



Stany nagłe w opiece
paliatywnej.

Stany nagłe w opiece paliatywnej.

- ▶ W medycynie ogólnej stany nagłe najczęściej zagrażają życiu chorego i wymagają szybkiego rozpoznania i leczenia ratującego życie.
- ▶ W opiece paliatywnej u pacjentów z zaawansowaną chorobą skutkują głównie nagłym pogorszeniem jakości życia i zwiększeniem cierpienia.

Stany nagłe w opiece paliatywnej.

- ▶ Leczenie stanów nagłych w medycynie paliatywnej skierowane jest przede wszystkim na poprawę jakości życia rzadziej na wydłużenie czasu przeżycia chorego.
- ▶ W celu podjęcia decyzji, czy interwencja bądź odstąpienie od niej są celowe, konieczna jest dobra znajomość aktualnego stanu klinicznego chorego.
- ▶ Niezmiernie istotna jest także właściwa komunikacja z chorym i rodziną a także wewnątrz zespołu opiekującego się chorym.

Stany nagłe w opiece paliatywnej.

Incydenty zakrzepowo zatorowe

- ▶ U 15% chorych na nowotwory i często nie są rozpoznawane przyżyciowo.
- ▶ Przyczyny : rozrost nowotworu, leczenie p/nowotworowe, niewydolność narządowa, bezruch i odwodnienie.
- ▶ Zakrzepica przebiega często w sposób bezobjawowy.
- ▶ Czy każdy incydent zakrzepowo zatorowy powinien być leczony , jaki powinien być stosunek pomiędzy diagnostyką a rokowaniem i czy leczenie objawowo „ niemych” incydentów przynosi choremu istotne korzyści.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Incydenty zakrzepowo zatorowe

- ▶ Leczenie : Próby obniżania krzepliwości krwi, a także trombolizy u chorych na zaawansowane nowotwory często powodują krwawienia, które mogą zwiększyć ryzyko powikłań i cierpienie chorego.
- ▶ Terapia powinna więc polegać na zmniejszeniu nasilenia objawów choroby, a nie na usunięciu skrzepliny.
- ▶ Jednak niekiedy zmniejszenie cierpienia można osiągnąć jedynie poprzez leczenie przyczynowe – ból w kończynie z zakrzepicą żył głębokich reaguje w ciągu kilku godzin na podanie HDCz, a z kolei na podanie morfiny odpowiada w niewielkim stopniu albo w ogóle.

Stany nagłe w opiece paliatywnej.

Incydenty zakrzepowo zatorowe

- ▶ Jest oczywiste, że istotniejszą rolę odgrywa zapobieganie IZZ niż leczenie przyczynowe. Jednak zapobieganie nie powinno zwiększać ryzyka wystąpienia krwawienia.*
- ▶ Należy też pamiętać, że nawet terapia poprzez codzienne wstrzyknięcia s.c. HDCz jest niekiedy bolesna dla chorego.
- ▶ Z przeprowadzonych do tej pory badań wynika, że chory, którzy mają perspektywę leczenia przeciwnowotworowego, uważają, że ich komfort jest mniej ważny.
- ▶ Sytuacja może się zmienić, kiedy możliwość leczenia przeciwnowotworowego przestaje być aktualna.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zatorowość płucna

- ▶ Zatorowość płucna jest najczęściej konsekwencją rozwoju IZZ w żyłach miednicy i kończyn dolnych.
- ▶ U chorych w opiece paliatywnej dodatkowe czynniki ryzyka obejmują: niedawny uraz (złamanie szyki kości udowej) udar mózgu, stosowanie estrogenów, tamoksifenu i talidomidu
- ▶ Objawy często są wielorakie i mało specyficzne: nasilona duszność , ból w klatce piersiowej (opłucnowy) , kaszel i krwioplucie, ponadto lęk, częstoskurcze , hipoksemia, napady pocenia, omdlenie, wstrząs i nagła śmierć.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zatorowość płucna

- ▶ Charakterystyczne dla nawracających zatorów płucnych są napady zawrotów głowy, krótkotrwałe omdlenia, gorączka nieznanego pochodzenia, częstoskurcz.
- ▶ Rozpoznanie często opiera się na ocenie prawdopodobieństwa wystąpienia zatorowości płucnej. W ocenie prawdopodobieństwa nie należy zapominać o badaniu fizykalnym w kierunku zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnych.
- ▶ U chorego na nowotwór poziom D-dimerów w surowicy krwi posiada znaczenie wykluczające .

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zatorowość płucna

- ▶ Rokowanie chorych na zaawansowane nowotwory z rozpoznaniem zatorowości płucnej, nasilonymi objawami duszności i niewydolności krążenia jest złe.
- ▶ Szansa na poprawę stanu chorego poprzez leczenie przeciwzakrzepowe jest niska, natomiast ryzyko wystąpienia powikłań – wysokie.

Leczenie:

- ▶ pozycja półsiedząca
- ▶ redukcja lęku midazolamem s.c lub iv alternatywnie lorazepamem podawany s.l. ,
- ▶ objawowe leczenie duszności : najczęściej morfina sc lub iv ; jeżeli chory uprzednio otrzymywał morfinę należy rozważyć zwiększenie dawki leku o 30-50%.
- ▶ U chorych z sinicą tlen przepływ 2-6 l/min, przy POCHP do 2 l na minutę.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zatorowość płucna

- ▶ Jeżeli nie występują objawy wstrząsu , do rozważenia jest podanie terapeutycznych dawek heparyny drobnocząsteczkowej.
- ▶ Wydaje się , że leczenie heparyną niskocząsteczkową jest bardziej korzystne niż stosowanie leków antagonizujących działanie witaminy K podawanych drogą doustną.
- ▶ Nowe leki antagonizujące czynnik Xa podawane drogą doustną (np. rywaroksaban) nie znalazły dotychczas zastosowania i leczeniu choroby zakrzepowo-zatorowej u chorych na nowotwory.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Ostry zespół wieńcowy

- ▶ Bóle dławicowe występują często u chorych z zaawansowaną chorobą, natomiast zawał serca jest przyżyciowo rozpoznawany w tej grupie chorych niezmiernie rzadko.

LECZENIE:

- ▶ Podstawę leczenia stanowią nitraty podawane drogą podjęzykową – uwaga na hipotonię.
- ▶ Przy hipotonii korzystniejsze może być skorzystanie z morfiny p.o. lub s.c. lub fentanylu
- ▶ Pozostają do rozważenia : diuretyki iv w obrzęku płuc, podanie 100 mg aspiryny p.o., beta bloker.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zespół żyły głównej górnej

- ▶ Zespół żyły głównej górnej występuje u chorych w opiece paliatywnej dość rzadko.
- ▶ Najczęściej rozpoznawany jest u chorych na raka drobnokomórkowego płuca (50% wszystkich ZŻGG), ale może towarzyszyć innym nowotworom, w przebiegu których występują przerzuty do węzłów chłonnych śródpiersia.
- ▶ Rozpoznanie najczęściej już na podstawie samych objawów: duszność, obrzęk i zaczerwienienie twarzy i szyi, sinica górnej części ciała, nadmierne wypełnienie żył szyjnych i ściany klatki piersiowej.
- ▶ Dramatyczny przebieg zespołu może być spowodowany zakrzepicą żyły głównej górnej.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zespół żyły głównej górnej

- ▶ Leczenie polega na pilnej radioterapii okolicy śródpiersia, a u chorych z rozpoznaniem drobnokomórkowego raka płuca czy innych nowotworów chemiowrażliwych pierwszą linię leczenia stanowi chemioterapia.
- ▶ Podawanie kortykosteroidów (deksametazon).
- ▶ U wybranych chorych z oczekiwanym dłuższym czasem przeżycia do rozważenia jest założenie stentu.
- ▶ Leczenie objawowe : morfina i midazolam s.c **ALE** igłę należy wkłuć w skórę dolnej części ciała (obrzęk i podwyższone ciśnienie żyłne w obrębie ramion i górnej części ciała)

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zespół ucisku rdzenia kręgowego

- ▶ Zespół ucisku rdzenia kręgowego spowodowany jest najczęściej przerzutami do trzonów kręgów i ich złamaniami, które mogą być także spowodowane innymi przyczynami np. osteoporozą.
- ▶ Zespół ten występuje u 5% chorych na oponiaki, glejaki, nerwiaki i naczyniaki rdzenia kręgowego i u 20% jako pierwszy objaw rozsiewu nowotworu.
- ▶ Dotyczy kręgosłupa piersiowego w 70%, rzadziej lędźwiowego (20%) i szyjnego 10%.
- ▶ Nowotwory oskrzela, prostaty, piersi i szpiczak mnogi są odpowiedzialne za 80% ZUR.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zespół ucisku rdzenia kręgowego

Rozpoznanie ucisku rdzenia należy rozważać gdy:

- ▶ Chory skarży się na silny narastający ból w plecach, występuje bolesność opukowa wyrostków ościstych kręgow, ból nasila się w czasie ruchu, kaszlu w nocy w pozycji leżącej
- ▶ Występują objawy ucisku korzeni nerwów takie jak: ból strzelający, opasujący jednostronny lub dwustronny
- ▶ Występują inne objawy neurologiczne: osłabienie siły mięśniowej kończyn lub spastyczność, zaburzenia czucia (parestezje, utrata czucia kończyn dolnych), zaburzenia funkcji zwieraczy.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zespół ucisku rdzenia kręgowego

- ▶ Uszkodzenie rdzenia kręgowego może wystąpić stosunkowo wcześnie w przebiegu choroby nowotworowej, a po usunięciu ucisku chorzy mogą przeżyć wiele miesięcy lub lat.
- ▶ Chory, który zgłasza się późno do lekarza i utracił zdolność chodzenia, najprawdopodobniej jej już nie odzyska.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zespół ucisku rdzenia kręgowego

LECZENIE:

- ▶ U chorych z oczekiwanym czasem przeżycia powyżej 3 miesięcy i objawami występującymi w okresie ostatnich 48 godzin należy rozważyć leczenie neurochirurgiczne w celu zachowania dobrej jakości życia i funkcji neurologicznych poprzez stabilizację kręgosłupa.
- ▶ U pozostałych pacjentów należy rozważyć radioterapię
- ▶ Przed zabiegiem operacyjnym i radioterapią skuteczne może być podanie deksametazonu iv w dawkach podzielonych 12-36 mg na dobę.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zespół ucisku rdzenia kręgowego

- ▶ Ból kostny w zespole ucisku rdzenia wymaga najczęściej stosowania opioidów. NLPZ jakkolwiek mogłyby się okazać skuteczne to jednak podawane z wysokimi dawkami deksametazonu znacznie zwiększają ryzyko powikłań żołądkowych.
- ▶ Po radioterapii, z powodu obrzęku tkanek napromieniowanych, może dojść do przejściowego nasilenia objawów neurologicznych. Korzystne efekty radioterapii obserwowane są najczęściej po 7-10 dniach od zakończenia leczenia.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zespół ciasnoty śródczaszkowej

- ▶ Z powodu warunków anatomicznych, każde zwiększenie objętości guza może spowodować szybki wzrost ciśnienia śródczaszkowego.
- ▶ Wokół wielu guzów gromadzi się płyn obrzękowy, przy guzie o średnicy 2 cm powstanie obrzęku o grubości 2,5 mm podwaja objętość guza.
- ▶ Wzrost ciśnienia śródczaszkowego może być pochodzenia nienowotworowego.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zespół ciasnoty śródczaszkowej

- ▶ Do objawów ostrego podwyższenia ciśnienia śródczaszkowego zaliczane są: narastający ból głowy, zaburzenia świadomości, nierówność źrenic, zaburzenia ruchów gałek ocznych, objawy ogniskowe, nudności, wymioty szczególnie rano.
- ▶ Splątanie nie jest charakterystyczne dla przerzutów do mózgu oraz nadciśnienia śródczaszkowego i nie stanowi wskazania do wykonania badań obrazowych
- ▶ Pierwszym objawem przerzutów do mózgu może być napad drgawek.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zespół ciasnoty śródczaszkowej

- ▶ Leczenie nefarmakologiczne: drenaż ułożeniowy – uniesienie głowy i tułowia pod kątem 30%
- ▶ Leczenie farmakologiczne polega na stosowaniu deksametazonu podawanego najczęściej sc lub iv. Wstrzyknięcia wyższych dawek sc mogą powodować ból.
- ▶ Deksametazon wykazuje działanie w okresie 24 godzin. Jeśli po 48 godzinach nie ma efektu lek należy odstawić.
- ▶ Skuteczne dawki dobowe deksametazonu to zazwyczaj 8-12 mg. Pierwszą dawkę dzienną podaje się zwykle drogą parenteralną jednorazowo w całości.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zespół ciasnoty śródczaszkowej

- ▶ W przypadku dobrego efektu deksametazonu po kilku dniach dawkę należy zmniejszyć stopniowo do około 4 mg na dobę.
- ▶ W mnogich przerzutach do mózgu najczęściej stosowana jest paliatywna radioterapia całego mózgu, podczas i po radioterapii równolegle stosuje się steroidy.
- ▶ Radioterapia całego mózgu może skutkować demencją.
- ▶ Korzystniejsze efekty przynosi radioterapia stereotaktyczna, jednak leczenie takie jest zarezerwowane dla chorych z pojedynczymi, niewielkimi przerzutami do mózgu.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Zespół ciasnoty śródczaszkowej

- ▶ U pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową z przerzutami do mózgu podanie mannitolu odgrywa ograniczoną rolę i jest dość rzadko stosowane.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Niedrożność przewodu pokarmowego.

- ▶ Niedrożność porażenna i mechaniczna (czasem przypadki mieszane).
- ▶ Objawy to najczęściej bóle brzucha stałe lub kolkowe, zatrzymanie stolca i gazów , wzdęcie , nudności i wymioty, zaburzenia perystaltyki (brak w porażennej lub metaliczna w mechanicznej) niekiedy wodobrzusze.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Niedrożność przewodu pokarmowego

- ▶ Przy braku możliwości leczenia przyczynowego koncentrujemy się na leczeniu objawów ale zawsze należy zweryfikować dotychczas stosowane leki pod kątem ich wpływu na czynność przewodu pokarmowego.
- ▶ Należy zadbać o to, by nie karmiono pacjenta na siłę. Choremu można pozwolić na przyjmowanie niewielkich ilości pokarmu doustnie – część się wchłonie a spożywanie np. lodów może przynosić ulgę, redukując nudności i suchość śluzówek.
- ▶ Żywienie pozajelitowe prawdopodobnie nie wpływa na objawy niedrożności czy przedłużenie życia w przypadku niedrożności wywołanej nowotworem, natomiast może powodować powikłania i pogorszyć jakość życia.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Niedrożność przewodu pokarmowego

- ▶ Należy zadbać o opróżnienie jelita grubego ze stolca na przykład przez wlew doodbytniczy, co może spowodować pobudzenie czynności jelit i poprawić komfort chorego.
- ▶ Przy szybko narastających objawach niedrożności celowym jest podanie deksametazonu 8-16 mg drogą parenteralną
- ▶ Należy rozważyć podanie metoklopramidu 3 x dziennie 10-20 mg s.c. Zniesienie nudności i poprawa opróżniania żołądka wskazuje, że niedrożność jest częściowa i lek można podawać nadal.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Niedrożność przewodu pokarmowego

- ▶ Paradoksalne nasilenie wymiotów po podaniu metoklopramidu świadczy o wysokiej i całkowitej niedrożności i skłania do przerwania stosowania leku.
- ▶ Przy wysokiej i całkowitej niedrożności pomocne może być założenie odbarczającej sondy żołądkowej.
- ▶ Płyny podawane drogą dożylną najczęściej powodują zwiększenie wydzielania i nasilają wymioty. Poprawa nawodnienia chorego jest zasadna jedynie przed zabiegiem chirurgicznym.
- ▶ Należy rozważyć zmianę opiodu na taki, który wykazuje mniej działania zaperającego : morfinę , oksykodon można zastąpić fentanylem lub buprenorfiną (w plastrach lub drogą podjęzykową).

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Niedrożność przewodu pokarmowego

- ▶ Warto rozważyć podanie okterotydu (0,1 -0.8 mg sc co 8 godzin lub 0,6 -1,2 na dobę we wlewie ciągłym)
- ▶ Przy bolesnych skurczach jelit można stosować butylobromek hioscyny 20-100 mg/dobę (sc lub iv)

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Niedrożność przewodu pokarmowego

- ▶ W warunkach szpitalnych przy szybko narastającej wysokiej niedrożności można choremu dodać doustnie gastrografię (100-200 ml) , co często zmniejsza obrzęk wokół guza i powoduje udrożnienie jelit
- ▶ Przy nasilonych wymiotach można wykorzystać gastrostomię odżywczą w celu ewakuacji treści jelitowej.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Hiperkalcemia

- ▶ Jedną z częstszych przyczyn hiperkalcemii jest proces nowotworowy.
- ▶ 80% przypadków hiperkalcemii stwierdzane jest u chorych ze szpiczakiem, rakiem piersi, płuca i prostaty
- ▶ Prawidłowe rozpoznanie hiperkalcemii wymaga jednoczesnego oznaczenia wapnia i stężenia albumin tak aby móc obliczyć stężenie wapnia skorygowanego względem poziomu albuminy. Przy niskim poziomie albumin hiperkalcemia może wystąpić przy prawidłowych stężeniach wapnia całkowitego we krwi.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Hiperkalcemia

- ▶ Do objawów hiperkalcemii zaliczane są nudności i wymioty, splątanie, wielomocz, odwodnienie chorego oraz zwiększenie nasilenia bólu.
- ▶ Oznaczenie poziomu wapnia jest więc bardzo istotne u chorych w ciężkim stanie znacznie pobudzonych i splątanych, którzy trudno poddają się terapii lekami przeciwpsychotycznymi.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Hiperkalcemia

Leczenie:

- ▶ W stanach nagłych ważne jest nawodnienie chorego i ostrożne zwiększenie diurezy przy zastosowaniu diuretyków pętlowych.
- ▶ Ograniczenie podaży wapnia i witaminy D3
- ▶ Zwiększenie wchłaniania wapnia przez kości – ten proces przebiega szybko po podaniu drogą dożylną bifosfonianów.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Hiperkalcemia

- ▶ Przed zastosowaniem bifosfonianów należy sprawdzić parametry nerkowe i poziom elektrolitów.
- ▶ Zolendronian 4 mg iv wlew przez 15-30 minut, efekt po 2-3 dniach max ok 5-6 dzień, okres działania 30-40 dni istnieje ryzyko hipokalcemii.
- ▶ Pamidnonian 60-90 mg iv pwlew przez 2-4 godziny efekt po 2-3 dniach max 5-6 dnia, okres działania 28-30 dni.
- ▶ Kalcytonina ; sc lub im 5-10 $\mu\text{g}/\text{kg}$ mc 1 x/d lub w 2 dawkach podzielonych.
- ▶ Denosumab sc.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Delirium

- ▶ Spotykane w opiece paliatywnej bardzo często.
- ▶ Wielu chorych wykazuje objawy prodromalne (niemożność koncentracji, zaburzenia snu, niepokój-szczególnie wieczorem).
- ▶ Jedynie u niektórych chorych objawy w okresie kilku godzin mogą ulec zaostrzeniu i może wystąpić stan nagły, podobny do psychozy często z odcieniem paranoidalnym, który powinien być intensywnie leczony.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Delirium

- ▶ Szczególną sytuacją jest powikłanie delirium hipoglikemią wynikającą ze współistniejącej cukrzycy leczonej insuliną (chory przestał jeść) lub hipoglikemią wynikającą z nagłego odstawienia sterydów podawanych wcześniej przewlekle.
- ▶ Po potwierdzeniu hipogliemii skuteczne może się okazać podanie, oprócz glukozy, deksametazonu.
- ▶ Nie warto rozważać glukagonu, zasoby glikogenu w wątrobie u pacjentów z zaawansowaną chorobą są bardzo ograniczone.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Delirium

- ▶ Podstawowym lekiem jest haloperidol w dawkach 5-10 mg sc lub im.
- ▶ Haloperidol można podawać razem z beznodwuazepiną.
- ▶ Nie należy podawać benzodwuazepiny samodzielnie, gdyż może nasilać objawy.
- ▶ Innym lekiem jest lewomepromazyna w dawkach 12.5 do 25 mg 2-4 razy dziennie (sc lub im).

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Delirium

- ▶ Specjalne miejsce w diagnostyce delirium i sytuacji zagrażających życiu i bezpieczeństwu pacjentów jest rozpoznanie ostrego zatrucia opioidami, najczęściej morfiną, często kilka dni po rozpoczęciu leczenia.
- ▶ Chory może być bardzo pobudzony lub podsypiający, może występować zaparcie stolca, zatrzymanie moczu, bardzo zwężone źrenice.
- ▶ Należy wówczas wstrzymać podawanie opioidu lub zmniejszyć jego dawkę dołączając neuroleptyk.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Delirium

- ▶ W sytuacji skrajnej dezorientacji chorego mogą towarzyszyć zaburzenia oddychania (poniżej 8 oddechów na minutę)- wówczas należy podać nalokson.
- ▶ Lek należy podawać ostrożnie miareczkując, co 2- 3 minuty po 1/4 ampułki, czyli 0.1 mg drogą dożylną.
- ▶ Podanie naloksonu może , ale nie musi, doprowadzić do odwrócenia analgezji opioidowej i wystąpienia objawów odstawienia opioidów.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Piśmiennictwo:

- ▶ Medycyna Paliatywna w Praktyce 2017 „ Stany nagłe w opiece paliatywnej- praktyka kliniczna poparta faktami” Izabela Anna Bętkowska, Zbigniew Zylicz.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

Dziękuję za uwagę.