



Katri Hamunen

LT, vs ylilääkäri
HYKS, ATEK, Kipuklinikka
katri.hamunen[at]hus.fi

Palliatiivinen sedaatio

Palliatiivisella sedaatiolla voidaan lievittää muulle hoidolle reagoimattomia oireita. Olennaista on erottaa palliatiivinen sedaatio eutanasiasta.

Kärsimyksen lievittäminen on lääkärin perustehtävä. Palliatiivisen hoidon tavoite on lievittää kuolevan potilaan oireita ja parantaa loppuvaiheen elämänlaatua kun parantavaa hoitoa ei enää voida tarjota. Kuolevilla potilailla esiintyy runsaasti erilaisia oireita (1), joita lievittämällä voidaan todennäköisesti parantaa potilaan elämänlaatua. Oireiden esiintyvyydessä on suurta vaihtelua eri tutkimusten välillä. Tavallisimpia oireita ovat kipu, hengenahdistus ja uupumus (1). Tietoa oireiden vaikeusasteesta ja hoitojen vaikutuksesta on melko vähän (1,2). Italiassa tehdyssä tutkimuksessa 75 %:lla kuolevista potilasta oli vähintään yksi voimakas oire (3). Näistä yleisimmät olivat kipu, 42 %:lla potilaista, ja hengenahdistus, 45 %:lla potilaista. Suurimalla osalla kuolevista potilaista oireita voitaneen lievittää erilaisin lääkkeellisin ja lääkkeettömin keinoin (2). Pienellä osalla potilaista oireet ovat kuitenkin niin vaikeita etteivät tavanomaiset hoitomenetelmät riitä vaan harkittavaksi tulee sedaation käyttäminen oireiden lievittämiseksi.

Sedaatio

Sedaatiota käytetään laajalti erilaisten kivuliaiden tai muuten epämiellyttävien tutkimusten ja toimenpiteiden yhteydessä sekä tehohoidossa. Sedaatio toteutetaan yleisimmin laskimoon

jatkuvana infuusiona annostelluilla lääkkeillä. Sedaatio määritellään lääkkeillä aikaansaaduksi jatkumoksi syvenevää tajunnantason laskua, joka alkaa anksiolyyseistä ja ulottuu aina yleisanestesiaan asti (4). Anestesiologeille sedaatio on käsitteenä ja toimenpiteenä tuttu. Samoin erilaisten laskimonsisäisten lääkityksen titraaminen vasteen mukaan on tuttua ja arkipäiväistä toimintaa anesthesiologeille. Monille muiden erikoisalojen kollegoille ja erityisesti maallikoille nämä kaksi asiaa ovat kuitenkin selvästi vieraampia ja vaikeampia.

Taulukko 1.

Oireita lievittävä parenteraalinen lääkitys

Tajunnan tason alentaminen ei ole tavoite, mutta se voi joskus olla hoidon seuraus. Tämä on eri asia kuin potilaan sedatoiminen oireen hallitsemiseksi.

Palliatiivinen sedaatio

Tajunnan tason tarkoituksellista alentamista käytetään keinona oireiden lievittämisessä. Tällä ei pyritä jouduttamaan kuolemaa.

Eutanasia

Tavoitteena on kuoleman aktiivinen jouduttaminen/ tuottaminen.

Taulukko 2. Erilaisia tilanteita, joissa palliatiivista sedaatiota voidaan käyttää kuolevan potilaan oireiden lievittämiseen (Cherny).

1. lyhykestoinen sedaatio kivuliaita toimenpiteitä varten
2. palovammapotilaan saattohoidossa
3. kuolevaa potilasta ventilaattorista vieroitattessa
4. muulle hoidolle reagoimattomien oireiden hoidossa
5. sedaatio hätätilanteissa kuten äkillinen hallitsematon verenvuoto tai hengenahdistus
6. jaksotettu sedaatio (potilas herätetään määräjain ennen sedaation aloittamista tehdyn sopimuksen mukaisesti ("respice sedation", intermittoiva sedaatio)
7. sedaatio psyykkisen tai eksistentiaalisen kärsimyksen lievittämiseksi

Palliatiivisen sedaation indikaatiot

Sedaatiota on ryhdytty hiljalleen käyttämään myös palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden erityisen hankalien oireiden lievittämiseen. Tälöin puhutaan palliatiivisesta sedaatiosta.

Sillä tarkoitetaan potilaan muulle hoidolle reagoimattoman oireen lievittämistä käyttäen keino-tajunnan tason tarkoituksellista alentamista (2). Hyvän suomenkielisen nimen puuttuminen vaikeuttaa palliatiivisen sedaation käsitteen ymmärtämistä. Olennaista on erottaa palliatiivinen sedaatio oireenmukaisesta parenteraalisesta kipulääkityksestä sekä viime aikoina paljon esillä olleesta eutanasiasta (taulukko 1). Palliatiivisessa hoidossa sedaatiota voidaan käyttää erilaisissa tilanteissa (taulukko 2). Anestesiologeille tutuimpia lievä-tahohoidosta luopumiseen liittyvät tilanteet ja niihin liittyvä oirehoito, mutta anestesia-lääkäreitä voidaan konsultoida myös muista hoito-yksiköistä sedaation käytön suhteen (5).

Palliatiivisen sedaation todellisesta tarpeesta ei ole tietoa. Kansainvälisessä kirjallisuudessa palliatiivisen sedaation käyttö vaihtelee 3% :sta jopa 52%:iin palliatiivisista potilaista (6). Tämä viitannee sedaation varsin erilaisiin määritelmiin ja toteutuksiin. Muutaman vuoden takaisen tutkimuksen mukaan syvän sedaation käyttö vaihteli kuudessa Euroopan maassa 2.5 – 8.5% potilaista. Sedaatiota käytettiin Tanskassa 2.5% ja Ruotsissa 3.2% potilaista (7). Suomesta ei ole käytettävissä minkäänlaisia tietoja.

Käytettävissä olevat tutkimukset palliatiivisesta sedaatiosta ovat lähinnä kuvauksia

käyttöaiheista ja käytetyistä lääkkeistä (6). Oireiden vaikeusasteen määrittely on olennaista arvioitaessa sedaation tarvetta ja sen asianmukaista käyttöä sekä tehoa. Kuitenkin tutkimuksissa sedaation indikaationa olevat oireet on usein kuvattu puutteellisesti (vaikeusasteen määrittely). Kivun mittaamiseen on käytettävissä useita erilaisia validoituja mittareita, mutta kuolevan potilaan muiden oireiden kuvaamiseen soveltuvia mittareita on tutkittu vain vähän (8). Lisäksi sedaation tehon, haittavaikutusten sekä vakavien komplikaatioiden määrittely ja raportointi on usein lähinnä kuvailevaa (6).

Palliatiivisen sedaation indikaatioina on mairittu delirium tai levottomuus (40–65% sedaatioista), hengenahdistus (12–26%), kipu (14–21%) ja pahoinvointi/oksentelu (4%) (6). Muita oireita, joiden hoitoon palliatiivista sedaatiota on käytetty, ovat mm. unettomuus, ahdistuneisuus ja henkinen kärsimys.

Palliatiivisen sedaation teho ja turvallisuus

Oireiden voimakkuutta ja niiden lievittymistä mittaavien luotettavien mittareiden puuttuessa palliatiivisen sedaation teho arviointi on tutkimuksissa lähinnä kuvailevaa (6). Yleensä raportoitu teho on ollut hyvä tai täydellinen. Japanilaisessa prospektiivisessä, havainnoivassa tutkimuksessa, jossa 102 potilasta sedatoitiin erilaisilla lääki-tyksillä, oireet lievittyivät 83%:lla potilaista (9). Potilaista 49% heräsi vielä sen jälkeen kun syvä

>>

Taulukko 3. Palliatiivisen sedaation käytön edellytykset.

Palliatiivista sedaatiota voidaan käyttää potilaan vaikeiden oireiden lievittämiseen seuraavin ehdoin:

- parantavasta hoidosta on luovuttu ja potilas on palliatiivisen hoidon piirissä
- muut keinot lievittää potilaan oireita on arvioitu ja kokeiltu eikä niillä ole saavutettu oireen riittävää lievittymistä. Tästä on varmistuttava konsultoimalla aiheeseen perehtynyttä kipulääkäriä tai palliatiivisen hoidon lääkäriä.
- sedaation antava lääkäri tuntee laskimoon annettavien sedatiivisten lääkkeiden farmakologian ja käytön

sedaatio oli saavutettu vähintään yhden tunnin ajaksi. Hengitystiheys ei merkittävästi muuttunut sedaation aloittamisen jälkeen. Vakavia komplikaatioita raportoitiin 22%:lla potilaista. Vakaviksi komplikaatioiksi oli luokiteltu hengityksen ja/tai verenkierron lama, aspiraatio tai aspiraatiopneumonia ja paradoksaalinen reaktio/agitaatio. Vakavia komplikaatioita esiintyi useammin potilailla, joilla sedaation indikaationa oli delirium ja niillä, joilla esiintyi enemmän agitaatiota. Randomisoidun retro- ja prospektiivisiin potilassarjoihin ja tutkimuksiin perustuvan systemaattisen katsauksen perusteella palliatiivinen sedaatio ei näyttäisi lyhentävän sedaatiota saavien potilaiden ennustetta (10).

Palliatiivisen sedaation käytön edellytykset ja hoitopäätöksen tekeminen

Palliatiivisen sedaation käytön edellytykset on esitetty taulukossa 3. Potilaan ja omaisten ymmärrys kuoleman lähestymisestä ja oireiden hallinnasta voi vaihdella paljon ja poiketa olennaisesti hoitavien tahojen näkemyksistä. Hoitopäätöksiä tehtäessä tulisi pystyä pitämään omat tunteet ja arvot erillään potilaan ja omaisten tarpeista ja toiveista. Suomen lainsäädännön mukaan potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen omaistensa kanssa. Potilas tai omaiset voivat joko toivoa tai pelätä sedaatiota kuoleman lähestyessä. Potilaan osallistuminen keskusteluun riippuu olennaisesti hänen yleiskunnostaan ja voimavaroistaan sen hetkessä tilanteessa. Hätätilanteet hoidetaan tarpeen ja tilanteen mukaan, mutta hitaammin etenevien,

muilla keinoilla hallitsemattomien oireiden kohdalla on syytä käydä kunnolliset keskustelut potilaan ja omaisten kanssa sedaation käytöstä ennen kuin siihen ryhdytään. Päätös ja perustelut sedaation aloittamisesta sekä toteutus tulee kirjata sairauskertomukseen. Sedaation aikana kirjataan potilaskertomukseen sedaation vaikutus potilaan tajunnantasoon ja oireisiin.

Palliatiivisen sedaation toteuttaminen

Kunnollisen tutkimusnäytön puuttuessa on vaikea antaa ohjeita tehokkaimmasta ja turvallisimmasta lääkityksestä ja annostuksesta (6,11). Midatsolami on kirjallisuuden perusteella eniten käytetty lääke (6,11). Muita mahdollisia lääkkeitä ovat loratsepaami, propofoli ja dexmedetodiini (12). Erityisesti kivun vuoksi annettavissa sedaatioissa ketamiini yhdistettynä bentsodiatsepiiniin ja opioideihin voi olla hyvä vaihtoehto. Käytännössä lääkevalinta riippuu eniten hoitavan lääkärin kokemuksesta eri lääkkeiden käytöstä. Propofolin, deksmedetomidiniin ja ketamiinin käyttöön liittyy rajoituksia, mutta käytännössä useimmiten riittänee, että anestesiaalääkäri on konsultoitavissa lääkityksen suhteen. Sedaation syvyyden määrää oireen lievittyminen. Annos voi vaihdella huomattavasti riippuen oireen laadusta ja voimakkuudesta sekä potilaan iästä ja yleisilasta. Lääkkeen aloitusannos tulee valita varovaisesti ja jatkuvan infuusion ylläpitoannos titrataan yksilöllisesti seuraten oireen lievittymistä. Vaste saavutetaan usein hitaasti verrattuna anestesiaalääkärin kokemuksiin

sedaation käytöstä muissa käyttöaiheissa: aikaisemmin mainitussa japanilaisessa tutkimuksessa keskimääräinen aika yhden tunnin keskeytymättömän sedaation saavuttamiseen oli 140 min (9).

Palliativisen sedaation yhteydessä ei käytetä potilaan vitaalitoimintojen koneellista monitorointia. Potilaan vointia ja oireen lievittymistä voidaan seurata arvioimalla mm hengitystihyeyttä ja –tapaa (pinnallinen, tiheä vs rauhallinen), liikehtimistä, ääntelyä ja ilmeitä. Tajunnantason arviointiin ja kirjaamiseen voidaan käyttää joko kirjallisuudessa ehdotettuja, validoimattomia asteikkoja kuten Ramseyn sedaatio-asteikkoja tai kuvailla yksinkertaisesti sanallisesti potilaan vastetta puhutellulle ja käsittelylle. Tärkeintä on kirjata jollain selkeällä tavalla potilaan vaste lääkitykselle.

Sedatiivisen lääkkeen annostelun lisäksi on huolehdittava riittävästä kipu- ja muusta lääkityksestä potilaan tarpeiden mukaan. Neste- ja ravitsemushoidon käyttämisestä on päätettävä tapauskohtaisesti (2). Lyhyissä, muutaman päivän kestoissa sedaatioissa, ns. aukiolotiputus riittää potilaan nestehoidoksi.

Sedaatio voidaan keskeyttää suunnitelmallisesti tiettyinä aikoina (intermittoiva sedaatio), jos se on ollut potilaan toive ennen sedaatioon ryhtymistä, tai jos sen muuten katsotaan olevan potilaan edun mukaista. Näitä tilanteita varten tulee olla valmis suunnitelma siitä kuinka sedaation indikaationa ollut oiretta hoidetaan sedaation ollessa keskeytettynä. Sedaation rutiinomaista keskeyttämistä ei voida pitää tarpeellisena tai vaikeasta oireesta kärsivän potilaan edun mukaisena.

Potilaan kuoltua voi olla hyödyksi vielä keskustella omaisten ja henkilökunnan kanssa lopuvaiheen oirehoidon toteutumisesta ja siihen liittyvistä tunteista ja kokemuksista (11,12). ■

Viitteet

1. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Sympt Manag* 2006; 31: 58-69.
2. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008 (viitattu 19.11.2012). www.kaypahoito.fi
3. Toscani F, Di Giulio P, Brunelli C, ym. How people die in hospital general wards: A descriptive study. *J Pain Sympt Manag* 2005; 30: 33-40
4. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on sedation and analgesia by non-anesthesiologists. *Anesthesiology* 2002; 96: 1004-17.
5. Mercadante S, Giarratano A. The anesthesiologist and end-of-life care. *Curr Opin Anaesthesiol* 2012; 25: 371-5.
6. Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage*. 2008; 36: 310-33
7. Miccinesi G, Rietjens JAC, Deliens L, ym. Continuous deep sedation: Physicians' experiences in six European countries. *J Pain Sympt Manag* 2006; 31: 122-9.
8. Arevalo JJ, Brinkkemper T, van der Heide A, ym; AMROSE Site Study Group. Palliative sedation: reliability and validity of sedation scales. *J Pain Symptom Manage*. 2012; 44: 704-14.
9. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, ym. Efficacy and safety of palliative sedation therapy: A multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Sympt Manag* 2005; 30: 320-8.
10. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, ym. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol*. 2012; 30(12): 1378-83.
11. Lo B, Rubenfeld G. Palliative sedation in dying patients. "We turn to it when everything else hasn't worked". *JAMA* 2005; 294: 1810-16.
12. Hamunen K, Heiskanen T, Kalso E. Miten palliativinen sedaatio toteutetaan? *SLL* 2007; 44: 4105-9.
13. Cherny NI, Radbruch L, the Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine* 2009; 23: 581-93.