

OBVLADOVANJE BOLEČINE PRI BOLNIKU Z NAPREDOVALNIM RAKOM

Slavica Lahajnar

Uvod

Vzrok za bolečino pri raku, ki je že napredoval, je enak kot pri drugih stanjih, ki povzročajo kronično bolečino, vendar ima ta bolečina veliko večji vpliv na psihološko, duhovno in družinsko življenje bolnika. Bolnik je najbolj oskrbljen, kadar mu z zdravstvenimi ukrepi omogočimo čim bolj kakovostno življenje.

Bolnik, ki trpi bolečino, ima slab apetit, je neprespan, depresiven in zaskrbljen, izgubi voljo do vseh aktivnosti in stikov do bližnjih. Kakovost njegovega življenja je vedno slabša in trpljenje vedno večje. Bolečino zdravimo **celostno**, kar pomeni, da zdravimo obenem vse fizikalne simptome, kot so slabost, bruhanje, zaprtje, anoreksija in zmedenost, pomagamo lajšati psihične, socialne in duhovne težave, ki so posledica bolečine in neozdravljive bolezni.

Zdravljenje bolečine pri bolniku z boleznijo, ki je že napredovala, poteka v strokovni skupini. Člani strokovne skupine so zdravnik in medicinska sestra, psiholog, socialni delavec, fizioterapevt in preostali. Zdravimo bolnika in pomagamo svojcem.

Neozdravljiva rakava bolezen povzroča bolniku vedno nove težave, zato moramo **bolnika in njegovo družino** naučiti, kako lahko težave olajšajo, seznanimo pa jih tudi s tem, kaj lahko pričakujejo, ko bo bolezen napredovala. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) v svojih raziskavah ugotavlja, da je bolečina pogost spremljevalec napredovalega raka. Pojavlja se pri 2/3 bolnikov, polovica le-teh čuti močne bolečine, zato za njeno lajšanje potrebujejo morfine. Zdravljenje bolečine je po priporočilih WHO ena izmed štirih prednostnih nalog pri nadzoru raka, kamor sodijo še zgodnje odkrivanje, zdravljenje in preprečevanje te bolezni.

Bolečina pri napredovalem raku (njeni vzroki, jakost in vrste)

Najpogostejši **vzrok** za bolečino je vraščanje tumorja v kosti, votle organe, živce in živčne korenine. Pri bolezni, ki je že napredovala je vzrokov in vrst ter mest bolečine običajno več. Na primer kostni bolečini zaradi metastaz v hrbtenici se pogosto pridruži nevropatska bolečina zaradi patoloških zlomov vretenc in pritiska na živčne korenine, ki izhajajo iz hrbtnjače.

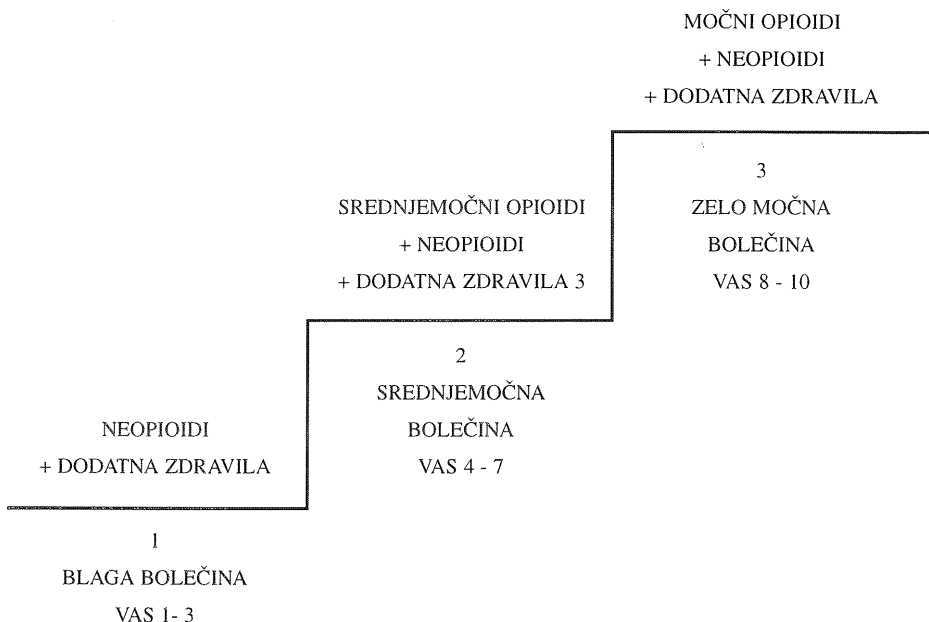
Jakost bolečine merimo z numerično vrednostno lestvico od 0 do 10. Bolečina od 1 do 3 je blaga, od 4 do 7 je srednjemočna in od 8 do 10 je močna.

*Slavica Lahajnar, dr. med.,
Onkološki inštitut Ljubljana, oddelek za anesteziologijo*

Bolečina je običajno stalna, lahko se akutno poslabša, na primer pri patološkem zlomu kosti zaradi metastaze. Pri napredovali bolezni se jakost bolečine običajno stopnjuje, zato moramo bolnikovo stanje redno spremljati in prilagajati protibolečinsko zdravljenje.

Farmakološko zdravljenje bolečine zaradi raka

80 do 90% bolnikov lahko uspešno zdravimo, če upoštevamo priporočila WHO za tristopenjsko zdravljenje bolečine.



Zdravila za zdravljenje bolečine

Blago bolečino zdravimo z neopioidi (paracetamol, nesteroidni antirevmatiki), pri srednjemočni dodamo srednjemočne opioide (tramadol, kodein), pri močni zamenjamo srednjemočne z močnimi opioidi (morfina, fentanil, metadon). Pri vseh stopnjah lajšanja nevropatskih bolečin uporabljamo dodatna zdravila (triciklične antidepresive, antikonvulzive, kortikosteroide, lokalne anestetike ...). Dodatna zdravila niso registrirana kot zdravila za zdravljenje bolečine, dokazano pa je, da dobro učinkujejo na nevropatsko bolečino, pri kateri so morfinski manj učinkoviti.

Močni opioidi, t.j. morfinski, so steber zdravljenja bolečine pri napredovalem raku in nimajo učinka zgornje meje, kar pomeni, da ni predpisanega zgornjega odmerka, ki ga bolnik lahko dobi. Odmerek povečujemo toliko časa, dokler bolniku ne olajšamo bolečine ali dokler ne pride

do tako hudih stranskih učinkov (slabost, bruhanje, zaspanost, zaprtje ...), da povečevanje odmerka ni več mogoče. Pri zdravljenju bolečine so prinesle veliko izboljšanje farmacevtske oblike morfinov z nadzorovanim sproščanjem, ki jih bolnik vzame na 12 ali 24 ur. Z njimi preprečujemo nastanek bolečine in imajo zaradi bolj stalne ravni količine zdravila v bolnikovi krvi manj stranskih učinkov kot morfin s takojšnjim sproščanjem.

Glavni principi obvladovanja bolečine

Bolnik naj zdravila zaužije, če je to le mogoče. Včasih moramo dajati zdravila podkožno. Pri jemanju zdravil skozi usta je bolnik manj odvisen od pomoči drugih. Ob uri naj vzame zdravilo s podaljšanim sproščanjem, po potrebi pa, v primeru prebijajoče bolečine, zdravilo s takojšnjim učinkom. Govorimo o rešilnem odmerku analgetika, ki ustreza približno desetini dnevnega odmerka morfina in ga bolnik vzame po potrebi. Pogosto nastane ta potreba večkrat na dan, kajti prebijajoča bolečina je pri napredujočem raku pogosta, čeprav bolnik redno jemlje morfin s podaljšanim sproščanjem. Za zdravljenje nevropatske bolečine naj dobi še dodatna zdravila.

Bolniku moramo razložiti zdravljenje bolečine, stranske učinke zdravil in njihovo obvladovanje. Pri tem ima pomembno vlogo medicinska sestra.

Z našim zdravljenjem se mora bolnik strinjati, ker bo le tako lahko tudi sam sodeloval pri zdravljenju. Bolnik, ki ni seznanjen z zdravljenjem bolečine in s stanjem svoje bolezni bi lahko zmotno pripisoval vse težave stranskim učinkom zdravil za zdravljenje bolečine in zdravil ne bi jemal redno.

Kadar zdravljenje bolečine z enim analgetikom ni učinkovito ali pri bolniku povzroča preveč stranskih učinkov, se odločimo za zamenjavo analgetika ali poti vnosa. Močne analgetike skupaj z lokalnimi anestetiki lahko dajemo bolniku podkožno ali perispinalno, najbolj pogosto epiduralno. Podkožno dajanje zahteva črpalke, ki pri nas še niso dosegljive vsem bolnikom. Epiduralno moramo bolniku vstaviti kateter, to pa je tehnično zahteven poseg in ga izvajamo v bolnišnici. Bolnik s takim zdravljenjem bolečine je bolj odvisen od zdravstvene službe, pri spremljanju takega bolnika ima veliko vlogo medicinska sestra.

Pri umirajočem bolniku se lahko jakost bolečine zelo hitro stopnjuje. Takrat moramo odmerke morfina pogosto večati. Ne pozabimo, močni opioidi nimajo učinka zgornjega odmerka. Odmerek titriramo do analgetičnega učinka ali do hujših stranskih učinkov, ki so pri bolniku z močno bolečino redki.

Cilji zdravljenja bolečine

Prvi cilj, ki ga poskušamo doseči, je spanje brez bolečin. Drugi je dnevni počitek brez bolečin. Tretjega, to je gibanje brez bolečin, ne moremo vedno doseči, predvsem, kadar so vzrok za bolečine kostne metastaze.

Nefarmakološko zdravljenje bolečine

Paliativna radioterapija ima dober protibolečinski učinek predvsem pri kostnih metastazah. Zaradi učinka remineralizacije kosti lahko z njo preprečimo nastanek patoloških zlomov, ki povzročajo močne bolečine in bolniku zelo poslabšajo kakovost življenja. Zlom vretenca

hrbtenice lahko povzroči težko obvladljivo nevropatsko bolečino ali celo plegijo zaradi pritiska na hrbtenjačo.

V primeru patološkega zloma dolgih kosti bo **kirurška** stabilizacija zloma bolniku močno omilila bolečino, omogočila gibanje in izboljšala kakovost življenja.

Pri lajšanju nevropatske bolečine si lahko pomagamo s transkutano elektrostimulacijo živca (**TENS**).

Tehnike sproščanja pomagajo obvladovati bolečino, zmanjšujejo strah in stres ter lajšajo nespečnost. Nekateri trdijo, da **akupunktura** spodbuja zmožnosti organizma, da sam nadzira bolečino. Vse te tehnike same zase ne zdravijo močne bolečine, ki nastane pri napredovalem raku, bolniku pa dajejo občutek, da sam lahko pripomore k boljšemu obvladovanju bolečine. Osebe s pozitivno naravnostjo in z upanjem pogosto manj občutijo bolečino, oziroma jih le-ta manj prizadene.

Zdravimo vso bolnikovo bolečino. Različni fizikalni simptomi (bruhanje, dispnea, zaprtje...), depresija, strah, socialne in religiozne težave ipd. poslabšajo občutenje bolečine in povečajo bolnikovo trpljenje. Če spregledamo te bolnikove težave, je farmakološko zdravljenje bolečine lahko neuspešno.

Vzroki za slabo zdravljeno bolečino

Pred začetkom zdravljenja z morfini poizvemo, kaj bolnik o njih ve, česa ne ve in česa se boji. Med bolniki in zdravstvenim osebjem so navzoča številna **zmotna mnenja o morfinih**. Pri bolnikih z močno bolečino zaradi raka morfini zelo redko povzročajo psihično odvisnost. Strah pred odvisnostjo je včasih vzrok, da zdravnik ne predpiše morfina. O začetku zdravljenja z morfini mora strokovno odločiti zdravnik, ne sme pa to biti bolnikova zadnja možnost. Še danes se pri nas dogaja, da bolnik dobi morfin šele nekaj dni pred smrtjo. Morfina ne povzročajo depresije dihanja, kadar jih dajemo bolniku z bolečino in jih titriramo. Ne skrajšujejo in ne podaljšujejo življenja bolniku, izboljšajo pa kakovost življenja, kolikor ga je bolniku še ostalo.

Bolniku opišemo stranske učinke zdravil, ki jih bo jemal. Povemo mu, koliko časa bodo trajali in kako jih bomo zdravili. Opogumimo bolnika, čeprav bo prišlo do začetnih težav. Če bolnik ne bo poznal stranskih učinkov zdravil, bo morda sklepal, da mu škodujejo, in jih ne bo jemal. Sedacija, slabost in bruhanje se lahko pojavijo v prvih dneh uvajanja morfina in pozneje minejo, če morfina pravilno titriramo. Stranski učinek, ki ostaja tudi v primeru, kadar odmerka nismo prekoračili, je zaprtje. Zato bolniku predpišemo redno jemanje odvajal. Uporabimo mehčalce blata in stimulatorje peristaltike.

Kadar začnemo ali spreminjamo zdravljenje bolečine, mora bolnik zdravljenje razumeti in vanj privoliti, kajti le tako lahko pričakujemo njegovo sodelovanje. Preverimo, ali je razumel navodila, pogovorimo se tudi s svojci. **Slaba komunikacija** je nemalokrat vzrok za zaplete in zaradi tega se lahko primeri, da bolnik ne jemlje zdravil pravilno.

Kadar se pri zdravstvenem osebju kaže odpor do uporabe morfina, izvira le-ta iz **neznanja**. Zato je stalno izobraževanje pot do dobre paliativne oskrbe onkološkega bolnika, ki se v statistikah WHO meri s količino porabljenega morfija na prebivalca neke dežele. Poraba morfija je v Sloveniji majhna.

Vloga medicinske sestre pri zdravljenju bolečine pri napredovalnem raku

Medicinska sestra je pomemben del strokovne skupine za paliativno oskrbo bolnika. V njej izpolnjuje zdravnikova navodila in ima tudi veliko **odgovornost**. Prav je, da ima tudi veliko **avtoriteto**, v čemer se delo v paliativni razlikuje od dela v kurativni medicini, npr. na intenzivnem oddelku, urgenci ... Z bolnikom in s svojci preživi več časa kot zdravnik torej predstavlja v bolnišnici in na domu vez med zdravnikom in bolnikom. Bolniku in družini daje podporo, jim posreduje informacije o nastalih simptomih, jih uči in opogumlja ter z njimi sočustvuje. Tudi ko so možnosti za ozdravitev izčrpane ve, da se za bolnika vedno da kaj storiti.

Zaključek

Bolniku vedno verjamemo, da ga boli. Poskušamo ugotoviti, kaj je vzrok za bolečino. O zdravljenju, s katerimi zdravimo bolečino, moramo imeti dobro strokovno znanje. Bolniku in svojcem razložimo vse glede zdravljenja, damo jim tudi pisna navodila. Vsega, kar boli, žal ne moremo zdraviti z analgetiki. Včasih je bolečina tudi način izražanja bolnikovega psihičnega trpljenja.

Viri in literatura:

1. Waller A, Caroline NL. Principles and techniques of pharmacologic management. In: Palliative care in cancer. London: Butterworth-Heinemann, 1996: 25-41, 449-456.
2. Wujcik D, Utley S. The nurse's role. In: Parris WCV, ed. Cancer pain management. Boston: BH, 1997: 429-443.
3. Regnard CFB, Davies A. Symptom relief in advanced cancer, 2nd ed. Manchester: Haigh Hochland, 1986.
4. Foley KM. Supportive care and quality of life. In: de Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. Cancer: principles and practice of oncology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, 1997: 2807-41.
5. Lahajnar-Čavlovič S, Švab I, Ažman D et al. Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, 2000.
6. Slovensko društvo Hospic. Celostno zdravljenje bolečine. Zbornik seminarja. Ljubljana, 1997.
7. Slovensko društvo Hospic. Navodila bolnikom in svojcem pri obravnavi kronične bolečine. Ljubljana, 1999.