

TERMİNAL DÖNEM (< 6 ay)

Son 48 saat

Prof. Dr. Afife Ayla Kabalak



- Terminal dönem palyatif bakımın bir parçası ve ölümcül hastalığın ilerleyerek vücut fonksiyonlarını bozduğu yaklaşık son 6 aylık dönemini kapsar ve hospis bakımını içerir.

- Hospis (Darülaceze) olarak adlandırılan bakım hizmetleri ev atmosferindeki birimlerde verilen bir hizmet olup hasta ve ailesinin duygusal paylaşımlarını sağlamayı, üzüntü ve ayrılık acısını hafifletmeyi öncelikli hedef alır.

- Ölüme ait semptomların başlaması ve ölüm arasındaki süreç ise ortalama 48 saat olup bu dönemde uygulanacak destek ve tedaviler ayrıcalık gösterir.





- Ölüm yaklaştıkça hastanın semptomları daha agresif palyasyon gerektirir. Hastanın ölümünden sonra palyatif bakım öncelikle ailenin desteklenmesine ve yasına odaklanır.

- Agresif palyasyondan amaç invaziv girişimler değildir.
- Ağrı, dispne, bulantı-kusma, depresyon önceliklidir.
- Hasta ve yakınlarına ölüme ait palyasyon uygulanır (psikolojik, manevi destek, paylaşımlar)

- Semptom kontrolü için gerekirse palyasyon sağlayan ilaçlar dışındaki tüm ilaçlar azaltılır ya da kesilir.
- Sevdiği yiyecekler hazırlanmalı, sevdiği ortamlar yaratılmalıdır.
- Aile-dost ilişkileri artırılmalıdır.

Dispne

- Hastalara en fazla ölüm duygusunu yaşatan ve anksiyeteye neden olan semptomlardan birisidir.

- Akciğerde metastaz
- Enfeksiyon
- Koyu sekresyonlar, tıkaçlar
- Plevral effüzyon, asit
- Pulmoner emboli
- Kalp, karaciğer, böbrek yetmezliği
- Anemi
- Solunum kasları paralizisi
- Metabolik bozukluklar
- Anksiyeteye sekonder

- Tanıda iyi bir etyolojik anamnez, fizik muayene, radyolojik tetkikler yapılmalıdır.
- Özellikle effüzyon/asit için hasta başı ultrasonografi kullanılabilir.
- Tedavi terminal dönemdeki hastalarda sadece semptomatik olmalıdır.

- Opioidler dispnenin semptomatik olarak rahatlaması için en etkili tedavidir.
- Yüksek karbondioksit düzeylerine santral cevabı azaltarak solunum çabasını ve hızını azaltır, limbik sistem üzerinden hastayı rahatlatarak dispneye emosyonel cevabı önler.

- Hızlı etkili morfin
5-10 mg oral
2.5-5 mg sk
1-2 mg iv
- Kısa etki süreli benzodiazepinler
2.5- 5 (10)mg iv/sk midazolam
1-2.5 mg sl lorazepam)
- Nöroleptikler panik atak ve anksiyeteyi kontrol altına almak için kullanılabilir.
20-50 mg sk/iv promethazine

- Kortikosteroidler, bronkodilatör, antiödem, antiinflamatuvar etki ile yararlı olabilir.
- Özellikle tümör kitlesine bağlı havayolu obstrüksiyonunda, interstisyel malign hastalıkta, kronik obstruktif pulmoner hastalıkta etkilidir.
- 8-24 mg/gün or/sk/iv dexamethasone

- Antibiotikler sekonder pnömonisi olan hastalarda kullanılabilir.

- Plevral effüzyona, asite bağlı ciddi dispne durumlarında parasetez, drenaj gibi invaziv teknikler gerekebilir.
- Ancak effüzyon ve asit boşaltılmasının dispneyi ve prognozu daha da ağırlaştırabileceği unutulmamalıdır.



- Postural drenaj
- Sık pozisyon değişikliği
- Oda havasının nemlendirilmesi, havalandırılması
- Gevşeme teknikleri
- Bronkodilatör, mukolitik, antiinflamatuvar ajanlar,
- Morfin içeren nebuler
- Oksijen tedavisi uygulanabilir.

- Oksijen tedavisi solunum işini ve karbondioksit düzeyini artırabileceği, ağız kuruluğu yapabileceğinden endikasyon daha çok hipoksemi ile sınırlı kalmalıdır.

Son 48 saatte dispne

- Terminal dönemde solunum sıkıntısı, hırıltılı solunum çoğu zaman geri dönüşümlü değildir ve son 48 saatin belirtisidir.

- Sorun geri dönüşümlü değil ve hastanın korkusu, anksiyetesi ile artıyorsa sedasyon düşünülmelidir.
- Hipoksi varlığında yüz maskesi ile oksijen uygulanabilir ancak hasta için konforlu olmadığından nazal kanül tercih nedenidir.

- Bronkospazm söz konusu değilse yapışkan ve koyu sekresyonları yumuşatmak için serum fizyolojik nebulizasyonu yararlı olacaktır.
- Koyu, yapışkan sekresyon hırıltılı solunuma neden oluyorsa yan pozisyon, başa hafif ekstansiyon denenebilir

- Sonda ile derinleşmeden aspirasyon uygulanabilir.
- Aspirasyon sekresyonları artıracığından sık uygulanmamalıdır

- Son dönem stridoru ve akut solunum sıkıntısının kortikosteroidlerle değil opioid ve anksiyolitiklerle tedavi edilmesi uygundur.
- Akut solunum sıkıntısında ağrı için kullanılan opioid dozları solunum sıkıntısı azalana kadar yavaş olarak artırılarak solunum sıkıntısı kontrol edilmeye çalışılır.

- Yoğun sekresyonu olan hastalara 0.4-0.6 mg subkutan bolus dozda 6-8 saat arayla ya da infüzyon pompası ile 2.4 mg/ 24 saatte hiyosiyamin uygulanabilir.
- Alternatif olarak atropin, skopolamin ya da glikopirolat kullanılabilir.

- Atropinin %1'lik göz damlasının 8 saatte bir 1-2 damla oral ya da dil altı kullanımı kolay ve etkin bir yöntemdir.
- Skopolamin 48-72 saatlik transdermal formda uygulanabilir.
- Antikolinergiklerin yan etkisi olan sedasyon da bu dönemin rahat atlatılmasına yardımcı olur.

Son 48 saat semptomları

- Somatik, visseral, nöropatik, psikolojik ağrı
- Santral ya da periferik nedenli solunum sıkıntısı; takipne, dispne, yüzeysel solunum, apne, Cheyne-Stokes solunumu, hırıltılı solunum
- Hareket etmeyi engelleyecek düzeyde halsizlik, yorgunluk
- Orotrakeal sekresyon artışı ve koyu, yapışkan sekresyon bağlı disfaji
- Aspirasyona, ilerleyen hastalığa bağlı öksürük

- Beslenme ve sıvı alımında azalma ile kaşeksi, dehidratasyon, hipoalbuminemiye bağlı ödem, muköz membranlarda kuruluk, oligüri, anüri
- Kardiyak disfonksiyon, renal yetmezlik, dolaşım bozukluğu nedeniyle taşikardi, filiform nabız, periferik ve santral siyanoz, hipotermi, kutis marmorata

- Konfüzyon, somnolans, stupor
- Terminal dönem deliryumu
- Sfinkter kontrol kaybı ile idrar, dışkı inkontinansı
- Göz kapaklarını kapatma güçlüğü

Ağrı

- Hasta bilinçsiz olsa da ağrıyı algılayabileceğinden tedavi planı ölüm sürecine kadar devam ettirilmeli, hastanın kliniğine göre uygulama yolu ve dozları düzenlenmelidir.

- Bu dönemde en etkin analjezi opioidlerle sağlanır.
- Diamorfin gibi güçlü bir opioid tercih edildiye tekrarlanan dozlarla gelişebilecek yan etkileri azaltmak ve daha düşük dozlarla daha etkin bir kan düzeyi sağlamak için bir infüzyon pompası ile sürekli intravenöz (İV) infüzyon yöntemi kullanılabilir.

- Diamorfinin rektal uygulaması diğer bir alternatif olmakla birlikte, her 4 saatte bir uygulama gereksinimi konforlu ve yararlı olmayabilir.
- Oksikodonun suppozituar uygulaması 8 saatte bir uygulama gerektirdiğinden tercih edilebilir.

- Uzun etkili opioid preparatları (transdermal fentanil ve sürekli salınımlı morfin) ile doz titrasyonu sağlanamadığından ve akut ağrıda doz artımı yapılamadığından terminal dönem hastalarda başlanmamalıdır.
- Daha önceden başlanmışsa temel analjezik olarak devam edilebilir ve akut ağrı ataklarında morfin ya da diamorfinle aralıklı uygulama ve doz titrasyonu ile desteklenebilir

- İlerleyen hastalığın etkisi ya da opioidlere tolerans gelişimi ile ağrı kontrol edilemeyebilir.
- Tolerans gelişimi düşünülüyorsa opiat rotasyonu, uygulama yolu değişikliği yapılır ya da her ikisi birden uygulanır.
- Buna rağmen ağrı azalmıyorsa epidural analjezi etkili bir seçenek olabilir.

- Kas spazmı söz konusu ise benzodiazepinler,
- Kemik ağrılarında nonsteroid antiinflamatuarlar
- Kuru ağız ağrısı için mukoza nemlendiricileri kullanılabilir.
- Ağrıyan vücut bölgesinin rahatlaması için pozisyon değişikliği yapıp, antidekubit yatak kullanılabilir.

- Lokal anestezi/analjezik jel uygulaması, masaj, dekubit bakımı ve pansuman yaralara bağlı ağrıyı azaltacaktır.
- İdrar ve gaita retansiyonunun verdiği basınç kateterizasyon ve boşaltma ile rahatlatılabilir

Mental ve psikolojik semptomlar

- Korku, endişe, ağrı, dispne, hipoksi, hipoglisemi, dehidratasyon, metabolik bozukluklar ve elektrolit dengesizlikleri huzursuzluk, anksiyete ve ajitasyona neden olur.
- Opioidler, anksiyolitikler, benzodiazepinler ve antikonvulzanlar huzursuzluk ve anksiyeteyi kontrol altına alabilir.

- Terminal dönemde sıvı-elektrolit tedavisi uygulanmamakla birlikte dehidratasyon ve sıvı-elektrolit dengesizlikleri için subkutan sıvı replasmanı (hypodermoclysis) yapılabilir.

- Terminal dönemde hastaların % 80'inde deliryum sendromu gelişir.
- Bu sendroma ilaçlar, ilaç kesilme sendromu, metabolik dengesizlik, dehidratasyon, hiperhidrasyon, duyu kaybı, enfeksiyon, ileri yaş, santral sinir sisteminin yapısal lezyonları, hipoksik ensefalopati neden olur ya da artırır.

- Primer nedenlere yönelik tedavi uygulanmasa da hipoksi giderilip, opioid dozları yeniden titre edilebilir.
- Güçlü antikolinergik ilaçlar (trisiklik antidepresanlar), H₂ reseptör blokerleri, dijital, steroid yapıda ilaçlar bu etkilerden sorumlu olabileceğinden kesilmelidir.

- Artan dozlarda nöroleptiklerle düzelmeyorsa deliryum ölümüne yaklaşmanın bir işareti olarak değerlendirilmeli,
- gerekirse benzodiazepinlerle sedasyona başlanmalıdır.

- Özellikle opioid toksisitesine bağlı huzursuzluk haloperidol ile kontrol edilebilir.
- Konvülsiyon, nöbet gelişmişse oral klonazepam, rektal diazepam ya da subkutan midazolam kullanılmalıdır.

Bulanti-kusma

- Bulanti-kusmanın ana nedenleri gastrik staz, biokimyasal sorunlar, intrakranial basınç artışı, vestibüler, mekanik ya da paralitik barsak obstruksiyonudur.
- Son 48 saatte bu nedenlere yönelik invaziv girişimler yapılamasa da kullanılan bir antiemetik varsa son 24 saate kadar devam edilebilir.

- Antiemetik amaçlı prokinetikler, dopamin antagonistleri, antihistaminikler, antikolinergikler, serotonin antagonistleri kullanılır.
- Subkutan uygulama ilk tercih, rektal uygulama (proklorperazin, siklizin, domperidon) ikinci tercih olmalıdır.
- Dekzametazon ve somatostatin analogu oktreotid özellikle barsak obstruksiyonunda yararlı olabilir.

Fizyolojik gereksinimlerin yönetimi

- Oral mukozayı nemli ve temiz tutmak için 15-30 dakika aralarla ağız bakımı yapılmalı, yutma güçlüğü yoksa aralıklı, az miktarlarda su içirilmelidir.
- Oral kandidiazis için topikal antifungaller kullanılabilir.
- Dudak mukozasının kurumasını önlemek için nemlendirici, gingivitis durumunda ağrıyı azaltmak için lokal anestetikli kremler uygulanabilir

- Göz kapaklarının kapanmaması, az göz kırma, gözyaşında azalma sık rastlanan semptomlar olup hastayı ve yakınlarını hem ağrı hem de görünüm nedeniyle son derece rahatsız eden bir durumdur.
- Her 3-4 saatte bir oftalmik nemlendirici jel, suni gözyaşı ya da serum fizyolojik uygulaması yararlı olacaktır

- Sfinkter kontrol kaybına bağlı gelişebilecek idrar ve gaita inkontinansında perine temizliğine dikkat edilmeli, masere olabileceğinden cilt temizliği nazik yapılmalıdır.
- Bakım sonrası perine bölgesini maserasyondan ve enfeksiyondan korumak amaçlı nemlendirici ve bariyer özellikli kremler uygulanabilir.

- Bası yaralarını önlemek için 1-1.5 saatte bir pozisyon değişikliği yapılmalı, antidekubit yatak kullanılmalı, bası bölgeleri desteklerle korunmalıdır.
- Masaj uygulaması iyi kanlanmayan, incelmış cilt nedeniyle dikkatli yapılmalıdır.
- Oluşan yaralar basıyı azaltan hidrokolloid, köpük içerikli pansumanla kapatılmalı, hastanın ağrısı söz konusu ise sistemik opioid ve topikal anestetik uygulanmalıdır

Son 48 saatte acil durumlar ve yönetimi

- Hemoraji
- Stridor
- Konfüzyon
- Nöbet
- Konvülsiyon
- Hemoraji
- Patolojik kırık

- Tümör invazyonuna, koagülasyon faktörlerindeki azalmaya ve travmaya bağlı hemoraji, hemoptizi, hematemez, hematokezia görülebilir.
- Cilt ve damar kanamalarına bası uygulanabilir ancak bu süreçte çoğunlukla etkili olmayacaktır.
- Kanama diyatezini artıracak ilaçlar kesilir.

- Cerrahi yeşil örtü ile kanayan bölgelerin örtülmesi kanın dramatik rengini değiştirip ailenin ve bakım verenlerin son ana ait kötü izlenimlerini azaltabilir.

- Tümör metastazına bağlı patolojik kırıklar ve buna bağlı şiddetli ağrılar olabilir. Hareket kısıtlaması, kırık stabilizasyonu yapıp analjezi dozu artırılır.

- Üst hava yolu tümörünün basısı, koyu mukus tıkaçları stridoru neden olabilir. Oksijen, soğuk buhar, pozisyon değiştirme denir.

- Hiperkalsemi, kafa içi tümörün basısı nöbet ve konvüziyonlara neden olabilir. Subkutan 30mg/ 24 saat midazolam infüzyonu ya da rektal 10 mg diazepam uygulanır.

Ailenin, bakım verenlerin, sağlık personelinin desteklenmesi

- Duygusal semptomların farkında olmak, dinlemek, açık sözlü olmak, dürüst davranmak, sonuna kadar destek ve tedaviye devam edileceği güvencesini vermek çok önemlidir.

- Manevi, spiritüel destek sağlanmalı, kültürel ve sosyal farklılıklara saygı gösterilmeli, ortak bir iletişim dili oluşturulmalıdır.
- Sözel ve duygusal iletişimin semptom yönetiminde ilaçlardan çok daha etkili olduğu unutulmamalıdır.

- Hasta yaşının genç olması,
- hastalık süresinin çok kısa ya da çok uzun ve travmatik seyretmesi,
- hasta-aile ilişkilerinin aşırı bağımlı, düşmanca ya da suçlayıcı olması,
- bakım veren kişinin genç ya da sorunlu olması kayıp ve yas sürecinin seyrini olumsuz etkileyen faktörlerdir

- Sağlık personeline düzenli psikolojik değerlendirme yapılmalı, psikolojik ve manevi destek sağlanmalı, doğum ve yaşam kadar hastalık ve ölüm kavramlarının da doğal süreçler olduğu hatırlatılmalıdır.

- Bir süre farklı görevler verilmesi, hobilere yönlendirilmesi, izin kullanılması, aile, arkadaş desteğinin sağlanması da kaygı ve tükenmişlik duygusundan uzaklaşmada yardımcı olacaktır