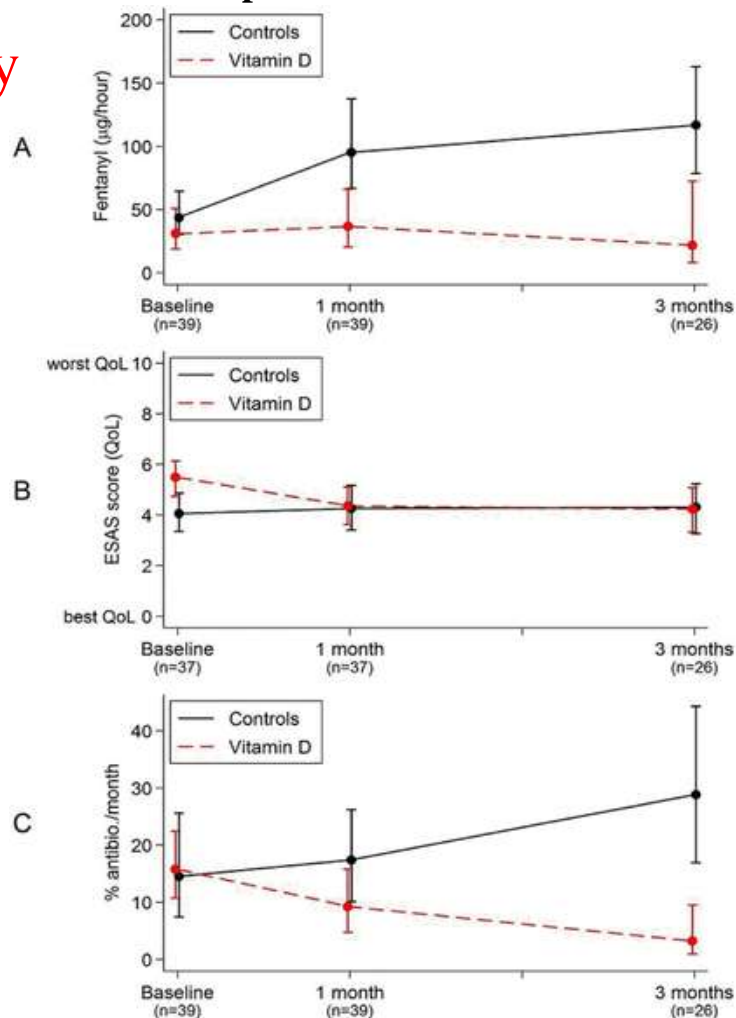


Fig 2. Differences in opioid dose (μg fentanyl/h) (A), Quality of Life (according to ESAS-assessment) (B) and antibiotic consumption (% of days with antibiotic the month before) (C) between 39 vitamin D treated palliative cancer patients and 39 matched controls.

vitamin D 4000 IE/day



Helde-Frankling M, Höjjer J, Bergqvist J, Björkhem-Bergman L (2017) Vitamin D supplementation to palliative cancer patients shows positive effects on pain and infections—Results from a matched case-control study. PLOS ONE 12(8): e0184208.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184208>

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0184208>

doświadczenia opiekunów chorych nie włączonych do opieki paliatywnej

wywiady z 26 głównymi opiekunami w okresie 12 mies. osierocenia

personel medyczny

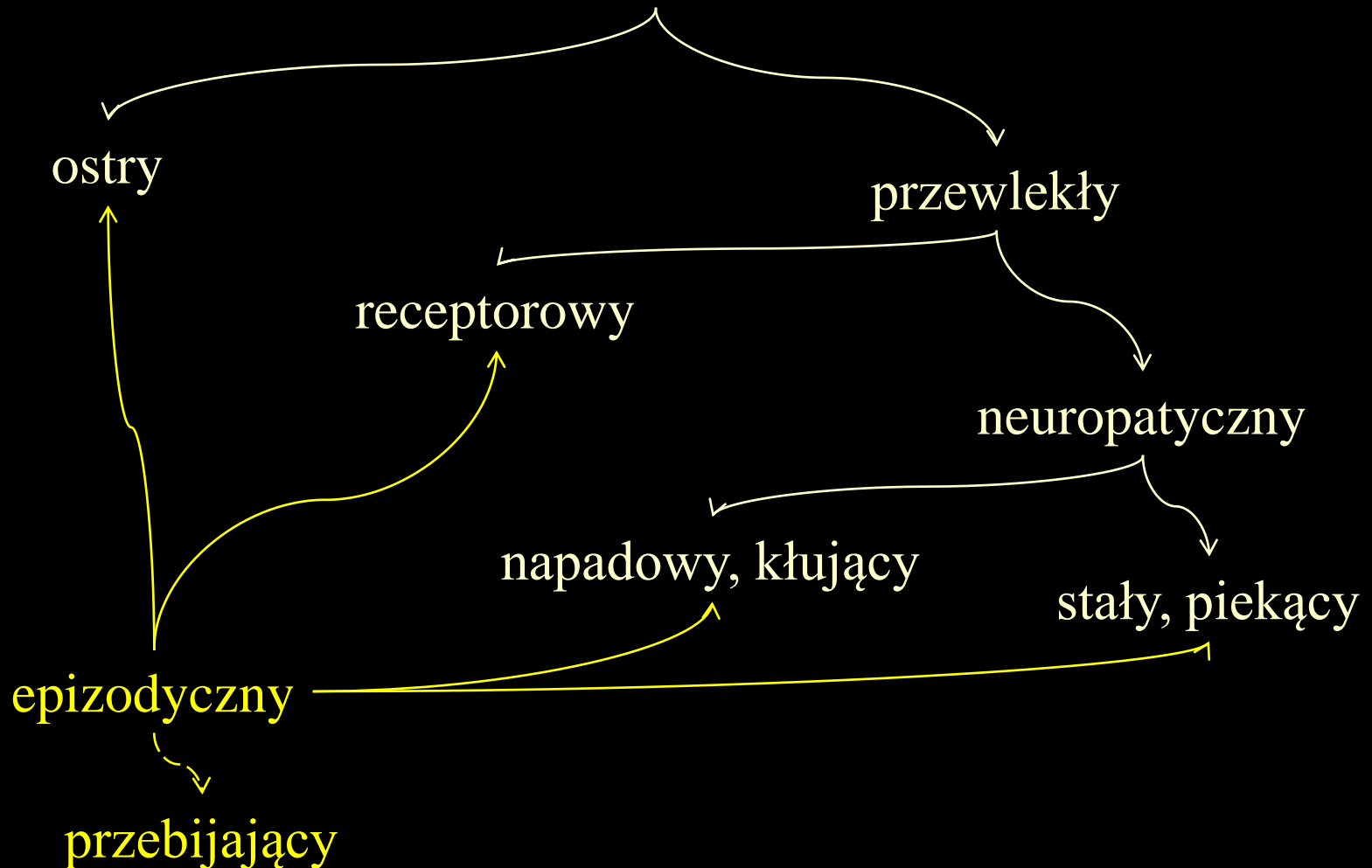
- nie dostrzega lub bagatelizuje oznaki skracania się prognozy przeżycia – „przesypia” właściwy moment objęcia opieką paliatywną
- nie reaguje na oznaki cierpienia pacjenta, problemy żywienia nawadniania
- opiera się na utartych przekonaniach o pełnej wiedzy opiekunów dotyczących stanu klinicznego pacjenta
- zamiast rozmawiać o planowaniu – wypełnia się dokumenty

opiekunowie

- boją się rozmawiać nt. stanu, oczekiwań i perspektyw chorego
- nie otrzymując informacji – przestają wierzyć lekarzom i pielęgniarce
- nie rozumiejąc zachodzących procesów – obwiniają się o śmierć pacjenta
- bez umiejętnego prowadzenia, wspólnego wybierania optymalnych rozwiązań – poszukują alternatywnych źródeł informacji np. w internecie

Frey R. i wsp. *Int J Palliat Nurs* 2017; 23 (5): 238-247

podział bólu dla opornych



Kwestionariusz DN 4

Douleur Neuropathique 4 Questions
ocena bólu neuropatycznego

Cechy bólu:

*pieczenie *bolesne zimno *przechodzenie prądu

Inne objawy na obszarze bólowym:

*mrowienie *kłucie *drętwienie *swędzenie

Ból zlokalizowany w obszarze:

*↓czucia na dotyk * ↓czucia przy kłuciu igłą

Ból wywołany lub nasila się pod wpływem:

*pocierania

>4/10 pkt → potwierdzenie rozpoznania

Rozpoznanie bólu neuropatycznego — DN4 > 4/10, LANSS > 12/24, painDETECT > 19/38

Ocena nasilenia bólu

NRS 1–3

NRS 4–6

NRS 7–10

I linia

Leki przeciwpadaczkowe (gabapentyna lub pregabalina) ±
Leki przeciwdepresyjne SNRI (duloksetyna, wenlafaksyna) lub TLPD (amitryptylina)

NRS > 3 pomimo leczenia lekami II linii

II linia

Opioidy (tramadol) ±
Leki przeciwpadaczkowe (gabapentyna lub pregabalina) ±
Leki przeciwdepresyjne (duloksetyna, wenlafaksyna lub amitryptylina)
Lidokaina we wlewie dożylnym
Lidokaina/plastry (obwodowy ból neuropatyczny)
8% kapsalcyna/plastry (obwodowy ból neuropatyczny)

NRS > 3 pomimo leczenia lekami II linii

III linia

Opioid (oksykodon, tapentadol, buprenorfina, metadon, morfina) ±
Leki przeciwpadaczkowe (gabapentyna, pregabalina, karbamazepina, okskarbazepina, kwas walproinowy, topiramad) ±
Leki przeciwdepresyjne (TLPD, SNRI lub SSRI — paroksetyna, fluoksetyna, escitalopram) ±
Lidokaina we wlewie dożylnym ±
Toksyna betaalinowa (obwodowy ból neuropatyczny)

NRS > 3 pomimo leczenia lekami III linii

IV linia

Dołącz do terapii:
Antagonistów receptora NMDA (memantyna, dekstrometorfan, ketamina)
Kannabinoidy
Klonidynę
Kortykosteroidy

NRS > 3 pomimo leczenia lekami III linii

W przypadku braku skuteczności przedstawionego powyżej postępowania lub też w wybranych zespołach bólu neuropatycznego (np. neuralgia nerwa trójdzielnego) rozważ zastosowanie technik interwencyjnych: termolezji, kriolezji, neotalizji, sfymalacji struktur układu nerwowego.

NRS ≤ 3
Kontynuuj terapię
Oceń nasilenie bólu
Monitoruj leczenie

Wordliczek J. i wsp.
Med Paliat w Prakt 2017; 11 (2): 61-73

Original Article

To Intubate or Not to Intubate: Emergency Medicine Physicians' Perspective on Intubating Critically Ill, Terminal Cancer Patients



Kenneth Kim, MD, Bharath Chakravarthy, MD, Craig Anderson, PhD, and Solomon Liao, MD

Department of Palliative Medicine (K.K., S.L.), University of California, Irvine; Department of Emergency Medicine (B.C., C.A.), University of California, Irvine, California, USA

Please read the clinical scenario

A 75-year-old man on chemotherapy for *stage 4 lung cancer* presents to the ED in *respiratory distress*. The patient is *tachypneic* to 30 breaths per minute, *using accessory muscles*. His oxygen saturation is 90% on a *15-L non-rebreather mask*. He is *altered* and is *unable to speak nor make decisions* for himself. You believe that the patient will likely *need ventilator support* in the emergency room.

At baseline, the patient is

- 1) on oxygen for chronic dyspnea
- 2) cachectic and tube-feed for chronic dysphagia
- 3) bed bound
- 4) demented

The patient does *not* have a completed *POLST* form. The *family* is at the bedside. You consider intubating the patient.

wyniki

50 lekarzy OIOM w Kalifornii

- 94% nie wierzyło by intubacja mogła przedłużyć życie
- 26% pod naciskiem rodziny zaintubowałyby chorego nawet gdyby w dokumentach odnotowano sprzeciw
- 94% odroczyłoby intubację gdyby dostępna była konsultacja z zakresu medycyny paliatywnej
- 16% miało poczucie wiedzy z zakresu opieki paliatywnej
- Wśród osób z poczuciem braku wiedzy intubowałyby 29% (vs 13% z poczuciem takiej wiedzy)

larwoterapia – mechanizmy

od 2004 uznany przed FDA jako pierwszy żywy organizm za produkt leczniczy

- oczyszczanie mechaniczne martwych uwodnionych tkanek
- bakteriobójcze i przeciwgrzybicze właściwości wydzielin
- wspomaganie gojenia tkanek (tanie czynniki wzrostu)
- działanie analgetyczne
- ??

Naik G, Harding KG. Chronic Wound Care Management and Research. 3 October 2017

splosoby aplikacji

- z opatrunkiem (biobag) – r3zrne wymiary



- „free-range”



- wymiana co max 4 dni

wskazania

- jako leczenie wspomagające ran przewlekłych, z obecnością martwicy (+/- z zakażeniem)
- jeżeli jest wskazane delikatne mechaniczne oczyszczanie rany
- z towarzyszącym niedokrwieniem
- przy akceptacji chorego
- ostrożnie w sąsiedztwie dużych naczyń, z zaburzeniem krzepnięcia i w okolicach jam ciała

Co przeciwdziała wypaleniu po 10 latach pracy?

ankieta, 30 na 273 pracowników medycznych w Singapurze

Średnie ryzyko wypalenia w oph 33-62%

Ocena wg The Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)

W grupie pracujących >10 lat jedynie „zróżnicowanie obowiązków” (clinical variety) istotnie (w por z grupą krócej pracujących) obniżało ryzyko wypalenia ($p=0,047$).

Mechanizm ten był stosowany częściej u dłużej pracujących (86 vs 61%, $p=0,02$)

Koh M. J Pain Symptom manage 20177 Accepted October 3

leki nieopioidowe w schyłkowej niewydolności nerek

sertralina bz

amitryptylina ↓ 10mg W

citalopram ↓ 10mg R

duloksetyna <30mg W

mirtazapina 15mg W

wenlafaksyna 37,5 R

tisercin ↓ 2,5-6,25mg ≥8h

metoclopramid ↓ 5mg/8h

olanzapina 5mg W

haloperidol ↓ o 50%

kwetiapina ↓ 25mg W

risperidon

paracetamol ↓ 3x500mg
do 3g/dobę

lorazepam ↓ 0,5mg /dobę

klonazepam ↓ 0,5mg W

diazepam

walproinian bz

klonazepam ↓ 0,5mg W

gabapentin ↓ 100mg W

Lewetiracetam ↓ 250/12h

pregabalina ↓ 25mg W