

Bölüm 16

Palyatif Bakımda Solunum Semptomlarına Yaklaşım

Eymen ASLAN, Derya GÖKÇINAR

Palyatif bakım (PB) hastalarında solunum semptomları akciğer kanseri, son dönem kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve interstisyel akciğer hastalığı gibi nedenlerle doğrudan akciğerden kaynaklanabilir. Diğer organlardan akciğere metastaz gibi ikincil bir nedene dayanabilir. Akciğer dışı nedenlerle örneğin kalp yetmezliği ve nöromusküler hastalıklara bağlı solunum semptomları ortaya çıkabilir. PB’de solunum semptomlarına sık rastlanır ve yaşam kalitesini önemli oranda etkiler. PB hastalarında klasik tedavi yaklaşımı her zaman fayda göstermez ve bu hastalara özgün farklı yaklaşımlar gerekir (1). Solunum semptomlarına yönelik erken palyatif desteğin hasta ve ailesinden bakım verenlerin anksiyetesini azalttığı, acil servis başvuru sayısını azalttığı ve hastaneye yatışı önlediği gösterilmiştir (2). Bu bölümde PB’de sıklıkla görülen solunum semptomlarında önerilen çözümler gözden geçirilecektir.

Dispne

Dispne, nefes darlığı ve solunum yetmezliği anlamında kullanılır. Hipoksi, hiperkapni ve asidoz beyin sapında solunum reseptörlerini stimüle ederek ventilasyonu artırır. Dispne oluşturan altta yatan neden araştırılmalı ve öncelikle nedene yönelik tedavi verilmelidir. Antibiyotikler, steroidler, bronkodilatörler, göğüs fizyoterapisi ve oksijen dispne tedavisinde klasik olarak uygulanan yöntemlerdir. Dispne solunum yollarında obstrüksiyon yapan tümör yanı sıra astım ve KOAH gibi hastalıklardan kaynaklanabilir. Kalp, nöromusküler ve psikiyatrik hastalıklar da dispneye neden olabilir.

Solunum yollarında obstrüksiyon varsa beta-2 agonistler, steroidler ve antimuskarinikler gibi bronkodilatörler verilmesi ile dispne azalır. Wheezing olmayan hastalarda bile nebül şeklinde verilen bronkodilatörler dispnede

Kaşeksi

İştah kaybı, tat alma duyusunda değişiklikler ve kaşeksi semptomları varsa nütrisyon konsültasyonu, iştah artırıcı ilaçlar ve antiemetikler gibi yaklaşımlar uygulanır. Multidisipliner PB ekibi tarafından hastaya uygun şekilde belirlenen desteklerin uygulanması önerilmektedir (2,7).

Halsizlik

Uyku ve istirahat ile giderilemeyen fiziksel ve psikolojik olumsuz bir his olan halsizlik semptomunun tedavisi için psikososyal destek, kısa sürelerle artan düzeyde fiziksel aktivite, uyku hijyeni, hasta eğitimi yanısıra modafinil, metilfenidat ve antidepresanlar gibi ilaçlar önerilmektedir (8,11).

Psikolojik Semptomlar

PB hastasında ve hastanın ailesinde tanıyı takiben, akut hecmelerde ve yaşam sonunda daha sık olmak üzere anksiyete, panik ve depresyon gibi psikolojik sorunlar görülür. Nefes darlığı ve ağrı gibi semptomlar, alkol ve sigaranın kesilmesi psikolojik semptomları tetikler. Psikoterapi, iyi iletişim, eğitim ve uğraşı terapisi yanısıra manevi destek gibi multidisipliner yaklaşımları psikolojik semptomların giderilmesinde faydalıdır. Solunum terapi ekibinde bir psikolog yer alarak bilişsel davranışsal tekniklerin pulmoner rehabilitasyon içerisinde uygulanması ve hemşireler ile fizyoterapistlerin yaptıkları işin bir parçası olarak psikolojik yöntemleri kullanması anksiyete ve depresyonun giderilmesine katkıda bulunur. Manevi destek ile hastanın kendini iyi hissetmesi, özsaygısının artması ve onurlu hissetmesi sağlanabilir. Hastaya bakım veren aile üyesinin sıkıntılarını gidermek için eğitim toplantısı, psikolojik ve manevi destek uygulamaları faydalı olur (12-15).

Kaynaklar

1. Potter A, Dietsch B. Management of respiratory symptoms in palliative care. *InnovAiT* 2010; 3:408-414.
2. Narsavage GL, Chen YJ, Korn B, et al. The potential of palliative care for patients with respiratory disease. *Breathe* 2017; 13:278-289.
3. Mularski RA, Reinke LF, Carrieri-Kohlman V, et al. An official American Thoracic Society workshop report: assesment and palliative management of dyspnea crisis. *Ann Am Thorac Soc* 2013; 10:S98-S106.
4. Bausewein C, Currow DC, Johnson ML, eds. *Palliative Care in Respiratory Disease (ERS Monograph)*. Sheffield, European Respiratory Society, 2016.

5. Schönfeld N, Blum T. Palliative care in thoracic oncology. *Breathe* 2012; 9:124-131.
6. Gaertner J, Wolf J, Scheicht D, et al. Implementing WHO recommendations for palliative care into routine lung cancer therapy: a feasibility project. *J Palliat Med* 2010; 13:727-732.
7. The Diagnosis and Treatment of Lung Cancer, NICE Clinical Guidelines, No. 121. Cardiff (UK): National Collaborating Centre for Cancer (UK). Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99021/pdf/Bookshelf_NBK99021.pdf. Accessed 19 Decemb.2018.
8. Maddocks M, Lovell N, Booth S, et al. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2017;390:988-1002.
9. Birring SS, Floyd S, Reilly CC, et al. Physiotherapy and speech and language therapy intervention for chronic cough. *Pulm Pharmacol Ther* 2017;47:84-7.
10. Ryan NM, Birring SS, Gibson PG. Gabapentin for refractory chronic cough: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2012; 380:1583-1589.
11. Mucke M, Cuhls H, Peuckmann-Post V, et al. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 5: Cd006788.
12. Kunik ME, Veazey C, Cully JA, et al. COPD education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2008; 38: 385-96.
13. Pilling S, Anderson I, Goldberg D, Meader N, Taylor C. On behalf of the two guideline development g. Depression in adults, including those with a chronic physical health problem: summary of NICE guidance. *BMJ* 2009; 339: b4108.
14. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2011; 12: 753-62.
15. Martinez M, Arantzamendi M, Belar A, et al. Dignity therapy, a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Pall Med* 2017; 31: 492-509.