

10. SON DÖNEM KOAH HASTALARININ TEDAVİSİ

KOAH, solunum yetmezliği ve ölüme neden olabilen ilerleyici bir hastalıktır. Son dönemdeki KOAH hastaları bu durumda uzun süre yaşayabilir ve başka bir nedenle kaybedilebilir [1]. Çok ağır KOAH hastalarında ($FEV_1 < \text{beklenenin } \%30'u$); fonksiyonel kapasitede ileri derecede azalma (MMRC dispne indeksi 4-5), sık ve ciddi KOAH alevlenmeleri olması, ileri beslenme bozukluğu (vücut-kitle indeksi < 19), pulmoner hipertansiyon varlığı artmış mortalite riskinin göstergeleri olarak kabul edilmektedir [2].

Uygulanacak girişim ya da tedaviler öncelikle hastaya yararlı olma ya da zarar vermeme ilkesine göre düzenlenmelidir [3,4]. Son dönem hastanın bakım planı; hasta özelinde yapılacak değerlendirmeler sonrasında kişisel bazda belirlenmelidir. Yakınmaların giderilmesi ya da azaltılması için değişen durumlarla ilgili olarak, neyin niçin yapıldığı hakkında hastaya ayrıntılı bilgi verilmeli, beslenmesi sağlanmalı ve yaşam kalitesinin artırılmasına çalışılmalıdır. Tüm gelişmeler ve planlamalarla ilgili bilgiler, hasta yakınları ya da hastanın bakımı ile ilgilenenlerle de paylaşılmalıdır [5]. Yaşam sonu destek, desteğin yoğunluğu ve ayrıntıları, önceden hasta ve yakınları ile görüşülerek değerlendirilmelidir [6].

Nefes darlığının giderilmesinde; bronkodilatatör tedavi, oksijen tedavisi ve eğer söz konusu ise anksiyete ve depresyonun tedavisi gereklidir [7-9]. Son dönem hastalarda, dispne hissini azaltan en etkili ilaçlar opioidlerdir [2]. Eğer gerekli olursa, terminal dönemdeki olguların sedasyonu için benzodiazepin ve türevleri, barbitüratlar ya da propofol kullanılabilir [2]. Deliryum ve depresyon için haloperidol tercih edilebilir. Son dönem KOAH olgularında karşılaşılabilen bir sorun olan bası yaralarının; oluşumunun engellenmesine yönelik havalı yatak kullanımı ve sık yatak içi pozisyon değiştirme yaklaşımları yararlı olup, eğer varsa bası yaraları tedavi edilmelidir. Ayrıca, enfeksiyonların tedavisi, ağrının giderilmesi ve aktivitesi kısıtlanan hastalarda venöz tromboemboli profilaksisi uygun yaklaşımlardır.

Solunum yetmezliği bulguları olan ya da ağır dispneik olgularda noninvaziv mekanik ventilasyon tedavisi invaziv mekanik ventilasyona tercih edilebilir. Bu yaklaşım, nefes darlığının azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı olabilir. Evde mekanik ventilasyon desteği kriterlerini taşıyan KOAH hastalarında, evde uzun süreli mekanik ventilasyon desteği sağlanmalıdır [10,11]. Tablo 1'de son dönem KOAH olgularının tedavi yaklaşımı özetlenmiştir [2].

Tablo 1. Son dönem KOAH hastasında semptomlara yönelik tedavi (2)

Endikasyon	İlaç	Doz
Nefes darlığı	Morfin	
	Oral	5-10 mg, 4 saatte bir
	Rektal	5-10 mg, 4 saatte bir
	İV, İM, SC	Doz titre edilir
	Nebül	5 mg, 2 ml %0.9 NaCl içinde 4 saatte bir
	Benzodiazepinler	
	Lorazepam (İV, SC, Sublingual)	1-2 mg, 1-4 saate bir
Öksürük	Diazepam (oral, İV)	2.5-25 mg/gün
	Midazolam	5-10 mg SC, sonrasında 10-30 mg sürekli SC infüzyon
	Opioidler	
	Kodein (oral)	30-60 mg, 4-6 saatte bir
	Morfin (İV)	2.5-5 mg, 4 saatte bir
Sekresyon	İnhaler anestetikler	
	Bupivakain	5 mg, 4-6 saatte bir
	Antikolinergikler	
	Skopolamin (SC)	0.4-0.6 mg, 4-6 saatte bir
	Skopolamin (transdermal)	1.5 mg, 72 saatte bir
Deliryum/depresyon	Hyosiyamin (SC)	0.25-0.5 mg, 4-6 saatte bir
	Atropin (SC)	0.4 mg, 4-6 saatte bir
	Haloperidol (İV, oral)	0.5-10 mg İV, 30 dakika ara ile 3 kez tekrarlanabilir, hastayı kontrol eden total doz sonraki 24 saatte 4 saatte bir verilir, ikinci 24 saat için total doz yarıya indirilir. Oral doz İV dozun 2 katıdır. 4 saatlik aralarla yapılan uygulamada hasta kontrol altına alınamadıysa 10mg/saat İV infüzyon başlanır ve gerekirse 1mg/saat arttırılabilir

KAYNAKLAR

1. Messinger-Rapport BJ, Baum EE, Smith ML. Advance care planning: Beyond the living will. Cleve Clin J Med 2009; 76: 276-85.
2. Canadian Thoracic Society recommendation for management of chronic pulmonary disease-2007 update. Can Respir J 2007; 14 (Suppl B): 5B-32B.
3. Brett AS, McCullough LB. When patients request specific interventions. Defining the limits of the physician's obligation. N Engl J Med 1987; 315: 1347-51.
4. The Official Statement of the American Thoracic Society. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. Am Rev Respir Med 1991; 144: 726-31.
5. Crit Care Recommendation for end of life care in critical care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2001; 29: 2332-48.
6. Hansen FJ. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The last year of life. Respir Care 2004; 49: 90-7.
7. Booth, S, Wade R, Johnson M, et al. 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.
8. Eaton T, Garrett JE, Young P, et al. Ambulatory oxygen improves quality of life of COPD patients: a randomised controlled study. Eur Respir J 2002; 20: 306-12.
9. The COPDX Plan: Australian and New Zealand Guidelines for the management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2009; 33-4.
10. Levy M, Tanios MA, Nelson D, et al. Outcomes of patients with do-not intubate orders treated with noninvasive ventilation. Crit Care Med 2004; 32: 2002-7.
11. Schettino G, Altobelli N, Kacmarek RM. Noninvasive positive pressure ventilation reverses acute respiratory failure in select do-not-intubate patients. Crit Care Med 2005; 33: 1976-82.

DANIŞMAN KİŞİ VE KURUMLAR

Turan Acıcan
Feza Bacakoğlu
Nazmi Bilir
Berrin Ceyhan
Feyza Erkan
Sağlık Bakanlığı
Türk Tabipler Birliği
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
Pratisyen Hekimler Derneği
Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
TTD Uzman ve Asistan Temsilcileri
Sosyal Güvenlik Kurumu