Opieka paliatywna u chorych na POChP – zasady postępowania

prof. dr hab. n. med. Anna Doboszyńska

PODZIEL SIĘ

POChP jest powszechnie stosowanym skrótem, pełna nazwa choroby brzmi: przewlekła obturacyjna choroba płuc. Zgodnie z tą nazwą choroba trwa wiele lat, najczęściej jej przyczyną (ale nie jedyną) jest palenie papierosów, które doprowadza do uszkodzenia błony śluzowej oskrzeli, a także samego miąższu płuc. Te zmiany powodują obturacje oskrzeli, czyli ograniczenie przepływu powietrza w oskrzelach i występowanie objawów choroby. Uszkodzenie układu oddechowego jest nieodwracalne, a choroba jest nieuleczalna, jednak wymaga stałego leczenia. Leczenie objawowe dotyczy wszystkich chorych na POChP od momentu jej rozpoznania.

Główne objawy choroby to:

- duszność, początkowo podczas wysiłku, następnie również w czasie spoczynku,
- kaszel z odksztuszaniem plwociny,
- ucisk w klatce piersiowej,
- uczucie zmęczenia.

Objawy te narastają wraz z czasem trwania choroby. Dlatego konieczne jest dostosowanie metod leczenia do stopnia zaawansowania choroby.

Opieka paliatywna

Najnowsza definicja, opublikowana przez WHO w 2020 r określa opiekę paliatywną jako podejście, które poprawia jakość życia pacjentów (dorosłych i dzieci) oraz ich rodzin, którzy borykają się z problemami związanymi z chorobami zagrażającymi życiu. Zapobiega i łagodzi cierpienie poprzez wczesną identyfikację, prawidłową ocenę oraz leczenie bólu i innych problemów fizycznych, psychospołecznych lub duchowych.
W odróżnieniu od poprzedniej definicji (WHO 2002), w obecnej – wymieniane są najczęstsze choroby w których opieka paliatywna ma istotne znaczenie i powinna być stosowana.

Są to:

• choroby nowotworowe;
• choroby układu krążenia;
• przewlekłe choroby układu oddechowego;
• niewydolność nerek;
• przewlekłe choroby wątroby;
• choroby neurologiczne, w tym m.in. stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona;
• cukrzyca;
• reumatoidalnezapalenie stawów;
• otępienie;
• wady wrodzone;
• AIDS;
• lekooporna gruźlica (WHO 2020).

Taka opieka w odniesieniu do chorych na POChP powinna być sprawowana, przede wszystkim, przez lekarzy rodzinnych w miejscu zamieszkania chorego, a także przez pulmonologów lub anestezjologów – jeśli są wskazania do stosowania tlenoterapii lub nieinwazyjnej wentylacji. W szczególnych sytuacjach, jeśli chory jest samotny lub nie ma możliwości zapewnienia opieki w domu, chorzy taką opiekę mogą uzyskać w hospicjach. Hospicja pełnią opieką zarówno w domu chorego jak i w warunkach stacjonarnych. Należy jednak pamiętać, że w Polsce opieka hospicyjna jest przeznaczona przede wszystkim dla chorych na choroby nowotworowe, tylko część miejsc jest przeznaczona dla chorych z innymi chorobami. Adresy hospicjów są dostępne w poradniach POZ i na stronach internetowych, w tym na stronach Ministerstwa Zdrowia:
https://www.gov.pl/web/zdrowie/opieka-paliatywna-i-hospicyjna.

Kwalifikacja do opieki paliatywnej

• Zebranie wywiadu medycznego (historii choroby) uzupełnionego o swobodną wypowiedź (historię cierpień) chorego oraz jego bliskich, uwzględniającego występowanie i stopień dokuczliwości poszczególnych objawów, stopień

upośledzenia sprawności fizycznej oraz ocenę stanu psychicznego i sytuacji ogólnej (problemy socjalne, potrzeby duchowe, egzystencjalne);

• Badanie przedmiotowe: dokładne badanie internistyczne, w tym badanie stanu ogólnego, stanu świadomości, układu krążenia i oddychania, stanu błon śluzowych, jamy ustnej, zmian w obrębie skóry, stanu odżywienia, ograniczeń ruchomości w obrębie układu kostno-stawowego, objawów zakrzepicy żylnej, zespołu żyły głównej, obrzęków, obrzęku limfatycznego, badanie perystaltyki jelit, układu moczowego, badanie neurologiczne;

• Specjalistyczne celowane badania dodatkowe z uwzględnieniem technik obrazowych i scyntygrafii;

• Pomoc i konsultacje innych specjalistów;

• Ustalenie i zaspokajanie potrzeb opiekujących się chorym;

• Ustalenie planu leczenia i opieki uwzględniającego miejsce sprawowania oraz zakres terapii;

• Monitorowanie przebiegu opieki i efektów leczenia.

Farmakoterapia

Na każdym etapie choroby konieczne jest stosowanie leków zaleconych przez lekarza.
Prawidłowe ich stosowanie pozwala na zmniejszenie nasilenia objawów POChP. Zasadniczą metodą podawania leków w POChP są inhalacje. Leki mogą być podawane z inhalatorka ciśnieniowego, z inhalatorka proszkowego, inhalatorka „miękkiej mgły”, a także z nebulizatora. Każda z tych metod podawania leków wymaga przeszkolenia chorego i kontroli prawidłowego stosowania. Żeby lek działał, musi być podawany prawidłowo technicznie, w zalecanych dawkach i we właściwym czasie.

Leki wziewne stosowane w POChP należą do dwóch grup: preparaty rozszerzające oskrzela (betamimetyki i cholinolityki) i leki przeciwzapalne – glikokortykosteroidy. Wskazania do ich stosowania ustala lekarz. Obecnie są także inhalatory z dwoma lub trzema lekami z różnych grup, co znacznie ułatwia ich stosowanie. Leki rozszerzające oskrzela o długim czasie działania powinny być stosowane regularnie raz lub dwa razy dziennie, a leki o krótkim czasie działania – doraźnie, czyli w razie duszności. Obecnie stosowanie wziewnych glikokortykosteroidów w leczeniu chorych na POChP jest wskazane w szczególnych sytuacjach, nie u wszystkich chorych.

Wśród pozostałych leków, które mogą być stosowane u chorych na POChP są:

• antybiotyki – w zaostrzeniach bakteryjnych,
• glikokortykosteroidy ogólnoustrojowe, stosowane głównie w opiece szpitalnej w zaostrzeniach choroby,
• leki wykrztuśne i mukolityczne ułatwiające wykrztuszenie wydzieliny,

• czasami może mieć zastosowanie teofilina, jednak jej działanie rozszerzające oskrzela jest niewielkie.

Dodatkowo zaleca się regularne szczepienia przeciwko:
• grypie raz do roku,
• covid19,
• krztuścowi – u chorych, którzy nie byli szczepieni w młodości,
• pneumokokom.

Leki przeciwdepresyjne. Chorzy na POChP często borykają się z uczuciem lęku związanym z dusznością. Długo utrzymujący się lęk oraz coraz większa izolacja spowodowana strachem przed wychodzeniem z domu prowadzi wielokrotnie do depresji. Dlatego należy za każdym razem poinformować swojego lekarza o wszelkich objawach związanych ze spadkiem nastroju i odczuwanym lękiem. Lekarz podejmie decyzję o dalszych działaniach.

Opioidy – do tej grupy leków należy morfina, która może być stosowana u chorych z dusznością, nie ustępującą po zastosowaniu innych leków. Morfinę w celu zmniejszenia uczucia duszności stosuje się w małych dawkach, może być podawana doustnie lub u chorych z zaburzeniami połykania – podskórnie. Ten lek w leczeniu u chorych na POChP nie jest refundowany.

Pozafarmakologiczne metody leczenia

W każdym okresie choroby niezwykle istotne jest zaprzestanie palenia papierosów. Kontynuacja palenia u wszystkich chorych prowadzi do szybszego postępu choroby. Zaprzestanie palenia jest koniecznym warunkiem uzyskania jak najlepszych wyników leczenia POChP. Istnieje wiele różnych metod ułatwiających rzucenie palenia, ale konieczne jest przekonanie pacjenta o tym, że jest to najważniejsze co mogą sami dla siebie i swojego zdrowia zrobić.

Tlenoterapia

Tlen jest lekiem i powinien być tak jak lek – stosowany w odpowiednich wskazaniach i dawkach. Wskazaniem do domowej tlenoterapii jest niewydolność oddechowa oceniana w okresie bez zaostrzeń z ciśnieniem parcjalnym tlenu poniżej 55 mmHg lub poniżej 60 mmHg u chorych z towarzyszącymi innymi objawami (hematokryt powyżej 55%, cechy nadciśnienia płucnego w badaniu radiologicznym klatki piersiowej lub w echo serca). Jeśli spełnione są te warunki pacjent, który jest ubezpieczony może otrzymać koncentrator tlenu w Poradni Domowego Leczenia Tlenem. Nie ma takiej możliwości osoba, która nadal pali papierosy. Tlen powinien być stosowany 16 godzin na dobę, początkowo zwykle o przepływie 2l/min. Tlenoterapia wydłuża życie chorych i poprawia wydolność fizyczną. Refundowane przez NFZ koncentratory tlenu są stosowane w warunkach domowych. Koncentratorami tlenu dysponują także ośrodki domowej opieki paliatywnej do których można zgłosić pacjenta w zaawansowanym stadium choroby. Obecnie są możliwości komercyjnego wypożyczenia zarówno przenośnych jak i stacjonarnych koncentratorów tlenu.

Nieinwazyjna wentylacja

U chorych na POChP, w okresie ciężkich zaostrzeń choroby lub w przypadkach utrzymywania się stałej hiperkapnii (czyli zwiększonego stężenia dwutlenku węgla we krwi), wskazane jest stosowanie aparatów zwiększających ciśnienie w drogach oddechowych co poprawia mechanikę oddychania, zmniejsza uczucie duszności, zapobiega narastaniu hiperkapnii. Stosowanie wentylacji nieinwazyjne jest możliwe w warunkach domowych, wraz z aparatem i opieką lekarską – jest refundowane przez NFZ, wymaga nauczenia chorego obsługi prostego aparatu i przyzwyczajenie do stosowania maski obejmującej usta i nos lub tylko nos. Początkowo może to być trudne, jednak chorzy szybko odczuwają poprawę samopoczucie i wtedy chętnie stosują ten rodzaj leczenia. Wentylacja nieinwazyjna jest obecnie dość powszechnie stosowana.

Rehabilitacja pulmonologiczna

Aktywność fizyczna, dostosowana do możliwości pacjenta, jest wskazana we wszystkich etapach choroby, nawet wtedy, gdy niewielki wysiłek powoduje duszność. Zabiegi fizjoterapeutyczne polegające na ułatwieniu wykrztuszenia wydzieliny – takie jak oklepywanie lub stosowanie technik natężonego wydechu. Zadaniem tych zabiegów jest poprawa wydolności oddechowej i samopoczucia.

Dieta

Należy też pamiętać o prawidłowej diecie. Chorzy z nasileniem duszności nie są w stanie przygotowywać samodzielnie posiłków, czasami odczuwają duszność również w czasie jedzenia. Niepokojącym objawem w zaawansowanym okresie choroby jest chudniecie. Należy zadbać o utrzymanie wagi. Posiłki powinny mieć niewielka objętość (większe – mogą nasilać duszność), i być podawane często – 4-5 razy w ciągu dnia. Powinny być pełnowartościowe, ale przede wszystkim powinny zawierać to co pacjent będzie jadł z chęcią. Więcej w artykule https://oddychajmy.pl/2022/04/11/jak-zapobiegac-niedozywieniu-w-pochp/ W celu uzupełnienia posiłków można także stosować łatwo przyswajalne odżywki.

Leczenie chirurgiczne

W zaawansowanym okresie choroby możliwe jest także leczenie chirurgiczne. Możliwości jego zastosowania zależą od chorób współwystępujących, wieku i stanu ogólnego pacjenta. Leczenie polega na usunięciu części zniszczonego miąższu płuc (operacja redukcji miąższu płucnego lub usunięcie pęcherzy rozedmowych), po takim zabiegu poprawa utrzymuje się 2-3 lata.
Innym rodzajem leczenia chirurgicznego jest przeszczep płuc. Jest to wysokospecjalistyczne leczenie, do którego kwalifikację przeprowadzają specjalistyczne ośrodki pulmonologiczne, a ostateczna decyzja jest podejmowana przez zespół lekarzy zajmujących się przeszczepami. Po przeszczepie płuc, konieczne jest stałe przyjmowanie leków, zapobiegających odrzucaniu przeszczepu.

Wsparcie psychologiczne

Chorzy na POChP stopniowo, wraz z postępem choroby i nasilaniem się dolegliwości, tracą swoje kontakty zawodowe – nie są w stanie pracować, ucinają kontakty towarzyskie, tracą pozycję w rodzinie, wymagają pomocy w codziennym życiu i prostych czynnościach. Te wszystkie zmiany są przyczyną osamotnienie, depresji, czasami również niechęci do życia. Większości chorych w zaawansowanym okresie choroby potrzebne jest wsparcie psychologiczne – pomoc osób najbliższych lub wsparcie instytucjonalne – poradni psychologicznej lub lekarza psychiatry.

Istotnym uzupełnieniem postępowania jest właściwa opieka pielęgniarska – czasami proste czynności – otwarte okno, wiatraczek, czysta pościel, regularna zmiana pozycji i zapobieganie odleżynom, dbanie o regularne wypróżnienia (zwłaszcza u chorych otrzymujących morfinę, która powoduje zaparcie) mogą poprawić samopoczucie chorego.
Wsparcie psychologiczne konieczne jest również u chorych kwalifikowanych do zabiegów operacyjnych.
Bardzo trudne są rozmowy na temat końca życia, jednak często chorzy mają świadomość swego stanu i chcą samodzielnie podejmować decyzje dotyczące ich życia, tj. spraw majątkowych, czy załatwienia spraw niezałatwionych czasami przez wiele lat. Osoba bliska, opiekun, powinna ułatwić takie działania choremu, pomóc w przeprowadzeniu często trudnych rozmów, pomóc w kontakcie z bliskimi czy załatwić formalności. Należy też pamiętać, że chory ma prawo do podejmowania decyzji w sprawach bezpośrednio dotyczących dalszego leczenia (miejsca leczenia, stosowanych leków czy metod leczenia). Takie decyzje zawsze w miarę możliwości, należy brać pod uwagę. Chorzy w czasie trwania choroby potrzebują także wsparcia duchowego. Warto zadbać o ten aspekt.
Nie jest łatwo towarzyszyć choremu w ostatnim okresie życia. Jednak warto pomyśleć o tym, jak sami chcielibyśmy być traktowani w takiej sytuacji. To ułatwi pomoc bliskiej osobie.

PODZIEL SIĘ

Materiał wewnętrzny Chiesi

Ostatnia aktualizacja strony 5 stycznia 2024

Właściciel serwisu

Chiesi

Certified B Corporation