

Παρνηγορητική φροντίδα

Όταν έγινε η αρχική διάγνωση του καρκίνου, από τον οποίο πέθανε αργότερα, ο αμερικανός γερουσιαστής Richard L. Neuberger έκανε ένα σχόλιο σχετικό με την εκτίμηση πραγμάτων που παλαιότερα θεωρούσε ως δεδομένα: "Τρώγοντας με ένα φίλο, χαϊδεύοντας το γάτο μου το Muffet και ακούγοντας το γουργούρισμά του, η συντροφιά της γυναίκας μου, διαβάζοντας ένα βιβλίο ή ένα περιοδικό στο φως του κομοδίνου ζαπλωμένος στο κρεβάτι μέσα στην ησυχία της νύχτας., κάνοντας έφοδο στο ψυγείο για ένα χυμό πορτοκαλιού ή ένα κομμάτι από ένα σάντουιτς, για πρώτη φορά μου φαίνεται ότι πραγματικά γεύομαι τη ζωή"

Περιοδικό Better Homes and Gardens

Παρνηγορητική φροντίδα είναι η ολιστική φροντίδα ασθενών που πάσχουν από νοσήματα, τα οποία δεν ανταποκρίνονται στη θεραπευτική προσέγγιση... Στόχος της παρνηγορητικής φροντίδας είναι η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.

*WHO Cancer pain relief – palliative care.
Γενεύη, ΠΟΥ, 1990*

Η ενδυνάμωση του ατόμου ώστε να ζει με αξιοπρέπεια, γαλήνη και άνεση σε όλη την πορεία της ασθένειάς του προϋποθέτει την ικανοποίηση των σωματικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και πνευματικών του αναγκών.¹

Palliative care: The nitty gritty handbook. E Fairbank, T Bank

Η παρνηγορητική φροντίδα είναι μια ολοκληρωμένη, συνεχής και πολυδιάστατη φροντίδα, στην οποία συμμετέχουν οι ασθενείς, τα άτομα που τους φροντίζουν, οι σύμβουλοι ιατροί, οι οικιακοί νοσηλευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ιερείς και άλλοι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι είναι ικανοί να συμβάλλουν στην άριστη φροντίδα σαν "ομάδα υγείας".

Οι βασικές αρχές της παρνηγορητικής φροντίδας είναι:²

- Καλή επικοινωνία
- Σχεδιασμός της αντιμετώπισης
- Έλεγχος των συμπτωμάτων
- Συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική υποστήριξη
- Ιατρική συμβουλευτική και εκπαίδευση
- Συμμετοχή του ασθενή στη λήψη των αποφάσεων
- Υποστήριξη των ατόμων που φροντίζουν τον ασθενή.

Τα νοσήματα

Η παρνηγορητική φροντίδα απευθύνεται όχι μόνο σε ανίατα κακοήθη νοσήματα και στο AIDS, αλλά και σε πολλά νοσήματα όπως είναι η τελικού σταδίου ανεπάρκεια ζωτικών οργάνων (καρδιακή, νεφρική, αναπνευστική, και ηπατική ανεπάρκεια) και τα εκφυλιστικά νευρομυϊκά νοσήματα.

Ο ειδικός ρόλος του οικογενειακού ιατρού

Ο γενικός ιατρός είναι το ιδανικό πρόσωπο για τη διαχείριση της παρνηγορητικής φροντίδας για ποικίλους λόγους, όπως η διαθεσιμότητα, η γνώση του ασθενή και της οικογενείας του καθώς και των σχετικών ψυχοκοινωνικών επιρροών. Βασικό χαρακτηριστικό αποτελεί η δυ-

νατότητά του να παρέχει στον ασθενή ανεξαρτησία και αξιοπρέπεια προσφέροντας παρηγορητική φροντίδα στο σπίτι. Κάποιος πρέπει να αναλάβει την ευθύνη να ηγηθεί της ομάδας υγείας, και ο πιο κατάλληλος επαγγελματίας γι' αυτό είναι ο έμπιστος οικογενειακός ιατρός.

Οι περισσότεροι ασθενείς και οι συγγενείς τους αναζητούν απαντήσεις σε έξι ερωτήματα:³

- Τι κακό συμβαίνει;
- Τι μπορεί να προσφέρει η ιατρική επιστήμη;
- Θα υποφέρω πολύ;
- Θα μπορέσεις να με φροντίσεις;
- Πόσον καιρό θα ζήσω ακόμη;
- Μπορούν να με φροντίσουν στο σπίτι;

Η ειλικρινής προσφορά φροντίδας είναι η καλύτερη τακτική όταν συζητώνται οι απαντήσεις σ' αυτά τα ερωτήματα με τον ασθενή και την οικογένειά του. Μην λέτε ποτέ ψέματα σε έναν ασθενή, αποφεύγετε όμως την απερισκεπτη ευθύτητα.

Υποστήριξη των ασθενών και των απόρων που τους φροντίζουν

Μελέτες έχουν δείξει ότι τα πιο κοινά παράπονα των ασθενών είναι η ανία και ο φόβος του αγνώστου. Αυτό δίνει έμφαση στη σημασία των παρακάτω σημείων για τον θεράποντα ιατρό.

- Παρέχετε συναισθηματική υποστήριξη
- Ακούστε με προσοχή και να είστε δεκτικοί σε μη εκφρασθέντα “μηνύματα”
- Συμπεριφερθείτε στον πάσχοντα φυσιολογικά, ανοιχτά, με ενθουσιασμό και βεβαιότητα
- Δείξτε συναισθηματική συμμετοχή και συμπόνια
- Χρησιμοποιείτε δεξιότητες καλής επικοινωνίας
- Δώστε ειλικρινείς απαντήσεις χωρίς να αναλύετε πολύ τα πράγματα ή να αφήνετε μάταιες ελπίδες
- Δώστε ευκαιρίες για ερωτήσεις και επεξηγήσεις
- Δείξτε κατανόηση για τις ανάγκες του ασθενούς και το πολιτιστικό του επίπεδο
- Υιοθετείστε μια ολιστική προσέγγιση του ασθενή: προσέξτε τις σωματικές, ψυχοκοινωνικές και πνευματικές ανάγκες του ασθενούς
- Προβλέπετε και προετοιμασθείτε για ενδεχόμενα προβλήματα.

Ειδικά σημεία στα οποία αξίζει να δοθεί έμφαση είναι:

- Ο ασθενής έχει ανάγκη από ένα αίσθημα ασφάλειας
- Παρέχετε καθησύχαση ότι ο ασθενής δεν θα υποφέρει άσκοπα
- Να είστε έτοιμοι να αναλάβετε πρωτοβουλία και να

καλέσετε άλλους που θα μπορούσαν να βοηθήσουν, όπως π.χ. κληρικούς, ομάδα υποστήριξης καρκινοπαθών, φυσικοθεραπευτές

- Οι ασθενείς δεν θα πρέπει να αισθάνονται απομονωμένοι ή θύματα της καλούμενης “συνομωσίας της σιωπής” στην οποία η οικογένεια συνεννοείται με τους ιατρούς για να αποκρύψει πληροφορία από τον ασθενή
- Το χειρότερο συναίσθημα, που μπορεί να αισθανθεί ένας ασθενής που πεθαίνει, είναι η απόρριψη και η δυσφορία από την πλευρά του ιατρού
- Να είστε πάντοτε έτοιμοι να παραπέμψετε σε έναν ογκολόγο ή άλλον κατάλληλο θεραπευτή για μια άλλη γνώμη σχετική με την περαιτέρω αντιμετώπιση. Η οικογένεια και ο ασθενής εκτιμούν το γεγονός ότι κάθε δυνατότητα διερευνάται με σοβαρότητα.

Σημείωση. Πάντοτε να διαπιστώνετε τι γνωρίζει ο ασθενής και τι θέλει να γνωρίζει.

Το πλαίσιο των Χρυσών Κανόνων (Ηνωμένο Βασίλειο)

Το πλαίσιο αυτό, που προσφέρει το πιο κατάλληλο μοντέλο για την παροχή παρηγορητικής φροντίδας από την ομάδα υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, εστιάζει σε επτά θεμελιώδεις στόχους:

- Άριστη ποιότητα φροντίδας
- Προηγμένος σχεδιασμός (συμπεριλαμβανομένης μέριμνας για παροχή φροντίδας εκτός ωραρίου)
- Ομαδική εργασία
- Έλεγχος των συμπτωμάτων
- Υποστήριξη του ασθενή
- Υποστήριξη των απόρων που φροντίζουν τον ασθενή
- Υποστήριξη του προσωπικού.

Η εφαρμογή της στρατηγικής αυτής φαίνεται πως αυξάνει τον αριθμό των ασθενών που πεθαίνουν στο περιβάλλον που επιθυμούν με βελτιωμένη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.⁴

Έλεγχος των συμπτωμάτων

Κοινά συμπτώματα

- Ανία (το συνηθέστερο σύμπτωμα)
- Μοναξιά/απομόνωση
- Φόβος/άγχος
- Άλγος
 - σωματικό/φυσικό
 - συναισθηματικό

- πνευματικό
- κοινωνικό
- Ανορεξία
- Ναυτία και έμετος
- Δυσκοιλιότητα.

Η αντίδραση της θλίψης

Ακολουθεί πέντε στάδια όπως έχουν περιγραφεί από τον Kubler-Ross:⁵

1. Άρνηση και απομόνωση.
2. Θυμός.
3. Διαπραγμάτευση.
4. Κατάθλιψη.
5. Αποδοχή.

Το πρότυπο αυτό παρέχει ένα χρήσιμο οδηγό για την κατανόηση των σταδίων από τα οποία θα περάσει ο ασθενής και η οικογένειά του.

Οι αρχές της διαχείρισης των συμπτωμάτων συνοψίζονται στον Πίνακα 7.1 και οι στόχοι της θεραπείας στα διάφορα στάδια του καρκίνου παρουσιάζονται στην Εικόνα 7.1.

Έλεγχος του άλγους στον καρκίνο

Η ανακούφιση από το άλγος είναι μια από τις πιο σπουδαίες υπηρεσίες της παρηγορητικής φροντίδας και οι ασθενείς χρειάζονται επαναβεβαίωση ότι μπορούν να

Πίνακας 7.1 Αρχές αντιμετώπισης των συμπτωμάτων²

Προσδιορίστε την αιτία
Θεραπεύστε απλά
Δώστε την κατάλληλη εξήγηση για τα συμπτώματα και τη θεραπεία
Εξασφαλίστε τακτική επανεξέταση
Δίνετε τα φάρμακα τακτικά όλο το 24ωρο και όχι κατά περίπτωση
Οργανώστε τη χορήγηση ενδιάμεσων δόσεων αναλγητικών, σε περίπτωση εξάρσης του άλγους (πριν την προγραμματισμένη επομένη δόση)
Παρέχετε θεραπευτική φροντίδα ανάλογα με τις ανάγκες, π.χ. παρακεντήσεις, εκκένωση πλευρικού υγρού, αποκλεισμό νεύρων, κ.ά.
Παρέχετε δυνατότητα συμπληρωματικής συντηρητικής θεραπείας π.χ. μασάζ, φυσικοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, διατροφικές οδηγίες, θεραπεία χαλάρωσης
Παρέχετε στενή παρακολούθηση-επίβλεψη

προσδοκούν σε τέτοια ανακούφιση. Οι αρχές της ανακούφισης του πόνου σε καρκινοπαθείς είναι:¹

1. Αντιμετωπίστε τον καρκίνο.
2. Αυξήστε τον ουδό του άλγους.
 - Δώστε τις κατάλληλες εξηγήσεις
 - Επιτρέψτε στον ασθενή να εκφράζει ελεύθερα συναισθήματα και ιδέες
 - Δώστε επαρκή ψυχοκοινωνική υποστήριξη
 - Χρησιμοποιείτε αντικαταθλιπτικά ή υπνωτικά.
3. Προσθέστε αναλγητικά ανάλογα με την ένταση του πόνου, π.χ. οπιούχα (εάν είναι αναγκαία).
4. Κάντε χρήση ειδικών φαρμάκων για ειδικού τύπου άλγος –δεν ανταποκρίνεται κάθε άλγος στα αναλγητικά (Πίνακας 7.2).
5. Θέτετε ρεαλιστικούς στόχους.
6. Επιβλέπετε τον έλεγχο του άλγους.

Σημείωση: Το σωστό φάρμακο, στη σωστή δόση και στο σωστό χρόνο χορηγούμενο, μπορεί να ανακουφίσει το 80-90% του πόνου.¹

Χρήση αναλγητικών⁷

Αυτά πρέπει να χορηγούνται “με το ρολόι” και να παρέχονται σύμφωνα με την μέθοδο των τριών βημάτων:

Βήμα 1. Ήπιο άλγος

Αρχίστε με βασικά, μη-οπιούχα αναλγητικά:
 ασπιρίνη 600-900 mg per os κάθε 4 ώρες (κατά προτίμηση)
 ή
 παρακεταμόλη 1 g per os κάθε 4 ώρες ± μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ).

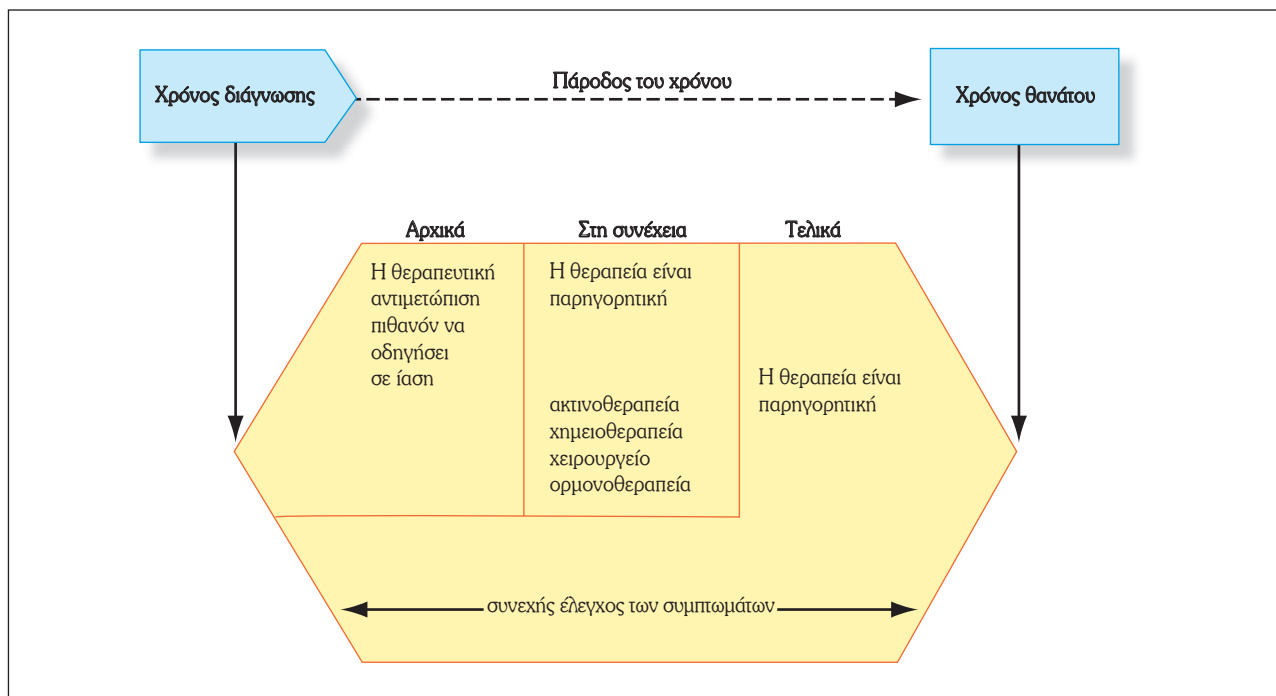
Βήμα 2. Μέτριο άλγος

Χρησιμοποιείτε χαμηλές δόσεις οπιοειδών ή οπιοειδή με ασθενή δράση (ανάλογα με την ηλικία και τη γενική κατάσταση) ή σε συνδυασμό με μη οπιοειδή αναλγητικά (λάβετε υπ’ όψη σας και τα ΜΣΑΦ):

προσθέστε μορφίνη 5 έως 10 mg per os κάθε 4 ώρες, αυξήστε τη δόση κατά 30-50% έως τα 15-20 mg
 ή
 οξυκωδόνη μέχρι και 10 mg per os κάθε 4 ώρες ή 10 mg ελεγχόμενης αποδέσμευσης per os κάθε 12 ώρες
 ή
 οξυκωδόνη 30 mg, από το ορθό, κάθε 8 ώρες.

Βήμα 3. Έντονο άλγος

Διατηρείστε τα μη-οπιούχα αναλγητικά. Θα πρέπει να



Εικόνα 7.1 Στάδια διαχείρισης του ασθενούς με καρκίνο: οι στόχοι της θεραπείας διαφέρουν ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Κατά J. Buchanan και συν.⁶

χρησιμοποιούνται μεγαλύτερες δόσεις οπιούχων και η μορφίνη είναι το φάρμακο εκλογής:

μορφίνη 10-15 mg per os κάθε 4 ώρες, αυξήστε τη δόση μέχρι τα 30 mg εάν είναι απαραίτητο
ή

μορφίνη ελεγχόμενης αποδέσμευσης/παρατεταμένης απελευθέρωσης σε δισκία ή κάψουλες per os κάθε 12 ώρες ή εφάπαξ ημερησίως.

- Εξατομικεύστε τις δόσεις ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή (η μορφίνη διατίθεται σε δισκία ή κάψουλες ελεγχόμενης αποδέσμευσης/παρατεταμένης απελευθέρωσης των 5, 10, 15, 20, 30, 50, 60, 90, 100, 120 και 200 mg)
- Η κατάλληλη δόση είναι εκείνη η οποία είναι επαρκής για να ανακουφίσει τον πόνο
- Η συνήθης αρχική δόση είναι 20-30 mg δυο φορές την ημέρα
- Δώστε τη συνήθη μορφίνη 10 mg μαζί με την πρώτη δόση της μορφίνης ελεγχόμενης αποδέσμευσης/παρατεταμένης απελευθέρωσης, και στη συνέχεια ανάλογα με τις ανάγκες, σε έξαρση του άλγους
- Εκτιμείστε την πιθανή δόση της μακράς δράσεως μορφίνης από την πρότυπη δοσολογία
- Για να μετατρέψετε σε μορφίνη ελεγχόμενης αποδέσμευσης/παρατεταμένης απελευθέρωσης υπολογίστε την ημερησία από του στόματος χορήγηση της

κανονικής μορφίνης και διαιρέστε δια του 2, ώστε να λάβετε τη 12/ωρη δόση

- Τα δισκία ή οι κάψουλες δεν θα πρέπει να θραύονται ή να μασώνται.

Κατευθυντήριες οδηγίες

- Βεβαιωθείτε αν το άλγος ελέγχεται με τη χορήγηση οπιοειδών
- Δώστε μορφίνη από το στόμα (εάν είναι δυνατόν) είτε σε διάλυμα (προτιμώμετο) είτε σε δισκία
- Οι εναρκτηρίες δόσεις κυμαίνονται συνήθως μεταξύ 5-20 mg (κατά μέσο όρο 10 mg)
- Εάν η αναλγησία είναι ανεπαρκής, η επομένη δόση θα πρέπει να αυξάνεται κατά 50% μέχρις ότου επιτευχθεί έλεγχος του πόνου
- Δώστε τις δόσεις σε τακτικά διαστήματα, συνήθως κάθε 4 ώρες, πριν την επανεμφάνιση του άλγους (Εικόνα 7.2)
- Πολλοί ασθενείς βρίσκουν ευκολότερο να λάβουν ένα διάλυμα παρά ένα δισκίο, π.χ. 10 mg/10 mL διαλύματος
- Η δυσκοιλιότητα αποτελεί ένα πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπίζεται προληπτικά με υπακτικά φάρμακα σε τακτικά διαστήματα και προσεκτική παρακολούθηση της λειτουργίας του εντέρου
- Προκαθορίστε και επιπλέον μια “σωτήρια δόση”

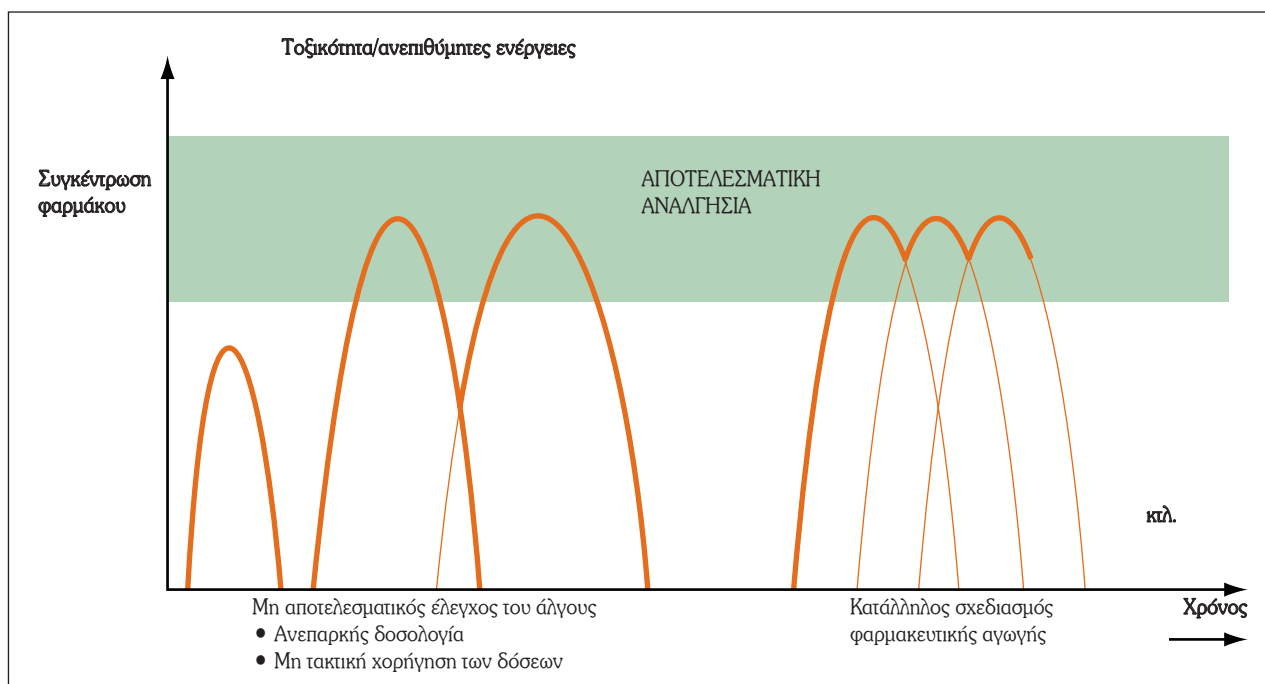
Πίνακας 7.2 Θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση του άλγους σε καρκινοπαθείς⁶ (ανάλογα με την αιτία)

Αιτία	Θεραπεία 1ης γραμμής	Θεραπεία 2ης γραμμής	Άλλες μορφές θεραπείας που πρέπει να λάβετε υπόψη
Ερεθιστικό άλγος: διέγερση αισθητικών νευρώνων	Ασπιρίνη	Οπιοειδή Κορτικοστεροειδή Αντικαταθλιπτικά ΜΣΑΦ	Ακτινοθεραπεία Νευροχειρουργική επέμβαση
Νευροπαθητικό άλγος: άμεση συμμετοχή του νεύρου (π.χ. βραχιαλγία ισχιαλγία)	Οπιοειδή Αντικαταθλιπτικά (π.χ. αμιτριπτυλίνη) Αντιεπιληπτικά (π.χ. καρβαμαζεπίνη, γκαμπαπεντίνη)		Ραχιαία έγχυση μορφίνης Τοπική αναισθησία Κεταμίνη
Δυσαισθησία: επιπολής καυστικό άλγος	Αντικαταθλιπτικά	Οπιοειδή	Τοπική αναισθησία Διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση
Άλγος που οφείλεται σε πιεστικά φαινόμενα: σχετιζόμενο με τον όγκο οίδημα (π.χ. αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση)	Κορτικοστεροειδή (π.χ. δεξαμεθαζόνη)	Οπιοειδή	Ακτινοθεραπεία Νευροχειρουργική επέμβαση
Οστικές μεταστάσεις και άλλες βλάβες ιστών	ΜΣΑΦ Ασπιρίνη	Οπιοειδή	Ακτινοθεραπεία (η πιο αποτελεσματική μέθοδος) Ορμονοθεραπεία Ορθοπαιδική χειρουργική επέμβαση
Άλγος οφειλόμενο σε μυϊκό σπασμό	Διαζεπάμη Κλοναζεπάμη Βακλοφαίνη	Οπιοειδή Δαντρολένιο	
Σπληχνικό άλγος από απόφραξη κοίλων οργάνων (π.χ. κωλικός, τεινεσμός)	Σπασμολυτικά (π.χ. υοσκίνη)	Οπιοειδή Χλωροπρομαζίνη Κορτικοστεροειδή	Παρηγορητική χειρουργική επέμβαση Ακτινοθεραπεία
Μεταβολικές διαταραχές: υπερκαλιαιμία	Διφωσφονικά (συνεχής περιτοναϊκή κάθαρση)		
Διήθηση/εξέλκωση του δέρματος	Ασπιρίνη Οπιοειδή	Κορτικοστεροειδή	Θεραπεία της λοίμωξης Επιθέματα Παρηγορητική χειρουργική επέμβαση Ακτινοθεραπεία

(συνήθως 5-10 mg) για την αντιμετώπιση έξαρσης του άλγους ενδιάμεσα των δόσεων ή πόνου που αναμένεται (π.χ. κατά τη διάρκεια της αφόδευσης)

- Παραγγείλτε αντιεμπετικά π.χ. αλοπεριδόλη, αρχικά κατ' επίκληση (συνήθως μπορείτε να τη διακόψετε σε 1 έως 2 εβδομάδες καθώς αναπτύσσεται ανοχή)
- Καθησυχάστε τον ασθενή και την οικογένεια σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της μορφίνης (Πίνακας 7.3). (Να είστε ενήμεροι για την οπιοφοβία)

- Η χορήγηση της μορφίνης σε μείγμα με άλλες ουσίες π.χ. το Brompton's cocktail, δεν προσφέρει ιδιαίτερα πλεονεκτήματα
- Η πεθιδίνη δεν συνιστάται (βραχεία ημιπερίοδος ζωής, τοξικοί μεταβολίτες), ενώ η κωδεΐνη και η ενδομυϊκή χορήγηση της μορφίνης θα πρέπει να αποφεύγονται
- Άλλα οπιοειδή χρησιμοποιούνται ενίοτε αντί της μορφίνης (Πίνακας 7.4)
- Η φαιτανύλη είναι ένα ισχυρό συνθετικό οπιοειδές φάρμακο που διατίθεται σε σύστημα διαδερμικής



Εικόνα 7.2 Κατάλληλος σχεδιασμός αναλγησίας για την επίτευξη του βέλτιστου ελέγχου του άλγους.

χορήγησης. Είναι αποτελεσματική και ευνοεί τη συμμόρφωση του ασθενή. Από την κατηγορία των οπιοειδών παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό δυσκοιλιότητας.

Η υδρομορφόνη είναι ένα ισχυρό αναλγητικό που διατίθεται σε πόσιμο διάλυμα, δισκία και ενέσιμο μορφή, και

χρησιμοποιείται σήμερα ευρέως στην παρηγορητική φροντίδα. Διευκολύνει την από του στόματος προσαρ-

Πίνακας 7.3 Συνήθεις μύθοι που αφορούν τη μορφίνη⁷

- **“Η μορφίνη είναι το τελευταίο καταφύγιο”**
Δεν ισχύει και δεν υπάρχει μέγιστη δόση
- **“Ο ασθενής θα γίνει εξαρτημένος”**
Είναι σπάνιο και πιθανά άσχετο με το πλαίσιο της παρηγορητικής φροντίδας
- **“Ο ασθενής θα έχει ανάγκη σταδιακά αυξανόμενων δόσεων”**
Η ουσία δε χάνει το αποτέλεσμά της αλλά συνήθως απαιτείται αύξηση δόσης με την εξέλιξη της νόσου
- **“Η μορφίνη θα προκαλέσει καταστολή του αναπνευστικού κέντρου”**
Είναι σπάνιο πρόβλημα και μπορεί ακόμη να βοηθήσει ασθενείς με δύσπνοια. Μια υπέρβαση της δοσολογίας μπορεί να αντιμετωπισθεί με χορήγηση ναλοξόνης.
- **“Η μορφίνη θα βραχύνει τη ζωή”**
Το αντίθετο μπορεί στην πραγματικότητα να συμβεί. Δε χρησιμοποιείται για ευθανασία, αλλά για τον έλεγχο του άλγους

Πίνακας 7.4 Οπιοειδή, εκτός της μορφίνης, που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του άλγους^{1,8}

Οπιοειδή (από του στόματος χορήγηση, εκτός αν υπάρχει άλλη ένδειξη)	Διάρκεια δράσης (σε ώρες)	Δόση ισοδύναμη με την από του στόματος χορήγηση 10 mg μορφίνης
Κωδεΐνη	3-5	60 mg
Δεξτρομοραμίδη	2	20 mg
Διαμορφίνη (ηρωίνη)	3-5	7 mg
Φαιντανύλη (διαδερμική χορήγηση) (Durogesic)	72	100 mg
Υδρομορφόνη	3-4	2,5 mg (από το στόμα)
Μεθαδόνη	Ποικίλλει, 4-12 ώρες	7 mg
Οξυκωδόνη (από το στόμα)	3-5	10 mg
Οξυκωδόνη ελεγχόμενης αποδέσμευσης	3-4	5 mg
Οξυκωδόνη από το ορθό	6-12	10 mg
Τραμαδόλη	4-6	40 mg

μογή της δοσολογίας όταν απαιτείται αυξημένη δόση οπιοειδών, ενώ χάρη στη βραχεία ημιπερίοδο ζωής (2-3 ώρες) μπορεί να μειώσει την εμφάνιση παρενεργειών στους ηλικιωμένους και αδύναμους ασθενείς.

Εναλλαγή οπιοειδών

Η τακτική περιλαμβάνει την εναλλαγή ισχυρών οπιοειδών σε ασθενείς που εμφανίζουν παρενέργειες και απαιτούν περιορισμό της δόσης. Τα διάφορα οπιοειδή παρουσιάζουν διαφορές στη σύνδεσή τους με τους υποδοχείς των οπιοειδών.

Η μορφίνη μπορεί να εναλλάσσεται με οξυκωδόνη, υδρομορφόνη, μεθαδόνη, φαιτανύλη κτλ. Διαδερμικά έμπλαστρα φαιτανύλης αποτελούν εναλλακτική της παρεντερικής χορήγησης μορφίνης.

Παρεντερική έγχυση μορφίνης

Γενικά χορηγείται υποδορίως (όχι ενδοφλεβίως ή ενδομυϊκώς). Ενδείξεις χορήγησης αποτελούν:⁶

1. Αδυναμία κατάποσης π.χ. σοβαρή φλεγμονή του στοματικού βλεννογόνου, δυσφαγία, απόφραξη του οισοφάγου.
2. Εντερική απόφραξη.
3. Έντονη ναυτία και έμετοι.
4. Σε υψηλή δοσολογία από το στόμα, δηλαδή πάνω από 100-200 mg, φαίνεται πως η περαιτέρω αύξηση της δόσης δεν προσφέρει επιπρόσθετο όφελος.

Βοηθητική θεραπεία

Ανατρέξτε στον Πίνακα 7.2

Και στα τρία βήματα ελέγχου του πόνου, εξετάστε τη δυνατότητα χορήγησης συμπληρωματικών “αναλγητικών”. Αυτά, αν και δεν είναι με την αυστηρή έννοια του όρου αναλγητικά, συμβάλλουν στην ανακούφιση από τον πόνο. Παραδείγματα τέτοιων φαρμάκων είναι τα κορτικοειδή, τα αντικαταθλιπτικά, τα ψυχοτρόπα και τα αντισπασμωδικά.

Έλεγχος του άλγους

Οστικό άλγος

- Ασπιρίνη, παρακεταμόλη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, είναι επιβοηθητικά ως συναλγητικά.

Νευροπαθητικό άλγος (άμεση εμπλοκή των νευρών)

- Αντικαταθλιπτικά π.χ. αμιτριπυλίνη
- Σπασμολυτικά π.χ. καρβαμαζεπίνη, γκαμπαπεντίνη.

Η κεταμίνη, ένα αναισθητικό φάρμακο, είναι πολύτιμη

για την αντιμετώπιση του “δύσκολου” άλγους, όμως απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις για τη χορήγησή της.

Νευρολογική πίεση

- Κορτικοστεροειδή σε συμπίεση του νωτιαίου μυελού και αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης π.χ. δεξαμεθαζόνη 4-16 mg (per os, υποδορίως ή ενδομυϊκώς) εφάπαξ ημερησίως το πρωί ή πρεδνιζολόνη 25-100 mg per os ημερησίως.

Συνεχής υποδόρια έγχυση μορφίνης

Όταν η χορήγηση από το στόμα ή το ορθό, δεν είναι δυνατή ή αποτελεσματική, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η υποδόρια έγχυση με μια σύριγγα - αντλία.

Είναι επίσης χρήσιμη για τον έλεγχο διαφόρων συμπτωμάτων, όταν είναι αναγκαία η χορήγηση συνδυασμού περισσότερων φαρμάκων π.χ. για το άλγος, τη ναυτία και τη διέγερση. Με την μέθοδο αυτή μπορεί να αποφευχθεί η “δράση αιχμής”, δηλαδή ανεπιθύμητες ενέργειες όπως καταστολή, ναυτία, έμετοι ή το “απώλεσμα κοιλάδας” (έξαρση του άλγους λόγω μεταβαλλόμενων επιπέδων του φαρμάκου στο αίμα) που μπορούν να παρατηρηθεί με την κατά διαστήματα παρεντερική χορήγηση της μορφίνης.

Πρακτικές απόψεις

- Η πρόσβαση στον υποδόριο ιστό επιτυγχάνεται με μια βελόνη τύπου πεταλούδας 21 g η οποία αντικαθίσταται τακτικά (κάθε 1, 2, 3, ή 4 ημέρες)
- Οι περισσότερες περιοχές του σώματος είναι κατάλληλες, περισσότερο όμως βολική είναι το κοιλιακό τοίχωμα, η πρόσθια επιφάνεια του μηρού, και η πρόσθια επιφάνεια του βραχίονα (συνήθως χρησιμοποιείται το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα)
- Η έγχυση μπορεί να γίνεται κατ' οίκον
- Περίπου το ήμισυ μέχρι τα δύο τρίτα της 24ωρης από το στόμα δόσης της μορφίνης εισάγεται μέσα στη σύριγγα
- Η σύριγγα τοποθετείται στον οδηγό της αντλίας η οποία ρυθμίζεται για έγχυση 24 ωρών
- Περιοχές με οίδημα δεν είναι κατάλληλες για την έγχυση.

Ενδοραχιαία έγχυση της μορφίνης

Επισκληρίδιος ή ενδοθηκική χορήγηση της μορφίνης ενδείκνυται ενίοτε για άλγος που εντοπίζεται κάτω από την κεφαλή και τον τράχηλο, όπου η χορήγηση των

οπιούχων από το στόμα ή παρεντερικώς δεν ήταν αποτελεσματική. Είναι απαραίτητη η εισαγωγή ενός επισκληριδίου ή ενδοθηκικού καθετήρα (από αναισθησιολόγο ή νευροχειρουργό).⁷

Έλεγχος κοινών συμπτωμάτων

Συνήθη συμπτώματα μπορούν να αντιμετωπιστούν ως εξής:¹

Ανορεξία

Μετοκλοπραμίδη 10 mg τρεις φορές ημερησίως
ή

κορτικοστεροειδή, π.χ. δεξαμεθαζόνη 2-8 mg τρεις φορές ημερησίως. Χορήγηση υψηλής θρεπτικής αξίας πόσιμων συμπληρωμάτων.

Δυσκοιλιότητα⁶

Όταν η χρήση των οπιοειδών είναι απαραίτητο να διατηρηθεί, τα χρησιμοποιούμενα υπακτικά θα πρέπει να είναι διεγερτικά της εντερικής κινητικότητας και όχι αυξητικά του όγκου των κοπράνων. Στόχος είναι η παραγωγή σχηματισμένων κοπράνων και η αφόδευση περίπου κάθε τρίτη μέρα, π.χ.

δοκουσικό νάτριο με σέννα δις ημερησίως ή ανά 12/ωρο

δισακοδόλη (Dulcolax) 5-10 mg δυο φορές την ημέρα

ή

μακρογόλη ένα φακελάκι σε 125 ml νερού, μία, δύο ή τρεις φορές ημερησίως.

Υπόθετα από το ορθό, μικροκλύσματα ή κλύσματα είναι δυνατόν να απαιτούνται κατά περίπτωση.

Το cocktail Shaw (ή PCU) είναι χρήσιμο στην έντονη δυσκοιλιότητα. Μέσα σε μια μικρή ποσότητα νερού λιώστε ένα κουτάλι της σούπας κόκκους σέννας μέσα σε φούρνο μικροκυμάτων. Προσθέστε 20 ml υγρής παραφίνης και συμπληρώστε έως τα 100 ml με κρύο ή ζεστό γάλα ή παγωμένη κρέμα.

Τελικού σταδίου συμφόρηση του αναπνευστικού συστήματος (ρεγχώδης αναπνοή)^{7,8}

- Υοσκίνη υδροβρωμική 0,4 mg υποδορίως ανά 4 ώρες ή 0,8-1,6 mg ημερησίως με υποδόρια έγχυση
- Υοσκίνη βουτυλοβρωμιούχος ή ατροπίνη μπορούν επίσης να χορηγηθούν με υποδόρια έγχυση.

Οι παράγοντες αυτοί αποξηραίνουν τις εκκρίσεις και διακόπτουν τον επιθανάτιο ρόγχο.

Δύσπνοια

Προσδιορίστε την αιτία της δύσπνοιας, όπως π.χ. υπεζωκοτική συλλογή, και αντιμετωπίστε την αναλόγως. Οι παρακεντήσεις του υπεζωκότα μπορούν να διενεργηθούν εύκολα στο σπίτι. Κορτικοστεροειδή μπορούν να δοθούν για πνευμονικές μεταστάσεις. Το οξυγόνο μπορεί να γίνει αναγκαίο για να βοηθήσει την αναπνευστική δυσφορία στα τελικά στάδια και η εγκατάσταση της συσκευής χορήγησής του κοντά στο κρεβάτι γίνεται εύκολα. Η μορφίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί για δύσπνοια που δεν ανταποκρίνεται σε άλλα μέτρα, μαζί με αλοπεριδόλη ή μια φαινοθειαζίνη για τη ναυτία.

Κατάθλιψη και ανησυχία τελικού σταδίου⁷⁻¹⁰

(Αποκλείστε αναστρέψιμα αίτια π.χ. φάρμακα, φόβος, επίσκεψη κοπράνων και ούρων)

1η επιλογή:

κλοναζεπάμη

0,5 mg εφάπαξ υποδορίως ή 0,25-0,5 mg ανά 12ωρο, από το στόμα σε σταγόνες υπογλωσσίας ή δισκία

ή

1-4 mg το 24ωρο συνεχούς υποδόριας έγχυσης με σύριγγα-αντλία.

μιδαζολάμη (είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική αλλά δαπανηρή)

2,5-5 mg υποδορίως ανά 1-3 ώρες κατ' επίκληση ή 15 mg ημερησίως με συνεχή υποδόρια έγχυση.

Για πολύ σοβαρές καταστάσεις: προσθέστε φαινοβαρβιτόνη σε υποδόρια έγχυση ή (με προσοχή συνεργικής δράσης) αλοπεριδόλη.

Ναυτία και έμετος

Εάν οφείλονται στη μορφίνη:

αλοπεριδόλη 1,5-5 mg ημερησίως¹ (μπορεί να ελαττωθεί μετά από 10 μέρες)

ή

Prochlorperazine (stemetil) 5-10 mg per os 4 φορές ημερησίως

ή

25 mg από το ορθό δυο φορές την ημέρα.

Αν οφείλονται σε ελαττωμένη γαστρική κένωση χρησιμοποιήστε έναν προκινητικό παράγοντα:

μετοκλοπραμίδη ή σισαπρίδη ή
δομπεριδόνη.

Έχετε υπ' όψιν σας και την ονδανσετρόνη (Zofron) για τη ναυτία και τους εμέτους που προκαλούνται από την κυτταροτοξική χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία.

Εγκεφαλικές μεταστάσεις

Κοινά συμπτώματα είναι η κεφαλαλγία και η ναυτία. Σκεφθείτε την θεραπεία με κορτικοστεροειδή π.χ. δεξαμεθαζόνη 4-16 mg ημερησίως. Τα αναλγητικά και τα αντιεμετικά όπως η αλοπεριδόλη είναι επίσης αποτελεσματικά.

Παραπληγία

Παραπληγία μπορεί να προκληθεί ιδίως σε καρκίνωμα του προστάτη ακόμη και αν έχει γίνει θεραπεία με ανάλογα LHRH. Προειδοποιητικά σημεία είναι η εμφάνιση εκ νέου ραχιαλγίας, παραισθησιών στα άκρα ή πρόσφατης επίσχεσης ούρων.¹ Ο αντικειμενικός στόχος είναι η πρόληψη ανάπτυξης παραπληγίας. Υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών πρέπει να χορηγούνται ενώ διευθετείται η επείγουσα εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Λόξυγκας^{7,8}

Δοκιμάστε μια αρχική δόση
χλωροπρομαζίνης 25 mg τρεις φορές ημερησίως
ή
25 mg ενδομυϊκώς εφάπαξ
ή
αλοπεριδόλης 2,5 mg δύο φορές ημερησίως.

Η κατάποση κρυσταλλικής ζάχαρης με ή χωρίς ξύδι δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματική. Άλλες φαρμακευτικές ουσίες που αναφέρονται ως αποτελεσματικές είναι η βακλοφαίνη, η μιδαζολάμη, η κλοναζεπάμη, η νιφεδιπίνη και η μετοκλοπραμίδη.

Αδυναμία και απώλεια βάρους

Το πρόβλημα αυτό μπορεί να αντιμετωπισθεί με μια δίαιτα υψηλής θερμιδικής και πρωτεϊνικής αξίας. Ένας κατάλογος πόσιμων συμπληρωμάτων παρέχεται στο *Palliative care: The nitty gritty handbook*.¹

Παραδείγματα

Banana sustagen milk

- γάλα: 2 φλυτζάνια
- μπανάνα: μια
- αυγό: ένα
- σκόνη Sustagen: 3 κουταλάκια του γλυκού
- γάλα σκόνη χωρίς λίπος: 1 κουταλάκι του γλυκού
- Glucodin (κρετίνη): 1 κουταλάκι του γλυκού
- πάγος: τριμμένος

(Αναμείξτε τα όλα μαζί)

Αυγό ελαφρά κτυπημένο

- Αυγό: ένα
- γάλα: 1 φλυτζάνι
- σιρόπι βανίλιας ή άρωμα: για αν προσθέσει γεύση (13 σταγόνες)
- ζάχαρη: 1 κουταλάκι του τσαγιού
- brandy: (προαιρετικό)

(Αναμείξτε τα όλα μαζί, σουρώστε και πασπαλίστε με μοσχοκάρυδο)

Τονωτικό υψηλής ενέργειας

- τονωτικό: 1 κουτάλι της σούπας
- Glucodin: 1 κουταλάκι του τσαγιού
- νερό: 1 φλιτζάνι
- πάγος: τριμμένος

(Αναμείξτε το τονωτικό και το Glucodin μέχρι να λειώσουν και ανακινείτε μέσα σε νερό).

Χυμός υψηλής ενέργειας

- χυμός: 1 φλιτζάνι
- Glucodin: 1 κουταλάκι του γλυκού

(Ανακατέψτε το Glucodin με λίγο χυμό μέχρι να λειώσει. Ανακινείτε με τον υπόλοιπο χυμό).

Ο ασθενής με AIDS

Οι ίδιες αρχές αντιμετώπισης ισχύουν και για τους ασθενείς που υποφέρουν από τις πολλές εκδηλώσεις του τελικού σταδίου AIDS. Πολλοί από τους ασθενείς αυτούς επιθυμούν να πεθάνουν στο σπίτι τους και υπάρχουν εξαιρετικές ομάδες υποστηρικτικής φροντίδας για βοήθεια. Μεγάλη σημασία έχει η εξοικείωση με το δίκτυο υπηρεσιών. Λόγω των ευκαιριακών λοιμώξεων, υπάρχουν πολλές προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει

η παρηγορητική φροντίδα τέτοιων ασθενών, ενώ ορισμένες κατευθυντήριες οδηγίες περιλαμβάνονται στο Κεφάλαιο 8. Ένας πολύ επιβοηθητικός οδηγός για τον έλεγχο των συμπτωμάτων παρουσιάζεται στο *Therapeutic Guidelines* των Mashford και συν.⁷

Ο θάνατος και η θλίψη

Τα στάδια της διαδικασίας του πένθους όπως περιγράφονται από τον Kubler-Ross μπορούν να βιωθούν τόσο από τον ασθενή όσο και από την οικογένεια, αν και όχι ακριβώς σύμφωνα με τα περιγραφόμενα πέντε στάδια. Η διαδικασία του πένθους που ακολουθεί τον θάνατο ενός προσφιλούς προσώπου, μπορεί να ποικίλει σημαντικά σε ένταση, σε πολλά όμως άτομα η εμπειρία αυτή είναι καταστροφική.

Οι αρχές της φροντίδας και της συμβουλευτικής περιλαμβάνουν:¹

- Να είστε διαθέσιμοι και υπομονετικοί
- Επιτρέψτε τους να μιλούν ενώ εσείς τους ακούτε
- Διαβεβαιώστε τους ότι τα συναισθήματά τους είναι φυσιολογικά
- Δεχθείτε υπομονετικά οποιαδήποτε εκδήλωση θυμού
- Αποφύγετε την υπερβολική καθυσχάση
- Ενθαρρύνετε όσο το δυνατόν περισσότερη συντροφικότητα, εφ' όσον είναι επιθυμητή.

(Δείτε τις κατευθυντήριες οδηγίες για συμβουλευτική σε περίπτωση κρίσης που δίδονται στο Κεφάλαιο 5).

Επικοινωνία με τον ασθενή που πεθαίνει

Η καλή επικοινωνία μεταξύ του ιατρού και του ασθενή είναι ουσιώδης προκειμένου ο ιατρός να πληροφορηθεί, να εξηγήσει, να ενθαρρύνει, και να επιδείξει συμπάθεια στον ασθενή. Οποιοδήποτε όμως αυτή είναι πολύ δύσκολη, ιδίως με τον καρκινοπαθή ασθενή.

Η καλή επικοινωνία βασίζεται στην ειλικρίνεια και την ακεραιότητα της σχέσης. Η αποκάλυψη της αλήθειας μπορεί να είναι οδυνηρή και απαιτεί ευαισθησία, κτίζει όμως την εμπιστοσύνη και καθιστά άριστη την ανταλλαγή άλλων δύσκολων σκέψεων, υποθέσεων και αποφάσεων, όπως είναι η εγκατάλειψη της θεραπευτικής αγωγής, η επεξήγηση της διαδικασίας του θανάτου, και ενδεχομένως η συζήτηση σκέψεων για το θέμα της ευθανασίας.

Η βελτιωμένη επικοινωνία αναμένεται να οδηγήσει όχι μόνο σε καλύτερη “πνευματική” φροντίδα αλλά επίσης και σε καλύτερο έλεγχο των συμπτωμάτων.¹ Δώστε στους ασθενείς κάθε ευκαιρία να μιλήσουν σχετικά με

την αρρώστια τους και τις μελλοντικές προσδοκίες τους, και να είστε διαθέσιμοι και υπομονετικοί στην προσφορά βοήθειας και στήριξης.

Πνευματικά ζητήματα

Η πνευματικότητα είναι ένα θέμα μεγάλης σημασίας για όλους τους ανθρώπους, ιδίως όταν αντιμετωπίζουν τον αναπόφευκτο θάνατο. Πολλοί άνθρωποι έχουν έμφυτες πνευματικές και θρησκευτικές προσεγγίσεις, και αυτοί με βαθιά πίστη και πίστη στον “παράδεισο” φαίνεται ν’ αντιμετωπίζουν καλύτερα την διαδικασία του θανάτου. Άλλοι αρχίζουν να αναλογίζονται σοβαρά πάνω σε ζητήματα πνευματικότητας και να αναζητούν το νόημα της ζωής κάτω από αυτές τις περιστάσεις. Οι άνθρωποι που τους φροντίζουν, περιλαμβανομένου και του θεράποντος ιατρού, οφείλουν να είναι ευαίσθητοι στις ανάγκες τους και στη μείζονα αναστάτωση που βιώνουν, τείνοντας ένα “χέρι βοήθειας”, το οποίο απλά μπορεί να περιλαμβάνει και την συνάντηση με έναν ιερέα.

Η πνευματική φροντίδα κτίζει πάνω στις “πηγές ύπαρξης” των ασθενών και τους καθιστά ικανούς να αρθρύνουν πάνω από τις σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές συνέπειες της τελικής τους αρρώστιας.¹

Το ερώτημα της ευθανασίας

Θα πρέπει να αποτελεί μια σπάνια εμπειρία η αντιμετώπιση ενός ασθενή ο οποίος απαιτεί ευθανασία,³ και ιδιαίτερα όταν τα στερεότυπα των μέσων ενημέρωσης για “ανυπόφορα μαρτύρια” και “αγωνιώδη θάνατο” σπάνια συναντώνται στο πλαίσιο μιας προσεκτικής ολιστικής και συνεχιζόμενης φροντίδας. Η μη χρήση υποστηρικτικών μηχανημάτων της ζωής, η χρήση μορφίνης επί 24ώρου βάσεως, η διακοπή των κυτταροτοξικών φαρμάκων, η χρήση συμπληρωματικών φαρμάκων όπως τα αντικαταθλιπτικά, τα ανιεμεικά και οι διάφοροι αποκλεισμοί νευρών, καθώς και η συνεχής φροντίδα με αίσθημα αγάπης, σχεδόν πάντοτε βοηθούν τον ασθενή να αντιμετωπίσει την κατάσταση χωρίς υπερβολικό πόνο και ταλαιπωρία.

Πρακτικές συμβουλές

- Σκεφτείτε την τακτική συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σε ασθενείς με άλγος.
- Να θυμάστε τον κανόνα του “καθίστε κάτω”, όπου η επίσκεψη στο σπίτι μπορεί να λειτουργήσει ως μια κοινωνική επίσκεψη, στην οποία κάθεστε με τον ασθενή και την οικογένεια πίνοντας τσάι και συζητώντας ιατρικά και κοινωνικά θέματα.³

- Η έγκαιρη παραπομπή ασθενών σε τελικό στάδιο με δύσκολα ελεγχόμενα προβλήματα, ιδιαίτερα άλγους, σε ειδικούς ξενώνες ή σε διεπιστημονική ομάδα, μπορεί να ενισχύσει την ποιότητα της φροντίδας. Οπωσδήποτε όμως ο οικογενειακός ιατρός του ασθενή θα πρέπει να είναι σε κάθε περίπτωση το επίκεντρο της ομάδας.

Βιβλιογραφία

- 1 Fairbank E, Banks T. Palliative Care: The Nitty Gritty Handbook. Melbourne: RACGP Services Division, 1993: 1–18.
- 2 McGuckin R, Currow D, Redelman P. Palliative care: your role. Med Observer, 1992; 27 November: 41–2.
- 3 Carson NE, Miller C. Care of the Terminally Ill. Melbourne: Monash University, Department of Community Medicine Handbook, 1993: 107–15.
- 4 NICE: <<http://www.nice.org.uk>>
- 5 Kübler-Ross E. On Death and Dying. London: Tavistock, 1970.
- 6 Buchanan J et al. Management of Pain in Cancer. Melbourne: Sigma Clinical Review, 1991; 18: 8–10.
- 7 Mashford ML (Chair) et al. Therapeutic Guidelines: Palliative Care (Version 2). Melbourne: Therapeutic Guidelines Ltd, 2005.
- 8 Woodruff R. Palliative Medicine (3rd edn). Melbourne: Oxford University Press, 1999.
- 9 Burke AL. Palliative care: an update on ‘terminal restlessness’. Med J Aust, 1997; 166: 39–42.
- 10 Twycross R. Introducing Palliative Care. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1996: 147.