



OPIEKA PALIATYWNA

MONIKA KONOPKA-FILIPPOW

ŁAGODZĄC PRZYKRE OBJAWY



- **Palium** (*łac. Pallium*) - rodzaj rzymskiego płaszcza w formie długiego, wełnianego szala, którym owijano całe ciało, a także osłaniano głowę
- Przymiotnik „paliatywny” wywodzi się od słów „paliatus” – okryty płaszczem

OPIEKA PALIATYWNA

opieka „maskująca” skutki nieuleczalnej, postępującej choroby

„otula płaszczem” chorych porzuconych, którym nie może już pomóc medycyna ukierunkowana na leczenie

paliare – okrywać

OPIEKA PALIATYWNA

Ideę tę wraz z nazwą przejęła po II wojnie Światowej angielska lekarka Cicely Saunders, która stworzyła pierwsze nowoczesne Hospicjum Św. Krzysztofa w Londynie.

W Polsce pierwsze hospicjum powstało w 1987 roku w Krakowie.

DR CICELY SAUNDERS:

- *„Jesteś ważny, bo Ty, to Ty.*
- *Jesteś ważny do ostatniej chwili swojego życia i zrobimy wszystko, co w naszej mocy, nie tylko, aby Ci pomóc spokojnie odejść, ale także byś żył w pełni, aż do końca”.*



Brytyjska lekarka, założycielka Hospicjum Św. Krzysztofa w Londynie. Uważana za twórczynię nowoczesnej medycyny paliatywnej.

ŚWIADCZENIA W OPIECE PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ SĄ UDZIELANE W WARUNKACH:

- stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej;
- domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18 roku życia;
- ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej.

OPIEKA PALIATYWNA – FORMY OPIEKI:

- hospicja domowe: w Środowisku chorego
- hospicja stacjonarne
- opieka ambulatoryjna: poradnie opieki paliatywnej, poradnie leczenia bólu
- poradnie zwalczania obrzęku limfatycznego
- Klinika Opieki Paliatywnej
- Zakład Opieki Paliatywnej

OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA – SCHORZENIA NIEULECZALNE, POSTĘPUJĄCE OGRANICZAJĄCE ŻYCIE CHOROBY NIENOWOTWOROWE I NOWOTWOROWE

- nowotwory
- AIDS
- choroby neurologiczne
- przewlekła niewydolność serca
- niewydolność nerek
- choroby płuc z niewydolnością oddechową

OPIEKA PALIATYWNA

Opieka wielospecjalistyczna :

lekarz,

psycholog,

pielęgniarka,

fizjoterapeuta,

osoba duchowna,

pracownik socjalny.

ZADANIA OPIEKI PALIATYWNEJ:

- zwalczanie wszechogarniającego bólu,
- leczenie objawowe dolegliwości somatycznych,
- pielęgnacja,
- łagodzenie cierpień psychicznych i duchowych,
- pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych,
- wspieranie rodzin w czasie trwania choroby i osierocenia,
- edukacja zdrowotna osób objętych opieką, członków ich rodzin oraz pracowników

HOSPICJUM (Z ŁAC. HOSPITIUM)

- instytucja opieki paliatywnej funkcjonująca w ramach systemu opieki zdrowotnej. *Hospitium* wywodzi się od słowa *hospes* i oznacza osobę połączoną z inną związkiem wynikającym z udzielania gościnności – inaczej oznacza ono starego przyjaciela, druha.
- **Hospicjum** jest instytucją, której celem jest objęcie opieką medyczną, psychologiczną, duchową i społeczną osób znajdujących się w terminalnej (poprzedzającej śmierć) fazie choroby oraz niesienie podobnej pomocy rodzinom tych osób.
- Celem hospicyjnej opieki jest umożliwienie choremu najpełniejsze przeżycie terminalnego okresu choroby poprzez leczenie objawowe, pielęgnację oraz towarzyszenie choremu i jego rodzinie

FAZY CHOROBY NIEULECZALNEJ

okres przed terminalny

okres terminalny

okres umierania

FAZY CHOROBY NIEULECZALNEJ

- **Okres przedterminalny (preterminalny):** to faza choroby, w której zaprzestano już leczenia przedłużającego życia, lecz w której chory znajduje się w dość dobrym stanie ogólnym. Chorzy w tej fazie **nie wymagają opieki** paliatywnej lub wymagają jej **w nieznacznym stopniu**, są sprawni ruchowo, nie mają dolegliwości.

FAZY CHOROBY NIEULECZALNEJ

- **Okres terminalny:** wyczerpały się możliwość leczenia przyczynowego, a stan ogólny pacjenta wymaga objęcia go opieką

FAZY CHOROBY NIEULECZALNEJ

- **Okres umierania (agonalny):** poprzedza bezpośrednio Śmierć chorego, trwa zwykle 2-3 doby, przejawia się stopniowo narastającą niewydolnością ważnych dla życia narządów, zaburzeniami metabolicznymi z towarzyszącymi im często zaburzeniami Świadomości.

OPIEKA PALIATYWNA

- odnosi się do etapu gdy **choroba jest nieuleczalna**
- ceni Życie, uznaje Śmierć jako proces naturalny, nie przedłuża więc samego umierania, akceptuje nieuchronność Śmierci
- nie przyspiesza zgonu
- akceptuje nieuchronność cierpienia, nie jesteśmy w stanie sprawić by człowiek nie odczuwał żadnych przykrości
- Dąży do poprawy jakości Życia chorego: temu celowi należy podporządkować wszystkie formy leczenia i opieki.

Pomaga rodzinie radzić sobie z chorobą bliskiego człowieka

i wspiera rodzinę w okresie Żałoby.

CIERPIENIE

- Twycross, 1999 : *Cierpienie to coś znacznie więcej niż jedynie ból fizyczny.*
- Cicely Saunders : „total pain” – ból wszechogarniający

składowe bólu wszechogarniającego->

fizyczne

-uszkodzenie ciała przez chorobę, zniedołężnienie

Psychiczne

-złość, agresja, depresja z powodu zaprzestania leczenia, nieskuteczności terapii, progresji choroby

cierpienie

Socjalne

- Troska o bliskich, ich losy, utrata pozycji zawodowej, roli w rodzinie, pogorszenie sytuacji materialnej

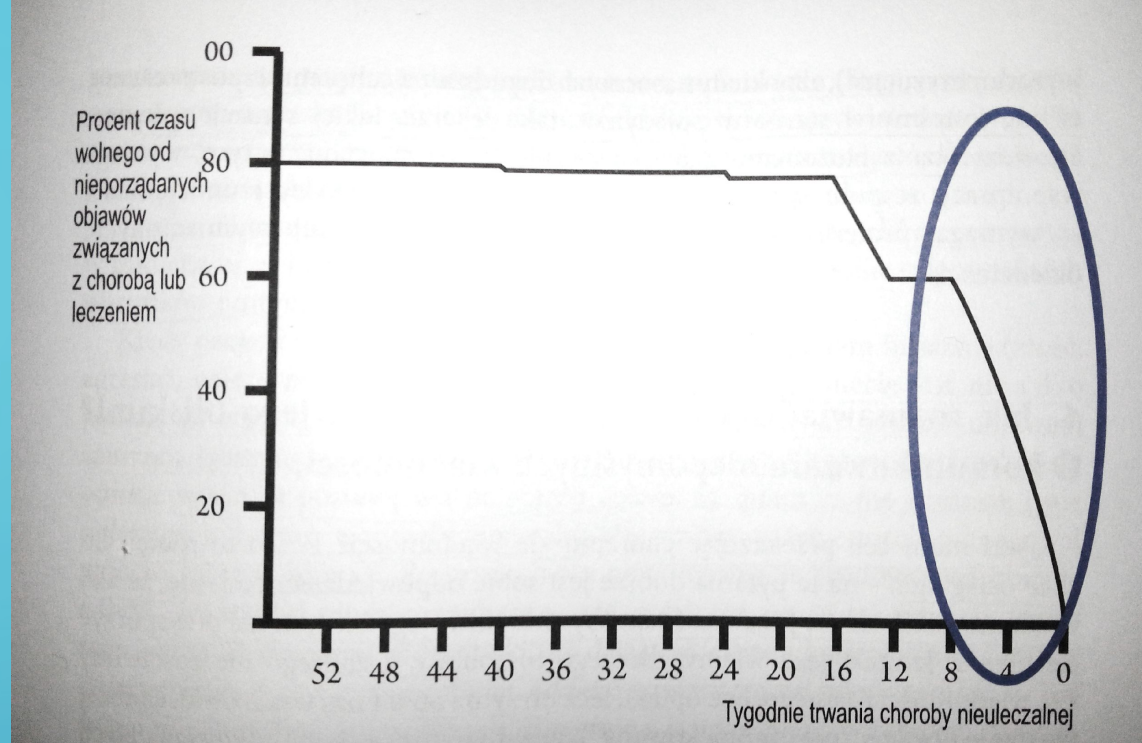
Duchowe

-dlaczego mnie to spotkało?
-dlaczego Bóg do tego dopuścił?
-Czy jest coś „potem”?

CIERPIENIE OSOBY CHOREJ I JEJ BLISKICH

- Stygmatyzujące rozpoznanie, choroba nieuleczalna, umieranie dotykają nie tylko osoby chorej, ale bardzo wyraźnie także jej bliskich.
- Choroba zmienia role członków rodziny w Życiu codziennym.
- Bliscy chorego stają się dla lekarza „pacjentami drugiego rzędu”.

TRAJEKTORIA UMIERANIA



- **Czas stabilnego funkcjonowania**, wolny od objawów niepożądanych
- **Czas umierania** – przybywa objawów niepożądanych, komfort życia pogarsza się gwałtownie we względnie krótkim czasie
- Celem specjalistycznej opieki paliatywnej, którą chory powinien być objęty w tym czasie jest utrzymanie go tak długo jak to możliwe we względnie dobrym stanie i zwalczanie dokuczliwych objawów.

BARDZO WAŻNY CZAS DLA CHOREGO

- Przedefiniowanie swoich priorytetów i celów
- Domknięcie ważnych spraw
- *Mądrze prowadzony chory może w pełni dożyć swoje życie do końca!*

KOMUNIKOWANIE NIEPOMYŚLNYCH WIADOMOŚCI

„Metoda sześciu kroków” :

- Krok pierwszy – przygotowanie do rozmowy
- Krok drugi – zdobycie wiedzy o tym, co pacjent wie
- Krok trzeci – zrozumienie, co pacjent chce wiedzieć
- Krok czwarty – przekazanie informacji poprzedzone „strzałem ostrzegawczym”
- Krok piąty – omówienie aktualnych problemów pacjenta i osób opiekujących się nim
- Krok szósty - ustalenie planów na przyszłość

PRAKTYCZNE UWAGI

- Budowanie relacji lekarz-pacjent (zaufanie, akceptacja)
- Nie „trudny pacjent” ale trudna sytuacja
- Dobra rozmowa (cisza to także rozmowa)
- Sposób mówienia – ton głosu, mowa ciała
- „Płacz to nie krwotok” i nie należy go zabraniać
- Pacjent ma prawo wiedzieć, jeśli rokowania są niepomyślne. Ma prawo także o tym nie chcieć wiedzieć.

PRAKTYCZNE UWAGI C.D.

- Rozmowa z rodziną chorego
- Chory potrzebuje czasu, aby stawić czoła złej wiadomości.
- To lekarz jest profesjonalistą i od niego należy oczekiwać porozumiewania się zgodnie z zasadami komunikacji interpersonalnej.

REAKCJE CHORYCH NA NIEPOMYŚLNE WIADOMOŚCI

Według Elisabeth Kubler-Ross chory po usłyszeniu niepomyślnego rokowania przechodzi kolejne fazy przystosowania się do choroby :

1. zaprzeczenie
2. złość
3. targowanie się
4. depresja
5. akceptacja

ZAPRZECZENIE

- Szok i niedowierzanie jako pierwsza reakcja na złą wiadomość.
- W reakcji może pojawić się odruch obronny – jako świadoma lub nieświadoma odmowa akceptacji faktów, prawdziwości i powagi sytuacji.
- Reakcja typu: „to niemożliwe”, „to nie ja”, „to nie dzieje się naprawdę”, „to musi być jakaś pomyłka”.
- Pacjent może żądać sprawdzenia czy nie pomylono próbek, wyników badań, może kwestionować diagnozę, szukać zaprzeczenia u innych lekarzy.
- Ten etap może trwać do kilku miesięcy, wiele zależy od samego pacjenta, jak i jego otoczenia –rodziny, lekarza, pielęgniarki.

GNIEW

- Wkrótce potem, gdy nie da się już dalej zaprzeczać faktów pojawia się gniew, wściekłość.
- „Dlaczego ja?”, „Dlaczego akurat teraz?”
- Może też łączyć się z uczuciem zazdrości wobec zdrowych ludzi, czy też obwinianiem siebie, szukaniem winnych w otoczeniu swoich bliskich.

TARGOWANIE SIĘ

- Ten etap rozgrywa się głównie w psychice pacjenta, nierzadko przybiera postać negocjowania z samym sobą czy też z Bogiem.
- Pacjent żywi nadzieję, że w zamian za zmianę trybu życia, porzucenie złych nawyków, a nawet w zamian za dobra materialne istnieje możliwość wydłużenia życia, odwlec to, co nieuniknione.
- „Zrobię wszystko, byle tylko...”
- „Oddałbym wiele za tych kilka tygodni/miesięcy więcej”

SMUTEK, DEPRESJA

- Nieuchronność choroby, bliskość śmierci, bezradność, postępujące osłabienie fizyczne, deformacja ciała, kalectwo, jak i skutki leczenia, utrata wagi, włosów, kalectwo budują rosnący rachunek i poczucie straty.
- Dla wielu pacjentów wiąże się to również z dramatyczną sytuacją psychiczną – utrata własnej tożsamości jako kobieta/mężczyzna. (kastacja, amputacja piersi)
- Przedłużający się pobyt w szpitalu uniemożliwia wywiązywanie się z dotychczasowej roli – opieka nad dziećmi, rodziną. Jest to potężne obciążenie psychiczne, fizyczne, a często także finansowe dla pacjenta i jego rodziny.
- „I tak wkrótce umrę...”
- „Po co mam cokolwiek robić...?”

AKCEPTACJA

- Kubler-Ross uważa, że jeśli pacjent ma wystarczająco dużo czasu, aby przejść przez kolejne fazy radzenia sobie z chorobą, dociera do momentu, w którym osiąga ostateczną akceptację – czasem samemu, często dzięki wsparciu z zewnątrz. Nie jest już załamany, zastanawia się nad zbliżającym się końcem, spokojnie oczekując jego nadejścia.
- „Nie walczę już. Czekam na śmierć, chcę się przygotować na koniec.”
- Rodzina zazwyczaj przechodzi przez ten proces znacznie dłużej. To, co dla pacjenta jest końcem, dla rodziny jest punktem zwrotnym, momentem ostatecznej straty, który w pewnym sensie rozpoczyna nowy rozdział w Życiu, bez bliskiej osoby wraz z długotrwałym procesem adoptowania się do zmienionej rzeczywistości.

PRZEKAZYWANIE TRUDNYCH WIADOMOŚCI

Unikać...

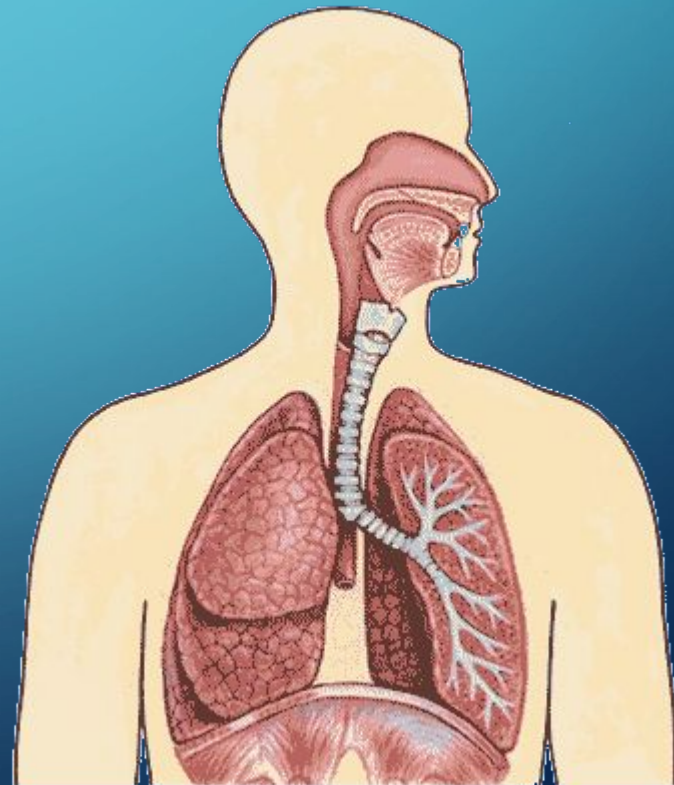
- terminologii medycznej przy objaśnianiu choroby
- skrótów myślowych
- rutynowych zwrotów i pocieszeń „będzie dobrze”
- mówienia o nadziejach
- przekazywania całej informacji w jednorazowym opisie

Dążyć do...

- Wyjaśniania tego, co oczywiste z medycznego punktu widzenia
- mówienia o faktach i możliwościach
- powtarzania tej samej informacji w różny sposób
- pytania pacjenta o emocje, odczucia i potrzeby
- przekazywania informacji w małych porcjach krok po kroku

OBJAWY ZE STRONY UKŁADU ODDECHOWEGO

- Duszność
- Kaszel
- Krwioplucie
- Zespół Żyły głównej górnej
- Lymphangitis carcinomatosa
- Panika oddechowa
- Rzężenia umierającego
- Czkawka



DUSZNOŚĆ

- Subiektywne odczucie trudności w oddychaniu
- Charakter duszności:
 - spoczynkowa (30-50%)
 - wysiłkowa (prawie u wszystkich chorych w okresie terminalnym)

REGULACJA ODDYCHANIA

- ośrodki korowe – odczuwanie i modulowanie duszności
- ośrodek oddechowy w rdzeniu przedłużonym i w moście – regulacja cyklu oddechowego (docierają bodźce z obwodowych chemoreceptorów, mechanoreceptorów z mięśni oddechowych i ścięgien klatki piersiowej oraz z nerwu błędnego)
- bodźce z rdzenia przedłużonego i mostu są przekazywane i analizowane w ośrodkach korowych, dlatego chory uświadamia sobie potrzebę regulacji oddechów i emocjonalne odczuwanie oddychania – lęk i inne emocje mogą stać się czynnikami wywołującymi duszność, dlatego też subiektywne odczuwanie duszności nie musi wcale odpowiadać zaawansowaniu choroby

PRZYCZYNY DUSZNOŚCI

- związane z samą chorobą nowotworową
 - niedrożność dużego oskrzela
 - nacieczenie płuca przez nowotwór
 - *lymphangitis carcinomatosa*
 - zablokowanie żyły głównej górnej
 - wysięk opłucnowy, wysięk osierdziowy
 - wodobrzusze
 - wzdęcia brzucha
 - zespół paranowotworowy (kacheksja – anoreksja)

PRZYCZYNY DUSZNOŚCI

- objawy uboczne lub powikłania stosowanego leczenia
 - resekcja płuca
 - zwłóknienie popromienne
 - popromienne zapalenie płuc
 - powikłania chemioterapii
 - progestageny (stymulacja wentylacji, zwiększona wrażliwość na CO₂)

PRZYCZYNY DUSZNOŚCI

- wyniszczenie nowotworowe
 - niedokrwistość
 - zatorowość płucna
 - zapalenie płuc
 - osłabienie siły mięśniowej
 - ból
- choroby współistniejące
 - POCHP
 - dychawica oskrzelowa
 - niewydolność serca
 - choroba neuronu ruchowego

W zaawansowanej chorobie nowotworowej często współistnieje wiele przyczyn duszności

LECZENIE DUSZNOŚCI

Przyczynowe:

Farmakologiczne i onkologiczne (chth, rth)

- zapalenie płuc – antybiotykoterapia
- nadreaktywność oskrzeli – leki rozszerzające oskrzela, steroidy wziewne
- zespół Żyły głównej górnej – GKK, rth, chth, stent, leczenie przeciwzakrzepowe
- wysięk opłucnowy – upust płynu, pleurodeza
- niedokrwistość – transfuzje krwi
- wodobrzusze – paracenteza, diuretyki

LECZENIE DUSZNOŚCI

Objawowe:

GKK

- działanie przeciwzapalne, przeciwalergiczne, antyproliferacyjne, rozszerzają oskrzela
- uwaga na osłabienie siły mięśniowej, w tym przepony

BDZ (benzodiazepiny)

- hamują odpowiedź wentylacyjną na hiperkapnię (wzrost ciśnienia parcjalnego CO₂) oraz zmieniają odpowiedź emocjonalną na duszność
- Napad duszności: midazolam 2mg i.v. lub 1mg i.v. u osób wyniszczonych, lorazepam 2,5mg podjęzykowo, doustnie
- Warto dołączyć morfinę (ciągły wlew podskórny 10mg morfiny i 5-10mg midazolamu)

LECZENIE DUSZNOŚCI

Objawowe:

Opioidy

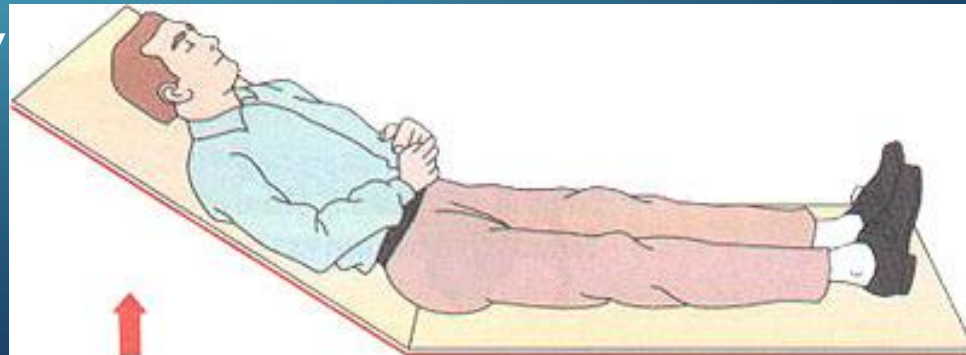
- podawane systemowo zmniejszają odpowiedź wentylacyjną na hiperkapnię, hipoksję, wysiłek oddechowy, czyli zmniejszają odczuwanie obciążenia oddychowe
- wykazują działanie przeciwbólowe (naciek guza na ścianę klatki piersiowej)
- działają wazodylatacyjnie na naczynia żyłne
- działają na receptory obecne w tchawicy, w oskrzelach głównych, stosowane w inhalacji hamują wytwarzanie śluzu, przekrwienie śluzówek

Najbezpieczniejszym opioidem w leczeniu duszności jest morfina

LECZENIE DUSZNOŚCI

Niefarmakologiczne:

- opieka psychologiczna – zmniejszenie lęku
- terapia zajęciowa
- odpowiednia wilgotność i wietrzenie pomieszczenia
- trening oddechowy: nauka spokojnego oddychania, kontrolowanie swojego oddechu, radzenia sobie w razie zbliżających się napadów paniki oddechowej
- odsysanie śluzu
- odpowiednia podaż płynu
- odpowiednie ułożenie
- tlenoterapia



KASZEL

- w terminalnej fazie choroby nowotworowej występuje u około 50% chorych
- mechanizm obronny, prowadzący do usunięcia z dróg oddechowych ciał obcych i nadmiaru śluzu
- w chorobie nowotworowej jego nasilenie i przewlekły charakter może być źródłem dużego cierpienia
- może powodować krwiotłucie
- **kaszel produktywny:** zapalenie oskrzeli, zapalenie zatok przynosowych, zarzucanie treści żołądkowej do tchawicy, przetoka przełykowo-tchawicza, rozstrzenie oskrzeli, ściekanie wydzielina z nosa po tylnej ścianie gardła
- **kaszel suchy:** naciek guza na drzewo oskrzelowe, pobudzenie nerwu błędnego, naciekanie opłucnej lub osierdza, niektóre leki

KASZEL

Leczenie

- jeżeli to możliwe to leczenie przyczynowe, w tym onkologiczne
- leczenie objawowe
 - suchy kaszel – kodeina (15-30mg co 4-6h), morfina, lidokaina (5ml 2% co 4h w nebulizacji), steroidy wziewne (gdy stan zapalny)
 - mokry kaszel – rehabilitacja oddechowa, nauka skutecznego odkrztuszania, odpowiednia pozycja, nawilżanie wdychanego powietrza – inhalacje z 0,9% NaCl, mukolityki – ACC, ambroksol, bromheksyna

KRWIOPLUCIE

- w raku płuca u 1/3 chorych, w 3% jest to ciężkie krwawienie z dróg oddechowych kończące się śmiercią
- Śmierć następuje zazwyczaj z powodu zakrztuszenia krwią
- przyczyny: nowotwór, infekcje, zatorowość płucna, zaburzenia hemostazy
- leczenie: rth, brachyterapia, odstawienie NLPZ, leki hemostatyczne, leczenie inwazyjne???, ułożenie chorego – głowa pochylona do przodu, podbródek skierowany w dół, jeśli znane jest miejsce krwawienia ułożenie na chorym boku
- zmniejszenie lęku – pozajelitowo midazolam

LYMPHANGITIS CARCINOMATOSA

Rozsiew i zajęcie przez komórki nowotworowe naczyń limfatycznych tkanki płucnej. Klinicznie charakteryzuje się narastającą dusznością, kaszlem, bólem opłucnowym, centralną sinicą.

RZĘŻENIA UMIERAJĄCEGO

Wywołane poruszeniem się wydzieliny w krtaniowej części gardła przy każdym wdechu i wydechu. Często u osób w okresie umierania, które są bardzo słabe i nie są w stanie odkrztusić wydzieliny.

Stanowią dyskomfort dla rodziny. Należy wytłumaczyć, iż chory się nie dusi. Spróbować ułożyć chorego na boku, ponieważ ta pozycja może poprawić drenaż wydzieliny i zmniejszyć rzężenia. U nieprzytomnych odessanie wydzieliny.

Podać leki antycholinergiczne, które zmniejszają sekrecję śliny (butylobromek hioscyny, 20mg s.c.)

CZKAWKA

Jest patologicznym odruchem oddechowym polegającym na skurczu jednej lub obu stron przepony, która powstaje w wyniku nagłego wdechu i przymknięcia głośni.

Czkawka nawracająca lub trwająca dłużej niż 48h zawsze wymaga ustalenia jej przyczyny; zwykle towarzyszy innym objawom z przewodu pokarmowego. jest również częstym objawem nowotworów pnia mózgu i przełyku.

CZKAWKA

Potencjalne przyczyny w zaawansowanej chorobie nowotworowej:

- rozdęcie żołądka (gastropareza)
- rozdęcie jelit (niedrożność jelit)
- hepatomegalia
- guzy (pnia mózgu, szyi, Śródpiersia, opłucnej, przełyku i jamy brzusznej)
- toksemia (uremia, infekcje)

CZKAWKA

Postępowanie:

Szybki przerwanie napadu czkawki – stymulacja pośrednia lub bezpośrednia gardła (mechanizm „bramki kontrolnej”)

- metody fizyczne medyczne (drażnienie zgłębnikiem tylnej ściany gardła przez ok. 30s, inhalacje z soli fizjologicznej powtarzane co 4h, masaż podniebienia miękkiego za pomocą pałeczki z watą przez ok. 1 min)
- metody fizyczne tradycyjne (szybkie połknięcie 2 łyżeczek cukru bez popijania, szybkie wypicie 2 szklanek napoju, połknięcie kawałka suchego chleba, połykanie skruszonej kostki lodu, okłady z lodu na kark z odgięciem głowy do tyłu, nagłe głośne odwrócenie uwagi pacjenta)

Zmniejszenie rozdęcia żołądka: dimetikon (Espumisan, Maalox Plus), metoklopramid

CZKAWKA

Postępowanie cd:

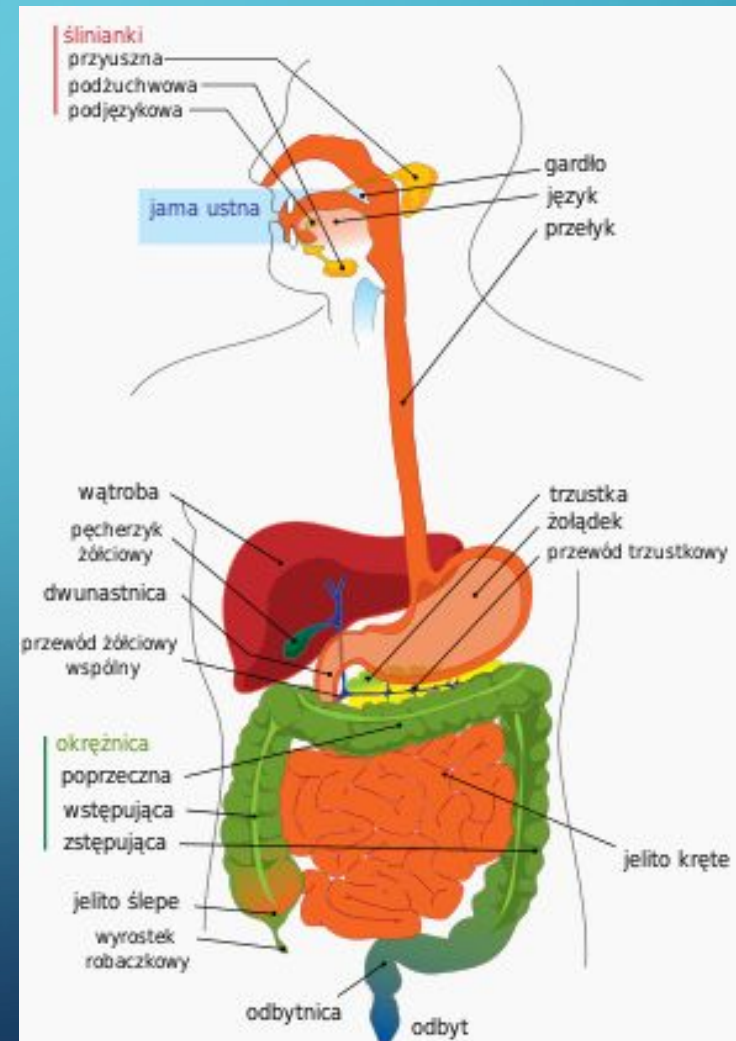
Zwiększanie prężności $p\text{CO}_2$; oddychanie do papierowego worka, wstrzymywanie oddechu.

Leki rozluźniające mięśnie szkieletowe: baklofen, początkowo 5-10 mg 2xdz, nifedypina, 10-20 mg 3xdz p.o. lub pod język, midazolam, 2 mg i.v., w okresie agonii niezbędne jest okresowe powtarzanie dawki początkowej. Midazolam i diazepam mogą paradoksalnie wywoływać lub nasilać czkawkę.

Ośrodkowe hamowanie czkawki: haloperidol, 5-10 mg p.o. lub i.v., chlorpromazyna, 10-25 mg p.o. lub i.v., karbamazepina, 800 mg na dobę.

OBJAWY ZE STRONY UKŁADU POKARMOWEGO

- Dysfagia
- Zaparcia
- Suchość jamy
ustnej
- Wodobrzusze
- Biegunka



DYSFAGIA

- **zaburzenia połykania** wynikające z jednego z trzech mechanizmów: stanu zapalnego, zwężenia mechanicznego, uszkodzenia przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (mechanizmy te mogą współwystępować)
- przyczyny: nowotwory jamy ustnej, języka, gardła, przełyku, Śródpiersia, nowotwory naciekające podstawę czaszki (naciek nerwów), grzybica, rth – zwłóknienie tkanek, zmniejszenie ruchomości języka, utrudnione otwieranie jamy ustnej, zwężenie przełyku
- leczenie – leki przeciwgrzybicze, antybiotykoterapia, płukanie, Tantum Verde (płyn, spray), steroidy (deksametazon w dawkach 8-19mg i.v. jednorazowo – przez kilka dni zmniejszając do najmniejszej dawki skutecznej), sondy odżywcze, gastrostomia (w pewnych sytuacjach klinicznych)

ZAPARCIA

- oddawanie stolca rzadziej niż 3 razy w tygodniu w ciągu ostatnich 2 tygodni
- zaparcie ostre: niedrożność mechaniczna
- zaparcie przewlekłe
- zaparcie utajone: wtórne przelewanie się płynnego stolca przez przeszkodę powstałą w odbytnicy i esicy w postaci kamieni kałowych, luźny stolec brudzący pościel może sugerować biegunkę, wskazane badanie *per rectum*
- przyczyny
 - zmiany anatomiczne – nowotwory, zwłóknienie po rth, zrosty
 - zmiany metaboliczne – odwodnienie
 - leki – opioidy, TLPD, p/histaminowe, chemioterapeutyki
 - inne – unieruchomienie, blokada psychiczna, brak prywatności

ZAPARCIA

Opioidy:

- Zwiększają napięcie zwieracza odbytu
- zmniejszają perystaltykę w jelicie krętym i okrężnicy
- zmniejszają wydzielanie żółci i soku trzustkowego
- wydłużanie czasu pasażu treści pokarmowej
- zwiększają wchłanianie wody i elektrolitów

Leczenie zaparć spowodowanych opioidami:

- profilaktyka, środki stymulujące i osmotyczne od początku leczenia
- brak efektu – środki poślizgowe
- brak efektu – czopki glicerynowe, wlewka doodbytnicza
- rotacja opioidów

SUCHOŚĆ JAMY USTNEJ

- przyczyny: zmniejszenie wydzielania Śliny przez Ślinianki lub zmiany składu Śliny wywołane radioterapią, zabiegami chirurgicznymi, chorobą rozrostową, odwodnieniem, lekami: diuretyki, TLPD, leki antycholinergiczne, przeciwdrgawkowe, opioidy
- leczenie:
 - higiena jamy ustnej – mycie zębów miękką szczoteczką, płukanie roztworem dwuwęglanu sodu (1 łyżeczka sody na kubek wody), smarowanie czerwieni wargowej wazeliną, ssanie skruszonych kostek lodu, ssanie kawałków ananasa, nawadnianie drogą doustną, preparaty Śliny zastępczej, stosowanie pilokarpiny w suchości indukowanej radioterapią
 - ból – Tantum Verde – płukać jamę ustną 3-6 razy/dz, Sacho Żel – wcierać lub stosować okłady 1-2 razy dziennie, lidokaina (krem EMLA) – miejscowo co 4h, Dentosept A – pędzlować jamę ustną 3 razy dziennie

BIEGUNKA

Oddanie więcej niż 3 nieuformowanych stolców w ciągu doby o objętości przekraczającej 300ml. Kiedy trwa dłużej niż 3 tygodnie – biegunka przewlekła.

7-10% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową.

BIEGUNKA

Rodzaje:

- osmotyczna – wywołana przez substancje osmotycznie czynne, np. lactuloza lub sole gorzkie
- wydzielnicza (sekrecyjna) – wywołana enterotoksynami, guzami endokrynnymi lub lekami przeczyszczającymi
- chlorkowa – wrodzony defekt wchłaniania chlorków
- w przebiegu uszkodzenia nabłonka jelit (enteropatie, popromienne zapalenie jelit, nieswoiste zapalenie jelit, kolagenozy, chłoniaki jelit)
- zwiększona motoryka jelit (neuropatia cukrzycowa, zespół rakowiaka, nadczynność tarczycy)

BIEGUNKA

Leczenie:

Zanim rozpocznie się leczenie należy zrobić przegląd diety i leków, w tym środków przeczyszczających. Pacjenci często stosują dodatkowo silne ziołowe leki przeczyszczające

BIEGUNKA

Leczenie objawowe:

Nawodnienie i uzupełnienie niedoborów elektrolitowych p.o.

(Gastrolit, Saltoral, a w warunkach domowych 1000ml płynu o podobnym składzie przyrządza się z 4 łyżeczek cukru, $\frac{3}{4}$ łyżeczki soli i 1 łyżeczki wodorowęglanu sodu).

Przy znacznym odwodnieniu – hospitalizacja i intensywne nawadnianie i wyrównanie niedoborów elektrolitowych.

BIEGUNKA

Leczenie objawowe:

- Leki adsorbujące:
 - węgiel leczniczy (Carbo medicinalis, tabl 300mg, proszek), 3-6 g co 4-6 h
 - attapulgit – aktywny krzemian glinowo-magnezowy (preparat złożony Kaopectate), 2 tabl po każdym wypróżnieniu, nie przekraczać 12 tabl na dobę
 - garbniki (Taninum albuminum, lidalbina), 0,5-1 g co 6h przed jedzeniem
- Leki przeciwzapalne:
 - ASA, 300mg co 4 h, nie przekraczać 4 g na dobę
- Leki opioidowe:
 - kodeina, 10-60 mg co 4 godz
 - loperamid, 50x silniejszy od kodeiny, nie przekracza bariery krew mózg, 2tabl po pierwszym luźnym stolcu, potem 1 tabl po każdym następnym, do 8 tabl na dobę

ŚWIĄD SKÓRY

„Świąd jest to nieprzyjemne odczucie prowokujące do drapania się”

Hafenreffer, 1660

ETIOLOGIA ŚWIĄDU

Nerkowy	Przewlekła niewydolność nerek
Hepatogeny	Pierwotna marskość żółciowa, obturacja dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych
Neurogeny	Centralny i obwodowy
Hematologiczny	Polycythemia vera, mycosis fungoides, ziarnica złośliwa, chłoniaki, niedobór żelaza
Paranowotworowy	Guzy lite
Endokrynologiczny	Choroby tarczycy
Polekowy	Wywołany opioidami
Inny	Psychogeny, starczy

DIAGNOSTYKA W ŚWIĄDZIE UOGÓLNIONYM

- morfologia z rozmazem
- badania funkcji wątroby
- mocznik, kreatynina
- hormony tarczycy
- zdjęcia radiologiczne płuc
- badanie stolca na krew utajoną i pasożyty
- glukoza w osoczu

ŚWIĄD - STRATEGIA

- Diagnostyka – wykluczyć dermatozę
- Leczenie przyczynowe, jeżeli możliwe
- Nawilżanie suchej skóry
- Leki przeciwhistaminowe
- Specyficzne leczenie objawowe (zależne od etiologii i czynników świądotwórczych)
- Hamowanie centralnej transmisji (antagoniści serotoniny i opioidów)



DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ