

Lucyna Górską¹, Małgorzata Krajnik², Iwona Damps-Konstańska¹,
Krzysztof Kuziemska¹, Ewa Jassem¹

¹Klinika Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku

²Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Potrzeba paliatywnej opieki u chorych na ciężką postać POChP — badanie ankietowe

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2007; 6: 107–109

Streszczenie

Wstęp. Tradycyjnie w Polsce medycyna paliatywna i opieka hospicyjna skupiają się na chorych na złośliwe nowotwory. Jednak również chorzy z POChP zgłaszają potrzebę uśmierzania objawów i wsparcia pod koniec życia. Celem przedstawionego badania była ocena opinii wyrażanych przez chorych na ciężką i bardzo ciężką POChP na temat występujących u nich przewlekłych objawów, które sprawiają najwięcej cierpienia, ograniczenia aktywności społecznej i potrzeby wsparcia paliatywnego.

Materiał i metody. Dwudziestu sześciu chorych na zaawansowaną postać POChP, której stopień zaawansowania określono zgodnie z kryteriami GOLD, udzieliło odpowiedzi na krótką ankietę dotyczącą objawów, aktywności społecznej i potrzeby dodatkowego wsparcia paliatywnego.

Wyniki. U wszystkich pacjentów — pomimo intensywnego leczenia — były obecne przewlekłe objawy. Większa część spośród tych objawów ograniczała funkcjonowanie społeczne i wszyscy pacjenci wyrazili potrzebę dodatkowego wsparcia paliatywnego.

Wnioski. Polscy pneumonolodzy i specjaliści z dziedziny medycyny paliatywnej powinni się włączyć w międzynarodową dyskusję, która ma na celu określenie potrzeb pacjentów cierpiących pod koniec życia na przewlekłe, skracające życie choroby oraz określenie potencjalnych korzyści wynikających z otrzymywania dodatkowej opieki paliatywnej.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2009; 3, 3: 115–118

Słowa kluczowe: ciężka POChP, opieka paliatywna

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) to jedna z najczęstszych w skali globalnej przewlekłych chorób układu oddechowego i czwarta najczęstsza przyczyna zgonów w krajach rozwiniętych [1].

POChP to choroba postępująca i w większości przypadków nieuleczalna. Zaawansowana POChP

(ciężka i bardzo ciężka) wiąże się z wysokim ryzykiem występowania zaostrzeń i zgonów [2, 3]. Chorzy na zaawansowaną POChP zazwyczaj skarżą się na: duszność, przewlekły kaszel z odkrztuszaniem oraz złą tolerancję wysiłku fizycznego [4]. Jakość życia tych pacjentów jest znacznie obniżona [5].

Pomimo nasilonych objawów oraz — co powszechne — trudnej sytuacji socjalnej i rodzinnej ta

Adres do korespondencji: prof. dr hab. n. med. Ewa Jassem
Klinika Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk
tel./faks: (058) 349 16 25
e-mail: ejassem@amg.gda.pl
Tłumaczenie: lek. Paweł Baka



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2009, 3, 3, 115–118
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

Tabela 1. Charakterystyka pacjentów

Płeć	
Mężczyźni	17
Kobiety	9
Wiek	
Minimum	53
Maksimum	77
Mediana	62,7
Stadium zaawansowania choroby	
Ciężka POChP	11
Bardzo ciężka POChP	12
Tlenoterapia domowa	7
Steroidy	
Wziewne	25
Doustne	3
Rehabilitacja	11

grupa pacjentów tradycyjnie już jest leczona przez lekarzy pierwszego kontaktu, a tylko w sporadycznych przypadkach — przez specjalistów chorób płuc. Prawie nigdy natomiast chorzy ci nie są konsultowani przez specjalistów medycyny paliatywnej. Tradycyjnie w Polsce medycyna paliatywna i opieka hospicyjna skupiają się na chorych na złośliwe nowotwory. Jednak również chorzy na POChP wyrażają potrzebę zmniejszenia nasilenia objawów i wsparcia pod koniec życia [6]. Niedawno w Polsce rozpoczęła się dyskusja na ten temat [7]. Przypuszcza się, że istnieje pilna potrzeba współpracy pomiędzy pneumonologami a specjalistami w dziedzinie medycyny paliatywnej, w celu poprawy opieki nad pacjentami z tym schorzeniem. Konieczne jest też określenie oczekiwań pacjentów i ich rodzin względem osób opiekujących się chorymi terminalnie.

Celem przedstawionego badania była ocena opinii wyrażanych przez chorych na ciężką i bardzo ciężką POChP na temat występujących u nich przewlekłych objawów, sprawiających najwięcej cierpienia, aktywności społecznej i potrzeby wsparcia paliatywnego.

Materiał i metody

Badaniem objęto 26 chorych na zaawansowaną postać POChP, której stopień zaawansowania określono zgodnie z kryteriami GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*; 2006) [8], leczonych w okresie od września do listopada 2007 roku w Klinice Alergologii Akademii Medycznej w Gdańsku (tab. 1). Po ustnym wyrażeniu świadomej zgody pacjenci udzielali odpowiedzi na krótką ankietę (tab. 2) dotyczącą aktywności społecznej w poprzednim

Tabela 2. Krótka ankieta dla chorych na ciężką i bardzo ciężką POChP dotycząca funkcjonowania społecznego w poprzednim roku, objawów sprawiających największe cierpienie oraz potrzeby dodatkowego wsparcia paliatywnego

1. Status zatrudnienia
a. Osoba aktywna zawodowo
b. Osoba, która nigdy nie pracowała
c. Rencista/rencistka
d. Emeryt/emerytka
2. Status zamieszkania
a. Osoba zamieszkująca ze współmałżonkiem
b. Osoba zamieszkująca z dziećmi
c. Osoba mieszkająca samotnie
d. Inny
3. Liczba wyjść do kina w poprzednim roku
4. Liczba wyjść do teatru w poprzednim roku
5. Wakacje w poprzednim roku? Tak/Nie
6. Objawy sprawiające największe cierpienie pacjentowi
a. Duszność
b. Kaszel
c. Odkrztuszanie
d. Ból w klatce piersiowej
e. Inne
7. Liczba zaostżeń w poprzednim roku
8. Liczba antybiotykoterapii
9. Możliwość wizyt domowych lekarza rodzinnego
10. Korzystanie z możliwości wizyt domowych lekarza rodzinnego
11. Chęć otrzymywania wsparcia zespołu opieki paliatywnej

roku, objawów sprawiających największe cierpienie oraz potrzeby dodatkowego wsparcia paliatywnego.

Badanie zostało zatwierdzone przez miejscową komisję bioetyczną.

Wyniki

W całej badanej grupie większa część pacjentów zamieszkiwała z współmałżonkiem, 4 — z dziećmi, a 1 (mężczyzna) — samotnie. Żaden z pacjentów nie był zawodowo aktywny, 13 utrzymywało się z renty, a 12 — z emerytury. Jedynie 3 osoby były w poprzednim roku w teatrze i 3 (te same) — w kinie. Siedmiu pacjentów w poprzednim roku wyjechało na wakacje (w dwóch przypadkach sanatorium zostało uznane za wakacje).

Wszystkich 26 pacjentów leczono zgodnie ze standardami GOLD, przy czym w przypadku 7 pacjentów prowadzono tlenoterapię domową, a w przypadku 11 — rehabilitację układu oddechowego.

Mimo to 25 pacjentów skarżyło się na przewlekłą duszność, 16 — na przewlekłe odkrztuszanie, a 12 — na przewlekły kaszel. U wszystkich pacjentów w poprzednim roku występowały zaostrzenia (mediana: 3; zakres: 1–10). Dwudziestu trzech pacjentów wymagało hospitalizacji z powodu zaostrzenia w poprzednim roku — 12 pacjentów hospitalizowano jednokrotnie, 10 — 2- albo 3-krotnie (po równo), a 1 — 7-krotnie. Wszyscy pacjenci byli leczeni antybiotykami w poprzednim roku. Łączna liczba kursów antybiotykoterapii wyniosła 52 (mediana: 3; zakres 1–10). Wszyscy pacjenci regularnie zgłaszali się na wizyty do swoich lekarzy rodzinnych w przychodni. Sporadycznie byli konsultowani przez pneumonologów. We wszystkich przypadkach (z wyjątkiem 1 osoby) wizyty domowe lekarza rodzinnego były możliwe i pacjenci korzystali z tej możliwości. Jednak — mimo wszystko — pacjenci stwierdzali, że byłoby wdzięczni za wsparcie zespołu opieki paliatywnej.

Dyskusja

W badaniu wykazano, że chorzy na ciężką i bardzo ciężką POChP mogą mieć trudności z funkcjonowaniem zarówno zawodowym, jak i społecznym. Co więcej, mimo opieki świadczonej przez lekarzy rodzinnych, chorzy ci skarżą się na przewlekłe objawy i częste zaostrzenia, choć z drugiej strony można podejrzewać nadmierne stosowanie antybiotyków. Co istotne, chorzy na ciężką i bardzo ciężką POChP wyrażają potrzebę opieki paliatywnej.

Według kilku autorów przebieg ciężkiej POChP przypomina przebieg zaawansowanego raka płuca [9]. Dla obu schorzeń wspólne są niekontrolowane przewlekłe objawy, okresowe zaostrzenia i niekorzystne rokowanie.

Wśród niekontrolowanych objawów najtrudniejsza w leczeniu jest duszność. Istnieją dowody na to, że leczenie typowe dla POChP może być pomocne w duszności u chorych na zaawansowanego raka płuca [10], choć rola tlenoterapii w raku płuca nadal nie jest określona [11]. Natomiast w ciężkich przypadkach doustna morfina jest zalecana również w POChP [12]. W Polsce nawet bardzo nasilona duszność u chorych na POChP jest bardzo rzadko leczona morfiną przez lekarzy rodzinnych. Chorzy na POChP są znacznie częściej wentylowani mechanicznie niż chorzy na raka płuca [13], a nikt nie dyskutuje z chorymi na POChP na temat tego, czy akceptują to „agresywne” leczenie, czy też nie [14]. Chorzy na POChP częściej niż chorzy na raka płuca umierają w szpitalu. Zazwyczaj ani lekarze rodzinni, ani pneumonolodzy nie rozmawiają z chorymi na

POChP na temat rokowania i terminalnego okresu choroby [15]. Pacjenci i ich rodziny nie otrzymują też żadnego wsparcia psychologicznego.

Przedstawione badanie z udziałem niewielkiej liczby chorych na ciężką lub bardzo ciężką postać POChP potwierdziło, że chorzy ci byłoby wdzięczni za wizyty zespołu opieki paliatywnej. Byłoby istotne rozważenie potrzeb społecznych i medycznych w tej grupie z punktu widzenia świadczeń medycznych. Ważne byłoby też dokonanie oceny, czy dodatkowa opieka paliatywna pozwoli uzyskać lepsze wyniki w uśmierzeniu objawów, poprawie jakości życia i/lub zmniejszonej liczbie zaostrzeń. Polscy pulmonolodzy i specjaliści z dziedziny medycyny paliatywnej powinni się włączyć w międzynarodową dyskusję, która ma na celu określenie potrzeb pacjentów cierpiących pod koniec życia na przewlekłe, skracające życie choroby oraz określenie potencjalnych korzyści wynikających z otrzymywania dodatkowej opieki paliatywnej [16–19].

Piśmiennictwo

1. Murray C.J.L., Lopez A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1498–1504.
2. Budweiser S., Jorres R.A., Redl T. i wsp. Predictors of survival in COPD patients with chronic hypercapnic respiratory failure receiving noninvasive home ventilation. *Chest* 2007; 131: 1650–1658.
3. Soler-Cataluna J.J., Martinez-Garcia M.A., Roman-Sanchez P. i wsp. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005; 60: 925–931.
4. Ng T.P., Niti M., Tan W.C. i wsp. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch. Intern. Med.* 2007; 167: 60–67.
5. Stage K.B., Middelboe T., Stage T.B., Sorensen C.H. Depression in COPD-management and quality of life considerations. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* 2006; 1: 315–320.
6. Varkey B. Palliative care for end-stage lung disease patients. *Clin. Pulm. Med.* 2003; 10: 269–277.
7. Modlinska A., Buss T., Lichodziejewska-Niemierko M. Palliative care in chronic obstructive pulmonary disease. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2007; 4: 383–389.
8. www.goldcopd.com.
9. Hansen-Flaschen J. Chronic obstructive pulmonary disease: the last year of life. *Respir. Care* 2004; 49: 90–97.
10. Jantarakupt P., Pollock D. Dyspnea management in lung cancer: applying the evidence from chronic obstructive pulmonary disease. *Oncol. Nurs. Forum* 2005; 32: 785–797.
11. Both S., Wade R., Johnson S. i wsp. The use of oxygen in the palliation of breathlessness. A report of the expert working group of the Scientific Committee of the Association of Palliative Medicine. *Respir. Med.* 2004; 98: 66–77.
12. Ambrosino N., Simonds A. The clinical management in extremely severe COPD. *Respir. Med.* 2007; 101: 1613–1624.

13. Jones P.W. Health status measurement in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2001; 5: 880–887.
14. Elkington H., White P., Higgs R., Pettinari C.J. GPs' views of discussions of prognosis in severe COPD. *Fam. Pract.* 2001; 18: 440–444.
15. Curtis J.R., Engelberg R.A., Nielsen E.L. i wsp. Patient-physician communication about EOL care for patients with severe COPD. *Eur. Respir. J.* 2004; 24: 200–205.
16. Mast K.R., Salama M., Silverman G.K., Arnold R.M. End-of-life content in treatment guidelines for life-limiting diseases. *J. Palliat. Med.* 2004; 7: 754–773.
17. Ferrell B.R. Overview of the domains of variables relevant to end-of-life care. *J. Palliat. Med.* 2005; 8 (supl. 1): 22–29.
18. Curtis J.R. Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD. *Eur. Respir. J.* 2008; 32: 796–803.
19. O'Kelly N., Smith J. Palliative care for patients with end-stage COPD. *Prim. Care Respir. J.* 2007; 16: 57–58.