



# دستورالعمل‌های مراقبت تسکینی سرطان

ترجمه: دکتر گیتی حاجبی

گروه بالینی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## استانداردهای مراقبت تسکینی

سازمان بهداشت جهانی (WHO) مراقبت‌های تسکینی را به‌عنوان خدماتی برای پیشگیری و تسکین درد و رنج بیماران و خانواده‌هایی که با بیماری‌های تهدیدکننده حیات مواجه هستند، توصیف می‌کند که از طریق مدیریت زود هنگام درد و سایر مشکلات جسمی، روانی اجتماعی و معنوی طراحی شده‌اند. به رسمیت شناختن روزافزون مراقبت تسکینی به‌عنوان یک جنبه جدایی‌ناپذیر از

درمان سرطان، با توانایی بهبود کیفیت زندگی و جلوگیری از پذیرش غیرضروری در بیمارستان و استفاده از خدمات بهداشتی، به ویژه زمانی که در اوایل دوره بیماری انجام شود، وجود دارد. در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، شروع زود هنگام مراقبت تسکینی برای کنترل بهینه علائم، انتظارات، درک بیماری و مراقبت جامع از بیمار و خانواده ضروری است. به‌عنوان مثال، Temel و همکاران گزارش کردند که در بیماران مبتلا به سرطان ریه

سرطان پیشرفته باید خدمات مراقبت تسکینی اختصاصی را در اوایل دوره بیماری همزمان با درمان فعال دریافت کنند.

مطابق ASCO، اجزای اساسی مراقبت تسکینی ممکن است شامل موارد زیر باشند: **◀ ایجاد تفاهم و روابط دوستانه با بیماران و مراقبان خانواده**

**◀ مدیریت علائم، دیسترس و وضعیت عملکردی (مانند درد، تنگی نفس، خستگی، اختلال خواب، خلُق، تهوع، یبوست)**

**◀ تجسس درک و آموزش در مورد بیماری و پیش‌آگهی**

**◀ تصریح اهداف درمان**

**◀ ارزیابی و حمایت از نیازهای مقابله‌ای (مثلاً ارایه Dignity therapy)**

**◀ کمک به تصمیم‌گیری پزشکی**

**◀ هماهنگی با سایر ارایه دهندگان مراقبت**

**◀ ارجاع به سایر ارایه دهندگان مراقبت**

برحسب ضرورت

توصیه‌های ASCO در مورد ارایه مراقبت‌های تسکینی به شرح زیر است:

**◀ برای بیماران مبتلا به سرطان که بار علائم شدیدی دارند یا نیازهای جسمی یا روانی اجتماعی برآورده نشده دارند، برنامه‌های مراقبت از سرطان سرپایی باید ارایه گردد و از منابع متعهد (پزشکان مراقبت تسکینی) برای ارایه خدمات مراقبت تسکینی برای تکمیل ابزارهای برنامه موجود استفاده کنند.**

**◀ برای بیماران مبتلا به سرطان زودرس یا پیشرفته که در محیط سرپایی**

سلول غیرکوچک متاستاتیک، مراقبت تسکینی اولیه منجر به بهبود قابل توجهی در کیفیت زندگی و خلُق و خو می‌شود. علاوه بر این، بیماران که مراقبت‌های تسکینی اولیه را دریافت کردند، در پایان عمر درمان تهاجمی کمتری داشتند و بقای طولانی‌تری نسبت به بیماران که مراقبت‌های انکولوژیک استاندارد را به تنهایی دریافت می‌کردند، داشتند. یافته‌هایی از این دست باعث ایجاد طیف وسیعی از دستورالعمل‌هایی در مورد مراقبت تسکینی سرطان شده است.

انجمن آمریکایی انکولوژی بالینی (ASCO) توصیه می‌کند که ترکیب مراقبت‌های تسکینی با مراقبت‌های استاندارد انکولوژی در اوایل دوره درمان برای بیماران مبتلا به سرطان متاستاتیک و یا بار علائم شدید در نظر گرفته شود. توصیه‌های خاص به شرح زیر است:

**◀ زمان شروع مراقبت‌های تسکینی زمانی است که سرطان بیمار پیشرفته یا متاستاتیک می‌شود، ارجاع برای برنامه‌ریزی مراقبت‌های پیشرفته، اغلب برای این بیماران اجباری است (غالباً ارجاع به مددکار اجتماعی یا هدایتگر بیمار).**

**◀ برای بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته که به تازگی تشخیص داده شده‌اند، پانل تخصصی، مداخله زودهنگام مراقبت تسکینی ظرف ۸ هفته پس از تشخیص را پیشنهاد می‌کند.**

**◀ بیماران بستری و سرپایی مبتلا به**

بیمارانی که غربالگری آن‌ها وجود یک یا چند مورد زیر را تایید می‌کند، توصیه می‌نماید:

- ◀ علائم کنترل نشده
- ◀ دیسترس متوسط تا شدید مربوط به تشخیص و درمان سرطان
- ◀ بیماری‌های جدی جسمی و یا روانی همراه
- ◀ نیازهای پیچیده روانی
- ◀ نگرانی بیمار، خانواده یا مراقب در مورد دوره بیماری و تصمیم‌گیری
- ◀ درخواست بیمار/ خانواده برای مراقبت

#### تسکینی

- ◀ دیسترس معنوی/ وجودی
- ◀ درخواست بیمار برای تسریع مرگ
- ◀ سرطان‌های پیشرفته مرتبط با عوارض و مرگومیر بالا
- ◀ آگاهی و پیش‌آگهی ضعیف
- ◀ نشانگرهای اضافی ممکن است شامل شواهدی از بدتر شدن پیش‌آگهی باشند، مانند:

- ◀ وضعیت عملکرد ضعیف اسکور ECOG  $\geq 3$  (Eastern Cooperative Oncology Group) یا KPS  $\leq 50$  (وضعیت عملکرد کارنوفسکی)

- ◀ کاشکسی
- ◀ هیپرکلسمی مقاوم
- ◀ متاستاز مغز یا مایع مغزی نخاعی
- ◀ هذیان مقاوم
- ◀ انسداد بدخیم روده
- ◀ سندروم ورید اجوف فوقانی (SVC)
- ◀ فشردگی طناب نخاعی

توسط مراقبان خانواده، مراقبت خواهند شد، ارایه دهندگان (به‌عنوان مثال، پرستاران، مددکاران اجتماعی) ممکن است حمایت مراقبت تسکینی متناسب با مراقبت را آغاز کنند که می‌تواند شامل راهنمایی تلفنی، آموزش، ارجاع و جلسات حضوری باشد.

◀ ممکن است برای مراقبان خانواده که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند یا قادر به سفر به کلینیک نباشند، حمایت تلفنی ارایه شود.

شبکه ملی جامع سرطان (NCCN) موافق است و توصیه‌های اضافی زیر را شامل می‌شود:

◀ همه بیماران سرطانی باید به‌طور مکرر از نظر نیازهای مراقبت تسکینی غربالگری شوند، با تشخیص اولیه شروع می‌شود و پس از آن در فواصل زمانی مطابق با اندیکاسیون بالینی.

◀ مراقبت تسکینی باید توسط تیم انکولوژی اولیه آغاز شود و سپس با همکاری متخصصان مراقبت تسکینی تقویت شود.

◀ همه متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید آموزش ببینند تا دانش، مهارت‌ها و نگرش‌های مراقبت تسکینی را توسعه دهند.

◀ یک تیم چند رشته‌ای از متخصصان مراقبت تسکینی باید برای ارایه مشاوره یا مراقبت مستقیم به بیماران و یا خانواده‌ها در صورت درخواست یا نیاز در دسترس باشند.

◀ کیفیت مراقبت تسکینی باید توسط برنامه‌های بهبود کیفیت سازمانی ارزیابی شود. NCCN ارزیابی توسط تیم انکولوژی را برای

## ارزیابی

توصیه‌های ارزیابی به شرح زیر هستند:

◀ همه بیماران باید در هر تماس از نظر درد غربالگری شوند.

◀ هر زمان که ممکن بود شدت درد باید در حد امکان کمی و مستند باشد و کیفیت آن توسط بیمار مشخص گردد.

◀ شامل گزارش بیمار از درد اولیه، درمان‌های مورد استفاده و تاثیر آن‌ها بر درد، گزارش بیمار از راحتی کافی، گزارش رضایت بیمار از تسکین درد، ارزیابی تأثیر بر عملکرد توسط ارایه‌دهنده و هرگونه مسایل خاص برای بیمار مربوط به درمان درد

◀ ارزیابی جامع درد برای درد مداوم یا درد جدید باید برای تعیین علت، پاتوفیزیولوژی، سندروم درد سرطان خاص و اهداف بیمار برای راحتی و عملکرد انجام شود.

## مدیریت

دستورالعمل‌های مدیریت درد سرطان از سوی انجمن انکولوژی پزشکی اروپایی (ESMO) از استراتژی WHO از یک نردبان آنالژژیک متوالی سه مرحله‌ای از غیراوپیوئیدها به اوپیوئیدهای ضعیف تا اوپیوئیدهای قوی پیروی می‌کند که براساس شدت درد اندازه‌گیری می‌شود. توصیه‌های ESMO برای انتخاب آنالژژیک‌ها براساس شدت درد بدین شرح می‌باشند:

◀ **خفیف:** استامینوفن (پاراستامول) و یا یک داروی ضدالتهابی غیراستروئیدی،

◀ افیوژن بدخیم

◀ نیاز به استنت‌گذاری تسکین‌دهنده یا گاستروستومی با تهویه

## درد سرطان

کنترل مطلوب درد برای بیمار سرطانی ضروری است. این را می‌توان با درمان موضعی با تابش اشعه، تزریق‌ها یا جراحی یا درمان سیستمیک با آنالژژیک‌های مناسب به‌دست آورد. ارجاع زودهنگام به متخصص درد که نیازهای بیمار را درک کند، مهم است. درد در هر ویزیت بیمار سرطانی، باید یک علامت حیاتی برای ارزیابی در نظر گرفته شود.

دستورالعمل‌های شبکه ملی جامع سرطان (NCCN) اصول کلی مدیریت درد را مشخص کرده و توصیه‌های اختصاصی را برای ارزیابی، مدیریت و ارزیابی مجدد درد سرطان در بزرگسالان ارایه می‌دهد. توصیه‌های اصلی شامل موارد زیر می‌باشند:

◀ مداخلات در چارچوب اهداف خاص بیمار برای راحتی، عملکرد و ایمنی در نظر گرفته شود.

◀ بیماران مبتلا به کریز درد حاد، ممکن است کاندیدای پذیرش در بیمارستان برای دستیابی به اهداف راحتی و عملکرد باشند. ◀ درد مربوط به یک اورژانس انکولوژیک شناسایی گردند.

◀ برای دردی که به یک اورژانس انکولوژیک مرتبط نمی‌شود، بیماران متحمل به اوپیوئید از بیمارانی که اوپیوئید مصرف نمی‌کنند، متمایز شوند.

(NSAID) این عوامل همچنین به عنوان مکمل برای درمان درد شدیدتر حداقل در کوتاه مدت موثر هستند، مگر این که منع مصرف داشته باشند.

◀ **خفیف تا متوسط:** اوپوئیدهای ضعیف مانند کدیین، ترامادول و دی هیدروکدیین، در ترکیب با آنالژزیک‌های غیراوپوئیدی

◀ **متوسط تا شدید:** مورفین خوراکی دستورالعمل ESMO خاطرنشان می‌کند که اگرچه تجویز خوراکی توصیه می‌شود، بیماران با درد شدید که نیاز به تسکین فوری دارند، باید با اوپوئیدهای تزریقی معمولاً زیر جلدی یا داخل وریدی درمان شوند.

توصیه‌های ESMO در مورد اوپوئیدهای قوی جایگزین شامل موارد زیر هستند:

◀ **هیدرومورفون یا اکسی کدون خوراکی (فوری رهش و رهش اصلاح شده) و متادون خوراکی جایگزین‌های موثری برای مورفین خوراکی هستند، با این حال، متادون باید توسط پزشکان با تجربه و تخصص در استفاده از آن‌ها آغاز شود.**

◀ **فتنانیل ترانس درمال و بوپرنورفین ترانس درمال، بهتر است برای بیمارانی که نیاز آن‌ها به اوپوئید پایدار است، استفاده شود و معمولاً درمان انتخابی برای بیمارانی است که قادر به بلعیدن نیستند، تحمل ضعیفی نسبت به مورفین دارند یا پذیرش ضعیفی دارند.**

◀ **بوپرنورفین در آنالژزیک تراپی بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی و تحت درمان همودیالیز نقش دارد.**

◀ **تعویض اوپوئید برای بهبود تسکین درد و یا تحمل دارو، توسط شواهد با کیفیت بالا پشتیبانی نمی‌شود، اما اغلب در عمل بالینی استفاده می‌شود، که نیاز به آشنایی با دوزهای ضد درد معادل از اوپوئیدهای مختلف دارد.**

برای دردهای مربوط به یک اورژانس انکولوژیک، مانند شکستگی استخوان، عفونت یا انسداد، NCCN درمان مستقیم درد را علاوه بر ارایه درمان اختصاصی برای شرایط زمینه‌ای (مانند جراحی، استروئیدها، پرتودرمانی، آنتی‌بیوتیک‌ها) توصیه می‌کند. برای دردی که به یک اورژانس انکولوژیک مرتبط نیست، توصیه‌های NCCN بسته به این که بیمار متحمل به اوپوئید است یا اوپوئید مصرف نمی‌کند، متفاوت است. سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) تحمل به اوپوئید را به عنوان دریافت یکی از موارد زیر برای مدت ۱ هفته یا بیشتر تعریف می‌کند:

- ◀ ۶۰ میلی گرم مورفین خوراکی در روز
  - ◀ ۲۵ میکروگرم فتنانیل ترانس درمال در ساعت
  - ◀ ۳۰ میلی گرم اکسی کدون خوراکی در روز
  - ◀ ۸ میلی گرم هیدرومورفون خوراکی در روز
  - ◀ ۲۵ میلی گرم اکسی مورفون خوراکی در روز
  - ◀ یک دوز آنالژزیک معادل از اوپوئید دیگر
- برای بیماران بی تجربه به اوپوئید، NCCN مدیریت درد اورژانسی غیرانکولوژیک را بدین نحو توصیه می‌کند:
- ◀ **ارایه حمایت روانی اجتماعی، شامل آموزش به بیمار و خانواده**

خوراکی طولانی اثر یا برنامه ریزی منظم مصرف شده در ۲۴ ساعت قبل. در صورت نیاز هر ۳ تا ۴ ساعت تکرار شود.

◀ ارزیابی اثربخشی و عوارض جانبی هر ۶۰ دقیقه برای اویپویدهای خوراکی و هر ۱۵ دقیقه برای اویپوید IV

◀ اگر ارزیابی درد بدون تغییر یا افزایش یافته باشد. دوز نجات را ۱۰۰-۵۰ درصد افزایش دهید.

◀ اگر اسکور درد کاهش یافت، دوز اویپوید را تکرار کنید و هر ۶۰ دقیقه برای اویپویدهای خوراکی و ۱۵ دقیقه برای اویپویدهای وریدی مجدداً ارزیابی کنید. ◀ اگر اسکور درد پس از دو تا سه سیکل بدون تغییر باقی ماند، تغییر راه تجویز از خوراکی به IV را در نظر بگیرید یا استراتژی‌های مدیریت جایگزین را بررسی کنید.

◀ اگر اسکور درد به صفر تا ۳ کاهش یافت، قبل از اقدام به استراتژی‌های مدیریت بعدی، دوز مؤثر فعلی را در صورت نیاز طی ۲۴ ساعت ارایه دهید. ◀ نیاز مداوم برای تکرار دوزهای نجات ممکن است نشان‌دهنده نیاز به تنظیم دوز برنامه‌ریزی شده منظم اویپوید باشد.

◀ فنتانیل ترانس درمال سریع اثر برای دوره‌های کوتاه درد ناشی از دوز ناکافی شبانه روزی اویپوید در نظر گرفته شود.

مدیریت بعدی براساس اسکور رتبه بندی درد ادامه دار و شامل این موارد است:

◀ دوزهای منظم اویپوید، با دوزهای نجات در صورت نیاز

◀ ارزیابی مجدد در هر تماس

◀ آنالژزیک‌های کمکی را برای سندروم‌های درد خاص در نظر بگیرید.

◀ بهینه‌سازی مداخلات یکپارچه

◀ یک رژیم پیشگیری کننده روده برای بیمارانی که آنالژزیک‌های اویپویدی دریافت می‌کنند، ارایه دهید.

◀ **درد شدید:** برای درد حاد، شدید یا بحران درد، بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاه را برای دستیابی به اهداف خاص بیمار برای راحتی و عملکرد در نظر بگیرید.

◀ **درد متوسط:** درمان‌های غیراویپویدی و کمکی در صورت لزوم (مثلاً استامینوفن، داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، ضدافسردگی‌ها، ضد تشنج‌ها)، با اویپویدهای کوتاه اثر در صورت نیاز، اگر بیمار به‌طور مداوم به ۳-۴ دوز در روز نیاز دارد، اضافه کردن یک اویپوید طولانی اثر را در نظر بگیرید، برای درد مداوم، یک برنامه منظم اویپوید با دوز نجات را در صورت نیاز شروع کنید (۲۰-۱۰ درصد دوز توتال روزانه).

◀ **درد خفیف:** ابتدا درمان‌های غیراویپویدی و کمکی را در نظر بگیرید، مگر این که به دلیل عوارض جانبی یا تداخلات دارویی بالقوه منع مصرف داشته باشند.

برای بیماران متحمل به اویپوید که درد ناگهانی با شدت مساوی یا بیش از ۴ (در مقیاس ۱۰۰) دارند، یا اهداف کنترل درد و عملکرد آنها برآورده نشده است، مدیریت بدین شرح است: ◀ یک دوز نجات از یک اویپوید کوتاه اثر، معادل ۱۰ تا ۲۰ درصد کل دوز اویپوید

### ◀ مدیریت یبوست

◀ حمایت اجتماعی و آموزش برای بیماران و خانواده‌ها

برای مراقبت مداوم، اگر سطح قابل قبولی از راحتی و عملکرد به دست آمده است و نیاز بیمار به اوپیوید ۲۴ ساعته ثابت است، به یک داروی خوراکی با رهش طولانی (در صورت امکان) یا فرمولاسیون طولانی رهش دیگر (مانند فنتانیل ترانس درمال) تبدیل کنید. در سال ۲۰۱۲ انجمن اروپایی مراقبت‌های تسکینی (EAPC) دستورالعمل‌های خود را برای استفاده از آنالژژیک‌های اوپیوید برای درمان درد سرطان به روز کرد و توصیه‌های زیر را ارائه کرد: ◀ برای دردهای خفیف تا متوسط که توسط داروهای NSAID کنترل نمی‌شود، ممکن است یک اوپیوید خوراکی مرحله II (کدین یا ترامادول) اضافه شود، ممکن است یک اوپیوید مرحله III (مثلاً مورفین یا اکسی کدون) نیز در نظر گرفته شود.

◀ هیچ ارجحیتی در میان مورفین خوراکی، اکسی کدون یا هیدرومورفون به‌عنوان اوپیویدهای مرحله III انتخاب اول برای درد متوسط تا شدید وجود ندارد.

◀ برای بیمارانی که قادر به بلع نیستند، فنتانیل و بوپرنورفین ترانس درمال جایگزین‌هایی برای اوپیویدهای خوراکی هستند.

◀ بیمارانی که تسکین ناکافی و عوارض جانبی شدید را با یک اوپیوید مرحله III تجربه می‌کنند، ممکن است از تغییر به یک اوپیوید جایگزین سود ببرند.

### ◀ تزریق زیر جلدی جایگزین ترجیحی

برای بیمارانی است که قادر به دریافت اوپیوید خوراکی یا ترانس درمال نیستند، تزریق IV هنگامی که تجویز زیر جلدی منع مصرف دارد، باید در نظر گرفته شود، در صورت نیاز به کنترل سریع درد، انفوزیون IV برای تیتراسیون اوپیوید ترجیح داده می‌شود. دستورالعمل‌های مدیریت درد مرتبط به سرطان از سوی انجمن درد و علوم اعصاب آمریکا (ASPN) شامل این توصیه‌ها می‌باشند: ◀ برای دردهای متوسط تا شدید مرتبط با سرطان باید اوپیویدها را در نظر گرفت و انتخاب عامل به منظور واریانس تظاهرات درد و بیماری‌های پزشکی همراه، فردی‌سازی شود. ◀ متادون باید زمانی که سایر اوپیویدها بی‌اثر هستند، در نظر گرفته شود، یا آن متیل د آسپاراتات (NMDA) اضافی یا مدولاسیون گیرنده سروتونین مورد نظر است، شروع دوز بستگی به تحمل اوپیوید دارد، با دوزهای اولیه کم برای بیمارانی که اوپیوید مصرف نمی‌کنند. برای بیماران متحمل به اوپیوید یک رویکرد محافظه کارانه توصیه می‌شود، با استفاده از ضریب تبدیل ۱:۱۵ تا ۲۰:۱ از ۹۰-۷۵ درصد کمتر از دوز محاسبه شده برای آنالژژیک معادل شروع می‌شود. ◀ درمان با کتامین باید به‌صورت فردی و موردی برای دردهای نوروپاتیک مقاوم، دردهای استخوانی و ناشی از موکوزیت در نظر گرفته شود.

◀ در بیماران مبتلا به درد غیرقابل درمان مربوط به سرطان لگن، نورولیز شبکه هیپوگاستریک فوقانی باید در نظر گرفته شود. ▶ در بیماران مبتلا به درد غیرقابل درمان مربوط به سرطان پرینه باید نورولیز گانگلیون را در نظر گرفت.

◀ تحویل اینتراتکال دارو با استفاده از پمپ قابل کاشت باید در بیماران مبتلا به درد ناشی از سرطان که به مدیریت پزشکی معمول پاسخ نمی‌دهد، یا عوارض جانبی ناشی از آن را تجربه می‌کنند، به شدت مورد توجه قرار گیرد. آزمایش قبل از کاشت پمپ داخل نخاع باید به صلاح‌دید پزشک و بیمار باشد، این امر الزامی نیست.

◀ تحریک طناب نخاعی ممکن است به‌صورت موردی برای درد مقاوم به درمان مرتبط با سرطان، مانند نوروپاتی محیطی ناشی از شیمی‌درمانی در نظر گرفته شود. ▶ برای بیماران مبتلا به شکستگی‌های فشاری مهره‌ای علامت‌دار ناشی از متاستازهای ستون فقرات، تقویت مهره‌ها باید به شدت در نظر گرفته شود.

◀ RFA (ضایعه رادیوفرکوئنتسی) از راه پوست، با یا بدون افزودن سیمان، برای درمان کم‌درد شدید ناشی از تومورهای ستون فقرات اندیکاسیون دارد و به‌عنوان درمان تسکین‌دهنده برای متاستازهای دردناک ستون فقرات ایمن و مؤثر است. ▶ RFA (ضایعه رادیو فرکوئنتسی) گانگلیون ریشه خلفی (dorsal root ganglion)

◀ پرتودرمانی خارجی (EBRT) با رژیم‌های کوتاه و تقسیم‌شده نسبت به برنامه‌های طولانی مدت معمول برای بیماری متاستاتیک استخوانی دردناک ترجیح داده می‌شود. پرتودرمانی استریوتاکتیک بدن ممکن است برای سرطان‌های مقاوم به اشعه یا بیماری الیگومتاستاتیک ارجح باشد. ▶ مهارکننده‌های استئوکلاست (به‌عنوان مثال، بیس فسفونات‌ها، دنوزوماب) ممکن است به‌صورت موردی برای درمان کمکی در نظر گرفته شوند، زیرا شواهدی برای سودمندی در کاهش خطر شکستگی استخوان و درد استخوان مرتبط با برخی از سرطان‌ها، مانند سرطان پستان متاستاتیک وجود دارد، اما نه در سایر سرطان‌ها، مانند سرطان سلول غیرکوچک ریه متاستاتیک.

◀ بلوک شبکه عصبی سلیاک باید برای درد شکمی متوسط تا شدید مرتبط با سرطان لوزالمعده که نسبت به آنالژزیک‌ها مقاوم است، انجام شود.

◀ نورولیز اسپلانکتیک باید در بیماران مبتلا به درد غیرقابل درمان مربوط به سرطان شکم به دلیل سرطان لوزالمعده پیشرفته واقع در بدن و دم در نظر گرفته شود (پانکراس حدود ۶ اینچ طول و به شکل گلابی نازک است. انتهای پهن را سر می‌نامند. قسمت باریک شده در وسط بدن و انتهای آن دم نامیده می‌شود).

◀ نورولیز در ابتدا با نتایج بهتری همراه است.



را در درمان کمر درد آکسیال توراسیک ناشی از متاستازهای بدخیم مهره‌ای در نظر بگیرید.

◀ برای درد سرطانی که به درمان پزشکی پاسخ نمی‌دهد، استفاده از بلاک‌های عصبی با استفاده از کورتیکواستروئید یا ضایعه رادیوفرکوتئوسی به یک عصب محیطی می‌تواند در نظر گرفته شود

◀ Cordotomy باید برای دردهای یک طرفه کنترل نشده پس از شکست گزینه‌های محافظه کارانه در نظر گرفته شود.

◀ Myelotomy برای درد احشایی زیر دیافراگم برای کنترل درد و کاهش مصرف اوپیوئید استفاده می‌شود.

◀ ضایعه ناحیه ورودی ریشه خلفی (DREZotomy) برای درد کانونی اندام و در تومورهای پانکوست (Pancoast) پیشنهاد می‌شود.

◀ Cingulotomy برای دردهای دیررس و کنترل نشده مقاوم به دیگر درمان‌ها اندیکاسیون دار

## تنگی نفس

مدیریت تنگی نفس شامل درمان نیازهای جسمی و عاطفی بیمار است.

دستورالعمل‌های NCCN برای درمان تنگی نفس در بیماران سرطانی براساس تخمین امید به زندگی بیمار است. برای بیمارانی با امید به زندگی از سال‌ها تا ماه‌ها تا هفته‌ها، NCCN ارزیابی شدت علائم را به دنبال درمان علل زمینه‌ای یا شرایط همراه با اقداماتی مانند این موارد توصیه می‌کند:

◀ شیمی درمانی و یا رادیو تراپی

◀ روش کاهش یا برداشت مایع قلبی، جنب یا شکم

◀ برونکوسکوپیک تراپی

◀ برونکودیلاتورها، مدرها، استروئیدها، آنتی‌بیوتیک‌ها یا تزریق خون

◀ ضدانعقادها برای آمبولی ریه

برای تسکین علائم، ممکن است مداخلات زیر در صورت لزوم استفاده شوند:

◀ اکسیژن درمانی برای هیپوکسی

◀ حمایت آموزشی، روانی اجتماعی و عاطفی از بیماران و خانواده

◀ درمان‌های غیردارویی از جمله فن‌ها، دمای پایین‌تر، مدیریت استرس، آرامش‌درمانی و اقدامات راحتی

◀ اگر بیمار تجربه مصرف اوپیوئید نداشت، مورفین، اگر تنگی نفس با مورفین برطرف نشد و با اضطراب همراه بود، بنزودیازپین‌ها را اضافه کنید.

◀ تهویه غیرتهاجمی با فشار مثبت (یعنی فشار مثبت مداوم راه هوایی [CPAP]، فشار مثبت دوفازی راه هوایی [BiPAP]) اگر از نظر بالینی برای یک وضعیت برگشت‌پذیر شدید اندیکاسیون داشته باشد باشد.

برای بیماران با امید به زندگی از هفته‌ها تا چند روز، علاوه بر مداخلات ذکر شده در بالا، ممکن است از این اقدامات استفاده گردند:

◀ هنگام ارزیابی شدت علائم، از علائم فیزیکی دیسترس به‌عنوان نشانه‌های بالقوه تنگی نفس در بیماران غیرارتباطی استفاده کنید.

◀ فراهم کردن دماهای سردتر  
◀ افزایش آرامش و کاهش استرس  
◀ ارائه حمایت آموزشی، عاطفی و روانی  
برای بیماران و مراقبان خانواده و ارجاع به  
سایر رشته‌ها در صورت لزوم.

برای بیماران با امید به زندگی از هفته‌ها  
تا چند روز، توصیه‌های ONS به شرح  
زیر است:

◀ ترشحات بیش از حد را با اسکوپولامین،  
هیوسیامین یا آتروپین کاهش دهید.

◀ در صورتی که بیمار تسکین ذهنی را با  
آن گزارش کند، اکسیژن درمانی را اجرا کنید.

◀ در صورت نیاز، سدیشن برقرار شود.

◀ اگر اضافه بار مایعات ممکن است  
یک عامل موثر باشد، مایع را قطع کنید،  
مدرها را با دوز پایین در نظر بگیرید.

### آنورکسی / کاشکسی

دستورالعمل‌هایی برای مدیریت بی‌اشتهایی/  
کاشکسی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته  
توسط موارد زیر صادر شده است:

NCCN

ASCO

ESMO

◀ همکاری تحقیقاتی مراقبت تسکینی  
اروپایی (EPCRC)

دستورالعمل‌های شبکه ملی جامع سرطان  
(NCCN)

توصیه‌های NCCN براساس تخمین امید  
به زندگی بیمار است. برای بیماران با امید

◀ از تهویه مکانیکی خودداری کنید، آن  
را کنار بگذارید، یا یک کارآزمایی با زمان  
محدود را آغاز کنید، همان‌طور که ترجیحات  
بیمار و خانواده، پیش‌آگهی و برگشت‌پذیری  
نشان داده است.

◀ در صورت نیاز آرام‌بخش تجویز کنید.

◀ برای بیمار و خانواده در مورد مرگ و  
نارسایی تنفسی راهنمایی ارائه دهید.

◀ حمایت عاطفی و معنوی ارائه دهید.

اگر اضافه بار مایعات عامل تاثیر گذار  
است، مداخلات شامل موارد زیر است:

◀ مایعات روده‌ای یا تزریقی را کاهش  
دهید یا قطع کنید.

◀ مدرها را با دوز کم در نظر بگیرید.

◀ اگر بیمار تجربه مصرف اودیوپیدنداشت، مورفین

◀ بنزودیازپین‌ها

◀ اسکوپولامین برای کاهش ترشحات

بیش از حد

تنها درمان توصیه شده برای تنگی نفس  
در دستورالعمل‌های انجمن پرستاری انکولوژی  
(ONS)، اودیوپیدهای تزریقی یا خوراکی

فوری رهش است. برای بیماران با امید به  
زندگی از سال‌ها تا ماه‌ها تا هفته‌ها، ONS  
مداخلات زیر را "احتمالاً موثر" ارزیابی کرد:

◀ حمایت از ونتیلاتور موقت برای شرایط  
شدید و برگشت‌پذیر

◀ اکسیژن درمانی

◀ بنزودیازپین‌ها برای اضطراب

◀ افزایش جریان هوای محیط به سمت

صورت یا بینی

به زندگی از سال‌ها تا ماه‌ها، توصیه‌ها بدین شرح می‌باشند:

◀ کاهش وزن را ارزیابی کنید.

◀ علل برگشت‌پذیر را درمان کنید. سیری زودرس، علایمی که با مصرف غذا تداخل دارند، (مانند افسردگی، درد، یبوست، حالت تهوع/ استفراغ، خستگی، تنگی نفس).  
◀ داروهایی که با مصرف غذا تداخل دارند، اصلاح کنید.

◀ اختلالات غدد درون ریز احتمالی را در نظر بگیرید: هیپوگنادیسم، اختلال عملکرد تیروئید، ناهنجاری‌های متابولیک (مانند افزایش کلسیم).

◀ محرک اشتها را در نظر بگیرید: مؤسטרول استات (به دلیل افزایش خطر لخته شدن خون، ادم، باید با احتیاط استفاده شود، مرگ در هر ۲۳ بیمار در یک نفر رخ می‌دهد)، پردنیزون.

◀ برنامه ورزشی را در نظر بگیرید.

◀ مشاوره با متخصص تغذیه را بررسی کنید.  
◀ تغذیه روده‌ای و تزریقی را در صورت

لزوم در نظر بگیرید.

برای بیماران با امید به زندگی از ماه‌ها تا هفته‌ها تا روزها، NCCN توصیه می‌کند ابتدا اهمیت علایم را برای بیمار و خانواده تعیین کنید، اگر مهم تلقی شود، آنورکسی/ کاشکسی را می‌توان با مؤسטרول استات درمان کرد. توصیه‌های بیشتر بدین شرح هستند:

◀ تمرکز باید روی اهداف و ترجیحات بیمار باشد.

◀ حمایت عاطفی ارایه دهید.

◀ در صورت لزوم افسردگی را درمان کنید.

◀ ارایه آموزش و حمایت به بیمار و خانواده در رابطه با جنبه‌های عاطفی ترک حمایت تغذیه‌ای

در نهایت، بیمار و خانواده را از سابقه قابل انتظار سرطان پیشرفته از جمله موارد زیر مطلع کنید:

◀ فقدان گرسنگی و تشنگی طبیعی است.

◀ حمایت تغذیه‌ای ممکن است متابولیزه نشود.

◀ خطرات مرتبط با تغذیه مصنوعی و هیدراتاسیون، از جمله اضافه بار مایعات، عفونت و مرگ سریع وجود دارند.

◀ علایمی مانند خشکی دهان را می‌توان با اقدامات موضعی درمان کرد (به‌عنوان مثال مراقبت از دهان، مقدار کمی مایعات).

◀ خودداری یا ترک تغذیه روده‌ای یا تزریقی از نظر اخلاقی مجاز است، این علایم را تشدید نخواهد کرد و ممکن است برخی علایم را بهبود ببخشد.

## دستورالعمل‌های انجمن انکولوژی بالینی آمریکا

دستورالعمل‌های ASCO شامل این توصیه‌ها می‌باشند:

◀ بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته و از دست دادن اشتها و یا کاهش وزن بدن ممکن است برای ارزیابی و مشاوره به یک متخصص تغذیه رسمی ارجاع داده شوند تا به

## دستورالعمل‌های انجمن انکولوژی پزشکی اروپایی (ESMO)

دستورالعمل‌های ESMO ترکیب حمایت تغذیه‌ای با تمرین ورزشی و حمایت روان‌شناختی را در بیماران مبتلا به کاشکسی پیشنهاد می‌کنند و مداخلات ضد التهابی را در نظر می‌گیرند. مانند ESMO، NCCN امید به زندگی را با رویکردهای توصیه شده به شرح زیر در نظر می‌گیرد:

◀ در تمام بیماران تحت درمان ضد سرطان و آن‌هایی که امید به زندگی آن‌ها حداقل ۶-۳ ماه است، غربالگری استاندارد برای خطرات تغذیه‌ای در فواصل زمانی منظم، با استفاده از یک ابزار غربالگری معتبر، همراه با مداخلاتی برای مقابله با تخریب منابع بدن و متابولیسم و کاهش علایم ناتوان کننده

◀ در بیماران با بقای مورد انتظار کمتر از چند ماه، کاهش مداخلات تغذیه‌ای تهاجمی، در صورت امکان با مشاوره غذایی و مکمل‌های خوراکی ترجیح داده می‌شود.

◀ در بیمارانی که بقای مورد انتظار آن‌ها کمتر از چند هفته (یعنی ۶-۳) است، مراقبت‌های مبتنی بر راحتی، از جمله کاهش: تشنگی، حالت تهوع، استفراغ، دیسفاژی و ناراحتی‌های روانی و وجودی و همچنین ناراحتی اعضای خانواده

توصیه‌های ESMO در مورد مداخلات تغذیه‌ای بدین شرح می‌باشند:

◀ اولین انتخاب حمایت تغذیه‌ای باید مشاوره رژیم غذایی باشد که برای بهبود

بیماران و مراقبان توصیه‌های عملی و ایمنی برای تغذیه ارائه شود، آموزش در مورد مواد غذایی پر پروتئین، پر کالری و مواد مغذی و توصیه‌هایی در مورد رژیم‌های غذایی مد روز (برای کاهش سریع چاقی) و سایر رژیم‌های غذایی اثبات نشده یا افراطی.

◀ فیدینگ تیوب‌های روده‌ای و تغذیه تزریقی نباید به‌صورت روتین استفاده شوند. کارآزمایی کوتاه‌مدت تغذیه تزریقی ممکن است برای گروه بسیار منتخبی از بیماران (مانند کسانی که دچار انسداد روده برگشت‌پذیر، سندروم روده کوتاه، یا سایر مواردی هستند که به سوءجذب کمک می‌کند) ارائه شود. قطع تغذیه روده‌ای یا تزریقی قبلاً شروع شده، در اواخر عمر مناسب است.

◀ در غیاب شواهد قوی‌تر، هیچ مداخله دارویی خاصی را نمی‌توان به‌عنوان استاندارد مراقبت توصیه کرد، بنابراین، پزشکان ممکن است تصمیم بگیرند که داروهای خاص برای درمان کاشکسی سرطان را تجویز نکنند. با این وجود، پزشکان ممکن است یک کارآزمایی کوتاه‌مدت با یک آنالوگ پروژسترون یا یک کورتیکواستروئید را برای بیمارانی که اشتها و یا وزن بدن خود را از دست داده‌اند، پیشنهاد دهند. انتخاب دارو و دوره درمان بستگی به اهداف درمان و ارزیابی خطر در مقابل سود دارد.

◀ خارج از یک کارآزمایی بالینی، هیچ توصیه‌ای برای مداخلات دیگر مانند ورزش نمی‌توان ارائه داد.

توصیه‌های ESMO در مورد درمان فارماکولوژیک کاشکسی سرطان شامل موارد زیر است:

◀ کورتیکواستروئیدها ممکن است برای افزایش اشتها تا ۳-۲ هفته استفاده شوند. اثرات بر اشتها معمولاً با درمان طولانی‌تر از بین می‌رود.

◀ پروژستین‌ها ممکن است برای افزایش اشتها و وزن بدن، اما نه برای توده عضلانی، کیفیت زندگی، یا عملکرد فیزیکی استفاده شوند. خطر عوارض جانبی جدی، شامل حوادث ترومبوآمبولی، باید در نظر گرفته شوند.

◀ شواهد متوسطی وجود دارند که نشان می‌دهند، استفاده از اولانزاپین برای درمان اشتها و حالت تهوع در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته در نظر گرفته می‌شود. ◀ شواهد کافی برای حمایت از استفاده از کانابیس پزشکی یا مشتقات آن برای کاهش بی‌اشتهایی یا سیری زودرس وجود ندارند.

◀ شواهد کافی برای توصیه به استفاده از داروهای NSAID، متوکلوپرامید، یا دومپریدون به تنهایی وجود ندارند.

◀ شواهد کافی برای توصیه رژیم‌های ترکیبی خاص وجود ندارند.

◀ آندروژن‌ها توصیه نمی‌شوند.

## دستورالعمل‌های مشترک تحقیقات مراقبت تسکینی اروپا

رهنمودهای EPCRC بر کاشکسی مقاوم در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته تمرکز دارند،

مصرف خوراکی و احتمالاً افزایش وزن در بیماران کاشکتیک یا در معرض خطر که قادر به غذا خوردن هستند، ارابه می‌شود. تغذیه خوراکی را می‌توان به‌عنوان بخشی از مشاوره رژیم غذایی برای بهبود دریافت انرژی و القای افزایش وزن ارابه کرد.

◀ فیدینگ تیوب روده‌ای ممکن است در موارد دیسفاژی در صورت حفظ عملکرد روده کوچک مورد استفاده قرار گیرد. در بیمارانی که بیش از ۴ هفته به تغذیه روده‌ای نیاز دارند، گاستروستومی آندوسکوپی از راه پوست (PEG) به جای تغذیه با لوله بینی معده توصیه می‌شود. در بیمارانی که نیاز به تغذیه لوله‌ای دارند، غربالگری و مدیریت دیسفاژی همراه با تشویق و آموزش بیماران در مورد نحوه حفظ عملکرد بلع توصیه می‌شود.

◀ اگر مصرف خوراکی و تغذیه لوله‌ای تحمل نشود یا ناکافی باشد، باید تغذیه تزریقی در نظر گرفته شود. اگر انتظار می‌رود کیفیت زندگی (QOL) و یا طول بقای آن‌ها به دلیل سوء تغذیه پیش‌رونده به شدت به خطر بیفتد، باید به بیماران تغذیه تزریقی خانگی پیشنهاد شود. شاخص‌های یک مزیت بالقوه امتیاز عملکرد ECOG/WHO 0 2، سطح پایین التهاب سیستمیک (سطوح نرمال آلبومین سرم، اسکور پیش آگهی گلاسکو اصلاح شده کمتر از ۲) و عدم وجود بیماری متاستاتیک است.

مداوم، ارزیابی، مستندسازی و درمان دیسترس در تمام مراحل درمان سرطان است. غربالگری دیسترس با استفاده از ترمومتر دیسترس و چک لیست مشکل، باید در ویزیت اولیه و در فواصل مناسب دیگر، به ویژه با تغییر وضعیت بیماری (یعنی بهبودی، عود، یا پیشرفت بیماری) انجام شود.

درمان براساس سطح و منبع یا منابع پریشانی شناسایی شده تعیین می‌شود. نقش‌های واضحی برای اعضای تیم انکولوژی اولیه و همچنین متخصصان انکولوژی روانی اجتماعی که خدمات بهداشت روانی، خدمات مددکاری اجتماعی و مشاوره و خدمات روحانی ارائه می‌دهند، مشخص شده است.

در سال ۲۰۱۴، ASCO دستورالعمل‌هایی مبتنی بر شواهد را برای مدیریت افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان منتشر کرد. این دستورالعمل‌ها از دستورالعمل the 2010 Pan Canadian Practice اقتباس شده‌اند: غربالگری، ارزیابی و مراقبت از دیسترس روانی (افسردگی، اضطراب) در بزرگسالان مبتلا به سرطان، که به‌عنوان ترکیبی از پنج دستورالعمل عملی، از جمله دستورالعمل‌های NCCN برای مدیریت استرس، ایجاد شده است.

دستورالعمل‌های ASCO فرآیندهای جداگانه‌ای را برای غربالگری، ارزیابی و درمان افسردگی و اضطراب در بزرگسالان مبتلا به سرطان مشخص می‌کند. زمان ارزیابی، انواع ابزارهای ارزیابی و مسیرهای درمانی خاص

که آن را به‌عنوان "مرحله‌ای تعریف می‌کند که به دلیل سرطان بسیار پیشرفته یا به سرعت پیشرونده که به درمان ضدسرطان پاسخ نمی‌دهد، برگشت کاهش وزن دیگر امکان‌پذیر نیست." توصیه‌های موجود در دستورالعمل‌ها با هدف کاهش عواقب و عوارض کاشکسی و ناراحتی‌های ناشی از خوردن بیماران و خانواده‌ها انجام می‌شود و شامل موارد زیر است:

◀ به بیمار و خانواده آموزش دهید تا ناراحتی‌های ناشی از خوردن را به حداقل برسانند، در مورد دیسترس مربوط به کاهش وزن و مسایل پایان زندگی به آن‌ها مشاوره دهید. ◀ تغذیه درمانی روده‌ای ممکن است تا حدی برای گروه‌های بیمار منتخب موثر باشد. ◀ بار تغذیه تزریقی در اکثر بیماران بیشتر از مزایای آن خواهد بود.

◀ استفاده از تالیدوماید توصیه نمی‌شود. ◀ استفاده از کانابینوئیدها توصیه نمی‌شود. ◀ پروژستین‌ها باید برای بیماران مبتلا به آنورکسی به‌عنوان یک علامت ناراحت‌کننده اصلی در نظر گرفته شوند. ◀ استروئیدها ممکن است برای دوره‌های کوتاه (حداکثر ۲ هفته) داده شوند، مدت طولانی‌تر ممکن است بار ناشی از عوارض جانبی بر بیمار را افزایش دهد و ممکن است باعث بدتر شدن قدرت عضلانی شود.

## مدیریت دیسترس

دستورالعمل‌های NCCN برای مدیریت دیسترس شامل توصیه‌هایی برای غربالگری

بسته به سطح علائم گزارش شده توصیه می‌شود. توصیه‌هایی برای پیگیری و ارزیابی مجدد مداوم نیز ارائه شده است. ارجاع مناسب به روانشناس و یا روانپزشک برای مراقبت کامل از بیمار ضروری است.

### سدیشن تسکینی

در سال ۲۰۰۹، انجمن اروپایی مراقبت‌های تسکینی (EAPC) دستورالعمل‌هایی را برای رسیدگی به مسایل کلیدی بالینی پیرامون سدیشن تسکینی منتشر کرد. در نظر گرفته شده که توصیه‌های موجود در دستورالعمل‌ها برای بازتاب فرهنگ محلی، ملاحظات قانونی و نیازهای خاص خانه، بیمارستان، یا محیط مبتنی بر آسایشگاه اصلاح شوند. توصیه‌ها شامل این موارد هستند:

◀ برای بیماران مبتلا به ناراحتی غیرقابل تحمل به دلیل علائم جسمی و فقدان سایر روش‌های تسکینی، سدیشن می‌تواند در نظر گرفته شود.

◀ سدیشن عمیق مداوم باید فقط در مراحل پایانی بیماری با مرگ مورد انتظار حداکثر ظرف چند ساعت تا چند روز در نظر گرفته شود.

◀ ارزیابی باید توسط یک پزشک متخصص در مراقبت تسکینی انجام شود، در صورت امکان، ارزیابی باید چند رشته‌ای باشد.

◀ ارزیابی باید شامل تخمین‌هایی باشد که آیا مرگ در عرض چند دقیقه تا چند ساعت، ساعت‌ها تا روزها، روزها تا هفته‌ها

یا طولانی‌تر پیش‌بینی می‌شود و ارزیابی ظرفیت بیمار برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت مداوم، اگر توانایی تصمیم‌گیری مورد تردید باشد، ممکن است به ارزیابی توسط روانپزشک نیاز باشد.

◀ برای بیماران دارای ظرفیت تصمیم‌گیری، اهداف، مزایا و خطرات سدیشن پیشنهادی باید با بیمار و ترجیحاً با مشارکت اعضای خانواده در میان گذاشته شود.

◀ برای بیمارانی که فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری هستند و بدون دستورالعمل‌های قبلی، باید از یک نماینده رسمی قانونی مجوز دریافت کرد.

◀ در بیمارانی که در حال مرگ فعال هستند و دستورالعمل پیشین یا پروکسی مراقبت بهداشتی ندارند و در دیسترس شدید هستند، اقدامات راحت کننده، از جمله استفاده از سدیشن در صورت لزوم، استاندارد مراقبت است.

◀ در صورتی که اعضای خانواده در فرآیند تصمیم‌گیری شرکت نداشته باشند، باید به آن‌ها اجازه داده شود تا از تصمیم مطلع شوند.

◀ سطح سدیشن باید پایین‌ترین سطح لازم برای تسکین درد باشد.

◀ ابتدا باید سدیشن متناوب یا خفیف انجام شود.

وجود علائم سایکولوژیک مقاوم لزوماً نشان دهنده وضعیت بسیار پیشرفته زوال فیزیولوژیک نیست، سدیشن باید برای بیماران

دستورالعمل‌های NCCN برای سدیشن تسکینی نیز با EAPC توافق کلی دارند. توصیه‌های خاص اضافی شامل موارد زیر می‌باشند:

- ◀ سدیشن تسکینی بهتر است توسط متخصصان مراقبت تسکینی انجام شود.
- ◀ بیمار باید علائم مقاوم به درمان را داشته باشد که با وجود مراقبت‌های تسکینی تهاجمی که هوشیاری را به خطر نمی‌اندازد، قابل کنترل نباشد و مرگ طبق تایید دو پزشک طی چند ساعت تا چند روز پیش‌بینی می‌شود.
- ◀ گمارش مجدد ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی که به دلیل اعتقادات شخصی یا حرفه‌ای نمی‌توانند آرام‌بخش ارایه دهند تا زمانی که مراقبت از بیمار با خیال راحت به متخصص مراقبت‌های بهداشتی دیگر منتقل شوند.
- ◀ مداخلات مدیریت درد و علائم فعلی را حفظ کنید.
- ◀ علائم بیمار ارزیابی شوند و داروهای آرام‌بخش و سایر داروها را برای حفظ سطحی از آرام‌بخشی که علائم مقاوم به درمان بیمار را تسکین می‌دهد، تیترا گردند.
- ◀ آرام‌بخش حمایت روانی و معنوی مداوم برای خانواده بیمار و ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی فراهم شود.

در مراحل پیشرفته آخر بیماری تحت شرایط زیر قرار گیرند:

- ◀ علائم باید تنها پس از ارزیابی مکرر توسط پزشکان دارای تخصص روانشناختی که رابطه ثابتی با بیمار و خانواده دارند و درمان‌های روتین برای اضطراب، افسردگی و دیسترس وجودی را انجام داده‌اند، به‌عنوان مقاوم معرفی کنند
- ◀ ارزیابی باید توسط یک تیم چند رشته‌ای شامل روانپزشکان، روحانیون، علمای اخلاق و افرادی که به‌طور مستقیم از بیمار مراقبت می‌کنند، انجام شود.
- ◀ در موارد نادری که سدیشن مناسب است، سدیشن باید براساس مهلت ۶ تا ۲۴ ساعته با تیتراسیون رو به پایین برنامه‌ریزی شده تجویز گردد.
- ◀ آرام‌بخشی مداوم باید تنها پس از کارآزمایی‌های مکرر آرام‌بخشی مهلت با درمان متناوب فشرده در نظر گرفته شود.

دستورالعمل سال ۲۰۱۴ انجمن اروپایی آنکولوژی پزشکی (ESMO) برای استفاده از سدیشن تسکینی در سرطان در مراحل پیشرفته، از دستورالعمل‌های EAPC مشتق شده‌اند و هیچ تفاوت عمده‌ای در توصیه‌ها ندارند.

## منبع

1. Palliative Cancer Care Guidelines. Medscape Reference. Online availability: <https://emedicine.medscape.com/article/2500043-overview#:~:text=All%20cancer%20patients%20should%20be,collaboration%20with%20palliative%20care%20experts.>