

Pielęgnowanie chorego z zaawansowaną chorobą – mgr M. Sułkowska

Leczeniem paliatywnym (pallium łac.-płaszcz obszerny, *palliatus* płaszcz otulający cierpiącego chorego, ang palliative treatment) nazywamy postępowanie mające na celu złagodzenie, zmodyfikowanie oznak, w tym objawów postępującej, nie poddającej się leczeniu przyczynowemu choroby przewlekłej, postępującej o niekorzystnym rokowaniu.

Opieka paliatywna i hospicyjna (OPH) są określeniami jednoznacznymi (WHO)

OPH obejmuje wszechstronne działania interdyscyplinarnego zespołu mające na celu zaspakajanie potrzeb: somatycznych (uśmierzanie bólu, duszności i innych objawów), psychosocjalnych oraz duchowych poprzez wczesne ustalanie potrzeb, zapobieganie i niesienie ulgi w cierpieniu chorym na przewlekłe, postępujące, zagrażające życiu choroby (PPZZCH), nie tylko w zaawansowanej chorobie nowotworowej, oraz wsparcie ich rodzin. Celem jest tu poprawa jakości życia

Definicja opracowana przez WHO podkreśla znaczenie:

1. wczesnego objęcia chorego OPH jeszcze w okresie aktywnego lub przedłużającego życie leczenia,
 2. zapobieganie cierpieniu poprzez np. wczesne skuteczne leczenie - bólu i stanów naglących w oparciu o badania ukierunkowane na wykrycia zaburzeń biochemicznych: (hiperkalcemii), mocznicy, niedotlenienia), przerzutów do OUN, kości- zapobieganie złamaniom , rozpoznanie i aktywne leczenie stanu zagrożenia uciskiem rdzenia),
 3. poszerzenia OPH o chorych z przewlekłymi postępującymi chorobami nie nowotworowymi
- OPH** coraz częściej znajduje zastosowanie u chorych u których równocześnie prowadzona jest terapia przedłużająca życie chorego

Jednostki chorobowe (ICD-10) kwalifikujące się na oddział Medycyny Paliatywnej:

C00-D48	Nowotwory
G09	Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego
B20-B24	Choroby wywołane przez wirus ludzki upośledzenia odporności (HIV)
G10-G13	Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
I42-I43	Kardiomiopatie
J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej
L89	Owrzodzenie odleżynowe

Ból jest przykrym zmysłowym i emocjonalnym doświadczeniem wywołanym rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, bądź jedynie opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia

Okolo 75 % chorych odczuwa ból

- 1/3 odczuwa 1 rodzaj bólu,
- 1/3 dwa rodzaje bólu,
- 1/3 trzy lub więcej rodzajów

RODZAJE BÓLU

-ból receptorowy -bodziec może spowodować ból bez uszkodzenia (ból fizjologiczny) lub z uszkodzeniem tkanek (ból kliniczny)

-ból niereceptorowy -neuropatyczny, psychogeny

Czynniki zmniejszające próg bólu:

- bezsenna
- zmęczenie
- niepokój
- lęk

- gniew
- depresja
- nuda
- poczucie izolacji

Czynniki podwyższające próg bólu

- dobra kontrola objawów
- sen, odpoczynek
- rozumienie, życzliwość
- obecność innych osób
- leczenie lęku, depresji
- terapia zajęciowa
- poprawa nastroju

NAJCZĘSTSZE ZESPOŁY BÓLOWE

-Związane z chorobą

- rozrastanie się guza nowotworowego*
- ucisk na nerwy*
- przerzuty do kości*
- przerzuty do narządów miękkich*

-Związane z leczeniem choroby nowotworowej

- po przebytych operacjach (mastektomia,)*
- polineuropatia po chemioterapii*
- włóknienie tkanek po napromienianiu*

-Związane z nowotworem lub/i ze zniechęceniem

- Unieruchomienie*
- Zaparcie*
- Ból mięśniowo – powięziowy*
- Kurcze*
- Zapalenie przetyku*

„ bóle koincydencyjne”(występują u chorych na nowotwory, ale nie są związane z nowotworem ani przebytym leczeniem)

- bóle kręgosłupa, stawów*
- bóle głowy*

DIAGNOSTYKA BÓLU

Zbieranie wywiadu

- miejsce bólu, czy ból gdzieś promieniuje?*
- czy istnieje czynnik, który spowodował ból ?*
- od jak dawna odczuwasz ból?*
- czy ból „przychodzi i odchodzi”, czy odczuwany stale?*
- charakter bólu (o np. tępy, ostry.)*
- czy ból zakłóca sen?*
- czy ból uniemożliwia wykonywanie codziennych czynności?*
- jakie leczenie stosowano dotychczas ?*

Skale oceny napięcia bólu

skala słowna

(brak bólu, ból lekki, umiarkowany, silny, bardzo silny),

skala numeryczna (0 - 10),

Wizualna skala analogowa (VAS)

RODZAJE BÓLU

Ból nocycyptywny powstający na skutek aktywacji receptorów bólowych

Ból neuropatyczny związany z długotrwałą stymulacją lub uszkodzeniem ciągłości struktur układu nerwowego

BÓL NOCYCEPTYWNY

- *TRZEWNE* (przerzuty do wątroby, zespół uciśniętego żołądka, bóle kolkowe, bóle trzustki, tenesmus)
- *SOMATYCZNE KOSTNE*
- *SOMATYCZNE Z TKANEK MIĘKKICH*

Tępe, intensywne, nasilające się przy zmianie pozycji, palpacji, obciążeniu

Przerzuty do kości

W 2/3 przypadków dotyczy chorych pomiędzy 40-60 rż

80- 90% przerzutów wywodzi się z raka piersi, płuc prostaty, nerek, gruczołu tarczowego i trzustki.

Zlokalizowane głównie w kościach z czynną tkanką szpikową – kręgosłup, końce bliższe kości udowej, ramiennej, mostek ,miednica, kości czaszki, obręcz barkowa

BÓLE SOMATYCZNE - INNE

Bóle głowy (pierwotne lub przerzutowe guzy mózgu) powstające poprzez ucisk lub rozciąganie receptorów bólowych ,nagle, silne, towarzyszą im inne objawy ciasnoty śródczaszkowej

BÓL NEUROPATYCZNY

Powstaje w wyniku uszkodzenia struktur układu nerwowego ,ucisk lub nacieki przez nowotwór korzeni nerwowych, splotów, nerwów, rdzenia kręgowego, bóle jatrogenne – w następstwie zabiegu operacyjnego, radioterapii, chemioterapii, choroby współistniejące (neuralgia).

Charakter bólu:

-stały palący, parzący ból o charakterze **dyzestezji** (przykre, nieprawidłowe wrażenie bólowe)

-ból o charakterze napadowym, krótkotrwały, bardzo silny (kłucie, szarpanie ,palenie, rażenie prądem)

-**allodynia** - ból wywołany delikatnym bodźcem, który normalnie nie wywołuje bólu np. dotyk koszuli

Np. .kompresja rdzenia kregowego, *pleksopatia – ból ,, splotowy*

Neuropatie obwodowe powodują parestezje, zaburzenia czucia, zaniki mięśni

Zasady leczenia bólu nowotworowego

doustnie

w regularnych odstępach czasu- “ według zegarka”

według trzystopniowej drabiny analgetycznej, w skojarzeniu z lekami wspomagającymi

w dawkach dobranych indywidualnie

niezbędna szczegółowa ocena bólu i monitorowanie leczenia

leczenie doustne

-roztwór wodny

-tabletki o natychmiastowym działaniu

-tabletki o powolnym kontrolowanym uwalnianiu

iniekcje podskórne

fentanyl przezskórny

- „według zegarka”
- co 12 godz. tabletki o powolnym uwalnianiu MST Continus, Doltard,
- wlew ciągły
- co 3 dni -TTS fentanyl, Transtec
- „według drabiny”

Leczenie wspomagające- adiuwantowe

- koanalgetyki- np. trójcykliczne leki przeciwdepresyjne w bólach neuropatycznych
- środki stosowane profilaktycznie w celu uniknięcia działań niepożądanych analgetyków (leki przeciwwymiotne, przeczyszczające i inne)
- leczenie innych objawów, np. bezsenności...

Czynniki utrudniające leczenie bólu

- bóle neuropatyczne, kostne, bóle przebijające
- rozwój tolerancji na opioidy i hyperalgezji opioidowej oraz objawy uboczne analgetyków
- zmiana właściwości farmakokinetycznych analgetyków wynikająca z nieprawidłowej czynności nerek i wątroby, interakcji lekowych, odmienności genetycznych itd.
- błędy personelu medycznego (*niewłaściwe rozpoznanie bólu, brak monitorowania efektu leczenia*)
- inne czynniki związane z chorym i jego rodziną (*chory nie przyjmuje leków, brak współpracy rodziny itd.*) - cierpienie

NIESTERYDOWE LEKI PRZECIWZAPALNE

- mechanizm działania – przeciwzapalne, przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, przeciwzakrzepowe
- stosowane w bólach łagodnych oraz łącznie z opioidami jako leki wspomagające w bólach kostnych
- **efekt pułapowy** – przekroczenie dawki nie powoduje poprawy analgezji, ale zwiększa ryzyko działań niepożądanych
- można stosować łącznie z paracetamolem, metamizolem, opioidami

Działania niepożądane NLPZ

- powikłania ze strony przewodu pokarmowego
- objawy ze strony nerek_ zwłaszcza u osób w starszym wieku, ujawnienie lub zaostrenie niewydolności nerek
- zaostrenie objawów niewydolności krążenia
- wzrost RR
- obrzęki obwodowe
- hiperkaliemia
- wpływ na oun – zawroty głowy,

Paracetamol

- jest bezpiecznym lekiem w dawkach terapeutycznych
- przeciwbólowy lek nieopiodowy, wykazuje działanie przeciwgorączkowe
- dawkowanie do 4.0 g/dobę, ale dłuższe stosowanie wymaga monitorowania funkcji wątroby
- czynniki ryzyka martwicy hepatocytów (dawka leku, wiek, stopień odżywienia, nadużywanie alkoholu, leki indukujące enzymy wątrobowe)

OPIOIDY

Leki wywołujące efekt analgetyczny poprzez wiązanie się z receptorami opioidowymi

KODEINA

- 10% kodeiny ulega przemianie do morfiny (pro-drug)
- działanie analgetyczne, przeciwkaszlowe
- działanie silnie zapierające,
- stosowana doustnie

TRAMADOL

- Aktywuje receptory opioidowe w c.u.n. oraz aktywuje zstępujący układ antynocyceptywny
- stosowany doustnie, podskórnym, doodbytniczo, dożylnie
- dawki 25 (12.5 mg) – 100 mg co 4 h, przejście na formę retard 2 x/dz
- działanie niepożądane – nudności, wymioty, poty, splątanie

BUPRENORFINA

- plaster TTS - Transtec 35 - 52.5 – 70 µg/godz.
- jest około 60-100x silniejsza od morfiny

- zjawisko tolerancji – konieczność stosowania wyższych dawek leku w celu uzyskania efektu analgetycznego
- zależność fizyczna – nie mylić z uzależnieniem psychicznym
- wystąpienie zespołu abstynenckiego po nagłym odstawieniu opioidu lub zastosowania antagonisty
- objawy – przypominają przeziębienie (wypieki, bóle stawowe, wyciek z nosa, łzawienie, nudności, wymioty, bóle brzucha, biegunka, niepokój)
- Możliwość odstawienia opioidów po zastosowaniu innych metod leczenia
- Zmniejszenie dawki opioidu o 25 % co kilka dni do osiągnięcia dawki morfiny lub jej ekwiwalentu 30 mg/dz i odstawienie po 2-3 dniach

Mity o morfinie

- Przesady dotyczące morfiny powodują ograniczenia w jej stosowaniu
- Opinie dotyczące szkodliwości morfiny panują wśród społeczeństwa oraz pracowników służby zdrowia
- „chory będzie narkomanem...”
- chory dostaje morfinę, jest już bardzo źle...”
- „dostaję morfinę, niedługo umrę...”
- „morfina powoduje depresję oddechową...”

- Leczenie rozpoczynamy od dawki 10mg p.o. (u osób wcześniej leczonych słabymi opioidami) lub 5mg p.o. (bez wcześniejszego leczenia opioidami)
- Dawki wstępne powinny być obniżane do 3 mg p.o. u osób starszych, wyniszczonych
- Dawki wstępne przy leczeniu s.c. wynoszą 1 - 2mg

- zwiększamy dawkę morfiny
- o 50%-25% poprzedniej dawki
- o sumę dawek interwencyjnych, które pacjent przyjął dodatkowo w ciągu ostatniej doby
- Średnie dawki morfiny wynoszą: 200-300mg/d.

Niepożądane działania morfiny

- obniża zdolność koncentracji i zwalnia procesy myślowe
- wzmacnia napięcie zwieraczy przewodu pokarmowego oraz pęcherza moczowego, równocześnie zwalniając perystaltykę (zaparcia)
- pobudza strefę chemoreceptorową, czego następstwem są nudności i wymioty
- powoduje uwolnienie histaminy (świąd skóry)
- działa depresyjnie na ośrodek oddechowy oraz ośrodek kaszlu

FENTANYL

- do celów leczenia przewlekłego stosuje się postać TTS (25, 50, 75, 100 µg/godz.), w rzadkich przypadkach podaje się we wlewie ciągłym sc, iv lub z.o.
- stężenie terapeutyczne osiąga się po około 12 godzinach – konieczność stosowania dodatkowego leczenia po naklejeniu pierwszego plastra
- wygodna forma leku (plastry, zmiana co 3 dni)
- mniej działań ubocznych (zaparcia, prawdopodobnie mniej nudności i wymiotów)
- absorpcja przez skórę zależy od wielu czynników, nie zawsze do przewidzenia (temperatura ciała, wzmożona potliwość, podrażnienie skóry, wyniszczenie)

KOANALGETYKI

Leki przeciwdepresyjne– Paroksetyna, Fluoksetyna, Efectin
Leki przeciwdrgawkowe gabapentyna ,Amizepin, Tegretol)

Glikokortykosteroidy

- Działanie przeciwzapalne, przeciwobrzękowe, wzrost łaknienia, działanie przeciwwymiotne, poprawa samopoczucia
- Wskazania: ból z naciekania, obrzęku lub ucisku struktur struktur nerwowych, nowotworowe naciekanie tkanek miękkich, przerzuty do wątroby, c.u.n., szyi, miednicy

BISFOSFONIANY

- wskazania: zapobieganie powikłaniom kostnym u chorych z przerzutami nowotworowym do kości, hiperkalcemia
Aredia, Pamifos 30 – 90mg, Zometa 4 mg i.v. (wlew) co 21-28 dni, Bonefos

Podstawowe interwencje pielęgniarские

- przeprowadzenie oceny stanu pacjenta
- nauczenie pacjenta określania lokalizacji i intensywności bólu
- wyjaśnianie, jak ocenić i udokumentować nasilenie bólu
- motywowanie pacjenta do prowadzenia dzienniczka kontroli poziomu bólu, czasu trwania,
- omawianie z pacjentem czynników powodujących ból
- zmniejszenie bodźców bólowych przez: skoordynowanie zabiegów, delikatność i sprawność, podtrzymywanie bolesnych części ciała
- sprawdzanie poprawności przestrzegania zleceń co do stosowanych leków
- proponowanie terapii wspomagającej leczenie bólu-fizjoterapia, techniki relaksacyjne
- odwrócenie uwagi przez rozmowę

Objawy chorobowe i dolegliwości często występujące w zaawansowanych stadiach chorób nowotworowych

bezsennaś
biegunki
czkawka
drgawki/napady padaczki
duszość
gorączka
kaszel

krwioplucie
krwawienie z przewodu pokarmowego
niedożywienie/wyniszczenie nowotworowe
niedrożność przewodu pokarmowego
Nudności
wymioty
obrzęk chłonny po amputacji piersi
patologiczne złamania kości
przerzuty do kręgosłupa powodujące ucisk rdzenia kręgowego
przerzuty do mózgu.
obrzęk mózgu
świąd skóry
wodobrzusze
zaparcia
rzęzenie przedśmiertne

Stany naglące w opiece paliatywnej

nieuśmierzony ból(atak bólu)
atak duszności(panika oddechowa)
hyperkalcemia
krwotok
drgawki
nagle zatrzymanie moczu
splątanie
terminalne zapalenie płuc
zespół kompresji rdzenia kregowego
zespół żyły głównej górnej
złamanie patologiczne
agonia

Dolegliwości ze strony układu pokarmowego

Zaparcia

Przyczyny:

- zaburzenia elektrolitowe w postaci podwyższonego poziomu wapnia lub obniżonego poziomu potasu,
 - dieta uboga w substancje drażniące mechanicznie jelito grube (tzw. bezreszkowa),
 - ograniczona podaż płynów lub stany wymagające większej ich podaży (np. podwyższona temperatura ciała powodująca, przy absorpcji wody z jelita grubego, tworzenie twardego kału)
 - zaburzenia unerwienia jelita w wieku starczym,
 - brak silnego napięcia powłok brzucha,
 - brak możliwości korzystania z toalety (brak intymności, brak opieki, zniedołężnienie, osłabienie utrudniające poruszanie)
 - przyjmowanie leków spowalniających ruchy jelita (np. morfina, powodująca zaparcia u około 90% chorych przyjmujących ten lek przeciwbólowy).
- Utrudnione przechodzenie treści pokarmowej przez jelita może powodować
- ból o charakterze kolkowym
 - zaczopowanie kałem
 - pseudobiegunki
 - zatrzymanie moczu
 - pobudzenie psychoruchowe

Leczenie zaparc

Wykluczyć zaczopowanie kałem lub niedrożność jelit!

- ocena wypróżnień
- profilaktyczne stosowanie środków przeczyszczających podczas stosowanie opioidów
- zwiększenie nawodnienia

- zwiększenie ilości owoców w diecie
- zachęcenie pacjentów do poruszania się(masaż brzucha)
- ułatwienie dostępu do toalety
- Terapia farmakologiczna
- bisacodyl- czopki,tabletki 1 na noc
- Xenna 2xdz
- Lactuloza 15-30 ml 2xdz
- Parafina 20-30 ml na noc
- enema
- Laxopol 100-200 mg 2xdz
- metoclopramid 10-20 4xdz
- Cisapride 10-20 mg 4xdz

Biegunki

Do przyczyn biegunek w zaawansowanej chorobie nowotworowej należą:

- przemijające zaparcia (kamienie kałowe) z następową biegunką po wydaleniu zbitej masy kałowej
 - chorych, którzy przebyli napromienianie jamy brzusznej biegunka pojawia się około 2-3 tygodni od rozpoczęcia leczenia.
- guz głowy trzustki, upośledzający funkcję wydalniczą trzustki
- stan po wycięciu żołądka, powodujący trudności w wymieszaniu się pokarmu (brak rozdrobnienia) z enzymami trzustkowymi.
- przyjmowanie leków zobojętniających kwas solny w żołądku (np. z powodu tzw. „zgagi”)
- guzy jelita grubego
- leki: środki przeczyszczające, antybiotyki, cytostatyki,NLPZ, żelazo
- neuropatia trzewna
- choroby współistniejące

Postępowanie:

- wyrównanie zaburzeń równowagi wodno-elektrolitowej, nawodnienie
- loperamid 2-4 mg
- stosowanie opioidów

Nudności/Wymioty

Przyczyny;

- przeszkoda mechaniczna (niedrożność) w zakresie przełyku, żołądka lub jelita grubego..
- wzmóżona ciasnota śródczaszkowa, spowodowana np. przerzutem nowotworu do mózgu ---przyjmowanie leków, powodujących wymioty (np.: naparstnica, opioidy, preparaty żelaza, antybiotyki, niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ),cytostatyki).
- zatrucia metabolicznych, przebiegających z kwasicą lub mocznicą
- wzrost ciśnienia w jamie brzusznej(duża masa guza, wodobrzusze).
- zaparcia
- uporczywy kaszel
- hiperkalcemia

Leczenie onkologiczne- radioterapia, chemioterapia

Postępowanie

- obserwacja wymiotów
- dbałość o pomieszczenie, w którym przebywa chory
- eliminowanie potraw wywołujących
- podawanie posiłków i płynów w małych ilościach, często

Farmakoterapia:w zależności od przyczyny

- metoclopramid, dexametazon, cisaprid, b uscolizyn, aviomarin, haloperidol, tiserцин

Czkawka

Przyczyny:

- drażnienie nerwów unerwiających przeponę (nerwy przeponowe – ucisk nerwu przez guz umiejscowiony w mózgu lub na przebiegu nerwu w klatce piersiowej),
- bezpośrednie naciekanie przepony przez guz nowotworowy (np. guz wpustu żołądka, guz wątroby),
- podrażnienie nerwu błędnego (refleks żołądkowo-jelitowy, wzdęcia brzucha, wodobrzusze, niedrożność jelit, hepatomegalia, rozdęcie żołądka)
- niewydolność nerek

Postępowanie:

Metody tradycyjne

- szybkie połknięcie 2 łyżeczek cukru
- połykanie skruszonych kostek lodu
- połknięcie kawałka suchego chleba
- szybkie wypicie 2 szklanek napoju
- picie „z odwrotnej strony kubka”
- okłady z lodu na kark, z jednoczesnym odgięciem głowy do tyłu
- wstrzymanie oddechu
- nagle odwrócenie uwagi pacjenta
- krótkotrwałe drażnienie zgłębnikiem żołądkowym tylnej ściany gardła

Farmakoterapia:

- zmniejszenie rozdęcia żołądka- dimetikon, metoclopramid
- rozluźnienie mięśni szkieletowych- baclofen, midazolam
- ośrodkowe hamowanie czkawki-haloperidol, Fenactil, karbamazepina

Niedożywienie / Wyniszczenie nowotworowe

- brak apetytu spowodowany stresem, gorączką, zatruciem metabolitami w przypadku zespołu rozpadu guza nowotworowego, uporczywymi biegunkami lub wymiotami, bólami brzucha w zapaleniu jelit po napromienianiu,
- zwiększenie metabolizmu po zabiegu operacyjnym
- bolesne zmiany zapalne w jamie ustnej (po radioterapii, zakażenia grzybicze jako powikłanie po chemioterapii itp.)

zaburzeń metabolizmu tkankowego – nieprawidłowości metaboliczne spowodowane działaniem nowotworu(wydzielane cytokiny, czynniki leptynopodobne)

Postępowanie:

- smak i zapach potraw, małe porcje na małych talerzach , często podawane
- pozycja podczas jedzenia

Farmakoterapia

- glikokortykosteroidy z lekami osłaniającymi żołądek
- metoclopramid
- progestageny-octan megestrolu

- wylonienie przetoki do karmienia przy nieoperacyjnych guzach przetyku lub wpustu żołądka

Wodobrzusze

Płyn wysiękowy gromadzi się w jamie otrzewnej (jamie brzusznej) w przypadku przerzutów nowotworu do błony otrzewnej.

Przyczyny

- rak jajnika, rak żołądka, rak jelita grubego, międzybłoniak otrzewnej
- przerzuty do wątroby
- marskość wątroby
- zaawansowana niewydolność krążenia

Objawy:

- uczucie dyskomfortu
- duszność

- objawy dyspeptyczne-nudności i wymioty , czasami bolesność w obrębie jamy brzusznej.
- zaparcia, utrata łaknienia

Postępowanie:

- odbarczenie jamy brzusznej (przed paracentezą usg)
- podanie leków moczopędnych (przy ograniczonej ilości płynu)
- regularny pomiar obwodu brzucha,waga
- dieta z ograniczeniem soli
- ograniczenie ilości przyjmowanych płynów
- cytostatyk dootrzewnowo w guzach wrażliwych na chemioterapię
- przetoka otrzewnowo-żylna

Niedrożność przewodu pokarmowego

górnego odcinka

- zaburzenia odżywiania, dysfagia
- ból brzucha
- nudności ,wymioty

dolnego- dodatkowo zaparcia, zatrzymanie gazów,wzdęcia

- udrożnienie przetyku - „wypalanie” guza laserem (laseroterapia),
- koagulacja bipolarna
- protezy samorozprężające się
- napromienianie guza za pomocą brachyterapii lub teleterapii
- przetoki do karmienia do żołądka (gastrostomia) lub jelita cienkiego (jejunostomia),
- niedrożność jelita grubego -wycięcie części jelita grubego z guzem i przywróceniu drożności poprzez zespolenie przeciętych pętli jelita lub wyłonienie pętli jelita grubego przed guzem na powłoki jamy brzusznej, wykonując w ten sposób przetokę kałową (stomia)

Postępowanie zachowawcze

- haloperidol s.c 5-15mg/dobę,Tisercin
- morfina, buscolizyna

Zaburzenia połykania

- dysfagia**-utrudnione połykanie
- odynofagia -bolesne połykanie

Przyczyny:

- nowotwory jamy ustnej
- uszkodzenie nerwów czaszkowych odpowiedzialnych za prawidłowy przebieg połykania
- guzy śródpiersia
- przebyte zabiegi chirurgiczne języka, radioterapia
- kandydoza jamy ustnej
- zaburzenia świadomości

Postępowanie

- higiena jamy ustnej
- w przypadku kandydozy leczenie przeciwgrzybiczne(ketokonazol)
- edukacja rodziny, zalecenia dietetyczne-pokarm o papkowatej konsystencji ,unikanie suchego pokarmu ,lepkiego
- Nutridrinki
- dexamethason w przypadku ucisku guza
- rozważenie radioterapii

Zmiany patologiczne w jamie ustnej

- suchość
- pieczenie
- owrzodzenie nowotworowe
- nadżerki
- grzybica
- zapalenie śluzówki w przebiegu leczenia
- leki

Postępowanie:

- usuwanie resztek pokarmowych z jamy ustnej
- usunięcie protez zębowych
- znieczulenie śluzówki przed każdym zabiegiem
- płukanie jamy ustnej-wywar z ziół mięta, rumianek, siemie lniane, Nystatyna w przebiegu kandydozy
- do ssania cząstki schłodzonego ananasa, kostki lodu
- unikanie napojów gazowanych, pokarmów drażniących
- sztuczna ślina, Lignocaina 2%, Tantum Verde, sachol

Krwawienie z przewodu pokarmowego

- krwawienie z rozpadającego się guza,
- krwawienie w wyniku naciekania przez guz nowotworowy dużych naczyń krwionośnych,
- upośledzenie czynności szpiku spowodowane uszkodzeniem komórek przez leki przeciwnowotworowe,
- zaburzenia krzepnięcia warunkowane przebiegiem choroby nowotworowej,
- krwawienie z owrzodzeń żołądka lub guzków krwawniczych w przypadku przyjmowania leków upośledzających krzepnięcie (np. niesterydowe leki przeciwbólowe).

PRIORYTETY W PIELEGNOWANIU CHOREGO OBJĘTEGO OPIEKĄ PALIATYWNĄ

- postępowanie dostosowane do stanu pacjenta
- uwzględnienie zmian zachodzących w sytuacji chorego
- „pielęgnacja bez cierpienia”
- współdziałanie rodziny chorego
- pielęgnowanie w agonii