



HOSPICJUM
TOMASZÓW MAZOWIECKI

Poradnik dla pacjenta i rodziny

Razem w trosce i nadziei



Przekaż 1,5 %

KRS:

0000443380



HOSPICJUM

TOMASZÓW MAZOWIECKI

Spis treści



Słowo wstępu.....	4
Ból w leczeniu paliatywnym.....	6
Czym jest ból?	
Rodzaje bólu	
Dlaczego nowotwór boli?	
Co zrobić gdy boli?	
Jak przygotować się na pierwsze spotkanie z lekarzem?	
Jakie pytania zada lekarz?	
Czy ból można skutecznie zwalczyć?	
Co to jest drabina analgetyczna?	
NLPZ, Paracetamol i Opioidy	
Radioterapia paliatywna.....	14
Radioterapia paliatywna - co to jest?	
Cele radioterapii paliatywnej	
Kiedy rozważyć radioterapię paliatywną?	
Jak przebiega leczenie?	
Potencjalne skutki uboczne	

Odżywianie w chorobie onkologicznej.....20

Podstawowe zasady

Na co zwrócić uwagę przy planowaniu posiłków?

Czego unikać?

Sytuacje szczególne

Dieta i farmakoterapia w sytuacjach szczególnych

Cukrzyca a choroba nowotworowa

Cele leczenia cukrzycy u pacjentów z chorobą nowotworową

Tlenoterapia w opiece paliatywnej.....28

Tlenoterapia - co to jest?

Tlenoterapia w leczeniu paliatywnym

Poziomy saturacji i zasady tlenoterapii

Oznaki niedotlenienia

Metody tlenoterapii

Źródła tlenu

Koncentratory tlenu

Możliwe skutki uboczne tlenoterapii

Fizjoterapia w opiece paliatywnej.....34

Fizjoterapia - co to jest?

Fizjoterapia w opiece paliatywnej

Z jakich form pomocy możesz skorzystać?

Jak możemy Ci pomóc, gdy odczuwasz dolegliwości bólowe?

Jak możemy pomóc, gdy odczuwasz duszność?

Jak możemy pomóc, gdy masz obrzęki?

Jak możemy Ci pomóc, gdy masz zaparcia?

Słowo wstępu

Drodzy Pacjenci i Bliscy,

hospicjum to nie tylko miejsce opieki – to przede wszystkim *bezpieczna przystań*, w której każdy chory i jego rodzina mogą znaleźć wsparcie, ulgę w cierpieniu i poczucie bezpieczeństwa.

Naszym celem jest towarzyszenie Wam w tej drodze z troską, zrozumieniem i profesjonalizmem. Wiemy, że choroba przewlekła i nieuleczalna niesie za sobą wiele wyzwań – zarówno dla pacjenta, jak i jego najbliższych.

Ten poradnik powstał, aby w przystępny sposób przybliżyć najważniejsze aspekty domowej opieki paliatywnej. Znajdziecie tu praktyczne informacje na temat tlenoterapii, radioterapii paliatywnej, leczenia bólu, fizjoterapii oraz żywienia – wszystkich tych elementów, które mogą poprawić komfort życia chorego i ułatwić codzienne funkcjonowanie. Mamy nadzieję, że zawarte tu wskazówki pomogą Wam lepiej zrozumieć proces leczenia i podejmować świadome decyzje. Pamiętajcie, że nie jesteście sami. Jesteśmy tutaj, by wspierać Was na każdym kroku – z sercem, profesjonalizmem i gotowością do pomocy.

Z wyrazami szacunku,

ks. Grzegorz Chirk

Założyciel Hospicjum im. św. Filipa Neri w Tomaszowie Mazowieckim



HOSPICJUM

TOMASZÓW MAZOWIECKI

Ból w leczeniu paliatywnym

lek. med. Ewa Strzelczyk - Utz



Czym jest ból?

Ból zgodnie z definicją Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu **jest doznaniem czuciowym, emocjonalnym i subiektywnym związanym z uszkodzeniem tkanek**. Jest jednym z podstawowych objawów, który skłania pacjenta do wizyty u lekarza, a znajomość jego rodzajów, sposobów i możliwości leczenia jest jedną z istotniejszych umiejętności każdego lekarza. Każdy pacjent ma prawo oczekiwać od lekarza i pielęgniarki właściwego uśmierzania bólu ostrego i leczenia bólu przewlekłego.

Rodzaje bólu

Ze względu na **kryterium czasu** ból dzielimy na: **ostry** - trwa do 3 miesięcy (pooperacyjny, pourazowy) i **przewlekły** - trwa powyżej 3 miesięcy (receptorowy: somatyczny i trzewny, niereceptorowy: neuropatyczny i psychogeny).

Ze względu na patomechanizm ból dzielimy na **receptorowy**: somatyczny i trzewny oraz **niereceptorowy**: neuropatyczny i psychogeny.

Jeżeli uszkodzenie dotyczy powłok naszego ciała (skóry, mięśni, stawów, kości) jest to ból somatyczny. Jeżeli choroba dotyczy struktur położonych wewnątrz jamy brzusznej lub klatki piersiowej, jest to ból trzewny. Ból neuropatyczny to ból będący wynikiem uszkodzenia układu nerwowego. Ból w chorobie nowotworowej to **ból nowotworowy** i może on być każdym rodzajem z wymienionych poprzednio.

Dlaczego nowotwór boli?

- rozrost guza w narządach posiadających torebkę (wątroba);
- naciekanie tkanek miękkich;
- przerzuty do kości;
- naciekanie błon surowiczych (otrzewna, opłucna);
- wywoływanie martwicy narządów litych (trzustka);
- martwica narządów spowodowana zamknięciem naczyń uciśniętych naczyń;
- naciekanie nerwów;
- wyniszczenie nowotworowe;
- leczenie przeciwnowotworowe.

Co zrobić, gdy boli ?

Kiedy pojawia się ból należy zwrócić się do lekarza o pomoc. Można skorzystać z porady lekarza POZ. Jeżeli jest to ból nowotworowy wystarczy poprosić o skierowanie do poradni specjalistycznej (Hospicjum Domowe, Poradnia Medycyny Paliatywnej). W ramach opieki paliatywnej, hospicyjnej prowadzone jest nie tylko leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna), ale także leczone są inne objawy somatyczne jak np. duszność. Pacjent i jego rodzina mają zapewnioną także opiekę psychologiczną, prowadzona jest także rehabilitacja według wskazań.

Jak się przygotować na pierwsze spotkanie z lekarzem?

- Przygotuj dokumentację medyczną związaną z chorobą nowotworową;
- przygotuj listę leków, jakie zażywasz;
- zarezerwuj sobie na pierwszą wizytę ok. 60 minut;
- jeśli to możliwe, dobrze, żebyś był z kimś bliskim.

Jakie pytania zada lekarz?

- Gdzie boli?
- Jak ból ma nasilenie w skali od 0 do 10 (skala NRS)?
- Jak boli? - czy ból jest tępy, stały, skurczowy, kłujący, piekący, szarpiący, rozrywający, rozlany, w jednym punkcie?

- Czy ból jest stały, napadowy czy nawracający?
- Czy ból gdzieś promieniuje np. do pleców?
- Czy towarzyszą mu inne objawy np. drętwienia, wymioty?
- Od kiedy jest ból, czy wystąpił nagle, czy stopniowo narastał?
- Co nasila, a co łagodzi ból?
- Czy ból budzi w nocy?
- Czy stosujesz już jakieś leki przeciwbólowe, jakie to leki i czy są skuteczne?
- Jakie inne leki na choroby przewlekłe stosujesz?

Czy ból można skutecznie zwalczyć?

Leczenie bólu opiera się na kilku zasadach. Leki przeciwbólowe powinny być stosowane, jeśli to tylko możliwe, drogą doustną lub w postaci plastrów przeciwbólowych. Przyjmujemy je w regularnych odstępach czasu. Leki stosujemy według drabiny analgetycznej, czyli siła leku zależy od natężenia bólu. Leczenie powinno być dobierane indywidualnie dla każdego pacjenta.

Co to jest drabina analgetyczna?

Drabina została stworzona przez ekspertów w leczeniu bólu i stanowi swoisty drogowskaz kolejnych etapów leczenia. Należy zapamiętać, że drabina działa w obie strony (rys. 1.).

Najczęściej „wchodzi się” po niej sięgając po silniejsze leki, o innych mechanizmach działania, ale można też „zejść” niżej do słabszych leków, jeśli np. wykonany zabieg operacyjny czy radioterapia zmniejszyła dolegliwości bólowe.



Rys. 1. Drabina analgetyczna WHO

NLPZ i Paracetamol

Leki z tej grupy mają efekt przeciwbólowy, przeciwgorączkowy i przeciwzapalny. Stosowane są w bólach o niewielkim nasileniu. Jest to najliczniejsza grupa leków przeciwbólowych. Należy pamiętać, że mają one wiele działań niepożądanych. NLPZ wpływają na błonę śluzową przewodu pokarmowego powodując stan zapalny, nadżerki, owrzodzenia, mogą pogarszać funkcję

nerek, nasilać obrzęki, powodować wzrost ciśnienia tętniczego. Często nieświadome stosowanie dwóch leków z grupy NLPZ może nasilać ich działania niepożądane.

Słabe opioidy

Łagodzą ból o średnim nasileniu. Głównym lekiem z tej grupy jest tramadol, dostępne są preparaty tramadolu w połączeniu z Paracetamolem lub Ketoprofenem. Na początku leczenia mogą wystąpić objawy niepożądane jak nudności/wymioty i senność, później mogą powodować zaparcia – ale są to objawy przewidywalne, o których lekarz przy włączaniu terapii powinien poinformować pacjenta i zalecić stosowne leki.

Silne opioidy

Stosowane w bólach o średnim i dużym nasileniu. Różnią się sposobem i siłą działania przeciwbólowego. Przykłady silnych opioidów : morfina, buprenorfina, oksykodon, fentanyl. Działania niepożądane są podobne jak przy słabych opioidach. Leki te nie mają dawki maksymalnej.

Podsumowanie

- Zgłaszaj lekarzowi na każdej wizycie zmiany w odczuwaniu bólu.
- Pytaj o objawy niepożądane leków i obserwuj czy nie występują.
- Nie stosuj samodzielnie leków przeciwbólowych bez recepty, każdy lek skonsultuj z lekarzem.
- Pytaj lekarza, czy leki, które stosujesz mają wpływ na prowadzenie samochodu.
- Zadbaj o właściwą dietę bogatą w błonnik i pij dużo płynów.
- Jeżeli któryś z objawów powoduje, że nie możesz normalnie funkcjonować, poinformuj o tym lekarza.
- Zawsze stosuj się do zaleceń. Jeżeli pomimo zastosowanego leczenia ból nie ustępuje, poinformuj swojego lekarza o problemie.

Radioterapia paliatywna

lek. med. Rafał Kawczyński



Radioterapia paliatywna to forma terapii, która wykorzystuje promieniowanie do łagodzenia objawów związanych z chorobą nowotworową, a nie do jej wyleczenia. Ma na celu poprawę jakości życia pacjentów, którzy zmagają się z zaawansowanymi postaciami choroby. W tym poradniku omówimy, czym jest radioterapia paliatywna, kiedy jest stosowana, jak przebiega leczenie, jakie są potencjalne skutki uboczne oraz jak pacjenci i ich rodziny mogą uzyskać wsparcie.

Radioterapia paliatywna - co to jest?

Radioterapia paliatywna polega na zastosowaniu promieniowania jonizującego, które niszczy komórki nowotworowe w celu zmniejszenia ich rozmiaru lub złagodzenia objawów, takich jak ból, krwawienie, duszność czy ucisk na narządy. W przeciwieństwie do radioterapii radykalnej, która ma na celu całkowite wyleczenie pacjenta, paliatywna koncentruje się na poprawie jakości życia.

Cele radioterapii paliatywnej

- **Łagodzenie bólu** - radioterapia jest jedną z najbardziej efektywnych metod uśmierzania bólu spowodowanego nowotworami i ich przerzutami do kości. Szacuje się, że ok. 70-80% pacjentów doświadcza znacznej ulgi w bólu po radioterapii;
- **redukcja objawów** - zmniejszenie rozmiarów guzów może prowadzić do złagodzenia objawów takich jak duszność, bóle i zawroty głowy, problemy z połykaniem czy krwawienie;
- **poprawa jakości życia** - umożliwienie pacjentom bardziej komfortowego życia, co może obejmować większą mobilność i mniejsze dolegliwości.

Kiedy rozważa się radioterapię paliatywną?

Radioterapia paliatywna jest zazwyczaj rozważana w następujących sytuacjach:

- zaawansowana choroba nowotworowa - kiedy nowotwór jest w późnym stadium zaawansowania;
- intensywny ból - kiedy pacjent doświadcza silnego bólu związanego z przerzutami lub guzem pierwotnym;
- objawy związane z guzem pierwotnym i przerzutami - takie jak ucisk na narządy wewnętrzne (np. na rdzeń kręgowy, przerzuty do mózgu), problemy z oddechem lub krwawienie;

- ból kostny - u pacjentów z przerzutami do kości, radioterapia może skutecznie złagodzić ból;
- problemy z połykaniem - u chorych z guzem zlokalizowanym w obrębie głowy i szyi bądź klatki piersiowej.

Jak przebiega leczenie?

1. Konsultacja onkologiczna

Pierwszym krokiem w procesie leczenia jest konsultacja z onkologiem radioterapeutą. Lekarz przeprowadzi dokładny wywiad medyczny, oceni stan zdrowia pacjenta oraz zleci niezbędne badania diagnostyczne, takie jak tomografia komputerowa (TK) czy rezonans magnetyczny (RM). Celem tych badań jest zrozumienie lokalizacji i rozmiaru guza oraz ocena ogólnego stanu pacjenta.

2. Planowanie leczenia

Po podjęciu decyzji o radioterapii następuje etap planowania:

- badania obrazowe - na podstawie wyników badań lekarz ustala, które obszary ciała będą napromieniane;
- ustalenie harmonogramu - radioterapia zwykle odbywa się w cyklach. Pacjent może być poddawany napromienianiu przez jeden dzień lub kilka-, kilkanaście dni, w zależności od specyfiki leczenia.

3. Sesje radioterapii

Sesje radioterapii są krótkie, zazwyczaj trwają kilka, kilkanaście minut. Pacjent leży na stole, natomiast urządzenie do napromieniania jest precyzyjnie ustawione. Technicy medyczni monitorują proces, aby upewnić się, że wszystko przebiega zgodnie z planem. Dzięki nowoczesnym technologiom, takim jak radioterapia z modulacją intensywności (IMRT) czy stereotaktyczna radioterapia możliwe jest precyzyjnie skierowanie promieniowania na guz, minimalizując uszkodzenia zdrowych tkanek.

4. Ocena i monitorowanie

Po zakończeniu serii sesji lekarz po pewnym czasie przeprowadzi ocenę skuteczności terapii. Kontrole są kluczowe, aby ocenić, jak pacjent reaguje na leczenie i dostosować terapię do jego potrzeb. Może to obejmować dodatkowe badania obrazowe.

Potencjalne skutki uboczne

Oczywiście, jak każda interwencja medyczna, radioterapia paliatywna wiąże się z ryzykiem działań niepożądanych. Pacjenci mogą doświadczać skutków ubocznych, takich jak np. **zmęczenie, podrażnienie skóry czy problemy z trawieniem**. Dlatego tak ważne jest, aby zespół medyczny dokładnie monitorował stan pacjenta i dostosowywał leczenie w zależności od jego potrzeb.

Większość skutków ubocznych jest tymczasowa i ustępuje po zakończeniu leczenia. Ważne jest, aby zgłaszać wszelkie niepokojące objawy lekarzowi. Wszystkie możliwe powikłania związane z seansami radioterapeutycznymi są dokładnie omawiane przez prowadzącego onkologa radioterapeutę podczas kwalifikacji do leczenia i są związane z lokalizacją obszaru poddanego leczeniu.

Podsumowanie

Radioterapia paliatywna jest ważnym narzędziem w opiece nad pacjentami z zaawansowanym nowotworem. Dzięki niej możliwe jest **złagodzenie objawów i poprawa jakości życia**. Kluczowe jest, aby pacjent i jego rodzina byli **aktywnymi uczestnikami procesu leczenia**, korzystali z dostępnych form wsparcia oraz nie wahali się pytać lekarzy o wszelkie wątpliwości.

W przypadku pytań dotyczących radioterapii paliatywnej, skontaktuj się z zespołem medycznym lub specjalistą w dziedzinie radioterapii onkologicznej lub medycyny paliatywnej. Wiele ośrodków onkologicznych oferuje programy wsparcia dla pacjentów i ich rodzin, które mogą pomóc w radzeniu sobie z wyzwaniami związanymi z chorobą. **Zadbaj o siebie i swoich bliskich, korzystając z dostępnych zasobów i informacji!**

Pamiętaj, że nie jesteś sam, a wsparcie jest dostępne na każdym etapie leczenia.

Odżywianie

w chorobie onkologicznej

lek. med. Justyna Rosiak - Seliga



Odżywianie w chorobie nowotworowej pełni szczególną rolę – nie jest już tylko kwestią dostarczania organizmowi energii i składników odżywczych, ale także elementem wspierającym komfort i jakość życia pacjenta. W opiece paliatywnej priorytetem nie jest restrykcyjne przestrzeganie diet czy dążenie do określonej masy ciała, ale zapewnienie choremu posiłków, które będą dla niego możliwie smaczne, łatwe do spożycia i dobrze tolerowane. To, na czym koncentrujemy się w procesie dietoterapii w przypadku choroby nowotworowej, jest także niedopuszczenie do rozwoju niedożywienia, redukcja skutków ubocznych terapii onkologicznej oraz stymulacja sił obronnych organizmu. W tej części poradnika znajdują Państwo praktyczne wskazówki dotyczące komponowania posiłków dostosowanych do potrzeb pacjenta.

Pamiętajmy, że posiłek to nie tylko źródło energii, ale także moment bliskości i wsparcia – ważny aspekt codziennego życia, który może przynieść choremu poczucie przyjemności i ukojenia.

Podstawowe zasady

- 5 posiłków dziennie;
 - przerwy co 3-4 godziny;
 - mniejsze porcje, częściej;
 - zapotrzebowanie kaloryczne ok. 30 kcal/kg masy ciała;
 - dieta lekkostrawna:
- ułatwia wchłanianie składników z pożywienia;
 - ochrania nabłonek układu pokarmowego;
 - zapobiega zaparciom.

Osoby chore często mają osłabiony apetyt, nudności lub trudności z trawieniem. Małe porcje są łatwiejsze do spożycia i nie obciążają żołądka, co zmniejsza ryzyko dyskomfortu, wzdęć i uczucia pełności. Pomagają w utrzymaniu stabilnego poziomu energii i zapobiegają osłabieniu organizmu. Jest to szczególnie ważne, gdy pacjent zмага się z utratą masy ciała i osłabieniem. Jeśli posiłki są podawane częściej, pacjent może lepiej dostosować je do chwil, gdy czuje się na siłach, by coś zjeść. To sprawia, że jedzenie staje się mniej obciążające i bardziej przyjemne. Częste spożywanie niewielkich ilości jedzenia często wiąże się także z przyjmowaniem płynów, co pomaga zapobiegać odwodnieniu – częstemu problemowi u pacjentów onkologicznych.

Na co zwrócić uwagę przy planowaniu posiłków?

Właściwe proporcje węglowodanów, tłuszczów, białka oraz witamin w diecie są kluczowe, zwłaszcza w chorobie nowotworowej. Choć celem żywienia nie jest już restrykcyjna dieta, to odpowiedni dobór składników może wspierać organizm, poprawiać komfort chorego i zapobiegać osłabieniu.

Węglowodany 35-50%

Są podstawowym źródłem energii dla organizmu. Utrzymują stabilny poziom glukozy we krwi, co zapobiega osłabieniu.

- Źródło: produkty pełnoziarniste (kasza, ryż, makaron) oraz warzywa i owoce;
- cukry proste w diecie do 10%.

Tłuszcze ok. 30%

Są ważnym źródłem energii, zwłaszcza gdy pacjent je mniej niż zwykle. Pomagają wchłaniać witaminy A, D, E i K, które są niezbędne do funkcjonowania organizmu. Zdrowe tłuszcze (oleje roślinne, oliwa z oliwek, awokado, tłuste ryby, orzechy) mogą wspierać odporność i zmniejszać stany zapalne.

- Źródło: ryby, oleje, orzechy, awokado.

Białko – 1,5 g białka/ kg masy ciała - **najważniejszy element!**

Stanowi materiał budulcowy tkanek, głównie tkanki mięśniowej, wspomaga gojenie ran, buduje układ odpornościowy.

- Źródło: chude mięso, ryby, jaja, produkty mleczne.

Witaminy

Stanowią źródło antyoksydantów do walki z procesem zapalnym i stresem w przebiegu choroby nowotworowej. Witaminy C i E, B-karoten, cynk, selen, miedź, magnez, mangan, koenzym Q10, polifenole, fitosterole mogą mieć szczególne znaczenie w dbaniu o jakość życia w chorobie nowotworowej.

- Źródło: warzywa i owoce ok. 400-600 g/dobę;

*grapefruit i niektóre zioła – **ostrożnie**, możliwe interakcje lekowe.

Bardzo ważne jest także zwrócenie uwagi na odpowiednią ilość przyjmowanych **płynów**, która powinna wynosić **1,5-2 l/dobę**.

Czego unikać?

- **aflatoksyny** – substancje produkowane przez grzyby pleśniowe np. w spleśniałych ziarnach zbóż i starych orzechach;
- **szkodliwe aminy i węglowodory aromatyczne** powstałe podczas procesu wędzenia, smażenia w wysokich temperaturach lub grillowania;
- **azotany i azotyny** – konserwanty żywności;
- **sól w nadmiarze**;
- **alkohol**.

Sytuacje szczególne

W niektórych sytuacjach standardowa dieta nie jest wystarczająca, dlatego warto rozważyć wprowadzenie **żywności specjalnego przeznaczenia medycznego**, takiej jak Nutridrink, Resource czy Nutramil. Tego typu preparaty dostarczają skoncentrowanych składników odżywczych w małej objętości, co jest szczególnie ważne, gdy pacjent ma trudności z jedzeniem.

Ich stosowanie zaleca się w przypadku:

- **braku apetytu i jadłowstrętu** – gdy pacjent odczuwa niechęć do jedzenia i nie jest w stanie spożyć wystarczającej ilości pokarmu;
- **bólu** – który może utrudniać jedzenie, zwłaszcza w przypadku bólu jamy ustnej lub przełyku;
- **nudności i wymiotów** – które zmniejszają możliwość przyswajania składników odżywczych.

W takich sytuacjach warto rozważyć również stosowanie kalkulatorów zapotrzebowania kalorycznego oraz białkowego. Pozwalają one określić, ile energii i składników odżywczych organizm potrzebuje do utrzymania sił i prawidłowego funkcjonowania.

Dieta i farmakoterapia w sytuacjach szczególnych

Każdy pacjent wymaga indywidualnego podejścia, a dieta często musi być modyfikowana w zależności od występujących problemów zdrowotnych. W niektórych przypadkach konieczne jest również wsparcie farmakologiczne.

Najczęstszymi sytuacjami, kiedy konieczne jest wdrożenie farmakoterapii to:

- **wymioty i nudności;**
- **jadłowstręt;**
- **kserostomia (suchość w ustach);**
- **zaburzenia smaku;**
- **biegunka;**
- **zaparcia.**

Każdy przypadek wymaga indywidualnego dostosowania diety i ewentualnego wsparcia farmakologicznego, aby zapewnić pacjentowi jak najwyższy komfort i jakość życia.

Cukrzyca a choroba nowotworowa

Cukrzyca u pacjentów onkologicznych może mieć różne podłoże. Wyróżniamy trzy główne grupy pacjentów:

- osoby z wcześniej rozpoznaną cukrzycą;
- pacjentów, u których cukrzyca została wykryta w trakcie choroby nowotworowej (np. w raku trzustki);
- chorych, u których cukrzyca rozwinęła się jako powikłanie leczenia onkologicznego, np. w wyniku stosowania sterydów.

Leczenie cukrzycy w tym przypadku wymaga indywidualizacji. Możliwe jest stosowanie wszystkich grup leków hipoglikemizujących, takich jak metformina, pochodne sulfonilomocznika, gliptyny, analogi GLP-1 oraz insulina. Kluczowe znaczenie ma również dostosowanie diety cukrzycowej do potrzeb pacjenta.

Cele leczenia cukrzycy u pacjentów z chorobą nowotworową

- **kontrola metaboliczna cukrzycy** – docelowa wartość HbA1c dla większości pacjentów z cukrzycą to ok. 7%, jednak u pacjentów w podeszłym wieku, z wieloletnią cukrzycą i powikłaniami, jak również z krótszym przewidywanym czasem przeżycia (poniżej 10 lat), dopuszcza się poziom 8–8,5%;
- **poprawa komfortu życia** – terapia powinna być maksymalnie uproszczona i dostosowana do możliwości pacjenta;
- **unikanie hipoglikemii** – zbyt niski poziom cukru we krwi może być groźny, dlatego ważne jest dostosowanie dawek leków i diety do aktualnego stanu chorego.

Podsumowanie

Właściwe odżywianie w chorobie nowotworowej ma kluczowe znaczenie dla komfortu pacjenta, utrzymania sił oraz poprawy jakości życia. Zaleca się spożywanie mniejszych, ale częstszych posiłków, aby zapobiegać osłabieniu, nudnościom i problemom trawiennym. Ważne jest również zachowanie odpowiednich proporcji białka, tłuszczów, węglowodanów oraz witamin, co wspiera regenerację organizmu i utrzymanie energii.

W sytuacjach szczególnych, takich jak jadłowstręt, wymioty, biegunki, zaparcia czy inne problemy związane z odżywianiem, warto skonsultować się z lekarzem prowadzącym, onkologiem lub specjalistą ds. żywienia, aby dobrać najlepsze rozwiązania i dostosować terapię do aktualnych potrzeb chorego.

Najważniejsze w żywieniu paliatywnym jest indywidualne podejście, dostosowanie diety do możliwości chorego oraz wspieranie jego dobrostanu, zamiast restrykcyjnego kontrolowania składników odżywczych.

Tlenoterapia w leczeniu paliatywnym

lek. med. Monika Zoła



Tlenoterapia - co to jest?

Tlenoterapia to metoda leczenia polegająca na podawaniu pacjentowi tlenu w zwiększonym stężeniu w celu poprawy utlenowania organizmu. Jej celem jest dostarczenie odpowiedniej ilości tlenu do tkanek i narządów, co jest niezbędne do ich prawidłowego funkcjonowania.

Tlenoterapia w leczeniu paliatywnym

Tlenoterapia paliatywna jest rutynowo przepisywana w terminalnej fazie choroby w odpowiedzi na zgłoszenia pacjentów dotyczące duszności, spadku saturacji oraz oznak zbliżającej się śmierci. Jest wdrażana niezależnie od zdolności pacjenta do odczuwania lub zgłaszania cierpienia i/lub w przypadku braku zachowań wskazujących na niewydolność oddechową.

Tlenoterapia pomaga więc dotlenić najważniejsze organy – mózg i serce – znacząco wpływając na poprawę ich sprawności, przez co ogólna kondycja fizyczna i psychiczna ulega znacznemu polepszeniu. Poza tym tlenoterapia ma zbawienny wpływ na zwiększenie odporności, wydolności płuc oraz zniwelowaniu problemów ze snem.

Poziomy saturacji i zasady tlenoterapii

W przypadku **zdrowych pacjentów** docelowe nasycenie tlenem wynosi zazwyczaj **od 92 do 98%**. W przypadku **pacjentów z przewlekłymi schorzeniami hiperkapnicznymi** (zwiększenie ciśnienia dwutlenku węgla we krwi) docelowe nasycenie tlenem wynosi zazwyczaj **od 88 do 92%**, a podawanie tlenu jest wskazane przy saturacji poniżej tych poziomów. Do monitorowania saturacji służy pulsoksymetr napalcowy.

Wartości saturacji mniejszej niż 70% są klasyfikowane jako zagrażające życiu. Utrzymujące się niskie wartości natlenowania krwi prowadzą do ciężkich uszkodzeń mózgu, zaburzeń percepcji bodźców, a następnie do śmierci.

Podawanie tlenu prowadzące do $SpO_2 >96\%$ może być szkodliwe.

W skrajnych przypadkach, dotyczących poważnych chorób czy ostrej niewydolności, lekarz może zalecić używanie aparatu tlenowego przez całą dobę. Zazwyczaj optymalnym czasem stosowania koncentratora tlenu jest czas około 15 godzin na dobę.

Decyzja o zastosowaniu tlenoterapii w zaawansowanej fazie choroby powinna być podejmowana indywidualnie, z uwzględnieniem rzeczywistych potrzeb chorego, a nie jedynie rutynowo. W niektórych przypadkach podawanie tlenu w końcowej fazie życia pacjenta może nie

przynosić realnych korzyści, a wręcz przedłużać proces odchodzenia w sposób niepotrzebny. Jeśli pacjent nie odczuwa duszności, ani nie przeżywa stresu związanego z oddychaniem, **dodatkowy tlen może nie poprawiać jego komfortu**, a jedynie sztucznie podtrzymywać funkcje organizmu. W opiece paliatywnej priorytetem jest jakość życia, a nie przedłużanie go za wszelką cenę – zwłaszcza jeśli nie wiąże się to z poprawą samopoczucia pacjenta.

Oznaki niedotlenienia

- pobudzenie, niepokój, euforia;
- duszność;
- sinica – występuje, gdy stężenie hemoglobiny odtlenowanej wynosi ponad 5g/dl; w ciężkiej anemii sinica może nie występować;
- utrata przytomności;
- kwasica metaboliczna;

Metody tlenoterapii

U pacjentów mogą być stosowane różne metody tlenoterapii:

- **metoda czynna** - możliwa w warunkach szpitalnych
- **metoda bierna** - możliwa w warunkach domowych

Do metod biernych należą:

- **wąsy tlenowe** – najczęściej stosowane; są wygodne, ekonomiczne i dobrze tolerowane przez pacjentów, wskazane dla pacjentów niewymagających wysokiej podaży tlenu (1-5 l/min);
- **maski tlenowe** – dla pacjentów oddychających głównie ustami, wymagających większej podaży tlenu (5-10 l/min.); posiadają otwory boczne, przez które napływa powietrze i nie muszą ściśle przylegać do twarzy;

Źródła tlenu

- **szpitalne** – bezpośrednio z butli;
- **pozaszpitalne** – koncentratory tlenu (zagęszczają tlen pobierany z otaczającego powietrza poprzez absorpcję części azotu);
 - **maksymalne stężenie tlenu: 50-90%;**
 - **maksymalny przepływ: do 5 l/min;**
 - **bezpieczne i wydajne;**
 - **łatwe w obsłudze.**

Koncentratory tlenu

Standardowo w hospicjach w całej Polsce można wypożyczyć koncentratory tlenu lub inne źródła tlenu. **Zawsze możesz o to zapytać swojego lekarza prowadzącego lub pielęgniarkę.**

Pamiętaj! Tlen stwarza ryzyko pożaru, dlatego nigdy nie należy palić ani używać materiałów łatwopalnych podczas stosowania tlenu. Nie używaj koncentratora ani żadnego produktu tlenowego w pobliżu otwartego ognia lub podczas palenia. Umieść koncentrator w otwartej przestrzeni, aby zmniejszyć ryzyko awarii urządzenia z powodu przegrzania. Trzymaj źródła ciepła i ognia co najmniej pięć stóp od miejsca, w którym używasz lub przechowujesz jednostkę tlenową. Nie używaj tlenu podczas gotowania na gazie. Nie używaj żadnych urządzeń elektrycznych, takich jak suszarki do włosów, lokówki, poduszki grzewcze i maszynki elektryczne, gdy oddychasz tlenem z koncentratora.

Możliwe skutki uboczne tlenoterapii

Terapia tlenowa jest generalnie bezpieczna, ale może powodować skutki uboczne. Należą do nich **suchość w jamie ustnej i błon śluzowych, krwawienie z nosa, zmęczenie, poranne bóle głowy**. Tlen, mimo że jest pierwiastkiem niezbędnym do życia, w wyjątkowych sytuacjach może szkodzić. W stężeniach **powyżej 50%** ma toksyczne działanie na tkanki. Do powikłań tlenoterapii, jakie mogą się pojawić, należą m.in.: zapalenie tchawicy i oskrzeli, a także ostre uszkodzenie płuc.

Aby zapobiec wystąpieniu skutków ubocznych, **pij co najmniej 6 do 8 szklanek wody lub soku**, aby zachować nawodnienie. Twoje usta i nos mogą być suche, gdy jesteś na tlenie. Pozostań aktywny.

Podsumowanie

- Tlenoterapia paliatywna stosowana jest w terminalnej fazie choroby, głównie przy duszności i spadku saturacji.
- Może poprawić komfort pacjenta, ale nie zawsze jest konieczna.
- Priorytetem jest jakość życia, a nie rutynowe przedłużanie go.
- Poziomy saturacji: zdrowi pacjenci 92-98%; pacjenci cierpiący na choroby przewlekłe 88-92%; saturacja <70% stan zagrożenia życia.
- Środki ostrożności: tlen jest łatwopalny – zakaz palenia, używania otwartego ognia; unikanie przegrzewania urządzenia i źródeł ciepła.
- Możliwe skutki uboczne: suchość nosa, krwawienia, bóle głowy, zmęczenie; przy wysokim stężeniu tlenu – ryzyko uszkodzenia płuc.
- Należy pamiętać o przyjmowaniu płynów, nawilżaniu, aktywności fizycznej.
- Tlenoterapia jest cennym wsparciem, a jej stosowanie powinno być indywidualnie dostosowane do potrzeb pacjenta.

Fizjoterapia w opiece paliatywnej

lek. med. Marta Zendel



Fizjoterapia - co to jest?

Fizjoterapia jest nauką o metodach leczenia naturalnymi środkami - bodźcami ruchowymi, termicznymi, elektrycznymi, świetlnymi oraz chemicznym. Wszelkie działania związane z fizjoterapią mają na celu przyspieszenie rekonwalescencji oraz ułatwienie pacjentowi powrotu do sprawności, przy jednoczesnym ułatwieniu spełniania mu codziennych czynności.

Fizjoterapia w opiece paliatywnej

Głównym celem fizjoterapii stosowanej w opiece paliatywnej jest poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie uciążliwych objawów, jakie odczuwasz w związku z chorobą.

Z jakich form pomocy możesz skorzystać?

Fizjoterapia obejmuje kompleksową terapię, w skład której wchodzi:

- **kinezyterapia** - metoda leczenia ruchem, która obejmuje ćwiczenia ogólnoustrojowe, gimnastykę ruchową oraz ćwiczenia oddechowe. Ważnym aspektem kinezyterapii

są czynności dnia codziennego - **nie bój się pytać** jak ułatwić sobie spożywanie posiłków, ubieranie, poruszanie się i wszystkie czynności, które sprawiają Ci trudność;

- **masaż leczniczy**;
- **fizykoterapia** - metoda leczenia oparta o bodźce chemiczne, elektryczne lub ciepłe dostosowywane zależnie od objawów choroby;
- **terapia obrzęku limfatycznego**;
- **elementy zaopatrzenia ortopedycznego** - masz pełne prawo do skorzystania z doradztwa w doborze sprzętu ortopedycznego - odpowiedniego rodzaju kuli, balkonika czy wózka.

Jak możemy Ci pomóc, gdy odczuwasz dolegliwości bólowe?

Pamiętaj! Ból jest najczęstszym objawem choroby, nie jesteś w nim sam i nie bój się do niego przyznać. Oprócz metod farmakologicznych leczenia bólu możliwe jest zastosowanie specjalnych form fizjoterapii - najczęściej z wykorzystaniem stymulacji - nerwowej z wykorzystaniem prądolecznictwa lub ciepłolecznictwa, a także form terapii ruchowej i manualnej.

Jak możemy pomóc, gdy odczuwasz duszność?

W terapii oddechowej wykorzystuje się ćwiczenia mające na celu czynne zaangażowanie mięśni oddechowych, naukę elementów efektywnego kaszlu oraz techniki relaksacji oddechowej. Nie zapominaj o nauce oklepywania klatki piersiowej. **Nie bój się duszności** - jest częstym i normalnym objawem choroby. Mów o swoich odczuciach i pozwól sobie pomóc. Podczas wizyty zespołu medycznego poproś o naukę profilaktyki napadów paniki oddechowej - wypracuj z personelem medycznym pozycję ciała, którą masz przyjąć w przypadku nasilenia duszności i naucz się schematu radzenia sobie z nią.

Jak możemy pomóc, gdy masz obrzęki?

Obrzęki są powikłaniem choroby, ale bywają również powikłaniem leczenia. Pamiętaj! Niezależnie od etiologii - **z obrzękiem można walczyć**. Jedynymi bezwzględными przeciwwskazaniami do prowadzenia fizjoterapii przeciwobrzękowej są zakrzepica żył głębokich i zapalenie tkanki podskórnej- wówczas skonsultuj się ze swoim lekarzem prowadzącym i ustal schemat postępowania. Do głównych metod leczenia obrzęku limfatycznego są:

- **drenaż limfatyczny** - polegający na wykonywaniu kombinacji ruchów okrężnych, pompujących oraz obrotowych celem opróżnienia dróg chłonnych;
- **bandażowanie;**
- **ćwiczenia oraz kinezjotaping.**

Jak możemy Ci pomóc, gdy masz zaparcia?

Zaparcia są trzecim z kolei objawem zgłaszanym przez osoby z chorobą nowotworową - **nie bój się rozmawiać o tym problemie** ze swoim lekarzem i fizjoterapeutą. Można stosować metody farmakologiczne, ale również wspomagać się fizjoterapią. Do głównych sposobów należą: ćwiczenia ruchowe, pionizacja, terapia oddechowa oraz masaże powłok brzusznych.

Podsumowanie

- Podstawową zasadą fizjoterapii w chorobach nowotworowych jest **często, ale po trochu**.
- Nie bój się rozmawiać ze lekarzem i fizjoterapeutą na temat wątpliwości, problemów i trudności, jakie odczuwasz w codziennym funkcjonowaniu.
- Każdy nawet najmniejszy problem jest warty omówienia.
- Metody farmakologiczne są bardzo istotne, by poprawić jakość życia, ale nie zapominaj o innych sposobach radzenia sobie z bólem, dusznością, obrzękami, zaparciami i wszystkimi innymi dolegliwościami jakie odczuwasz.



HOSPICJUM

TOMASZÓW MAZOWIECKI

Skontaktuj się z nami:



514 791 674



www.hospicjum-tomaszow.pl



ul. Kępa 2/4, 97-200 Tomaszów Mazowiecki