

Krzysztof Buczkowski<sup>1</sup>, Małgorzata Krajnik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

<sup>2</sup>Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

# Postępowanie lekarza rodzinnego wobec chorych na raka w ostatnich dniach życia

Dealing with a cancer patients close to death: from the general practitioner's perspective

## Streszczenie

Lekarz rodzinny zajmujący się leczeniem wielu chorób w swojej praktyce często spotyka się z pacjentami umierającymi z powodu choroby nowotworowej. W niniejszej pracy omówiono najczęstsze problemy występujące w ostatnich dniach życia chorego oraz podano wskazówki dla lekarzy rodzinnych, dotyczące zasad postępowania w tym okresie.

**Słowa kluczowe:** lekarz rodzinny, osoba umierająca, leczenie objawowe

## Abstract

General practitioner dealing with many diseases often meets in his practice the cancer patients close to death. This article presents the most common problems of the last days and gives some practical advices to family physicians looking after dying from terminal cancer.

**Key words:** general practitioner, dying, symptom control

## Wstęp

Lekarz rodzinny sprawujący opiekę nad całą rodziną, prowadzący pacjentów przez wiele lat, w swojej praktyce spotyka także chorych umierających. Zgodnie z najnowszą europejską charakterystyką medycyny rodzinnej jako specjalności „lekarze rodzinni odgrywają swoją zawodową rolę poprzez promowanie zdrowia, zapobieganie chorobie oraz zapewnienie leczenia, opieki oraz opieki terminalnej” [1].

Większość pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej pozostaje pod opieką lekarza rodzinnego, który coraz częściej współpracuje z zespołami opieki paliatywnej. Zespoły te od samego początku stanowiły znaczne wsparcie dla pacjen-

tów, ich rodzin oraz samych lekarzy rodzinnych. Większość pacjentów chce umierać w domu, korzystając z pomocy lekarza rodzinnego wyszkolonego w zakresie opieki paliatywnej [2–7].

## Rozpoznanie umierania i ocena potrzeb

W czasie opieki nad pacjentem w terminalnej fazie choroby nowotworowej lekarz zazwyczaj zauważa znaczny, stały postęp choroby. Zarówno dla pacjenta, jego najbliższych, jak i dla lekarza ważne jest rozpoznanie oznak zbliżającej się śmierci. Pozwala to choremu, jego rodzinie i lekarzowi rodzinnemu na przygotowanie się do końcowego aktu w sposób spokojny i bardziej racjonalny.

Adres do korespondencji: dr med. Krzysztof Buczkowski  
Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego AM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy  
e-mail: buczkowskik@amb.bydgoszcz.pl



Polska Medycyna Paliatywna 2003, 2, 4, 241–250  
Copyright © 2003 Via Medica, ISSN 1644–115X

**Tabela 1. Oznaki zbliżania się śmierci**  
**Table 1. Signs of nearing death**

Znaczne osłabienie (chorzy zwykle pozostają w łóżku i przy każdej czynności wymagają pomocy)
Zaburzenia świadomości lub senność
Zmniejszone przyjmowanie płynów i pokarmów
Trudności w połykaniu leków

Oznaką umierania jest stopniowo postępujące osłabienie i zmniejszenie aktywności pacjenta (tab. 1). Chorzy w ostatnich dniach swego życia zwykle nie opuszczają łóżka, wymagają pomocy przy wielu czynnościach, stają się zależni od otoczenia. Zauważalne w tym okresie są zaburzenia połykania i związane z tym zmniejszone przyjmowanie pokarmów, płynów oraz trudności w połykaniu leków. Często obserwowanymi objawami jest senność i/lub zaburzenia świadomości. Pacjenci mają trudności z orientacją w czasie, przestrzeni, kłopoty z koncentracją. Wszystko to utrudnia ich współpracę z opiekunem. Większość objawów rozwija się stopniowo wraz z postępem choroby nowotworowej. Gdy objawy pojawiają się nagle, należy pomyśleć o przyczynach odwracalnych, takich jak na przykład krwawienie, infekcja czy hiperkalcemia.

Opieka medyczna w zaawansowanej chorobie nowotworowej wymaga bardzo indywidualnego podejścia do każdego pacjenta, rozpoznania jego rzeczywistych problemów, uporządkowania ich i ustalenia hierarchii ważności. Zwykle potrzeb tych jest wiele i tylko część z nich zgłaszana jest jako objawy somatyczne. Duża liczba problemów występujących jednocześnie powoduje, że części z nich lekarz nie zauważa, a o niektórych nie informują sami pacjenci. Chodzi tu na przykład o suchość w jamie ustnej, o której bardzo rzadko wspominają chorzy, chociaż występuje u większości umierających. Często chory nie mówi o danym problemie, ponieważ

się wstydzi, nie chce zabierać lekarzowi czasu albo po prostu sam nie zdaje sobie z niego sprawy, bądź też nie potrafi go nazwać. Zrozumienie chorego i realne poznanie jego potrzeb wymaga od lekarza poświęcenia czasu i umiejętności dobrej komunikacji.

Potrzeby pacjenta zwykle ocenia się w obszarze potrzeb fizycznych, emocjonalnych, socjalnych i duchowych (tab. 2, 3).

Lekarz rodzinny powinien odpowiedzieć sobie na pytanie, czy jest w stanie podołać wszystkim problemom zgłaszanym przez chorego. Według brytyjskich wytycznych grupy roboczej opracowującej zasady opieki nad umierającymi lekarz rodzinny powinien zwrócić się o pomoc do zespołu opieki paliatywnej, zwłaszcza gdy występują [8]:

- trudne do leczenia objawy somatyczne (czas umierania nie jest dobrym okresem do wypróbowania różnych metod terapeutycznych, do tego dochodzą rozwijające się niewydolności narządowe oraz interakcje lekowe);
- duże obciążenie emocjonalne, problemy psychologiczne (nasilony lęk, agresja pacjenta i rodziny, zaburzenia komunikacji w rodzinie);
- problemy z osobami, którymi do tej pory opiekował się umierający (dzieci, osoby starsze, gdy istnieje potrzeba wprowadzenia pewnych rozwiązań prawnych lub społecznych).

**Tabela 2. Potrzeby umierającego**  
**Table 2. Needs of dying patient**

Fizyczne (ból, nudności, odwodnienie, osłabienie, zaparcia)
Emocjonalne (lęk, depresja, agresja, brak przebaczenia)
Socjalne (utrata pozycji społecznej, rodzinnej, zawodowej, zależność od innych)
Duchowe (utrata poczucia sensu życia, poczucie złości, niemożność pogodzenia się z losem)

**Tabela 3. Przykład określenia potrzeb pacjenta w fazie umierania**  
**Table 3. The example of patient's needs in the phase of dying**

Potrzeby fizyczne	Pacjent z rakiem gruczołu krokowego zgłasza ból w jamie brzusznej, ból w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa (objawy te mogą się wiązać z postępem choroby i powstaniem przerzutów do kości), informuje o występowaniu nudności (co może być wyrazem hiperkalcemii). W badaniu przedmiotowym stwierdzamy odwodnienie, zaparcia, osłabienie i anoreksję.
Potrzeby emocjonalne	Pacjent informuje, że cały czas odczuwa obniżenie nastroju i lęka się o dalszy przebieg choroby. Oczekuje od lekarza rodzinnego zrozumienia i rozmowy na temat postępu choroby.
Potrzeby socjalne	Pacjent mieszka sam, nie radzi sobie z przygotowaniem posiłków, nie ma opiekunów, a najbliższa rodzina mieszka bardzo daleko.
Potrzeby duchowe	Pacjent wyraża przekonanie, że Bóg za bardzo go doświadcza obecną chorobą, niedawną śmiercią żony i samotnością. Skarży się na utratę sensu życia.

## **Ból totalny**

Wieloletnie doświadczenie medycyny paliatywnej pokazuje, że u osób z chorobą nowotworową nie wystarczy leczenie samego objawu somatycznego, na przykład bólu. Cicely Saunders wprowadziła pojęcie bólu totalnego, aby podkreślić, że ból w stanach terminalnych jest doświadczany nie tylko w sferze czynników fizycznych, ale także psychologicznych, socjalnych i duchowych. Ból totalny rozpoznaje się wtedy, gdy dominuje utrata sensu i znaczenia życia, brak nadziei i wiary w jakąkolwiek pomoc oraz uczucie „że to trwa i trwa bez końca” [9]. Każda ze sfer człowieka może stać się „ogniskiem zapalnym” dla bólu totalnego. Ból fizyczny może złamać chorego, zwłaszcza kiedy nie wierzy on w skuteczne leczenie przeciwbólowe, a samo nasilanie się bólu kojarzy się z przybliżaniem momentu śmierci. Dlatego tak ważne jest właściwe leczenie objawowe oraz wytłumaczenie choremu mechanizmów bólu, aby nie było to owiane tajemnicą. Ból socjalny może stać się zarzewiem bólu totalnego wówczas, gdy dotyczy sprawnych osób, które pełniły ważne funkcje zawodowe czy rodzinne. Kiedy stają się coraz bardziej niesprawne i uzależnione od opieki osób innych, narasta ich złość i bunt. Zaczyna u nich dominować myśl, że „są już nikim” i „nikt ich nie szanuje”. W przypadku bólu psychologicznego z kolei bardzo często napotyka się problemy zaburzenia więzi rodzinnych oraz brak przebaczenia, sobie i innym. W sferze duchowej najbardziej boli utrata przekonania o sensie istnienia. Należy pomóc choremu zrozumieć historię jego życia. Najlepiej, jeśli umożliwi się pacjentowi opowiedzenie jej i wysłucha się go. Leczenie bólu fizycznego w tym aspekcie jest ułatwianiem choremu procesu akceptacji tego, co nieuchronne. Niezapomnianym doświadczeniem dla lekarza opiekującego się umierającym może być obserwowanie zarówno narastania nadziei i odkrywania sensu życia, jak i na nowo procesu umierania.

## **Leczenie objawowe w okresie umierania**

Kiedy śmierć jest blisko, należy często zmienić metody leczenia. Dotychczasowe sposoby stają się często niewłaściwe albo ich cele są nierealne. Ponadto dołączają się do tego zaburzenia przemiany podawanych leków poprzez coraz gorzej funkcjonujące nerki i wątrobę. Chorzy mogą być psychologicznie przyzwyczajeni do leczenia, które w przeszłości nieraz długo stosowali, i zaprzestanie podawania tych leków może być dla nich trudne do zaakceptowania. Należy przedyskutować to z pacjentem i wytłumaczyć mu swoje racje oraz mechanizm po-

wstawiania niektórych objawów. Paradoksalnie często stan chorego poprawia się po odstawieniu niektórych leków. Na nowo trzeba określić tę optymalną równowagę między uzyskaną kontrolą objawów a działaniem niepożądanym leków. Z jednej strony narastają niewydolności narządowe, leki mogą się kumulować, a przez to ich dotychczasowe dawki stają się zbyt duże. Z drugiej strony chory, który dotąd na przykład preferował odczuwanie bólu, za cenę mniejszych objawów ubocznych, teraz, gdy leży, jest coraz słabszy, zazwyczaj będzie gorzej ten ból znosił. Najczęściej do bólu dołącza się lęk i w ten sposób potęguje wiele objawów.

## **Ból w okresie umierania**

Warto zwrócić uwagę na ból, który w okresie umierania może się nasilić. Mowa tu o bólu powstającym w czasie ruchu, wynikającym z kurczu mięśni i sztywności w stawach. Bólom tym powinno się zapobiegać, planując wcześniej odpowiednią pielęgnację, zmianę pozycji ciała i ćwiczenia ruchowe. Jeśli zostało to zaniedbane, pomocne może być włączenie niewielkiej dawki benzodiazepin, które obniżają napięcie mięśniowe. W ostatnich dniach może się także nasilić ból kostny w przypadku zaprzestania podawania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), wtedy gdy chory przestał połykać. Można rozważyć podawanie NLPZ doodbytniczo albo podskórnie lub zwiększyć dawki opioidów. Z kolei ból kostny u takich chorych może ulec zmniejszeniu ze względu na zmniejszoną aktywność ruchową. W tym czasie może pojawić się ból spowodowany zmniejszoną perfuzją skóry i tkanki podskórnej. Na tym tle często dochodzi do odleżyn, którym może towarzyszyć trudny do zwalczania ból. W takim przypadku zalecany jest wybór najbezpieczniejszej metody postępowania, na przykład miejscowe podawanie morfiny w postaci żelu [10]. Ważne jest zwracanie uwagi, by chorego pielęgnować w okresie maksymalnego działania przeciwbólowego leków. Jeśli trzeba, można podać dodatkową dawkę morfiny podskórnie na 30 min przed zmianą opatrunku lub przed rozpoczęciem toalety chorego. Częstym wyrazem odczuwania bólu jest pojękiwanie przy dotykaniu pacjenta. Lichter i Hunt zauważyli, że u chorych leczonych z powodu bólu zapotrzebowanie na analgetyki przed śmiercią zwiększa się u 44% osób, pozostaje takie samo u 43%, a tylko u 13% pacjentów istnieje potrzeba zmniejszania dawek [11]. U większości chorych konieczna jest zmiana sposobu podawania leków — z doustnej na podskórną, nieraz w ciągu ostatniej doby życia. Jednak ból rzadko stanowi większy problem w okresie umierania, pod warunkiem że

był on odpowiednio leczony wcześniej. W przypadku chorych, którzy nie mogą już werbalnie zgłaszać swoich dolegliwości, opiekunowie interpretują pojękiwania, niepokój czy grymasy twarzy chorego jako wyraz bólu, co nie zawsze jest właściwe. Zdarza się, że tego rodzaju zachowanie jest spowodowane nie bólem jako takim, ale np. przepełnionym pęcherzem lub odbytnicą. Dodatkowa dawka opioidów nie tylko nie zmniejsza tych dolegliwości, ale — teoretycznie — może je nawet nasilić. W ten sposób zwiększane dawki opioidów bardzo często powodują splątanie i delirium, a to zwiększa cierpienie chorego.

## Duszność

W okresie umierania chory często doświadcza nasilenia duszności (inną sytuację, jaką jest nagła duszność, omówiono w podrozdziale dotyczącym stanów nagłych). W tym okresie postępowanie często ogranicza się do leczenia objawowego. U chorego w zaawansowanym stadium, który nie wstaje z łóżka, narastanie duszności spoczynkowej najczęściej wiąże się z dużym łękiem. Wówczas warto połączyć morfinę z benzodiazepiną. W razie nasilania się już wcześniej występującej duszności należy zastanowić się albo nad zwiększaniem dotychczas przyjmowanej doustnej dawki morfiny, albo też nad zmianą z formy doustnej na podskórną, szczególnie, jeśli u umierającego występują trudności z połykaniem leków. Natomiast jeśli pacjent nie przyjmował żadnych opioidów, w wielu ośrodkach opieki paliatywnej u chorych z dusznością i towarzyszącym łękiem początkowo stosuje się morfinę z midazolamem w formie ciągłego wlewu podskórnego (np. jako dawka dobową wstępną ok. 10 mg morfiny + 5–10 mg midazolamu), co pozwala na zachowanie większej stabilności stężeń leków oraz wykorzystanie synergistycznego wpływu tych leków na regulację oddychania [12]. Jeśli nie ma możliwości zastosowania pompy, morfinę z midazolamem można podawać w dawkach podzielonych co 4 godziny podskórną do „motylka”. Przy bardzo nasilonej duszności najbardziej skuteczne jest dożylne podanie morfiny. Początkowa dawka u osób nieprzyjmujących uprzednio morfiny wynosi zazwyczaj 1–2 mg i może być powtarzana po 10 min, aż do zmniejszenia duszności lub wystąpienia objawów ubocznych, takich jak senność. Zazwyczaj całkowita dawka wstępna nie przekracza kilku miligramów. Następnie, w zależności od sytuacji, można zastosować regularne doustne lub podskórne leczenie. Należy pamiętać, że pomimo szybkiego łagodzenia duszności po dożylnym podaniu morfiny, jej działania niepożądane mogą nasilać się w ciągu kilkadziesiąt minut, dlatego

należy w tym czasie kontrolować stan chorego. Warunkiem dożylnego podania morfiny jest możliwość zastosowania naloksonu w razie wystąpienia zahamowania ośrodka oddechowego. U chorych z nasiloną dusznością morfinę można podawać podskórną, jednak efekt działania pojawia się później, więc skuteczność dawki można ocenić po 20–30 min. U osób z bardzo nasiloną dusznością, przy braku możliwości podania leku dożylnie, dawkę wstępną można podać domięśniowo. W przypadku znacznej komponenty lękowej nie należy zapominać o benzodiazepinach. Najlepszą opcją jest midazolam. Jeśli duszność jest bardzo nasilona, a komponenta lękowa jest wyraźna, skuteczniejsze może być podanie dawki wstępnej midazolamu parenteralnie (dożylnie 1–2 mg, z ewentualnym powolnym powtarzaniem dawek 1 mg albo podskórną 5 mg, z ponownym w razie potrzeby podaniem dawki po 15 min). U chorych przyjmujących opioidy skuteczne dawki midazolamu mogą być jeszcze mniejsze. Przy dożylnym stosowaniu benzodiazepin należy pamiętać o możliwości depresji oddechowej, która wymaga podania flumazenilu. Jeśli nie ma możliwości stosowania midazolamu, w sytuacjach zaostrzenia duszności z łękiem można zalecić lorazepam (najlepiej w formie podjęzykowej, o ile jest ona dostępna, lub doustnie), zazwyczaj w dawce 1–2,5 mg. Przy regularnym podawaniu można określić dawkę lorazepamu podawanego doustnie — np. 2 razy dziennie oraz „w razie potrzeby” lub też tylko w przypadku nasilenia duszności. Dawkowanie opioidów i benzodiazepin szczegółowo omówiono w poprzednim numerze Polskiej Medycyny Paliatywnej w artykule na temat opioidów w duszności [13].

## Rzężenia umierających

Rzężenia umierających wywołane jest najczęściej przez poruszanie się wydzieliny w krtańowej części gardła wraz z każdym wdechem i wydechem, które chory nie może odkrztusić. W większości przypadków stres związany z tym objawem dotyczy bardziej rodziny czy opiekunów niż samego umierającego, który najczęściej jest nieprzytomny. Przede wszystkim należy wytłumaczyć rodzinie, co powoduje rzężenia. Trzeba zaznaczyć, że nie jest to źródło dyskomfortu i cierpienia dla chorego i że on się „nie dusi”. Warto spróbować położyć pacjenta na prawym boku, ponieważ ta pozycja może poprawić drenaż wydzieliny i zmniejszyć rzężenia. U chorych nieprzytomnych można spróbować odessać wydzielinę z jamy ustnej i gardła, u pacjentów przytomnych należy tego unikać. Leki antycholinergiczne powodują zmniejszenie produkcji wydzieliny, natomiast

**Tabela 4. Odwracalne przyczyny splątania u pacjentów umierających**  
**Table 4. Reversible causes of confusion in patients close to death**

Przyczyna	Postępowanie
Nowe bodźce z otoczenia	Redukcja nowych bodźców, np. hałasu, światła
Wzrost ciśnienia śródczaszkowego	Deksametazon 8–16 mg/dobę <i>i.v.</i> , 20% mannitol 250–500 ml/dobę <i>i.v.</i>
Hiperkalcemia	Nawodnienie, bifosfoniany, calcytonina, glikokortykosteroidy <i>i.v.</i>
Odwodnienie i zaburzenia elektrolitowe najczęściej w przebiegu wymiotów i biegunki	Nawodnienie i wyrównanie elektrolitowe pacjenta, leczenie wymiotów i biegunki
Gwałtowne nasilenie bólu	Leczenie przeciwbólowe
Zatrzymanie moczu	Przywrócenie odpływu moczu, np. założenie cewnika Foleya, rozważenie wykonania nefrostomii
Zaparcia	Zapobieganie zaparciom i ich leczenie
Działania niepożądane leków i interakcje lekowe	Modyfikacja leczenia

nie wpływają na już nagromadzoną wydzielinę. Leki antycholinergiczne przede wszystkim zmniejszają sekrecję śliny, w mniejszym stopniu wydzielanie w oskrzelach. Zazwyczaj poleca się butylobromek hioscyny w dawce początkowej 20 mg podskórnie, a następnie w dawce dobowej 40–60 mg podskórnie (w pompie lub w dawkach podzielonych co 8 godzin). U chorych przytomnych może dojść do znacznego wysuszenia jamy ustnej, a także do delirium antycholinergicznego.

## Splątanie

Niemal u 50% pacjentów przyjmowanych do hospicjów występują różnego stopnia zaburzenia poznawcze [14]. W ostatnich dniach życia często obserwuje się splątanie. Zwykle objawia się ono trudnościami w skupieniu uwagi, zaburzeniami pamięci, dezorientacją oraz występowaniem omamów. Towarzyszyć im może podwyższona lub obniżona aktywność psychoruchowa. Pacjent może zachowywać się głośno, agresywnie, mówić w sposób chaotyczny lub odwrotnie — być bardzo spokojny, niechętny do jakiegokolwiek aktywności ruchowej, czasami wręcz senny. U chorych umierających przyczyn splątania może być wiele, ale lekarz rodzinny powinien starać się rozpoznać te z nich, które są potencjalnie odwracalne i próbować je zlikwidować (tab. 4). Do przyczyn tych należą nowe, silne bodźce z otoczenia, wzrost ciśnienia śródczaszkowego, hiperkalcemia, odwodnienie i zaburzenia elektrolitowe, silny ból, zatrzymanie moczu, zaparcia oraz działania niepożądane leków. W tych przypadkach staramy się usunąć przyczynę, aby zlikwidować lub zmniejszyć nasilenie splątania. Przed podjęciem próby leczenia przyczynowego należy rozważyć jego sens w obliczu zaawansowania choroby. Dotyczy to zwykle leczenia zespołu wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego u pacjentów z rozsianą chorobą nowotwo-

rową. Bardzo ważną kwestią jest stosowanie leków, które często powodują pogorszenie funkcji poznawczych. W czasie opieki nad umierającym należy pamiętać o ograniczeniu farmakoterapii do minimum. Należy skoncentrować się na lekach poprawiających jakość życia w jego końcowym okresie. W przypadku przyczyn nieodwracalnych wynikających z wpływu choroby nowotworowej na procesy ogólnoustrojowe i czynność mózgu oraz gdy leczenie przyczyn odwracalnych nie przyniosło pożądanego efektu, można stosować już tylko leczenie objawowe. W terapii tej u pacjentów z objawami splątania i pobudzonych stosuje się leki z grupy neuroleptyków w połączeniu z benzodiazepinami, a u chorych niepobudzonych — same neuroleptyki (tab. 5). Oprócz leczenia farmakologicznego ważne jest zapewnienie choremu spokoju, umiarkowanego oświetlenia oraz obecności drugiej osoby [15].

## Odwodnienie

Problem odwodnienia pacjenta i kwestia jego nawadniania to temat często dyskutowany z rodziną chorego w ostatnich dniach życia. Zaprzeszanie przyjmowania płynów i pokarmów, zwiększone pocenie się wywołane stosowaniem leków lub podwyższoną temperaturą ciała, wymioty i rzadziej biegunka to główne przyczyny odwodnienia w okresie umierania. Narastające odwodnienie budzi w rodzinie opiekującej się chorym niepokój i często prosi ona leka-

**Tabela 5. Leczenie objawowe pobudzenia**  
**Table 5. Symptom control of agitation**

Pacjenci	Leki
Hiperaktywni	Neuroleptyk (np. haloperidol 2–5 mg lub lewomepromazyna od 12,5 mg s.c. + benzodiazepina (np. midazolam 5 mg s.c.))
Hipoaktywni	Neuroleptyk (np. haloperidol 1–5 mg s.c.)

**Tabela 6. Wpływ odwodnienia na umieranie**  
**Table 6. The way how dehydration influences dying**

Mniejsza sekrecja w drogach oddechowych (mniej kaszlu, zalegania, zastoju)
Zmniejszona sekrecja w przewodzie pokarmowym (redukcja wymiotów)
Zmniejszenie bólu (związanego z obrzękiem wokół guza)
Łagodzenie objawów wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego (u chorych z guzami mózgu)
Mniejsza produkcja moczu (łatwiejsza pielęgnacja)

rza o parenteralne podawanie płynów. Jak wskazują wyniki badań, większość osób z zaawansowaną chorobą nowotworową, u których odwodnienie rozwijało się stopniowo i nie wynikało z przyczyn odwracalnych (takich jak wymioty), nie odnosi żadnych korzyści z nawadniania parenteralnego. Postępujące odwodnienie zazwyczaj ułatwia umieranie (tab. 6) [16–18]. Odwodnienie prowadzi do zmniejszenia sekrecji w drogach oddechowych, co powoduje mniejsze zaleganie wydzieliny, której chory nie może odkrztusić. Zmniejsza to natężenie kaszlu i redukuje ryzyko zachłyśnięcia. Zmniejszona sekrecja w przewodzie pokarmowym redukuje wymioty, a zmniejszenie obrzęku guza wskutek odwodnienia może zmniejszyć ból związany z podwyższonym ciśnieniem śródczaszkowym [19].

Jednak jeśli dochodzi do nagłego odwodnienia wskutek na przykład wymiotów czy biegunki, lekarz rodzinny powinien rozważyć zasadność nawadniania parenteralnego. Jeżeli pojawią się wątpliwości, można to omówić z rodziną i włączyć próbne nawadnianie na 2–3 dni, a potem zdecydować o jego kontynuacji lub zaprzestaniu.

## Suchość jamy ustnej

Suchość w jamie ustnej jest zwykle spowodowana zmianami na błonie śluzowej oraz zmniejszonym wydzielaniem śliny. Najczęstszą przyczyną suchości w ostatnich dniach życia jest wyniszczenie nowotworowe powodujące oddychanie przez usta, odwodnienie oraz grzybicę jamy ustnej. Rozwój nowotworu może doprowadzić do powstania owrzodzeń błony śluzowej, zniszczenia ślinianek, jak również — w przypadku przerzutów do kości — do rozwoju hiperkalcemii. Suchość w jamie ustnej może być skutkiem radioterapii miejscowej albo rozległych zabiegów chirurgicznych w obrębie głowy i szyi (uszkodzenie lub usunięcie ślinianek). Szczególną uwagę należy zwrócić na leki przyjmowane przez chorego. Suchość błony śluzowej występuje często przy podawaniu leków cholinolitycznych, moczopędnych oraz przy podawaniu morfiny. Również tlenoterapia,

zwłaszcza stosowana bez nawilzacza, może powodować uczucie suchości w jamie ustnej [20, 21].

Suchość jamy ustnej nie powinna być lekceważona jako objaw mało znaczący, gdyż bywa przyczyną utraty chęci do jedzenia i picia. Występuje bardzo często, choć pacjenci, nie pytani o to przez lekarza, wspominają o niej rzadko [21, 22].

Postępowanie w przypadku suchości w jamie ustnej obejmuje pielęgnację jamy ustnej, zalecenia dietetyczne oraz leczenie grzybicy. Pielęgnacja jamy ustnej polega na częstym podawaniu płynów w niewielkiej objętości, ssaniu kostek lodu lub zamrożonych kostek ananasa, zwilżaniu jamy ustnej i warg. Istotne jest również zadbanie o odpowiednią wilgotność w pomieszczeniu, w którym przebywa chory, oraz stosowanie tlenoterapii wraz z nawilżaczem. Pewne złagodzenie suchości warg można uzyskać, smarując je cienką warstwą wazeliny [23].

## Zaparcia

Sporadyczne i utrudnione oddawanie stolca jest objawem zgłaszanym przez większość pacjentów z chorobą nowotworową. W ostatnich dniach życia przyczynami zapać jest brak ruchu, spożywanie niewielkich ilości pokarmu, odwodnienie, osłabienie oraz stosowane leki, głównie leki opioidowe. Zalegające masy kałowe są nie tylko przyczyną zaburzeń defekacji, ale mogą powodować ból, wymioty oraz uczucie dyskomfortu w jamie brzusznej. Przy włączaniu opioidowych leków przeciwbólowych o możliwości wystąpienia zapać należy myśleć zawsze dużo wcześniej niż w ostatnich dniach życia. Można uregulować rytm wypróżnień, stosując dietę bogatą w błonnik oraz leki przeczyszczające. Pozwala to zapobiec zaleganiu mas kałowych i występowaniu związanych z tym objawów w ostatnich dniach życia pacjenta. Do przewlekłego stosowania najlepsze są środki działające osmotycznie, poślizgowo, a także środki drażniące [24–26]. Zaparciom należy zapobiegać bądź rozpocząć ich jak najwcześniejsze leczenie tak, aby nie doprowadzić do ich występowania u chorych umierających. Jednak nawet w przypadku pacjenta umierającego, jeśli występują nudności, wymioty lub ból wynikający z zapać, lekarz rodzinny powinien rozważyć wykonanie lewatywy.

## Częstomocz

Oddawanie moczu częściej niż 7 razy w ciągu dnia i częściej niż 2 razy w czasie nocy bywa bardzo uciążliwe i ma duży wpływ na samopoczucie pacjenta. Przyczyn częstomoczu jest wiele. Do przyczyn bezpośrednio związanych z chorobą nowotwo-

rową należą: nacieczenie nowotworowe pęcherza moczowego, częstsze oddawanie moczu wskutek silnego bólu, częstomocz wywołany przez hiperkalcemię oraz zmiany w pęcherzu moczowym wywołane przez napromienienie lub po chemioterapii [27, 28]. Do częstomoczu może dojść także przy uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego, podczas stosowania leków moczopędnych lub wskutek zakażenia układu moczowego. Postępowanie powinno obejmować leczenie przyczynowe, takie jak redukcję dawki leków moczopędnych czy leczenie zakażeń układu moczowego, próbę uregulowania czasu mikcji (np. co 1–3 godzin) oraz postępowanie ułatwiające pacjentowi oddanie moczu, gdy taka potrzeba się pojawia. W tym celu należy zapewnić choremu basen lub „kaczkę”, ułatwić dostęp do toalety oraz zwrócić uwagę osobom opiekującym się chorym, aby szybko reagowały na potrzebę oddania moczu. Pacjentowi leżącemu trzeba zapewnić odpowiednie podkłady lub pieluchomajtki, które należy często zmieniać tak, aby nie dopuścić do maceracji skóry. Można również stosować anatomicznie uformowane wkłady dla kobiet lub mężczyzn niekrępujące ruchów, zalecane pacjentom aktywnym. U części chorych konieczne jest założenie na stałe cewnika Foleya. Lekarz musi także rozważyć, czy dla pacjenta większym problemem będzie dyskomfort wywołany przez cewnik, czy problemy związane z leczeniem odleżyn. W farmakoterapii objawowej częstomoczu stosuje się leki cholinolityczne, takie jak: oksybutynina 2,5–5,0 mg 2–3 razy dziennie lub amitryptylina 25–50 mg na noc. Należy jednak zaznaczyć, że celowość wprowadzania tych leków w ostatnich dniach życia jest wątpliwa, a włączenie amitryptyliny w fazie umierania może wiązać się z wystąpieniem wielu działań niepożądanych, przede wszystkim z nasileniem senności [29].

## Zatrzymanie moczu

Nagle zatrzymanie moczu u pacjenta umierającego powoduje silne parcie na mocz, silny ból w jamie brzusznej oraz pobudzenie psychoruchowe. Bywa ono spowodowane przez przeszkodę na wysokości pęcherza moczowego i prostaty lub obustronną niedrożnością moczowodów. Zatrzymanie moczu na poziomie moczowodów nie wywołuje parcia na mocz i bólu w jamie brzusznej, ale ewentualnie ból w okolicy lędźwiowej [29].

Niedrożność dolnej części układu moczowego występuje najczęściej u pacjentów z nowotworami prostaty, u chorych z nacieczeniem nowotworowym pęcherza moczowego i osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego lub splotu krzyżowego. Obustronna

niedrożność moczowodów jest spowodowana pierwotnymi i wtórnymi guzami miednicy i przestrzeni zaotrzewnowej naciekającymi moczowody. Utrudnieniu oddawania moczu sprzyjają również zaparcia (wypełnienie masami kałowymi bańki odbytnicy) oraz leki zmniejszające napięcie mięśnia wypieracza moczu.

Najwłaściwszym postępowaniem w przypadku niedrożności dolnego piętra układu moczowego jest założenie umierającemu pacjentowi cewnika Foleya. Jeśli przyczyną zatrzymania moczu są masy kałowe wypełniające bańkę odbytnicy, należy wykonać lewatywę lub usunąć ręcznie twarde masy kałowe. W przypadku stosowania leków antycholinergicznych lub  $\alpha_1$ -blokerów zaleca się wyłączenie ich z terapii. Przy obustronnej pełnej niedrożności moczowodów we wcześniejszej fazie choroby należy rozważyć wykonanie nefrostomii.

## Stany nagłe

Opiekując się chorym umierającym, należy zastanowić się wcześniej, jak chory będzie umierał? Co będzie największym problemem? Wcześniej jednak lekarz rodzinny musi zaakceptować swoją niemoc uzdrowienia chorego, by cały czas nie walczyć ze zbliżającą się śmiercią, a przez to nie przedłużać cierpienia i umierania.

W sytuacji istnienia ryzyka „trudnego umierania” lekarz rodzinny bezwzględnie powinien skontaktować się ze specjalistą medycyny paliatywnej. Należy bowiem jeszcze raz zastanowić się, czy istnieje możliwość złagodzenia procesu umierania (np. poprzez zastosowanie metod onkologicznych czy wykonanie tracheostomii). Jeśli nie, trzeba ustalić jasny protokół postępowania w takich przypadkach. Specjalista medycyny paliatywnej może też pomóc w rozmowie z chorym i rodziną. Nie należy unikać takiej rozmowy. Chory i rodzina obserwują, co się dzieje, widzą, że narasta duszność czy krwioplucie. Mają swoje wyobrażenia, zwielokrotnione przez lęk i własne, często negatywne doświadczenia. Mają prawo do rzetelnej informacji dotyczącej tego, jak może wyglądać umieranie i co można zrobić, aby chory mógł umrzeć spokojnie.

W sytuacji, kiedy w domu trudno jest zapewnić spokojne umieranie, chory ma prawo poprosić o przyjęcie na oddział opieki paliatywnej. Sama świadomość takiej możliwości działa uspokajająco — w razie wystąpienia nagłych powikłań (np. oddechowych) chory otrzyma leki, po których zaśnie, nie będzie odczuwał duszności i umrze, nie dusząc się. Jeśli pacjent chce pozostać w domu, należy (w porozumieniu ze specjalistą medycyny paliatywnej) starać się zmniejszyć ryzyko trudnego umierania.

Rodzina musi wiedzieć, co ma robić na wypadek stanów nagłych. Co może podać do „motyłka”, gdy wystąpi nagła duszność? Pod jaki numer telefonu zadzwonić? Po jakim czasie powinna przyjść pielęgniarka i kiedy pojawi się lekarz?

Lekarze boją się takich rozmów. Wydaje im się, że nie tylko pozbawią chorego nadziei, ale nasilą u niego lęk przed umieraniem. Paradoksalnie jednak najczęściej po takich rozmowach lęk się zmniejsza, ponieważ najgorsza dla chorego i jego rodziny jest niepewność: „jak to będzie?”.

Jeśli lekarz rodzinny będzie unikał rozmowy, nie omówi postępowania na wypadek problemów w okresie umierania, to narazi chorego i rodzinę na dodatkowe cierpienia, niepewność i lęk. Rodzina będąca w panice jest w stanie wezwać zespół reanimacyjny. Lekarz pogotowia ratunkowego, który nie zna sytuacji, będzie starał się intubować pacjenta, zabierze go do szpitala, a chory pewnie umrze, dusząc się, czy to w karetce, czy w izbie przyjęć. Nie chodzi tu tylko o cierpienie chorego, ale także o ciężar i bolesne doświadczenie dla najbliższych, którzy będą musieli dalej z tym żyć.

Jak powinien postępować lekarz rodzinny, jeśli już doszło do wystąpienia krwotoku z dróg oddechowych lub nagłej duszności z obturacji guzem dróg oddechowych?

Jeśli ustalono, że u chorego nie będą stosowane zabiegi ratujące życie i chce on pozostać w domu, to w przypadku masywnego krwotoku podstawowym celem staje się utrzymanie drożności dróg oddechowych, tak aby chory nie zakrztusił się krwią lub śluzem. Położenie pacjenta na boku, aby „na dole” znalazło się krwawiące oskrzele, zapobiega zarzucaniu krwi do płuca zdrowego. Niektórzy chorzy czują się lepiej, siedząc, ale zawsze należy im zapewnić stabilizację głowy, tak by była pochylona do przodu, a podbródek skierowany w dół. Każde pochYLENIE głowy do tyłu może bowiem nasilić krwawienie i zwiększyć krztuszenie się. Jeśli pacjent jest niespokojny, korzystne może okazać się podanie parenteralnie midazolamu i/lub morfiny. Zazwyczaj krwawienie (żylne) zmniejsza się lub zatrzymuje przy spadku ciśnienia tętniczego. Należy bezwzględnie zostać przy chorym i odpowiednio postępować w zależności od rozwoju sytuacji. Jeśli pacjent się dusi na skutek ucisku na tchawicę nagle zwiększonego w wyniku krwawienia mięszowego guza albo nagłego zamknięcia się światła oskrzela przez guz, należy podawać parenteralnie midazolam oraz morfinę w celu zmniejszenia lęku i duszności, nawet za cenę wyłączenia świadomości chorego.

Inną trudną sytuacją jest umieranie pacjenta w niekontrolowanym bólu. Zdarza się to najczęściej

u osób, u których uprzednio nie leczono lub źle leczono ból. Najczęściej dzieje się tak, gdy stale zwiększa się dawki morfiny w przypadku bólu niewrażliwego na ten lek. U wielu takich chorych dochodzi do splątania i niepokoju przy jednoczesnych, stale obecnych objawach bólowych. Niekiedy określa się tę sytuację jako „ból wszechogarniający”. Wymaga ona zdecydowanego postępowania i podawania, zazwyczaj parenteralnie, leków specyficznych dla danej postaci bólu.

## Ocena potrzeb rodziny

W trakcie opieki nad pacjentem lekarz rodzinny nie powinien zapominać o potrzebach osób najbliższych umierającemu. Zwykle wskutek skupienia uwagi na samym chorym nie zauważa się problemów, z jakimi boryka się jego rodzina. Rodzina ma również potrzeby fizyczne, duchowe, socjalne i psychologiczne. Najczęściej obserwowanym objawem jest zmęczenie fizyczne, wynikające z ciągłej i bardzo wyczerpującej opieki nad chorym. Towarzyszy temu zwykle silny stres związany z odchodzeniem bliskiej osoby. Lekarz w czasie wizyt powinien baczenie obserwować rodzinę pacjenta i zająć się zgłaszanymi przez nią problemami. Warto pamiętać, że u około 20% opiekunów rozwija się poważna choroba somatyczna już w okresie opieki nad pacjentem. Zazwyczaj opiekunowie nie informują o występujących u nich objawach, więc łatwo można je przeoczyć.

Ważna jest konieczność nauczenia opiekunów pielęgnacji chorego (np. wysadzania lub podnoszenia) i radzenia sobie w opiece nad pacjentem, gdy przestaje on jeść i pić lub występują u niego zaburzenia funkcji poznawczych. Rodziny zawsze mają wątpliwości, jak rozpoznać śmierć chorego i co wtedy zrobić. Rozmowa z lekarzem na temat śmierci i jej rozpoznania oraz wyjaśnienie opiekunom, jak postępować po zgonie, może rozwiązać wiele wątpliwości i uspokoić rodzinę. Bardzo ważne jest, aby lekarz rodzinny „zauważył” w rozmowie fakt, że rodzina zrobiła wszystko, co było konieczne, aby chory mógł spokojnie umrzeć, że czyniła to z dużym poświęceniem i miłością. Nie należy mówić członkom rodziny, iż powinni byli postąpić inaczej lub zrobić coś wcześniej. Takie postępowanie lekarza przyczynia się do rozwoju wyrzutów sumienia trwających czasami wiele lat i zaburzeń psychicznych w okresie żałoby.

## Przygotowanie do śmierci

Lekarz rodzinny, opiekując się umierającym, powinien pomóc choremu i rodzinie przygotować się



do rozstania [30]. Przygotowanie to ma charakter bardzo praktyczny, na przykład omówienie postępowania w razie wystąpienia objawów. Bardzo ważne jest planowanie. Na podstawie obrazu rozwijającej się choroby, korzystając ze swej wiedzy i doświadczenia, lekarz może wytłumaczyć rodzinie, co się najprawdopodobniej będzie działo oraz co się najprawdopodobniej nie wydarzy. Działa to bardzo uspokajająco na rodzinę. Na przykład, w przypadku chorego z niewydolnością wątroby można powiedzieć rodzinie, że najprawdopodobniej będzie on coraz bardziej senny i umrze w czasie snu; może wystąpić pobudzenie czy niepokój — wówczas należy natychmiast zadzwonić do lekarza lub pielęgniarki, a w tym czasie podać podskórnie „do motylka” dodatkową dawkę haloperidolu; jest mało prawdopodobne, że wystąpią duszności lub że ból się nasili. Jeśli lekarz spodziewa się trudnego umierania, również musi to szczegółowo omówić.

Trzeba także wytłumaczyć rodzinie, co zrobić, gdy chory umrze. Gdzie zadzwonić, jakie dokumenty przygotować itp. Takie rozmowy powinien inicjować lekarz, ponieważ rodzina często boi się sama o to zapytać albo uważa, że lekarz nie ma czasu na takie sprawy.

Należy też zwrócić uwagę, czy rodzina rozumie, co oznacza stwierdzenie, że „chory umiera”. Z doświadczenia lekarzy opieki paliatywnej wynika, że mówiąc o umieraniu chorego, mieli na myśli godziny, ewentualnie dni, a najbliżsi odbierali te informacje w kategoriach tygodni, a niektórzy nawet miesięcy. Później rodzina może zarzucać lekarzowi, że nie uprzedził ich, iż będzie to trwało tak krótko i nie zdążyli pozatłatwiać różnych spraw. Trzeba być przede wszystkim uczciwym wobec chorego, zapytać go, czy ma jakieś ważne problemy do rozwiązania. Lekarz rodzinny w odróżnieniu od lekarzy innych specjalności najczęściej zna sytuację chorego. Jeśli nawet nie jest jej pewien, to z odpowiednim wyczuciem i delikatnością może zapytać, czy pacjent życzy sobie wizyty kapłana, czy chciałby zobaczyć jakieś bliskie osoby, żeby się z nimi pożegnać, czy są jakieś sprawy, które go niepokoją? Lekarz powinien zapytać rodzinę, czy wszystkie kwestie prawne zostały już uregulowane. Rodzinie należy wytłumaczyć, że nie może zostawiać tych spraw na ostatnią chwilę, ponieważ im bliżej śmierci, tym kontakt z chorym będzie trudniejszy. Ocenia się, że jedynie 10% chorych w ostatniej dobie życia jest w pełni świadomych. Około 67% jest podsypiających, a 23% nieprzytomnych [11].

Lekarz rodzinny powinien też zwracać uwagę na różne problemy, które pojawiają się w tym okresie, niekiedy trudne do nazwania czy nawet lekceważo-

ne przez innych. Przykładem tego jest tzw. świadomość zbliżania się śmierci (*nearing death awareness*) — pojęcie wprowadzone w latach 90. [31]. Tą nazwą określa się różne zjawiska, które utwierdzają chorego w przekonaniu, że koniec jest już blisko. Najczęściej jest to widzenie zmarłych, bliskich pacjentowi osób. Działa to zazwyczaj uspokajająco na pacjentów, ale nieraz niepokoją się, że mają halucynacje i „zaczynają wariować”. Jeśli chory zaufa swojemu lekarzowi na tyle, że mu o tym powie, trzeba go uspokoić, że inni również w ten sposób to odczuwają, że jest on „normalny” i wreszcie, że to chyba dobrze, że „ktoś bliski tam na niego czeka”.

Innym aspektem przygotowania do śmierci jest podpowiedzenie w odpowiednim momencie członkom rodziny, żeby się z chorym pożegnali [30]. Może to wydawać się oczywiste, że skoro chory stopniowo zbliżał się do śmierci, a rodzina cały czas się nim opiekowała, to przecież ze sobą rozmawiali i zapewne wszystko już sobie powiedzieli. Rodzina może mieć też świadomość, że już dawno pożegnała się z chorym i nic więcej nie jest już potrzebne. Nieprawda. Z doświadczeń lekarzy opieki paliatywnej wynika, że często po śmierci chorego rodzina z płaczem skarży się, że nie pożegnała się, że śmierć członka rodziny ich zaskoczyła i że nie przeprosiła, czy też nie powiedziała umierającemu, jak bardzo go kocha. Szczególnie bolesne jest to dla tych bliskich, którzy nie uczestniczyli w opiece, a przyjechali do chorego w okresie, kiedy kontakt z nim był już utrudniony. Wtedy warto powiedzieć im, zgodnie z prawdą, że pacjent prawdopodobnie do końca ich słyszy i że mogą mu teraz wszystko powiedzieć i pożegnać się.

Opiekując się umierającym, lekarz rodzinny może także spotkać się z problemem, który określa się jako „pozwolenie na odejście”. Dotyczy to nie tylko umierających dzieci, którym rodzice nie pozwalają umrzeć, czuwają przy nich, prosząc, aby ich nie zostawiały, a wręcz zabraniając im tego. Zdarza się, że dziecko wykorzystuje tzw. „okienko”, umierając akurat w te kilka minut, kiedy to rodzice na chwilę wyszli z pokoju. Staje się to często przyczyną wyrzutów sumienia u rodziców, że nie byli przy śmierci swojego dziecka. Takie sytuacje obserwuje się także w przypadku umierających dorosłych. Ich rozwiązanie wymaga wiele taktu, cierpliwości, dobrej komunikacji, a często wsparcia psychologicznego. Nie należy jednak z tego rezygnować, ponieważ może to stać się przyczyną niepotrzebnego przedłużania procesu umierania. Również tzw. „niezłatwione sprawy” wydłużają umieranie. I znów lekarz rodzinny, nawet jeśli prosi o pomoc zespół opieki paliatywnej, może być kluczową osobą w rozwiązaniu tej sytuacji. W rozmowie z rodziną może starać się znaleźć

przyczynę przedłużania umierania (często jest to brak przebaczenia lub też oczekiwanie na czyjąś wizytę). Najczęściej jednak „przeciągana śmierć” spowodowana jest przez heroiczne zabiegi medyczne, podejmowane tylko dlatego, aby zrobić wszystko, by chory nie umarł.

Uświadomienie sobie tego jest bardzo istotne. W jakości umierania, oprócz oceny kontroli bólu, innych objawów, stopnia spełnienia potrzeb pacjenta, postępowania zgodnie z jego wolą (co do miejsca umierania czy rezygnacji z nieproporcjonalnych metod terapeutycznych), bierze się pod uwagę to, czy okres umierania nie był niepotrzebnie przedłużony [32].

## Myśli na koniec

Lekarz rodzinny leczący pacjenta z zaawansowaną chorobą nowotworową, zazwyczaj cierpiącego z powodu wielu objawów, zbliżającego się do śmierci, powinien nie tylko reagować na różne sytuacje, ale także uprzedzać pojawienie się problemów oraz im zapobiegać [33]. Musi też starać się, aby czas opieki nad umierającym był dla bliskich okresem dobrych wspomnień i dawał siłę do dalszego życia. Cel ten jest jak najbardziej osiągalny.

## Piśmiennictwo

1. Dokument programowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Dla dobra publicznego. Aktis, Łódź 2002.
2. Barclay S., Wyatt P., Shore S., Finlay I., Grande G., Todd C. Caring for the dying: how well prepared are general practitioners? A questionnaire study in Wales. *Palliat. Med.* 2003; 17 (1): 27–39.
3. Ramsay A. Care of cancer patients in home-based hospice program: a comparison of oncologist and primary care physicians. *J. Fam. Pract.* 1992; 34 (2): 170–174.
4. Desmedt M., Michel H. Palliative home care: improving co-operation between the specialist team and the family doctor. *Support Care Cancer* 2002; 10 (4): 343–348.
5. Hermann I., Denekens J., Van den Eynden B., Van Royen P., Verrept H., Maes R. General practitioners caring for terminally ill patients resident in hospice. *Support Care Cancer* 1999; 7 (6): 437–438.
6. Mitchell G. Assessment of GP management of symptoms of dying patients in Australian community hospice by chart audit. *Fam. Pract.* 1998; 15 (5): 420–425.
7. Twycross R.G. Wyzwania opieki paliatywnej. *Polska Medycyna Paliatywna* 2003; 2 (1): 39–48.
8. Working Party on Clinical Guidelines in Palliative Care. *Changing Gear — Guidelines for Managing the Last Days of Life in Adults*. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, Land & Unwin Ltd, Northamptonshire 1997.
9. Saunders C. The care of the dying patient and his family. *Contact* 1972 (supl.); 38: 12–18.
10. Krajnik M., Zyllicz Z., Finlay I., van Sorge A., Luczak J: Potential uses of topical opioids in palliative care — report of 6 cases. *Pain* 1999; 80: 121–125.
11. Lichter I., Hunt E: The last 48 h of life. *J. Palliative Care* 1990; 6: 7–15.
12. Krajnik M. Leki wpływające na ośrodkową regulację oddychania. W: Krajnik M., Zyllicz Z. *Postępy medycyny paliatywnej*. Tom 1. Duszność w zaawansowanych stanach chorobowych — przyczyny i postępowanie. Jassem E. red. Via Medica, Gdańsk 2003; 157–176.
13. Krajnik M., Zyllicz Z., Adamczyk A. Jak działają opioidy w duszności? *Polska Medycyna Paliatywna* 2003; 2 (3): 183–190.
14. Buchanan R.J., Choi M., Wang S., Huang C. Analyses of nursing home residents in hospice care using the minimum data set. *Palliat. Med.* 2002; 16 (6): 465–480.
15. Twycross R.G., Lack S.A. Leczenie terminalnej fazy choroby nowotworowej. PZWL, Warszawa 1991: 103–107.
16. Dunphy K., Finlay I., Rathbone G., Gilbert J., Hicks F. Rehydration in palliative and terminal care: if not — why not? *Palliat. Med.* 1995; 9 (3): 221–228.
17. Steiner N. Methods of Hydration in Palliative Care Patients. *J. Palliative Care* 1998; 14 (2): 6–13.
18. Chiu T.Y., Hu W.Y., Chuang R.B., Chen C.Y. Nutrition and hydration for terminal cancer patients in Taiwan. *Support Care Cancer* 2002; 10 (8): 630–636.
19. Twycross R.G., Lichter I. The terminal phase. W: Doyle D., Hanks G.W.C., Macdonald N. red. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, Oxford 1993: 651–661.
20. Bagg J. Oral candidosis: how to treat a common problem. *Eur. J. Palliat. Care* 2003; 10 (2): 54–56.
21. Davies A.N. The management of xerostomia: a review. *Eur. J. Cancer Care* 1997; 6 (3): 209–14.
22. Davies A.N., Broadley K., Beighton D. Xerostomia in patients with advanced cancer. *J. Pain Symptom Manage* 2001; 22 (4): 820–825.
23. Ventafridda V., Ripamonti C., Sbanotto A., De Conno F. Mouth care. W: Doyle D., Hanks G.W.C., Macdonald N. red. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, Oxford 1993: 434–446.
24. Twycross R.G., Frampton D.R. Opieka paliatywna nad terminalnie chorym. *Abedik, Bydgoszcz* 1996: 92–94.
25. Sykes N.P. Constipation and diarrhoea. W: Doyle D., Hanks G.W.C., Macdonald N. red. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, Oxford 1993: 299–310.
26. Smith S. Evidence-based management of constipation in oncology patient. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 2001; 5 (1): 18–25.
27. Twycross R.G., Wilcock A. *Symptom management in advanced cancer*. Radcliffe Medical Press, Oxford 2001.
28. Evans R.A. Hypercalcemia. What does it signify? *Drugs* 1986; 31 (1): 64–74.
29. Mackinnon K.J., Norman R.W. Genitourinary disorders in palliative medicine. W: Doyle D., Hanks G.W.C., Macdonald N. red. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, Oxford 1993: 415–422.
30. Krajnik M., Zyllicz Z. Palliative care — care for the dying, home care, the last days of life, W: Sykes N., Fallon M.T., Patt R.B. red. *Clinical pain management*. Cancer pain. Arnold, Londyn 2003: 105–111.
31. Callanan M., Kelley P. *Final gifts*. Poseidon Press, New York 1992.
32. Cohen L.M., Poppel D.M., Cohn G.M., Reiter G.S. A very good death: measuring quality of dying in end-stage renal disease. *J. Palliat. Med.* 2001; 4 (2): 167–172.
33. McWhinney I.R. *Textbook of family medicine*. Oxford University Press, Londyn 1989.