

## קוצר נשימה (Breathlessness, Dyspnea)

### מבוא

קוצר נשימה הינו סימפטום נפוץ בקרב מטופלים הסובלים מסרטן מתקדם, מחלה חסימתית כרונית של הריאות (COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease), פיברוזיס ריאתי ואי ספיקת לב. קוצר נשימה יכול להיות קשור בשילובים שונים של גורמים פיזיולוגיים, פסיכולוגיים, סוציאליים או רוחניים. ההשפעה והמצוקה הנגרמות מקוצר נשימה לעיתים קרובות אינן מקבלות התייחסות מספקת.

### אומדן

- בצע אומדן כוללני בגישה רב מקצועית.
- בקש מהמטופל לדרג את חומרת הסימפטום והערך את דרגת המצוקה/החרדה הנלוות לו.
- בדוק את תפיסתו והבנתו של המטופל לגבי הסיבות לקוצר הנשימה, חששות ופחדים והשפעת התופעה על יכולתו התפקודית ואיכות חייו.
- זהה את הדפוס האופייני לקוצר הנשימה, גורמים מקלים/מחמירים, וסימפטומים נלווים.
- יש לנסות לאתר גורמים הפיכים לקוצר נשימה כגון זיהום, תפליט פלאורלי, אנמיה, הפרעות קצב לב, תסחיף ריאתי (PE- Pulmonary Embolism) ברונכוספאזם או היפוקסיה (יש לבדוק ריווי חמצן בדם בעזרת מד סטורציה).
- יש להבטיח כי הטיפול במחלה הבסיסית מותאם. במקרה של ספק, פנה לעצת מומחה.
- במקרה שהמטופל **בימים האחרונים לחייו**, יש לעיין ב"הנחיות טיפול בימים האחרונים לחיים".

### טיפול

- טפל בסיבות הפיכות אם ניתן.
- נסה לייעל את הטיפול הקיים (תרופתי ושאינו תרופתי כאחד)
- הכר בפחדים ובחרדות וספק טיפול תומך מתאים. לדוגמא- הצע הסבר על הסימפטומים ומידע כתוב.

#### ניהול חסימת וריד נבוב עליון/ סטרידור

במקרה של סימני סטרידור או חסימת וריד נבוב עליון (SVCO: Superior Vena Cava Obstruction) הפנה בדחיפות למומחה מתאים על מנת לשקול התערבות כגון הכנסת סטנט או רדיותרפיה.

- תן קורטיקוסטרואידים במינון גבוה:

▪ **DEXAMETHASONE (Dexacort) 16 mg** פומי או פראנטרלי

▪ PREDNISOLONE (Prednisone) 60 mg פומי

▪ יש לשקול מתן הגנה מתאימה לקיבה

#### **התערבויות לא פרמקולוגיות:**

- יש לשקול שימוש בתכנית לניהול טיפול עצמי, כולל פניה ליעוץ להפסקת עישון במקרה הצורך והמלצה לשמירה על סביבה נטולת עשן וזיהום אויר.
- לשיפור הונטילציה והתחושה הסובייקטיבית מומלץ שימוש במאוורר מכוון למרכז הפנים או בהשארת חלון פתוח.
- העצם ועודד התמודדות ותפקוד באמצעות: שינויי תנוחה, טכניקות הירגעות וניהול חרדה, נשימה מכוונת (לדוגמא נשימה בשפתיים מכווצות) ותכנון פעילויות תוך התאמת הקצב המתאים לכל פעילות. שקול שימוש בגישה התנהגותית- קוגניטיבית (CBT)
- דאג לשמר רמת פעילות.
- שקול שימוש בצידוד נלווה, עזרים מתאימים.
- שקול הפניה לשירות המספק תמיכה נשימתית כגון שיקום ריאתי כתלות בפרוגנוזה.

#### **טיפול תרופתי**

##### **אופיואידים**

- יכולים להפחית קוצר נשימה במנוחה וכן בשלבי סוף החיים.
- בצע נסיון טיפולי; נטר את תגובת המטופל לטיפול ותופעות לוואי.
- שקול מתן טיפול יזום למניעת עצירות, בחילות והקאות.

מטופל	תכשיר	דרך מתן	מינון	תדירות
מעולם לא נטל אופיואידים, מסוגל ליטול טיפול פומי	מורפין בשחרור מיידי <sup>OL</sup> Immediate release morphine (MIR, Oramorph)	PO	2 mg טיטרציה ב- 30-50% לפי הצורך והסבילות	כל 4-6 שעות וואו עד פעמיים לשעה במידת הצורך.
מעולם לא נטל אופיואידים ואינו מסוגל ליטול טיפול פומי	<sup>OL</sup> MORPHINE SULPHATE <sup>OL</sup> MORPHINE HYDROCHLORIDE	SC, *IV	1 mg - 2 mg טיטרציה כמומלץ לעיל	מידי 4-6 שעות וואו עד פעם בשעתיים לפי הצורך
נטל אופיואידים באופן קבוע לשיכוך כאב	<ul style="list-style-type: none"> <li>השתמש במנת ההצלה הקיימת (שחרור מיידי) לטיפול בכאב אצל המטופל (במידה ומסוגל- פומי, או מנה אקוויוולנטית SC) לטיפול בקוצר נשימה.</li> <li>מינון מקסימלי של 6 מנות הצלה יכול להינתן במצטבר עבור כל האינדיקציות (כאב, קוצר נשימה ושיעול)</li> <li>בצע טטרציה (התאמת מינון) של מינון קבוע ומנות ההצלה בהתאם לתגובה.</li> </ul>			
שברירי או קשיש	מורפין בשחרור מיידי <sup>OL</sup> Immediate release morphine (MIR, Oramorph)	PO	1mg - 2 mg בטיטרציה זהירה	כל 6-8 שעות לפי הצורך, יש לעקוב באופן הדוק אחר תופעות לוואי
בהפרעה בתפקודי כליה	יש לעיין בהוראות לטיפול בסוף חיים במטופלים עם אי ספיקה כלייתית			
באי סבילות למורפין (עקב תופעות לוואי)	יתכן שאופיואידים מקו שני (* כגון אוקסיקוד או פנטניל ונגזרותיו) יתאימו יותר (יש לעיין בפרק בחירה והחלפה בין אופיואידים).			
סובל מקוצר נשימה מתמשך	<p>מומלץ לנסות שימוש במתן מורפין פומי בשחרור איטי <sup>OL</sup>Modified Release (Long-Acting) בתוספת מנה אקוויוולנטית של מורפין בשחרור מיידי <sup>OL</sup>Immediate Release פומי מדי ארבע שעות לפי הצורך לאפיזודות נוספות של קוצר נשימה.</p>			

#### קורטיקוסטרואידים:

- טיפול נסיוני **DEXAMETHASONE** <sup>OL</sup> במינון יומי של 8 mg - 16 mg (במתן פומי או פראנטרלי) בלימפנגיטיס או בחסימת דרכי אויר עקב גידול. יש לשקול מתן הגנה לקיבה.
- יש לתת את הטיפול בבוקר, אלא אם נדרש מתן חירום.
- לאחר שבוע מתחילת הטיפול, יש לבחון מחדש ולהפחית בהדרגה עד למנה היעילה הנמוכה ביותר.
- אם אין השפעה- יש להפסיק מתן.

## בנזודיאזפינים:

- עשויים להפחית חרדה הקשורה לקושי בנשימה, אך פחות יעילים מאשר אופיואידים בטיפול בקוצר נשימה, ועליהם לשמש כקו טיפול שלישי במטופלים שלא הגיבו להתערבויות לא-פרמקולוגיות ולאופיואידים. יש מקום לשקול את התרופות הבאות:
  - LORAZEPAM (Lorivan) במינון 0.5 mg תת לשוני כל 4-6 שעות, לפי הצורך.
  - DIAZEPAM (Assival) במתן פומי 5 mg - 2 mg בלילה במצב של חרדה מתמשכת הגורמת למצוקה.
  - <sup>OL</sup>MIDAZOLAM (Dormicum) במינון 5 mg - 2 mg במתן תת עורי, כל 4-6 שעות לפי הצורך, כאשר טיפול פומי אינו מתאפשר.

## חמצן:

- יינתן בזהירות לאחר הערכה פרטנית של המטופל.
- חשוב להמנע מתלות פסיכולוגית בחמצן.
- אם הסטורציה מתחת ל-92%, יש לשקול שימוש נסיוני בחמצן להקלת סימפטומים. יש לקחת בחשבון שתיתכן קורלציה נמוכה בין היפוקסמיה, תחושת קוצר נשימה ותגובה לחמצן.
- טיפול בחמצן במצבי חירום אצל מטופלים המאושפזים בבית חולים יש לפעול לפי הנחיות מקומיות מתאימות.

## אינהלציות:

- יש להעריך את טכניקת השימוש במשאף ולבדוק את התאמת הצידוד.
- אינהלציה של 0.9% <sup>OL</sup>NACL 5 ml עשויה לסייע בכיוח.
- במקרה של צפצופים או COPD, ניתן לתת SALBUTAMOL (Ventolin) 5 mg - 2.5 mg, עד 4 פעמים ביום.
- אם עדיין מצפצף, ניתן להוסיף IPRATROPIUM BROMIDE (Aerovent) במינון 0.25-0.5 mg באינהלציה עד 4 פעמים ביום.

## נקודות ליישום

- התערבויות לא פרמקולוגיות שמסייעות למטופל ומשפחתו בהתמודדות עם קושי בנשימה הן חיוניות. שימוש בתוכנית לניהול עצמי יכולה לסייע בהקלת סימפטומים.
- יחד עם זאת, עם התקדמות המחלה – צפוי צורך בטיפול תרופתי להקלה על קוצר נשימה.
- התחלת טיפול באופיואידים במינון נמוך, תוך טיטרציה זהירה היא בטוחה ואינה גורמת לדיכוי נשימה במטופלים עם COPD או אי ספיקת לב.

## נקודות להדרכת בני משפחה/ מטפלים

- קוצר נשימה המתפתח בעקבות מאמץ אינו מסוכן ויירגע לאחר מנוחה של מספר דקות.
- חשוב לשמר רמת פעילות.

- חשוב לשמור על חדר מאוורר: פתיחת חלון, הדלקת מאוורר ושימור הפנים צוננות.
- הסבר באופן מדוקדק שכאשר קיים קושי בנשימה, חרדה גורמת לדחק אך היא אינה מזיקה או מחמירה את מצב החולה.
- נוכחות קרובה של בן משפחה או איש מקצוע ליד המטופל, מגע יד קול ונשימה, לרוב יועילו.

## מקרא

QT Prolongs QT<sup>OL</sup>, \* Off Label, הערות גרסה ישראלית

## קישור לאתר המקורי

<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/symptom-control/breathlessness>

## חומרי עזר

- Enhanced Palliative Care online learning module: <https://learn.nes.nhs.scot/64382/pharmacy/enhanced-palliative-care-module>
- Macmillan Cancer Support, <http://www.macmillan.org.uk>
- Roy Castle Lung Foundation, <http://www.roycastle.org>
- Chest Heart and Stroke Scotland, <http://chss.org.uk>
- British Lung Foundation, <https://www.blf.org.uk/>
- NHS Inform, <https://nhsinform.scot/care-support-and-rights/palliative-care/symptom-control/breathlessness>
- My condition, my terms, my life - Self-management <http://myconditionmylife.org/>

## סימוכין / מקורות

Allard P, Lamontagne C, Bernard P, Tremblay C. How effective are supplementary doses of opioids for dyspnea in terminally ill cancer patients? A randomized continuous sequential clinical trial. J Pain Symptom Manage. 1999;17(4):256-65.

Booth S, Bausewein C, Higginson I, Moosavi SH. Pharmacological treatment of refractory breathlessness. Expert review of respiratory medicine. 2009;3(1):21-36.

Chan KS, Tse DMV, Sham MMK, Thorsen AB. Palliative medicine in malignant respiratory diseases. In: Hanks G, Cherny N, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.

Dorman S, Jolley C, Abernethy A, Currow D, Johnson M, Farquhar M, et al. Researching breathlessness in palliative care: consensus statement of the National Cancer Research Institute Palliative Care Breathlessness Subgroup. *Palliat Med*. 2009;23(3):213-27.

Johnson MJ, Abernethy AP, Currow DC. Gaps in the evidence base of opioids for refractory breathlessness. A future work plan? *J Pain Symptom Manage*. 2012;43(3):614-24.

Mahler DA, Selecky PA, Harrod CG, Benditt JO, Carrieri-Kohlman V, Curtis JR, et al. American College of Chest Physicians consensus statement on the management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease. *Chest*. 2010;137(3):674-91.

Rocker G, Horton R, Currow D, Goodridge D, Young J, Booth S. Palliation of dyspnoea in advanced COPD: revisiting a role for opioids. *Thorax*. 2009;64(10):910-5.

Simon ST, Bausewein C, Schildmann E, Higginson IJ, Magnussen H, Scheve C, et al. Episodic breathlessness in patients with advanced disease: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(3):561-78.

Simon ST, Higginson I, Booth S, Harding R, Weingartner V, Bausewein C. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. 2016 [Accessed 11 December 2018]; Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007354.pub3/epdf/standard>.

Spathis A, Davies HE, Booth S. *Respiratory Disease: From advanced disease to bereavement*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2011.

Twycross R, Wilcock A, Howard P. *Palliative Care Formulary PCF4*. 4th ed. England: Pharmaceutical Press; 2011.

© כל הזכויות שמורות

אין לשכפל, להעתיק, לצלם, להקליט, לתרגם, לאחסן במאגר מידע, לשדר או לקלוט בכל דרך אחרת כל חלק שהוא מהחומר באתר זה.

שימוש מסחרי מכל סוג שהוא בחומר הכלול באתר זה אסור בהחלט אלא ברשות מפורשת בכתב.