

Problemy medyczne i ich wpływ na przeżycie chorych objętych opieką hospicyjną w Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie w latach 2006-2010

Dorota Bańkowska-Polak

Zakład Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

Spółeczny Zakład Opieki Hospicyjnej, Hospicjum Dobrego Samarytanina, Lublin

STRESZCZENIE

Pracę oparto na analizie materiału klinicznego chorych objętych opieką hospicjum stacjonarnego w Społecznym Zakładzie Opieki Hospicyjnej „Hospicjum Dobrego Samarytanina” w Lublinie w latach 2006–2010. Celem było określenie kategorii chorych wymagających leczenia w terminalnej fazie choroby nowotworowej w warunkach hospicjum stacjonarnego oraz określenie rodzaju i częstości problemów medycznych będących powodem przyjęcia do hospicjum stacjonarnego, lub występujących w trakcie pobytu w hospicjum. Końcowym etapem było określenie wpływu powyższych czynników na czas przeżycia. Rozkład umiejscowień nowotworów wśród objętych badaniem chorych jest poniekąd odzwierciedleniem sytuacji epidemiologicznej. Najczęstszymi problemami medycznymi były infekcje, wyniszczenie nowotworowe i delirium terminalne, które stwierdzano u połowy chorych. Ból dotyczył 90% chorych. Aż u 72,53% chorych występowały jednocześnie więcej niż 3 z ocenianych problemów. Wykazano również zależność statystyczną problemów medycznych i umiejscowienia nowotworu. Przerzuty do mózgu występowały istotnie częściej ($p = 0.00000$) w nowotworach piersi, czerniaku i płuc a duszność istotnie statystycznie ($p = 0.00000$) związana była z nowotworami płuc niż z inną lokalizacją nowotworu. Średni czas przeżycia chorych w hospicjum stacjonarnym wynosił 17,2 dnia a mediana 11 dni. Problemami medycznymi, których wystąpienie w sposób istotny statystycznie wpłynęło na czas przeżycia w hospicjum stacjonarnym były: niewydolność nerek ($p = 0.0001$), żółtaczka ($p = 0.001$) i wodobrzusze ($p = 0.008$).

Słowa kluczowe: hospicjum stacjonarne, problemy medyczne, czas przeżycia w hospicjum

Adres do korespondencji: Dorota Bańkowska-Polak
Zakład Onkologii
Aleje Racławickie 1, 20-001 Lublin
e-mail: dorotabp1501@gmail.com

Liczba słów: 2499 **Tabele:** 7 **Ryciny:** 1 **Piśmiennictwo:** 25

Received: 07.11.2016

Accepted: 28.11.2016

Published: 30.12.2016

WSTĘP

Olbrzymi postęp cywilizacyjny w różnych dziedzinach życia człowieka spowodował zmianę modelu funkcjonowania społeczeństwa, rodziny i jednostki. Wydłużył się czas życia ludzi. W związku z tym zmieniły się modele zachorowalności i przyczyn zgonów. Od początku XX wieku znacznie wzrosła zachorowalność na nowotwory. Jednocześnie wraz z postępem medycyny wydłużył się czas przeżycia chorych na nowotwory złośliwe, a także poprawiła się jakość życia. Choroba nowotworowa stała się cywilizacyjną chorobą przewlekłą. Wzrasta zatem liczba osób potrzebujących specjalistycznej opieki paliatywno-hospicyjnej.

CEL PRACY

Szacuje się, że około 20% chorych na nowotwory będzie wymagało specjalistycznej opieki paliatywno-hospicyjnej z powodu trudnych do opanowania objawów choroby. Celem pracy było:

1. Określenie kategorii chorych wymagających leczenia w terminalnej fazie choroby nowotworowej w warunkach hospicjum domowego.
2. Określenie rodzaju i częstości problemów medycznych będących powodem przyjęcia do hospicjum stacjonarnego, lub występujących w trakcie pobytu w hospicjum.

METODYKA PRACY

Metodykę pracy oparto na analizie materiału klinicznego chorych objętych opieką hospicjum stacjonarnego w Społecznym Zakładzie Opieki Hospicyjnej „Hospicjum Dobrego Samarytanina” w Lublinie w latach 2006–2010. Materiał opracowano z użyciem metod statystycznych. Podstawowym źródłem informacji były

historie chorób hospicjum stacjonarnego i hospicjum domowego osób objętych wcześniej jego opieką.

Badanie przeprowadzono w grupie 1103 osób. Wszyscy chorzy przyjęci do hospicjum stacjonarnego z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej byli w stanie terminalnym. Stopień sprawności tych chorych w skali WHO wynosił 3 lub 4.

Określono kategorie chorych i przeprowadzono szczegółową analizę problemów medycznych będących przyczyną hospitalizacji bądź występujących w trakcie opieki hospicyjnej.

Wyodrębniono 20 problemów medycznych, które były przyczyną przyjęcia bądź pogorszenia stanu zdrowia lub śmierci w trakcie pobytu. Następnie oceniono zależność pomiędzy problemami medycznymi a umiejscowieniem nowotworu pierwotnego.

Końcowym etapem badań była analiza wpływu problemów medycznych na czas przeżycia chorych w hospicjum stacjonarnym.

WYNIKI

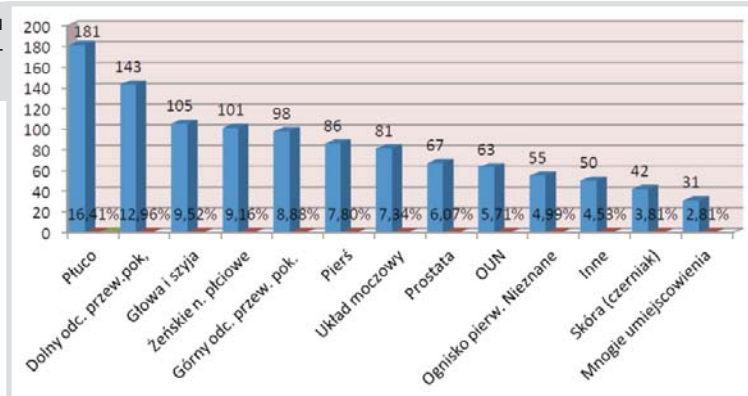
1. Kategorie chorych

Ocenę cech klinicznych przeprowadzono wśród wszystkich 1103 badanych chorych objętych opieką hospicjum stacjonarnego. Świadomość rozpoznania choroby nowotworowej potwierdziło 73,53% (811) badanych. Radykalne leczenie onkologiczne przeżyło jedynie 35,90% (396) chorych objętych opieką hospicjum stacjonarnego. Pozostali chorzy leczeni byli paliatywnie lub objawowo. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji były problemy medyczne będące konsekwencją zaawansowanej choroby nowotworowej. Z tej przyczyny przyjęto 75,52% (833) chorych. U 20,49% (226) chorych przyczyną hospitalizacji był niemożliwy do opanowania w warunkach ambulatoryjnych ból. Dodatkowe obciążenie chorobami układu krążenia i cukrzycą stwierdzono odpowiednio u 40,8% (540) i 13,69% (151) chorych. Ocenę kliniczną pacjentów hospicjum stacjonarnego zamieszczono w tabeli 1.

Tab. 1. Charakterystyka kliniczna objętych badaniem chorych

Cechy kliniczne		Liczba osób	(%)
Świadomość choroby nowotworowej	Tak	811	73,53
	Nie	143	12,96
	Brak danych	149	13,51
Rodzaj przebytego leczenia onkologicznego	Radykalne	396	35,90
	Paliatywne	359	24,55
	Objawowe	247	22,39
	Odmowa leczenia	47	4,26
	Brak danych	51	4,90
Przyczyna przyjęcia	Inne problemy medyczne	833	75,52
	Nieopanywany ból	226	20,49
	Potrzeba opieki	27	2,45
	Brak danych	17	1,54
Cukrzyca	Tak	151	13,69
Choroby układu krążenia	Tak	540	40,80

Ryc. 1. Umiejscowienie nowotworu pierwotnego wśród badanych chorych



Najczęściej pacjentami hospicjum byli chorzy na nowotwory płuca i dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Stanowili oni odpowiednio 16,41% (181) i 12,96% (143) badanych. U blisko 3% (31) chorych rozpoznano więcej jak jeden nowotwór. Tylko u 4,99% (55) osób nie określono punktu wyjścia choroby nowotworowej (rycina 1).

2. Czas przeżycia w hospicjum

Do hospicjum przyjmowano chorych w stanie terminalnym z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej. Średnia czasu przeżycia chorych w hospicjum stacjonarnym wynosiła 17,2 dnia, a mediana 11 dni.

3. Analiza problemów medycznych

3.1. Rodzaj problemów medycznych

Analizę problemów medycznych przeprowadzono w całej badanej grupie 1103 chorych. Wiadomo, że zaawansowana choroba nowotworowa wiąże się z nasilonymi dolegliwościami bólowymi. Wśród badanych chorych ból zgła-

szało 87,86% (969) osób. Niemniej jednak nieopanowany ból był powodem przyjęcia do hospicjum tylko 20,49% (226) pacjentów. W większości, bo aż u 75,52% (833) chorych powodem przyjęcia do hospicjum lub występujące w trakcie pobytu w hospicjum były problemy medyczne wynikające z zaawansowanej choroby nowotworowej. Najczęstszym problemem medycznym były infekcje. Rozpoznano je u 90,93% (1003) chorych. Infekcje przy przyjęciu rozpoznano u 49,68% (548) chorych, a infekcje w trakcie pobytu w hospicjum wystąpiły u 41,25% (455) chorych. Zagrożające życiu wyniszczenie nowotworowe dotyczyło 55,30% (610) chorych. U 50,50% (557) chorych rozpoznano delirium terminalne, a duszność rozpoznano u 45,87% (506) chorych objętych badaniem (tabela 2).

Rzadko, bo zaledwie w 4,53% (50) powodem przyjęcia do hospicjum był jeden problem medyczny. Aż u 72,34% (798) chorych stwierdzono jednoczesne występowanie więcej niż 3 problemów (tabela 3).

Tab. 2. Problemy medyczne będące przyczyną przyjęcia lub występujące w trakcie pobytu wśród badanych chorych

Problemy medyczne	Liczba osób	(%)
Infekcje	1003	90,93
Zagrażające życiu wyniszczenie nowotworowe	610	55,30
Delirium terminalne	557	50,50
Duszność	506	45,87
Uogólnione obrzęki	304	27,56
Rany i przetoki nowotworowe	261	23,66
Przerzuty do mózgu	256	23,21
Krwawienia	230	20,85
Nieopanowany ból przy przyjęciu	226	20,49
Wymioty	225	20,40
Niewydolność nerek	209	18,95
Niedrożność przewodu pokarmowego	192	17,41
Odleżyny	178	16,14
Obrzęki limfatyczne	167	15,14
Konieczność żywienia dojelitowego i pozajelitowego	147	13,33
Złamania patologiczne	118	10,70
Biegunki	118	10,70
Wodobrzusze	190	9,88
Żółtaczka	103	9,34
Płyn w jamie opłucnowej	69	6,26

Tab. 3. Liczba współwystępujących problemów wśród badanych chorych

Liczba problemów medycznych przypadających na jednego chorego	Liczba chorych	(%)
0	14	1,27
1	36	3,26
2	115	10,43
3	140	12,69
4	191	17,32
5	166	15,05
6	169	15,32
7	117	10,61
więcej	155	14,04

3.2. Problemy medyczne w zależności od umiejscowienia nowotworu pierwotnego

Przeprowadzono analizę problemów medycznych w zależności od umiejscowienia nowotworu pierwotnego. Wyłączono z analizy infekcje ze względu na to, że dotyczyły prawie wszystkich, bo 90,93% (1003) chorych. W trzynastu z dziewiętnastu ocenianych problemów medycznych wykazano statystycznie istotne zależności pomiędzy rodzajem problemu a umiejscowieniem nowotworu pierwotnego. Problemem chorych z umiejscowieniem ogniska pierwotnego w piersi, skórze (czerniak) i płucu

istotnie częściej ($p = 0,00000$) były przerzuty do mózgu niż u pozostałych chorych. Stwierdzono je u 50% kobiet z nowotworem piersi, 45,24% chorych z nowotworem skóry (czerniak) oraz 39,23% pacjentów z nowotworem płuca. Natomiast duszność istotnie statystycznie ($p = 0,00000$) częściej związana była z nowotworem płuca niż z inną lokalizacją nowotworu. Występowała ona, aż u 75,96% wszystkich chorych z nowotworem płuca. Zestawienie zależności istotnych statystycznie i nieistotnych statystycznie przedstawiono w tabeli 4 i 5.

Tab. 4. Zależność między rodzajem problemu medycznego a umiejscowieniem nowotworu pierwotnego wśród badanych chorych (zależności istotne statystycznie)

Problemy medyczne	Umiejscowienie nowotworu pierwotnego	% w grupie umiejscowienia nowotworu	P
Zagrażające życiu wyniszczenie nowotworowe	Żeńskie narządy płciowe	73,27	0,00000
	Głowa i szyja	72,14	
	Dolny odc. przew. pok.	70,63	
	Inne	68,18	
	Górny odc. przew. pok.	67,35	
Duszność	Płuco	75,96	0,00000
Rany i przetoki nowotworowe	Skóra (czerniak)	54,76	0,0000
	Głowa i szyja	45,71	
	Żeńskie narządy płciowe	29,70	
Przerzuty do mózgu	Pierś	50,00	0,00000
	Skóra (czerniak)	45,24	
	Płuco	39,23	
Nieopanowany ból przy przyjęciu	Głowa i szyja	30,48	0,04723
	Dolny odc. przew. pok.	25,17	
	Prostata	25,37	
Wymioty	Górny odc. przew. pok.	38,78	0,00049
	Żeńskie narządy płciowe	35,64	
	Dolny odc. przew. pok.	23,18	
Niewydolność nerek	Układ moczowy	40,74	0,0001
	Inne	39,29	
	Żeńskie narządy płciowe	30,69	
Niedrożność przewodu pokarmowego	Głowa i szyja	34,29	0,0000
	Żeńskie narządy płciowe	33,60	
	Górny odc. przew. pok.	31,63	
	Dolny odc. przew. pok.	29,78	
Obrzęki limfatyczne	Żeńskie narządy płciowe	27,72	0,00000
	Głowa i szyja	26,67	
	Pierś	25,56	
Konieczność żywienia dojelitowego i pozajelitowego	OUN	31,75	0,00000
	Głowa i szyja	28,57	
	Górny odc. przew. pok.	14,29	
Złamanie patologiczne	Pierś	24,42	0,00000
	Prostata	23,88	
	Układ moczowy	17,28	
Wodobrzusze	Żeńskie narządy płciowe	20,74	0,0006
	Dolny odc. przew. pok.	18,88	
	Górny odc. przew. pok.	16,33	
Żółtaczka	Górny odc. przew. pok.	29,59	0,00000
	Dolny odc. przew. pok.	19,58	

4. Wpływ badanych czynników na czas przeżycia

4.1. Wpływ czynników klinicznych na czas przeżycia chorych w hospicjum

W całej badanej grupie chorych oceniono wpływ czynników klinicznych na czas przeży-

cia pacjentów hospicjum. Istotnie statystycznie krótszy czas przeżycia w hospicjum ($p = 0,002$) wykazano wśród chorych, u których przyczyną przyjęcia do hospicjum były problemy medyczne inne niż nieopanowany ból (tabela 6).

Tab. 5. Zależność między rodzajem problemu medycznego a umiejscowieniem nowotworu pierwotnego wśród badanych chorych (zależności istotne statystycznie)

Problemy medyczne	Umiejscowienie nowotworu pierwotnego	% w grupie umiejscowienia nowotworu	P
Delirium terminalne	OUN	73,07	0,1442
	Skóra (czerniak)	61,90	
	Ognisko pierwotne nieznanne	60,00	
	Piersi	58,14	
	Płuco	58,01	
Uogólnione obrzęki	Żeńskie narządy płciowe	45,51	0,08189
	Skóra (czerniak)	33,37	
	Dolny odc. przew. pok.	32,17	
	Górny odc. przew. pok.	31,63	
Krwawienia	Żeńskie narządy płciowe	30,69	0,79589
	Prostat	26,78	
	Skóra (czerniak)	26,19	
Odleżyny	Dolny odc. przew. pok.	22,38	0,98384
	Górny odc. przew. pok.	20,41	
	Ognisko pierwotne nieznanne	21,82	
Biegunki	Dolny odc. przew. pok.	16,08	0,90934
	Żeńskie narządy płciowe	15,84	
Płyn w jamie opłucnowej	Pierś	12,79	0,93897
	Płuco	8,84	

Tab. 6. Wpływ czynników klinicznych na czas przeżycia badanych chorych

Czynniki kliniczne		Czas przeżycia w hospicjum (dni) średnia/mediana	P
Świadomość choroby	Tak	18,18 / 11	0,418
	Nie	17,14 / 10	
Umiejscowienie nowotworu pierwotnego	OUN	26,03 / 14	0,102
	Prostata	21,07 / 13	
	Żeńskie n. płciowe	19,53 / 13	
	Głowa i szyja	18,30 / 10	
	Skóra (czerniak)	18,42 / 14	
	Dolny odc. przew. pok.	17,92 / 10	
	Pierś	17,37 / 10	
	Inne	16,06 / 9	
	Układ moczowy	15,86 / 9	
	Płuca	15,22 / 7	
	Ognisko pierw. nieznanne	15,22 / 7	
Rodzaj przebytego leczenia onkologicznego	Radykalne	18,65 / 11,5	0,449
	Paliatywne	17,65 / 10	
	Objawowe	16,11 / 9	
	Odmowa leczenia	14,00 / 7	
Przyczyna przyjęcia	Nieopanowany ból	20,33 / 12	0,002
	Inne problemy medyczne	16,08 / 10	
Cukrzyca	Tak	17,41 / 10	0,870
Choroby układu krążenia	Tak	16,71 / 10	0,840

4.2. Wpływ problemów medycznych na czas przeżycia chorych w hospicjum

Probleмами medycznymi, których wystąpienie w sposób istotny statystycznie wpłynęło na krótszy czas przeżycia w hospicjum stacjonarnym były: niewydolność nerek ($p = 0,0001$), żółtaczka ($p = 0,001$) oraz wodobrzusze ($p = 0,008$). Istotnie dłużej przeżywali chorzy, u których problemem medycznym były: biegunki ($p = 0,000001$), rany i przetoki nowotworowe ($p = 0,014$), delirium terminalne ($p = 0,026$) i niedrożność przewodu pokarmowego ($p = 0,040$). Wykazano również, że kontynuacja żywienia dojelitowego i pozajelitowego w sposób istotny statystycznie wpłynęła na wy-

dłużenie przeżycia ($p = 0,000001$). Powyższe dane przedstawiono w tabeli 7.

DYSKUSJA

W Polsce, aż 95% chorych przyjmowanych jest do hospicjów i oddziałów medycyny paliatywnej z powodu choroby nowotworowej. Również w innych krajach pacjenci będący w stanie terminalnym z powodu innych niż nowotwór chorób znajdują się generalnie poza wskazaniem do objęcia opieką paliatywną (1).

Należy zauważyć, że pacjentami hospicjum stacjonarnego S.Z.O.H. Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie w latach 2006–2010

Tab. 7. Wpływ problemów medycznych na czas przeżycia badanych chorych

Problemy medyczne		Czas przeżycia w hospicjum (dni) średnia/mediana	P
Zagrażające życiu wyniszczenia nowotworowe	Tak	16,26 / 10	0,368
	Nie	18,24 / 10	
Delirium terminalne	Tak	18,39 / 11	0,026
	Nie	15,88 / 10	
Duszność	Tak	16,37 / 9	0,079
	Nie	17,81 / 11	
Uogólnione obrzęki	Tak	19,28 / 10	0,781
	Nie	16,33 / 10	
Rany i przetoki nowotworowe	Tak	21,14 / 13	0,014
	Nie	15,91 / 9,5	
Przerzuty do mózgu	Tak	19,39 / 11	0,084
	Nie	16,47 / 10	
Krwawienia	Tak	19,08 / 11	0,074
	Nie	16,64 / 10	
Wymioty	Tak	16,82 / 11	0,607
	Nie	17,23 / 10	
Niewydolność nerek	Tak	13,53 / 8	0,0001
	Nie	17,99 / 11	
Niedrożność przewodu pokarmowego	Tak	18,82 / 12	0,040
	Nie	16,79 / 10	
Odleżyny	Tak	17,16 / 10	0,758
	Nie	17,14 / 10	
Obrzęki limfatyczne	Tak	20,74 / 11	0,194
	Nie	16,50 / 10	
Konieczność żywienia dojelitowego i pozajelitowego	Tak	25,78 / 11	0,000001
	Nie	15,82 / 9	
Złamania patologiczne	Tak	18,19 / 12,5	0,199
	Nie	17,02 / 10	
Biegunki	Tak	26,92 / 18	0,000001
	Nie	15,97 / 10	
Wodobrzusze	Tak	12,37 / 8	0,008
	Nie	17,67 / 10	
Żółtaczka	Tak	12,43 / 7	0,001
	Nie	17,63 / 11	
Płyn w jamie opłucnowej	Tak	13,09 / 8	0,150
	Nie	17,42 / 10	

byli wyłącznie chorzy na nowotwory złośliwe. Dotychczas nie określono definicji optymalnego czasu objęcia opieką hospicyjną. Zasady i kryteria kwalifikacji do opieki paliatywnej są zróżnicowane. W wielu krajach opieką paliatywną obejmuje się chorych dość wcześnie, jeszcze w trakcie leczenia onkologicznego, zwłaszcza chorych o niepomyślnym rokowaniu. Amerykańskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej popiera wizję zintegrowania opieki paliatywnej z postępowaniem onkologicznym już w okresie leczenia, a nawet diagnozy (2). Według literatury najczęściej mediana pobytu w hospicjach stacjonarnych wynosi około 20–26 dni, ale jedna trzecia chorych przebywa tydzień a 10% ostatnie dni życia (3, 4). Natomiast wśród badanych chorych średnia czasu przeżycia wyniosła 17,2 dnia (mediana 11 dni) i była krótsza w porównaniu z doniesieniami z wyżej wymienionych ośrodków.

Charakterystyka kliniczna

Według danych statystycznych, w Polsce najczęstszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów są nowotwory płuca. Stanowią one odpowiednio 35,9% oraz 13,4% zgonów wśród mężczyzn i kobiet. Nowotwory piersi stanowią 13,1% zgonów wśród kobiet. Nowotwory jelita grubego są drugą u mężczyzn (10,1%), a trzecią u kobiet (11,2%) przyczyną zgonów w Polsce. Jak wykazały moje badania najczęściej przyjmowano do hospicjum stacjonarnego chorych z powodu zaawansowanych nowotworów płuca i przewodu pokarmowego. Nowotwory te stanowiły odpowiednio 16,4% i 12,96% wszystkich umiejscowień. W całej grupie nowotwory piersi stanowiły 7,8%, a wśród kobiet 15,96%. Nowotwory głowy i szyi stanowiły 9,5% umiejscowień nowotworów. Zatem rozkład umiejscowień nowotworów wśród objętych badaniem chorych jest poniekąd odzwierciedleniem sytuacji epidemiologicznej.

Problemy medyczne

W artykule Brysona i wsp. (5) doniesiono, że powodem przyjmowania do hospicjum, u 75,3% chorych była konieczność kontroli objawów choroby nowotworowej. Spośród tych chorych 12% znajdowało się w stanie terminalnym. Wśród badanych chorych problemy medyczne inne niż ból były powodem przyjęcia do hospicjum 75,52% chorych. Natomiast chorych w stanie terminalnym było znacznie więcej, bo aż 22,39%. Ich czas przeżycia w hospicjum nie przekraczał 3 dni. W badaniu Semionow i wsp.

(6) wykazali, że w ostatnich 2 tygodniach życia spośród objawów towarzyszących chorobie nowotworowej w sposób istotny statystycznie nasilają się zwłaszcza objawy związane z bólem, zmęczeniem, spadkiem wagi i suchością w jamie ustnej. Dolegliwości te dotyczyły aż 70% badanych chorych (6). Podobnie w badaniu potwierdzono współistnienie problemów medycznych wśród badanych chorych. Aż u 72,53% występowały jednocześnie więcej niż 3 z ocenianych problemów, a 24,65% chorych miało 7 i więcej problemów medycznych jednocześnie.

Zaawansowana choroba nowotworowa jest często związana ze współistnieniem stanu zapalnego i z podwyższeniem koncentracji białka C-reaktywnego (CRP). Hwang (7) w swojej pracy wykazał, że poziom albumin oraz CRP są czynnikami prognostycznymi dla wielu chorób nowotworowych. Podniesiono hipotezę, że przewlekły stan zapalny jest związany z karcinogenezą, a ostry z ujawnianiem się przerzutów (8). Może to po części tłumaczyć gwałtowną progresję choroby nowotworowej w stanie terminalnym. Najczęstszym problemem medycznym w badanej grupie chorych były infekcje, które dotyczyły 90,93% chorych i były przyczyną przyjęcia do hospicjum stacjonarnego, aż 48,68% chorych oraz wystąpiły w trakcie pobytu u kolejnych 41,25% chorych. Przeprowadzona analiza wykazała, że rozpoznanie infekcji przy prowadzonym leczeniu farmakologicznym nie miało wpływu na czas przeżycia chorych ($p = 0,161$).

Wyniszczenie nowotworowe jest jednym z najczęstszych objawów choroby nowotworowej. Według Higginson i wsp. (9) występuje ono, u 71% chorych na nowotwór, a w ostatnim roku życia dotyczy nawet 92% chorych. Utrata 30% wyjściowej masy ciała jest związana z bezpośrednim zagrożeniem życia z powodu ograniczenia masy mięśniowej i funkcji przepony, czego skutkiem jest niewydolność oddechu i zapalenie płuc (10). Wśród badanych przede wszystkim chorych zagrażające życiu wyniszczenie nowotworowe było problemem ponad połowy (55,3%) przyjętych do hospicjum chorych. Zagrażające życiu wyniszczenie istotnie częściej ($p = 0,00001$) dotyczyło chorych na nowotwory żeńskich narządów płciowych, nowotwory głowy i szyi, dolnego i górnego odcinka przewodu pokarmowego i dotyczyło odpowiednio 73,27%, 72,14%, 70,63% i 67,35% tych chorych.

Poważnym problemem chorych, a także personelu i rodzin sprawujących opiekę nad chorym były zaburzenia psychiczne typu deli-

rium terminale. Występuje ono według Higginson (9) u 33% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową a w ostatnim roku życia dotyczy nawet 93% chorych. Podobnie według innych autorów problem delirium w stanie terminalnym występuje u 85–90% chorych a niepokój terminalny u 25–88%, zaburzenia psychiczne u 50% chorych (11, 12). Gagnon i wsp. (13). ocenili, że 89,7% chorych z delirium terminalnym wymagało interwencji medycznych w grupie pacjentów objętych opieką paliatywną, co było istotnie częstsze ($p = 0,045$) w porównaniu z pozostałymi chorymi. Natomiast po opanowaniu objawów zarówno częstość interwencji i czas przeżycia w obu grupach był porównywalne.

Problemem w zaawansowanej chorobie nowotworowej jest duszność. Według danych z literatury duszność występuje u około 50% chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową. Jednak 25% chorych odczuwa duszność nie mając udokumentowanej choroby płuc (14, 15). W wyniku przeprowadzonych przez mnie badań okazało się, że duszność podobnie jak u innych autorów dotyczyła 45,87% chorych. Podobnie też, istotnie częściej ($p = 0,00000$) niż w innych nowotworach duszność związana była z nowotworami płuca, bo wystąpiła aż, u 75,96% chorych z tym rozpoznaniem. Pomimo, iż duszność jest zagrażającym życiu objawem zaawansowanej choroby nowotworowej okazało się, że wystąpienie duszności nie wpłynęło istotnie ($p = 0,079$) na czas przeżycia chorych w hospicjum stacjonarnym. Świadczyć to może o odpowiednim leczeniu objawowym. Inne objawy zaawansowanej choroby nowotworowej stanowiły porównywalne zagrożenie życia co niewydolność oddechowa.

Niniejsza praca pozwoliła określić problemy medyczne, które w sposób istotny związane były z dłuższym czasem przeżycia w hospicjum. Były to: żywienie dojelitowe i pozajelitowe, biegunki, rany i przetoki nowotworowe oraz niedrożność przewodu pokarmowego.

W ostatnich latach w związku z wydłużeniem się życia z chorobą nowotworową, celem poprawy jego jakości wprowadzono również w medycynie paliatywnej żywienie pozajelitowe i dojelitowe. Najczęściej ten rodzaj żywienia stosowany jest w grupie chorych o przewidywalnym dłuższym, kilkumiesięcznym okresie przeżycia (16). Udowodniono, że wpływa ono na poprawę jakości życia, a także na jego wydłużenie (17, 18). Kliniczne aspekty kwalifikacji do żywienia i nawadniania oraz dyskwalifikacji chorych z zaawansowaną chorobą nowotwo-

rową od takiego postępowania przedstawiono w pracy Nowarskiej i wsp. (19) zamieszczonej w Medycynie Paliatywnej w Praktyce w 2011 roku. Orrevall (20) stosował żywienie pozajelitowe u 11%, a dojelitowe u 3% chorych objętych opieką paliatywną. Najczęściej stosowano żywienie u chorych na nowotwory przełyku, ginekologiczne, głowy i szyi, jelit, płuca. Wśród badanych przeze mnie chorych, podobnie jak u Orrevall i wsp. (16) żywienia dojelitowe i pozajelitowe kontynuowano w zbliżonej grupie, bo u 13,33% chorych. Okazało się, że kontynuacja żywienia dojelitowego i pozajelitowego analogicznie jak u innych autorów w sposób istotny ($p = 0,000001$) wpłynęła na wydłużenie czasu przeżycia chorych.

Analiza badanego materiału pokazała, że biegunki były problemem 10,70% badanych chorych. Natomiast, wystąpienie tego objawu wiązało się istotnie ($p = 0,00001$) z dłuższym czasem przeżycia w hospicjum. Według danych z literatury w zaawansowanej chorobie nowotworowej biegunki są problemem 3–29% chorych (21, 9). Rany i przetoki nowotworowe występują u 10–15% chorych na nowotwór. Najczęściej związane są z nowotworami piersi, głowy i szyi, jelita grubego, a głównie odbytnicy oraz z nowotworem penisa (59). Maida i wsp. (23) wykazali, że różnorodne rany w tym odleżyny w chorobie nowotworowej, związane były z krótszym przeżyciem chorych leczonych paliatywnie, a głównie kobiet. Okazało się, że wśród badanych chorych rany i przetoki nowotworowe będące objawem zaawansowania choroby były problemem nieco większej grupy niż w doniesieniach z literatury, bo dotyczyły 23,66% chorych. Natomiast odleżyny były problemem medycznym 16,4% badanych chorych. Wykazano, że w sposób istotny ($p = 0,0000$) rany i przetoki nowotworowe związane są z umiejscowieniem nowotworu pierwotnego. Problem ten dotyczył 54,76% chorych z czerniakiem skóry, 45,71% chorych z nowotworami głowy i szyi. Chorzy z ranami i przetokami nowotworowymi przeżywali w hospicjum istotnie ($p = 0,014$) dłużej.

Natomiast problemami medycznymi, których wystąpienie wiązało się w sposób istotny z krótszym czasem przeżycia okazały się niewydolność nerek, żółtaczka oraz wodobrzusze. Są one wyraźnymi symptomami nieodwracalnego, pogorszenia i zbliżającego się zgonu.

Niewydolność nerek ze względu na różnorodne przyczyny związane z chorobą nowotworową jest bardzo częstym objawem. Już we wczesnej fazie choroby jest leczona w sposób

zabiegowy, objawowy i za pomocą hemodializ (24, 25).

W pracy Ohde i wsp. (14) opartej na analizie 158 chorych w stanie terminalnym choroby nowotworowej określono 5 czynników predykcyjnych związanych ze skróceniem przeżycia w ostatnich 2 tygodniach życia. Były nimi: anoreksja, zaburzenia oddychania, obrzęki wysoki poziom mocznika oraz obniżony poziom płytek. Anoreksja dotyczyła 13,8% chorych, zaburzenia oddychania 26,5% chorych, obrzęki 48% chorych, a podwyższenie mocznika 33,3% chorych. Wodobrzusze stwierdzono u 9,88% objętych badaniem chorych hospicjum stacjonarnego. Istotnie częściej ($p = 0006$) związane było z nowotworami żeńskich narządów płciowych oraz dolnego i górnego odcinka przewodu pokarmowego. Odpowiednio występowało u 20,74%, 18,88% i 16,33% tych chorych. Wykazałam, podobnie jak i inni autorzy, że wystąpienie wodobrzusza w istotny sposób ($p = 0,008$) wiązało się z krótszym czasem przeżycia. W badaniu Ohde i wsp. (14) żółtaczka była problemem 11% chorych w ostatnich 2 tygodniach życia. Podobnie wśród badanych przeze mnie chorych żółtaczka dotyczyła 9,34% badanych chorych. Istotnie ($p = 0,00000$) częściej dotyczyła chorych na nowotwory górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego i występowała odpowiednio, u 29,59% i 19,58% tych chorych. Wystąpienie żółtaczki istotnie ($p = 0,001$) związane było z krótszym czasem przeżycia, który wynosił 12,43 dnia podczas gdy dla całej grupy 17,2 dnia.

WNIOSKI

1. Przekrój pacjentów hospicjum stacjonarnego pod względem umiejscowień nowotworu pierwotnego, wieku i płci jest odzwierciedleniem sytuacji epidemiologicznej dotyczącej zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych w społeczeństwie polskim.
2. Najczęstszym problemem medycznym chorych leczonych paliatywnie w hospicjum stacjonarnym są infekcje. Dotyczą one 90% chorych w terminalnym okresie choroby nowotworowej. W dalszej kolejności są to zagrożające życiu wyniszczenie nowotworowe i delirium terminalne, które stwierdza się u ponad połowy chorych.
3. Ból dotyczył prawie 90% chorych.
4. Wystąpienie niewydolności nerek ($p = 0,0001$), żółtaczki ($p = 0,001$) i wodobrzusza ($p = 0,008$) związane było z krótszym przeżyciem chorych.

1. Brookbank M. Palliative care: Where have we come from and where are we going? *Pain* 2009; 144: 233–235.
2. Ferris FD, Bruera E, Cherny N. et al. Palliative cancer care a decade later: accomplishments, the need, next steps from the American Society of Clinical Oncology. *Journal of Clinical Oncology* 2009; 27: 3052–3058.
3. Fromme E., Bascom P., Smith R., et al. Survival, Mortality, and Location of Death for Patients Seen by a Hospital – Based palliative Care Team. *Journal of Palliative Medicine* 2006; 9 (4): 903–911.
4. Gullett N., Mazurak V., Hebban G. et al. Nutritional Intervention in Cancer – Induced Cachexia. *Current Problems in Cancer* 2011; 35 (2): 58–90.
5. Bryson J., Coe G. Administrative Outcomes Five Years after Opening an Acute Palliative Care Unit at a Comprehensive Cancer Center. *Journal of Palliative Medicine* 2010; 13, 5: 559–565.
6. Semionov V., Singer Y., Shvartzman P. Prevalence and Management of Symptoms during the Last Month of Life. *Israel Medical Association Journal* 2012; 14: 96–99.
7. Hwang J., Kim H., Kim D. et al. Prognostic significance of a systemic inflammatory response in patients receiving first-line palliative chemotherapy for recurrent or metastatic gastric cancer. *BMC Cancer* 2011; 11: 489.
8. Carmona-Bayonas A. Acute Inflammation and Micrometastases Proliferation: A Fissure in the Uniformitarian Facade of Cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 2009; 39 (3): 192–194.
9. Higginson I., Costantini M. Dying with cancer, living well with advanced cancer. *European Journal of Cancer* 2008; 44: 1414–1424.
10. Gullett N., Mazurak V., Hebban G. et al. Nutritional Intervention in Cancer – Induced Cachexia. *Current Problems in Cancer* 2011; 35 (2): 58–90.
11. Arriba J., Nerin C., Ortiz M. et al. Symptom Scores and Delirium in Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2011; 29 (20): 2833–2234.
12. Catane R., Cherny R., Klope M. i wsp. Podręcznik postępowania w zaawansowanej chorobie nowotworowej. *Medipage* 2006; 63–65: 133–149.
13. Gagnon P., Allard P., Gagnon B. et al. Delirium prevention in terminal cancer: assessment of multicomponent intervention. *Psycho-Oncology* 2012; 21: 187–194.
14. Ohde S., Hayashi A., Takahashi O. et al. A 2-week prognostic prediction model for terminal cancer patients in palliative care unit at a Japanese general hospital. *Palliative Medicine* 2010; 25 (2): 170–176.
15. Shoemaker L., Estfan B., Induru R. et al. Symptom management: An important part of cancer care. *Cleveland Clinical Journal of Medicine* 2011; 78 (1): 25–34.
16. Orrevall Y., Tishelman C., Permert J. et al. The use of artificial nutrition among cancer patients enrolled in palliative home care services. *Palliative Medicine* 2009; 23: 556–564.
17. Acreman S. Nutrition in palliative care. *British Journal of Community Nursing* 2010; 14 (10): 427–431.
18. Fleming M., Hollins M., Martin C. Nutritional intervention and quality of life in palliative care patients. *British Journal of Nursing* 2011; 20 (20): 1320–1324.
19. Nowarska A. Karmić czy nie karmić? Kliniczne aspekty podjęcia lub zaprzestania podawania pokarmów i płynów u kresu życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2011; 5 (2): 33–39.
20. Ogryzko-Wiewiórowska M. Hospicjum. *Pielęgniarstwo* 2000 1 (48): 43–52.
21. Delegato-Guay M., Parsons H., Li Z. Symptom Distress, Interventions, and Outcomes of Intensive Care Unit Cancer Patients Referred to a Palliative Care Consult Team. *Cancer*. 2009; Jan 15: 437–445.
22. Haynes J. An overview of caring for those with palliative wounds. *Wound Care*, 2008 Dec: 24–30.
23. Maida V., Ennis M., Kuziemy C. et al. Wounds and survival in cancer patients. *European Journal of Cancer* 2009; 45: 3237–3244.
24. Brown E., Chambers E., Eggeling C. Palliative care in nephrology. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2008; 23: 789–791.
25. Leiva-Santos J., Sánchez-Hernández R., García-Llana H. et al. Renal supportive care and palliative care: revision and proposal in kidney replacement therapy. *Nefrologia*. 2012; 32 (1): 20–7.