

ELEMENTARNE ZASADY I CELE OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ

Dr n. med. Wiesława Piotrowska

PALLIATUS – z łacińskiego słowa – okryty płaszczem i w kontekście medycznym oznacza łagodzenie przykrych oznak choroby.

PALLIATE – z angielskiego – złagodzić, uśmierzyć, ulżyć.

OPIEKA PALIATYWNA – WHO określa ją jako wszechstronną całościową opiekę nad pacjentem chorującym na nieuleczalne, nie poddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby, sprawowaną zazwyczaj u kresu życia.

MEDYCYNA PALIATYWNA

Jest specjalizacją medyczną, nastawioną między innymi na opracowanie wytycznych i standardów strukturalno-organizacyjnych opieki paliatywnej oraz wytycznych postępowania medycznego.

OPIEKA PALIATYWNA

Jest to również specjalizacja pielęgniarstwa dająca szerokie uprawnienia w zakresie samodzielnego sprawowania opieki wobec chorych u kresu życia.

OPIEKA HOSPICYJNA

Jest najbardziej rozpowszechnioną historycznie pierwszą formą opieki paliatywnej – w dużej części opartą na działalności wolontaryjnej, działającej często w strukturach kościelnych.

LECZENIE PALIATYWNE

Jest to forma leczenia nastawiona na łagodzenia dolegliwości.

W onkologii stosuje się ją także w celu przedłużenia życia przez zahamowanie postępu zaawansowanej choroby nowotworowej.

Na podstawie Atlasu Opieki Paliatywnej w Europie oraz analiz przygotowywanych dla Parlamentu Europejskiego, Polska zajmuje piąte miejsce w Europie pod względem rozwoju opieki paliatywnej.

Dane, które zostały zawarte w powyższych dokumentach, pochodzą z 2005 r.

Według badania przeprowadzonego w 2011 r. przez Worldwide Palliative Care Alliance zatytułowanego "Mapowanie poziomu rozwoju opieki paliatywnej: globalna aktualizacja 2011", Polska znajduje się w grupie państw IVb, tj. krajów o najwyższym poziomie opieki paliatywnej na świecie.

W 2012 r. świadczenia z zakresu opieki paliatywnej w ramach umowy z NFZ wykonywały 442 podmioty. Ponadto funkcjonowało kilkanaście jednostek udzielających powyższych świadczeń finansowanych przez organizacje pozarządowe oraz samorządy lokalne.

Podstawową i najbardziej rozwiniętą w Polsce formą opieki paliatywnej jest hospicjum domowe.

W 2012 r. podpisano 325 umów na świadczenia w zakresie opieki domowej dla dorosłych
51 umów na hospicja domowe dla dzieci.

Rozmieszczenie jednostek opieki paliatywnej, jak i podział środków finansowych pomiędzy województwami nie jest równomierny.

OPIEKA PALIATYWNA W EUROPIE

Wielka Brytania – opieka dla pacjenta bezpłatna, finansowana przez sektor prywatny i National Health Service (organizator) opiera się na hospicjach, szpitalach, ambulatoryjnie, w domu chorego – pielęgniarki środowiskowe i domowe zespoły paliatywno-hospicyjne.

Francja - od 1986 w systemie ochrony zdrowia, sieci – organizacje skupiające lekarzy, pielęgniarki i wolontariuszy, którzy wspierają lekarzy POZ w opiece domowej. (60% to instytucje prywatne) Lekarz jest kierownikiem zespołu, pielęgniarka koordynatorem – 1/3 pacjentów – opieka u schyłku życia, geriatryczna i położnicza.

Niemcy – od 2007 refundowanie ze środków publicznych (Kasy Chorych) – oddziały paliatywne w szpitalach (koncentrują się na leczeniu bólu) oraz hospicyjne świadczą opiekę pielęgniarską i psycho-społeczną ze wsparciem lekarzy rejonowych.

Włochy od lat 90-tych część systemu ochrony zdrowia, hospicja, oddziały paliatywne w szpitalach, mają ustanowione standardy jakości usług świadczonych chorym terminalnym. Lekarz rodzinny zleca choremu opiekę domową, którą realizują pielęgniarki środowiskowe.

Norwegia – od 2007 r. narodowy program opieki paliatywnej nad chorymi na raka. Wszystkie szpitale mają zespoły paliatywne, które zajmują się chorymi na oddziałach i w miejscu zamieszkania, małe oddziały (4 łóżka) prowadzone są jako gminne usługi publiczne.

Holandia – opiekę prowadzi lekarze POZ, zakłady pielęgniarskie, specjaliści i wolontariusze w domu pacjenta.

Węgry – od 1999 finansowanie usług szpitalnych, od 2004 hospicjów domowych. Istnieją paliatywne zespoły wyjazdowe, hospicja stacjonarne, oddziały szpitalne.

Słowacja – od 2006 finansowanie przez ubezpieczenie zdrowotne, poziom refundacji niewystarczający.

OPIEKA TA OBEJMUJE

zapobieganie i uśmierzanie bólu i innych objawów somatycznych, edukacja pielęgnacji łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych, wspomaganie rodziny chorych w czasie trwania choroby, jak i po śmierci chorego w okresie tzw. osierocenia edukacja zdrowotna osób objętych opieką, członków ich rodzin oraz pracowników.

Celem tych wielokierunkowych działań, sprawowanych przez wielodyscyplinarny zespół, jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin.

Opiekę paliatywną należy odróżnić od opieki długoterminowej, obejmującej osoby przewlekle chore lub niesprawne ruchowo o przewidzianym dłuższym okresie przeżycia

Wskazania do objęcia opieką paliatywną

B20-B24 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)

C00-D48 Nowotwory

G09 Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego

G10-G13 Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy

I42-I43 Kardiomiopatia

J96 Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej

L89 Owrzodzenie odleżynowe

Opieka paliatywna jest opieką całościową (holistyczną).

Uwzględnia różne obszary życia, takie jak: - obszar funkcjonowania fizycznego, - funkcjonowania psychicznego, - funkcjonowania społecznego, - obecność lub brak objawów choroby lub niepożądanych skutków leczenia.

Powinna być sprawowana zespołowo

W skład zespołu wchodzi zawsze: lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, pracownik socjalny, psycholog, duchowny, wolontariusz medyczny.

WYTYCZNE DOSTĘPNOŚCI I CIĄGŁOŚCI OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ

Dostępność domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej

Istnienie interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej lub hospicyjnej świadczącego usługi dla osób zamieszkałych na obszarze w promieniu do 30 km.

Całodobową i całotygodniową dostępność lekarza i pielęgniarki wyszkolonych w medycynie paliatywnej.

Dostępność do stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej określa:

Istnienie oddziału opieki paliatywnej lub hospicyjnej obejmującej obszar 30 kilometrów

Całodobowa dostępność lekarza wyszkolonego w medycynie paliatywnej i kapelana

hospicyjnego. Całodobowa i całotygodniowa gotowość do przyjmowania chorych na oddział

ZASOBY ORGANIZACYJNE OPIEKI PALIATYWNEJ

ZASOBY LUDZKIE –

pielęgniarki, lekarze, psychologowie, fizjoterapeuci, pracownicy socjalni, administracyjno-biurowi, obsługi, wolontariusze, duszpasterze, kierowcy, salowe, sanitariusze.

ZASOBY FINANSOWE – środki finansowe z NFZ, dotacje, sponsorzy, zbiórki publiczne, opłaty za świadczenia medyczne nie pochodzące z NFZ.

ZASOBY RZECZOWE – budynki, wyposażenie oddziału, poradni, biur, samochody, sprzęt medyczny wypożyczony chorym.

ZASOBY INFORMACYJNE – sprawozdanie z działalności, ulotki, broszury, albumy, kroniki, biuletyny, wydawnictwa medyczne, skrypty, podręczniki, czasopisma medyczne.

FORMY OPIEKI PALIATYWNO – HOSPICYJNEJ W POLSCE

PORADNIA MEDYCZYNY PALIATYWNEJ - obejmuje opieką pacjentów z zaawansowaną niepoddającą się leczeniu chorobą, stan pacjenta jest stabilny, pacjent jest w stanie sam dojechać do poradni, wyjątkowe porady domowe, głównie porady lekarskie na zlecenie pielęgniarskie. Gdy stan chorego się pogarsza i chory nie jest w stanie dojechać do poradni, za zgodą pacjenta lekarz opieki paliatywnej kwalifikuje chorego do opieki Hospicjum Domowego.

HOSPICJUM DOMOWE - obejmuje opieką pacjentów z zaawansowaną niepoddającą się leczeniu chorobą. Chory wymaga stałej opieki i wizyt domowych lekarza – nie mniej niż 2 x w miesiącu, pielęgniarki 2 x w tygodniu, w promieniu od hospicjum 30 km – dorośli, 100 km – dzieci, opieka świadczona jest 24 godziny/dobę. Podstawą przyjęcia pod opiekę HD jest skierowanie lekarza rodzinnego lub lekarza prowadzącego.

ODDZIAŁ STACJONARNY OPIEKI PALIATYWNEJ

Wskazania do przyjęcia: nieskuteczne leczenie objawów, leczenie paliatywne np. radioterapia, chemioterapia, leczenie chirurgiczne, farmakoterapia leczenie żywieniowe, opieka wyręczająca.

ODDZIAŁ OPIEKI DZIENNEJ - pacjenci w stanie stabilnym, którzy są w stanie dojechać do miejsca opieki, priorytetem jest terapia zajęciowa, porady lekarskie, pielęgniarskie, psychologiczne, fizjoterapia.

OPIEKA NAD OSIEROCONYMI – wsparcie dla osieroconych rodzin, grupy wsparcia – samopomoc. Ważne jest kojarzenie grup na podobnych etapach żałoby.

WOLONTARIAT – wspieranie zespołu medycznego, niemedyczne wsparcie chorych i ich rodzin. Ważne jest właściwe przygotowanie, ubezpieczenie, zapewnienie aktualnej książeczki zdrowia. Pomoc wolontariuszy jest nieoceniona.

SZPITALNY ZESPÓŁ WSPIERAJĄCY – oficjalne konsultacje z dziedziny opieki paliatywnej na różnych oddziałach szpitalnych. Wprowadzenie leczenia objawowego w trakcie leczenia przyczynowego. Przygotowuje chorego i rodzinę do funkcjonowania w warunkach domowych.

PIELĘGNOWANIE CHOREGO OPIEKI PALIATYWNEJ

OBJAWY ZE STONY UKŁADU MOCZOWEGO

dr .n. med. Wiesława Piotrowska

DZIAŁANIE UKŁADU MOCZOWEGO

- Główne zadanie to utrzymanie równowagi płynów ustrojowych poprzez filtrację krwi i tworzenie moczu z usuniętych z niej substancji, reguluje zawartość soli oraz kwasów w organizmie.
- W ciągu doby przez nerki przepływa 170-180 litrów krwi z czego 1,5 litra zostaje wydalone w postaci moczu.

PRODUKCJA MOCZU

NIEPRAWIDŁOWE DZIAŁANIE KTÓREGOKOLWIEK Z ELEMENTÓW MOŻE BYĆ PRZYCZYNĄ PROBLEMÓW ZE STRONY UKŁADU MOCZOWEGO

- Nietrzymanie moczu
- Trudności w oddawaniu moczu
- Bolesne skurcze pęcherza moczowego
- Częstomocz
- Krwawienie z układu moczowego

NIETRZYMANIE MOCZU – INKONTYNENCJA

łac. incontinens- "nie trzymając przy sobie.

Jest to mimowolne oddawanie moczu o częstości i ilości powodującej problem zdrowotny lub społeczny.

PROBLEMY ZDROWOTNE TO:

- Podrażnienie i maceracja skóry prowadząca do powstania owrzodzeń i odleżyn

PROBLEMY SPOŁECZNE TO:

- Utrata poczucia osobistej godności
- Izolacja
- Depresja
- Problemy seksualne

RODZAJE NIETRZYMANIA MOCZU

1. Niestabilność wypieracza

– u chorego występują mimowolne skurcze pęcherza, które mogą być czasem wystarczająco silne aby spowodować wyciek moczu. Głównym objawem jest parcie na mocz. Przyczyną jest najczęściej schorzenie neurologiczne.

2. Wysiłkowe nietrzymanie moczu

- pojawia się w związku z kaszlem, kichaniem, śmiechem, podnoszeniem ciężkich przedmiotów lub innym rodzajem aktywności fizycznej. Przyczyną jest nadmierna ruchomość szyi pęcherza i osłabienie zwieracza lub mięśni dna miednicy spowodowane urazami, zabiegami operacyjnymi lub uszkodzeniami neurologicznymi.

3. Nietrzymanie ze stałym wyciekaniem moczu z przepelnionego pęcherza

- głównym objawem jest stałe wyciekanie moczu kroplami. Przyczyną jest niewydolność wypieracza, przeszkoda podpęcherzowa (np. rak stercza), zaparcie stolca, leki (np. moczopędne)

4. Nietrzymanie czynnościowe - oznacza niemożność zdążenia do toalety na czas.

5. Nietrzymanie jatrogenne – spowodowane niektórymi lekami lub długotrwałym unieruchomieniem.

PRZYCZYNY SPOWODOWANE CHOROBAJĄ NOWOTWOROWĄ

- Hiperkalcemia
- Mechaniczne drażnienie pęcherza
- Skurcze pęcherza
- Uszkodzenie splotu krzyżowego

JATROGENNE

- Popromienne zapalenie pęcherza
- Zapalenie pęcherza po podaniu cytostatyków (cyklofosfamidu, ifosfamidu)

- Leki :
 - ◆ Moczopędne, przeciwpsychotyczne, cholinolityczne, przeciwdepresyjne, nasenne, uspakajające, przeciwbólowe.

INNE

- Zakażenia pęcherza
- Dysfunkcja mięśnia wypieracza
- Choroby OUN - zespół otępienny, stwardnienie rozsiane, zespoły porażenne.
- Choroby metaboliczne – cukrzyca, mocznica, moczówka prosta.

STOPNIE NIETRZYMANIA MOCZU

- Kropelkowe – do 50 ml / 4 godziny
- Lekkie – 50 – 100 ml / 4 godziny
- Średnie – 100 – 200 ml / 4 godziny
- Ciężkie – 200 – 300 ml / 4 godziny
- Bardzo ciężkie – powyżej 300 ml/4 godziny

WYWIAD

- W jakich sytuacjach występuje nietrzymanie moczu?
- Czy zdarza się w drodze do toalety?
- Czy często zdarza się odczucie parcia na pęcherz?
- Czy żeby wydaląć mocz potrzebne jest silne parcie?
- Jak wygląda strumień moczu podczas opróżniania pęcherza?
- Choroby współistniejące leki jakie chory zażywa?
- Określenie ilości oddawanego moczu na 4 godziny
- Jaki jest styl życia chorego?

TEST PODPASKOWY

Test podpaskowy służy ocenie nasilenia wypływu moczu. Może być wykonywany ambulatoryjnie, trwa wtedy od ok. 20 minut do 2 godzin. Może też być przeprowadzony w domu przez jedną lub dwie doby. Test przeprowadzany ambulatoryjnie zaczyna się od opróżnienia pęcherza moczowego. Następnie zakłada się wcześniej zważoną podpaskę.

Po wypiciu pół litra wody musi wykonać pewne określone czynności, takie jak:

-marsz, wychodzenie i schodzenie po schodach, zmiana pozycji - stojąca – siedząca, kaszel, bieg, podnoszenie z podłogi przedmiotów mycie rąk.

Następnie należy oddać mocz do naczynia, aby można było zmierzyć jego objętość, a podpaska zostaje zważona. Badanie przeprowadzane w domu polega na noszeniu podpasek i wykonywaniu codziennych czynności, z tym że zużyte podpaski wkładane są do szczelnego pojemnika i po zakończeniu testu (czyli po upływie ustalonego czasu-24-48h) są ważone.

LECZENIE USUNIĘCIE PRZYCZYN ODWRACALNYCH

- Zmniejszenie dawek lub odstawienie diuretyków
- Leczenie infekcji i cukrzycy

ŚRODKI NIEFARMAKOLOGICZNE

- Bliskość toalety
- Odpowiednie ubranie
- Zapewnienie podsuwacza, krzesła sedes
- Używanie wkładek, pieluchomajtek
- Szczególna pielęgnacja
- Edukacja chorego i rodziny
- Wsparcie psychiczne

LEKI CHOLINOLITYCZNE

Hamują skurcz wypieracza moczu i rozkurcz zwieracza pęcherza

- OKSYBUTYNA (Cystrin, Ditropan) 3 x 5 mg

- AMITRYPTYLINA 25-50 mg na noc
- SCOPOLAN 3 x 10mg

NIESTERYDOWE LEKI PRZECIWPALNE

Powodują zmniejszenie wrażliwości mięśnia wypieracza moczu

- IBUPROFEN 2 x 100 mg
- NAPROKSEN 2 x 250 mg

LEKI MIEJSCOWO ZNIECZULAJĄCE

- NEFRECIL 100- 200 mg dziennie

Wydala się w postaci niezmienionej przez nerki, wykazuje działanie znieczulające na błonę śluzową pęcherza

- Cewnik do pęcherza moczowego w razie nieskuteczności innego leczenia
- Cewniki zewnętrzne
- Chorych w dobrym stanie ogólnym należy zachęcić do przestrzegania zasad właściwego oddawania moczu w ciągu doby.

Zasady właściwego oddawania moczu

- Natychmiast po obudzeniu opróżnij pęcherz
- Ustal rozkład oddawania moczu odpowiadający częstości moczenia
- Oddawaj mocz od rana do wieczora. Nie przewiduj opróżniania pęcherza podczas godzin snu.
- Jeśli czujesz potrzebę oddania moczu przed zaplanowaną godziną, staraj się odczekać do wyznaczonej chwili.
- Nawet jeśli nie odczuwasz potrzeby oddania moczu, staraj się opróżnić pęcherz w oznaczonym czasie.

TRUDNOŚCI W ODDAWANIU MOCZU

Znaczne wydłużenie czasu między próbą oddania moczu a mikcją.

PRZYCZYNY SPOWODOWANE PRZEZ NOWOTWÓR

- Rak stercza (przeszkoda cewkowa)
- Naciek nowotworowy szyi pęcherza
- Uszkodzenie splotu krzyżowego
- Zespół ucisku rdzenia kręgowego

JATROGENNE

- Leki cholinolityczne (np. amitryptylina)
- Analgetyki opioidowe (np. morfina)
- Znieczulenie zewnątrzoponowe

INNE

- Zwężenie cewki moczowej
- Kamica pęcherza moczowego
- Wypełnienie odbytnicy kałem
- Infekcje
- Niemożność stania przy mikcji
- Zespół majaczeniowy (splątania)
- Ból

OSTRE OSTRE ZATRZYMANIE MOCZU

- Duże uczucie parcia na pęcherz
- Silny ból podbrzusza
- Lęk, pobudzenie
- Rozciągnięty napięty pęcherz wyczuwalny przez powłoki brzuszne
- Po założeniu cewnika 500 ml moczu

PRZEWLEKŁE ZABURZENIA ODDAWANIA MOCZU

- Popuszczanie moczu
- Duży ale słabo napięty pęcherz moczowy

- Niepełne opróżnianie pęcherza

OCENA KLINICZNA

- Wywiad
- Badanie przedmiotowe
 - ◆ Ocena stanu psychicznego
 - ◆ Badanie jamy brzusznej
 - ◆ Badanie przewodu cewki moczowej
 - ◆ Badanie „per rectum”
 - ◆ Badanie moczu

LECZENIE USUNIĘCIE PRZYCZYŃ ODWRACALNYCH

- Odstawienie lub zmniejszenie dawek leków cholinolitycznych (scopolamina, atropina itp.)
- Regulacja wypróżnień
- Umożliwienie oddawania moczu w pozycji stojącej
- Zapewnienie choremu prywatności
- Częściowa resekcja przezcewnikowa
- Stent cewkowy

ŚRODKI FARMAKOLOGICZNE

- Blokery receptorów α -1- adrenergicznych
Hamują skurcz zwieracza wewnętrznego i rozkurcz mięśnia wypieracza
 - ◆ CARDURA 0,001 – początkowo 1 x 1
 - ◆ DALFAZ 0,025 3 X 1
- Parasympatykomimetyki
Zwiększają napięcie wypieracza i zmniejszają napięcie zwieracza wewnętrznego cewki
 - ◆ BETANECHOL 10-30 mg 2-4 x dziennie
- Cewnik do pęcherza moczowego

SKURCZE PĘCHERZA MOCZOWEGO

Skurcze wypieracza -objawiają się krótkimi epizodami głębokiego bólu w okolicy łonowej

PRZYCZYNY

- Nowotwór wewnątrz- lub zewnątrzpęcherzowy
- Zwłóknienie pęcherza po radioterapii
- Stany zapalne po chemioterapii – Cyklofosamid
- Zakażenie układu moczowego
- Inne
 - ◆ Drażnienie przez nadmiernie wypełniony balonik cewnika
 - ◆ Niepokój

LECZENIE USUNIĘCIE PRZYCZYŃ ODWRACALNYCH

- Leczenie zakażenia
- Zmiana rozmiary cewnika
- Zmniejszenie objętości balonu cewnika
- Nawodnienie

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

- Leki przeciwbólowe (analgetyki opioidowe)
- Leki zmniejszające wrażliwość mięśnia wypieracza moczu
- Leki rozluźniające napięcie pęcherza moczowego
- Trójpierścieniowe leki antydepresyjne np. AMITRYPTYLINA
 - ◆ Leki cholinolityczne np. BUSCOPAN
 - ◆ Oksybutynina – DITROPAN, CYSTRIN, FLAWOKSAT 3 X 200-400 mg
- NLPZ
- STERYDY
- Wlewy do pęcherza z LIGNOCAINY 2%,

- 0,25% roztworu BUPIVACAINY. (również w połączeniu z morfiną 10-20 mg)
Przez cewnik moczowy podaje się 50-100 ml roztworu. Płyn pozostaje w pęcherzu przez 30 minut. Kilka razy dziennie.

- Przerwanie dróg przewodzących ból
 - ◆ Blokada splotu trzewnego lub współczulnego lędźwiowego

KRWAWIENIE Z DRÓG MOCZOWYCH PRZYCZYNY

- Zawansowane nowotwory dróg moczowych (najczęściej pęcherza moczowego)
- Krwotoczne zapalenie błony śluzowej pęcherza moczowego po leczeniu cytostatykami (cyklofosfamidem, ifosfamidem) oraz po radioterapii
- Zakażenie dróg moczowych
- Kamienie moczowe
- Krwawienie polekowe (np. NLPZ, salicylany, heparyna)
- Zaburzenia krzepnięcia

Postępowanie

- Wywiad
- Badanie ogólne moczu
- Urografia
- USG
- Cystouretroskopia

LECZENIE

- Założenie cewnika 22-26 i płukanie pęcherza zimną solą fizjologiczną (+4°C)
- Jeżeli krwawienie jest niewielkie, to należy rozpocząć od założenia dwubiegunowego cewnika Foleya, pozwalającego zastosować ciągle płukanie pęcherza
- Środki przeciwkrwotoczne CYCLONAMINA podawane systemowo
- Dopęcherzowe wlewki z 1% roztworu azotanu srebra
- Paliatywna radioterapia
- Konsultacja urologiczna – elektrosekcja, elektrokoagulacja, embolizacja lub podwiązanie tętnic biodrowych.

DOLEGLIWOŚCI ZE STRONY UKŁADU PŁCIOWEGO

- Pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową mogą pozostawać aktywne seksualnie
 - Zaburzenia mogą dotyczyć sfery fizycznej, psychicznej lub relacji międzyludzkich
 - Pacjenci często obawiają się przeniesienia choroby
 - Chorzy mają trudności z zapytaniem i są zakłopotani
- LEKI WYWOŁUJĄCE ZABURZENIA SEKSUALNOŚCI**

- LEKI PRZECIWNADCIŚNIENIOWE
- LEKI PSYCHOTROPOWE
 - Pochodne fenotiazyny np. lewomepromazyna
 - Przeciwlękowe, nasenne, antydepresyjne
- LEKI HORMONALNE
 - Antyandrogeny np. Androkur
 - Estrogeny
- INNE
 - Digoksyna, renitydyna, metoclopramid
- Zaburzenia seksualne mogą być związane ze :
 - zmianą wyglądu
 - Depresją
 - Kłopotami ze wzajemnym porozumieniem
 - Niedoborem hormonalnym

- Działaniem niepożądanym leków
- Bolesny stosunek płciowy
- Zaburzeniami natury fizycznej:
 - Krótki oddech, osłabienie, ból.

LECZENIE

- Zmiana lub odstawienie leków
- Hormonoterapia zastępcza
- Leczenie zakażeń
- Smarowanie żelem
- Konsultacja urologiczna lub ginekologiczna
- Psycholog

KRWAWIENIE Z DRÓG RODNYCH

PRZYCZYNY

- Nowotwór narządu rodneho
- Radioterapia w obrębie miednicy małej
- Obniżona krzepliwość krwi

LECZENIE

- Konsultacja ginekologiczna
- Założenie tamponu, miejscowego ucisku,
- Zimne okłady w okolicy podbrzusza
- Płyny krystaliczne np. NaCl 0,9 %
- Płyny koloidowe np. 4,5 % Albuminy
- Zapobiegawczo i małych krwawieniach:
 - Etamsylat – Cyclonamine
 - Kwas tranksamowy - Exacyl

PIELĘGNOWANIE PACJENTA Z PRZETOKAMI MOCZOWYMI

Wiesława Piotrowska

PRZETOKI SAMOISTNE

Spowodowane są naciekami nowotworowymi lub stanowią powikłania leczenia chirurgicznego i radioterapii

PRZETOKI MOGĄ BYĆ UMIEJSCOWIONE:

- ◆ W szyjce macicy (przetoki pochwowo-pęcherzowo-odbytnicze)
- ◆ Sromie
- ◆ Odbytnicy
- ◆ Węzłach chłonnych

PRZETOKI MOCZOWE

Objawem tych przetok jest wyciekanie moczu przez pochwę

MOGĄ BYĆ NASTĘPUJĄCE

- ◆ Cewkowo - pochwowe
- ◆ Pęcherzowo – pochwowe
- ◆ Moczowodowo – pochwowe
- ◆ Pęcherzowo – maciczne

- ◆ Pęcherzowo - szyjkowe

PIELĘGNACJA

- ◆ Próba założenia cewnika
- ◆ Szczególna pielęgnacja krocza zapobiegająca maceracji skóry, odparzeniom i owrzodzeniom
- ◆ Stosowanie pieluch lub wkładek urologicznych
- ◆ Toaletę należy wykonywać co 2-4 godziny
- ◆ Dokładne i delikatne osuszanie oraz natłuszczenie skóry
 - Oliwką dziecięcą
 - Linomagiem
 - Maścią z witaminą A
- ◆ Założeniu urostomii, nefrostomii

PRZETOKI KAŁOWE MOGĄ BYĆ NASTĘPUJĄCE

- ◆ Odbytniczo – pochwowe
- ◆ Odbytniczo – skórne
- ◆ Jelitowo - skórne

PIELĘGNACJA

- ◆ Irygacje z roztworu wody utlenionej i różowego roztworu nadmanganianu potasu
- ◆ Irygacje dopochwowe z 0,25% bupivacainum
- ◆ Irygacje doodbytnicze z 0,25% Metronidazolu lub Hydrokortyzolu (gotowe wlewki)
- ◆ Środki miejscowo znieczulające:
 - 2% Lignocainum w żelu
 - 0,25% Bupivacainum
- ◆ Szczególna pielęgnacja skóry jak przy przetokach moczowych
- ◆ Próba leczenia operacyjnego

NEFROSTOMIA

Jest przetoką nerkową wytworzoną operacyjnie, celem nefrostomii jest czasowe lub stałe odprowadzenie moczu z nerki

WSKAZANIEM DO ZAŁOŻENIA NEFROSTOMII JEST:

- ◆ Zwężenie moczowodu (guz moczowodu, kamień)
- ◆ Rozrost nowotworu pęcherza moczowego, szyjki macicy, prostaty

PIELĘGNACJA

- ◆ Regularne kontrolowanie położenia (dokładne przymocowanie drenu)
- ◆ Utrzymanie drożności cewnika poprzez przepłukiwanie Na Cl 0,9% w ilości 5-7 ml (płyn po wpuszczeniu do drenu nie może wypływać obok niego, wyciek świadczy o wysunięciu drenu z miedniczki nerkowej)
- ◆ Kontrolować ranę, niebezpieczeństwo krwawienia, odczyn zapalny (niewielki stan zapalny- opatrunki z Polseptolu)
- ◆ Zachować jałowość przy zmianie opatrunku
- ◆ Oceniać bilans płynów – prowadzić dokumentację wydalania moczu i przyjmowanych płynów

- ◆ Edukacja chorego i informacja o higienicznych sposobach obchodzenia się z cewnikiem

CYSTOSTOMIA

Jest to przetoka pęcherzowa polegająca na nadłonowym odprowadzeniu moczu z pęcherza moczowego. Polega na wykonaniu nakłucia w okolicy nadłonowej i założeniu cewnika

WSKAZANIA DO ZAŁOŻENIA CYSTOSTOMII TO:

- ◆ Zwężenie cewki moczowej jak
– w przypadku nefrostomii

PIELĘGNACJA

Jak przy nefrostomii

UROSTOMIA

Jest przetoką moczowo-skórną polegającą na chirurgicznym połączeniu układu moczowego ze skórą

WSKAZANIA DO ZAŁOŻENIA UROSTOMII TO:

Proces nowotworowy w miednicy małej utrudniający fizjologiczny odpływ moczu

PIELĘGNACJA

- ◆ Zmiana worka przetoki moczowej powinna odbywać się rano, ponieważ w tym czasie wydalanie moczu jest najmniejsze
- ◆ Poinformowanie pacjenta i rodziny o sposobie samodzielnej pielęgnacji
- ◆ Przygotować potrzebne materiały (osłonę skóry, worki, kompresy , wodę, mydło, naczynie na zużyte materiały)
- ◆ Ułożyć pacjenta na plecach
- ◆ Odpowiedni przyciąć krążek ochronny skóry (za pomocą szblonu dokładnie według wielkości odbytu sztucznego)
- ◆ Ostrożnie usunąć worek stomijny, nie drażnić przy tym zbyt skóry
- ◆ Umyć kolistymi ruchami skórę otaczającą przetokę z użyciem wody i mydła (kompresy), unikając silnego szorowania
- ◆ Starannie wysuszyć skórę i założyć nowy worek urostomijny

URETEROCUTANEOSTOMIA

Polega na założeniu operacyjnym drenów do moczowodów z powodu umiejscowionej poniżej przeszkody w odpływie moczu. Moczowody wszywane są po obu stronach powłok brzusznych do skóry, a do ich ujścia wprowadza się dreny o rozmiarze 10-14 F.

NUDNOŚCI I WYMIOTY

WIESŁAWA PIOTROWSKA

NUDNOŚCI

- nieprzyjemne odczucie zlokalizowane w okolicy gardła lub/i żołądka, potrzeby zwymiotowania z towarzyszącymi objawami ze strony układu nerwowego autonomicznego takimi jak:
 - Ślinotok
 - Tachykardia

- Bładość powłok skórnych
- Zimny pot

WYMIOTY

- **zwracanie** (łac. *vomitus, emesis*)

– wydostanie się na zewnątrz treści pokarmowej z żołądka (bądź nawet z dwunastnicy) poprzez przełyk, spowodowane nagłymi skurczami mięśni brzucha i przepony

ROZPOZNANIE

- Dokładne zebranie wywiadu
- Przeprowadzenie badania przedmiotowego
- Rozważenie wykonania badań dodatkowych
- Odróżnienie wymiotów od odrzucania i zarzucania pokarmu
- Odrębna ocena nudności i wymiotów
- Określić czas rozpoczęcia nudności i wymiotów
- Jaka jest relacja nudności i wymiotów
- Objawy współistniejące np. bóle głowy
- Obserwacja zawartości wymiotów np. niestrawionego pokarmu, żółci, treści kałowej
- Sprawdzenie przyjmowanych leków
- Badanie jamy ustnej i gardła, oraz jamy brzusznej
- Wzięcie pod uwagę zaparc stolca, badanie *per rectum*
- Wywiad pod kątem obrzęku mózgu
- Oznaczenie w surowicy krwi poziomu mocznika, kreatyniny, wapnia, albuminy i digoksyny
- Badanie radiologiczne w przypadku znaczących wątpliwości dotyczących przyczyny objawów

PRZYCZYNY

- Zaburzenia żołądkowo – jelitowe np. zastój treści pokarmowej, niedrożność jelit
- Zmiany w jamie ustnej np. grzybica, infekcja,
- Trudności z odrzuceniem wydzieliny z drzewa oskrzelowego
- Leki np. opioidy, NLPZ, antybiotyki, digoxin, preparaty żelaza
- Toksyczne np. radioterapia, chemioterapia, zakażenia, zespoły paranowotworowe
- Zaburzenia metaboliczne np. hipercalcemia, niewydolność nerek
- Zaburzenia wodno - elektrolitowe
- Przerzuty do mózgu
- Powiększenie wątroby, wodobrzusze
- Czynniki psychosomatyczne np. lęk, depresja, niepokój
- Ból

PODSTAWOWE ZASADY LECZENIA NUDNOŚCI I WYMIOTÓW

- Dokonanie oceny objawów
- Wyjaśnienie przyczyn nudności i wymiotów choremu i rodzinie
- Indywidualizacja leczenia
- Uzgodnienie terapii z chorym i rodziną
- Przekazanie dokładnej instrukcji odnośnie dawek i sposobu podawania leków
- przygotowanie zestawu leków do podawania drogą podskórną
- Monitorowanie terapii

LECZENIE PRZYCZYŃ ODWRACALNYCH

- Ból

- Zakażenia, drożdżyca jamy ustnej, gardła, przełyku
- Leczenie kaszlu
- Leczenie zaburzeń metabolicznych i wodno - elektrolitowych
- Wodobrzusze
- Zmózone ciśnienie śródczaszkowe
- Rozważenie konieczności podawania leków prowokujących nudności i wymioty
- Leczenie czynników psychosomatycznych – farmakoterapia i psychoterapia

POSTĘPOWANIE NIEFARMAKOLOGICZNE

- Zapobieganie przykrym zapachom pochodzącym ze zmiany nowotworowej, rozpadającego się guza, kolostomii itp.
- Zapewnienie atmosfery spokoju i bezpieczeństwa
- Unikanie widoku i zapachu jedzenia
- Unikanie podawania potraw, które mogą prowokować nudności i wymioty
- Podawanie częstych, małych porcji jedzenia
- Pokarmy płynne, papkowate i lekkostrawne
- Przez skórna, elektryczna stymulacja nerwów (TENS)
- Akupunktura, akupresura (zakładanie bransolet w punkcie P6 nadgarstka – w środku części dłoniowej nadgarstka, około 3 cm od brzozy na dłoni)

ZABIEGI NIEFARMAKOLOGICZNE

- Ewakuacja płynu z jamy otrzewnowej
- Protezowanie dróg żółciowych
- Rozważenie założenia kolostomii lub ileostomii w przypadku niedrożności jelit
- Przy bardzo obfitych wymiotach słabo reagujących na leczenie farmakologiczne założenie sondy do żołądka po podaniu midazolamu
- Założenie odbarczającej przez skórnej gastrostomii lub jejunostomii

LEKI PRZECIWWYMIOTNE I RZUTU

- **METOKLOPRAMID** 4 x 10 mg p o / s c
lub 40 – 100 mg / 24 godziny w ciągłym wlewie s c
- **HALOPERIDOL** 1 – 2 mg / noc p o,
lub 2 x 1 – 2 mg p o
lub 5 mg / 24 godz. w ciągłym wlewie s c

LEKI PRZECIWWYMIOTNE II RZUTU

- **KORTYKOSTEROIDY** – mają na celu zmniejszenie masy guza przez efekt przeciwzapalny
- **DEXAVEN, DEKSAMETASON** – początkowo 4 – 20 mg dziennie, następnie zmniejszenie do dawki podtrzymującej 2 – 6 mg p o, s c, lub i v
- **LEVOMEPRMAZYNA (NOZINAN, TISERCIN)** – fenotiazyna:
- 6,25 – 12,5 mg sc / 24 godz. Lub 12,5 – 25 mg po /24 godz.
- **ONDANSETRON (ZOFRAN, ATOSSA)**
- Może być podawany po, sc, iv, pr,
- Możliwe zastosowanie – chemioterapia, radioterapia, rozciągnięcie jelit, niewydolność nerek, urazy głowy

LEKI ANTYCHOLINERGICZNE

- **BUTYLOBROMEK HIOSCYNY (BUSCOPAN, BUSCOLYSIN)**
 - ◆ Działanie obwodowe
 - ◆ Efekt hamujący sekrecję w przewodzie pokarmowym – dawki 60 – 120 mg sc
 - ◆ Stosowany w wymiotach o dużej objętości i bólach kolkowych w niedrożności mechanicznej jelit

OKTRETOTYD (SANDOSTATYNA)

- Hamuje sekrecje endokrynną
- Zwiększa wchłanianie elektrolitów w jelitach

- Hamuje i przywraca normalny pasaż przewodu pokarmowego
- Może być podawana sc
- Stosowany w niedrożności jelit

BENZODIAZEPINY

- Wskazane podczas chemioterapii
- Zmniejszają lęk i strach
- Zmniejszają prawdopodobieństwo wystąpienia nudności poprzedzających
- Efekt sedatywny i niekiedy amnestyczny (ograniczone działanie w przewlekłych nudnościach)

NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO

Wiesława Piotrowska

NIEDROŻNOŚĆ MOŻE BYĆ NA POZIOMIE:

- ◆ Gardła
- ◆ Przełyku
- ◆ Żołądka
- ◆ Jelit

NIEDROŻNOŚĆ NA POZIOMIE GARDŁA

- ◆ **OBJAWY:**
 - Problemy z połykaniem
- ◆ **POSTĘPOWANIE**
 - Gastrostomia
 - Żywienie parenteralne
- ◆ **PIELĘGNACJA**
 - Szczególna pielęgnacja jamy ustnej
 - Pielęgnacja stomii odżywczej
 - Edukacja i wsparcie psychiczne chorego i rodziny

NIEDROŻNOŚĆ PRZEŁYKU

- ◆ **OBJAWY**
 - Wymioty pokarmem
 - Uczucie rozpierania, bólu za mostkiem
- ◆ **POSTĘPOWANIE**
 - Założenie stentu lub protezy
 - Gastrostomia
 - Żywienie parenteralne
- ◆ **PIELĘGNACJA**
 - Jak przy niedrożności gardła

NIEDROŻNOŚĆ ŻOŁĄDKOWO–JELITOWA

- ◆ **Niedrożność jelit** (łac., ang. *ileus*) – stan chorobowy charakteryzujący się częściowym lub całkowitym zatrzymaniem przechodzenia treści do kolejnych odcinków przewodu pokarmowego.

Stan ten może być wynikiem zamknięcia światła jelita przez różnego rodzaju przeszkody (niedrożność mechaniczna) lub zahamowania prawidłowej perystaltyki (niedrożność porażenna).

PODZIAŁ

- ◆ Ostrą

- ◆ Przewlekłą tzw. niedrożność przepuszczająca (łac. *subileus*)

W zależności od lokalizacji przeszkody w niedrożności mechanicznej wyróżnia się:

- ◆ *niedrożność wysoką*, w której dochodzi do zatkania światła jelita cienkiego (lub bardzo rzadko żołądka lub dwunastnicy)
- ◆ *niedrożność niską*, gdy zamknięte jest jelito grube

PRZYCZYNY

- ◆ Powiększający się guz w miednicy małej, zazwyczaj są to nowotwory:
 - Żołądka
 - Trzustki
 - Jelita grubego (okrężnicy, esicy)
 - Narządu rodne (jajnika, szyjki i trzonu macicy)
- ◆ Zmiana nowotworowa zlokalizowana w ścianie jelita
- ◆ Zatkanie jelita grubego masami kałowymi
- ◆ Zaburzenia perystaltyki jelit (pseudoniedrożność)
- ◆ Naciek nowotworowy krezki, mięśni czynnościowych jelita grubego, splotu trzewnego, otrzewnej
- ◆ Zrosty pooperacyjne
- ◆ Zwłóknienia po radioterapii
- ◆ Zmiany niedokrwienne lub zadzierzgnięcie jelita
- ◆ Leki antycholinergiczne i opioidy

OBJAWY

- ◆ Ból o charakterze kolkowym
- ◆ Uporczywe wymioty i nudności
- ◆ Zatrzymanie gazów i zaparcie stolca
- ◆ Wzdęty brzuch, charakterystyczny jest głuchy, tak zwany bębenkowy odgłos powstający przy opukiwaniu palcem rozdętego brzucha
- ◆ Stawianie jelit
- ◆ Wysokie metaliczne tony nad jamą brzuszną
- ◆ Głośnie przelewanie
- ◆ Brak apetytu i narastające osłabienie chorego
- ◆ Spadek ciśnienia tętniczego krwi w wyniku przedostawania się dużych ilości płynów do światła jelit, skąd nie mogą być one z powrotem wchłaniane. Narastające odwodnienie może prowadzić do niewydolności krążenia, wstrząsu, a nawet do ostrej niewydolności nerek z zatrzymaniem moczu
- ◆ Przyspieszone tętno może być wynikiem silnych dolegliwości bólowych lub wyrazem mobilizacji całego organizmu przy spadku ciśnienia krwi

LECZENIE

Próba udrożnienia przewodu pokarmowego

- ◆ Wlewy przeczyszczające, głębokie
- ◆ Wyrównanie zaburzeń elektrolitowych
- ◆ Postępowanie przeciwbólowe
- ◆ Zmniejszenie obrzęku ściany jelita i masy guza
 - Sterydy 8 – 16 mg
- ◆ Pobudzanie motoryki jelit
 - Metoklopramid 20 – 60 mg/dobę

LECZENIE OPERACYJNE

- ◆ Niedrożność dokonana
- ◆ Rozważenie zabiegu operacyjnego – wyłonienie ileostomii – stomii

LECZENIE ZACHOWAWCZE

- ◆ NUDNOŚCI I WYMIOTÓW – leki podawane podskórnie lub dożylnie
- ◆ Buscolisyna 40 – 120 mg/ d
- ◆ Haloperidol 3 – 5 mg / d
- ◆ Lewomepromazyna (Tisercin) 6,25 – 25 mg/d
- ◆ Oktreotyd (Sandostatyna) 0,3 – 0,6 mg/d
- ◆ NIE PODOJEMY METOCLOPRAMIDU

◆ BÓLE KOLKOWE

- ◆ Tramadol
- ◆ Morfina
- ◆ Buscolisyna
- ◆ W uzasadnionych przypadkach nawodnienie 500 – 1000 ml/d i.v. lub s.c.
- ◆ W uzasadnionych przypadkach założenie sondy nosowo – żołądkowej
- ◆ Założenie gastrostomii

ZESPÓŁ UCIŚNIĘTEGO ŻOŁĄDKA

- ❖ Zespół małego żołądka
- ❖ Squashed stomach syndrome

Jest to niemożność prawidłowego rozciągnięcia żołądka

PRZYCZYNY

- ❖ Nowotwory żołądka
- ❖ Nowotwory okolicy żołądka
- ❖ Resekcja częściowa żołądka
- ❖ Wodobrzusze
- ❖ Spowolnienie opróżniania żołądka

LECZENIE

- ❖ Leki przeciwzdęciowe po posiłkach i na noc np. Espumisan
- ❖ Prokinetyki np. Metoclopramid przed posiłkiem
- ❖ Wyjaśnienie choremu przyczyny
- ❖ Zmiana sposobu odżywiania
 - ❖ Posiłki małe
 - ❖ 5 – 6 razy na dobę
 - ❖ Lekkostrawne i niewzdymające
- ❖ Poprawienie aktywności chorego

CZKAWKA

mgr Wiesława Piotrowska

Jest to patologiczny odruch oddechowy charakteryzujący się skurczem przepony, co powoduje nagły wdech i związane z tym zamknięcie strun głosowych

PRZYCZYNY

- Rozdęcie żołądka
- Podrażnienie przepony
- Podrażnienie nerwu przeponowego
- Objaw zatrucia: w mocznicy

■ Objaw guza śródczaszkowego

LECZENIE

- Poprzez podrażnienie receptorów w gardle
 - Cukier granulowany (2 łyżeczki)
 - Likier (2 kieliszki)
 - Przytknięcie zimnego przedmiotu do nasady szyi
- Poprzez zmniejszenie rozdęcia żołądka
 - Woda miętowa (zmniejsza napięcie dolnego zwieracza przełyku)
 - Leki absorbujące gaz z przewodu pokarmowego

 - Metoklopramid 10mg co 4 godziny poprawia opróżnianie się żołądka
 - Haloperidol
 - Fenakti – krople, tabletki
 - Założenie sondy żołądkowej
- Poprzez podwyższenie stężenia dwutlenku węgla we krwi
- Oddziaływanie na ośrodki centralne

ZMIANY PATOLOGICZNE W JAMIE USTNEJ

Wiesława Piotrowska

- SUCHOŚĆ
- PIECZENIE
- OWRZODZENIE NOWOTWOROWE
- NADŻERKI
- INFEKCJE
 - GRZYBICA-DROŹDZYCA
 - INFEKCJE BAKTERYJNE
 - INFEKCJE WIRUSOWE
- ŚLINOTOK

PRZYCZYNY POWSTAWANIA ZMIAN PATOLOGICZNYCH W JAMIE USTNEJ

WYNIKAJĄCE Z SAMEGO FAKTU WYSTĄPIENIA NOWOTWORU

- NIEPOKÓJ, DEPRESJA, HYPERKALCEMIA, ZNISZCZENIE ŚLUZÓWEK, OWRZODZENIE ŚLUZÓWKI, OWRZODZENIENA SKUTEK WYMIOTÓW, BIEGUNKI GORĄCZKI, NIEDOBORY ELEKTROLITOWE I WITAMINOWE

LECZENIE PRZYCZYNOWE

- MIEJSCOWA RADIOTERAPIA
- RADYKALNE ZABIEGI CHIRURGICZNE POLICZKA I OKOLICY PODŻUCHWOWEJ
- ZABIEGI NEUROCHIRURGICZNE KTÓRE POWODUJĄ USZKODZENIE UKŁADU WSPÓŁCZULNEGO I PRZYWSPÓŁCZULNEGO
- ZAPALENIE ŚLUZÓWKI W PRZEBIEGU LECZENIA CHEMIOTERAPIĄ CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE
- CUKRZYCA
- NADCZYNNYNOŚĆ TARCZYCY
- INFEKCJA ROPNA ZĘBÓW , MIGDAŁKÓW LEKI
- MOCZOPĘDNE (FUROSEMID)

- ANTYCHOLINERGICZNE (BUSKOLISYNA, SCOPOLAMINA)
- ANTYHISTAMINOWE (PROMAZYNA, HYDROXYZYNA)
- OPIOIDY (MORFINA , TRAMAL)
- TLEN PODAWANY BEZ NAWILŻANIA
- KORTYKOSTEROIDY (DEKSAMATHASON , DEXAVEN)
INNE
- OBNIŻONA ODPORNOŚĆ CHOREGO
- ODDYCHANIE PRZEZ OTWARTE USTA (CHORY Z DUSZNOŚCIĄ , CHORY
UMIERAJĄCY)
- NIE PRZYJMOWANIE POKARMÓW STAŁYCH

TOWARZYSZĄCE OBJAWY

- Uczucie lepkości, suchości w ustach
- Trudności w połykaniu
- Pieczenie języka
- Uczucie suchości w gardle
- Popękane wargi
- Pogorszenie zdolności rozpoznawania smaku lub metaliczny smak w ustach
- Bolesne zmiany w obrębie jamy ustnej
- Często zdarzający się nieprzyjemny zapach z ust
- Trudności w żuciu lub mówieniu

POSTĘPOWANIE PODSTAWOWE I WSPÓLNE DLA WSZYSTKICH ZMIAN PATOLOGICZNYCH

- USUNIĘCIE RESZTEK POKARMOWYCH Z JAMY USTNEJ
- USUNIĘCIE PROTEZ ZĘBOWYCH
- ZNIECZULENIE ŚLUZÓWKI PRZED KAŻDYM ZABIEGIEM
- INDYWIDUALNE DOSTOSOWANIE CZĘSTOTLIWOŚCI ZABIEGÓW
PIELĘGNACYJNYCH

SUCHOŚĆ

UCZUCIE BRAKU ŚLINY ,
ŚLUZÓWKI I JĘZYK BEZ NAWILŻANIA , CZĘSTO ZMIANA ODCZUĆ SMAKOWYCH .

PIECZENIE

UCZUCIE SZCZYPANIA , PALENIA , GORĄCA W CAŁEJ JAMIE USTNEJ A TAKŻE
W PRZEŁYKU I ŻOŁĄDKU .

- PŁUKANIE JAMY USTNEJ I PICIE MIESZANINY WYWARU Z ZIOŁ
- DO SSANIA SCHŁODZONE LUB ZAMROŻONE CZĄSTKI ANANASA
- KOSTKI LODU
- WODA W AEROSZOLU
- NAPOJE CHŁODNE

- NAPOJE CHŁODNE , MOGĄ BYĆ GAZOWANE
- UNIKANIE NAPOJÓW GORAĄCYCH , DRAŻNIĄCYCH
- KONSYSTENCJA POTRAW DOSTOSOWANA DO WYMOGÓW CHOREGO
- GUMA DO ŻUCIA I TWARDE CUKIERKI
- SPOŻYWANIE TWARDYCH WARZYW
- DOPRAWIANIE POTRAW ZIOŁAMI

LECZENIE

SUBSTYTUTY ŚLINY

- 2% METHYLOCELULOZA (SZTUCZNA ŚLINA)

Rp. METYLOCELULOZA 6,0 g

Aqua destilata 600 ml

olejek mięty lub anyżku

- Saliva Orthana
- Glandosane (Kenwood/Bradley)
- Oral Balance Liquid, Oral Balance Gel
- Biotene pasty do zębów i płukanki
- Tabletki do ssania

ZNIECZULAJĄCE

- 1% POLOKAINA -20ml W 1/2 SZKLANKI WODY PRZEGOTOWANEJ
- 0,25 % BUPIVAKAINA OKŁOŁO 50-100 ml (OBJAWOWO)
- 2% LIGNOKAINA - ŻEL LUB XYLOKAINA –AEROZOL
- TANTIUM VERDE 3 – 6 X DZ
- SACHOL GEL 1 – 2 X DZ
- EMLA KREM CO 4 H

OWRZODZENIA NOWOTWOROWE

TOWARZYSZY IM OBRZĘK , USZTYWNIENIE STAWÓW , DEFORMACJA, BÓL , WYCIEK TREŚCI ROPNEJ, PRZYKRY ZAPACH .

NADŻERKI

UBYTKI ŚLUZÓWKI - BARDZO BOLESNE ZMIANY .

Postępowanie

- PŁUKANIE JAMY USTNEJ WYWARAMI Z ZIÓŁ (RUMIANEK , SZAŁWIA)
- INNE PREPARATY DO ROZCIEŃCZANIA NP. : Azulan , Dentosept
- płukanie jamy ustnej :
- 1 % wodą utlenioną ,
- 0.5% Hibitanu roztwór wodny ,
- różowym roztworem KMNO4
- octenidyna

LECZENIE

- TANTUM VERDE aerosol lub płyn co 3-6 razy na dobę
- SACHOL - żel stomatologiczny 3 razy dziennie
- METINDONIUM (INDOMETACYNA) 3-6 razy na dobę
- obrzęk - KORTYKOSTERYDY

INFEKCJE JAMY USTNEJ GRZYBICA-DROŹDZYCA

PODZIAŁ

- OSTRZA – gładka i czerwona powierzchnia języka, zanik brodawek języka, zaburzenia smaku
- PRZEWLEKŁA – jasnoczerwona powierzchnia, zapalenie kącików warg,
- DROŹDZAKOWE ROGOWACENIE BIAŁE – leukoplakia – biały nalot na języku, policzkach, dziąsłach
- PŁUKANIE JAMY USTNEJ WYWARAMI Z ZIÓŁ
- PODAWANIE DO SSANIA KOSTEK LODU LUB ZAMROŻONEGO SOKU OWOCOWEGO Z DODATKIEM NYSTATYNY
- PŁUKANIE JAMY USTNEJ
 - 1 % wodą utlenioną ,
 - 0.5% Hibitanu roztwór wodny ,
 - różowym roztworem KMNO₄
 - octenidyna

LECZENIE

- NYSTATYNA - zawiesina miejscowo 2 – 4 ml co 4 – 6 h + tabletki
- NYSTATYNA - zawiesina miejscowo + doustnie lub parenteralnie
 - KETAKONAZOL 200 mg 1 x dz przez 5 dni , następnie 100 mg 1 x dz przez 7 – 14 dni
 - FLUKONAZOL – 150 mg 1xdz przez 5 dni następnie 100mg 1x dz przez 7–14 dni

INFEKCJE BAKTERYJNE

- ANTYBIOTYKI
- STERYDY
- ANTYSEPTYKI
 - 1 % wodą utlenioną ,
 - 0.5% Hibitanu roztwór wodny ,
 - różowym roztworem KMNO₄
 - octenidyna

INFEKCJE WIRUSOWE

- **OBJAWY** Żółte naloty, pęcherzyki w okolicy ust (opryszczka na wardze), gorączka, niechęć do jedzenia, ogólne rozbicie
- **LECZENIE –**
 - Dożylnie acyklowir – po wcześniejszym nawodnieniu i kontroli parametrów nerkowych,
 - Acyklowir miejscowo w postaci maści

ŚLINOTOK

DRAŻNI USTA I OKOLICĘ UST

OBJAWY - Ból, Lokalne zmiany nowotworowe, leki, epilepsja, stwardnienie boczne zanikowe - SLA

LECZENIE

- SKOPOLAMINA - roztwór 0,02 mg/kg mc, przez 5 min
- Butylobromek hioscyny – doustnie lub podskórnice

- Amitryptylina 10 – 30 mg/dobę p.o.
- ↳ Napromienianie ślinianki

ZAPARCIE STOLCA

Wiesława Piotrowska

Jest to obecność dużej ilości wysuszonego, twardego stolca w okrężnicy zstępującej, esicy i odbytnicy, co powoduje utrudnione, bolesne i rzadkie oddawanie stolca.

PRZYCZYNY

NIEDROŻNOŚĆ MECHANICZNA

- Obecność nowotworu w przewodzie pokarmowym,
- Ucisk guza jamy brzusznej,
- Ucisk guza miednicy małej
- Nowotwór odbytnicy.

ZABURZENIA NEUROLOGICZNE

- Uszkodzenie lędźwiowego odcinka rdzenia kręgowego,
- Uszkodzenie ogona końskiego,
- Uszkodzenie splotu miedniczego.

ZMIANA TRYBY ŻYCIA

- Choroba obłożna,
- Zmniejszenie aktywności chorego,
- Zmniejszenie ilości przyjmowanych płynów,
- Dieta ubogoresztkowa,
- Zmniejszenie ilości przyjmowanych płynów,

STAN PSYCHICZNY

- Lęki ,
- Niepokój chorego,
- Depresja.

LEKI

- Opioidy (morfina),
- Antycholinolityczne (trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, antychistaminowe),
- Zubożniające soki trawienne (Maalox),
- Przeciwbiegunkowe (Loperamid),
- Cytostatyki (Winkrystyna, Vinblastyna),
- Moczopędne.

INNE

- Radioterapia (zwłóknienie błony śluzowej, uszkodzenie komórek mięśni gładkich),
- Zabiegi operacyjne (zrosty),
- Hiperkalcemia,
- Hipokalcemia.

OCENA KLINICZNA

- Ocena stanu ogólnego,
- Poprzednie i obecne sposoby radzenia sobie z wypróżnieniem,
- Stan aktywności,
- Dietę,
- Ilość przyjmowanych płynów,
- Kontrola objawów.

- Całkowity brak wypróżnienia lub częste oddawanie niewielkich ilości wodnistego kału, wyciek z odbytu,
- Wzdęcia,
- Nudności i wymioty,
- Kolkowe bóle brzucha,
- Kurczowe bóle odbytnicy
- Niepokój, splątanie.

BADANIE

- Zwykle twarde grudy kałowe w bańce odbytnicy (badanie per rectum),
- Kał zalegający w bliższych odcinkach okrężnicy jest zwykle wyczuwalny przez powłoki brzuszne, jako niebolesne, nieregularna przesuwalna masa,
- Osluchanie jamy brzusznej i sprawdzenie perytaltyki.

LECZENIE

ŚRODKI O DZIAŁANIU OSMOTYCZNYM – Lactulosa, Normolac, Duphalac, Makrogole np. Forlax, Czopki glicerynowe,

SOLE NIEORGANICZNE - Fosforan sodu, Siarczan magnezu, Cytrynian magnezu, Wodorotlenek magnezu np. Fortrans

ŚRODKI POŚLIZGOWE – Mentoparafinol, Parafina.

ŚRODKI POBUDZAJĄCE PERYSTALTYKĘ JELIT – Senes, pochodne senesu (Xenna, Alax), Bisakodyl tabletki po 5 mg, Bisakodyl czopki 10 mg.

NIE NALEŻY STOSOWAĆ LEKÓW STYMULUJĄCYCH JELITO GRUBE U CHORYCH Z ZACZOPOWANIEM ODBYTNICY I ESICY MASAMI KAŁOWYMI

ZACZOPOWANIE KAŁEM

POSTĘPOWANIE

- Jako przygotowanie retencyjny wlew doodbytniczy ze 120 ml oleju z oliwek lub z 50ml Lactulocy rozpuszczonej w 100ml wody przegotowanej,

Po ewentualnej premedykacji z Midanium (Dormicum)

- 2-5 mg podskórnie lub dożylnie
- ½ tabletki 7.25 mg doustnie
- Znieczuleniu miejscowym Lignokainą ręczne, ostrożne opróżnienie bańki odbytnicy
- Wykonanie głębokiego wlewu doodbytniczego z :
- Fosforanów,
- Fizjologicznego roztworu chlorku sodowego.

BIEGUNKA

Za biegunkę uważa się oddanie więcej niż trzech nieufornych stolców w przeciągu 24 godzin o objętości przekraczającej 300 ml

PRZYCZYNY

- LECZENIE ONKOLOGICZNE – radioterapia, chemioterapia
- LEKI np. przeczyszczające, antybiotyki,
- ZABURZENIA TRAWIENIA – resekcja żołądka, nowotwór trzustki
- ORGANICZNE CHOROBY JELITA GRUBEGO – guz nowotworowy, niedrożność, zczopowanie kałem, przetoki, resekcja części jelita
- ORGANICZNE CHOROBY JELITA CIENKIEGO – zespół złego wchłaniania, ileostomia
- ZABURZENIA CZYNNOŚCIOWE – dieta, neuropatia trzewna, choroby współistniejące, zakażenia układu pokarmowego, zespół jelita drażliwego.

BADANIE

- Wywiad
 - Ilość stolców na dobę
 - Konsystencja i objętość stolca
 - Objawy towarzyszące np. nudności i wymioty, zaparcia, gorączka, ból
- Badania dodatkowe
 - Badanie per rectum
 - USG
 - Pasaż przewodu pokarmowego

POSTPOWANIE

- LECZENIE PRZYCZYNOWE
 - Ograniczenie lub odstawienie leków wywołujących biegunkę
 - Biegunka tłuszczowa – enzymy trzustkowe, inhibitorów receptorów H₂
 - Infekcje bakteryjne – antybiotyki, metronidazol
 - Po radioterapii –cholestyramina 4 – 12 g na dobę lub kwas acetylosalicylowy 300 mg/4h
- OBJAWOWE
 - Uzupełnienie płynów i elektrolitów dożylnie lub doustnie np. Gastrolit, Sartoral, sposób domowy 2000ml wody 4 łyżeczki cukru, ¾ łyżeczki soli, 1 łyżeczka wodorowęglanu sodu
 - Leki absorbujące
 - Węgiel leczniczy Carbo medicinalis 3 – 6 g co 4–6 h
 - Kaopectate – krzemian glinowo – magnezowy 2 tabletki po każdym wypóźnieniu do 12 tabletek na dobę
 - Garbniki – Tantium albuminatum 0,5 – 1 g co 4 h przed jedzeniem
 - Leki przeciwzapalne
 - Kwas acetylosalicylowy 300 mg co 4 h do 4 g/d
 - Salofalk – pochodna kwasu salicylowego 1,2 – 2,4 g/d
 - Loperamid początkowa dawka 4 mg następne 2 mg po każdym luźnym stolcudo 16 mg na dobę
 - Leki opioidowe
 - Kodeina – 10 – 60 mg co 4 h
 - Tinctura Opii 5 – 10 kropli doustnie

INKONTYNENCJA KAŁOWA

- Chory czuje parcie na stolec, ale nie jest wstanie wytrzymać na tyle długo, aby zdążyć do toalety
- Pasywne nietrzymanie stolca – stolec wycieka bez wcześniejszego uczucia parcia

PRZYCZYNY

- Nowotwory jelita grubego, okolicy odbytu
- Zatwardzenie — powoduje osłabienie odbytu i trzewi.
- Zalegający stolec w odbytnicy
- Ciężkie rozwolnienie
- Uszkodzenie mięśni zwieracza odbytu
- Uszkodzenie nerwów lub innych mięśni
- Operacja ginekologiczna, prostaty lub odbytu
- Długotrwałe nadużywanie środków przeczyszczających

POSTĘPOWANIE

- Zmiana odżywiania – zwiększenie ilości błonnika w diecie
- Ćwiczenia mięśni brzucha
- Stosowanie materiałów chłonnych np. wkładki, pieluch anatomiczne, pieluchomajtki
- Szczególna pielęgnacja

LECZENIE

- Leki absorbujące
 - Węgiel leczniczy Carbo medicinalis
 - Kaopectate – krzemian glinowo – magnezowy Garbniki – Tantium albuminatum
 - Loperamid

BRAK ŁAKNIENIA - ANOREKSJA (JADŁOWSTREŃ)

jest to obniżenie apetytu powodujące zmniejszenie ilości spożywanych pokarmów

PRZYCZYNY

- Obawa wymiotów
- niesmaczne potrawy
- zbyt obfite posiłki
- szybkie uczucie nasycenia
- odwodnienie
- zaparcie
- zmiany w jamie ustnej
- przykry zapach owrzodzeń
- Proces chorobowy
- Niepokój
- Depresja
- Leczenie :
 - leki
 - naświetlanie
 - chemioterapia
- Biochemiczne :
 - hiperkalcemia
 - mocznica

WSKAZÓWKI TERAPEUTYCZNE

- wyjaśnienie przyczyny
- wysłuchanie obaw rodziny , które często wyrażają się przeświadczeniem , że chory musi jeść , aby odzyskać siły , musi jeść bo inaczej umrze
- zmienić to nastawienie przez wyjaśnienie „Duże ilości jedzenia nie są w tej chwili wskazane , bo chory jest za słaby , żeby je przyswoić. Zmuszanie do jedzenia może mu tylko szkodzić . Powinien jeść częściej , ale mało i to na co ma ochotę . Ważniejsze są nawet płyny niż jedzenie”
- zrozumieć i zmienić nastawienie osoby opiekującej się , która chce swoją miłość wyrazić przez karmienie lub sądzi , że jej obowiązkiem jest dobrze nakarmić chorego
- zaniechać dużych nakryć . Podawać raczej małe porcje , apetyczne porcje na małych talerzach
- podawać jedzenie wtedy , gdy chory ma na nie ochotę (użyteczna jest kuchenka mikrofalowa)
- przekazanie szczegółowych wskazówek dietetycznych

- jedzenie jako aspekt socjalny - lepiej smakuje , gdy możemy ubrać się i usiąść przy stole do posiłku
- zapobiegać przykrym zapachom

ZESPÓŁ WYNISZCZENIA NOWOTWOROWEGO KACHEKSJA (WYNISZCZENIE)

Jest to brak apetytu i spadek masy ciała towarzyszące nieprawidłowościom metabolicznym
Z greckiego kakos (zły)hexis (kondycja)

PRZYCZYNY

- utrata łaknienia prowadząca do niedożywienia
- wymioty
- biegunka
- zaburzenie wchłaniania
- wzmożona przemiana materii i związane z tym wzmożone wydatkowanie energii
- zaburzenia przemiany : białek , węglowodanów , tłuszczów
- zaburzenia gospodarki : wodnej , elektrolitowej , hormonalnej
- zużywanie azotu białkowego przez nowotwór
- substancje szkodliwe wytwarzane przez guz, np. kachektyna
- leczenie :
- operacyjne , radioterapia , chemioterapia
- owrzodzenia powodujące utratę białka
- krwawienie powodujące utratę białka

OBJAWY KLINICZNE

- brak łaknienia , szybkie uczucie nasycenia
- zmieniony wygląd , utrata masy ciała
- osłabienie mięśniowe
- senność
- bladość (niedokrwistość)
- obrzęki (hipoalbuminemia)
- utrata białek i tłuszczów
- zaburzenia elektrolitowe

POWIKŁANIA I SKUTKI

- obawa i poczucie osamotnienia związane z niekorzystną zmianą wyglądu
- problemy socjalne i rodzinne
- zmiana pozycji w rodzinie
- zbyt luźne ubrania pogłębiające poczucie straty i braku własnego miejsca
- niedopasowane protezy powodują ból i kłopoty przy jedzeniu
- odleżyny

MOŻLIWOŚCI LECZENIA

- ze względu na znacznie przyspieszone procesy metaboliczne intensywna hiperalimentacja (sonda żołądkowa , wlewy dożylnie) nie ma sensu u umierających
- należy zmniejszyć przykre następstwa socjalne i fizyczne wyniszczenia
- zmieniona proteza wystarcza zazwyczaj na 3 miesiące , umożliwia życie i poprawia wygląd twarzy

- wspólne obejrzenie fotografii chorego sprzed choroby daje opiekującemu się właściwszy obraz obecnie wyniszczonego człowieka
- podobne fotografie w gronie rodziny i przyjaciół , wykonane w okresie choroby , mogą ułatwić zaakceptowanie nowej sytuacji , podkreślić fakt obecności chorego w jego otoczeniu
- jeśli to możliwe , wart jest postarać się o ubranie odpowiednie do zmienionego wyglądu chorego , co znacznie poprawia samopoczucie
- konieczne jest pouczenie o miejscach , w których mogą powstać odleżyny i o właściwej pielęgnacji skóry
- wyjaśnić rodzinie :
 - jak radzić sobie ze zmiennością łaknienia
 - że normalną rzeczą jest zmniejszone zapotrzebowanie na jedzenie
 - nie należy systematycznie ważyć chorego
- powinno się dostarczyć choremu środki zapewniające mu więcej samodzielności np.
 - wózek inwalidzki
 - balkonik
 - krzesło - sedes
 - łóżko szpitalne

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

- MEGACE - octan megestrolu tabletki 160 mg w dawkach 160 - 800mg/dobę
- PROVERA - tabletki 100 i 500 mg
- FARLUTAL - tabletki 250 i 500 mg stosowane w dawkach 200 - 1000 mg/dobę
- IBUPROFEN -zmniejsza spoczynkowy wydatek energetyczny przyczyniając się do zniesienia procesów katabolicznych
- DEXAMETHASON 2- 6 mg 2 x dziennie (rano i w południe)
- METOCLOPRAMID - 3 x 10 mg
- PERITOL - w tabletkach 4 mg , syrop 40 mg , 3 x dziennie 4 - 8 mg

PIELĘGNOWANIE PACJENTA Z PRZETOKAMI PRZEWODU POKARMOWEGO

Wiesława Piotrowska

PRZETOKI MOGĄ BYĆ UMIEJSCOWIONE:

- ◆ W jamie brzusznej (naciekanie jelit i powłok brzusznych)
- ◆ Odbytnicy
- ◆ Krtani
- ◆ Części twarzowej czaszki
- ◆ Węzłach chłonnych

PRZETOKA KRTANIOWA

Wokół rurki tracheostomijnej może być połączona a przetoką przełykową. U chorego dochodzi do wyciekania treści pokarmowej przez przetokę oraz rurkę, krtuszenia się treścią pokarmową i napojami

POSTĘPOWANIE I PIELĘGNACJA

- ◆ założenie sondy żołądkowej do karmienia
- ◆ Rozważenie założenia stentu
- ◆ Przetokę pielęgnujemy przemywając ją NaCl 0,9%, Ryvanolem, Octeniseptem lub nadmanganianem potasu

PRZETOKI UMIEJSCOWIONE W CZĘŚCI TWARZOWEJ CZASZKI PIELĘGNACJA

- ◆ Przemycamy fizjologicznym roztworem soli
- ◆ Płukanie jamy ustnej:
 - Roztworem wody utlenionej
 - Roztworem ziół np. Dentosept
 - Różowym roztworem nadmanganianu potasu
 - Octeniseptem (1:1 roztwór wodny)
- ◆ Jeżeli istnieje wyciek zakładamy opatrunek z Metronidazolem w żelu i Polseptolem, opatrunki nasączone Octeniseptem. Opatrunek zmieniamy 2 x dziennie
- ◆ Zwracamy uwagę na zasłonięcie przetok gazą, maseczkami w celu oszczędzenia choremu i jego rodzinie przykrego widoku.

PRZETOKA ŚLINIANKI

- ◆ Rozważenie możliwości udrożnienia jej do jamy ustnej. Po udrożnieniu przetoka się zamyka.

PRZETOKI KAŁOWE

MOGĄ BYĆ NASTĘPUJĄCE

- ◆ Odbytniczo – pochwowe
- ◆ Odbytniczo – skórne
- ◆ Jelitowo - skórne

PIELĘGNACJA

- ◆ Irygacje z roztworu wody utlenionej i różowego roztworu nadmanganianu potasu
- ◆ Irygacje dopochwowe z 0,25% bupivacainum
- ◆ Irygacje doodbytnicze z 0,25% Metronidazolu lub Hydrokortyzolu (gotowe wlewki)
- ◆ Środki miejscowo znieczulające:
 - 2% Lignocainum w żelu
 - 0,25% Bupivacainum
- ◆ Szczególna pielęgnacja skóry jak przy przetokach moczowych
- ◆ Próba leczenia operacyjnego

PRZETOKI ODŻYWCZE

GASTROSTOMIA

To przetoka żołądkowa polegająca na założeniu operacyjnym cewnika do żołądka i wyprowadzeniu na skórę

Wskazanie do założenia to:

Niemożność spożywania przez pacjenta pokarmu drogą fizjologiczną w wyniku choroby nowotworowej umiejscowionej w górnej części przewodu pokarmowego

PIELĘGNACJA

- ◆ Obserwacja powłok skórnych wokół drenu , sprawdzając czy nie przecieka obok treści żołądkowa
- ◆ Skórę wokół cewnika należy obmywać wodą z mydłem i starannie osuszać
- ◆ Wokół rurki można stosować maści ochronne z cynkiem np. Sudocrem oraz natłuszczać np. Linomagiem

- ◆ Jeśli przecieka można spróbować leczyć Granufleksem, jeśli nie będzie efektu jest to wskazaniem do wymiany gastrostomii
- ◆ Podajemy pokarmy płynne i półpłynne o temperaturze pokojowej lub temperatury ciała za pomocą strzykawki „żanety”
- ◆ Ważne jest przepłukanie gastrostomii czystym płynem po podaniu pokarmu

JEJUNOSTOMIA

To wprowadzenie specjalnego cewnika do jelita cienkiego.

Wskazania do założenia to:

Choroba nowotworowa w obrębie żołądka utrudniająca przesuwanie się pokarmu do jelita cienkiego

PIELĘGNACJA

- ◆ Jak przy gastrostomii
- ◆ Odżywianie pokarmami płynnymi i specjalnymi mieszankami jak:
 - Diason
 - Prosobe
 - Nutrison itp.

STOMIA / ILEOSTOMIA

Jest to usunięcie części lub całego jelita i wytworzenie podczas zabiegu operacyjnego nowego ujścia stolca.

Wskazaniem do założenia jest:

Niedrożność jelita spowodowana uciskiem guza nowotworowego

PIELĘGNACJA

- ◆ Rozwiązanie wszelkich problemów i wyjaśnienie obaw i pytań pacjenta i jego rodziny, w taki sposób, aby ich codzienne życie się nie pogarszało
- ◆ Zachować intymne, nie krępujące pacjenta warunki podczas zmiany sprzętu stomijnego
- ◆ Czynności wokół stomii należy wykonywać dokładnie, delikatnie i sprawnie, informując pacjenta na czym będzie polegał zabieg
- ◆ Należy uświadomić pacjenta, że dotykanie stomii jest bezbolesne, ponieważ jelita nie są unerwione,
- ◆ Zmianę sprzętu stomijnego należy rozpocząć od dokładnego umycia skóry czystą, ciepłą wodą, używając przy tym miękkiej gąbki lub gazy
- ◆ Nie należy stosować spirytusu, eteru czy benzyny, ponieważ wysuszają skórę i niszczą jej naturalną wilgotność
- ◆ Nie należy używać maści i kremów, ponieważ zmniejszają przyczepność sprzętu
- ◆ Można stosować pasty ochronne i uszczelniające, służące do ochrony skóry i wyrównania pofałdowanej skóry, blizn i nierówności
- ◆ Przed przyklejeniem nowego sprzętu stomijnego skóra wokół stomii musi być czysta i sucha
- ◆ Przytwierdzenie sprzętu stomijnego powinno być na tyle skuteczne, aby zapewniało pacjentowi poczucie komfortu i bezpieczeństwa

- ◆ Jeżeli dojdzie do powstania uczulenia czy podrażnienia na skórze wokół stomii, należy szukać przyczyny- sprawdzić, czy nie został zmieniony sprzęt lub sposób pielęgnacji
- ◆ Jeżeli dojdzie do zapalenia mieszków włosowych na skórze wokół stomii (szczególnie narażeni są mężczyźni), zalecane jest golenie włosów, aby zmniejszyć stan zapalny skóry
- ◆ Jeżeli pojawi się krwawienie z błony śluzowej jelita, np. podczas zmiany worka stomijnego, należy chronić ją przed wysychaniem, nawilżając wazeliną lub oliwką, trzeba uważać na drobne urazy
- ◆ Może dojść do zapadnięcia stomii należy skontaktować się z chirurgiem, jeśli utrudniony jest kontakt należy zastosować specjalne krążki
- ◆ Wielkość stomii może się zmienić należy wielkość jej sprawdzać co jakiś czas i dopasowywać wielkość otworu w worku stomijnym (za duży otwór uszkadza skórę)

KOLOSTOMIA

Jest to usunięcie części jelita grubego i połączenie pozostałej części z przednią ścianą jamy brzusznej

PIELĘGNACJA

Problemy pielęgnacyjne

i postępowanie pielęgniarki są takie same jak u pacjenta z ileostomią

– obecność personelu , rodziny

ODWODNIENIE

▲ *Stan powstały w wyniku utraty znacznej ilości wody przez organizm, prowadzący do zaburzenia równowagi wodno-elektrolitowej w obrębie komórek i tkanek oraz podstawowych funkcji życiowych.*

RODZAJE ODWODNIENIA

▲ *W zależności od stopnia niedoboru wody i soli mineralnych (elektrolity) wyróżnia się następujące rodzaje odwodnienia:*

1) *hipertoniczne - charakteryzujące się przewagą utraty wody i nadwyżką elektrolitów (głównie sodu i potasu);*

2) *izotoniczne - wywołane równomierną utratą wody i elektrolitów;*

3) *hipotoniczne - cechujące się przewagą utraty elektrolitów.*

OBJAWY

▲ *silne pragnienie*

▲ *suchość skóry i błon śluzowych*

▲ *niewielka ilość wydalanego moczu (diureza)*

▲ *naprzemiennie występujące pobudzenie i otępienie*

▲ *podwyższona temperatura ciała,*

▲ *obniżone ciśnienie krwi*

▲ *Kwasica*

▲ *w ciężkich przypadkach delirium i śpiączka*

PRZYCZYNY

▲ *Infekcje*

▲ *Wymioty*

▲ *Biegunki*

▲ *Leki*

▲ *Brak apetytu*

ROZWIĄZANIE PROBLEMU Z DOUSTNYM PRZYJMOWANIEM PŁYNÓW

▲ *Czasowego zastosowania zgłębnika dożołądkowego*

▲ *Zgłębniki PCV – używane do 10 dni*

▲ *Zgłębniki silikonowe – stosowane do 6 tygodni*

▲ *Minusy stosowania zgłębnika dożołądkowego*

▲ *Martwica przegrody nosowej*

▲ *Martwica tkanek przełyku i jego perforacja*

▲ *Zapalenie zatok obocznych nosa*

▲ *Zapalenie uch środkowego*

▲ *Większe ryzyko refluksu żołądkowo – przełykowego*

▲ *Większe ryzyko zachłystowego zapalenia płuc*

PRZETOKI ODŻYWCZE

▲ *Gastrostomia*

▲ *Jejunostomia*

PRZECIWSKAZANIA DO ZAŁOŻENIA PRZETOKI ODŻYWCZEJ

▲ *Krótki okres przeżycia*

▲ *Poważne zaburzenia krzepliwości krwi $INR > 1,5$*

▲ *Zaawansowany rozsiew nowotworowy w otrzewnej*

▲ *Zapalenie otrzewnej*

▲ *Znacznego stopnia wodobrzusze*

▲ *Jadłowstręt psychiczny*

▲ *Psychozy*

Wytyczne European Society for Clinical Nutrition and Metabolism – ESPEN, 2005

WEDŁUG ZALECEŃ DLA LEKARZY RODZINNYCH I INTERNISTÓW DROGA DOUSTNA MOŻE ZOSTAĆ ZASTĄPIONA LUB UZUPEŁNIONA POPRZEZ

▲ *Drogę dożylną*

▲ *Podskórną (hypodermoclysis*

▲ *hypo – pod, dermis – skóra, clysis – wlew)*

▲ *Doodbytniczą (proctoclysis)*

▲ *Podjęzykową za pomocą zakraplacza*

DROGA DOŻYLNNA

▲ *Nawodnienie chorego*

▲ *Uzupełnienie niedoborów elektrolitowych*

▲ *Powinno dobywać się w warunkach szpitalnych*

▲ *Alternatywnym rozwiązaniem*

nawodnienia chorego w domu jest droga

podskórna - hypodermoclysis

PLUSY NAWADNIANIA PODSKÓRNEGO

▲ *Nie powoduje zakrzepicy żyłnej i zapalenia żył*

▲ *Nie wywołuje sepsy*

▲ *Mniejsza możliwość przewodnienia i obrzęku płuc*

▲ *Prostota podawania płynów i lekarstw*

▲ *Możliwość stosowania w domu chorego*

▲ *Wymaga mniej nadzoru przez personel medyczny*

- ▲ Dużo miejsc do założenia wkłucia
- ▲ Założenie wkłucia sprawia mniej dyskomfortu choremu
- ▲ Prostsze założenie wkłucia
- ▲ Mniejsze koszty

MINUSY NAWADNIANIA PODSKÓRNEGO

- ▲ Niewskazana w sytuacjach poważnego odwodnienia
- ▲ Ograniczona ilość podaży płynów
- ▲ Ograniczona podaż elektrolitów
- ▲ Możliwość reakcji miejscowych np. obrzęk miejscowy

PŁYNY KTÓRE MOŻNA PODAWAĆ PODSKÓRNICIE

- ▲ 0,9 % NaCl , 5% Glukoza , Roztwory 0,9% NaCl + 5% Glukozy
- ▲ W ilości do 3000 ml/24h, jednak w literaturze paliatywnej najczęściej wspomina się o 1000ml/24h

Nie ma ograniczeń czasowych stosowania hypodermoclysis

OBSERWACJA CHOREGO

- ▲ Bilans płynów
- ▲ Ciśnienie tętnicze
- ▲ Stan psychiczny – kontakt z chorym
- ▲ Obserwacja miejsca wkłucia
- ▲ Obserwacja objawów przewodnienia

PODSTAWOWE ZESPOŁY PSYCHOPATOLOGICZNE

Wiesława Piotrowska

ZESPÓŁ LĘKOWY

PRZYCZYNY

- **PSYCHOSPOŁECZNE**
- **BIOLOGICZNE**
 - Zaburzenia metaboliczne
- Niedotlenienie
- Elektrolitowe
 - Endokrynologiczne
 - Neurologiczne
- Uszkodzenie głównie struktur limbicznych
 - Polekowe
- Sterydy, hormony
 - Odstawienia
- Alkoholu
- Benzodiazepin

RODZAJE

- **LĘK PRZEWLWKŁY**
- **OSTRY ZESPÓŁ LĘKOWY**
- **KONCENTRACJA LĘKOWA**
- **FOBIE**

LĘK PRZEWLEKŁY

Jest to lęk o miernym nasileniu, utrzymuje się przez długi czas, nie poddaje się kontroli i też nie rzutuje na zachowanie się chorego.

KONCENTRACJA LĘKOWA

Chory jest niemal wyłącznie zainteresowany stanem swojego zdrowia, analizuje każdy objaw, dopytuje się o przyczyny, dolegliwości, sposoby leczenia.

POSTĘPOWANIE

▪ **BENZODWUAZEPINY** długim lub średnim okresie półtrwania

– Alprazolam (np. Afobam, Alprazolmerck, Alprox, Neurol, Neurol SR, Xanax, Xanax SR, Zomiren, Zomiren SR.)

– Bromazepam (**Lexotan** – – tabl. 1,5, 3, 6mg, **Sedam 3,6 mg**)

– Chlordiazepoksyd (Elenium draż. 5, 10, 25 mg)

– Klonazepam (Clonazepamum 0,5, 1 mg)

OSTRY ZESPÓŁ LĘKOWY – NAPAD LĘKOWY

▪ **Gwałtowny niepokój, połączony z:**

– pobudzeniem psychoruchowym

– Wzrostem ciśnienia i tętna

– Zlewne poty

– Uczucie duszności

POSTĘPOWANIE

▪ **DWUFAZOWE**

– I faza – w momencie napadu – krótko działające pochodne benzodiazepiny (midazolam, lorazepam

– II faza – leki działające długo –

▪ **Leki przeciwdepresyjne – inhibitory zwrotnego wychwytywania serotoniny np. fluoksetyna 10mg (Seronil 10/20/30 mg, Andepin 20 mg, Bioxetin 20 mg, Deprexetin 20 mg, Fluoksetyna 10/20mg, Fluoxetin 20 mg, Salipax 20 mg, Apo-Flox, Prozac – 20 mg**

▪ **lub paroksetyna (Seroxat, Apo-Parox 20mg, Arketis, Deprozel 20 mg, Xetanor 20 mg, Paxtin 20)**

▪ **Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne np. imipramina (Imipramin – draż. 10/25 mg)**

FOBIA

▪ **Dotyczy konkretnej sytuacji np. przed iniekcjami, szpitalem, klaustrofobia**

POSTĘPOWANIE

▪ **Pochodne benzodiazepiny krótko działającej**

– MIDAZOLAM 2,5 – 5 mg

– LORAZEPAM 0,5 – 1 mg

Dawka jednorazowa

W każdym przypadku zespołu lękowego

oprócz leczenia farmakologicznego

konieczne jest wsparcie psychologiczne

WSPACIE PSYCHOLOGICZNE BĘDZIE POLEGAŁO NA :

– Oddziaływanie na sferę poznawczą

▪ **Psychoedukacja np. wyczerpujące informacje odnośnie przebiegu choroby, lekach, trybie życia**

– Racionalizacja

▪ **Rozbijanie poczucie lęku na mniejsze strachy**

- Oddziaływanie na sferę emocjonalną
- Pozwolenie choremu na wygadanie się
- Oddziaływanie na sferę behawioralną

- Trening relaksacyjny, wizualizacja, muzykoterapia

ZABURZENIA DEPRESYJNE

- *Cechuje:*

- Długotrwałe obniżenie nastroju i zmiany zachowania
- Anhedonia – brak radości
- Zaburzenia snu - wczesne budzenie się, koszmary nocne
- Trudności ze skupieniem się
- Czynnościowe zaburzenia pamięci

ZESPÓŁ DEPRESYJNY

- *Może występować w formie:*

- Zespołu hipoaktywnego:

- Przygnębiecie z objawami spowolnienia psychoruchowego
- Zmęczenie, znużenie

- Zespołu hiperaktywnego:

- Obniżony nastrój związany jest z napięciem, lękiem, drażliwością

- Zespół depresyjny nietypowy:

- Całkowita bezsensowność lub nadmierna sensowność, zmęczenie

- Somatyzacja objawów

- Ból, wrażenie pancerza w klatce piersiowej, palenie, pieczenie

PRZYCZYNY

- Psychospołeczne

- Zależność od innych osób, brak wsparcia

- Egzystencjonalne

- Poczucie zmarnowanego życia, bezsensu

- Biologiczne

- Przewlekły ból, nieprzyjemny zapach

- Szczególna lokalizacja guza

- Nowotwór trzustki, głowy, szyi

- Leki

- Neuroleptyki, sterydy, niektóre leki hipotensyjne, dopaminergiczne

LECZENIE

- Zespołu hipoaktywnego

- Inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny

- Fluksetyna, paroksetyna 10 – 20 mg rano

- Inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny i noradrenaliny

- Wenlafaksyna 37,5 – 75 mg

- Zespołu hiperaktywnego

- Mianseryna 20 + 20 + 30

- Doksepina 10 + 10 + 50

- Moklobemid 2 x 150 mg

- Tianeptyna 3 x 12,5

DEZADAPTACYJNE ZABURZENIA ZACHOWANIA

DEZADAPTACYJNE ZABURZENIA ZACHOWANIA

- *Objawem tego zespołu jest obniżony próg pobudliwości psychicznej*

- Drażliwość,
- Agresywność,
- Zmienność nastroju,
- Nadwrażliwość na hałas

LECZENIE

- Medazwepam 1 – 2 x 10 mg
- Chlordiazepoksyn 2 x 10 mg
- U starszych osób
 - temazepam 2 x 5 mg
 - oksozepam 2 x 5 – 10mg

ZABURZENIA SNU

- Trudności z zasypianiem lub sen jest płytki i przerywany wskazane są leki o krótkim lub średnim czasie działania
 - Zolpidem 5 – 10 mg
 - Estazolam 1 – 2 mg
 - Midazolam 3,75 – 7,5 mg
 - Flunitrazepam 1 mg
- Wczesne budzenie się
 - Nitrazepam 5 – 10 mg
 - Zopiklon 7,5 mg
 - prometazyna 10 – 25 mg
 - Chlorprotiksen 25 – 50 mg
 - Lewopromazyna 25 – 50 mg
- U starszych pacjentów
 - Chlorprotiksen 25 – 50 mg w połączeniu z 25 mg chlorpromazyny

OSTRE ZABURZENIA PSYCHICZNE

- Zespół majaczeniowy
- Zespół majaczeniowo – zamroczeniowy
- Zespół splątania

OBJAWY

- Zaburzenia spostrzegania – omamy wzrokowe
- Urojenia
- Pobudzenie ruchowe
- Przejściowe zaburzenia świadomości
- Lęk
- Dezorientacja w czasie i otoczeniu
- Objawy nasilają się głównie w nocy

PRZYCZYNY

- Przyjmowane leki np.:
 - Psychotropowe
 - Sterydy
- Niedotlenienie OUN w wyniku:
 - Zapalenia płuc
 - Przewlekłych chorób dróg oddechowych
 - Niedokrwistości
 - Niewydolności krążenia

- Zaburzenia wodno – elektrolitowe
- Odwodnienia
- Hipo- lub hipernatremia
- Hiperkalcemia
- Kwasica metaboliczna
- Zakażenie dróg moczowych
- Guzy mózgu

LECZENIE

- Haloperidol 1 –2 mg p.o lub 0,25 – 0,5 mg pozajelitowo w zależności od potrzeby do 30 mg na dawkę
- Lorazepam 0,5 mg w zależności od potrzeby do 15 mg na dawkę
- Midazolam od 1mg na godzinę s.c.
- Chlorpromazynę 50 – 100 mg
- Lewopromazynę 10 mg co godzinę

PRZEWLEKŁE ZABURZENIA PSYCHICZNE PRZEWLEKŁE ZABURZENIA PSYCHICZNE

- Współistnienie choroby psychicznej np. schizofreni
- U osób w starszym wieku objawy otępienne

LECZENIE

- Leczenie chorób psychicznych współistniejących z chorobą nowotworową powinno być leczone przez psychiatrę

GUZY MÓZGU

Wiesława Piotrowska

PRZYCZYNY

- ◆ Pierwotne guzy mózgu wywodzące się z tkanek wewnątrzczaszkowych:

- Glejaki
- Oponiaki
- Gruczolaki przysadki

- ◆ Guzy przerzutowe do OUN

OBJAWY

- ◆ Zespół wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego objawia się

- Bólami głowy
- Nudnościami i wymiotami

- ◆ Ogniskowe objawy ubytkowe objawiają się:

- Zaburzeniami mowy
- Niedowładami połowicznymi
- Niezbornością ruchową
- Zaburzeniami równowagi
- Zaburzenia wzroku
- Deficyty hormonalne

- ◆ Napady drgawkowe i padaczka

- ◆ Zaburzenia świadomości

DIAGNOSTYKA

- ◆ Tomografia komputerowa
- ◆ Rezonans magnetyczny
- ◆ Pozytonowa tomografia emisyjna

- ◆ *Badanie histopatologiczne*
- ◆ *Badanie cytologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego*

LECZENIE

- ◆ *Operacje*
- ◆ *Farmakologiczne leczenie objawowe*
- ◆ *Radioterapia*
- ◆ *Chemioterapia*

FARMAKOLOGICZNE LECZENIE OBJAWOWE

- ◆ *Terapia obrzęku mózgu*
 - *Sterydy:*
 - ◆ *Dexamethason w dawkach początkowych 16 – 24 mg/dobę*
 - ◆ *Prednizon jest sterydem działającym wolniej dawka początkowa 60mg/dobę*
 - *Leki moczopędne:*
 - ◆ *Furosemid 40 – 80 mg/dobę*
 - ◆ *Spironolakton 100 – 200 mg/dobę*
 - *Leki osmotycznie czynne:*
 - ◆ *Mannitol 4 x 125 ml i.v.*
- ◆ *Leczenie przeciwdrgawkowe*
 - *Karbamazepinę w dawce 800 – 1200 mg/dobę*
 - *Kwas walproinowy (Depakine) w dawce 1000 – 2000 mg/dobę*
 - *Napady padaczkowe można przerwać podając 5 – 10 mg diazepamu p.r. lub midazolamu 1-5 mg i.v. Powoli, frakcjonując*
- ◆ *Leczenie zaburzeń świadomości*
 - *Zastosowanie neuroleptyków lub benzodiazepiny (szczególnie u chorych z padaczką gdyż neuroleptyki obniżają próg drgawkowy*

POSTĘPOWANIE PIELEŃNIARSKIE

- ◆ *Obserwacja pacjenta pod kątem ciśnienia śródczaszkowego*
- ◆ *Analiza i wypełnianie zleceń lekarskich*
- ◆ *Prowadzenie bilansu płynów*
- ◆ *Poinformowanie o możliwości wystąpienia drgawek i edukacja postępowania*
- ◆ *Ustalenie stopnia ograniczenia funkcjonowania wywołanego objawami ogniskowymi choroby*
- ◆ *Określenie zakresu i rodzaju pomocy wymaganej przez pacjenta*
- ◆ *Udzielenie pomocy*
- ◆ *Profilaktyka powikłań u chorych leżących*
- ◆ *Wyjaśnienie choremu i jego rodzinie charakteru zaburzeń neurologicznych*
- ◆ *Zwrócenie uwagi rodzinie na konieczność wyrozumiałości i cierpliwości w opiece nad chorym z zaburzeniami emocjonalnymi*
- ◆ *Wysłuchanie obaw pacjenta i jego rodziny i udzielenie rzeczowych informacji*

STWARDNIENIE ZANIKOWE BOCZNE – sclerosis lateralis amyotrophica – SLD

•*łac. sclerosis lateralis amyotrophica SLA*

•*ang. amyotrophic lateral sclerosis ALS)*

•*choroba Charcota*

•*choroba Lou Gehriga*

•*choroba neuronu ruchowego*

Choroba spowodowana jest zanikiem neuronów ruchowych:

•*Rogów przednich rdzenia*

•*Jąder ruchowych nerwów czaszkowych*

•*Neuronów ruchowych kory mózgu*

•*Zapada na tą chorobę 2 – 4 osoby na 100 000*

•*Rozpoczyna się najczęściej 50 – 70 rokiem życia*

•*U młodych osób występuje rzadziej 1 – 3 500 000*

•*Etiologia nie jest w pełni znana*

Jest chorobą nieuleczalną i postępującą, dlatego kwalifikuje do opieki paliatywnej.

Okres przeżycia pacjentów od pojawienia się pierwszych objawów szacuje się na 3 – 5lat.

OBJAWY

•*Zanik mięśni i osłabienie mogą najpierw pojawić się na jednej dłoni, następnie na przedramieniu i drugiej dłoni.*

•*Rzadziej mięśnie podudzia i stóp,*

•*Mięśnie ramion i barku*

•*Mięśnie oddechowe*

DIAGNOZOWANIE

•**OBECNOŚCI**

–*uszkodzenia dolnego neuronu ruchowego (w badaniu klinicznym, EMG lub neuropatologicznym)*

–*uszkodzenia górnego neuronu ruchowego (w badaniu klinicznym)*

–*postępujących zaburzeń ruchowych w danym obszarze lub pojawienia się ich w innych obszarach (na podstawie wywiadu lub w badaniu klinicznym)*

•**WYKLUCZENIA**

–*innych jednostek chorobowych, tłumaczących uszkodzenie górnego lub dolnego neuronu ruchowego (w badaniu EMG lub neuropatologicznym)*

–*innych jednostek chorobowych, mogących tłumaczyć zaburzenia kliniczne i elektrofizjologiczne (w badaniu neuroobrazowym: TK lub MRI)*

LECZENIE

•*Jak dotąd nie odkryto leczenia przyczynowego*

•*RILUZOL – (RILUTEK) – opóźnia niewydolność oddechową, wydłuża okres przeżycia wg badań o 2-3 miesiące*

•*Rehabilitacja*

•*Logopeda*

POSTĘPOWANIE PALIATYWNE - OJAWOWE

•*BÓL – spowodowany narastającą spastyką mięśni, bóle stawów–*

–*Środki miorelaksacyjne*

–*NLPZ*

–*Opioidy*

•*DUSZNOŚĆ – wywołana niedowładem mięśni międzyżebrowych i przepony –*

- Opioidy
- Ułożenie
- Koncentrator
- Tracheotomia
- Respirator
- ZABURZENIA POŁYKANIA – spowodowane osłabieniem mięśni twarzy, ust i gardła
- Stołość pokarmu dopasowana do możliwości połykania chorego
- Gastrostomia
- Żywnienie parenteralne
- ŚLINOTOK –
- Leki antycholinergiczne
- Trójcykliczne antydepresanty
- LABILNOŚĆ EMOCJONALNA – spowodowana uszkodzeniem dróg korowo-jądrowych – brak kontroli nad emocjami –
- Trójcykliczne leki antydepresyjne
- ZABURZENIA MOWY
- Rozmawiając z chorym należy przyjąć pozycję „twarzą w twarz”
- Tablice z alfabetem, komputer
- OSŁABIENIE
- REHABILITACJA RUCHOWA

**ZABURZENIA NEUROLOGICZNE
UCISK NA RDZEŃ KRĘGOWY
ZABURZENIE FUNKCJI SPLOTU RAMIENNEGO
PRZYCZYNY**

- Naciekanie guza
 - Ucisk guza
 - Zwłóknienie tkanki nerwowej po radioterapii
- OBJAWY
- Ból barku lub ramienia
 - Drętwienie lub alodynia ramienia lub dłoni
 - Osłabienie mięśni
 - Atrofia
 - Zespół Homera (opadnięcie powieki, zwężenie źrenicy, zapadnięcie gałki ocznej)

BADANIA

- KT, MR

LECZENIE

- Radioterapia paliatywna
- Chemioterapia paliatywna
- Leki stosowane w bólu neuropatycznym
- Analgezja regionalna

**ZABURZENIA FUNKCJI SPLOTU ŁĘDŹWIOWO – KRZYŻOWEGO
PRZYCZYNY**

- Naciekanie nowotworowe splotu

- *Ucisk spowodowany guzem*
- *Zwłóknienie po radioterapii*

OBJAWY

- *Ból lędźwiowo – krzyżowy promieniujący do kończyn dolnych*
- *Zazwyczaj jednostronne osłabienie kończyny dolnej i zaburzenie czucia*

BADANIA

- *KT, RM*

LECZENIE

- *Radioterapia paliatywna*
- *Chemioterapia paliatywna*
- *Leki stosowane w bólu neuropatycznym*
- *Analgezja regionalna*

NEUROLOGICZNE ZESPOŁY PARANOWOTWOROWE

- *To zaburzenia funkcjonowania układu nerwowego chorych z nowotworem umiejscowionym poza układem nerwowym, nie związane z przerzutami, ani miejscowym działaniem guza.*
- *Często towarzyszy temu podostra neuropatia czuciowa z powodu zajęcia zwojów korzeni czuciowych rdzenia.*
- *Etiologia nie jest w pełni wyjaśniona*
- *Czasami są objawem poprzedzającym ujawnienie choroby nowotworowej*
- *Nowotwory najczęściej wywołujące zespół należą:*
 - *Rak płuca*
 - *Rak sutka*
 - *Rak jajnika*
 - *Chłoniak*

PODZIAŁ ZESPOŁÓW PARANOWOTWOROWYCH

- *NEUROPATIA OBWODOWA – może obejmować nerwy czuciowe, motoryczne lub autonomiczne*
- *Objawy mają charakter postępujący*
- *Usunięcie nowotworu nie powoduje złagodzenia objawów*
- *Pomocne mogą być sterydy*
- *ZWYRODNIENIE MÓZDŻKU – ujawnia się szybko, czasami przed ujawnieniem guza pierwotnego*
- *Leczenie nie jest zadawalające*
- *ZESPÓŁ MIASTENICZNY LAMBERTA I EATONA – zaburzenie przewodnictwa nerwowo – mięśniowego spowodowanego zmniejszeniem ilości acetylocholino uwalnianej na zakończeniu nerwu motorycznego*
- *OBJAWY*
 - *Oslabienie mięśni zwłaszcza kończyn dolnych i związany z tym chód kaczkowaty*
 - *Uczucie zmęczenia*
 - *Podwójne widzenie*
 - *Opadanie powiek*
 - *Upośledzenie mowy*

- **LECZENIE**

- Oslabienie mięśni można zniwelować poprzez powtarzanie czynności
- Słaba reakcja na chlorek edrofonium (*Tensilon*)
- Poprawę może przynieść leczenie nowotworu złośliwego

- **ENCEFALOMIELOPATIE** – mogą obejmować:

- układ limbiczny,
- pień mózgu,
- rdzeń kręgowy

INNE OBJAWY ZALICZAJĄCE SIĘ DO ZESPOŁÓW PARANOWOTWOROWYCH

- Ołędienie
- Mimowolne ruchy gałek ocznych
- Drgawki kloniczne mięśni
- Zapalenie mózgu w obrębie układu limbicznego
- Martwiczka mielopatia

MIOPATIA WYWOŁANA KORTYKOSTEROIDAMI

- Może ujawnić się po kilku tygodniach stosowania sterydów (8 – 16 mg/d)
- Pacjent ma problem z podniesienia się z pozycji siedzącej i wchodzeniu po schodach
- Pacjent nie zawsze dostrzega problem
- Obniżenie dawki sterydów, zamiana prednizolon (*Encorton*)

ZABURZENIA WYWOŁANE LEKAMI

- **LEKI BLOKUJĄCE RECEPTORY DOPAMINERGICZNE**

- **LEKI PRZECIWPSYCHOTYCZNE**

- **HALOPERIDOL**

- **POCHODNE FENOTIAZYNY** (np. *Fenactil*)

- **METOCLOPRAMID**

- **LEKI PRZECIWDEPRESYJNE**

- **ONDANSETRON**

Jeśli to możliwe nie powinniśmy ich stosować u chorych z Parkinsonem