

UMIERANIE – LUDZKA RZECZ

Iwona

Chmielarczyk - Koszykowska

LECZENIE PALIATYWNE

|

PRZECIWBÓLOWE

W

SZPICZAKU MNOGIM

- **(+) ORTOTANAZJA def.** → zaniechanie działań w kierunku sztucznego podtrzymywania życia, podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych w okresie umierania.
Przyzwolenie na ortotanazję → art.32 Kodeksu Etyki Lekarskiej
 - **zasada podwójnego skutku** (dopuszczalna etycznie i prawnie) → działania zmierzające do złagodzenia uciążliwego dla chorego objawu pomimo istnienia ryzyka skrócenia życia w wyniku takiego postępowania

(-) E U T A N A Z J A def. → zabicie człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia (zagrożenie karą pozbawienia wolności 3 miesiące – 5 lat, art. 150 KK)

● **„wspomagane samobójstwo”** → namowa lub pomoc doprowadzająca człowieka do targnięcia się na własne życie (zagrożenie karą pozbawienia wolności 3 miesiące – 5 lat, art.151 KK)

● **kryptoeutanzja** (morderstwo): zabicie człowieka bez jego wiedzy i woli z powołaniem się na dobro chorego lub jego bliskich

! dobra opieka paliatywna jest alternatywą dla eutanazji

! respektuj życie (nie zabijaj) ↔ akceptuj śmierć (nie przedłużaj umierania, zakończ uporczywą terapię)

LEKARZ PODLEGA

- zasadam etyki lekarskiej
- prawu – **urzędnik państwa**
↔ podział środków i świadczeń
nadrzędny względem dobra
indywidualnego chorego
- **PROTEKCJA** dopuszczalna już w
przysiędze Hipokratesa → otaczanie
szczególną troską przez lekarzy rodzin
innych lekarzy, a przede wszystkim
lekarzy w podeszłym wieku

Medycyna paliatywna

- specjalność lekarska od 1999r.
- ***paliatus*** (łac.) – okryty płaszczem
- ***palliate*** (ang.) – złagodzenie, uśmierzenie, ulżenie

Ruch hospicyjny

- ***hospes*** (łac.) – osoba udzielająca gościny (pogaństwo), schronisko dla podróżnych chorych (średniowiecze)
- 1-sze nowoczesne hospicjum po II wojnie światowej w Londynie (im. św. Krzysztofa) założone przez **Cicely Saunders**

Opieka paliatywna (holistyczna) obejmuje

1) chorych z terminalną chorobą nowotworową

2) chorych w terminalnym okresie każdej przewlekłej choroby somatycznej

- leczenie i opieka nastawione na zaspokajanie wielorakich potrzeb pacjenta: fizycznych, psychicznych, społecznych i duchowych + rodziny pacjenta (również w okresie żałoby) *zespół /stacjonarna / ambulator / domowa*

- **prognozy WHO** -↑ liczby umierających na choroby nowotworowe i AIDS, starzenie się społeczeństwa
- **średnia długość życia w latach:**
 - 1999 – 2000 = **61,4** lat
 - 2020 – 2025 = **71,6** lat
- **zgony z powodu nowotworów złośliwych:**
 - Europa** 2006r. → 1,7 mln zgonów / rok
 - Świat** 2008r. → 7,6 mln zgonów / rok
 - 2020r. → 10 mln zgonów / rok
 - 2030r. → 17 mln zgonów / rok

LECZENIE PALIATYWNE:

- nastawione na leczenie objawowe (łagodzenie dolegliwości)
- nie obejmuje przedłużania życia np. leczenia paliatywnego stosowanego w onkologii
- obejmuje pacjentów w okresie terminalnym choroby (wyczerpanie możliwości przedłużania życia poprzez bezpośrednie oddziaływanie na przyczynę choroby, chory ma dolegliwości, ~ 6-8 tygodni)

!! okres preterminalny (~ kilka tygodni – kilka miesięcy) nie kwalifikuje się do opieki paliatywnej (zaprzestano już leczenia przedłużającego życie, a chory jeszcze jest bez dolegliwości i we względnej sprawności psycho – motoryczno – społecznej)

- okres agonalny (umierania, ~ 2-3 doby): bezpośrednio poprzedza śmierć chorego, (narastająca niewydolność narządów życiowo ważnych)

- cel leczenia objawowego → poprawa „komfortu” życia bez konieczności dążenia do normalizacji / homeostaza!
 - 1) zniesienie objawów chorobowych
 - 2) i/lub zmniejszenie objawów chorobowych
 - 3) i/lub zniesienie poczucia beznadziejności na rzecz zyskania poczucia przewagi Pacjenta nad objawami chorobowymi (znaczenie wsparcia i zespołowej opieki nad Chorym)
- **1984r. WHO:** 1-szy międzynarodowy konsensus na temat stosowania leków w zwalczaniu bólu nowotworowego
 - późniejsza aktualizacja dla chorych z AIDS i in. chorobami wyniszczającymi

- leczenie objawowe dotyczy:

- 1) objawów wywołanych bezpośrednio przez chorobę terminalną, np. niedrożność pp

z powodu Tu

- 2) objawów wywołanych pośrednio przez chorobę terminalną, np. leczenie odleżyn spowodowanych wyniszczeniem

- 3) objawów wywołanych przez stosowane leczenie (działania uboczne cytostatyków)

- 4) objawów wywołanych przez schorzenia współistniejące, np. stopa cukrzycowa u chorego z terminalnym nowotworem

- metody leczenia objawowego:

niefarmakologiczne (znaczenie wsparcia i pomocy psychospołecznej)

„problem wypowiedziany to problem o połowę mniejszy”

farmakologiczne: preferowane leczenie doustne, likwidacja polipragmazji,
wczesne stosowanie opioidów zgodnie z drabiną WHO

inne - ? radioterapia paliatywna

- ? zabiegi „protezuujące konieczne czynności życiowe” (gastro-,
jejuno-, kolono-, nefro-, cysto-, tracheo-stomie, nawadnianie drogą wchłaniania
ze śluzówek jamy ustnej, dożylną, podskórną, doodbytniczą)

- ? sztuczne odżywianie (dożylnie i dojelitowe)

! Odżywianie dożylnie → przeciwwskazane u chorych terminalnych

! Odżywianie dojelitowe → ograniczone wskazania

właściwa pielęgnacja

profilaktyka (przeciwodleżynowa, przeciwgrzybicza)

Najczęstsze objawy chorobowe wymagające leczenia objawowego u Chorych terminalnych: - **ból**

- receptorowy: somatyczny, kostny, trzewny */kolki, poty*
- neuropatyczny – z uszkodzenia ukł. nerwowego

- przebijający – wymaga dodatkowej dawki opioidu (1/6 dawki dobowej podstawowego opioidu) */niezal.od podst*
- incydentalny - dawki ratunkowe opioidu przed czynnością prowokującą ból */odmiana przebijającego*
- ból końca dawki – zwiększyć dawkę opioidu o 25-50%
- totalny – nałożenie czynników somatycznych, lęku, depresji, gniewu

✓ **nocycepcja** (powstawanie odczucia bólowego) obejmuje następujące procesy fizjologiczne:

↔ **transdukcja** (przetwarzanie): zmiana energii działającego bodźca (mechaniczny, chemiczny, termiczny) na impuls elektryczny w obrębie pierwotnych zakończeń nerwowych

↔ **transmisja**: przewodzenie impulsu z miejsca powstawania do miejsca percepcji (pierwotne neurony aferentne → droga rdzeniowo – wzgórzowa → droga wzgórzowo – korowa)

↔ **modulacja**: opracowywanie impulsu bólowego na drodze przewodzenia

↔ **percepcja**: końcowe subiektywne doznanie postrzegane jak ból

✓ **drabina analgetyczna** I' NLPZ i paracetamol

II' słabe opioidy (tramadol, kodeina, dihydrokodeina)

III' silne opioidy (morfina, fentanyl, buprenorfina, metadon, oksykodon)

+ leki uzupełniające (adiwantowe: pwwdepresyjne, benzodiazepiny, kortykosteroidy, II.pwdrzawkowe, bisfosfoniany, kalcytonina)

CPG (clinical practice guideline) – algorytm postępowania pwbólowego

✓ blokady, neurolizy, zabiegi neurochirurgiczne

c.d. Najczęstsze obj.chorob. wymagające leczenia objawowego u chorych terminalnych

- **duszność, kaszel** – opioidy, benzodiazepiny
- **jadłowstręt** (utrata apetytu), **kacheksja** (nasilone zaniki mięśni + spadek masy ciała > 10% / 3 mce)
 - 1) „jedzenie jako przyjemność”
 - 2) kortykosteroidy (Dexametazon 8–12 mg dz., Encorton 3x5 mg dz., metylprednizolon 125 mg iv.), */-/ progestageny (octan megestrolu)*, leki prokinetyczne, NLPŻ (*/-/Indometacyna 2x 50 mg*), EPA – kwas eikozapentaenowy (wielonieansycony kwas tłuszczowy omega – 3)
- **CADS (cancer - associated dyspepsja syndrome), dysfagia, nudności, wymioty** – Haloperidol sc, Tisercin sc, Metoclopramid sc.

- **- czkawka** ↔ szybkie przerywanie napadu
 - 1) metody fizykalne medyczne (drażnienie zgłąbnikiem tylnej ściany gardła przez 30 sek, inhalacje z soli fizjolog. Co 4 godz., masaż podniebienia miękkiego pałeczką z wat przez 1 min.)
 - 2) metody fizykalne tradycyjne (szybkie połknięcie 2 łyżeczek cukru, 2 szlanek płynu, okłady z lodu na kark z odgięciem głowy do tyłu)
 - ↔ zmniejszenie rozdęcia żołądka (Espumisan, Maalox Plus, Metoklopramid)
 - ↔ zwiększenie prężności p CO2 (oddychanie do papierow. worka)
 - ↔ leki rozluźniające mięśnie szkieletowe (Baklofen, Nifedypina, Midazolam)
 - ↔ ośrodkowe hamowanie czkawki (Haloperidol, Fenactil, Karbamazepina)
- **- astenia, CRF** – cancer related fatigue *ŚMIERTELNE ZMĘCZENIE*
- **- lęk, depresja**
 - 1) jasna informacja, rozmowa, wsparcie
 - 2) leki p/depresyjne, pw/psychotyczne, benzodiazepiny
 - 3) propranolol (pocenia, drżenia)
- **- stan majaczeniowy, otępienie**
- **- problemy skórne, odleżyny** – profilaktyka, uzupełniania niedoborów pokarmowych, leczenie (środowisko wilgotne, ciepłe)
- **-świąd** ↔ leczenie nieswoiste (pielęgnacja i natłuszczanie skóry, Mentol - Sanofil aerozol, Variderm – pasta, anestetyki – Comarol krem, chemioterapeutyki – maść Viosept, pwhistaminowe – Fenistil, Diphergan, pwdepresyjne – Doxepina, Amitryptylina, anksjolityki – benzodiazepiny, hydroxyzyna)
 - ↔ lecz.swoiste np.cholestyramina (żółtaczką), kapsaicyna w świądzie zlokalizowanym, zamiana opioidu na inny

- **- zaburzenia krzepnięcia –**

- ↔ zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC)
- ↔ niedobór witaminy K
- ↔ małopłytkowość (mielosupresja)
- ↔ nadpłytkowość
- ↔ paraproteiny wiążące się z białkami układu krzepnięcia

!! nie przetaczamy preparatów krwiopochodnych by nie przedłużać procesu umierania

- **- objawy z układu moczowego**

- **- problemy związane z jamą ustną** (leczenie zapaleń), **xerostomia** (żucie kostek lodu, kawałków ananasa, pilokarpina), **ślinotok**: płukanie r-r'em skopolaminy, butylobromek hioscyny (Buscolysin) – sc., po; hydrobromek hioscyny – plaster, amitryptylina)

- **- biegunki**
 - ↔ leki adsorbujące (Carbo medicinalis, garbniki – Tanninum albuminatum, Idalbina)
 - ↔ leki przeciwzapalne (ASA, Mesalazyna)
 - ↔ leki opioidowe (Kodeina, Loperamid, Tinctura Opii)

- **- niedrożność przewodu pokarmowego** – gastrostomia, jejunostomia, odbarczające

⊕ różnicowanie kliniczne niedrożności jelit

	niedrożność porażenna	niedrożność mechaniczna		
		jelita cienkiego		jelita grubego
		znaczne	niewielka	
Ból	+/-	+++	++	+
Wymioty	+/-	+++	++	+
Wzdęcie	+++	-/+	++	+++
Zaparcie	+/-	+/-	+/-	+
Szmery jelitowe	-	++	+	+



- **- zaparcie** ↔ ostre z upośledzeniem pasażu
↔ ostre bez upośledzenia pasażu

!! zaparcia ostre są przeciwwskazaniem do stosowania środków przeczyszczających

↔ zaparcia przewlekłe

!! przejawem zaparcia może być przewlekłe oddawanie luźnego stolca przelewającego się nad kamieniami kałowymi → badać per rectum

↔ zaparcie wtórne: po opioidach, lekach przeczyszczających, moczopędnych, nasennych, pwparkinsonowskich, pwdepresyjnych, uspokajających, po solach bizmutu, solach żelaza

Drabina leczenia poopoidowego zaparcia stolca

I' leki doustne → osmotyczne (laktuloza, makrogol)
→ pobudzaj. sploty nerwowe śluzówki j.grub.
(antranoidy, polifenole)

II' leki doustne, doodbytnicze (antagoniści obwodowi recept.opioidowych) amp.Relistor, tbl.Targin

III' procedury inwazyjne: wlewy doodbytnicze, ręczne wydobywanie stolca

+ pielęgnacja, podaż płynów

TA LINIA POKAZUJE, ŻE ROBISZ REGULARNIE
WSZYSTKIE KONIECZNE BADANIA GINEKOLO-
GICZNE A TA, DRUGA, ŻE W ZWIĄZKU Z TYM
BĘDZIESZ ŻYĆ DŁUGO I SZCZĘŚLIWIE.

