

SON DÖNEM KARACİĞER HASTALIKLARINDA PALYATİF BAKIM VE SEMPTOM YÖNETİMİ

PALLIATIVE CARE AND SYMPTOM MANAGEMENT IN END STAGE LIVER DISEASES

Arş.Gör.Dr. Sadık HANÇERLİOĞLU*

Prof.Dr. Yasemin YILDIRIM*

Prof.Dr.Fisun ŞENUZUN AYKAR*

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

Geliş Tarihi/Received: 04.06.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 13.08.2018

ÖZ

Son Dönem Karaciğer Hastalığı (SDKH) olan bireylerin, karşı karşıya kaldıkları kötü prognoz, semptom yükü ve yaygın mental sorunlardan dolayı yaşam kaliteleri olumsuz olarak etkilenmektedir. Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıkla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin, yaşam kalitelerini yükseltmek için başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerinin erken tanınması ve değerlendirilerek, tedavi ve bakımının yapılmasını amaçlayan yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Bugüne kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde, SDKH hastalarında palyatif bakıma yönelik çok az sayıda çalışma olduğu görülmektedir. SDKH'nın palyatif bakımında tedavinin potansiyel etki ve yan etkileri iyi değerlendirilmeli, mevcut semptomun daha da kötüleşmesi veya yeni semptomların ortaya çıkması engellenmelidir. Sağlık bakım alanındaki en büyük iş gücünü oluşturan hemşirelerin kompleks bakım gereksinimleri olan SDKH'daki rolü büyüktür. Hemşireler karaciğer hastalıklarının yaygın neden ve komplikasyonları konusunda bilgi sahibi olmalı ve karmaşık semptom yönetimi sürecinde hasta gereksinimlerini anlamalı ve diğer sağlık bakım profesyonelleri ile iletişim içinde olarak hastaların yaşam kalitesini optimum düzeyde tutacak şekilde bakım vermelidir. Bu derlemede karaciğer hastalıklarının palyatif bakım sürecinde en sık görülen ve yaşam

kalitesini olumsuz olarak etkileyen semptomlar ve bu semptomların bakım yönetimi incelenecektir.

Anahtar Sözcükler: Son Dönem Karaciğer Hastalığı, Palyatif Bakım

ABSTRACT

Individuals with End-stage Liver Disease (ESLD) are adversely affected by poor prognosis, symptom burden and widespread mental problems. Palliative care is defined as an approach aimed at early diagnosis, evaluation, treatment and care of physical, psychosocial and mental problems, especially pain, in order to raise the quality of life of patients and families who are facing life-threatening diseases. When studies done so far are examined, it seems that there are very few studies on palliative care in patients with ESLD. In the palliative care of End-stage Liver Diseases, the potential effect and side effects of treatment should be well assessed and the current symptom worsened or new symptoms should be prevented. The role of nurses are important to care of ESLD. Nurses should be knowledgeable about the common causes and complications of liver diseases and care should be taken to ensure that patient needs are understood in the context of complex symptom management and that the quality of life of the patients is kept in communication with other health care professionals. In this review, the most common symptoms of liver disease in the palliative care process that negatively affect quality of life and the management of these symptoms will be examined.

Key Words: End Stage Liver Disease, Palliative Care

GİRİŞ

Son Dönem Karaciğer Hastalığı (SDKH), ileri evre karaciğer hastalığı, karaciğer yetmezliği ve dekompanse siroz ile eş anlamlıdır. Son Dönem Karaciğer Hastalığı karaciğerdeki değişikliklerin sonucunda fibrozise ve karaciğer yapısının ve işlevinin bozulmasına yol açan ilerleyici bir hastalıktır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaklaşık 5.5 milyon bireyin (% 2) SDKH tanılı olduğu bildirilmektedir. Karaciğer hastalıkları her yıl ABD'de 4 milyon hastaneye başvuru ve 750.000 hastaneye yatışa neden olmaktadır. Kronik karaciğer hastaları çoğunlukla siroz tanısı almakta ve SDKH'dan hayatlarını kaybetmektedirler. Ülkemizde ise bu konuda net prevalans verileri bulunmamaktadır (Everhart JE 2009, Scaglione S et al. 2014). SDKH olan bireyler karşı karşıya kaldıkları kötü prognoz, semptom yükü ve yaygın mental sorunlardan dolayı, palyatif bakım uzmanları, gastroenterologlar ve organ nakil cerrahları arasındaki işbirliğinin geliştirilmesinden büyük fayda sağlamaktadırlar. Bugüne kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde, SDKH hastalarında palyatif bakıma yönelik çok az sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Palyatif bakım konusunda yeterli ilgiyi görememesine rağmen SDKH gittikçe yaygınlaşan bir hastalık haline gelmiştir (Shaheen NJ 2006, Everhart JE 2008, Larson AM 2015). Sağlık bakım alanındaki en büyük iş gücünü oluşturan hemşirelerin, kompleks bakım gereksinimleri olan SDKH'daki rolü büyüktür. Bu makalede karaciğer hastalıklarının palyatif bakım sürecinde sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen semptomlardan ve bu semptomların bakım yönetiminden söz edilecektir.

Son Dönem Karaciğer Hastalıkları ve Palyatif Bakım

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıkla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin, yaşam kalitelerini yükseltmek için başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerinin erken tanınip değerlendirilerek, tedavi ve bakımının yapılmasını amaçlayan yaklaşım olarak tanımlanmaktadır(WHO 2014). Terminal dönem veya yaşamı kısıtlayıcı bir hastalık tanısı alma, stresli bir süreç olduğu kadar, korku, anksiyete, kızgınlık, depresyon, umutsuzluk, çaresizlik gibi güçlü duygular uyandıran bir süreçtir. Karaciğer nakli için sıra bekleyen hastalar da dahil olmak üzere SDKH olan bireylerde yaşam sonu konuların tartışılması son derece önemlidir. Hastalar ve hasta yakınları hastalığın seyri hakkında bilgi sahibi olmalı ve muhtemel sonuçların tümüne hazırlıklı olmalıdır (Larson AM 2015).

Karaciğer hastalıklarının diğer kronik hastalıklar ve kanserde uygulanan palyatif bakıma göre bir farklı yönü ise son ana kadar karaciğer nakil ihtimalinin olmasıdır. Bu durum sağlık personeli, hasta ve informal bakım vericilerin hastalığın son anına kadarki süreçte almaları gereken bazı önemli kararlar konusunda pek çok ikilem yaşamalarına neden olmaktadır (Sanchez W 2006). Karaciğer transplantasyonu bekleme deneyimi hastaları önemli derecede etkilemektedir. Niteliksel araştırmalarda, görüşülen çoğu hastada fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar yaşandığı bildirilmektedir. Hastalar sağlık bakım profesyonellerine karşı güven kaybı, tıbbi, kişisel ve sosyal belirsizlikler deneyimlemektedirler (Kanwal F 2004, Bjork IT 2008, Brown J 2006, Martin SC 2010).

Kanada'da yapılan bir çalışmada; transplantasyon listesinden çıkarılan veya organ naklini reddeden 102 hastanın, ağrı, bulantı gibi semptomları deneyimlemelerine rağmen %10'una palyatif bakım konsültasyonu yapıldığı belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçları palyatif bakım gereksinimleri ile palyatif bakım kullanımı arasında tutarsızlıklar bulunduğunu göstermektedir (Poonja Z 2014). Son Dönem Karaciğer Hastalığı olan bireyler arasında palyatif bakım kullanımı için engelleri araştıran çok az sayıda literatür vardır. Aşağıdaki tabloda palyatif bakım kullanımı konusunda bazı olası engeller bulunmaktadır (Tablo 1) (RakoskiMO 2015).

Tablo 1. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Kullanımına Olası Engeller

Bariyer	Mekanizma
Hastalık	Dekompensasyonun tahmin edilemeyen episodları
Hasta	Hastalık şiddeti konusunda bilgi eksikliği Prognoz konusunda belirsizlik Karaciğeri kurtarmaya yönelik girişimlere odaklanma Güvensizlik ve palyatif bakımın yanlış algılanması
Hekim	Ortalama yaşam süresi beklentisinin fazla olması Palyatif bakımın yanlış algılanması Yaşam sonu bakım konularının tartışılmasından rahatsızlık duyma Hastayla prognoz konusunda kötü iletişim Karaciğeri kurtarmaya yönelik girişimlere odaklanma Palyatif bakıma sevk endikasyonları konusundaki karışıklık
Erişim	Palyatif bakım hizmetlerine erişimin yetersiz kalması

Semptom Yönetimi

Semptom yönetimi palyatif bakımın ayrılmaz bir parçasıdır. Son Dönem Karaciğer Hastalıkları'nda uygun ilaç seçimi ve doz ayarlaması genellikle zor olabilmektedir. İlaçların çoğunluğu karaciğerde metabolize olmakta ve karaciğer yetmezliği ilaçların veya toksik metabolitlerin birikmesine yol açabilmektedir. Karaciğer kan akışındaki azalma, ilaç metabolizmasının yavaşlamasına ve toksisiteye neden olmaktadır. Bu durum yan etkilerin artmasına ve daha az agresif semptom yönetimine yol açmaktadır (Potosek J ve ark. 2014)

Son Dönem Karaciğer Hastalığı olan hastalarda çeşitli semptomlar ortaya çıkabilmektedir. Genellikle, kompanze sirozun asemptomatik evresi portal hipertansiyona kadar ilerlemekte ve bunu dekompanze SDKH izlemektedir. Portal hipertansiyon komplikasyonları arasında asit, spontan bakteriyel peritonit, özofageal ve gastrik varisler, hepatik ensefalopati, böbrek yetmezliği ve koagülopati yer almaktadır. Bunlara bağlı olarak da genellikle ağrı, yorgunluk, asit, kaşıntı, gastrointestinal kanama ve konfüzyon gibi semptomlar gelişmektedir (Potosek J et al. 2014). Güney Kore'de 129 siroz hastası ile yapılan bir çalışmada yorgunluk, abdominal distansiyon, periferik ödem ve kas kramplarının en sık görülen semptomlar olduğu belirlenmiştir (Kim SH 2006).SUPPORT çalışması sonuçlarına göre ise SDKH olan hastaların %83'ü ağır semptomu deneyimlediklerini ve bu hastaların %30 dan fazlası orta ve ağır düzeyde ağrı deneyimlediklerini bildirmişlerdir (Roth K 2000).Yapılan bir sistematik derlemede; 31 çalışmada toplam 3630 SDKH olan birey incelenmiş ve hastaların %30 ila %79 'unun Ağrı, %56-68'inin kas krampları, %26-77 insomnia, erkeklerde %53-93 erektil disfonksiyon, %20-88 dispne ve %33-71 gündüz uykusu, %14-36 anksiyete, %4.5-64'ünün depresyon gibi semptomlar deneyimledikleri saptanmıştır (Peng JK et al. 2016).

Ağrı

Son Dönem Karaciğer Hastalığı olan bireylerde çeşitli nedenlerden dolayı akut veya kronik ağrı gelişebilmektedir. Bu bireylerde görülen ağrının en yaygın nedeni asite bağlı oluşan abdominal distansiyondur. Roth ve arkadaşlarının 575 hasta ile yaptıkları çalışmalarında hastaların üçte birinde orta düzeyde ağrı olduğu ve genellikle etkin bir ağrı kontrolü sağlanamadığını bildirmişlerdir (Roth K 2000).

Son Dönem Karaciğer Hastalığı olan hastalar için güncel tedavi ve bakım rehberleri bulunmamasına rağmen, ağrı kesici ilaçlar yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu hastalarda seçici ve seçici olmayan nonsteroid anti inflamatuar ilaçlar önerilmemektedir. Bu ilaçlar özellikle sirozu olan hastalarda trombosit fonksiyonlarını inhibe edip, gastrointestinal ülserlere ve renal arterlerde vazodilatasyona yol açmaktadırlar. Böylece prostoglandin sentezini inhibe ederek akut böbrek yetmezliğine yol açabilmektedirler (Rhee C 2007, Chandok N 2010). Uzun dönem ağrı yönetiminde; günlük 2 gr ve daha az kullanımı halinde toksik etkisi olmayan Asetaminofen'in ilk tercih edilen analjezik olduğu bildirilmektedir (Rhee C 2007, Chandok N 2010).

Toksik metabolitlerin birikiminden kaynaklanan nörotoksisite riski nedeniyle böbrek yetmezliği olan hastalarda morfin kullanılması önerilmemektedir. Benzer şekilde, oksikodon ve hidromorfonun SDKH'da eliminasyon profilleri bozulmuştur. Sirozlu hastalarda tek doz fentanil uygulamasına yönelik yapılan bir çalışmada, fentanilin farmakokinetiğinde (vücuttaki metabolize oluşunda) bir değişiklik olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle, SDKH da opioidlerin düşük dozlarda kullanılabilceği düşünülmektedir (Rhee C 2007, Verbeeck RK 2008, Chandok N 2010). Ancak, bu hastalarda, düşük dozlu opioidler bile karaciğer metabolizmasındaki değişiklikler nedeniyle, hepatik ensefolopati gibi mental durum değişikliklerine neden olabileceği için opioid kullanımının sınırlandırılması önerilmektedir. Konstipasyon, opioidlerin en yaygın yan etkilerinden biridir ve hepatik ensefolopatiji daha da ağırlaştırabilmektedir (Chandok N 2010). Hemşirelerin opioidlerin kullanılması gerektiğinde, başta konstipasyon olmak üzere hasta ve aileye gelişebilecek yan etkiler konusunda bilgi vermesi ve bu konuda dikkatli olması gerekmektedir (Benson GD 2005).

Masaj, transkütan elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), sıcak-soğuk uygulama, akupunktur, gevşeme eğitimi, hipnoz, biyofeedback, egzersiz, müzik gibi bilişsel davranışsal teknikler de son yıllarda kronik hastalarda sıklıkla palyatif bakımın bir parçası olarak farmakolojik yöntemlere eşlik edecek şekilde kullanılmaya başlanmıştır (Jost L 2010, Schug S 2015, Paice J 2011) ve SDKH'da da bu yöntemler kullanılabilir.

Yorgunluk

Yorgunluk karaciğer hastalıklarında yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve en sık görülen semptomlardan biridir. Bu hastaların deneyimlediği yorgunluk semptomunun yönetiminde ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen yorgunluğun altında yatan nedenler tam olarak anlaşılamamıştır (Swain MG 2006).

Karaciğer hastalığına bağlı yorgunluğun yönetimi genel olarak nedenlerinin tam olarak anlaşılamamasından dolayı zordur. Bu nedenle karaciğer hastalığına bağlı oluşan yorgunluğa spesifik tedavi yaklaşımları bulunmamaktadır. Bununla birlikte pek çok hasta yorgunluğun yönetiminde sistematik yaklaşımdan faydalanabilmektedir. Bu süreçte ilk olarak yorgunluğun karaciğer hastalığına bağlı olup olmadığı belirlenmelidir. Hasta ile görüşülürken hipotiroidizm varlığı, uyku düzeni, alışkanlıkları, egzersiz, kafein ve alkol kullanımını sorgulayan sorular sorulmalıdır. Hastaların yaşam motivasyonları ve yaşamdan zevk alma duygularının azalması, daha önceleri eğlendikleri aktivitelerden zevk alamama, sosyal faaliyetlere karşı ilgilerini kaybetme, intihar düşünceleri gibi durumlar depresyon varlığı konusunda ipuçlarıdır ve bu tip hastalara psikiyatri konsültasyonu istenmelidir (Chaudhuri A 2004). Buna ek olarak, hastaların reçeteli ilaçlarının (örn., Beta blokerleri, benzodiazepinler, vb.) yanı sıra reçetesiz ilaçlar ve besin takviyelerinin eksiksiz bir incelemesi yapılmalıdır. Son olarak, olası yorgunluk nedenlerini (örneğin tiroid uyarıcı hormon, kalsiyum, kreatinin, kan üre azotu, elektrolitler, açlık kan şekeri ve

magnezyum) hariç tutmak için basit laboratuvar testleri yapılmalıdır (Chaudhuri A 2004)

Yorgunluğun yönetiminde hemşireler hastalara dinlenme sürelerini uzatıp, iş yüklerini azaltmak gibi yaşam tarzı değişiklikleri yapmalarını önermelidir. Yorgunluğu olan hastalar fiziksel aktivitelerini azaltmaktadırlar. Fakat yapılan çalışmalar yorgunluğun yönetiminde egzersiz ve fiziksel aktivitenin sürdürülmesinin çok önemli olduğunu göstermektedir (Jones DE 2006, Swain MG 2006, Kalaitzakis E 2012).

Bu nedenle hemşireler tüm hastalarda fiziksel aktivite düzeylerini kademeli olarak artırmalıdır. Karaciğer hastalığı ve yorgunluğu olan birçok hastada yorgunluğun derecesi ve devamlılığı, fizyolojik, duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyal faktörlerin karmaşık bir etkileşimiyle doğrudan ilgili olabilmektedir. Karaciğer hastalıklarında yorgunluk sıklıkla uyku bozukluğu ile ilişkilidir. Bu nedenle uyku hijyenine özen gösterilmelidir. Hemşireler bu hastaları alkol ve kafein kullanımı yönünden takip etmeli ve bunları kısıtlandırmalıdır. Ayrıca bu hastalar uyku bozukluğuna neden olan ilaç kullanımı yönünden de sorgulanmalıdır (Jones DE 2006, Swain MG 2006, Kalaitzakis E 2012)

Yorgunluğun farmakolojik tedavisinde ise sıklıkla modafinil gibi ilaçlarda kullanılmasına rağmen bu ilacın karaciğer hastalıklarındaki yorgunluk için kullanımına ilişkin çalışmalar bulunmamaktadır. Bazı hastalarda ise uyku bozukluğunun yol açtığı yorgunluğa yönelik olarak düşük dozda amitriptilin kullanılmaktadır (Swain MG 2006).

Asit

Özellikle siroz hastalarında diğer semptomlarla kıyaslandığında asit en rahatsız edici ve hastanın yaşam kalitesini en çok bozan semptomdur. Siroz tanısı alan hastaların %50'sinde 10 yıllık bir süre içinde asit gelişmektedir (Gordon FD 2012). Asitin yönetimi büyük emek isteyen bir süreç olup hastanın yaşam kalitesi ve iyi olma hali yönünden oldukça önemlidir (Larson MA 2015). 2003 yılında uluslararası uzlaş toplantısında asidin miktarıyla ilgili tanımlamalar yapılmıştır (Tablo 2) (Moore KP et al. 2003). Bu tanımlama temel alınarak SDKH olan bir hastadaki asit tedavisinde genel prensipler tuzsuz diyet, yatak istirahati ve diüretik kullanımı olarak sıralanmaktadır (Moore KP et al.2003, Sonsuz A 2007).

Tablo 2. Asit Sınıflaması

Evre 1	Fizik muayenede belirlenmeyen ve ancak ultrasonografiyle saptanabilen miktarda asit.
Evre 2	Karında simetrik şişkinlik olarak fark edilebilen miktarda asit.
Evre 3	Karında çok belirgin şişlik ve gerginlik oluşturan asit.

1. Tuzsuz diyet: Tuzsuz diyet asit tedavisinin en temel unsurudur ve hastaların tuz alımının ciddi bir şekilde kısıtlanması zorunludur. Hastaların günlük Sodyum alımının 2000 mg(88 mMol) altında kalması istenmektedir. Bu önlem ile özellikle karaciğer hastalığının çok ağır olmadığı hastalarda olmak üzere, olguların %10-15 kadarında asitin tedavisi sağlanabilir (Sonsuz A 2007).

2. Yatak istirahati: Aldosteron sekresyonunun vücut pozisyonundan etkilendiği ve yatar pozisyonda en az düzeyde olduğu bilinmektedir. Bu nedenle yatak istirahati, aldosteron sekresyonunda postüral değişikliklerden kaynaklanan artışı ortadan kaldırarak asit tedavisine yardımcı olabileceği düşünülmektedir, ancak bu uygulamanın asit tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmış değildir (Sonsuz A 2007). Hemşireler yatak istirahatindeki hastayı yatağa bağımlı hastada gelişebilecek komplikasyonlar açısından değerlendirmelidir. Bu hastaları basınç ülserleri yönünden izlemeli ve doku oksijenlenmesine izin verecek şekilde pozisyonunu değiştirmelidir (Fitzpatric E 2010, Kanıcı HA et al 2011, Kaptan G et al. 2012, Olgun N et al, 2013).

3. Diüretikler: Asit tedavisinde çeşitli diüretikler kullanılabilirse de (Spironolactone, Amiloride, Triamterene, Furosemide, Bumetanide ve thiazidler) tedavi standartları daha çok Spironolactone ve Furosemide göre belirlenmiştir (Sonsuz A 2007). Diüretik kullanımında hemşireler hastaların kilo takibini yapmalı, aldığı çıkardığı sıvı miktarlarını takip etmeli, sıvı elektrolit dengesi yönünden laboratuvar bulgularını takip etmelidir (Heitkemper MM et al., 2007)

Hepatik Ensefalopati

Hepatik ensefalopati (HE) akut veya kronik olarak ortaya çıkan karaciğer fonksiyon bozukluğu sonucu gelişen nöropsikiyatrik bir sendromdur. Hepatik ensefalopati sendromu altta yatan karaciğer hastalığının özellikleri ve hastalığın şiddetine göre farklı klinik tablolar şeklinde ortaya çıkabilir. Fulminan hepatit nedeniyle gelişen akut hepatik ensefalopati, daha çok manik eksitasyonlar ve ağır formlarında serebral ödem bulgularıyla seyrederken, kronik karaciğer hastalıklarındaki ensefalopati subklinik ensefalopati, kronik tekrarlayıcı tip gibi değişik formlarda görülebilir. Kronik karaciğer yetersizliklerinde oluşan ensefalopatilerde serebral ödem görülmemektedir. Hangi formda olursa olsun klinik tablo, altta yatan karaciğer hastalığının bulguları ve ensefalopatiye bağlı bulgular bir arada bulunmaktadır. Hastaların birçoğunda asit, ödem, kollateral dolaşım, spider angioma ve ikter gibi karaciğer yetersizliğini yansıtan bulgular mevcuttur (Shawcross D 2005, Dbouk N 2006, Sonsuz A 2007). Hepatik ensefalopatinin derecelendirilmesine bakıldığında 4 evreye ayrıldığı görülmektedir (Tablo 3) (Vilstrup H et al. 2014).

Tablo 3. Hepatik Ensefalopatinin Derecelendirilmesi

Evre	Tanımlama
EVRE 1	Dikkat ve konsantrasyon yeteneğinde azalma, uyku düzeninde bozulma, mental testlerde yavaşlama
EVRE 2	Kişilik değişiklikleri, uykuya eğilimin artması, ilgisizlik, laterji, apati, zaman ve mekan oryantasyonunda bozulma, uygunsuz davranışlar, dispraksi, asteriks(flapping tremor)
EVRE 3	Uyuşukluk veya semistupor, ajitasyon, agresif davranışlar, konfüzyon ve zaman mekan oryantasyonundaki bozukluk daha ağır ve süreklidir, uyku hali artmıştır, basit sözlü sorulara yanıt verebilir
EVRE 4	Ağır uyku hali, koma, başlangıçta ağırlı uyarılara cevaplıyken, giderek cevapsızlık hali gelişir. Akut formlarda serebral ödem bulguları mevcut olabilir.

Gastrointestinal kanamalar, sepsis, elektrolit dengesizlikleri, dehidratasyon, konstipasyon, protein alımında artma, alkol, merkezi sinir sistemini uyarıcı ilaçlar, transjuguler intrahepatik portal sistemik şant ve cerrahi girişimler hepatic ensefalopati gelişimini hızlandıran etmenlerdir (Tablo 4) (Dooley J et al. 2011).

Tablo 4. Hepatik Ensefalopati Gelişimini Hızlandıran (Presipitan) Etmenler

Gastrointestinal kanamalar
Sepsis
Elektrolit dengesizlikleri Hiponatremi Hipokalemi
Dehidratasyon Sıvı kısıtlaması Artmış Diürez Parasentez İshal/Kusma
Konstipasyon
Protein alımında artma
Alkol
Merkezi Sinir Sistemini Uyarıcı İlaçlar
Transjuguler Intrahepatik Portal Sistemik Şant
Cerrahi

Hepatik ensefalopatide tedavi ve bakım; ensefalopatiyi presipite eden faktörlerin ortadan kaldırılması, azotlu maddelerin emilimin azaltılması ve spesifik tedaviyi içermektedir.

Presipitan faktörler: Tedavide başarı şansını yükseltmek için presipitan nedenler araştırılmalı ve hızla tedavisi sağlanmalıdır. Barsakta amonyak üretimini artıran durumlar (GIS kanamaları, fazla proteinli diyetle beslenme, konstipasyon), Sıvı, elektrolit ve asit-baz dengesini bozan durumlar, hipoksi, hipoglisemi, enfeksiyonlar bu kapsamda sorgulanmalıdır. Hepatik ensefalopatiyi başlatan nedenler arasında sedatif veya trankilizanların kullanılması da dikkate alınmalıdır (Öztürk O 2010) .

Azotlu maddelerin emiliminin azaltılması: Ağır bir akut atakta diyetdeki protein kısa bir dönem için kesilebilir, hastada düzelmeye gözlendikçe gecikmeksizin 20 g/gün miktarıyla başlanılıp kademeli olarak 1 g/kg düzeyine artırılmalı ve negatif azot dengesinin uzun süre devam etmesine olanak verilmemelidir. Kronik hastalarda ise yeterli ve dengeli bir beslenmenin sağlanması daha önemli, fakat daha zordur. Laktuloz veya diğer uygulamalarla hastaların protein toleransı artırılabilir. Ensefalopatili hastalar bitkisel proteinleri hayvansal proteinlerden daha kolay tolere etmektedir. Konstipasyonun önlenmesi diyetdeki protein kısıtlamasından çok daha önemli bir konudur. Bu amaçla günde 1-2 yumuşak dışkılama sağlayacak dozlarda laktuloz kullanılması yararlı olur. Şuuru kapalı hastalarda laktuloz lavman yoluyla verilebilir. Plasebo ilaçlara karşı laktuloz etkisinin incelendiği bir cochrane çalışmasında laktulozun hepatic ensefalopati tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir (Als-Nielsen B 2004).

Spesifik tedavi: Bu konudaki tedavi seçenekleri son derece sınırlı ve sonuçları bakımından tartışmalıdır.

L-Ornithine L-aspartate (LOLA): Oral yolla günde 3 defa 1-2 poşet (3000 mg), parantral olarak 4 ampül (ağır olgularda 8 ampül) 24 saatte verilebilir.

Dallanmış zincirli aminoasitler (BCAA): Ensefalopatili hastalarda, BCAA miktarlarının azalıp, aromatik aminoasitlerin artmış olduğu bilinmektedir. Bu noktadan hareketle, oral veya intravenöz yolla verilen BCAA'lerin tedavi amacıyla kullanılabilceği düşünülmüştür. Alınan sonuçlar fazla ümit verici olmasa da diğer yöntemlerle birlikte kullanılmasında yarar vardır.

Flumazenil: Bir benzodiazepin reseptör antagonistidir. Uygulama için standart bir doz yoktur. Daha çok benzodiazepin kullanılmasını takiben ortaya çıkan hepatik komalarda yararlı olacağı düşünülebilir(Sonsuz A 2007, Wright G 2007).

Hemşireler hastaları hepatik ensefelopati belirtileri yönünden gözlemlemelidir, Hastanın yer-zaman, oryantasyonu sürekli olarak kontrol edilmelidir. Hastada "flapping tremor" bulgusu kontrol edilmelidir. Flapping tremor durumunda hastaya her gün boş bir kağıda yazı yazdırılmalı ve şekil çizdirilmelidir. Hasta dehidratasyon belirtileri yönünden takip edilmeli, dehidratasyonun azotemiye neden olup komaya yol açabileceği konusunda bilgi sahibi olunmalıdır. Hasta GİS kanamaları yönünden takip edilmelidir. GİS kanamalarında protein yıkımı sonucu amonyak oluşabilmektedir. Serum amonyak düzeyi günlük olarak takip edilmelidir. Koma durumundaki hastaların işitme duyularının aktif olduğu bilinmeli ve yanında konuşulacak konu dikkatle seçilmelidir. Hepatik ensefelopati durumunda hastanın beyin sapının basınç altında kalmasına bağlı kusma ve yutma refleksleri yeterli olmaz ve sekresyonları aspire etme riski vardır. Hastanın Solunum yolu kontrol edilmeli ve düzenli olarak aspire edilmelidir (Sargent S 2006, Fitzpatric E 2010, Akdemir N 2011, Kanıcı HA 2011, Vilstrup H 2014, Yadav A 2015, Riggio O 2015)

Kaşıntı

Kaşıntı, primer biliyer siroz (PBC), primer sklerozan kolanjit (PSC), gebeliğin intrahepatik kolestazi (İCP) ve kalıtsal kolestatik sendromlar gibi kolestatik hepatobiliyer hastalıkları olan hastalar tarafından sıklıkla bildirilmektedir ve neredeyse diğer tüm karaciğer hastalıklarında görülen bir semptomdur. Farklı karaciğer hastalıkları arasında kaşıntı prevalansı belirgin olarak değişmektedir (Erkan T. 2003, Koulentaki M ve ark. 2006, Geenes V 2009, Tümgor G. 2016).

Kaşıntı, ciltte ya da mukoz membranlarda hafif irritasyon, ovma hissi ya da gıdıklanma hissinden ciddi sıkıntı hissine kadar farklılıklar gösterebilen rahatsız edici bir histir. Kaşıntı, özellikle şiddeti ile doğrudan ilişkili olmakla birlikte uyku kalitesini, sosyal yaşamı, iş hayatını ve sonuç olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi nedeniyle önem taşımaktadır (Murphy ME 2002, Seccareccia D 2003, Bernhard JD 2005). Kolestazda kaşıntı için tedavi seçenekleri (Tablo 4), birkaç kanıtı dayalı deneysel ve girişimsel tedavi ile sınırlı kalmaktadır (Beuers U et al. 2009). Terapötik girişimler öncelikle altta yatan hepatobiliyer hastalığın tedavisine yöneliktir.

Tablo 5. Kolestazda Pruritus Tedavisi İçin Güncel Tedavi Önerileri

Yaklaşım	İlaç	Dozaj	Kanıt düzeyi
	Ursodeoxycholic acid (UDCA)	10—15 mg/kg/d (po)	I/B1
1.sırada	Cholestyramine	4—16 g/d (po)	II-2/B1
2.sırada	Rifampicin	300—600 mg/d (po)	I/A1
3.sırada	Naltrexone	50 mg/d (po)	I/B1
4.sırada	Sertraline	100 mg/d (po)	II-2/C2

Kaşıntıda terapötik yaklaşımların mantığı: Hafif pruritusta kolestimamin, kolestivöl ve kolesevelam gibi emilemeyen, anyon değiştiriciler veya nazobilyer ve transkütan drenaj veya dış biliyer diversiyon gibi müdahalelerle pruritojeni enterohepatik döngüden çıkarmak; Rifampisin gibi enzim indükleyicilerinin biyotransformasyonu ile karaciğer ve / veya bağırsakta öngörülen pruritojenler metabolizmasını değiştirmek; Seçici serotonin geri alım inhibitörleri vasıtasıyla endojen opioidergik ve serotonerjik sistemi etkileyerek merkezi kaşıntı sinyalini değiştirmek ve anyon emilimi, plazmaferez veya ekstrakorporeal albumin diyalizi gibi invaziv yöntemlerle sistemik dolaşımdan potansiyel pruritojen(ler)i çıkarmaktır (Kremer AE et al. 2011).

Hemşireler kaşıntının yönetiminde; cilt değerlendirmesi yapmalı, cildi kaşıma izi, enfeksiyon belirti ve bulguları, kuruluk, kızarıklık yönünden değerlendirmeli, kaşıntının şiddet, başlangıç, lokasyon ve yaygınlaşma paterni açısından ayrıntılı tanılanmasını yapmalıdır. Alkol veya parfüm içeren nemlendiricilerden uzak durulması, hastanın durumuna uygunluğu değerlendirilerek %0.25-1 oranında mentollü nemlendiricilerin uygulanması (cilde soğukluk ve ferahlık sağlayarak kaşınma hissini hafifletebileceği için) banyoda sabun yerine nemlendirici losyonlar kullanılması, soğuğun kaşıntının azalmasına yardımcı olabileceği düşünülerek, kaşınan bölgeye gerekirse soğuk, nemli kompresler uygulanması konusunda hasta ve aile eğitimi de gerçekleştirilmelidir (Van Os-Medendorp H 2007, Roh YS 2007).

Son Dönem Karaciğer Hastalıklarında Yaşam Sonu Planlaması

Son Dönem Karaciğer Hastalıklarında bakım hedefleri ve ileri direktifler kansere göre daha az gündeme getirilmektedir. SUPPORT çalışması sonuçlarına göre SDKH bireylere sorulduğunda %66 oranında Kardiy Pulmoner Resusitasyon (KPR) istediğini bildirmiştir. Üç ayrı merkezde yürütölen çalışma sonuçlarına göre, SDKH hastalarının % 16'sının, metastatik akciğer kanseri olan hastaların % 47'sinin Resüstasyon yapma (DNR) direktifi verdiği saptanmıştır. İyileştirici tedavileri takip eden ve transplantasyon bekleyen hastalarla ileri direktifler konusunda değerlendirme yapılması konusunda tartışmalar vardır. Bunlara rağmen SDKH da hepatik ensefelopati gelişme riski olması ve hepatik ensefelopati gelişmesi durumunda karar verme sürecini etkileyeceği için ileri direktiflerin zaman kaybetmeden hastalarla görüşölmesi önerilmektedir (Roth K 2000, Freeborne N 2000, Bramstedt KA 2008).

National End of Life Care Programme verilerine göre İngiltere'de karaciğer hastalıklarından ölen bireylerin %70 i hastanede kompleks yaşam sonu bakım gereksinimleri ile ölmektedirler (National End of Life Care Intelligence Network 2012).

Yaşam sonu bakımında iyi bir semptom kontrolünün sağlanması ve hastaların ölüm yeri tercihlerinin alınması için hastaların prognozları doğrultusunda tanınması yapılmalıdır.

SONUÇ

Son Dönem Karaciğer Hastalıkları yaygın ve yönetmesi güç olan semptomları bünyesinde barındırmaktadır. Bu nedenle tedavinin potensiyel etki ve yan etkileri açısından iyi değerlendirilmeli, mevcut semptomların daha da kötüleşmesi veya yeni semptomların ortaya çıkması engellenmelidir. Hemşireler son dönem karaciğer hastalıklarının yaygın neden ve komplikasyonları konusunda bilgi sahibi olmalı ve palyatif bakımda karmaşık semptom yönetimi sürecinde hasta gereksinimlerini tanılanmalı ve diğer sağlık bakım profesyonelleri ile iletişim içinde olarak hastaların yaşam kalitesini optimum düzeyde tutacak şekilde bakım vermelidir.

KAYNAKÇA

- Akdemir N. Sindirim sistemi hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İçinde N. Akdemir, L. Birol (Ed.), İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Genişletilmiş 3. Baskı, Ankara, Türkiye: Sistem Ofset Baskı, 2011;ss. 607-62
- Als-Nielsen B, Gluud LL. Non-absorbable disaccharides for hepatic encephalopathy: Systematic review of randomised trials. *BMJ* 2004;328:1046.
- Benson GD, Koff RS. The therapeutic use of acetaminophen in patients with liver disease. *Am J Ther* 2005;12:133-41
- Bernhard JD. Itch and Pruritus: What are They, and How Should Itches be Classified? *Dermatol Ther* 2005; 8 (4): 288-91.
- Beuers U, Boberg KM, Chapman RW, et al. EASL clinical practice guidelines: management of cholestatic liver diseases. *J Hepatol* 2009;51:237-67
- Bjork IT, Naden D. Patients' experiences of waiting for a liver transplantation. *Nurs Inq* 2008;15:289-298.
- Bramstedt KA: Hoping for a miracle: Supporting patients in transplantation and cardiac assist programs. *Curr Opin Support Palliat Care* 2008;2:252-55
- Brown J, Sorrell JH. Waiting for a liver transplant. *Qual Health Res* 2006;16:119-36.
- Chandok N, Watt KD. Pain management in the cirrhotic patient: the clinical challenge. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(5):451-8.
- Chaudhuri A, Behan PO. Fatigue in neurological disorders. *Lancet* 2004;363:978-88
- Dbouk N, McGuire BM. Hepatic encephalopathy: a review of its pathophysiology and treatment. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2006;9:464-74.
- Dooley JS, Lok A, Burroughs AK, Heathcote J. (Eds.) *Sherlock's diseases of the liver and biliary system.* John Wiley & Sons. 2011
- Erkan T. Kolestazda kaşıntı Derleme. *Türk Pediatri Arşivi*, 2003;38(2).
- Everhart JE, Ruhl CE. Burden of digestive diseases in the United States Part III: Liver, biliary tract, and pancreas. *Gastroenterology*, 2009;136(4), 1134-44

- Fitzpatrick E. Assessment and Management of Patients with Hepatic Disorders. In, S. Smeltzer, B. Bare (Ed.), Brunner&Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. China: Wolters Kluwer, 2010;pp. 1074-122
- Freeborne N, Lynn J. Insights about dying from the SUPPORT project. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:S199-205.
- Geenes V, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *World J Gastroenterol* 2009;15:2049-66.
- Ginès P, Cárdenas A, Arroyo A, et al. Management of Cirrhosis and Ascites. *N Engl J Med* 2004;350:1646-54.
- Gordon FD. Ascites *Clin Liver Dis.* 2012;16(2):285-99.
- Heitkemper MM, Croghan A, Cox-North P. (2007) L. Bucher (Ed.), *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management Of Clinical Problems*, United States of America: Elsevier, 2007;pp. 1110-114
- Jones DE, Bhala N, Burt J, et al. Four year follow up of fatigue in a geographically defined primary biliary cirrhosis patient cohort. *Gut* 2006;55:536-41
- Jost L, Roila F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology* 2010; 21: 257-60.
- Kalaitzakis E, Josefsson A, Castedal M, et al. Factors related to fatigue in patients with cirrhosis before and after liver transplantation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10:174-81
- Kanıcı HA, Erol HH, Parlak HAK, et al. *Gastroenteroloji Hastalıkları Hemşirelik Bakım Rehberi*, 2011;1-47
- Kanwal F, Hays RD. Are physician-derived disease severity indices associated with health-related quality of life in patients with end-stage liver disease? *Am J Gastroenterol* 2004;99:1726-32.
- Kaptan G, Dedeli O. Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde Temel İç Hastalıkları Hemşireliği. Birinci Baskı, İstanbul, Türkiye: İstanbul Tıp Kitabevi, 2012;ss. 263-320
- Kim SH, Oh EG. Symptom experience in Korean patients with liver cirrhosis. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:326-34
- Kinoshita H, Maeda I, Morita T, et al. Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden. *J Clin Oncol.* 2015 Feb;33(4):357-63
- Koulentaki M, Ioannidou D, Stefanidou M, et al. Dermatological manifestations in primary biliary cirrhosis patients: a case control study. *Am J Gastroenterol* 2006;101:541-6.
- Kremer AE, Elferink RPO, Beuers U. Pathophysiology and current management of pruritus in liver disease. *Clinics and research in hepatology and gastroenterology*, 2011;35(2), 89-97.
- Larson AM. Palliative care for patients with end-stage liver disease *Curr Gastroenterol Rep.* 2015 May;17(5):440.
- Martin SC, Stone AM. Medical, personal, and social forms of uncertainty across the transplantation trajectory. *Qual Health Res* 2010;20:182-96.
- Moore KP, Wong F, Gines P, et al. The management of ascites in cirrhosis: report on the consensus conference of the International Ascites Club. *Hepatology* 2003; 38: 258-66.
- Murphy ME. Pruritus. In: Kuebler KK, Esper P, eds. *Palliative Practices From A-Z for the Bedside Clinician*, 2 st ed. Oncology Nursing, Pittsburgh PA, ONS Press, 2002. p.223-8.

- National End of Life Care Intelligence Network Deaths From Liver Disease: Implications for End of Life Care in England. London: NÉoLCIN. 2012.
- Öztürk O, Tuncer İ, Doğanay L, Yorulmaz E, Çolak Y, Yılmaz E, F. Sirozlu hastalarımızda hepatik ensefalopati'yi tetikleyici faktörler. *MEDENİYET MEDICAL JOURNAL*, 2010;25(4),164-8.
- Paice J, Ferrel B. The management of cancer Pain. *Cancer Journal for Clinicians* 2011; 61: 157-182
- Peng JK, Hepgul N, Higginson IJ, et al. Symptom prevalence of patients with end-stage liver disease: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2016;6(3), 401-2.
- Poonja Z, Brisebois A. Patients with cirrhosis and denied liver transplants rarely receive adequate palliative care or appropriate management. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014; 12:692–8.
- Potosek J, Curry M, Buss M, et al. Integration of palliative care in end-stage liver disease and liver transplantation. *Journal of palliative medicine*, 2014;17(11), 1271-77.
- Rakoski MO, Volk ML. Palliative care for patients with end-stage liver disease: An overview. *Clinical Liver Disease*, 2015;6(1), 19-21.
- Rhee C, Broadbent AM. Palliation and liver failure: palliative medications dosage guidelines. *JPalliatMed*.2007;10(3):677–85
- Riggio O, Nardelli S, Gioia S, Lucidi C, Merli M. Management of Hepatic Encephalopathy As an Inpatient. *Clinical Liver Disease*, 2015;5(3):79-82
- Roh YS, Cho H, Oh JO, Yoon CJ. Effects of skin rehabilitation massage therapy on pruritus, skin status, and depression in burn survivors. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 2007;37(2), 221-26.
- Roth K, Lynn J. Dying with end stage liver disease with cirrhosis: Insights from SUPPORT. *J Am Geriatr Soc* 2000; 28:S122–130.
- Sanchez W, Talwalkar JA. Palliative care for patients with endstage liver disease ineligible for liver transplantation. *Gastroenterol Clin North Am*. 2006;35(1):201–19.
- Sargent S. The Management and Nursing Care of Cirrhotic Ascites. *British Journal of Nursing*, 2006;15(4):212-19
- Scaglione S, Kliethermes S, Cao G, et al. The epidemiology of cirrhosis in the United States: a population-based study. *J Clin Gastroenterol*. 2014;8.
- Schug S, Chandrasena C. Pain management of the cancer patient. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2015; 16 (1): 5-15.
- Seccareccia D, Gebara N. Pruritus in PalliativeCare. *Can Fam Physician* 2011; 57: 1010-3. 5.
- Shaheen NJ, Hansen RA. The burden of gastrointestinal and liver disease. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2128–2138.
- Shawcross D, Jalan R. The pathophysiologic basis of hepatic encephalopathy: central role for ammonia and inflammatio. *Cell Mol Life Sci* 2005;62:2295-304.
- Sonsuz A. Karaciğer sirozunda hasta takibi ve klinik sorunlar. Dobrucalı A, Tetikkurt C (editörler). *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Hastalıklar II. Sindirim Sistemi Hastalıkları, Akciğer Kanserine Güncel Yaklaşım Sempozyum Dizisi No: 58*. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2007; 99-112.
- Swain MG. Fatigue in liver disease: pathophysiology and clinical management. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2006;20(3), 181-88.
- Tümgör G. Kolestaz ve Kaşıntı: Progresif Familyal İntrahepatik Kolestaz?. *Journal of Current Pediatrics/Güncel Pediatri*, 2016;14(2).

- Van Os-Medendorp H, Ros WJG, Eland-de Kok PCM, et al. Effectiveness of the nursing programme 'Coping with itch': a randomized controlled study in adults with chronic pruritic skin disease. *British Journal of Dermatology*; 2007;156(6),1235-44.
- Verbeeck RK. Pharmacokinetics and dosage adjustment in patients with hepatic dysfunction. *Eur J Clin Pharmacol* 2008;64:1147-1161.
- Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, et al. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver. *Hepatology* 2014;60(2):715-35.
- WHO Definition of Palliative Care. 2014
- Wright G, Jalan R. Management of hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2007;21:95-11
- Yadav A, Vargas HE. Care of the Patient with Cirrhosis. *Clinical Liver Disease*, 2015;5(4):100-104