

kompresja z intensywnym odwadnianiem

Table 1
Length of Hospice Care on Ward, Survival Time, and Changes of Weight and Limb Volumes Within Three Days of Combined Therapy

Patient	Edema Causes	LOHC (Days)	Survival (Days)	Body Weight (kg)			Right Limb Volume (L)			Left Limb Volume (L)			Sum of Right and Left Limb Δ	
				Before	After	Δ	Before	After	Δ	Before	After	Δ	Volume (L)	% of Body Weight Δ
1	HF + LW	4	4	—	—	—	10.29	6.64	-3.65	9.93	7.32	-2.60	-6.25	—
2	RF + LW	8	8	52.0	49.5	-2.5	6.65	4.45	-2.20	7.23	5.38	-1.85	-4.06	162.2
3	LO + VI	7	55	65.0	63.0	-2.0	8.94	6.70	-2.24	8.71	7.32	-1.39	-3.64	181.7
4	LO + LW	16	16	54.5	54.0	-0.5	8.26	5.10	-3.16	8.18	5.24	-2.94	-6.11	1221.3
5	LO	7	34	69.0	66.0	-3.0	8.39	5.60	-2.78	6.05	5.87	-0.18	-2.96	98.7
6	OF + LW	179	179	75.0	70.2	-4.8	6.90	5.94	-0.96	7.24	6.73	-0.51	-1.47	30.6
7	HF + LW	26	26	—	—	—	13.31	9.82	-3.48	11.85	11.00	-0.86	-4.34	—
8	HF	4	4	143.0	138.0	-5.0	18.52	14.60	-3.92	17.85	16.04	-1.81	-5.73	114.5
9	OF	20	65	111.0	107.0	-4.0	12.59	9.70	-2.89	11.69	10.96	-0.73	-3.62	90.5
10	LO	13	28	96.1	94.8	-1.3	7.49	5.96	-1.53	7.19	6.26	-0.93	-2.46	189.3
11	LO + HI	11	11	92.1	88.1	-4.0	11.06	7.63	-3.43	8.49	8.09	-0.40	-3.83	95.6
12	OF	10	10	69.8	65.8	-4.0	8.38	6.94	-1.44	7.24	6.68	-0.56	-2.00	49.9
13	LO	27	82	79.0	76.5	-2.5	9.06	7.56	-1.50	10.52	9.35	-1.17	-2.67	106.8
14	VI + LW	12	38	89.0	84.4	-4.6	8.52	8.04	-0.48	7.63	7.30	-0.33	-0.80	17.5
15	HI + LW	15	15	42.5	40.0	-2.5	5.21	3.71	-1.50	5.41	3.61	-1.81	-3.31	132.3
16	LO	28	28	60.4	57.3	-3.1	9.29	7.03	-2.26	8.41	6.66	-1.75	-4.00	129.1
17	OF	5	5	—	—	—	7.18	5.95	-1.22	7.57	6.31	-1.27	-2.49	—
18	LO	26	26	—	—	—	8.77	6.40	-2.38	6.19	6.05	-0.13	-2.51	—
19	LO	27	27	75.5	70.0	-5.5	9.23	6.46	-2.77	6.16	5.58	-0.58	-3.35	60.9
Median		13.0	26.0	75.0	70.0	-3.1	8.8	6.6	-2.3	7.6	6.7	-0.9	-3.4	106.9
25th percentile		7.5	10.5	62.7	60.1	-4.3	7.9	5.9	-3.0	7.2	6.0	-1.8	-4.0	75.7
75th percentile		26.0	36.0	90.5	86.2	-2.5	9.8	7.6	-1.5	9.3	7.7	-0.5	-2.5	147.3

LOHC = length of hospice care; Δ = change of the parameters; HF = heart failure; LW = limb weakness; RF = renal failure; LO = lymphatic obstruction; VI = venous insufficiency; OF = organ failure; HI = hepatic insufficiency

Grądalski T. J Pain Syptom Manage 2018; 55: 1179-83

Sample Characteristics on Admission and After Three-Day Combined Therapy

Parameter	On Admission	After Three Days	<i>P</i>
PPS	50 (40–60)	50 (40–60)	0.8
Systolic blood pressure	110 (100–125)	120 (100–130)	0.5
Diastolic blood pressure	70 (60–75)	70 (60–80)	0.6
Sodium (mmol/L)	137.7 (5.4)	139.2 (5.0)	0.2
Potassium (mmol/L)	4.8 (0.6)	4.8 (0.7)	0.9
Urea (mmol/L)	8.2 (5.4–11.5)	9.2 (6.0–13.3)	0.8
Creatinine ($\mu\text{mol/L}$)	86.2 (32.8)	79.1 (26.8)	0.1
Creatinine clearance (mL/minute/1.73 m ²)	75.7 (64.4–90.0)	76.0 (56.1–87.2)	0.6
Albumin (g/L)	33.4 (7.1)	32.5 (6.2)	0.3
Pain (NRS 0–10)	3 (0–4)	0 (0–2.5)	0.5
Dyspnea (NRS 0–10)	0 (0–2)	0 (0–0)	0.9
Weakness (NRS 0–10)	4 (2–5)	3 (0.5–4.5)	0.8
Edema symptom profile	2.0 (1.7–3.3)	1.3 (1.0–2.0)	0.0047
GDS	35 (21–65)	27 (18–49)	0.07

PPS = Palliative Performance Scale; NRS = numeric rating scale; 0 = minimum symptom intensity, 10 = maximum; Edema symptom profile = median of pain, dyspnea, and weakness; GDS = global distress score equals sum of pain, fatigue, nausea, depression, anxiety, drowsiness, appetite, well-being, and shortness of breath (total score ranged from 0 = the best to 90 = the worst).

Medians with interquartile ranges (25%–75%)—Wilcoxon signed rank test. Means with SDs—paired *t*-test.

10 zasad, które nefrolodzy chcieliby aby znały zespoły opieki paliatywnej

1. Chory z ESRD korzysta na współpracy nefrolog (obserwacja) – oph (wiedza)
2. Oph w prognozowaniu i farmakoterapii powinna kierować się powt. bad GFR
3. Objawy cierpienia chorego z ESRD są porównywalne z chorym z nowotworem
4. Trzeba odróżniać AKI (duże ryzyko zgonu przejść?) od CKD (<15ml/min)
5. Od początku zaawansowanej choroby nerek ważne jest planowanie EOL-Care
6. Dializy niekoniecznie poprawią jakość życia / wydłużą przeżycie choremu
7. Dializy nie poprawiają częstego w CKD (30%) zespołu kruchości (geriatr.)
8. Roczna śmiertelność hemodializowanych to 20% (<https://qxmd.com/calculate>)
9. U chorych z krótką prognozą należy rozważyć odstawienie ACE i ARBs.
10. Chorzy z ESRD korzystają z włączenia do oph – brak oph = częste hospit., OIT

Bansal AD i wsp. *J Palliat Med.* 2018; 21 (4): 546-551

10 uwag dotyczących immunochemioterapii

1

TABLE 1. IMMUNOTHERAPIES AND FDA-APPROVED INDICATIONS

Checkpoint	Inhibitor	FDA approved tumor targets
PD-1	Nivolumab	Melanoma, NSCLC, colorectal, head and neck, Urothelial, Hodgkin's lymphoma, RCC, HCC
	Pembrolizumab	Melanoma, NSCLC, gastric, head and neck, Urothelial, Hodgkin's lymphoma, microsatellite instability-high cancer
PD-L1	Atezolizumab	Urothelial cancer, NSCLC
	Durvalumab	Urothelial cancer
	Avelumab	Urothelial cancer, Merkel cell cancer
CTLA-4	Ipilimumab	Melanoma


CTLA-4, cytotoxic T lymphocyte-associated antigen 4; HCC, hepatocellular carcinoma; NSCLC, non-small-cell lung cancer; PD-1, programmed cell death protein 1; PD-L1, programmed death-ligand 1; RCC, renal cell carcinoma.

2

TABLE 2. IMMUNOTHERAPY SIDE EFFECT FREQUENCY AND TREATMENTS FOR GRADE 3+ TOXICITIES

Side effect	Frequency	Treatment
Fatigue	10–40%	Exercise, stimulants, and/or supportive care
Rash/pruritis	30–50%	Topical +/- systemic glucocorticoids
Diarrhea/colitis	14–30%	Glucocorticoids, consider anti-TNF if refractory or worsening symptoms
Pyrexia	~10%	Acetaminophen, NSAIDs
Pneumonitis	<5%	Systemic glucocorticoids
Transaminitis	10–20%	Monitoring, dose modification and/or delay
Endocrinopathies:	10%	
Hypothyroidism		Thyroid hormone replacement
Hyperthyroidism		Monitoring, dose modification and/or delay
Hypophysitis		High-dose glucocorticoids, hormone supplementation
Adrenal insufficiency		Hospitalization, endocrine consult
Diabetes mellitus type 1		Insulin

NSAIDs, nonsteroidal anti-inflammatories.

- 
3. Najczęstsze leczenie powikłań – steroidy
 4. Onkolog powinien monitorować objawy niepożądane leków
 5. Czasem trudno odróżnić obj. niepożądane od progresji choroby
 6. Zwykle trudno przewidzieć u kogo leczenie będzie skuteczne (rozpoczynanie leczenia łącznie z oph)
 7. Powikłania endokrynologiczne nieleczone mogą być śmiertelne
 8. Na efekt pozytywny czasem trzeba poczekać dłużej niż w chth
 9. Nowe wprowadzane leki → niezbadane obj. niepożądane
 10. Oph musi być gotowa na wyzwania zw. z radykalną poprawą stanu chorego jak i nagłym pogorszeniem

Wiesenthal AC. i wsp. *J Palliat Med.* 2018; 21 (5): 1-6.

Pojęcia „paliatywny, podtrzymujący i hospicyjny” i ich odbiór u kobiet z nowotworem piersi

TABLE 2. PERCENTAGE OF NEWS STORY SELECTION BY TERMINOLOGY COMPARISON

	<i>Palliative</i>	
	<i>Selected</i>	<i>Not selected</i>
Supportive		
Selected	59.3%	22.1%
Not selected	4.7%	13.9%
Hospice		
Selected	36.1%	12.8%
Not selected	27.9%	23.2%

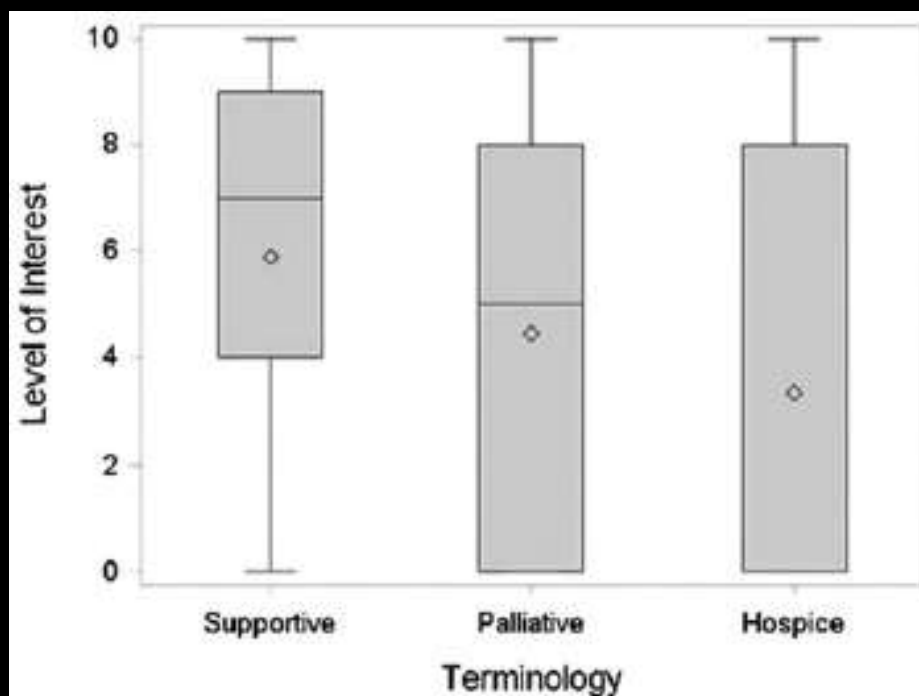


FIG. 1. Patients' level of interest for each term. The diamonds represent the mean values. Horizontal bars represent median values. The bar for the "hospice" median value is visually undetectable because it occurs at zero. (Mean, median, and interquartile range (IQR) ratings are on a 0–10 scale.)

Fishman JM.J Palliat Med. 2018
DOI: 10.1089/jpm.2017.0650

Usprawnianie w oph

analiza piśm

- ↓ ryzyko upadków (starsi, dłuższa prognoza)
- ↑ samopoczucie, radzenia z chorobą (każdy wiek i prognoza)
- ↓ osłabienia, ↑QoL (każdy wiek i prognoza)
- ↓ niepokoju, dystresu, cierpienia psychicznego
- ↑ motywacji, nadziei na lepszą aktywność fiz. w przyszłości
- pacjenci preferują usprawnianie pod kierunkiem niż samodzielne
- ↓ duszności przewlekłej, zaostrzeń duszności
- ↓ bólu zwłaszcza mięśniowo-powięziowego (fizykoterapia/masaż)

**Konieczne wspólne określanie planu
i celu usprawniania**

Zaparcie stolca – przegląd literatury 2007 - 2017

Inclusion criteria

1. Empirical research
2. Constipation assessment or management as a primary theme or focus
3. Focus on palliative and end-of-life care
4. Study was conducted in a hospice or specialist palliative care (SPC) unit
5. 2007–2017 publication date
6. Published in English

Table 2. Contribution of papers to themes.

Theme	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Assessment	X	X	X	X		X		X	X				
Management	X	X			X		X			X	X	X	X

1: Cheng et al.;¹⁹ 2: Clark et al.;²⁰ 3: Downing et al.;²¹ 4: Hawley et al.;²² 5: Laugsand et al.;²³ 6: Nagaviraj et al.;²⁴ 7: Slatkin et al.;²⁵ 8: Strassels et al.;²⁶ 9: Tai et al.;²⁷ 10: Tarumi et al.;²⁸ 11: Tavares et al.;²⁹ 12: Thomas³¹ (2008); 13: Wee et al.³⁰

wnioski

- w ocenie należy uwzględnić aspekt obiektywny, subiektywny (+oczekiwania pacjenta) i badanie
- ocena obiektywna nie odpowiada subiektywnej
- najczęstszy lek: sennozyd ± dokusan (nieefekt)
- SOS najczęściej wlewka lub bisakodyl czopek
- słaba korelacja leki ~ częstość stolca
- w ogóle nie badano działania m. nefarmakol.
- brak badań dot. EOL-C i odstawiania leków

Okoliczności hospitalizacji pacjentów oph

bad. przekrojowe, 116 chorych w Nowej Zelandii

- W Europie ostatnim roku przeciętnie 2,3 hospitalizacji
 - wyraźny wzrost ostatnich 2 tygodniach
 - systemy opieki zdrowotnej są zainteresowane obniżeniem kosztów
 - nieopanowane objawy są głównym powodem tych hospitalizacji
-
- wiedza o nieuleczalnej chorobie nie wpływa na decyzję o hospicju.
 - pacjenci z potrzebami oph nie widzą w POZ/oph możliwości uniknięcia hospitalizacji
 - priorytetem dla przyjmowanych do szpitali jest potrzeba informacji i wykonanie badań pozwalających zaspokoić potrzebę informacji

wypisywanie z hospicjum u kresu życia?

wywiady z członkami zespołów oph z 5 hospicjów w Wielkiej Brytanii

dlaczego?

- duże obciążenie oph
- konieczność skracania opieki
- trend wypisywania chorych stabilnych nawet z krótką prognozą do opieki długoterminowej

trudności

- czy opieka długoterminowa jest odpowiednia?
- gorszy odbiór społeczny
- czy osiągnięty stan stabilny nie jest przemijający?

wnioski:

- znaczna część umiera szybko po wypisie – kłóci się to z filozofią oph
- żeby wypisać trzeba mieć partnera w kontynuacji opieki

Thomas T. i wsp. Palliat Med. 2018

Jak często chorzy w ostatnim miesiącu życia wymagają konsultacji medycznej „poza godzinami”?

badanie 2014-15 r., Oxfordshire, Wielka Brytania

29,5% populacji chorych miało taki kontakt

36,4% z nich zakwalifikowano jako „paliatywni”

jeżeli tak to:

wizyta była bliżej zgonu (2 vs 8, $P < 0,001$)

częściej w domu (50,8 vs 51,9%, $P < 0,0001$)

rzadziej byli przyjmowani do szpitala

(2,7 vs 18%; $P < 0,001$)

Brettell R BMJ Open 2018; 8: e020244

analiza bibliometryczna op. paliat. świat 2001 - 2016

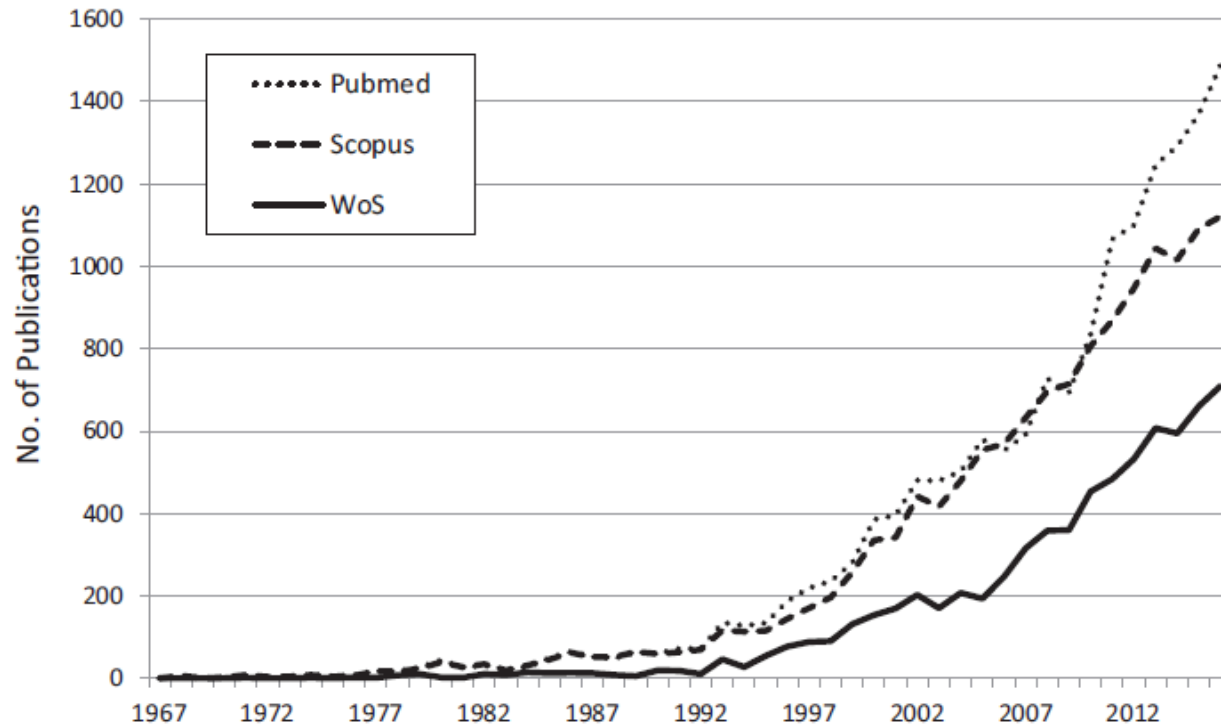


Figure 1. Growth of worldwide publications on PC from PubMed, Scopus, and WoS in the past 5 decades (1967-2016). PC indicates palliative care; WoS, Web of Science.

Chia-Jen Li i wsp. Am J Hosp Palliat Med. 2018

Table 1. List of Top 20 Productive Countries With Citation Analysis.

Rank	Countries	Number of Articles				%	Citing Articles	Average Citations	2016 cIF
		2001	2016	2001-2016	Growth Rate				
1	United States	79	291	2448	268.4	39.0	15830	6.5	2.6
2	United Kingdom	31	120	1112	287.1	17.7	9753	8.8	2.6
3	Australia	11	65	598	490.9	9.5	5006	8.4	2.2
4	Canada	14	48	594	242.9	9.5	6645	11.2	3.3
5	Germany	7	56	364	700.0	5.8	2898	8.0	2.9
6	Netherlands	3	38	265	1166.7	4.2	2490	9.4	3.7
7	Spain	4	29	222	625.0	3.5	1545	7.0	2.4
8	Japan	0	20	193	–	3.1	1123	5.8	1.5
9	Italy	7	26	165	271.4	2.6	2783	16.9	2.8
10	Belgium	2	19	153	850.0	2.4	1711	11.2	2.8
11	France	2	15	152	650.0	2.4	1053	6.9	1.6
12	Sweden	1	18	131	1700.0	2.1	1472	11.2	1.7
13	Switzerland	6	10	98	66.7	1.6	1569	16.0	2.9
14	Ireland	1	17	96	1600.0	1.5	1187	12.4	4.5
15	Norway	2	8	88	300.0	1.4	1917	21.8	2.1
16	Taiwan	0	12	77	–	1.2	403	5.2	1.5
17	Brazil	0	9	75	–	1.2	330	4.4	2.0
18	China	3	16	74	433.3	1.2	545	7.4	2.4
19	South Korea	0	6	73	–	1.2	473	6.5	3.4
20	New Zealand	2	9	71	350.0	1.1	542	7.6	1.5
	Worldwide	170	710	6273	317.6	100	25009	4.0	2.2

Abbreviation: cIF, calculated impact factor.

Table 2. Distribution of Citations.

Number of Citations ^a	Number of Publications	%
0	1204	19.2
1-5	2191	34.9
6-10	987	15.7
11-20	887	14.1
21-40	600	9.6
41-60	201	3.2
61-100	123	2.0
101-200	56	0.9
201-500	22	0.4
>501	2	0.0

Abbreviation: WoS, Web of Science.

^aSum of the times cited in WOS.

Table 4. List of Top 20 Productive Countries With Socioeconomic Factors.

Rank	Countries	Number of Publications	QDI	HDI	Population (in Millions)	GDP (US\$10 ⁸)	GDP Per Capita	Old-Age Dependency Ratio	Population (Age 65 ⁺) (in Millions)	Number of Articles Per Million Population	Number of Articles Per US\$10 ⁸ GDP
1	United States	2448	80.8	0.915	321.8	179.7	55904.3	22.3	47.6	7.6	13.6
2	United Kingdom	1112	93.9	0.907	64.7	28.6	44117.8	27.6	11.5	17.2	38.8
3	Australia	598	91.6	0.935	24.0	12.4	51641.6	22.7	3.6	24.9	48.2
4	Canada	594	77.8	0.913	35.9	15.7	43934.8	23.8	5.8	16.5	37.8
5	Germany	364	82	0.916	80.7	33.7	41267.3	32.2	17.1	4.5	10.8
6	Netherlands	265	80.9	0.922	16.9	7.5	44333.2	27.9	3.1	15.7	35.3
7	Spain	222	63.4	0.876	46.1	12.2	26326.9	28.3	8.7	4.8	18.2
8	Japan	193	76.3	0.891	126.6	41.2	32480.7	43.3	33.3	1.5	4.7
9	Italy	165	71.1	0.873	59.8	18.2	29847.4	35.1	13.4	2.8	9.1
10	Belgium	153	84.5	0.890	11.3	4.6	40456.3	28.1	2.1	13.5	33.4
11	France	152	79.4	0.888	64.4	24.2	37728.4	30.6	12.3	2.4	6.3
12	Sweden	131	75.4	0.907	9.8	4.8	48966.0	31.8	2.0	13.4	27.1
13	Switzerland	98	76.1	0.930	8.3	6.8	82177.6	26.9	1.5	11.8	14.5
14	Ireland	96	85.8	0.916	4.7	2.3	48939.7	20.2	0.6	20.5	42.2
15	Norway	88	77.4	0.944	5.2	4.0	76266.5	24.9	0.9	16.9	22.1
16	Taiwan	77	83.1	–	23.5	5.2	22082.8	16.9	2.9	3.3	14.8
17	Brazil	75	42.5	0.755	207.8	18.0	8802.2	11.3	16.3	0.4	4.2
18	China	74	23.3	0.727	1376.0	113.8	8280.1	13.0	131.4	0.1	0.6
19	South Korea	73	73.7	0.898	50.3	13.9	27512.9	18.0	6.6	1.5	5.2
20	New Zealand	71	87.6	0.913	4.5	1.7	36963.5	22.9	0.7	15.7	41.6
Pearson correlation			.26	.22	.07	.74	.24	-.01	.17	.14	.11
P value			.28	.37	.78	<.001	.30	.98	.47	.55	.63

Abbreviations: QDI, quality of death index; HDI, human development index; GDP, gross domestic product.

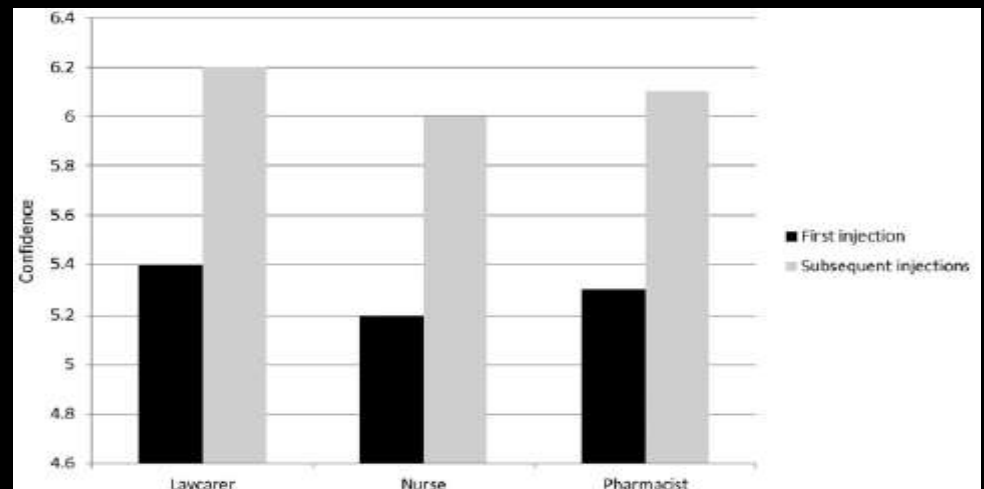
^aOld-age dependency ratio: population aged 65+ years/ population aged 15-64 years.

Czy opiekunowie mogą przygotowywać i podawać leki sc w opiece domowej?

96 opiekunów niemedycznych, 24 jednostki oph w Australii, 2009 r.

3 grupy: opiekunowie sami przygotowują i podają
 przygotowuje pielęgniarka i podają opiekunowie
 przygotowuje farmaceuta, podają opiekunowie
badanie poczucia pewności (confidence), skala Likerta 7 st.

Healy S. i wsp. Palliat Med. 2018



wczesna integracja domowej oph w onkologii

rozpoznanie różnic we wczesnej i późnej oph Belgii

aktualnie przeciętny czas domowej oph 15-20 dni (20% >90 dni)

wywiady z 15 koordynatorami domowej oph:

dlaczego? –

- ogólne informacje dot. oph, wsparcie psychosocjalne
- planowanie opieki końca życia razem z opiekunami,
- czas na objęcie opieką holistyczną (nie tylko objawy)
- czas na odkrycie dodatkowych oczekiwań także rodziny
- czas na akceptację roli pacjenta "paliatywnego"
- czas na prawdziwą koordynację opieki przez oph
- czas na wsparcie profesjonalistów spoza oph

Dhollander N. i wsp. Palliat Med. 208

Gabapentyna/pregabalina w bólu neuropatycznym

monoterapia:

60 pt: silny/średni ból neurop: ↓VAS o 30%: Fentanyl 37% vs Pregabalina 73%

30 pt: ból neurop: Pregabalina > Gabapentyna/Amitryptylina/placebo

1. skojarzone:

79 pt: opioid +Gabapentin vs opioid+placebo ns

75 pt z opioidem: dodanie Gabapentyny > ↑opioidu

70 pt jw. po 8 tyg ns

38 pt Oksykodon+Pregabalina: ↓VAS o 30%: ↑Preg 77% vs ↑Oksy 64%

70 pt Gabapentyna+Oksykodon vs Oksykodon ns

Gabapentynoidy w monoterapii pozytywne 10 na 13 badań
leczenie skojarzone 5 na 6 badań

mało liczne grupy

Jordan RI. Curr Opi Support Palliat Care 2018; 12: 108-17

kwas traneksamowy w miejscowym leczeniu krwiomoczu

50 chorych z hematurią ocena paskowa

500mg /100ml soli fizjol./cewnik trójdrożny/zamk. odpływu na 15 min

grupa badana: 9,5 L / 24h do przejrzystego moczu

grupa placebo: 12 L $P=0,04$

po 24 h:	gr bad.	placebo	
+	0%	0%	
++	40%	16%	$P=0,02$
+++	48%	40%	
++++	12%	44%	

Moharamzadeh P. Am J Emerg Med. 2017

leczenie żywieniowe w polskich hospicjach

ankiety POLSPEN: 584 / 95

skrining:

skala niedożywienia SGA 16%, siła uścisku ręki 38%

leczenie żywieniowe (95% chorych)

enteralne (65%), sonda (41%), pozajelitowe (35%)

Januszczuk J. Clin Nutr 2017; 36 (suppl 1) s105-6)

stała dawka ratująca w zal. od dawki podstawowej morfiny w ciągłym wlewie dożylnym

0-5mg/h	100% dawki godzinowej iv co max co 2h ocena 09 15 min; do 4 dawek 200% dawki (4x) → ↑ infuzji o 50%
5-15mg/h	50% d. godz → 100% → ↑ inf o 25%
>15mg/h	25% d. godz → 50% → ↑ inf o 15%

Bender MA J Palliat Med. 2017; 20 (9): 922-929

eutanazja a oph

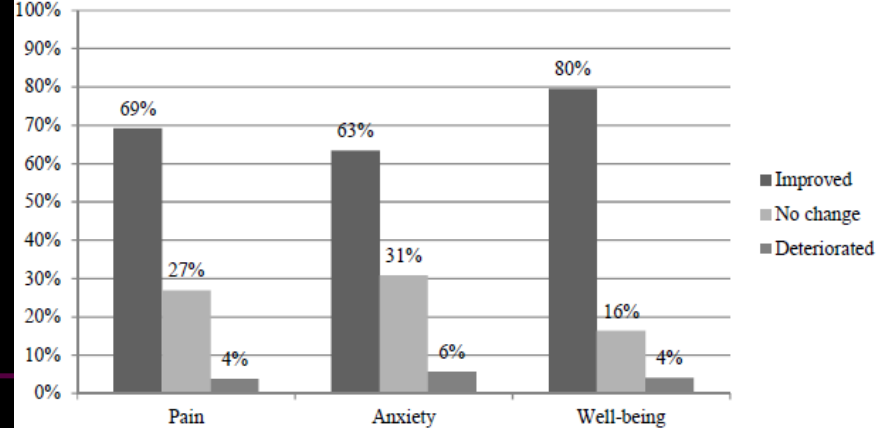
6871 chorych zmarłych w Belgii

Pacjenci oczekujący legalnej od 2002 eutanazji, w 2013 r. częściej byli w oph niż poza nią. 79%; OR 2,1 (CI 1,5-2,9)

59,8% personelu oph angażowało się w procesie eutanazji
(w szpitalu nawet 76%)

Dierickx S. Palliat Med. 2018; 32 (1): 14-122.

kąpiel spa w oph



52 chorych oddziału opieki paliatywnej w Australii oceniało ból, niepokój, ogólne samopoczucie po 20-30 min (ESAS)



9 jet air spa system



Skaczkowski G. Complementary Therapies in Clinical Practice 2018



dodatkowe materiały

tomgr@mp.pl