



OBVLADOVANJE DISPNEJE V PALIATIVNI OSKRBI - VLOGA REHABILITACIJSKE MEDICINE

Tadeja Hernja Rumpf

Uvod: Bolniki v paliativni oskrbi ob koncu življenja velikokrat doživljajo dispnejo, ki je subjektivno doživljanje oteženega dihanja. Imenujemo jo tudi težka sapa ali dušenje. Pojavi se ob neskladju med zaznano potrebo po dihanju in zmožnostjo dihanja. Nastane zaradi interakcij med fiziološkim, psihološkimi, socialnimi in okoljskimi dejavniki. (1). Ocenjujejo, da ima občutek težkega dihanja pred smrtjo do 70 procentov vseh onkoloških bolnikov (2).

Paliativna oskrba pomeni interdisciplinarno obravnavo bolnika, ki je usmerjena na preprečevanje in zmanjšanje simptomov ter k izboljšanju kakovosti življenja kljub napredovanju bolezni v času umiranja in smrti. Postavljanje ciljev rehabilitacijskega tima skupaj z bolnikom in z njegovimi svojci oziroma skrbniki je ključna dejavnost rehabilitacijskega procesa. Na podlagi začetne ocene stanja je treba postaviti čim realnejše cilje obravnave in se o pričakovanih pogovoriti tako z bolnikom kot s svojci. Cilji so kratkoročni in prilagodljivi glede na spreminjajoče se bolnikovo stanje. Glavni cilj obravnave bolnika z dispnejo v paliativni oskrbi je zmanjšati občutek težkega dihanja in posledično izboljšati kakovost življenja. Bolnik najbolje dispnejo ovrednoti sam. Najpogosteje uporabljeni orodji za oceno subjektivnega zaznavanja oteženega dihanja sta Vizualna analogna lestvica in Borg-ova lestvica. Laboratorijska slika in rentgenska diagnostika ne pomagata pri ugotavljanju prisotnosti oziroma intenzitete dispneje, lahko pa pomagata pri določanju etiologije. Možne koristi in nasilnost ob diagnostičnih postopkih in preiskavah morajo biti skrbno pretehtane, ko se odločamo za različne preiskave v iskanju vzroka dispneje ob koncu življenja. Kadar je umestno odpravljanje reverzibilnega vzroka dispneje, naj obravnava istočasno vključuje tudi lajšanje simptomov. Bolnike naj bi obravnaval specializirani multidisciplinarni tim zdravstvenih strokovnjakov, ki so posebej usposobljeni za delo s paliativnimi bolniki: zdravnik, medicinska sestra, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik in klinični psiholog (3).

V prispevku se bomo omejili na nefarmakološke ukrepe lajšanja dispneje, ki jih priporočajo smernice.

OBRAVNAVA BOLNIKA Z DISPNEJO

Bolnike naj bi obravnaval specializirani multidisciplinarni tim zdravstvenih strokovnjakov, ki so posebej usposobljeni za delo s paliativnimi bolniki: zdravnik, medicinska sestra, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik in klinični psiholog (3).

V prispevku se bomo omejili na nefarmakološke ukrepe lajšanja dispneje, ki jih priporočajo smernice.

Bolnika poučimo o različnih sprostitevnihih tehnikah in mu damo nasvete glede telesnih položajev, ki mu olajšajo dihanje (sede nagnjen naprej, z rokami in komolci naslonjen na kolena, stoje nagnjen naprej in z rokami uprt na podlago). Prilagodimo bolnikove aktivnosti in mu svetujemo uporabo medicinskih pripomočkov kot so invalidski voziček, hodulja bergla. Velikokrat bolnikom pomaga tudi vir hladnega zraka v predel obraza, kar mu omogočimo z ventilatorjem ali s hladnimi obkladki na predel obraza. S tem spodbudimo drugo vejo trigeminusnega živca in tako zmanjšamo občutek težkega dihanja. Uporabljajo se različne tehnike čiščenja perifernih dihalnih poti: vibracijska masaža prsnega koša, perkusija ali ročno izmenično udarjanje z dlanmi po prsnem košu.

Respiratorna rehabilitacija z dokazi potrjeno zmanjša občutek težkega dihanja. Vključuje vaje za telesno vzdržljivost in gibljivost, predvsem pa raztezne vaje, psihosocialno podporo, prehransko podporo in strategije za samopomoč. Zelo pomembno je izvajanje dihalnih vaj (diafragmalno dihanje), ki vključujejo globoko dihanje z vdihom skozi nos in izdihom skozi ustnice. Ustnice lahko našobi. Med vajo dihanja naj bolnik opazuje gibanje trebušne stene, ki se mora ob vdihu dvigniti, ob izdihu spustiti. Pomembno je vključiti delovnega terapevta, ki lahko z ergonomskimi pristopi zmanjša občutek težkega dihanja. Velikega pomena predstavlja prisotnost svojcev oziroma osebe, ki mu zaupa.

Kisik uporabimo za zmanjšanje dispneje pri hipoksemičnih bolnikih. Pri nehipoksemičnih bolnikih se uporaba kisika ne priporoča.

Uporaba neinvazivnega umetnega predihavanja pri bolnikih z dispnejo na koncu življenja ostaja kontroverzna, saj zahteva hospitalizacijo, lahko podaljša življenje, vendar brez zagotovega izboljšanja kakovosti življenja. Leta 2017 so smernice European Respiratory Society (ERS) in American Thoracic Society (ATS) podprle uporabo neinvazivnega umetnega predihavanja pri bolnikih z dispnejo v paliativni oskrbi.

Zaključek: Dispneja je za mnoge bolnike ob koncu življenja pomemben klinični problem. Najpomembnejše je z bolnikom in svojci postaviti čim realnejše cilje. Glavni cilj obravnave bolnika z dispnejo v paliativni oskrbi je zmanjšati občutek težkega dihanja in posledično izboljšati kakovost življenja. Bolniku pomagamo s farmakološkimi in nefarmakološkimi ukrepi.