pri bolnicah mlajših od 65 let, pri bolnikih, ki dobivajo opijatne analgetike in pri bolnikih z rakom želodca, dojke in ginekološkimi raki.

Kaj je vzrok S/B?

Medtem, ko je pri bolnikih, ki prejemajo kemoterapijo ta najpogostejši vzrok za nastanek S/B, so pri bolnikih z napredovalo rakavo boleznijo v ospredju drugi vzroki prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Najpogostejši vzroki in specifično zdravljenje S/B pri bolnikih z napredovalim rakom

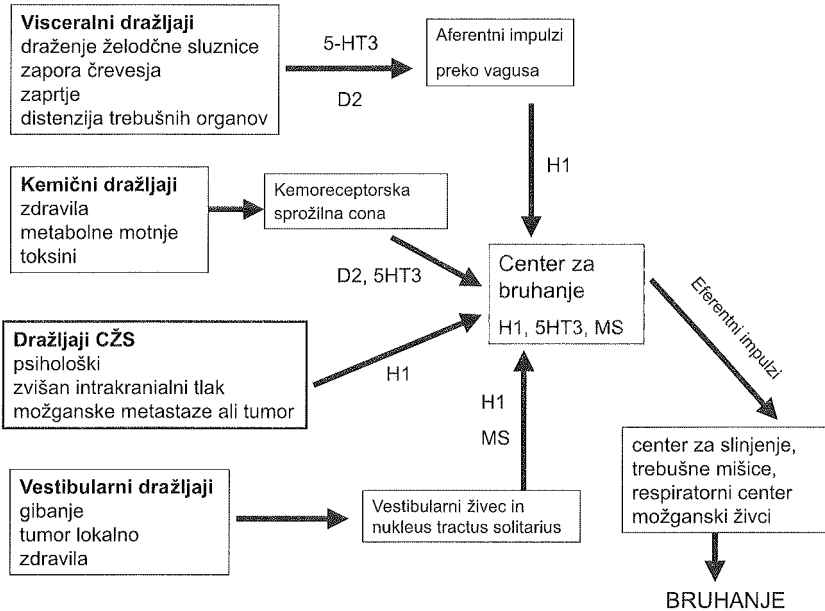
Vzrok S/B	Vzročno zdravljenje
Gastrointestinalni Draženje želodčne sluznice GASTRIČNA STAZA Proksimalna zapora črevesa Ascites Distenzija jetrne kapsule Zaprtje	Ukinitev nesteroidnih antirevmatikov, protiulcusna zaščita Metoklopramid, nazogastrična sonda (kratek čas) Nazogastrična sonda, (kratek čas), gastrostoma, operacija-obvod Drenaža ascitesa Kortikosteroidi Odvajala, klistir
Metabolni Hiperkalcemija Uremija	Hidracija, bisfosfonati Hidracija, zdraviti specifičen vzrok, haloperidol
Okužba Sepsa Kandida ezofagitis	Antibiotiki Antimikotiki
Zdravila Opioidi Digoksin Kemoterapija Antibiotiki Teofilin Nesteroidni antirevmatiki Železov preparat	Metoklopramid, eventuelno opioidna rotacija Znižanje odmerka 5HT ₃ antagonist ± glukokortikoid ± NK1 antagonist Antiemetik, zamenjava antibiotika, če je možno Znižanje odmerka Zaščita želodčne sluznice Ukinitev zdravila
ČZS Zvišan intrakranialni pritisk Karcinomatozni meningitis	Glukokortikoidi, obsevanje ± operacija Glukokortikoidi, obsevanje

Kaj sproži S/B?

Draženje centra za bruhanje v podaljšani hrbtenjači preko različnih mehano- in kemoreceptorjev v prebavnem traktu, v kemoreceptorski sprožilni coni, možganski skorji in vestibularnem aparatu ima za posledico prenos eferentnih impulzov v center za slinjenje, respiratorni center in abdominalne mišice, kar privede do bruhanja. Poleg dopaminskih in serotoninskih receptorjev so pri nastanku S/B udeleženi še acetilholinski, glukokortikoidni, histaminski, kanabinoidni, opiatni in neurokinin-1 receptorji. Shematsko so živčne poti in nekateri neurotransmiterji vključeni v S/B prikazani na sliki 1.

Kakšen je klinični pristop k bolniku z napredovalim rakom in izraženo S/B?

Za pravilno odločitev o zdravljenju je potrebna natančna anamneza in pregled. Vedno smo pozorni na spremljajoče simptome, kot je izguba apetita, bolečina, anksioznost, zaprtje in uživanje zdravil. Ker je slabost subjektiven občutek, njeno stopnjo včasih težko ocenimo in se razlikuje od bolnika do bolnika. Pomembni podatki za anamnezo so pojav, trajanje in stopnjevanje slabosti.



Slika 1: Poti prenosa impulzov in neurotransmiterji udeleženi pri S/B
(D2 dopaminski; H1 histaminski; MS muskarinski; 5HT3 serotoninški)

Kaj jo poslabša? Če jo spremlja bruhanje, je pomembno kako pogosto in kdaj nastopi, kakšna je količina izbruhane vsebine, prisotnost glavobola ali drugih nevroloških znakov. Poleg tega so pomembni podatki o prebavi (rednost, pogostost, formiranost blata). Fizikalni pregled naj poleg običajnega kliničnega pregleda vključuje tudi rektalni pregled. Z laboratorijskimi preiskavami izključimo elektrolitne motnje, hiperkalcemijo, ocenimo delovanje ledvic in jeter. Rentgen abdomna opravimo ob sumu na zaporo črevesja, CT glave pa ob sumu na metastaze ČŽS. Pri terminalnih bolnikih običajno predpišemo zdravljenje empirično in ne opravljamo različnih preiskav.

Kako zdravimo S/B?

Zdravljenje S/B je usmerjeno na specifičen vzrok (tabela 1). Pogosto gre pri bolnikih z napredovalim rakom za več med seboj povezanih vzrokov, kar moramo seveda pri zdravljenju upoštevati. Antiemetike predpišemo glede na vzrok S/B in način delovanja (tabela 2), saj zavrejo ali delujejo nasprotno specifičnim neurotransmiterjem, ki prenašajo impulze za S/B v center za bruhanje. Metoklopramid je zdravilo izbora v večini primerov, zlasti kadar je vzrok zaprtje ali zdravljenje z opiodi, 5-HT3 antagonistov v paliativnem zdravljenju S/B praviloma ne uporabljamo.

Tabela 2: Antiemetiki za zdravljenje S/B

Zdravilo	Receptor	Začetni odmerek (mg)	24 urni odmerek (mg)	Pot vnosa	Neželeni učinki
Prokinetiki					
metoklopramid (Reglan [®])	D2	3x10	30-100	po, sc, iv	ekstrapiramidna simptomatika (EPS)
domperidon (Tametil [®])	D2	3x10	30	po	nima EPS
Nevroleptiki					
haloperidol (Haldol [®])	D2	1-2x1-1.5	3-5	po, sc, im, iv	Suha usta, ekstrapiramidna simptomatika, postoralna hipotenzija
tietilperazin (Torecan [®])	?D2, H1, MS	1-3x6.5	30	po, rektalno, sc, im, iv	(levomepromazin)
levomepromazin (Nozinan [®])	D2, H1, MS	1-2 x 0.25	0.25-25	po	
5 HT3 antagonist*					
Antihistaminiki					
dimenhidrinat (Dramina [®])	H1, MS	3x50-100	400	po	Antiholinergični Sedacija
Antiholinergiki					
Skopolamin (hioscin hidrobromid)	MS	3x0.3	0.9-1.2	sc	Antiholinergični
Glukokortikoidi					
dexametason	GK	1x8-16	Postopno ↓	po,sc, im, iv	Gastritis,
metilprednizolon (Medrol [®])	GK	32-64	Postopno ↓	po, iv	diabetes, euforia, anksioznost, depresija

Receptorji: D2 dopaminski; H1 histaminski; MS muskarinski; GK glukokortikoidni

Po: per oralno; sc: subkutano; im: intramuskularno; iv: intravensko

* 5 HT3 antagoniste (granisetron, ondansetron, tropisetron) uporabljamo za preprečevanje in zdravljenje slabosti in bruhanja povzročena z zelo in srednje emetogenimi citostatiki, v paliativnem zdravljenju pa jih uporabljamo le izjemoma.

Dokler bolniki bruhaajo ali trpijo za slabostjo večje stopnje, peroralno zdravljenje ni smiselno. V paliativnem zdravljenju v tem primeru uporabimo rektalno ali parenteralno dajanje zdravil, priporočeno je subkutano dajanje. Zdravila dajemo v rednih časovnih intervalih in ne po potrebi. Če zdravljenje z enim zdravilom, katerega smo zvišali do maksimalnega odmerka, po 24 urah ni učinkovito, dodamo antiemetik, ki deluje preko drugih receptorjev. Pozorni smo na morebitne interakcije zdravil. Poleg specifičnih ukrepov so pomembni tudi nefarmakološki ukrepi, kot je hidracija bolnika, ustna nega in psihično stanje. Anksioznost bolnika je bistveno manjša, če je bolnik poučen, zakaj ima izraženo S/B. Poleg tega je pomembna priprava hrane, zračen prostor in odstranitev predmetov in vonjav iz okolja, ki bi lahko sprožili slabost.

2. Zaprtje - obstipacija

Kaj je zaprtje?

Zaprtje je oteženo in neredno odvajanje manjših količin trdega blata. Upoštevati moramo, da ima vsak posameznik svoj lasten ritem prebave. Samo neredno ali manj pogosto odvajanje (do 3-krat tedensko) blata še ne pomeni zaprtja, zaprt pa je lahko bolnik, ki blato odvaja vsak dan, vendar z napenjanjem in občutkom nepopolne izpraznitve. Zaprtje je pogost simptom pri bolnikih z napredovalim rakom in je prisotno praktično pri 95% bolnikov, ki prejema opioide. Neprepoznano ali nezdravljeno zaprtje povzroča še druge simptome, kot so slab apetit, slabost in bruhanje, bolečino v trebuhu, impakcijo blata in znake zapore črevesja, retenco urina in celo motnje zavesti (delirij).

Kaj sproži odvajanje blata?

Ključna za odvajanje blata je peristaltika črevesa. Sproži jo nevro-mišični sistem črevesa, katerega aktivira večja črevesna vsebina, ki nastane s pomočjo fermentacijskih bakterij v desnem delu debelega črevesa.

Kaj so najpogostejši vzroki zaprtja pri bolnikih z napredovalim rakom?

Dejavniki in vzroki zaprtja so pri bolnikih različni, pogosto gre za kombinacijo več vzrokov, ki so prikazani v tabeli 3. Zaradi enakih vzrokov lahko pride do zaprtja tudi pri bolnikih s stomo locirano v distalnem delu debelega črevesa.

Tabela 3: Najpogostejši vzroki za zaprtje pri bolniku z napredovalim rakom:

Dejavniki	Vzroki
Fiziološki	starost, oslabeledost, neaktivnost, spremembe v prehrani in nezadostno uživanje tekočine
Psihološki	depresija, psihosocialna odvisnost
Metabolni	dehidracija, hiperkalcemija, hipokaliemija
Zdravila	opioidi, antiholinergiki, mišični relaksanti, antacidi, antidepressivi, nesteroidni antirevmatiki, 5-HT3 antagonisti, vinca alkaloidi
Nevrološki	visceralna neuropatija, kompresija hrbtenjače, sindrom kaude equine
Kolorektalni	tumor (intra- ali ekstraluminalno), strikture, fisure anusa, hemeroidi

Kakšen je klinični pristop k bolniku z napredovalim rakom in zaprtjem?

Za amanezo je zelo pomembno, kdaj je bolnik zadnjič odvajal in kakšno je bilo odvajanje pred boleznijo (pogostost), videz blata (bobki, tanko kot svinčnik ipd.), morebitna prisotnost krvi na blatu, možni hemeroidi, podatek o jemanju zdravil in odvajal, prehrani, uživanje tekočine. Pri kliničnem pregledu smo pozorni ali je bolnik kronično utrujen in obnemogel. Natančno pregledamo tre-

buh in smo pozorni na morebitne tumorske mase, pri slabše prehranjenih bolnikih z zaprtjem večkrat tipamo skibala vzdolž poteka kolona. Peristaltika je pogosto živahna. Zelo pomemben je tudi rektalni pregled, saj s tem pogosto prihranimo nadaljnje preiskave. Veliko mehkega ali trdega blata v danki govori za zaprtje, če blata ne otipamo, gre lahko za zaprtje višje v črevesju ali zaporo črevesja, pri fekalni impakciji otipamo mase trdega blata. Pri bolnikih z impakcijo ni redka anamneza „lažne driske“, dejansko gre le za utekočinjenje blata zaradi delovanja bakterij na površini impaktiranega blata. Z rektalnim pregledom lahko otipamo tumor v predelu spodnjega dela danke. Če so prisotni simptomi slabosti, bruhanja in huda bolečina v trebuhu in je anamneza nezanesljiva, napravimo še rentgensko sliko trebuha, s katero izključimo ali potrdimo morebitno zaporo črevesa. Pri bolnikih na opioidih in slabo nadzorovanem zaprtju pomislimo na takoimenovani „sindrom opioidnega črevesa“, ki se klinično kaže z enakimi simptomi kot zapora črevesa. Verjeten mehanizem za nastanek tega sindroma je vpliv opioidov na peristaltiko črevesja z delovanjem na mu in delta receptorje v mienteričnem in submukoznem plexusu debelega črevesa.

Kako zaprtje zdravimo?

Večina bolnikov z napredovalim rakom potrebuje odvajala, zlasti pa bolniki, ki prejemajo opioide. Ko ugotovimo vzrok zaprtja (tabela 3), zdravimo vzročno, poleg tega predpišemo odvajala. Ta se ne absorbirajo, delujejo pa lahko tako, da zvečajo volumen blata, mehčajo blato in indirektno ali direktno pospešujejo peristaltiko (tabela 4). Pri dveh tretjinah bolnikov običajno zadošča zdravljenje z per oralnimi odvajali, ena tretjina bolnikov pa potrebuje tudi zdravljenje z rektalnimi odvajali (svečke, klistir). Bolnikom z napredovalim rakom in zaprtjem, zaradi nevarnosti dehidracije in posledične impakcije, ne dajemo volumskih odvajal, ki jih običajno priporočamo ljudem s kroničnim zaprtjem. Pri bolnikih, ki prejemajo opioide, dosežemo najboljši učinek in najmanj neželenih učinkov ob uporabi kombinacije zdravil, ki blato zmečajo (dokusate) in stimulirajo peristaltiko (sena). V primeru, da kljub višanju odmerkov odvajal zdravljenje zaprtja ni uspešno, je smiselno dodati še ozmotsko odvajalo (npr. laktulozo), vendar pa dolgotrajne uporabe ne priporočamo, ker lahko privede do tekočinskega in elektrolitskega neravnovesja. Če do odvajanja blata kljub temu ne pride, dodamo rektalno svečko (bisakodil) ali naredimo klistir. Pri fekalni impakciji je pogosto poleg klistira potrebno blato ročno odstraniti (pred tem damo bolniku sedativ, npr. midazolam). Če je bolniku slabo, bruha in ima bolečine v trebuhu ter velike količine blata v črevesu, je najbolje najprej narediti klistir. Pri bolniku, ki navaja nelagodje v spodnjem delu trebuha in rektalno tipamo trdo blato, damo najprej glicerinsko svečko, da blato zmečča in nadaljujemo z oralnimi odvajali. Pri bolnikih z opioidnim sindromom razmislimo o morebitni zamenjavi opioida.

Seveda so zelo pomembni tudi nefarmakološki ukrepi, kot so zagotavljanje intimnosti in udobja, skrb za aktivnost in dobro hidracijo bolnika. O pomenu

Tabela 4: Odvajala dostopna v Sloveniji

Vrste odvajal	Mehanizem in čas do nastopa delovanja	Opombe
Volumska npr. seme indijskega trpotca, laneno seme	Sluzi iz semenskih lupin v prebavilih nabreknejo 2-4 dni	Odsvetujemo pri ležečih in dehidriranih bolnikih, pri zaprtju ob opioidih, pri tveganju za impakcijo, če ne uživa dovolj tekočine, pri flatulenci in diareji
Ozmotska Laktuloza (Portalak [®] , Prorektal S [®]) laktirol (Importal [®]) Donat Mg [®]	Vezava vode in zvečanje peristaltike z mehanično distenzijo 2-4 dni (laktuloza, laktirol) 3-6 ur (Donat)	Flatulenca, krči, previdno pri diabetikih (laktuloza)
Kontaktna bisakodil (Dulcolax [®] in Novolax [®] tbl) sena (Verolax tbl, Coloclenz [®] in X-prep [®] suspenzija, odvajalni čaj)	Neposredno spodbujanje črevesne peristaltike. 6-12 ur	Sena lahko povzroča krče
Lubrikanti (glicerinske svečke)	mehča blato z ozmozo, lahko povzroči mehanično stimulacijo	
Svečke Bisakodil (Dulcolax [®] in Novolax [®] supp)	Spodbudi peristaltiko 15-30 minut	
Klistirji	Lokalna distenzija črevesa Sproži refleks iztrebljanja 2-60 minut	

preprečevanja zaprtja in rednega odvajanja mora biti poučen tako bolnik kot negovalno osebje (sorodniki, medicinske sestre).

3. Zapora (obstrukcija) črevesa

Kaj je zapora črevesa?

Maligna zapora črevesa je posledica tumorske rasti, ki povzroči zaporo črevesa zaradi razraščanja tumorja v lumnu črevesa ali zaradi pritiska tumorske mase na črevo izven lumna črevesa. V tem primeru govorimo o mehanski zapori črevesa. Kadar je prizadeta črevesna peristaltika zaradi npr. infiltracije živčevja, paraneoplastične neuropatije ali zaradi sindroma opioidnega črevesa, je zapora funkcionalna in ne mehanična (pseudoobstrukcija).

Zapora črevesja je pogost zaplet pri bolnikih z napredovalim rakom lokaliziranim v predelu trebuha (rak jajčnikov, rak črevesa, genitourinarni raki ali katerikoli drug rak z obsežnimi metastazami v trebuhu). Bolniki, ki so bili predhodno zdravljeni z operacijo ali obsevanjem na predel trebuha, imajo tudi večje tveganje za nastanek adhezij. Zapora črevesa je lahko na enem ali več me-

stih v poteku črevesa. Pogostejša je v predelu tankega črevesa, pri približno 20% bolnikov pa je prisotna zapora tankega in debelega črevesa

Kakšni so simptomi zapore črevesa?

Bruhanje, stalna bolečina v trebuhu in kolike v trebuhu so simptomi, ki se lahko razvijajo več dni. Pri zapori zgornjega dela črevesja se bruhanje pojavi zgodaj in bolnik bruha obilno, pri zapori spodnjega dela črevesa bruhanje nastopi kasneje. Pogosto so simptomi zabrisani, saj so številni bolniki na opioidih in nimajo tipične akutne bolečine v trebuhu in krčev.

Kakšen je kliničen pristop k bolniku z zaporo črevesa?

Poleg anamneze in kliničnega pregleda je za postavitev diagnoze potrebno rentgensko slikanje trebuha leže in stoje oziroma vsaj leže in na boku. Na rentgenski sliki vidimo razširjene vijuge tankega črevesa in/ali zračno-tekočinske nivoje. Če na sliki vidimo velike količine blata v črevesju, je vzrok za bruhanje zaprtje in ne zapora črevesa. Včasih gre le za delno zaporo črevesa. Z kontrastnim slikanjem lahko ugotovimo motnje peristaltike, delno zaporo in določimo mesto in obseg zapore. Kontrastno sredstvo gastrografin, poleg dobre oznake mesta zapore, tudi zmanjša edem v črevesu in tako lahko pomaga razrešiti delno zaporo tankega črevesa. CT trebuha določi obseg bolezni in odločilno vpliva na izbiro vrste zdravljenja zapore črevesa.

Kako zdravimo zaporo črevesa?

1. Kirurško zdravljenje

Po podatkih iz literature je kirurško zdravljenje mehanične zapore črevesa koristno le pri redkih izbranih bolnikih z napreduvalo maligno boleznijo. Pomembno je, da vedno skrbno premislimo ali bo paliativni kirurški poseg tehnično izvedljiv in ali bo poseg bolniku dejansko koristil. Opisana operativna smrtnost je visoka (9-40%), prav tako so pogosti zapleti (9-90%). Podatkov o kvaliteti življenja bolnikov po operaciji v večini literature ni, kot tudi ne podatkov o kontroli simptomov, ki sta glavna cilja paliativnega zdravljenja bolnikov. Po podatkih iz literature kirurško zdravljenje ni smiselno pri tistih bolnikih z napreduvalo maligno boleznijo, kjer so možnosti onkološkega zdravljenja izčrpane in imajo prisotnega katerega od dejavnikov prikazanih v tabeli 5. Vedno je potreben pogovor z bolnikom o tveganjih in zapletih kirurškega zdravljenja, predstavimo pa mu tudi možnosti manj agresivnega kirurškega zdravljenja. To so vstavitve gastrostome, ki zlasti olajšajo težave bolnikom z zaporo v predelu tankega črevesa, pri popolni ireverzibilni zapori lumna bolniku stoma pomeni olajšanje, pri zaporah debelega črevesa je včasih primerna vstavitve stenta.

2. Nazogastrična sukcija

Je le kratkotrajna rešitev pri bolnikih z zaporo črevesa, če se simptomi bruhanja ne umirijo ob medikamentoznem zdravljenju. Dolgotrajna sukcija ne pri-

Tabela 5: Kontraindikacije za kirurški poseg pri bolniku z zaporo črevesa

Absolutne	Relativne
Abdominalna operacija, ki je pokazala difuzno metastatsko rakavo bolezen v trebuhu	Metastaze izven trebuha z simptomi, ki jih je težko kontrolirati (npr. dispnea)
Zajetje zgornjega dela želodca z rakom	Asimptomatska razširjena bolezen izven trebuha (npr. plevralni izliv)
Radiološko s kontrastom ugotovljena intraabdominalna karcinoza, ki povzroča motilitetne motnje črevesa	Slabo stanje zmogljivosti
Difuzno tipne tumorske mase v trebuhu	Kaheksija, hipoalbuminemija, starost
Obsežen, hitro ponavljajoč ascites	Obsevanje na predel trebuha ali medenice

haja v poštev, ker je za bolnika neugodna, lahko povzroča kašelj, erozijo nosnega hrustanca, ezofagitis in krvavitev. V tem primeru je smiselna perkutana endoskopska gastrostoma (PEG), ki zlasti prihaja v poštev pri bolnikih z zaporo tankega črevesa.

3. Medikamentozno zdravljenje

je zlasti usmerjeno na prisotna simptoma: bruhanje in bolečino. Zdravila izberemo individualno za vsakega bolnika glede na vzrok in mesto zapore.

Naš cilj je zmanjšati bruhanje na za bolnika še sprejemljivo raven (1-2x v 24 urah). Omilimo ga z zdravili, ki zmanjšajo gastrointestinalno sekrecijo (GI) (antiholinergiki ali/in somatostatinski analog-octreotide) in z antiemetiki. Med antiemetiki pri bolnikih s funkcionalno zaporo črevesa je neustreznejši metoklopramid, pri bolnikih z mehansko zaporo črevesa pa ga ne priporočamo zaradi prokinetičnega delovanja. V takem primeru uporabimo antiemetik iz vrste neuroleptikov npr. haloperidol ali antihistaminik. Glukokortikoidi (deksametazon) na zaporo črevesa delujejo dvojno, kot antiemetiki, poleg tega tudi zmanjšujejo peritumorski in perineuralni edem, vendar pa je vprašanje odmerka in trajanje dajanja še nedorečeno. Za lajšanje bolečine večina bolnikov potrebuje močan opioid (najpogosteje morfij), odmerek stitiramo pri vsakem bolniku posebej. Če so kljub morfiju še prisotne količine bolečine, dodamo antispazmolitik (hioscin butilbromid npr. Buscopan®).

Način dajanja zdravil pri bolniku z zaporo črevesa je običajno paranteralen, če ni stalnega intravenskega kanala, je možna nastavitev kontinuirane podkožne infuzije.

Parenteralna hidracija je neredko potrebna zaradi dehidracije, do katere je prišlo ob slabosti in bruhanju. Seveda pa moramo skrbeti za ravnotežje med koristjo in neželenimi učinki. Intenzivna hidracija namreč povzroča tudi večjo črevesno sekrecijo, kar lahko poslabša simptome zapore črevesa. Pri bolnikih, ki nimajo intravenskega kanala, je možna tudi podkožna infuzija tekočine - hipodermoklizna (1000-1500 ml fiziološke raztopine ali mešanice fiziološke raztopine in 5% glukoze). Poleg tega je seveda potrebna skrbna ustna nega in dajanje tekočine po požirkih. Zavedati se moramo, da je pri terminalnih bol-

nikih z napredovalim rakom in zaporo črevesa parenteralna prehrana izjema in ne pravilo, pomembnejši je pravilen psihološki pristop do bolnika in njegovih svojcev. Inoperabilne bolnike, zdravljene medikamentozno, spodbujamo, da uživajo ali vsaj okušajo svojo najljubšo hrano in pijačo, vendar v majhnih količinah.

Zaključek

Slabost, bruhanje, zaprtje in bolečina v trebuhu so pogosti simptomi pri bolnikih z napredovalim rakom. S paliativnim zdravljenjem bi želeli zmanjšati ali povsem odpraviti omenjene simptome, bolniku pa bi omogočili čim boljše kvaliteto življenja tudi v zadnjih mesecih, tednih in dnevih življenja. Poznavanje vzrokov, ki privedejo do slabosti, bruhanja, zaprtja in zapore črevesa, dobra anamneza in klinični pregled, ki vključuje tudi rektalni pregled, so ključnega pomena za pravilno zdravljenje teh bolnikov. Zavedati se moramo, da se nekatera zdravila, ki so zdravila izbora pri podpornem zdravljenju, v paliativnem zdravljenju uporabljajo le izjemoma. Pri bolnikih, ki prejemajo opioide, je sočasno jemanje odvajal, ki spodbujajo peristaltiko, pravilo in ne izjema. Pri bolniku z napredovalo boleznijo in zaporo črevesa moramo natančno oceniti tveganje in pričakovano korist morebitnega kirurškega posega. Zdravila dajemo v rednih časovnih intervalih in ne po potrebi, če zdravilo ni učinkovito, postopno višamo odmerek do maksimalnega odmerka in nato po premisleku dodamo drugo zdravilo. Če peroralno dajanje zdravil ni možno, je od parenteralnih načinov priporočeno podkožno dajanje. Zdravljenje bo lahko uspešno le, če bodo v njem aktivno sodelovali vsi, ki so v njem udeleženi, to je ustrezno poučen bolnik in svojci, medicinske in patronažne sestre, osebni zdravnik, zdravnik v regionalni bolnišnici in zdravnik onkolog, ki je vodil specifično onkološko zdravljenje.

Literatura

1. Baines MJ. ABC of palliative care. Nausea, vomiting and intestinal obstruction. *BMJ* 1997; 315: 1148-50.
2. Cherny NI. Taking care of the terminally ill cancer patient: management of gastrointestinal symptoms in patients with advanced cancer. *Ann Oncol* 2004; 15 (suppl 4): 2005-13.
3. Glare P, Pereira G, Kristjanson LJ, Stocler M, Tattersall M. Systematic review of the efficacy of antiemetics in the treatment of nausea in patients with far advanced cancer. *Support Care Cancer* 2004; 12: 432-40.
4. Salobir U. Slabost in bruhanje z napredovalim rakom. In: Krčevski Škvarč N, ed. Zbornik predavanj. 6. seminar o bolečini. Maribor: Splošna bolnišnica, 2004: 216-30.
5. Elsayem A, Fisch M. Chronic nausea. In: Fisch MJ, Bruera E, eds. *Handbook of advanced cancer care*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003: 491-9.

6. Pajk B. Priporočila za preprečevanje in zdravljenje slabosti in bruhanja zaradi zdravljenja s citostatiki. *Onkologija* 2003; 7: 80-3.
7. Strasser F. Constipation. In: Fisch MJ, Bruera E, eds. *Handbook of advanced cancer care*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003: 387-407.
8. Ripamonti C, Twycross R, Baines M et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care Cancer* 2001; 9: 223-33.
9. Suresh KJ, ed. *Palliative medicine secrets*. Philadelphia: Hanley & Belfus 2002.