

Obravnava bolečine v pediatrični paliativni oskrbi

Simona Avčin

Občutek bolečine, zlasti pri kronično bolnem ali paliativnem bolniku, povzroča strah, nelagodje in zaskrbljenost. Vedno poskušamo čim bolj opredeliti vrsto bolečine (nociceptivna ali nevropatska), njeno anatomsko umeščenost ter jakost in trajanje in tako posredno sklepati o etiologiji, ki je ključna za uspešno zdravljenje bolečine in njeno preprečevanje. Ocena bolečine je odvisna je od starosti, spola, vrste bolezni, predhodnih izkušenj in socialno-kulturnega okolja posameznika. Pri polovici bolnikov je slabo prepoznana in je zato ne zdravimo ustrezno.

Pristop k otroku z bolečino

Obravnava bolečine v pediatriji je multidisciplinarna. Kot enakopravni člani z otrokovim lečečim zdravnikom v timu sodelujejo tudi bolnik in njegovi starši ter po potrebi specialisti drugih strok, vključno s kliničnim psihologom in z negovalnim osebjem.

Ob prisotnosti bolečine torej najprej ocenimo njeno jakost, navadno s šte-

vilčno ali slikovno lestvico (npr. s slikovno lestvico Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za oceno bolečine pri otroku). Prepoznati poskušamo primarni dražljaj ter ocenimo čustveno komponento bolečine in trajanje bolečine. Terapevtski pristop za lajšanje in odpravo bolečine je odvisen od faze zdravljenja, bolnikovega kliničnega stanja in (bolnišničnega ali domačega) okolja. V večini primerov k bolečini ne pristopimo samo z usmerjenim farmakološkim zdravljenjem, torej z zdravil, ampak interdisciplinarno z vključitvijo zdravstvenega osebja (1, 2).

Bolečino umestimo tudi glede na trajanje. *Akutna* bolečina po definiciji SZO traja manj kot 30 dni, *kronična* bolečina pa več kot tri mesece. Razdelitev je seveda arbitrarna, saj številnih bolnikov ne moremo kronološko umestiti le glede na trajanje bolečinskega dražljaja.

Pregled otroka prilagodimo njegovi starosti, kliničnemu stanju in kognitivnim sposobnostim. Pri mlajšem otro-

ku v obdobju dojenčka in malčka je za oceno celotne klinične slike in stopnje bolečine nepogrešljiva heteroanamneza staršev oz. skrbnikov. Pri pregledu je bistveno, da otroka dovolj dolgo opazujemo (npr. pri hranjenju, splošnem stanju in morebiti tudi pri drugih vsakodnevnih dejavnostih). Opazujemo na primer, na katero nogico šepa, katero roko uporablja, ali ima težave pri pitju in požiranju, morda že pri požiranju sline, ali ga morda ob glavobolu moti svetloba. Ugotavljamo prisotnost znakov morebitnega vnetnega žarišča in druge spremembe ali poškodbene rane. Z otrokovo starostjo se povečuje tudi delež simptomov oziroma drugih anamnestičnih podatkov, ki jih lahko otrok večinoma zelo verodostojno sam navede že od poznega predšolskega obdobja. Pri starejših otrocih, predvsem pri mladostnikih, smo pozorni tudi na možnost disimuliranja simptomov oz. zanikanja bolečine, predvsem zaradi strahu pred morebitno spremljajočo boleznijo in posegi, ki naj bi sledili v diagnostični obravnavi ali pred zdravljenjem (3, 4).

Posebnosti obravnave
bolečine pri bolniku
v paliativni oskrbi

Pri bolniku v paliativni oskrbi, ki lahko poteka v bolnišnici, v hospicu ali na domu, je osnovno vodilo čim večje upoštevanje želja bolnika in bolnikovih staršev. S tem poskušamo ohraniti kakovost življenja posameznika, pri katerem je bilo specifično zdravljenje izčrpano in je v sklopu kronične bolezni prešlo v končno fazo. Paliativna oskrba otroka je v rokah strokovnega tima, ki predstavi svoje mnenje, ga pojasni staršem in z njimi tudi pripravi načrt paliativne obravnave, ki zanesljivo vključuje tudi zdravljenje bolečine. Po potrebi lahko načrt glede na bolnikovo stanje tudi prilagajamo.

Obravnava v bolnišnici se nekoliko razlikuje od obravnave na domu. Bolnišnična obravnava pogosteje obsega tudi dajanje zdravil, a se trudimo, da je za bolnika čim manj invazivna, zapletena in obremenjujoča. Od zdravil lahko uporabimo in kombiniramo analgetike iz vseh skupin. Poudarjamo, da je bolečina v končni fazi bolezni prevladujoč simptom in da je lahko zelo intenzivna, dolgotrajna oz. stalna. Prisotna je pri skoraj 90 % bolnikov v paliativni oskrbi. Bolečina je za bolnika in njegovo družino ena največjih skrbi in stisk, zato jo aktivno preprečujemo in tudi zdravimo (5, 6).

Ob novih simptomih, ki se v končni fazi bolezni lahko pojavljajo tudi vsak dan, moramo stalno »bedeti« nad analgetičnim in tudi drugim podpornim zdravljenjem, ki ga prejema bolnik, in ustrezno prilagoditi odmerke analgetikov. Če je bolnik doma, v ocenjevanje vključimo vse osebe, ki bolnika obiskujejo in/ali ga negujejo in so sposobne bolečino pri otroku oceniti tudi strokovno (7). Odmerke in načine dajanja zdravil za zdravljenje blage in zmerne bolečine, njihove neželenе učinke in morfinske pripravke za zdravljenje hude bolečine navajamo v Tabeli 1 in v Tabeli 2.

Zdravilo	Odmerek za otroke	Odmerek za odrasle	Neželeni učinki
paracetamol	10–15 mg/kg na 4–6 ur PO 20–40 mg/kg na 6 ur rektalno 15 mg/kg vsakih 4–6 ur IV	500–1000 mg na 4–6 ur PO, največji odmerek 4 g	jetrna toksičnost pri prevelikem odmerjanju; brez gastrointestinalne ali hematološke toksičnosti
ibuprofen	5–10 mg/kg na 6–8 ur PO, največji odmerek 40 mg/kg PO	200 mg na 3–4 ure PO	gastrointestinalna in hematološka toksičnost
naproksen	5 mg/kg na 8–12 ur PO	0,5–1 g dnevno PO	gastrointestinalna, hematološka, jetrna in ledvična toksičnost
acetilsalicilna kislina	10–15 mg/kg na 6–8 ur PO	0,5–1 g na 4–6 ur PO	Reyjev sindrom (otroci), gastrointestinalna in hematološka toksičnost

TABELA 1. ODMERKI NESTEROIDNIH ANTIREVMATIKOV ZA ZDRAVLJENJE BLAGE IN ZMERNE BOLEČINE TER KOT DODATNO ZDRAVLJENJE OB ZDRAVLJENJU Z OPIOIDNIMI ANALGETIKI. PRIREJENO PO (1–8).

Legenda: PO – per os, IV – intravensko, SC – subkutano

Morfij	Začetni odmerek za novorojenčke	Začetni odmerek za dojenčke	Začetni odmerek za otroke
PO	/	80–200 µg/kg na 4 ure	1–2 leti: 200–400 µg/kg na 4 ure 2–12 let: 200–500 µg/kg na 4 ure podaljšano sproščanje: 200–800 µg/kg na 12 ur
IV/SC	25–50 µg/kg na 6 ur	1–6 mesecev 100 µg/kg na 6 ur 6–12 mesecev 100 µg/kg na 4 ure (največ 2,5 mg)	1–2 leti: 100 µg/kg na 4 ure 2–12 let: 100–200 µg/kg na 4 ure (največ 2,5 mg)
kontinuirana IV/SC infuzija	kontinuirana IV infuzija: začetni bolus 25–50 µg/kg, nato 5–10 µg/kg/h	kontinuirana IV infuzija: 1–6 mesecev začetni bolus 50 µg/kg, nato 10–30 µg/kg/uro 6–12 mesecev začetni bolus 100–200 µg/kg, nato 20–30 µg/kg/uro kontinuirana SC infuzija: 1–3 mesecev 10 µg/kg/uro 3–12 mesecev 20 µg/kg/uro	kontinuirana IV infuzija: začetni bolus 100–200 µg/kg, nato 20–30 µg/kg/uro kontinuirana SC infuzija: 20 µg/kg/uro

TABELA 2. ODMERKI MORFINSKIH PRIPRAVKOV ZA ZDRAVLJENJE HUDE BOLEČINE GLEDE NA BOLNIKOVO STAROST IN NAČIN DAJANJA. PRIREJENO PO (1–8).

Legenda: PO – per os, IV – intravensko, SC – subkutano

Literatura

1. Snaman JM, Baker JN, Ehrentraut JH, Anghel-escu DL. Pediatric Oncology: Managing Pain at the End of Life, Paediatr Drugs 2016; 18(3): 161–80.
2. Zernikow B1, Michel E, Craig F, Anderson BJ. Pediatric palliative care: use of opioids for the management of pain. Paediatr Drugs 2009; 11(2): 129–51.
3. Anghel-escu DL, Snaman JM, Trujillo L, Sykes AD, Yuan Y, Baker JN. Patient-controlled analgesia at the end of life at a pediatric oncology institution. Pediatr Blood Cancer 2015; 62(7): 1237–44.
4. Olagunju AT, Sarimiye FO, Olagunju TO, Habeebu MY, Aina OF. Child's symptom burden and depressive symptoms among caregivers of children with cancers: an argument for early integration of pediatric palliative care. Ann Palliat Med 2016; 5(3): 157–65.
5. McCarthy M, Glick R, Green J, Plummer K, Peters K, Johnsey L, Deluca C. Comfort First: an evaluation of a procedural pain management programme for children with cancer. Psychooncology 2013; 22(4): 775–82.
6. Stevens B. Pain assessment and management in infants with cancer. Pediatr Blood Cancer 2007; 49(7): 1097–101.
7. Jibb LA, Nathan PC, Stevens BJ, Seto E, Cafazo JA, Stephens N, Yohannes L, Stinson JN. Psychological and Physical Interventions for the Management of Cancer-Related Pain in Pediatric and Young Adult Patients: An Integrative Review. Oncol Nurs Forum 2015; 42(6): E339–57.
8. Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses, World Health Organization, 2012. Dostopno na: https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_perspainchild/en/

Simona Avčin, dr. med.

Klinični oddelek za otroško
hematologijo in onkologijo, Pediatrična
klinika, Univerzitetni klinični center
Ljubljana, Ljubljana, Slovenija