

# Terminal hasta ve sorunları

Prof. Dr. M. Akif Karan

*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul*

**A**kut veya kronik hastalıklar veya doğrudan yaşa bağlı olarak, haftalar veya aylar içinde ölümün söz konusu olduğu zaman dilimi “yaşamın son dönemi” olarak adlandırılır ve tıbbi girişimler bunu önleyemez. Hekimin bu dönemi tanıması hem hastalara uygulanacak tedavi stratejilerini hem de hastanın bundan sonraki zamanını nasıl değerlendireceği konusunda kararlarını belirlemeleri açısından önem arz eder. Değişik kanserlerde prognoz hakkında yeterli bilgi mevcuttur; ancak iskemik kalp hastalığı, inme, kronik akciğer hastalıkları ve demans gibi hastalıklarda ise prognoz oldukça değişken olabilmektedir.

Klinisyenler potansiyel olarak geri dönüşümlü hastalıkların tedavisi ile uğraşmayı daha çok tercih etmektedirler. Son dönem hastasında ise, hastanın konforunu sağlamak, yaşam kalitesini olabildiğince düzeltmek ve hastanın ölüme hazırlanmasına yardım etmek de hekimin önemli görevleri arasındadır. Kötü haber verme, komplikasyonlardan bahsetme ve prognoz hakkında konuşma gibi sıkıntılı durumlarda hasta-hekim iletişiminde ustalık ve iletişim becerilerini kullanma daha öne çıkmaktadır. Son dönem hasta bakımı sadece doktorun sorumluluğunda değildir; doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, din adamları, gönüllülerden oluşan bir interdisipliner takım işidir.

## Dispne

Son dönem hastalarında en sık rastlanan sorunlardan birisi dispnedir. Öncelik hastanın şikayetini hafifletmeye verilmeli, daha sonra dispne nedeni ortaya konulmalıdır. Dispne nedenleri arasında pnömoni, pulmoner emboli, plevral efüzyon, pnömotoraks, bronkospazm, trakea obstrüksiyonu, nöromusküler hastalıklar, karın ve göğüs duvarının hareket kısıtlılığı, iskemik kalp hastalığı, akut ve kronik kalp yetersizliği, vena kava superior sendromu, anemi gibi değişik patolojiler yer alır. Son dönem hastasında, önce opioidler ve oksijen ile nefes darlığı hissi azaltılmalıdır. Kanser hastalarındaki tecrübeler ağrıya göre dispne tedavisinde çok daha düşük opioid dozlarının yeterli olduğunu göstermektedir. Hipoksemik olmayan hastalar oksijen replasmanı yerine temiz hava veya fanlar vasıtasıyla sağlanan hava akımlarından yarar görebilirler.

## Bulantı-kusma

Ölmekte olan kanser hastalarının %70'i bu kötü hissi yaşarlar. Kemorespetör trigger zonun uyarılması (opioidler, digoksin, antibiyotikler, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar; hiperkalsemi; üremi; kemoterapötik ajanlar vasıtasıyla), vagal aferent sinir uyarısı (mukozal irritasyon; gastrointestinal traktusta gerilim veya genişlemeye yol açan konstipasyon, gastroparezi, mide çıkış yolu tıkanması, barsak tıkanması gibi patolojiler; iç organ büyümeleri sonucunda), yüksek kortikal yapılarıdaki tümör, kanama, infeksiyonlar nedeniyle gelişen kafa içi basınç artışı ve vestibüler aparatın hareketlerine bağlı olarak bulantı ve kusma ortaya çıkar. Tedavide dopamin, serotonin ve histaminin etkisine karşı kemorespetör trigger zon reseptörlerinin

bloke edilmesi için prokloerperazin gibi fenotiazin türevleri veya haloperidol kullanılabilir. Neden opioid ise başka bir opioide değiştirilebilir. Vagal aferent sinir uyarısında tedavide sebebeye yönelinilir; difenhidramin, meklizin, hidroksizin yararlı olabilir, çünkü bu mekanizma ile bulantı oluşmasında histamin reseptörleri rol oynar. Benzodiazepinlerin antiemetik etkisi zayıftır, aspirasyon riskini artırır; ancak kemoterapiye bağlı bulantıyı önleyebilirler. Kemoterapinin uyardığı ve postoperatif bulantı-kusmada en etkili olanlar serotonin antagonisti olan ondansetron ve granisetrondur. Pratik olarak az miktarda sevilen yemeklerden yenilmesi, soğuk, karbonatlı içecekler, ağır kokuları kısıtlamak gibi önlemler her hastada denenmelidir.

## Depresyon

Son dönem hastasında depresyon normal değildir. Sıklıkla anlaşılmaz, tanınmaz, tedavi edilmez, yaşam kalitesinin bozar, ağrıyı artırır, kişi daha çabuk ölmek ister. Üzüntü, keder, ıstırap ölen hastalarda beklenen duygulardır, bunları depresyondan ayırmak gerekir. Tipik vejetatif semptomlar olarak anhedoni, uyku bozukluğu, iştah azalması doğrudan hastalığa bağlı olabilir ve depresyon işareti olmayabilir. Bu dönemde tanı için daha yararlı olan depresyon semptomları suçluluk, günahkarlık hissi, ümitsizlik, çaresizlik hissi, değersizlik-işe yaramazlık hissidir. Bu dönemde de depresyonun etkin tedavisi mümkündür. Ancak ölmekte olan hiçbir hastanın ilaçların etkili olması için 4-6 saat bekleyecek zamanı yoktur. Klinik çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte, psikoterapi, hasta ve ailesinin eğitimi ve ilaç tedavileri önerilir. Metilfenidat ve dekstroamfetamin tedavileri ile, 1-2 gün içinde ruhsal durumda düzelmeye sağlanabilir.

## Beslenme

Yememek ve içmemek ölümün sebebi değil, normal ölüm sürecinin bir parçasıdır. Aileler sevdikleri yemeyi reddettiği zaman sıklıkla strese girerler, bu anlaşılabilir bir durumdur. Aileler yanlış bir ümitle suni beslenme ve hidrasyon isterler, böylece ömrünün uzayacağı, fonksiyonel durumunun düzeleceği, konforunun ve yaşam kalitesinin artacağını düşünürler. Akut durumlarda bu girişimler iyileşmede önemli rol oynarlar; ama son dönem demans, inme ve kanser hastalarında bu geçerli değildir. Ölümü yakın olan hastada sıvı desteğini azaltmak pulmoner ve periferik ödemi, asiti azaltır. Doktor suni beslenme ve hidrasyonun rolünü ve değerini aileye anlatmalı ve anlamalarını sağlamalıdır.

## Ağrı

SUPPORT çalışması verilerine göre ölen hastaların %40'ı yaşamlarının son 3 gününde orta-ciddi düzeyde ağrı duyarlar. Bu yalnızca ağrı duyması beklenen akciğer, kolon kanserleri için değil, kronik kalp yetersizliği veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalar için de geçerlidir. Son dönem hastalarında ağrı tedavisi yeterli yapılmamaktadır, çünkü doktorlar ağrıyı değerlendirmede yetersiz kalmakta, yan etki ve ilaç bağımlılığından endişelenmekte, opioid reçetelenmesi ile ilgili yasal düzenlemeler nedeniyle korkmaktadırlar. Ağrının

objektif ölçütü yoktur, kronik ağrılı hastalarda ağrının tipik fizyolojik değişiklikleri olan taşikardi, hipertansiyon, terleme ve ağlama gibi belirtiler bulunmayabilir.

Hastanede yatan hastaların sıklıkla ciddi ağrısı olduğundan morfine ihtiyaç duyarlar, ancak hafif veya orta derecede ağrıda asetaminofen, aspirin, nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar yararlı olabilir. Akut, ciddi ağrıda intravenöz yolla opioidler kullanılarak hızlı rahatlama sağlanır (morfin sulfat 2-4 mg gibi). Tedavi başarılı olunca orale geçilmelidir, çünkü daha ucuzdur, evde verilebilir ve iğneye bağlı infeksiyon riski kalmaz. Ağrı ciddi ve devamlı ise, devamlı ağrı kontrolü gerekir, uzun etkili oral ve transdermal opioidler kullanılmalıdır. Terminal dönemde intravenöz yoldan tekrar injeksiyonlar tercih edilmelidir, çünkü hızlı cevap alınır. Ekvolan dozlara göre opioidler arasında değişim yapılabilir. Opioidlerin yan etkileri sedasyon, solunum depresyonu, konstipasyondur, kolay ve etkin tedavi edilebilir. Aynı dozda opioidin sedasyonu 2-3 saatte çözülür, persistan sedasyon metilfenidat veya dekstroamfetamin ile giderilebilir (sabah-öğle 2.5 mg) (5-15 mg/gün uygun olup günde 40-60 mg 'ı aşmamalı). Akciğer hastalığı olanlar düşük doz opioidi tolere edebilir, kullanımından kaçınılmamalıdır, ancak dikkatle monitorize etmek gerekir. Bulantı, kaşıntı ve idrar retansiyonu gibi yan etkiler gözlenirse opioid dozu azaltılır veya preparat değiştirilir.

### Resüsitasyon yapmama kararı

Resüsitasyon girişiminin başarısız olacağı düşünülüyorsa "resüsitasyon teşebbüsünde bulunmama" (do-not-attempt-resuscitation=DNAR) kararı uygun olur. Hastanede yatarak kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) uygulanması gereken hastaların hastaneden sağ olarak çıkma oranları %14'tür. Multiorgan yetersizliği veya ileri kanser vakalarında bu oran

%1'den az iken myokard infarktüsü hastalarında ise %25-40 arasındadır. DNAR kararı hiçbir tedavi yapılmayacak anlamına gelmez; ancak hastanın bir gürültü-kargaşa içinde, yabancıların arasında, ailesinin yanında olmadığı bir durumda ölmemesini sağlayabilir.

### Kaynaklar

1. Block SD: Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. Ann Intern Med 2000;132:209-18.
2. Ebell MH, Becker LA, Barry HC, et al: Survival after in-hospital cardiopulmonary resuscitation. A meta-analysis. J Gen Intern Med 1998;13:805-16.
3. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. JAMA 1999;282:1365-70.
4. Fohr SA: The double effect of pain medication: sepearing myth from reality. J Pall Med 1998;1:315-28.
5. Holm S, Jorgensen EO: Ethical issues in cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation. 2001;50:135-9.
6. Lynn J, Teno JM, Phillips RS, et al: Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT Investigators. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. Ann Intern Med 1997;126:97-106.
7. Pantilat SZ: End-of-life care for the hospitalized patients. Med Clin N Am 2002;86:749-770.
8. Rabow MW, Pantilat SZ: Care at the end of life. In "Current Medical Diagnosis and Treatment". Eds: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. 44th edition, NewYork, McGraw-Hill. 2005: 65-84.
9. Singer PA, Martin DK, Kelner M: Quality end-of-life care: patients' perspectives. JAMA 1999;281:163-8.
10. Stewart K, Spice C, Rai GS: Where now with Do Not Attempt Resuscitation decisions? Age Ageing. 2003;32:143-8.
11. The SUPPORT Principle Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). JAMA 1995;274:1591-8.
12. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, et al: Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. Ann Intern Med 1993;119:121-6