

Leczenie farmakologiczne u pacjenta w okresie umierania

Anna Orońska
Wrocław



Objawy fazy umierania

- ▶ Postępujące ciężkie osłabienie
- ▶ Zmniejszenie przyjmowania pokarmów i płynów
- ▶ Zaburzona świadomość lub pogorszenie procesów poznawczych
- ▶ Apatia, wzmożona senność, brak zainteresowania otoczeniem
- ▶ Trudności w połknięciu lekarstw
- ▶ Pogorszenie się wyglądu zewnętrznego

Wykluczyć przyczyny odwracalne:

- ▶ Infekcje (układ moczowy!)
- ▶ Działanie leków lub ich nagłe odstawienie
- ▶ Hiperkalcemia
- ▶ Hipo- i hiperglikemia
- ▶ Niewydolność nerek
- ▶ Przerzuty do mózgu

Gdy rozpoznajemy początek fazy umierania:

- ▶ Dokonać przeglądu wszystkich leków i zdecydować, które można odstawić a które kontynuować
- ▶ Zapewnić dostępność leków, które mogą być potrzebne w fazie umierania
- ▶ W domu - przeszkolić rodzinę i opiekunów w zasadach i sposobie podawania leków
- ▶ WYJASNIĆ, DLACZEGO DOKONUJEMY ZMIAN W FARMAKOTERAPII !

CELEM POSTĘPOWANIA NA TYM ETAPIE CHOROBY JEST
OPANOWANIE OBJAWÓW SPRAWIAJĄCYCH CHOREMU DYSKOMFORT

Ból

- ▶ Trudna ocena - oceniać zachowanie
- ▶ Najczęstsze przyczyny „pozanowotworowe” (często przeoczone):
 - Grzybica jamy ustnej
 - Zatrzymanie moczu
 - Zaparcia
 - Odleżyny
 - Zaprzestanie podawania leków p-bólowych, gdy chory ma trudności z połykaniem

Ból

- ▶ Kontynuować leczenie przeciwbólowe, ewentualnie zmieniając drogę podania z doustnej na podskórną (dożylną?) i modyfikując dawkę.
- ▶ BŁĘDEM JEST PRZECHODZENIE NA PASTRY PRZEZSKÓRNE JAK I WŁĄCZANIE LECZENIA PASTRAMI PRZEZSKORNYMI U PACJENTOW „OPIOID NAIVE”
- ▶ Jeżeli decydujemy się u tych chorych włączyć opioidy, podajemy 2,5 mg morfiny podskórną co 4 godz. - kontrola po 24 godz.
- ▶ W okresie umierania często konieczność korekty dawki = zwiększenia lub zmniejszenia - staranna i wnikliwa obserwacja!

Pobudzenie

Zidentyfikować przyczynę:

- ▶ Ból
- ▶ Działanie toksyczne leków
- ▶ Zespół abstynencji
- ▶ Zaburzenia metaboliczne
- ▶ Infekcje
- ▶ Hipoksja

U POŁOWY CHORYCH PRZYCZYNY NIE DA SIĘ ZIDENTYFIKOWAĆ

Pobudzenie

▶ POSTĘPOWANIE NIEFARMAKOLOGICZNE

- Leki:
- Midazolam podskórnice 5-20 (30) mg/dobę w stałym wlewie podskórnym lub powtarzanych wstrzyknięciach
- Haloperidol podskórnice 1-2 mg co 30-60 min do osiągnięcia uspokojenia - do dawki maksymalnej 20mg/dobę
- Można kojarzyć haloperidol z midazolamem lub lorazepamem.
- Risperidon, olanzapina itp. Nie mają u chorych umierających udowodnionej przewagi nad haloperidolem

NIEMOZLIWE DO OPANOWANIA DELIRIUM - ROZWAŻYC PALIATYWNĄ SEDACJĘ

WYMIOTY

- ▶ Metoclopramid
- ▶ Haloperidol
- ▶ Lewomepromazyna 6,25 - 25 mg/dobę

Wydzielina w drogach oddechowych

Butylobromek hioscyny - 50 - 120 mg/dobę

Hamuje wytwarzanie wydzieliny, nie „wysusza” już istniejącej

Duszność

- ▶ Postępowanie nefarmakologiczne
- ▶ Morfina: 1,25 lub 2,5 mg podskórnice co 4 godz. lub we wlewie do 10 mg/dobę (u opioid naive). Jeżeli doustnie - raczej roztwór
- ▶ Benzodwiazepiny: midazolam 2,5 do 5 mg podskórnice lub lorazepam podjęzykowo 0,5mg-1,0mg co 4 godz.
- ▶ TTS FENTANYL MOŻE NASILAĆ DUSZNOŚĆ
- ▶ TLEN - SKUTECZNOŚĆ DYSKUSYJNA , DYSKOMFORT STOSOWANIA, GDY CHORY STRACI PRZYTOMNOŚĆ - ODSTAWIĆ

Które leki należy odstawić

- ▶ Przeciw nadciśnieniowe
- ▶ Antydepresanty
- ▶ Statyny
- ▶ Antykoagulanty
- ▶ Przewlekłe stosowane antybiotyki
- ▶ Preparaty żelaza
- ▶ Witaminy
- ▶ Suplementację potasu
- ▶ Suplementy diety

Rozważyć odstawienie

- ▶ Steroidów (stopniowe)
- ▶ Terapii hormonalnej
- ▶ Leków hipoglikemicznych
- ▶ Diuretyków
- ▶ Leków antyarytmicznych(stopniowe)
- ▶ przeciwdrgawkowych (stopniowe)

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ

