

VLOGA DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA PRI OBRAVNAVI BOLNIKA S PLJUČNIM RAKOM

asist. dr. Anja Černe, dr. med.

izr. prof. dr. Antonija Poplas Susič, dr. med.

Zdravstveni dom Ljubljana

Zdravnik družinske medicine spremlja svoje bolnike skozi različna življenjska obdobja, ko se bolezni in odvisni dejavniki tveganja spreminjajo, bolnik pa ostaja s svojimi nazori, pogledi, izkušnjami in dojemanjem zdravja zvest zdravniku, ki si ga je izbral za svojega. Dobro poznavanje svojih bolnikov, subtilnih sprememb njihovega zdravja in počutja, individualnega reagiranja na bolezenske simptome in znake, njihovega življenjskega sloga ter družinskega okolja predstavljajo adute družinskih zdravnikov, da se pametno odločajo za napotitve v diagnostične postopke pri bolnikih, pri katerih posumijo na pljučnega raka.

Pljučni rak je 4. najpogostejši rak v Sloveniji (1200–1300 novih bolnikov letno), pri moških se incidenca zmanjšuje, pri ženskah pa povečuje. Ob odkritju ima približno 50 % obolelih že razširjeno bolezen, petletno preživetje pa znaša le 14,4 %.^{1,2}

Vloga družinskega zdravnika pri obravnavi pljučnega raka je večplastna:

- primarna preventiva (svetovanje zdravega življenjskega sloga, pomoč pri opuščanju kajenja);
- zgodnja diagnoza pljučnega raka;
- spremljanje bolnika in zdravljenje neželenih učinkov specifičnega onkološkega zdravljenja;
- paliativna oskrba bolnika skupaj z drugimi člani tima;
- podpora bolniku in njegovim svojcem.

PRIMARNA PREVENTIVA

Glavni dejavnik tveganja za nastanek pljučnega raka je kajenje. Pri kadilcih je verjetnost, da bodo zboleli za pljučnim rakom, 16-krat večja kot pri nekadilcih. V Sloveniji kadi vsak četrti prebivalec in samo polovica prebivalcev ni nikoli kadila, delež kadilcev pa je večji pri ljudeh z nižjim socialno-ekonomskim položajem.³ Zdravniki družinske medicine imajo lahko pomembno vlogo pri odvajanju svojih bolnikov od kajenja, vendar so zaradi časovne stiske pri tem manj učinkoviti, kot bi lahko bili sicer. Z uvedbo referenčnih ambulant družinske medicine pa je postalo spremljanje življenjskega sloga bolnikov in svetovanje o njegovi spremembi veliko bolj sistematično in poglobljeno. Na preventivnih pregledih diplomirana medicinska sestra vse bolnike in vse kronične bolnike redno povpraša o njihovem kadilskem statusu in kadilcem svetuje opustitev kajenja. Glede na število let kajenja, število pokajenih



cigaret in izvidov spirometrije so kadilci napoteni k zdravniku, ki poskrbi za njihovo nadaljnjo obravnavo. Bolnik je napoten tudi na delavnice Da, opuščam kajenje v sklopu zdravstvenozgodnjih centrov zdravstvenih domov, vendar je odziv s strani kadilcev za zdaj bolj skromen.

Raziskave so pokazale, da je pri opuščanju kajenja najuspešnejša kombinacija farmakoterapije in vedenjskih intervencij.⁴ Tako nikotinski nadomestki kot tudi bupropion in vareniklin so se pri opuščanju kajenja izkazali za uspešne in so varni, saj niso povezani z novimi kardiovaskularnimi dogodki. Nikotinski nadomestki znižajo ogroženost za pljučnega raka, ne znižajo pa kardiovaskularne ogroženosti.⁴

Od vedenjskih intervencij se družinski zdravniki najpogosteje poslužujejo preprostega nasveta, da naj bolnik opusti kajenje, pri čemer poudarijo razloge za to. Uspešnejši je motivacijski intervju, s katerim zdravniki ocenijo stopnjo motiviranosti bolnika za spremembo, ga vodijo skozi razmišljanje o tem, katere so dobre strani opustitve kajenja, kakšne so prepreke in kako bi jih lahko odpravili, ter poudarijo prednosti opustitve. Čeprav je taka intervencija preprosta, učinkovita, varna in poceni, je žal družinski zdravniki pogosto ne morejo izvajati zaradi pomanjkanja časa, ki ga večinoma dosledno porabijo za kurativne storitve, ki jih potrebujejo kronični bolniki, teh pa je vedno več. Vedenjske intervencije so se v raziskavah pokazale za uspešne, skupaj s farmakoterapijo pa so še uspešnejše. Raziskav o učinkovitosti elektronskih cigaret pri odvijanju od kajenja je malo, a do sedaj niso potrdile ugodnega učinka na opustitev kajenja.⁴

ZGODNJA DIAGNOZA PLJUČNEGA RAKA

Družinski zdravnik v Sloveniji skrbi za približno 1800 bolnikov, kar pomeni, da v eni ambulanti za pljučnim rakom v povprečju zbolijo 2–3 bolniki na leto. Simptomi, kot so kašelj, dispneja, bolečine v prsih, splošno slabo počutje, so zelo pogoste težave bolnikov v ambulanti družinskega zdravnika, po drugi strani pa so to tudi simptomi pljučnega raka. Bolnik z enim od teh simptomov ima manj kot 1 % tveganja, da je vzrok njegovim težavam pljučni rak. Če je bolnik z eno od teh težav starejši od 70 let ali kadilec, pa tveganje za pljučnega raka znaša že 1–2 %. Tveganje za pljučnega raka pri bolniku s hemoptizo se giblje med 2,4–7,5 %.⁵ Osnovna diagnostična preiskava pri sumu na pljučnega raka je rentgensko slikanje pljuč, ki pa je v kar 25 % lažno negativno. Na rentgenogramu pljuč se zanesljivo vidijo le spremembe večje od 3 cm.⁵ Pri tem ostaja izziv, kako diagnosticirati pljučnega raka v zgodnejših stadijih, saj se prognoza bolnikov glede na stadij bolezni zelo razlikuje. Petletno preživetje bolnikov z lokalno omejenim rakom pljuč je 55 %, tistih z regionalno razširjeno boleznijo 27 % in tistih z oddaljenimi zasevki le 9 %.

V Sloveniji se diagnoza raka pljuč pri večini bolnikov (55 %) postavi v 1–3 mesecih od začetka simptomov, pri kar 7 % pa šele po več kot 6 mesecih.² Za primerjavo: v Veliki Britaniji za postavitev diagnoze potrebujejo v povprečju 51 dni, na Švedskem pa le 26 dni. V Veliki Britaniji so z medijsko kampanjo, ki je nagovarjala ljudi, naj svojemu zdravniku povedo, da kašljajo. Z vzporednimi, bolj množičnimi napotitvami takih bolnikov na rentgensko slikanje pljuč s

strani družinskih zdravnikov so dosegli, da se je delež pljučnih rakov odkritih v stadiju I in II dvignil z 11 na 19 %.

Stališče glede presejanja pljučnega raka še ni enotno. Dokazi za zdaj govorijo le v prid presejanju visoko ogroženih kadilcev (starih več kot 55 let, ki kadijo več kot 30 zavojček-let), pri katerih bi s presejanjem z nizkodoznim CT znižali smrtnost, pa tudi zanje si strokovnjaki niso enotni. Problem pri presejanju pljučnega raka ostaja visok delež lažno pozitivnih rezultatov, visoki stroški in prejeta doza sevanja. Poleg tega tudi ni znano, katera diagnostična metoda bi bila pri tem najprimernejša in kako pogosto bi bilo posameznega bolnika smiselno presejati.⁶

Družinski zdravniki v Sloveniji ob sumu na pljučnega raka napotijo bolnika na rentgensko slikanje pljuč. Izvid slikanja dobijo v nekaj dneh. Če se sum na rentgenski sliki potrdi, naj bi bil bolnik pregledan pri pulmologu/onkologu v roku 1 meseca.

SPREMLJANJE BOLNIKA IN ZDRAVLJENJE STRANSKIH UČINKOV SPECIFIČNEGA ONKOLOŠKEGA ZDRAVLJENJA

Za bolnika je tekom specifičnega onkološkega zdravljenja s strani onkologov dobro poskrbljeno. V tem obdobju je za bolnika zelo pomembno dobro sodelovanje med onkologom in družinskim zdravnikom, saj mu vliva zaupanje, da je zanj res vse narejeno. Pri družinskih zdravnikih ti bolniki iščejo pomoč zaradi motečih simptomov, respiratornih okužb in logističnih problemov.

Simptomi so tekom zdravljenja podobni kot ob postavitvi diagnoze: kašelj, dispneja, utrujenost, bolečine v prsnem košu, bolečine v skeletu. Pri bolnikih s pljučnim rakom so pogostejše okužbe spodnjih dihal, tako zaradi osnovne bolezni kot tudi zaradi zdravljenja (pooperativna pljučnica, febrilna nevtropenija, sekundarna okužba po kemoterapiji ali radioterapiji). Pri febrilnem bolniku s pljučnim rakom in vročino moramo pred začetkom zdravljenja ločiti pljučnico od pljučne embolije in vročine zaradi same maligne bolezni.⁷

Dispneja je pri večini bolnikov s pljučnim rakom vodilni simptom. Pred začetkom simptomatskega zdravljenja dispneje mora družinski zdravnik opredeliti vzrok dispneje oz. njenega poslabšanja. Vzroki za dispnejo so številni: anemija, okužba spodnjih dihal, plevralni izliv, ascites, razširitev raka v pljučih, poslabšanje KOPB, pljučna embolija, anksioznost. Pomembno je, da se takega bolnika tudi pomiri. Poleg ustreznega farmakološkega zdravljenja dispneje bolnikom svetujejo, da si dom in življenje prilagodijo tako, da porabijo čim manj energije, da skrbno načrtujejo opravke in si zanje vzamejo dovolj časa. Za učinkovite so se izkazale tudi dihalne vaje, nekaterim bolnikom pa pomaga ventilator, ki piha vanje.

PODPORA BOLNIKU IN NJEGOVIM SVOJCEM

Pljučni rak pomeni veliko psihično breme tako za bolnika kot njegovo družino. Kar 80 % bolnikov s pljučnim rakom ima ob postavitvi diagnoze izrazite somatske in psihične simptome. Delež bolnikov z anksioznimi motnjami ali depresijo je pri bolnikih s pljučnim rakom pomembno višji kot pri bolnikih z drugimi raki. Poleg tega veliko bolnikov čuti krivdo



zaradi kajenja. Ob postavitvi diagnoze veliko breme pade tudi na bolnikovo družino. Kar 50 % družinskih članov občuti pomembno več anksioznosti in depresije.⁸

Odnos med osebnim zdravnikom in bolnikom se gradi mnoga leta, bolnik si ga izbere kot svojega zdravnika in mu zaupa svoje zdravje. Ko hudo zboli, od zdravnika pričakuje tudi razlage, tolažbo, vlivanje upanja, da ni tako hudo in da bo še vse dobro, ter obljube, da bo zanj naredil vse, kar je v njegovi moči. Tudi družinskemu zdravniku je težko, ko ve, da je njegova pomoč omejena. Skozi to obdobje je modrost in umetnost krmariti, saj morajo zdravniki paziti, da ne obljublajo preveč, a hkrati ne jemljejo upanja.

Ko specialist v bolnišnici bolnikom pove diagnozo, so ti pogosto v hudi stiski, ne slišijo in ne razumejo prav dosti. Velikokrat se zato vrnejo k svojemu zdravniku in ga vprašajo: »Kaj je rekel?« Do specialistov v bolnišnici imajo številni bolniki velik strah in spoštovanje, zato se lažje pogovorijo z osebnim zdravnikom, mu zastavljajo vprašanja in zaupajo svoje skrbi.

Pomemben del skrbi za bolnika s pljučnim rakom je tudi delo z njegovimi svojci, saj je od njih v veliki meri odvisno, kako bo bolnik živel. Družinski zdravnik jih seznanja z boleznijo, prognozo, načini zdravljenja. Mnogi svojci so v stiski, ker ne vedo, kako pomagati bližnjemu, počutijo se nemočne. Pomembno je, da se jim prisluhne in jih spodbudi, da se naredi načrt, kako se bo ukrepalo ob poslabšanju. Spodbuditi jih je treba, da se med seboj pogovorijo o svojih strahovih, željah in pričakovanjih. Prav je, da vedo, kdo bo za bolnika skrbel, ko sam ne bo več mogel. V mestih postaja to vse večji problem, saj je medgeneracijskega sodelovanja vse manj. Veliko starih ljudi živi samih in ob bolezni nimajo nikogar, ki bi jim pomagal, institucije pa tudi nimajo dovolj kapacitet za vse te ljudi. Družinski zdravnik edini vstopa v domače okolje svojih bolnikov, in pogosto je presenečen nad njihovimi življenjskimi razmerami. Žal zaradi obremenitev število hišnih obiskov v Sloveniji pada, čeprav so pogosto nenadomestljivi. Pomembno vlogo pri zdravljenju na domu odigrajo patronažne medicinske sestre. Dobro sodelovanje s patronažnimi sestrami je bistvenega pomena za kakovostno nego in za to, da družini pomagajo ustvariti topel dom, kjer bo bolnik preživel zadnje obdobje svojega življenja.

Družinski zdravnik lahko s preprostimi nasveti bolniku in njegovim svojcem pomaga ob soočanju z novo življenjski situacijo. Nekatere od strategij, ki jih zdravniki lahko svetujejo, so:

- vzdrževanje normalne vsakodnevne rutine;
- kognitivne tehnike: sprememba pričakovanj, pozitivna naravnost, izogibanje mislim o bolezni;
- opora socialne mreže (sorodniki, prijatelji): socialna mreža nudi bolnikom tako čustveno kot tudi povsem praktično pomoč;
- formalna pomoč (zdravstveni delavci, skupinske terapije, skupine in forumi na spletu): bolniki ocenjujejo pogovor z zdravstvenim osebjem kot koristen in razbremenilen, medtem ko ima lahko vključevanje v skupine ali forume na spletu zaradi tragičnih zgodb ostalih sodelujočih ravno nasproten učinek;
- uporaba komplementarne in alternativne medicine;
- vera, verovanje: zlasti pri napredovali bolezni.

Mnogi bolniki z rakom čutijo, da svojega zdravja nimajo pod nadzorom, zato se zatekajo k alternativni in komplementarni medicini, saj so prepričani, da jim bo omogočila, da bodo lahko spet sami vsaj delno obvladovali svoje zdravje oz. simptome. Večina metod alternativne in komplementarne medicine je brez dokazov o učinkovitosti, vendar so našteje v Tabeli 1 neškodljive ter primerne za lajšanje simptomov in znakov raka ter stranskih učinkov zdravljenja.

Tabela 1. Simptomi in primerne metode za njihovo lajšanje.

Simptom	Primerna metoda
Anksioznost	Hipnoza, masaža, meditacija, sprostitvene tehnike
Utrujenost	Telesna vadba, masaža, sprostitvene tehnike, joga
Slabost in bruhanje	Akupunktura, aromaterapija, hipnoza, muzikoterapija
Bolečina	Akupunktura, aromaterapija, hipnoza, muzikoterapija
Nespečnost	Telesna vadba, sprostitvene tehnike, joga
Stres	Aromaterapija, telesna vadba, hipnoza, masaže, meditacija, tai-či

Akupunktura ni primerna za bolnike, ki prejemajo antikoagulacijska zdravila. Masaža zmanjšuje anksioznost, bolečine, utrujenost in stres, vendar ni primerna pri trombocitopeniji, na območju tumorja ali obsevanja in pri osteoporozi oz. zasevkih v kosteh. Zelo koristna je zmerna telesna vadba, saj po nekaterih raziskavah vpliva celo na preživetje. Zmanjšuje utrujenost, nespečnost, stres in izboljšuje kakovost življenja. Prilagojena naj bo bolniku, tako po intenzivnosti kot vrsti vadbe. Svetuje se 30 min telesne aktivnosti večino dni v tednu. Pomembna je tudi ustrezna prehrana, da bolniki ne postanejo prehitro kahektični. V Sloveniji prehranska obravnava teh bolnikov v zadnjih letih predstavlja velik napredek.

ZAKLJUČEK

Kljub napredku medicine ostaja prognoza pljučnega raka slaba. Naloga družinskega zdravnika je, da nudi pomoč pri opuščanju kajenja, da pri simptomatskih bolnikih čim prej posumi na pljučnega raka in bolnika ustrezno napoti. Tekom zdravljenja družinski zdravnik skrbi za simptomatsko zdravljenje in nudi bolniku in njegovi družini psihično pomoč.



LITERATURA

1. Primic Žakelj M: Rak v Sloveniji 2012. Onkološki inštitut Ljubljana. Pridobljeno 28. 9. 2016 s spletne strani: http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/RRS/LP_2012.pdf
2. Pridobljeno 8. 9. 2016 s spletne strani: www.klinika-golnik.si
3. Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 8. 9. 2016 s spletne strani: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/tobak_alkohol_in_prepovedane_droge_v_sloveniji_p.pdf
4. Patnode CD, Henderson JT, Thompson JT, et al. Behavioral Counseling and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women. A Review of Reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. In: Evidence Syntheses, No. 134, Kaiser Permanente Research Affiliates Evidence-based Practice Center Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015 Sep. Report No.: 14-05200-EF-1.
5. Hamilton W. Cancer diagnosis in primary care. *Br J Gen Pract.* 2010; 60: 121–8.
6. Midthun DE. Early detection of lung cancer. *F1000Res.* 2016 Apr 25;5. pii: F1000 Faculty Rev-739. doi: 10.12688/f1000research.7313.1. eCollection 2016. Review.
7. Akinosoglou KS, Karkoulis K, Marangos M. Infectious complications in patients with lung cancer. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2013; 17: 8–18.
8. Mosher CE, Ott MA, Hanna N, et al. Coping with physical and psychological symptoms: a qualitative study of advanced lung cancer patients and their family caregivers. *Support Care Cancer* 2015; 23: 2053–60.