



معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

راهنمای طبابت بالینی

ارائه مراقبت های تسکینی به بیماران مبتلا به سرطان در مراحل انتهایی

در بخش طب تسکینی

تابستان ۱۳۹۹

تنظیم و تدوین:

نام و نام خانوادگی	شغل	درجه علمی	نوع همکاری
۱ دکتر مرضیه نجومی	هیات علمی	استاد/ متخصص پزشکی اجتماعی	مجری
۲ دکتر مریم بیگلری ابهری	هیات علمی	متخصص پزشکی اجتماعی	همکار اصلی
۳ دکتر عبدالرحیم حزینی	مسئول بخش انکولوژی و طب تسکینی بیمارستان فیروزگر	فوق تخصص خون، انکولوژی و طب تسکینی	همکار اصلی
۳ دکتر پونه پیرجانی	Palliativist	پزشک عمومی - Palliativist	همکار طرح
۴ دکتر نعیمه کشاورزی	Palliativist	پزشک عمومی - Palliativist	همکار طرح
۵ دکتر سمانه ثقفیان لاریجانی	هیات علمی	متخصص زنان و زایمان	همکار طرح
۶ دکتر روشنا ثقفیان لاریجانی		دکتری حرفه ای داروسازی	همکار طرح
۷ دکتر فاطمه ملارحیمی ملکی	هیات علمی	متخصص پزشکی اجتماعی	همکار طرح
۸ دکتر خدیجه ازوجی		متخصص پزشکی اجتماعی	همکار طرح
۹ دکتر حسن عظیمی		متخصص پزشکی اجتماعی	همکار طرح
۱۰ دکتر زهرا رام پیشه	هیات علمی	متخصص پزشکی اجتماعی	همکار طرح
۱۱ دکتر علی حاجی غلامی	هیات علمی	متخصص داخلی - فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی	همکار طرح
۱۲ دکتر سارا سمیعی زفرقندی		متخصص رادیوانکولوژی	همکار طرح
۱۳ دکتر فاطمه تاجیک رستمی	هیات علمی	متخصص داخلی	همکار طرح
۱۴ دکتر مهدی یداله زاده	هیات علمی	متخصص داخلی - فوق تخصص ریه	همکار طرح
۱۵ دکتر مهدی نیکخواه	هیات علمی	متخصص داخلی - فوق تخصص گوارش و کبد بالغین	همکار طرح
۱۶ دکتر راحله علیمرادزاده	هیات علمی	متخصص طب سالمندان	همکار طرح
۱۷ دکتر مریم نیک صولت	هیات علمی	متخصص طب سالمندان	همکار طرح
۱۸ دکتر فاطمه شیرزاد	هیات علمی	متخصص روانپزشکی	همکار طرح
۱۹ دکتر مریم خیری		متخصص پزشکی اجتماعی	مشاور طرح

اسامی اعضاء محترم پانل خبرگان در مرحله اول عبارت است از :

- خانم دکتر مرضیه نجومی
- آقای دکتر عبدالرحیم حزینی
- خانم دکتر مریم بیگلری ابهری
- خانم دکتر فاطمه ملارجیمی
- خانم دکتر خدیجه ازوجی
- آقای دکتر حسن عظیمی
- خانم دکتر زهرا رام پیشه
- متخصص پزشکی اجتماعی-فلوشیپ اپیدمیولوژی بالینی
- فوق تخصص خون، انکولوژی و طب تسکینی
- متخصص پزشکی اجتماعی
- متخصص پزشکی اجتماعی
- متخصص پزشکی اجتماعی
- متخصص پزشکی اجتماعی

تحت نظارت فنی:

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت

دکتر عبدالخالق کشاورزی، فرانک ندرخانی، دکتر مریم خیری

فهرست:

خلاصه راهنمای بالینی

مقدمه

تاریخچه طب تسکینی

تعریف طب تسکینی

ایپدمیولوژی سرطان

ضرورت ارائه خدمات تسکینی

شایع ترین مشکلات جسمی در بیماران مبتلا به سرطان نیازمند به مراقبت های تسکینی

مشکلات روانی و دغدغه های معنوی

حوزه های ارائه خدمات در مراقبت های تسکینی

ارایه دهندگان مراقبت های تسکینی

اهداف تدوین راهنما

فهرست سوالات بالینی

روش اجرا

تعریف واژگان

راهنمای بالینی

درد

تنگی نفس

بی اشتهاپی و وکاهش وزن مفرط

تهوع و استفراغ

یبوست

انسداد بدخیم روده

اسهال

اختلالات خواب و بیداری

دلیریوم

حمایت اجتماعی - مدیریت منابع

آماده سازی بیمار، خانواده و مراقبین برای پایان زندگی

برنامه ریزی مراقبت پیشرفته

پاسخگویی به درخواست تعجیل مرگ

مراقبت از بیمار با مرگ قریب الوقوع

مداخلات پس از مرگ

منابع و مأخذ

پیوست ها :

- ۱- منابع (شواهد مورد استناد در استخراج و بررسی توصیه ها)
- ۲- جدول سطوح شواهد (Levels of Evidence)
- ۳- مقیاس ارزیابی عملکرد در بیماران مبتلا به سرطان
- ۴- ابزار نقد راهنماهای بالینی AGREE-II Checklist
- ۵- چک لیست امتیازدهی به توصیه ها توسط خبرگان
- ۶- وضعیت پوشش بیمه ای داروهای مصرفی در مراقبت های تسکینی

خلاصه راهنمای بالینی

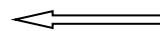
گام اول : غربالگری

بیمار را از نظر وجود این موارد بررسی نمایید:

- وجود علائم کنترل نشده
- ناراحتی (دیسترس) متوسط تا شدید در ارتباط با تشخیص و درمان سرطان
- شرایط فیزیکی و روانی اجتماعی نامطلوب همراه وهم زمان (comorbidity)
- نیازهای پیچیده روانشناختی
- آگاهی از پیش آگهی ضعیف
- بیماری بالقوه محدود کننده حیات
- تومورهای متاستاتیک
- نگرانی های بیمار ، خانواده یا مراقبین در مورد نوع بیماری و تصمیم گیری درباره آن
- درخواست های بیمار ، خانواده یا مراقبین برای مراقبت تسکینی
- درخواست بیمار برای تعجیل در مرگ

- اطلاع رسانی به بیماران و خانواده ها در مورد مراقبت تسکینی
- پیش بینی علائم و بررسی معیارهای پیشگیرانه
- رایزنی در مورد برنامه مراقبتی پیشرفته **Advanced Care Plan**
- غربالگری مجدد در ویزیت بعدی

اگر نتیجه غربالگری منفی بود :



اگر نتیجه غربالگری مثبت بود :

گام دوم : ارزیابی (توسط تیم انکولوژی)

این موارد ارزیابی شوند:

- سود/ زیان درمان ضد سرطان
- علائم بیمار
- دیسترس روانی-اجتماعی یا روحی
- اهداف و انتظارات شخصی بیمار
- نیازهای آموزشی و اطلاع رسانی برای بیمار
- عوامل فرهنگی موثر بر مراقبت ها
- وجود معیارهای ضرورت مشاوره با متخصصین

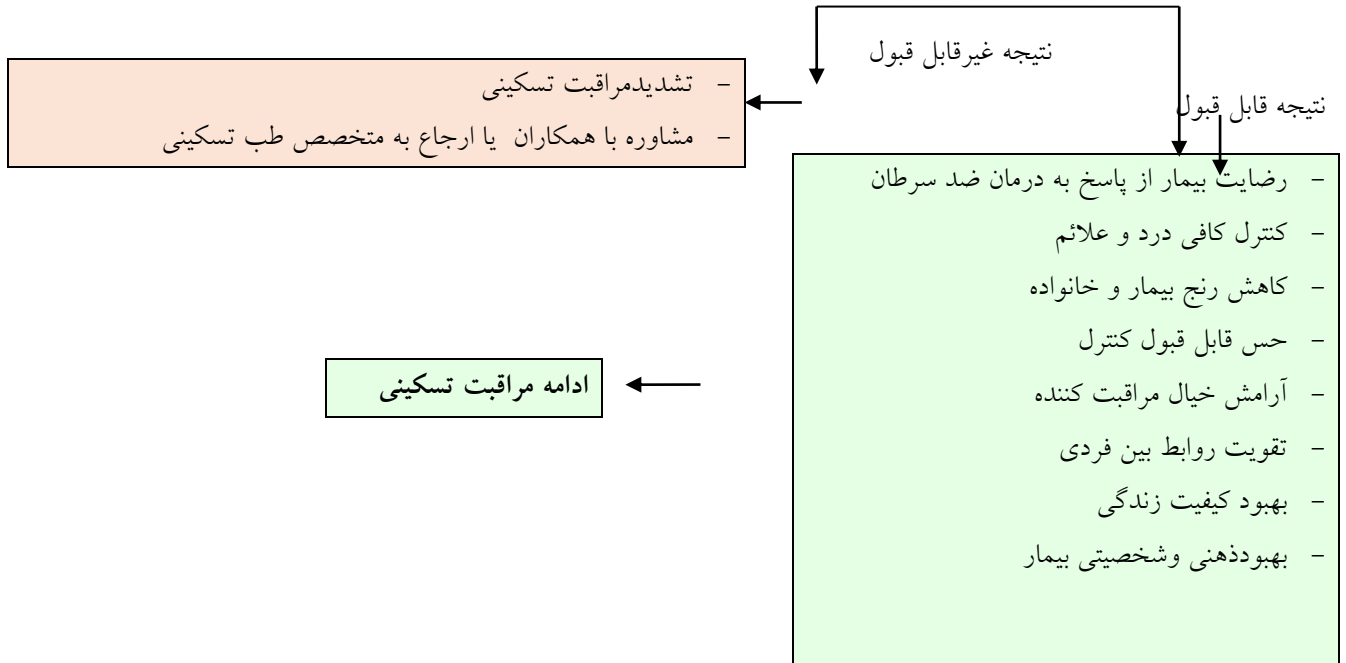
گام سوم : مداخلات مراقبت تسکینی

- | | |
|--|--|
| - ارجاع به آسایشگاه یا مراکز مراقبتی | - درمان ضد سرطان |
| - مراقبت از بیماران در حال مرگ قریب الوقوع | - درمان مناسب وضعیت روانی اجتماعی و فیزیکی |
| - تجویز مسکن های قوی برای تسکین درد | - یکپارچگی مراقبت تسکینی با سایر مراقبت ها |
| - حمایت روانی اجتماعی و روحی | - مدیریت علائم |
| - مراقبت فرهنگی مناسب | - برنامه مراقبت پیشرفته |

- مشاوره با متخصصین مراقبت تسکینی

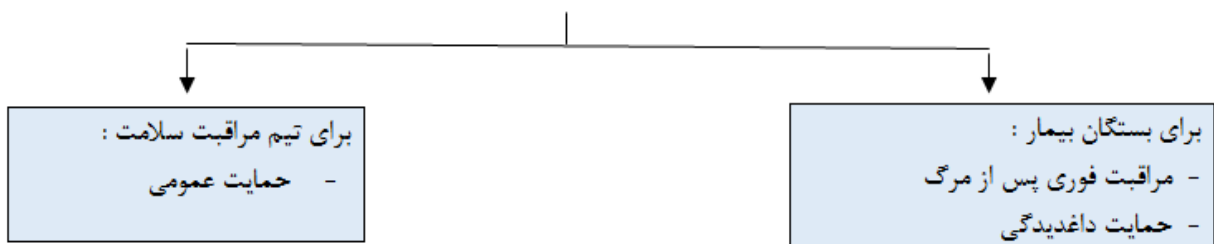
- مدیریت منابع و حمایت اجتماعی

گام چهارم : ارزیابی مجدد و مداوم

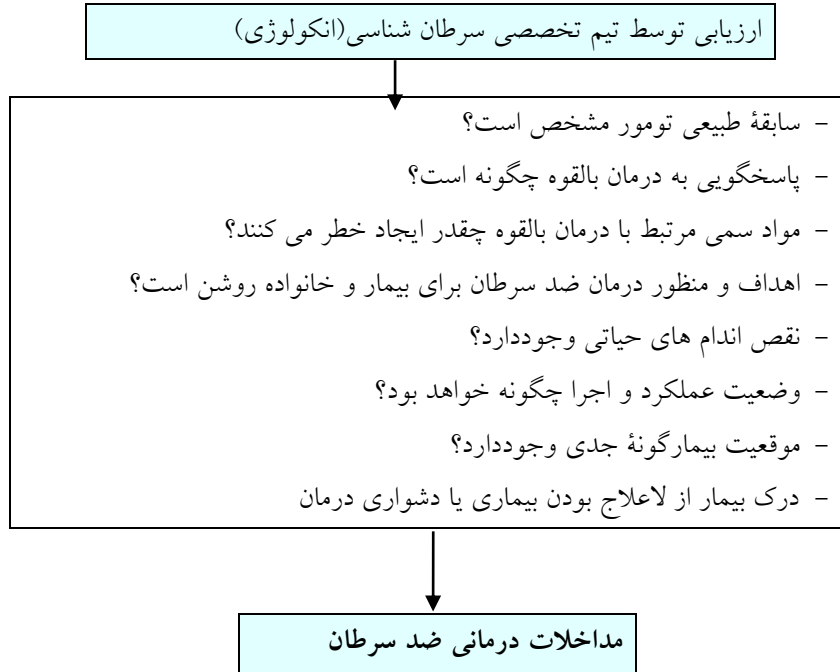


فوت بیمار

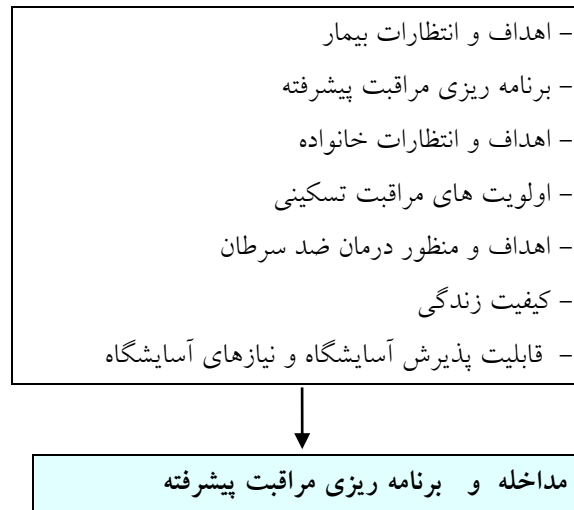
گام پنجم : ارائه مراقبت های پس از مرگ



ارزیابی فواید و مضرات درمان ضد سرطان



اهداف و انتظارات شخصی



معیارهای مشاوره با متخصص مراقبت تسکینی:

۱- خصوصیات بیمار

- انتخاب های درمانی محدود
- خطر بالای کنترل ضعیف درد یا دردی که به مداخله و درمان معمول مقاوم است مانند:

- درد نوروپاتیک
- درد همراه یا پیشرونده
- درد و رنج خانواده و روان اجتماعی
- افزایش سریع درد
- داروهای متعدد و حساسیت ها یا سابقه عوارض نسبت به درمان ، درد و مدیریت علائم
- سابقه سوء مصرف دارو یا الکل

- علائم بدون درد که باید توسط مداخلات اختصاصی مدیریت و کنترل می شوند:

- گاستروستومی برون ریز تسکینی (serting/ versing)
- ویزیت های مکرر متعاقب ED یا پذیرش مجدد در بیمارستان
- پذیرش در ICU: نارسایی چند عضو یا نیاز به تهویه مکانیکی طولانی مدت
- مقیاس درد زیاد (بیشتر از ۴)
- نقص شناختی
- موانع ارتباطی (زبان / سواد)
- موانع فیزیکی
- درخواست تعجیل مرگ
- مقاومت به درگیر شدن در برنامه ریزی مراقبت پیشرفته و طرح مراقبت

مداخلات تخصصی تیم انکولوژی

۳- شرایط کارکنان :

- خستگی
- دلسوزی و ترحم
- فشار اخلاقی

۲- موقعیت های اجتماعی یا محرومیت ها و داغدیدگی پیش بینی شده :

- محدودیت های مراقبت کننده و خانواده
- عدم کفایت حمایت های اجتماعی
- ارتباط همراه با وابستگی شدید
- محدودیت های مالی
- ناسازگاری خانواده
- نگرانیهای بیمار در رابطه با مراقبت وابستگان
- بحران روحی و وجودی
- مختل بودن قدرت تصمیم گیری واراده
- حضور افراد زیر ۱۸ سال که در خانه زندگی می کنند.

*شاخص های نشان دهنده طول عمر احتمالی کمترین مساوی ۶ماه :

- | | |
|--|------------------------------------|
| - دلیریوم | - تومورهای متاستاتیک جامد |
| - سندرم پیشرفته وریداجوف (وناکاو) | - اغلب سرطان های مرحله ی ۴ |
| - تحت فشار بودن طناب نخاعی | - وضعیت عملکردی ضعیف: |
| - سوء تغذیه و لاغری مفرط | - $KPS \leq 50$ یا $ECOG \geq 3$ * |
| - افیوژن بدخیم ، وجود استنت یا گاستروستومی | - افزایش کلسیم خون |
| | - متاستاز مایع مغزی نخاعی یا مغز |

<https://oncologypro.esmo.org/Oncology-in-Practice/Practice-Tools/Performance-Scales>*

* در پیوست آمده است.

مداخلات تیم اونکولوژی

- مشاوره با تیم یا متخصص مراقبت تسکینی
- همکاری با سایر متخصصین در ارتباط با درمان بیمار
- ارجاع به سایر متخصصین جهت درمان :
- بهداشت روانی و خدمات اجتماعی
- مراقبت مذهبی و معنوی
- بسیج حمایت های اجتماعی (مذهبی-مدارس-آژانس های اجتماعی)
- تسریع ارجاع به آسایشگاه در زمان مناسب

ارزیابی مجدد

غیر قابل قبول

قابل قبول

- تشدید مداخله مراقبت تسکین بخش
- مشاوره با متخصصین بهداشت روان جهت ارزیابی و درمان پریشانی روانی تشخیص داده نشده ، سوء استفاده مواد و روشهای بی کفایت غلبه بر بیماری

- بیمار از پاسخ به درمان سرطان راضی است
- کنترل کافی درد و علامت
- کاهش رنج بیمار و خانواده
- حس قابل قبول کنترل
- آرامش در مراقبت کننده
- تقویت روابط و کیفیت مطلوب زندگی
- رشد شخصی و فردی و هدف افزایش یافته
- برنامه ریزی و مراقبت پیشرفته در حال انجام

به راهنمای مدیریت دیسترس مراجعه کنید.

(NCCN Guidelines2018)

https://oncolife.com.ua/doc/nccn/Distress_Management.pdf

ارزیابی مجدد مداوم و ارتباط بین بیمار و تیم مراقبت های بهداشتی

ارزیابی مداوم ادامه یابد.

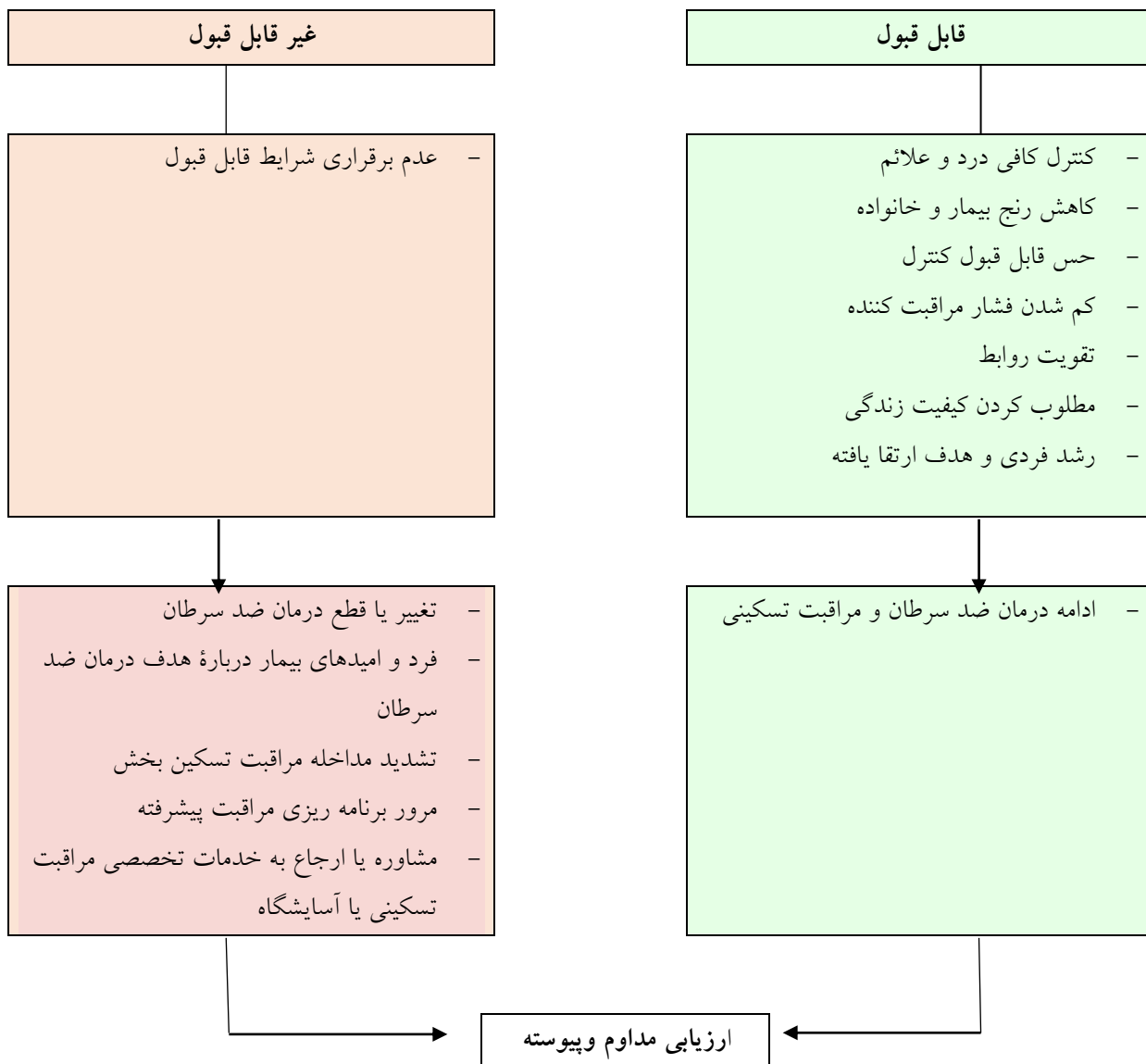
فواید و مضرات درمان ضد سرطان

طول عمر محاسبه شده

روزها تا هفته ها (نزدیک به مرگ)	هفته ها تا ماه ها	سال ها - ماه ها تا سال ها
<ul style="list-style-type: none"> - قطع درمان ضد سرطان البته نه به دلیل خواست بیمار - افزایش مراقبت تسکینی و آماده سازی برای مرگ - ارائه راهنمایی درباره درپیش رو بودن مرگ - تمرکز بر کنترل و رهایی از علائم - ارجاع به تیم مراقبت تسکینی - تشویق و ترغیب برای شروع مراقبت های تسکینی - در صورتی که هنوز اجرا نشده باشد 	<ul style="list-style-type: none"> - ارزیابی مجدد در مورد درک بیمار از غیرقابل درمان بودن بیماری - تفهیم اهداف درمان و پیش آگهی - ارائه بهترین مراقبت حمایتی شامل ارجاع به مراقبت تسکینی یا آسایشگاه - تدوین دوباره مسیر مداخلات با توجه به پیش آگهی و امید زندگی - ارائه راهنمایی با توجه به پیش آگهی - پرتو درمانی تسکینی <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>متاستاز مغزی؛ سندرم ورید اجوف فوقانی؛ تنگی نفس به علت انسداد ناشی از سرطان؛ خونریزی ناشی از سرطان و متاستاز دردناک استخوانی</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> - بررسی توقف درمان ضد سرطان - تشویق برای دریافت مراقبت های تسکینی در صورتی که هنوز شروع نشده باشد. 	<ul style="list-style-type: none"> - ارزیابی در مورد درک بیمار از اهداف درمان - گفتگو درباره اینکه مداخلات برای تسکین یا درمان است - گفتگو درباره خطرات درمان ضد سرطان شامل اثرات ممکن بر کیفیت زندگی - ارائه درمان ضد سرطان مناسب - مراقبت های مناسب جهت پیشگیری یا کنترل علائم ایجاد شده توسط درمان ضد سرطان ارائه دهید. - ارائه مراقبت تسکینی مناسب - برنامه ریزی برای مراقبت پیشرفته



ارزیابی مجدد



مداخلات پس از مرگ

برای خانواده و مراقبت کننده ها

- مراقبت بلافاصله پس از مرگ
- فراهم کردن زمانی برای حضور خانواده با پیکر بیمار
- جداسازی تمامی دستگاهها و لوله ها (دستگاه های تخلیه و سوند فولی مگر اینکه کالبد شکافی برنامه ریزی شود)
- اطلاع رسانی به خانواده در مورد مرگ (اگر غایب اند)
- اطمینان از برخورد احترام آمیز، با ملاحظات فرهنگی
- اطلاع دادن و در نظر گرفتن نگرانی های بازماندگان نسبت به اهداء عضو یا کالبد شکافی
- پشتیبانی داغدیدگی
- مراتب ابراز تسلیت بصورت رسمی در مرگ بیمار
- گفتگو و ارزیابی خطر سرطان در اعضای خانواده
- شناسایی اعضای خانواده در معرض خطر داغدیدگی و اندوه شدید طولانی

برای متخصصین مراقبت بهداشتی و درمانی

- پشتیبانی عمومی:
- گفتگو در مورد موضوعات موثر در مراقبت بیمار
- ایجاد فضای امن گفتگو در مورد مرگ بیمار
- یادآوری به کارکنان برای مراسم یادبود
- پشتیبانی پس از مرگ:
- مرور موضوعات پزشکی مرتبط با مرگ بیمار، نگرانیها و سوالات مرتبط با کیفیت مراقبت
- بررسی پاسخهای احساسی خانواده و کارکنان (شامل پرستاران، اعضای تیم پزشکان و مددکاران)
- شناسایی متخصصین در معرض خطر برای داغدیدگی، رنج اخلاقی یا خستگی شدید

در پاسخ به سؤالات بالینی زیر توصیه های اختصاصی بالینی استخراج شده است:

- برای کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- برای کنترل مشکل تنفسی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- برای کنترل بی اشتهایی و کاهش وزن مفرط در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- برای کنترل تهوع و استفراغ در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- برای کنترل یبوست در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- برای کنترل انسداد بدخیم روده در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- برای کنترل مشکلات خواب در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- برای کنترل اسهال بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- برای کنترل دلیریوم بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

برای کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

توضیحات	عوارض جانبی	داروی مناسب		درد خفیف*
		۱	استامینوفن خوراکی	
حداقل سن مجاز : ۱۲ سال	در این دوز عارضه قابل توجهی مطرح نیست. بیمار از نظر خونریزی گوارشی و عملکرد کلیه بررسی شود.	۱	استامینوفن خوراکی	درد خفیف*
			NSAIDS خوراکی	
		۲	افزودن یک اویوم کوتاه اثر: کدئین خوراکی	درد متوسط تا شدید*
در نارسایی کلیه دوز تعدیل شود.	- میوکلونوس، سرگیجه یا خواب آلودگی یبوست، تهوع و استفراغ احتیاس ادرار، یرادیکاردی، هیپوتانسیون		تجویز اویوم کوتاه اثر قوی با دوز پایین : ۱) مورفین 2-3 mg زیر جلدی	
			۲) اکسی کدون یا هیدرومورفون خوراکی ۳) بوپرونورفین زیربانی ۴) متادون خوراکی	
در نارسایی کلیوی هیدرومورفون ارجح است.	تشنج، عوارض گوارشی، نارسایی آدرنال درد معده، تهوع، استفراغ و یبوست، احساس گرما و تنگی نفس، تعریق			

*دردی که به دلایل اورژانسی ایجاد نشده باشد. در افرادی که در ۳۰ روز اخیر داروی مسکن مخدر مصرف نکرده اند.

عوارض جانبی	داروی مناسب		درد متوسط تا شدید#
	۴	اوپیوئید را با ۱۰ تا ۲۰٪ کل دوز مصرفی بیمار در ۲۴ ساعت گذشته تجویز کنید(خوراکی یا زیرجلدی)	
			در صورت عدم پاسخ به دوز اولیه و عدم کاهش شدت درد : دوز را ۵۰ تا ۱۰۰٪ افزایش دهید. در صورت کاهش میزان درد، دوز اولیه را ادامه دهید یا در زمان نیاز تکرار کنید. ارزیابی دائم شدت درد و کاهش دوز اویوم را جهت کاهش عوارض، همواره مدنظر داشته باشید.

#دردی که به دلایل اورژانسی ایجاد نشده باشد. در افرادی که در ۳۰ روز اخیر داروی مسکن مخدر مصرف و یا به آن تحمل پیدا کرده اند.

برای کنترل مشکل تنفسی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

توضیحات	داروی مناسب	تنگی نفس*
	۵ وسایل خنک کننده (استفاده از فن دستی مقابل صورت بیمار)	
درنارسایی کلیه دوز تعدیل شود.	۶ اگر سابقه مصرف مخدر ندارد : مورفین 1-3 mg IV : در صورت لزوم هر یک ساعت تکرار کنید.	
اثر مستقیم بر تنگی نفس ندارد.	۷ اگر تنگی نفس توسط مواد مخدر تسکین پیدا نکرد و همراه با اضطراب بود بنزودیازپین را اضافه کنید: عدم سابقه مصرف بنزودیازپین : لورازپام 0.5-1mg خوراکی هر ۴ ساعت شروع کنید.	
در بیماران بستری مناسب است. در منزل هزینه سنگین به بیمار تحمیل می شود.	۸ استفاده از تهویه کمکی فشار مثبت غیر تهاجمی (NPPV) یا (NIV) (مثل BiPAP , CPAP) اگر از نظر کلینیکی شرایط برگشت پذیر تجویز آن رخ داده بود.	

برای کنترل تهوع و استفراغ بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

تهوع و استفراغ	داروی مناسب	توضیحات
۹	درمان گاستروپارزی : متوکلوپرامید خوراکی QID 5-10mg نیم ساعت قبل غذا	
	درگیری CNS : دگزامتازون* BID,TID: 4-8mg تزریقی	مصرف تنها در کوتاه مدت مجاز است.
انسداد خروجی معده(به طور ناقص) :		
۱۱	PPI مثل اس امپرازول 40mg صبح ناشتا	
	متوکلوپرامید خوراکی QID 5-10mg نیم ساعت قبل غذا	- در صورت وجود نارسایی شدید کلیه یا کبد، با احتیاط فراوان مصرف شود. - احتمال بروز عوارض اکستراپیرامیدال وجود دارد.
		- در صورت وجود مشکلات قلبی یا همراه با سایر داروهای ایجادکننده عوارض قلبی با احتیاط مصرف شود
	گاستریت / GERD : H ₂ -Blocker مثل رانیتیدین / PPI مثل اس امپرازول 40 mg صبح ناشتا	
	هالوپریدول خوراکی 0.5 mg TID	در بیماری‌های قلبی-عروقی، به ویژه آنژین صدری، پارکینسون، صرع یا احتباس ادرار با احتیاط فراوان مصرف شود.
	کلرپرومازین 3/5-10 mg تا ۴ بار در روز/ حداکثر 40mg روزانه	- تداخل دارویی متعدد ایجاد می کند.
	اولانزپین خوراکی* 5-10mg / ۲ تا ۳ بار در روز	- در صورت وجود بیماری آلزایمر، بیماری قلبی-عروقی، بیماری عروق مغزی، بیماری تنفسی، پارکینسون، صرع، عفونتهای حاد، نارسایی کبد یا کلیه، سابقه زردی، کم کاری تیروئید، میاستنی گراو، بزرگی پروستات، گلوکوم با زاویه بسته، سالمندان، سرطان پستان وابسته به پرولاکتین خون با احتیاط فراوان مصرف شود.
اوندانسترون 4-8 mg هر ۶ ساعت	- کاهش مقدار مصرف دارو در بیماران مبتلا به نارسایی کبد ضروری است.	

<p>- در افراد مسن، مبتلایان به نارسایی کبد و کلیه، نوجوانان و افراد به شدت بیمار مقدار مصرف دارو باید کاهش داده شود.</p> <p>- برای جلوگیری از بروز عوارض قطع مصرف، مقدار مصرف دارو باید به تدریج کاهش داده شود.</p>	<p>کنترل اضطراب همزمان: لورازپام 0.5-1mg خوراکی هر ۴ ساعت</p>	<p>۱۸</p>	
	<p>افزایش و تیتراسیون دوز سایر داروهای فوق بسته به شرایط بیمار مدنظر باشد.</p>	<p>۱۹</p>	<p>تهوع واستفراغ مقاوم</p>
	<p>وجود سرگیجه همزمان : آنتی هیستامین تجویز شود.</p>	<p>۲۰</p>	

برای کنترل یبوست بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

توضیحات	داروی مناسب		یبوست		
	بیزاکودیل 10-15mg خوراکی ۳ بار در روز : تا ایجاد یک بار اجابت مزاج بدون زورزدن هر ۱-۲ روز (یا شیاف رکتال در موارد مقاوم)	۲۱		یبوست	
یبوست مداوم و ماندگار :					یبوست
مصرف طولانی مدت آن ممکن است اثر مدرهای نگهدارنده پتاسیم را کاهش دهد. لاکتولوز موجب تسهیل اثر ضدانعقادی کومارین ها میشود.	لاکتولوز 30-60 ml : ۲ تا ۴ بار در روز	۲۲			
	هیدروکسید منیزیم 30-60 ml : دو بار در روز	۲۳	یبوست		

برای کنترل بی‌اشتهایی و کاهش وزن بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

توضیحات	داروی مناسب	نمی‌اشتهایی و کاهش وزن
	محرك اشتها تجویز کنید :	
در مبتلایان به زیادی فشار خون و بیماری قلبی یا کلیوی باید با احتیاط مصرف شود	مجسترویل استات خوراکی mg ۸۰۰-۴۰۰ روزانه	
	اولانزپین خوراکی* شروع از دوز 1.5mg روزانه و حداکثر 5mg روزانه	
	در صورت وجود افسردگی: میرتازاپین خوراکی mg ۳۰-۷/۵، QHS اضافه شود.	
	گاستروپارزی : متوکلوپرامید خوراکی QID 5-10mg نیم ساعت قبل غذا	

*در بیماران که امید زندگی در حد روزها تا هفته‌ها است.

برای کنترل انسداد بدخیم روده در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

توضیحات	داروی مناسب		هدف حفظ عملکرد روده است	انسداد بدخیم روده	
	کاهش دوز یا تغییر اویپوئیدها	۲۸			
<p>- در صورت وجود نارسایی شدید کلیه یا کبد، این دارو با احتیاط فراوان مصرف شود.</p> <p>- در صورت وجود مشکلات قلبی یا همراه با سایر داروهای ایجادکننده عوارض قلبی با احتیاط مصرف شود</p>	متوکلوپرامید خوراکی QID 5-10mg نیم ساعت قبل غذا	۲۹			
تجویز کوتاه مدت مجاز است.	دگزامتازون 4-12mg روزانه وریدی (در صورت عدم بهبود بعد ۳ تا ۵ روز: قطع کنید)	۳۰			
استفاده از فرم آهسته رهش برای افرادی که بقای احتمالی آنها بیش از ۸ هفته است.	اکثرنوتاید 100-300mcg زیرجلدی: ۲ بار در روز / انفوزیون مداوم وریدی 10-40mcg/h /	۳۱	زمانی که حفظ عملکرد روده ممکن نیست		

برای کنترل اختلالات خواب و بیداری در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

توضیحات	داروی مناسب		تجویز خواب								
	ترازودون 25-100mg خوراکی هنگام خواب	۳۲		تجویز خواب							
- در صورت وجود بیماری آلزایمر، بیماری قلبی-عروقی، بیماری عروق مغزی، بیماری تنفسی، پارکینسون، صرع، عفونتهای حاد، نارسایی کبد یا کلیه، سابقه زردی، کم کاری تیروئید، میاستنی گراو، بزرگی پروستات، گلوکوم با زاویه بسته، سالمندان، سرطان پستان وابسته به پرولاکتین خون با احتیاط فراوان مصرف شود.	اولانزپین 2.5-5mg خوراکی هنگام خواب	۳۳			تجویز خواب						
	زولپیدم 5mg خوراکی هنگام خواب	۳۴				تجویز خواب					
- کلرپرومازین نباید از راه زیرجلدی تزریق شود، زیرا سبب نکروز شدید در بافت میشود	کلرپرومازین 25-50mg خوراکی هنگام خواب (در بیماران نزدیک به مرگ دوز تا 100mg قابل افزایش است)	۳۵					تجویز خواب				
	میرتازاپین 7.5-30mg خوراکی هنگام خواب	۳۶						تجویز خواب			
در صورت وجود سرطان سینه یا سابقه ابتلا به آن، بیماریهای قلبی-عروقی، بیماریهای عروق مغزی، نارسایی کلیه یا کاهش فشار خون با احتیاط فراوان مصرف شود.	کوئه تیاپین 12.5-25mg خوراکی هنگام خواب	۳۷							تجویز خواب		
در افراد مسن، مبتلایان به نارسایی کبد و کلیه، نوجوانان و افراد به شدت بیمار مقدار مصرف دارو باید کاهش داده شود.	لورازپام 0.5-1mg خوراکی هنگام خواب	۳۸								تجویز خواب	
	ملاتونین خوراکی (1.5 or 3mg) ۳۰ دقیقه قبل از خواب	۳۹									تجویز خواب
	کافئین 100-200mg خوراکی هر ۴ ساعت (آخرین دوز حداکثر تا ۴ بعدازظهر مصرف شد)	۴۰									

Positive points: 1- Rapid effect 2-Action on pain	مودافینیل 100-400mg خوراکی صبح ها	۴۱	
---	-----------------------------------	----	--

برای کنترل اسهال در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

توضیحات		داروی مناسب	Grade-1	اسهال
		لوپرامید خوراکی 4mg: ابار سپس 2mg: بعد از هر بار مدفوع اسهالی / حداکثر 16mg روزانه		
در افرادی که اویپوم دریافت نمی کنند تجویز کنید.		دیفنوکسیلات: ۱-۲ قرص خوراکی هر ۶ ساعت - حداکثر ۸ قرص در روز	۴۳	
			۴۲ و ۴۳	
(در موارد مشکوک به کلستریدیوم دیفیسیل)		مترونیدازول* 500mg: خوراکی / وریدی هر ۶ ساعت- به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز	۴۴	
- محل تزریق دارو در هر بار انفوزیون باید تغییر داده شود. -آزمون سنجش شنوایی در طول مصرف این دارو در بیماران سالخورده یا مبتلا به عیب کار کلیه باید انجام شود.		وانکومايسين* 125-250mg خوراکی هر ۶ ساعت- به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز (در موارد مشکوک به کلستریدیوم دیفیسیل)*	۴۵	
مصرف باید به مدت کوتاه محدود شود.		آمپول دگزامتازون 4-8mg روزانه عضلانی (در موارد ایجاد شده به دنبال ایمونوتراپی)	۴۶	
مصرف باید به موارد کاملا ضروری محدود شود. برای بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب خفیف با احتیاط فراوان مصرف شود و بیش از 5mg/kg از دارو نباید استفاده نشود.		Infliximab 5mg/kg هر ۲ تا ۶ هفته یک بار (در موارد ایجاد شده به دنبال ایمونوتراپی)	۴۷	
			۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷	
- قبل از مصرف و در فواصل هر ۶-۱۲ ماه درمان با این دارو، وضعیت کبد، کیسه صفرا و تیروئید بیمار		اکترئوتاید 100-200mcg هر ۸ ساعت زیرجلدی / انفوزیون مداوم وریدی	48	
			Grade-3,4	

باید ارزیابی شود.				
-------------------	--	--	--	--

*درموردی غیر از عفونت با کلستریدیوم دیفیسیل، برمبنای کشت مدفوع درمان نمایید.

۱- افزایش دفع مدفوع > 4 بار درروز یا افزایش ملایم در استومی

۲- افزایش دفع مدفوع ۶-۴ بار درروز یا افزایش متوسط در استومی

۳- افزایش دفع مدفوع < 7 بار درروز یا افزایش شدید در استومی / بی اختیاری / تداخل با عملکرد روزانه - بستری

۴- وضعیت تهدیدکننده حیات- مداخله اورژانس

برای کنترل دلیریوم در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

توضیحات	داروی مناسب		دلیریوم خفیف تا متوسط
- در بیماری‌های قلبی-عروقی، پارکینسون، صرع یا احتباس ادرار با احتیاط فراوان مصرف شود.	هالوپریدول	۴۹	
	0.5-2mg خوراکی		
	۲ تا ۳ بار در روز		
	ریسپریدون 0.5-1mg خوراکی : ۲ بار در روز	۵۰	
	اولانزپین 5-20mg خوراکی روزانه	۵۱	
	کوئه تیاپین 25-200mg خوراکی دو با در روز	۵۲	
	هالوپریدول 0.5-2mg وریدی : هر ۴ تا ۴ ساعت در صورت نیاز تکرار شود	۵۳	
	اولانزپین 2.5-7.5mg خوراکی : هر ۲ تا ۴ ساعت در صورت نیاز تکرار شود (حداکثر 30mg در روز)	۵۴	
	کلرپرومازین 25-100mg خوراکی/وریدی : در صورت نیاز هر ۴ ساعت تکرار شود	۵۵	
- برای جلوگیری از بروز عوارض قطع مصرف، مقدار مصرف دارو باید به تدریج کاهش داده شود.	در موارد مقاوم و همراه با بی‌قراری : لورازپام 0.5-2mg زیرجلدی/وریدی هر ۴ ساعت اضافه شود .	۵۶	

مقدمه

تاریخچه طب تسکینی :

از قرن ۱۹ در اروپا ، مسافرخانه ها که برای استراحت و آسایش مسافران در بین راه ها ، بنا شده بودند ، به نوعی تغییر یا گسترش کاربری یافتند. در لندن و ایرلند ، آسایشگاه ها با رویکردی مشابه مسافرخانه ها (hospices) برای آسایش و رسیدگی به افراد در حال احتضار ، مورد استفاده قرار گرفتند.

مفهوم مدرن hospice ، در سال ۱۹۶۷ ، بعد از برپایی آسایشگاه سنت کریستوفر توسط Dame Cicely Saunders در لندن ، جان گرفت و با رشدی سریع ، از یک جنبش داوطلبانه و خیرخواهانه ، به یک بخش مهم از خدمات مراقبت سلامت ، تبدیل شد. در حال حاضر ، در کشور انگلستان ، تامین مالی مراقبت های تسکینی که ۱۰۰٪ به عهده NHS بود ، به طور کامل برعهده بنگاه های خیریه است. اما از ابتدای ارایه این مراقبت ها تاکنون ، بیماران ، خدمات را کامل و رایگان دریافت کرده اند.

در کشور آمریکا نیز همین روند طی شد و اکنون خدمات مراقبت های تسکینی ، به بیماران نزدیک به مرگ که تنها یا ایزوله هستند و همچنین در بیمارستان ها ، به عنوان بخش مهمی از خدمات مراقبت از سلامت ارایه می شوند. این مراقبت ها که شامل : خدمات دارویی ، تامین تجهیزات پزشکی ، تضمین دسترسی شبانه روزی به مراقبت ها و حمایت از خانواده های عزیز از دست داده می باشد ، توسط بیمه medicare پوشش داده می شود.

اولین برنامه آمریکا از سال ۱۹۸۰ شروع شد و هم اکنون بیش از ۵۵٪ بیمارستان های آمریکا بالغ بر ۱۰۰ تخت مراقبت تسکینی دارند. این مراقبت ها با درمان علائم فیزیکی بیماران نظیر درد ، بی اشتهایی و تنگی نفس ، شروع شدند و در حال حاضر تیم های مراقبت تسکینی ، آموزش کافی دیده و در کنترل علائم بیماران مهارت کافی را کسب کرده اند. نکته مهم تر این است که در این مراقبت ها به جنبه های روانی ، معنوی و اجتماعی بیماران نیز توجه شده و مراقبت های مورد نیاز ، انجام می شود.

دغدغه های بیماری که کاندید مراقبت های تسکینی است طیفی وسیع از مشکلات فیزیکی مانند درد و... تا مسایلی از قبیل ترس از آینده ، وابستگی و ازدست دادن اتکا به خود ، نگرانی درباره خانواده و احساس سرباری ، را شامل می شود که همه مهم هستند و نیاز به مداخله مناسب دارند. برای ارزیابی نیاز بیمار به این مداخلات ، علی رغم عدم درخواست بعضی از بیماران انجام مشاوره در این زمینه ها ضرورت دارد. (۱)

تعریف طب تسکینی :

هدف اصلی طب تسکینی کمک به بیمارانی است که دچار بیماری های جدی و درمان ناپذیر هستند. این مراقبت ها جهت پیشگیری یا درمان علائم و عوارض ناشی از بیماری یا درمان آن ارایه می شوند. همچنین به درمان مشکلات هیجانی ، اجتماعی ، عملکردی و معنوی که بیماری به بار آورده است می پردازد. این مراقبت ها در زمان تشخیص ، درمان ، پیگیری بیماری و در مرحله انتهایی زندگی ، ارایه می شوند. (۱)

بر اساس طرح اجماع ملی (NCP) برای تعیین کیفیت طب تسکینی (۲) " هدف طب تسکینی پیشگیری و تسکین رنج و حمایت از کیفیت زندگی به بهترین شکل ممکن برای بیماران و خانواده های آنان ، صرف نظر از مرحله بیماری و یا نیاز به دیگر درمان ها است. "

طبق تعریفی که NICE (National Institute for Clinical Excellence) از طب تسکینی ارایه می دهد ، انتظار می رود

مراقبت های تسکینی به این موارد کمک کنند (۳):

۱- تثبیت مفهوم زندگی و مرگ فرایندهایی طبیعی

- ۲- رهایی از درد و سایر علائم آزاردهنده
- ۳- یکپارچه کردن مراقبت های روانی و معنوی بیمار
- ۴- یک سیستم حمایت کننده در اختیار بیمار قرار دهد تا وی تا آنجایی که امکان دارد، حداکثر عملکرد ممکن را تا زمان مرگ، حفظ کند.
- ۵- ایجاد سیستم حمایت از خانواده بیمار در طول بیماری و پس از مرگ وی

تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱): " طب تسکینی رویکردی است که به بهبود کیفیت زندگی بیمارانی که با یک مسئله تهدید کننده زندگی مواجهند و نیز خانواده های آنان با پیشگیری و تسکین درد و رنج بیماران از طریق تشخیص زود هنگام و ارزیابی بی نقص و درمان درد و سایر مشکلات اعم از فیزیکی، روانی و معنوی می پردازد." " طب تسکینی به تسکین درد و سایر عوارض ناراحت کننده بیماری و به کیفیت زندگی پرداخته مرگ را یک فرایند طبیعی می داند و به تسریع یا تعویق آن، فکر نمی کند.

اپیدمیولوژی سرطان :

سرطان بعد از بیماریهای قلبی عروقی دومین عامل شایع مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و سومین عامل مرگ در کشورهای کمتر توسعه یافته است. در حال حاضر سرطان عامل ۱۲٪ مرگ و میر در سر تا سر جهان است پیش بینی ها نشانگر آنست که تعداد مرگ و میر ناشی از سرطان در کل جهان تا ۴۵٪ طی سالهای ۲۰۰۷ تا ۲۰۳۰ افزایش خواهد داشت (از ۷,۹ میلیون به ۱۲ میلیون مرگ می رسد). در دهه ی ۱۹۶۰ نزدیک به ۲۵ در صد بار بیماریهای سرطانی در کشورهای با درآمد متوسط و پایین گزارش شده بود که در سال ۲۰۱۰ به ۵۵ درصد رسید و در سال ۲۰۲۰ به ۷۰ در صد با میزان بروزی نزدیک به بیست میلیون نفر می رسد و بیشترین تأثیر را نیز در این کشورها خواهد داشت، چرا که با افزایش جمعیت جهان و متوسط سنی آن، افزایش امید زندگی و بهبود وضعیت بهداشت و کنترل نسبی بیماریهای واگیر و بویژه افزایش مواجهه با عوامل خطر محیطی، با افزایش بروز سرطان ها روبرو هستیم با توجه به نرخ رشد فعلی بروز سرطان اینگونه بنظر می رسد که تا سال ۲۰۳۰ سالیانه ۱۳ میلیون مرگ ناشی از سرطان خواهیم داشت که حداقل ۹ میلیون مورد آن در کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته، و شانس ابتلا به سرطان برای هر فرد در سال ۲۰۵۰ بین ۵۰ تا ۶۰ درصد خواهد بود. در ایران سرطان سومین عامل مرگ و میر است (۴)

سالانه بیش از 30000 نفر در ایران در اثر سرطان جان خود را از دست می دهند. از طرفی با افزایش امید زندگی و افزایش درصد سالمندی در جمعیت کشور، پیشرفت تکنولوژی و دور شدن سبک زندگی از محیط پاک، سالم و بدون آلاینده های سرطان زای صنعتی انتظار می رود موارد بروز سرطان در دو دهه آینده به دو برابر افزایش یابد بنابراین سازمان جهانی بهداشت بروز سرطان در ایران در سال 2020 به 85653 مورد در کل جمعیت و میزان مرگ و میر ناشی از سرطان به 62897 مورد خواهد رسید. بار سرطان کشور بر اساس 450 هزار سال از دست رفته در هر سال و بر مبنای GDP ۶۰۰۰ دلار سالانه بالغ بر ۲/۷ میلیارد دلار برآورد می شود. هزینه درمان سالانه سرطان در کشور بیش از 700 میلیون دلار (هزینه جراحی بیش از 200 میلیون دلار، هزینه واردات دارو در سال 1389 بیش از 300 میلیون دلار و هزینه های جانبی 200 میلیون دلار) برآورد شده که بیش از 70 درصد آن را بیماران و مابقی (کمتر از 30 در صد) توسط دولت پرداخت می شود (۴)

ضرورت ارائه خدمات تسکینی به عنوان بخشی از مراقبت های سلامت :

بیماران سرطانی ممکن است بخشی از درآمد خود را برای درمان به صورت مستقیم از جیب خود پرداخت کنند. این هزینه ها توسط دولت یا سازمان های بیمه باز پرداخت نمی شوند (۵، ۶، ۷). بسیاری از مطالعات که به تازگی منتشر شده تحقیقات مدرن تر، منسجم تر، جامع تر و به دقت کنترل شده ای را درباره مداخلات طب تسکینی ارائه داده اند و در آنها بهبود کیفیت زندگی، علائم، خلق و خو، رضایت بیمار، بار مسئولیت پرستار و تکمیل

دستورالعمل های پیشبردی، کاهش منابع بالینی و مالی، کاهش مسمومیت ناشی از درمان و بهبود بقای بیماران تصریح شده است. (۸ تا ۱۳). با ارائه مراقبت های تسکینی در منزل ضمن کاهش هزینه های تحمیلی به بیمار و خانواده او، می توان به او کمک کرد که تا آخرین لحظات زندگی نزد خانواده بوده و غیر از بهبود کیفیت زندگی، مرگ با کیفیت تری را نیز در کنار عزیزان، تجربه کند. (۱۴)

در مطالعه ای که مداخله همزمان طب تسکینی با درمان های ضد سرطان در مراحل اولیه بیماری مقابل الگوهای رایج ارجاع در اواخر درمان مورد بررسی قرار گرفته است یافته ها، حاکی از بی مورد بودن دغدغه خاطر سرطان شناسان و بیماران، در مورد نقش احتمالی طب تسکینی در کوتاه شدن طول زندگی و شتاب در مرگ است.

کانور و همکاران (۱۵) در یک مطالعه گذشته نگر روی ۴۴۳۹ دریافت کننده خدمات پزشکی (اغلب مبتلا به سرطان)، که با و بدون استفاده از مراقبت اسایشگاهی فوت کرده بودند دریافتند که ممکن است طب تسکینی سبب افزایش دوره بقا در بیمار شود. داده های اخیر نشان می دهند که ۸۶٪ از بیماران توقع دارند که به مسائل معنوی آنها توجه شده و به عنوان بخش مهمی از درمان سرطان در نظر گرفته شود. (۱۶)

آن چنانکه از سوی انجمن سرطان شناسی بالینی آمریکا (ASCO)، انجمن اروپایی انکولوژی پزشکی، شبکه جامع ملی سرطان (NCCN) و انجمن جراحی سرطان تصریح شده است، طب تسکینی بخشی از یک شیوه درمان برتر در سرطان است. همان طور که گذشت بیماران مبتلا به سرطان علی رغم چالش های مالی که پیش رو دارند، با مشکلات روانی و معنوی و مشکلات ناشی از درمان یا پیشرفت بیماری نیز روبه رو هستند.

کارلسون و همکاران (۱۷)، در مطالعه ای به بررسی تردیدهای وجودی، و معنای آنها در بیماران در مراحل انتهایی زندگی، پرداختند. این مطالعه نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان های گوارشی که مراحل انتهایی زندگی را سپری می کردند، دچار تردید و بلا تکلیفی درباره بودن و نبودن شده بودند که مسایلی از قبیل تغییران جسمی، وضعیت روزانه بیمار، مراقبت های ارائه شده، میزان مصاحبت با دیگران و محیط طبیعی بر آن اثر می گذاشتند. این بلا تکلیفی، اثر قطعی روی شرایط زندگی افراد داشت.

بیماران و خانواده های آنان، اهمیت دغدغه های معنوی، وجودی و مذهبی را طی روند تشخیص و درمان سرطان و پایان زندگی، بیان کرده اند. دغدغه های وجودی در اواخر زندگی برای بیمار و پس از مرگ او، برای خانواده، بحرانی هستند. چنانکه گایدلاین های علمی و مبتنی بر شواهد موجود نیز بر اهمیت ارائه مراقبت های معنوی، در مراکز با توانمندیهای مذهبی - معنوی و فرهنگی، در کنار درمانها و سایر مراقبت های سلامت، تاکید ویژه ای دارند. مشکلات شناختی نیز از مسایل مهمی هستند که کیفیت زندگی را در بیماران، پایین می آورند و نیازمند مداخلات جدی هستند (۱۸ و ۱۹)

بنابراین کاهش دغدغه های مالی بیماران و خانواده هایشان، بهبود کیفیت زندگی و مرگ بیمار و نیز حمایت همه جانبه خانواده بیمار پس از مرگ وی جزو اهداف طب تسکینی هستند.

بنابراین می توان ضرورت وجود چنین بخشی را در کنار سایر بخش های درمان و پیشگیری از چند جنبه کلی بررسی کرد: بهبود شرایط بیمار، بهبود عملکرد گروه درمانی و کاهش هزینه ها و کنترل تقاضاهای القایی

شایع ترین مشکلات جسمی در بیماران مبتلا به سرطان نیازمند به مراقبت های تسکینی

تنگی نفس و سرفه: از مشکلات بسیار شایع در بیماران دریافت کننده مراقبت های تسکینی هستند. ۷۰-۱۰ درصد بیماران در مراحل انتهایی سرطان و ۱۰-۶۰ درصد بیماران غیرسرطانی دریافت کننده مراقبت های تسکینی بسته به نوع بیماری شان دچار این مشکلات هستند (۲۰).

مطالعه باوزوین و سیمون (۲۰) نشان داد که این شکایات با اقدامات درمانی و تسکینی قابل کنترل هستند و باید به آنها توجه

کرد.

کاشکسی: ازدیگر موارد شایع و مهم، کاشکسی است. بیش از ۸۰٪ بیماران مبتلا به ایدز، قبل از مرگ کاشکسی را تجربه می کنند. حدود ۸۰٪ بیماران مبتلا به سرطان گوارشی و ۶۰٪ بیماران با سرطان ریه، در هنگام تشخیص بیماری، کاهش وزن قابل توجهی داشته اند. (۲۱)

به طور کلی، کاشکسی در تومورهای جامد (به جز پستان) و بیماران خردسال و مسن، شایع تر است. بنابراین ارزیابی شرایط تغذیه ای در بیماران مبتلا به سرطان، نباید فراموش شود.

کاشکسی به علل مختلفی ایجاد می شود: اختلالات متابولیک و بی اشتهایی ایجاد شده توسط فرآورده های سیستم ایمنی و سلول های تومورال، لیپولیز، ازدست دادن پروتئین و

از طرفی باتوجه به اینکه کاشکسی یک فاکتور مستقل موثر در پیش آگهی بد می باشد، نیاز به مداخلات خاص خود دارد. (۲۱)

درد: درد نیز از مسایل آزاردهنده در بیماران مبتلا به سرطان می باشد. شدت درد، به نوع سرطان، مرحله بیماری و آستانه تحمل درد در بیمار، بستگی دارد. اغلب سرطان ها در مراحل پیشرفته و انتهایی با درد همراهند.

مکانیسم های متعددی در ایجاد درد در سرطان نقش دارند (۲۲ و ۲۳) به عنوان مثال:

- تحت فشار قرار گرفتن طناب نخاعی که اغلب در ناحیه گردنی و سینه ای رخ می دهد. این دردها باید توسط جراحی یا پرتو درمانی تسکینی، کنترل شوند.

درد استخوانی: در اثر گسترش سرطان به یافت های استخوانی ایجاد می شود. در مراحل درمان پذیر، کنترل بیماری زمینه ای، کاهش درد را به دنبال خواهد داشت. اما در مرحله ای که بیماری پیشرفته و درمان ناپذیر شده، جهت کنترل درد باید از سایر مداخلات نظیر پرتو درمانی، داروهای رادیواکتیو، ضد دردهای مخدر و حتی از بلوک عصبی، کمک گرفت.

- دردهای ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی (جراحی، پرتو درمانی و...) که طی زمان نسبتاً کوتاهی، بسته به نوع مداخله انجام شده، بهبود می یابند.

تهوع و استفراغ: در ۳۰٪ بیماران در مراحل انتهایی نارسایی کلیوی، ۱۷٪ بیماران نارسایی قلبی پیشرفته، ۴۳٪ بیماران مبتلا به ایدز نزدیک به مرگ و حدود ۷۱٪ بیماران در ۱-۲ هفته آخر زندگی رخ می دهد (۲۴). ۳۰-۱۵٪ بیماران مبتلا به سرطان که جهت درمان دردهای مزمن، مورفین دریافت می کنند، دچار استفراغ طول کشیده هستند (۲۵) تهوع و استفراغ می تواند بعد از صرف غذا به علت استاز معده یا انسداد روده، هنگام حرکت به علت درگیری حلقون گوش، هنگام دراز کشیدن به دلیل تحریک منژ و افزایش فشار داخل جمجمه، مصرف داروها، هنگام درد و... رخ دهد (۲۶) انسداد روده، اسهال، خستگی مفرط و موکوزیت، نیز از مشکلات شایع این بیماران هستند. (۲۷). این شکایات همچنین ممکن است، ناشی از بقای طولانی مدت بیماران بعد از درمان، یا حتی اقدامات حین تشخیص باشند (۲۸).

مشکلات روانی و دغدغه های معنوی

کارلسون و همکاران (۲۹)، در مطالعه ای به بررسی تردیدهای وجودی، و معنای آنها در بیماران در مراحل انتهایی زندگی، پرداختند. این مطالعه نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان های گوارشی که مراحل انتهایی زندگی را سپری می کردند، دچار تردید و بلا تکلیفی درباره بودن و نبودن شده بودند که مسایلی از قبیل تغییران جسمی، وضعیت روزانه بیمار، مراقبت های ارابه شده، میزان مصاحبت با دیگران و محیط طبیعی بر آن اثر می گذاشتند. این بلا تکلیفی، اثر قطعی روی شرایط زندگی افراد داشت.

بیمارانی که مراقبت های تسکینی معنوی را دریافت کرده بودند، اظهار داشتند که یادگیری فردی، برای روبرو شدن با زندگی که آینده نامعلومی داشت، بدون توجه به توانایی های فعلی شان، زندگی شان را تغییر داده است. آنها توانسته بودند نگرش خود را درباره غایت زندگی بهبود بخشند تا زمانی که مرگ فرا می رسد، با شرایط بهتری با آن روبرو شوند.

بیماران و خانواده های آنان ، اهمیت دغدغه های معنوی، وجودی و مذهبی را طی روند تشخیص و درمان سرطان و پایان زندگی ، بیان کرده اند. دغدغه های وجودی در اواخر زندگی برای بیمار و پس از مرگ او، برای خانواده ، بحرانی هستند. چنانکه گایدلاین های علمی و مبتنی بر شواهد موجود نیز بر اهمیت ارائه مراقبت های معنوی ، در مراکز با توانمندیهای مذهبی - معنوی و فرهنگی ، در کنار درمانها و سایر مراقبت های سلامت ، تاکید ویژه ای دارند (۱۹).

مشکلات شناختی نیز از مسایل مهمی هستند که کیفیت زندگی را در بیماران ، پایین می آورند و نیازمند مداخلات جدی هستند (۱۹). مشکل در تصمیم گیری چالش دیگری است که بیماران مبتلا به سرطان با آن مواجه هستند که نیازمند توجه ویژه پزشک معالج ، روانشناسان و مشاوران معنوی تیم می باشد. (۳۰ و ۳۱)

در مطالعه Brom.L و همکاران ، همه بیماران اظهار تمایل کردند که پزشکان معالج ، در تصمیم گیری ها ، با آنها مشارکت نمایند که میزان این مشارکت، بسته به شرایط و مرحله بیماری آنها، فرق می کرد. افرادی که به مرگ نزدیک تر بودند و کیفیت زندگی پایین تری داشتند نیاز بیشتری به برای کمک و مشاوره ، احساس می کردند. (۳۱)

در مطالعه طاهره رضانی در ایران ، که بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شده بود، ۹۱/۶٪ بیماران نیاز به مشاوره داشتند که بیشترین نیاز به مشاوره مربوط به گروه های تحت درمان پرتودرمانی و شیمی درمانی بود. (۳۲)

در مطالعه طیبه پورغزنین و همکاران ، نشان داده شد که بیماران مبتلا به سرطان ، خداوند، خانواده ، نحوه برخورد و سخنان پزشکان و پرستاران بخش ، نبودن مشکلات جسمی و نداشتن مایل مالی از منابع امید بخش می دانند. همچنین طی کردن یک برنامه کامل درمانی به همراه حمایت اجتماعی و تقویت باورهای دینی ، تاثیر زیادی بر میزان امید بیماران دارند. (۳۳)

حوزه های ارائه خدمات در مراقبت های تسکینی

در مراکز معتبر طب تسکینی در دنیا مثل کشورهای استرالیا ، آمریکا ، انگلستان (۳۴ تا ۳۷) دامنه فعالیت ها و بسته های خدماتی که در قالب مراقبت های تسکینی تعریف شده اند ، شامل موارد زیر می باشند:

- حمایت روانی
- حمایت اجتماعی
- حمایت معنوی
- خدمات مراقبت از سلامت و مراقبت های خاص افراد در حال مرگ
- سرویس های تخصصی طب تسکینی متناسب با بیماری فرد
- سرویس های توانبخشی
- سرویس های درمان های مکمل
- سرویس های اختصاصی برای خانواده ها و مراقبت کنندگان بیماران و مراقبت های خاص خانواده پس از مرگ بیمار

ارایه دهندگان مراقبت های تسکینی :

تمام شاغلین بخش سلامت می توانند تلاش کنند تا بیماران سرطانی با دریافت مراقبت های تسکینی مورد حمایت قرار گیرند (۲۹) این مراقبت ها توسط هر کدام از ارایه دهندگان خدمات سلامت ، قابل انجام است. اما تعدادی از آنها در این حیطه تخصص دارند. تیم تخصصی مراقبت های تسکینی میتواند شامل : پزشکان ، پرستاران ، متخصصین تغذیه ، روان شناسان ، مددکاران اجتماعی ، ماساژ درمانگرها و دین یاران باشد.

مهم ترین نقش به عهده متخصصین اونکولوژی است (۳۵). البته پرستاران هم با توجه به اینکه بیشترین زمان را با بیماران سپری می کنند، نقش تعیین کننده ای دارند که به همین دلیل با مشکلات فراوانی در این حوزه دست و پنجه نرم می کنند. روانپزشکان نیز در ارائه مراقبت های تسکینی چابگاه ویژه ای دارند. آنها باید ضمن جستجوی فرصت ها برای استفاده از توانمندیهای خود در عرصه درمان ، با پژوهش های علمی ، در طراحی های مداخلات اثربخش روانی به تیم های مراقبتی کمک کنند (۱۹)

مراقبت های تسکینی توسط بیمارستان ها ، دفاتر مراقبت در منزل ، مراکز درمان سرطان و مراکز نگهداری طولانی مدت ، قابل ارایه هستند (۱)

اهداف تدوین راهنما:

- ۱- بهبود شرایط و کیفیت زندگی بیمار
- ۲- بهبود عملکرد گروه های درمانی و مراقبتی
- ۳- کاهش هزینه های مستقیم و غیرمستقیم
- ۴- کاهش عوارض ناخواسته ناشی از درمان های ضدسرطان بی اثر یا کم اثر
- ۵- کنترل تقاضاهای القایی

فهرست سوالات بالینی که راهنما به آن ها پاسخ خواهد داد:

- ۱- برای ارزیابی اولیه و غربالگری بالینی بیماران مبتلا به سرطان ، جهت ارجاع به طب تسکینی ، چه اقداماتی مناسب است؟
- ۲- برای کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- ۳- برای کنترل مشکل تنفسی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- ۴- برای کنترل بی اشتهایی و کاهش وزن مفرط در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- ۵- برای کنترل تهوع و استفراغ در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- ۶- برای کنترل یبوست در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- ۷- برای کنترل انسداد بدخیم روده در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- ۸- برای کنترل اسهال در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- ۹- برای کنترل مشکلات خواب در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟ نحوه تجویز و مصرف آرام بخش ها باید چگونه باشد؟
- ۱۰- برای کنترل دلیریوم بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- ۱۱- برای کاهش ترشحات اضافی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟
- ۱۲- آیا آرام بخشی تسکینی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، اقدامی مناسب است ؟
- ۱۳- نحوه ارزیابی علایم بیمار باید چگونه باشد؟
- ۱۴- فواصل زمانی ارزیابی علایم بیمار باید چگونه باشد؟
- ۱۵- برای کنترل دیسترس در خانواده بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟ (در زمان مراقبت و پس از فوت بیمار)

گروه هدف :

کلیه بیماران بالای ۱۸ سال مبتلا به مراحل پیشرفته و صعب‌العلاج سرطان

کاربران راهنمای بالینی :

کلیه مراقبین سلامت که در ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی در بیماران مبتلا به سرطان فعالیت می‌کنند.

روش اجرا :

مراحل انتخاب و بومی‌سازی راهنما

به‌منظور تدوین و بومی‌سازی راهنمای بالینی طب تسکینی، در ابتدا جستجوی منابع الکترونیک و بانک‌های اطلاعاتی معتبر پزشکی و پایگاه‌های اختصاصی راهنماهای بالینی سایر کشورها با استفاده از کلیدواژه‌های موضوع آغاز شد. با جمع‌آوری تمام نتایج جستجو، ۹ راهنمای بالینی از نظر ارتباط موضوعی مناسب تشخیص داده شدند. آنگاه توسط همکاران طرح، ۴ راهنما بر اساس سه فاکتور در دسترس بودن، به‌روز بودن و سازمان‌دهی مناسب در فاز اول انتخاب گردید. سپس این چهار راهنما توسط اعضای پانل کارشناسی بررسی شدند. در نهایت این سه گایدلاین توسط ۵ نفر از اعضای پانل با ابزار AGREE II موردنقد قرار گرفت و بعد از محاسبه امتیازات، یک گایدلاین به‌عنوان گایدلاین نهایی برای فاز به‌روزرسانی و بومی‌سازی برگزیده شد.

مرحله اول : جستجوی منابع الکترونیک و پایگاه‌های اطلاعاتی

در این مرحله ۱۶ پایگاه اطلاعاتی مورد جستجو قرار گرفتند که ۸ پایگاه مربوط به بانک‌های اطلاعاتی تخصصی راهنماهای بالینی و ۸ پایگاه نیز مربوط به منابع متون پزشکی بودند. بعد از جستجو در ۱۶ پایگاه اطلاعاتی منطبق بر جدول پیوست تعداد ۹ راهنمای بالینی انتخاب شدند.

Clinical Guideline Database.

- 1- National Guideline Clearinghouse
- 2- Guidelines International Network
- 3- National Institute for Health and Clinical Excellence
- 4- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- 5- New Zealand Guidelines Group
- 6- National Health and Medical Research Council
- 7- Guidelines Advisory Committee
- 8- WHO | World Health Organization

Medical Literature Database

- 1- Pubmed
- 2- Scopus
- 3- Up to Date
- 4- Trip Database
- 5- Doaj
- 6- Google Scholar
- 7- Magiran
- 8- SID

مرحله دوم : غربال اولیه راهنماهای بالینی (فاز اول)

در فاز اول ۷ راهنمای بالینی مربوط به طب تسکینی در دو مرحله مورد غربال اولیه قرار گرفتند. در این ارزیابی، سه عامل در دسترس بودن نسخه کامل، به‌روز بودن و سازمان‌دهی مناسب هر راهنما در دو فاز موردنقد قرار گرفتند و هر راهنما بر اساس این سه

عامل امتیازدهی شد و در نهایت با برآورد امتیازات هر راهنما بر اساس سه عامل مورد اشاره از بین ۷ راهنمای بالینی در ارزیابی اولیه تعداد سه راهنما به عنوان گایدلاین های منتخب مشخص شدند. در این مرحله، راهنماهای بالینی که بعد از سال ۲۰۱۴ بودند امتیاز کافی از نظر به روز بودن را کسب کردند. از سوی دیگر راهنماهایی که تنها نسخه خلاصه آنها موجود بود از نظر در دسترس بودن نسخه کامل، امتیاز لازم را کسب نکردند. همچنین در مورد سازمان‌دهی مناسب نیز مواردی مانند مدون بودن توصیه‌ها و مستندات مربوط به هر یک از آنها و نیز تطابق سازمان‌دهی گایدلاین با اهداف راهنمای مورد نظر، بیشتر مورد توجه قرار گرفت. لیست مشخصات ۷ گایدلاین مورد نظر، و امتیازات مربوط به هر کدام و همچنین مشخصات سه گایدلاین منتخب به شرح جداول ذیل ارائه شده است. شایان ذکر است دسترسی به نسخه کامل سه گایدلاین نیز در جدول مربوطه امکان‌پذیر است.

ملاک های غربالگری			مشخصات راهنماهای بالینی جستجو شده برای طب تسکینی					
سازماندهی مطابق اهداف راهنمای حاضر	دسترسی به نسخه کامل	به روز بودن	جامعه هدف	کشور/مؤسسه	تاریخ	عنوان	کد	ردیف
++	++++	++++	Adult	UK/ NHS Scotland	2019	Scottish Palliative Care Guidelines	G1-2019-UK	1
+	++++	++++	Adult	Germany	2019	S3-Guideline Palliative care for patients with incurable cancer	G2-2019-German	2
+	++++	++++	Adult	US/ NCP	2018	Clinical Practice Guidelines for Palliative Care	-US18G3-20	3
++++	++++	++++	Adult & Child	US/ NCCN	2018	Palliative Care-Clinical Practice Guideline In Oncology(Palliative Care)	G4-2018- US	4
+	++++	++++	Adult	UK/NICE	2018	Palliative care for adults: strong opioids for pain relief	G5-2018-Uk	5
+++	++++	++++	Adult	UK/European Society for Medical Oncology	2014-2018	ESMO Clinical Practice Guidelines (Palliative care): articles	G6-2014-2018-UK	6

ملاک های غربالگری			مشخصات راهنماهای بالینی جستجو شده برای طب تسکینی					
سازماندهی مطابق اهداف راهنمای حاضر	دسترسی به نسخه کامل	به روز بودن	جامعه هدف	کشور/مؤسسه	تاریخ	عنوان	کد	ردیف
++	++++	+++	Adult	US/ National Coalition for Hospice and Palliative Care	2017	Palliative Care Best Practices Guidelines	G7-2017-US	7

مشخصات سه گایدلاین منتخب در فاز اول

مشخصات راهنماهای بالینی منتخب برای بومی سازی گایدلاین طب تسکینی					
متن گایدلاین	کشور/مؤسسه	تاریخ	عنوان	کد	ردیف
https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/	UK/ NHS Scotland	2019	Scottish Palliative Care Guidelines	G1-2019-UK	1
https://oncolife.com.ua/doc/nccn/Palliative_Care.pdf	US/ NCCN	2018	Palliative Care- Clinical Practice Guideline In Oncology(Palliative Care)	G4-2018-US	2
https://www.esmo.org/	UK/European Society for Medical Oncology	2014 - 2018	ESMO Clinical Practice Guidelines (Palliative care): articles	G6-2014-2018-UK	3

مرحله سوم : غربال اولیه راهنماهای بالینی (فاز دوم)

پس از تعیین سه گایدلاین منتخب در مرحله ، در فاز دوم غربال اولیه راهنماهای بالینی این سه گایدلاین، با ابزار AGREE II نقد شدند. در این مرحله به اعضای پانل کارشناسان مدت ۱۰ روز فرصت داده شد تا سه گایدلاین منتخب را مورد بررسی قرار دهند. به دلیل اینکه هدف تدوین کنندگان ارائه کامل ترین گایدلاین بوده است، برای استخراج شواهد هر سه گایدلاین بررسی شدند.

مرحله چهارم : نقد راهنماهای منتخب در فاز دوم با ابزار AGREE II

در این مرحله اعضاء پانل ، ظرف مدت ۱۰ روز، هر سه راهنمای منتخب را مجدداً با ابزار AGREE II مورد نقد قراردادند و امتیازات مربوط به هر کدام ارزیابی و تجمیع گردید. فرم مربوط به ابزار AGREE II که در این مراحل مورد استفاده قرار گرفت، در پیوست آمده است. بیشترین امتیاز را در بررسی نهایی، راهنمای زیر کسب کرد:

- Palliative Care- Clinical Practice Guideline In Oncology : US/ NCCN: 2018

اسامی اعضاء محترم پانل خبرگان تا این مرحله عبارت است از :

- خانم دکتر مرضیه نجومی
- خانم دکتر مریم بیگلری ابهری
- خانم دکتر فاطمه ملارحیمی
- خانم دکتر خدیجه ازوجی
- آقای دکتر حسن عظیمی
- خانم دکتر زهرا رام پیشه
- متخصص پزشکی اجتماعی-فلوشیپ اپیدمیولوژی بالینی
- متخصص پزشکی اجتماعی
- متخصص پزشکی اجتماعی
- متخصص پزشکی اجتماعی
- متخصص پزشکی اجتماعی
- متخصص پزشکی اجتماعی

مرحله پنجم

پس از انتخاب راهنمای نهایی، مرحله استخراج recommendation ها، در قالب PICO توسط همکاران طرح انجام و شواهد پشتیبان هر توصیه استخراج، ارزیابی و تکمیل گردید...توصیه‌ها ترجمه و بر اساس موضوع دسته‌بندی شدند. در انتها فرم ارزیابی مزایا و معایب بالینی مداخلات و نیز امکان‌سنجی اجرای آنان تهیه شده و در کنار شواهد، هزینه‌ها و... جهت بررسی، تصحیح یا تکمیل به اعضاء پانل خبرگان طب تسکینی ارائه شد.

مرحله ششم

در این مرحله، جلساتی با حضور اعضاء پانل برگزار شده اهداف راهنما و نحوه بررسی توصیه‌های آن برای اعضاء تشریح گردید. سپس پرسشنامه نظرسنجی و برگه‌های مربوط به بررسی و اظهار نظر در مورد توصیه‌ها و شواهد پشتیبان آن‌ها، در اختیار اعضاء پانل خبرگان قرار گرفت. پس از اتمام مهلت تعیین شده، نظرات و قضاوت نهایی اعضاء پانل در مورد مزیت و محدودیت بالینی و قابلیت بومی‌سازی هر توصیه و مداخله جمع‌آوری شد.

تمام توصیه‌ها از شواهد سطح 2A استخراج شده‌اند. در غیر این صورت حتما در کنار هر توصیه سطح شواهد مربوطه ذکر شده است.

تعریف واژگان :

تعریف مراقبت های تسکینی

مراقبت تسکینی چه نوع مراقبتی است؟

نوع خاصی از مراقبت های بهداشتی بیمار - خانواده محور که بر مدیریت موثر درد و سایر علائم دردناک و رنج آور تمرکز دارد

هدف مراقبت تسکینی چیست؟

پیش بینی، پیشگیری و کاهش رنج و درد بیمار و خانواده به منظور تامین بهترین کیفیت زندگی ممکن برای بیماران و خانواده های آنها، صرف نظر از مرحله بیماری یا نیاز به سایر درمانها،

می باشد .

از چه زمانی باید ارائه شود؟

بطور همزمان با درمانهای اصلی بیماری و طولانی کننده بقا ، ارائه شوند

تا کی باید ادامه یابد؟

هنگامیکه درمانهای افزایش دهنده بقا ، دیگر مناسب ، موثر و مطلوب نیستند با قدرت بیشتری ادامه می یابد.

توسط چه کسانی باید ارائه شود؟

توسط تیم متخصص درمان سرطان ، شروع شده و سپس با همکاری تیم متخصص در مراقبت تسکینی ، ادامه یابد

استانداردهای مراقبت های تسکینی

موسسات باید اقداماتی را جهت هماهنگی و ادغام مراقبت تسکینی در مراقبت های اصلی سرطان به عنوان بخشی از اقدامات معمول و برای بیماران با نیازهای خاص، انجام دهند.

تمامی بیماران مبتلا به سرطان باید جهت ارزیابی نیازی به مراقبت های تسکینی در اولین ویزیت ، یا در هر زمان مناسب از دوره درمان ، غربالگری شوند

بیماران و خانواده ها باید مطلع باشند که مراقبت تسکینی ، یک بخش مکمل و ضروری از مراقبت های جامع سرطان، می باشد .

برنامه های آموزشی باید برای تمامی متخصصین بهداشتی و فراگیران ، مهیا شود تا بتوانند دانش ، مهارت و نگرش لازم در مراقبت تسکینی موثر را کسب کنند.

متخصصین مراقبت تسکینی و اعضای تیم مراقبت در سایر رشته ها شامل پزشکان هیئت مدیره در مراقبت تسکینی، پرستاران در مقطع پزشکی پیشرفته ، دستیاران پزشکی ، مددکاران اجتماعی ، کشیش ها و داروسازان ، باید جهت ارائه مراقبت یا مشاوره به بیماران و خانواده هایشان(که نیازمند مهارت آنها می باشند)، در دسترس باشند.

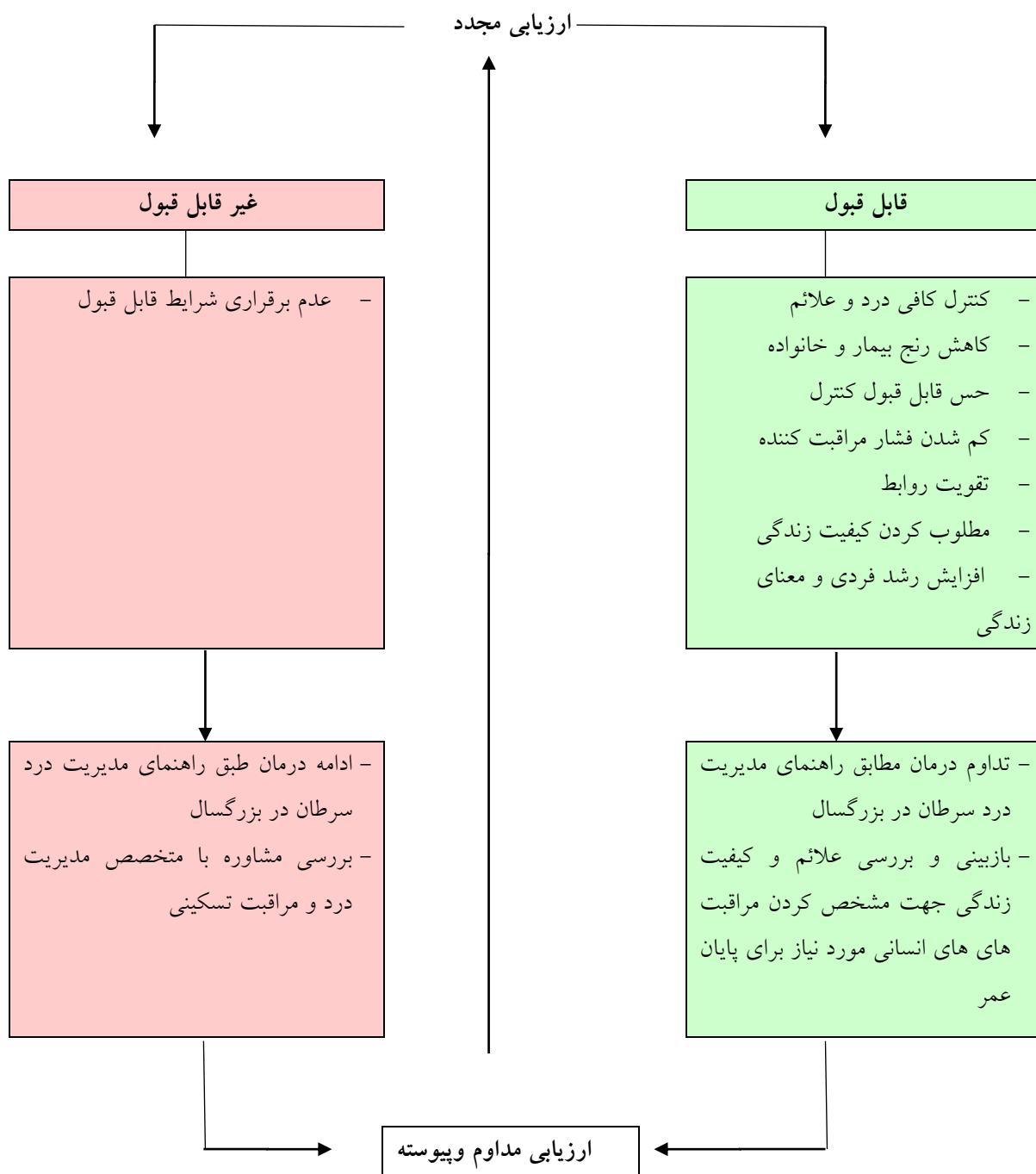
کیفیت مراقبت تسکینی باید توسط برنامه های ارتقاء کیفیت موسسه ارائه دهنده مراقبت ، کنترل شود.

مساله بالینی : برای کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

درد

روزها تا هفته ها (نزدیک به مرگ)	هفته ها تا ماه ها	سال ها - ماه ها تا سال ها
<p>- درمان مطابق راهنمای درد سرطان در بزرگسال علاوه بر این :</p> <p>- به خانواده درباره اهمیت کنترل دارویی درد در بیمار نزدیک به مرگ آموزش دهید</p> <p>- دوز Opioid را تنها به دلیل فشار خون پایین ، تعداد تنفس یا سطح هوشیاری کاهش ندهید.</p> <p>- حفظ درمان با داروی مسکن ، تیتراسیون تا رسیدن به سطحی از دارو که راحتی مطلوب از درد ایجاد کند.</p> <p>- تشخیص و درمان مسمومیت عصبی ایجاد شده توسط مسکن مخدر شامل انقباض عضلانی و تشدید احساس درد غیر طبیعی</p> <p>- اگر کاهش opioid مورد داشته باشد ، کاهش کمتر یا مساوی ۵۰٪ هر ۲۴ ساعت موجب اجتناب از سندرم حاد قطع مخدر یا بحران درد می شود. آنتاگونیست opioid ندهید.</p> <p>- دوز مسکن را بر مبنای سطح هوشیاری و ترجیح بیمار تعدیل کنید.</p> <p>- بررسی مسیرهای تجویز دارو (PR , IV , PO) و زیر پوستی (subcutaneous) , (sublingual) زیرزبانی ، داخل مخاطی و داخل پوستی) با بکارگیری دوز برابر مسکن</p> <p>- مشاوره با متخصص درد و مراقبت تسکینی</p> <p>- بررسی تجویز آرام بخش جهت درد مقاوم به درمان</p>		<p>- درمان مطابق راهنمای مدیریت درد سرطان در بزرگسال</p>





برای کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

توضیحات	عوارض جانبی	هزینه درمان (ریال)	داروی مناسب	
حداقل سن مجاز : ۱۲ سال	در این دوز عارضه قابل توجهی مطرح نیست.	.Acetaminophen tablet 100:# 500mg ریال ۲۰۰۰۰۰	۱ استامینوفن خوراکی	درد خفیف*
	بیمار از نظر خونریزی گوارشی و عملکرد کلیه بررسی شود.	.Indomethacin capsule 100:140000#25mg: ریال	NSAIDS خوراکی	
		Acetaminophen/ Codeine Tab. 300 100: # :mg/20 mg 190000ریال	افزودن یک اپیوم کوتاه اثر: ۲ کدئین خوراکی	درد متوسط تا شدید*
در نارسایی کلیه دوز تعدیل شود.	- میوکلونوس، سرگیجه یا خواب آلودگی یبوست، تهوع و استفراغ احتیاس ادرار، یرادیکاردی، هیپوتانسیون	Morphine Sulfate 10 100 : #: mg/1mL Inj 1390000ریال	تجویز اپیوم کوتاه اثر قوی با دوز پایین : (۱) مورفین 2-3 mg زیر جلدی	
در نارسایی کلیوی هیدرومورفون ارجح است.	<u>تشنج، عوارض گوارشی، نارسایی آدرنال</u> درد معده، تهوع، استفراغ و یبوست، احساس گرما و تنگی نفس، تعریق	Oxycodone HCL Tab. 64500#5 mg : 30ریال Buprenorphine (HCl) Sublingual 0.4 mg 190000# : 100ریال Methadone Tab 5mg 120000# : 100 ریال	۳ (۲) اکسی کدون یا هیدرومورفون خوراکی (۳) بوپرنورفین زیرزبانی (۴) متادون خوراکی	

*دردی که به دلایل اورژانسی ایجاد نشده باشد. در افرادی که در ۳۰ روز اخیر داروی مسکن مخدر مصرف نکرده اند.

توضیحات	عوارض جانبی	هزینه درمان (ریال)	داروی مناسب	درد متوسط تا شدید #
			۴ اوپیوئید را با ۱۰ تا ۲۰٪ کل دوز مصرفی بیمار در ۲۴ ساعت گذشته تجویز کنید (خوراکی یا زیرجلدی)	
<p>در صورت عدم پاسخ به دوز اولیه و عدم کاهش شدت درد: دوز را ۵۰ تا ۱۰۰٪ افزایش دهید.</p> <p>در صورت کاهش میزان درد، دوز اولیه را ادامه دهید یا در زمان نیاز تکرار کنید.</p> <p>ارزیابی دائم شدت درد و کاهش دوز اوپیوم را جهت کاهش عوارض، همواره مدنظر داشته باشید.</p>				

دردی که به دلایل اورژانسی ایجاد نشده باشد. در افرادی که در ۳۰ روز اخیر داروی مسکن مخدر مصرف و یا به آن تحمل پیدا کرده اند.

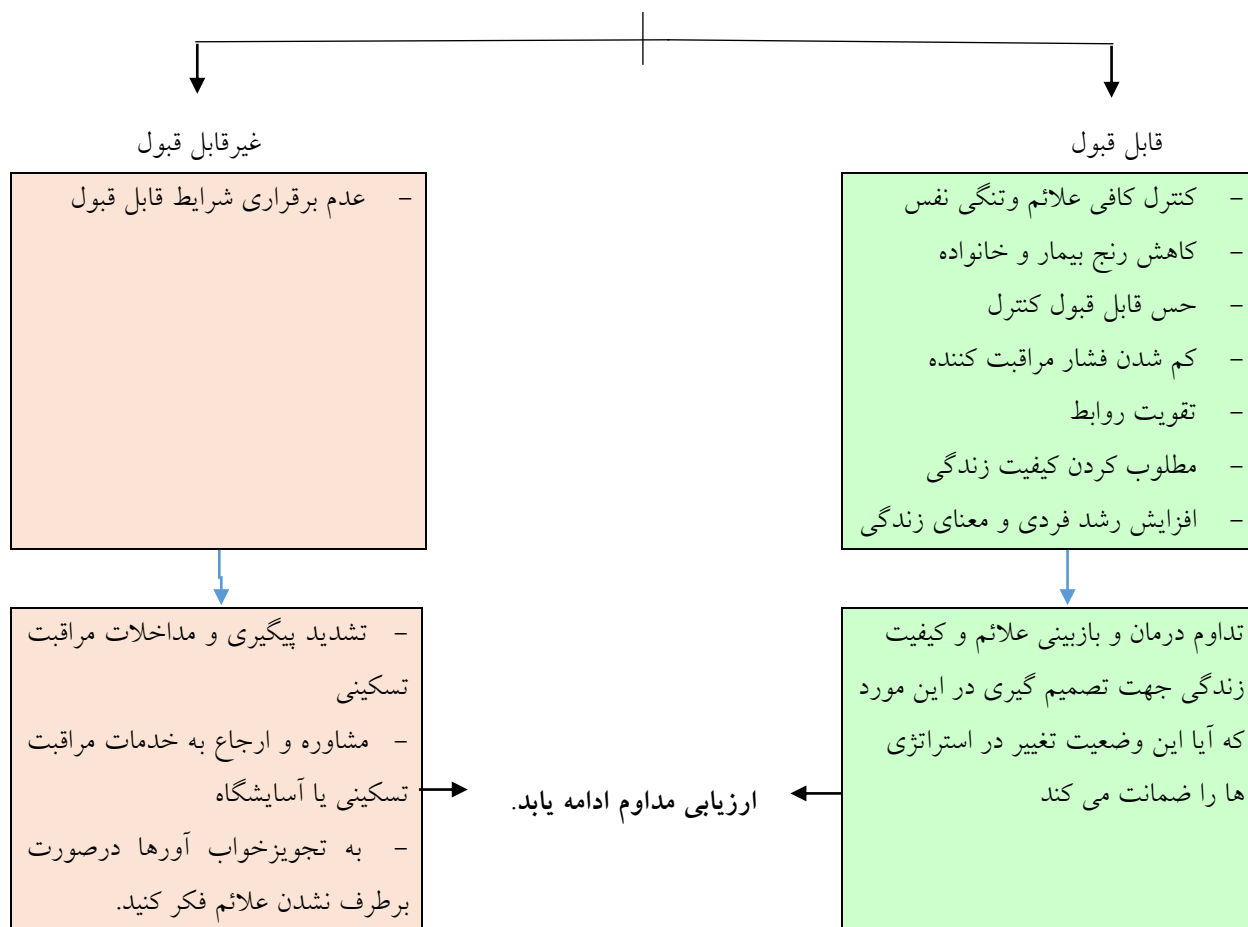
تمام توصیه ها از شواهد سطح 2A استخراج شده اند. در غیر این صورت حتما در کنار هر توصیه سطح شواهد مربوطه ذکر شده است.

مساله بالینی: برای کنترل تنگی تنفس بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

تنگی نفس

سال ها- ماه ها تا سال ها	هفته ها تا ماه ها	روزها تا هفته ها (نزدیک به مرگ)
<p>ارزیابی شدت علائم</p> <ul style="list-style-type: none"> - ارزیابی شدت علائم - توجه به علائم فیزیکی درد مانند تنگی نفس در بیماران فاقد ارتباط کلامی - تمرکز بر راحتی بیمار - ادامه درمان مناسب برای شرایط زمینه ای 		
<p>درمان مشکلات و علل زمینه ای :</p> <ul style="list-style-type: none"> - پرتودرمانی و شیمی درمانی - مداخله درمانی جهت بهبود وضعیت قلبی و مایع جنبی و شکمی - درمان برونکوسکوپیک ریه ها - تجویز گشادکننده نایژه ها ، دیورتیک ها ، استروئیدها ، آنتی بیوتیک ها یا انتقال خون - تجویز داروی ضد انعقاد برای آمبولی ریه 	<p>تسکین علائم</p> <ul style="list-style-type: none"> - درمان با اکسیژن جهت هیپوکسی علامتدار - حمایت آموزشی ، روانی-اجتماعی و احساسی بیمار و خانواده - درمان های غیردارویی، وسایل خنک کننده <p>افزایش حجم مایع بدن :</p> <ul style="list-style-type: none"> - کاهش یا توقف مایع انترال و پارانترال - در نظر گرفتن دوز پایین دیورتیک 	
<p>تخفیف و تسکین دادن علائم :</p> <ul style="list-style-type: none"> - درمان با اکسیژن جهت هیپوکسی علامتدار - حمایت آموزشی ، روان شناختی و احساسی بیمار و خانواده - درمان های غیر دارویی : وسایل خنک کننده ، مدیریت استرس، توجه به مقیاس های راحتی فیزیکی - مورفین 2.5-10mg، خوراکی هر 4 ساعت یا 1-3 mg زیرجلدی هر یک ساعت بدهید. - اگر تنگی نفس تسکین پیدا نکرد و همراه با اضطراب بود ، بنزودیازپن را اضافه کنید - درمان اولیه را با لورازپام 05-1 mg خوراکی هر 4 ساعت شروع کنید. - قطع یا کاهش تهویه مکانیکی در صورت نیاز - توجه به ارجحیت های بیمار و خانواده، پیش آگهی و برگشت پذیری تنفس ، تجویز آرام بخش در صورت نیاز - استفاده از تهویه کمکی فشار مثبت غیر تهاجمی (NPPV) (مثل BiPAP , CPAP) 		

ارزیابی مجدد



برای کنترل مشکل تنفسی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

توضیحات	عوارض جانبی	هزینه درمان (ریال)	داروی مناسب	تنگی نفس *	
		ریال 1060000	وسایل خنک کننده (استفاده از فن دستی مقابل صورت بیمار)		۵
درنارسانی کلیه دوز تعدیل شود.		Morphine Sulfate 10mg/1mL Inj #100 : 1390000 ریال	اگر سابقه مصرف مخدر ندارد : مورفین 1-3 mg IV : در صورت لزوم هر یک ساعت تکرار کنید.		۶
اثر مستقیم بر تنگی نفس ندارد.	گیجی و خواب آلودگی	Lorazepam Tab. 1 mg: # 100 : ریال 60000	اگر تنگی نفس توسط مواد مخدر تسکین پیدا نکرد و همراه با اضطراب بود بنزودیازپن را اضافه کنید: عدم سابقه مصرف بنزودیازپن : لورازپام 0.5-1mg خوراکی هر ۴ ساعت شروع کنید.		۷
در بیماران بستری مناسب است. در منزل هزینه سنگین به بیمار تحمیل می شود.		حداقل قیمت دستگاه CPAP : ریال ۵۰۰۰۰۰۰۰	استفاده از تهویه کمکی فشار مثبت غیر تهاجمی (NPPV) یا (NIV) (مثل BiPAP , CPAP) اگر از نظر کلینیکی شرایط برگشت پذیر تجویز آن رخ داده بود.		۸

تمام توصیه ها از شواهد سطح 2A استخراج شده اند. در غیر این صورت حتما در کنار هر توصیه سطح شواهد مربوطه ذکر شده است.

مساله بالینی : برای کنترل بی اشتهایی و کاهش وزن در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

بی اشتهایی و کاهش وزن مفرط

روزها تا هفته ها(نزدیک به مرگ)	هفته ها تا ماه ها	سال ها- ماه ها تا سال ها
<ul style="list-style-type: none"> - ارزیابی اهمیت علائم بی اشتهایی و سوء تغذیه در بیمار و خانواده - محرک اشتها را در نظر بگیرید: مجسترویل استات $400-800 \text{ mg/d}$ - حمایت عاطفی - درمان افسردگی ، اگر نیاز باشد(میرتازاپین $7.5-30 \text{ mg}$) - ارائه آموزش به بیمار و خانواده با توجه به جنبه های احساسی با هدف قطع حمایت تغذیه ای در صورت نیاز - اطلاع رسانی به بیمار و خانواده از سابقه طبیعی بیماری شامل: -عدم وجود گرسنگی و تشنگی در بیمار در حال مرگ -تغذیه ممکن است در بیماران با سرطان پیشرفته ، متابولیزه نشود. -خطرات تغذیه مصنوعی و آب رسانی: افزایش زیان بار مایعات ، عفونت و تسریع کردن مرگ -خشکی دهان با مراقبت دهان و مصرف مقادیر کم مایعات درمان شود. 	<ul style="list-style-type: none"> - ارزیابی شدت و علل بی اشتهایی و کاهش وزن - به بیمار و خانواده اش درباره گزینه های موجود در درمان آموزش دهید. - دلایل قابل برگشت بی اشتهایی را درمان کنید. - داروهای محرک اشتها را در نظر بگیرید. - تمرکز بر اهداف و ترجیحات بیمار - راه های دیگر مراقبت را به خانواده ارائه دهید. - مشکلاتی که با غذا خوردن تداخل می کنند: - پرشدن زود هنگام معده(گاستروپارزی) - خشکی دهان ، کاندیدیا زیس دهانی ، موکوزیت - تهوع و استفراغ ، تنگی نفس - افسردگی ، درد ، خستگی - اختلالات غذا خوردن/ شکل بدن - اختلالات غدد درون ریز: - اختلال عملکرد تیروئید - غیرطبیعی بودن متابولیسم (افزایش کلسیم) - کم کاری غدد جنسی - در نظر گرفتن برنامه ورزشی متعادل - درخواست مشاوره تغذیه مد نظر باشد. - بررسی و تغییر داروهای که با مصرف غذا تداخل دارند. - حمایت تغذیه ای (enteral, parenteral) مدنظر باشد. - ارزیابی فاکتورهای اجتماعی و اقتصادی 	



ارزیابی مجدد



برای کنترل بی‌اشتهایی و کاهش وزن بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

توضیحات	عوارض جانبی	هزینه درمان (ریال)	داروی مناسب	بی‌اشتهایی و کاهش وزن	
	تغذیه حمایتی ممکن است در بیماران با سرطان پیشرفته، متابولیزه نشود. -خطراتی در ارتباط با تغذیه مصنوعی و آب رسانی وجود دارد: زیاده‌مایعات، عفونت و تسریع کردن مرگ		محرک اشتها تجویز کنید:		
	در مبتلایان به زیاده‌فشار خون و بیماری قلبی یا کلیوی باید با احتیاط مصرف شود	Megea: Megestrol Acetate Tab. 40mg: #30 : 105000	مجسترویل استات خوراکی ۴۰۰-۸۰۰ روزانه		۲۴
	دردوز حداقل عارضه‌ای مشاهده نشده است.	Olanzapine Tab.5mg: #100 : 120000 ریال	اولانزپین خوراکی* شروع از دوز 1.5mg روزانه و حداکثر 5mg روزانه		۲۵
	-Drowsiness : (helpful in case of insomnia) -Check possible (rare) neutropenia	Mirtazapine Tab. 5mg : #30 195000 ریال	در صورت وجود افسردگی: میرتازاپین خوراکی mg ۷/۵-۳۰ QHS اضافه شود.		۲۶
	سرگیجه و سردرد، گیجی، بی‌قراری، احساس تنگی نفس	Metoclopramide Hydrochloride Tab. 10mg: #100 : 100000 ریال	گاستروپارزی: متوکلوپرامید خوراکی 5-10mg QID نیم ساعت قبل غذا	۲۷	

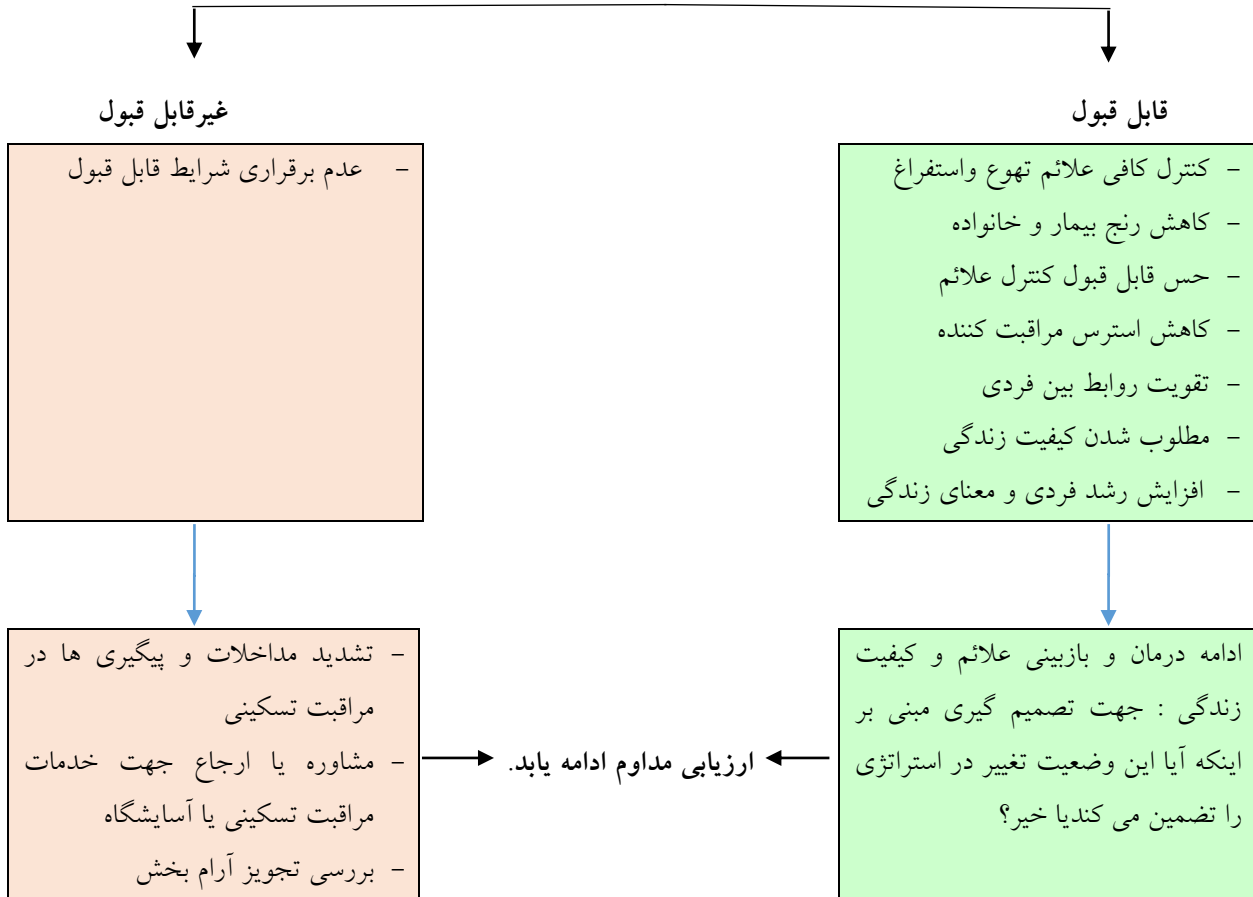
*در بیماران که امید زندگی در حد روزها تا هفته‌ها است.

تمام توصیه‌ها از شواهد سطح 2A استخراج شده‌اند. در غیر این صورت حتماً در کنار هر توصیه سطح شواهد مربوطه ذکر شده است.

مساله بالینی: برای کنترل تهوع و استفراغ در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

<p>- شدت تهوع و استفراغ و علائم همراه را بررسی کنید</p> <p>- بیمار و خانواده را درباره گزینه های موجود در درمان آموزش دهید.</p>
<p>علل احتمالی را بررسی کنید:</p> <p>شیمی درمانی و پرتو درمانی یبوست شدید / انسداد با توده مدفوعی گاستروپارزی انسداد روده درگیری سیستم عصبی مرکزی استداد خروجی معده (تومور داخل شکمی یا متاستاز کبدی) التهاب معده و رفلاکس اختلالات متابولیک را برطرف کنید (هیپرکلسمی، هیپراوریسمی، دهیدراتاسیون)</p> <p>درمان دارویی ضد تهوع را شروع کنید. یبوست را طبق توصیه هادرمان نمایید. از داروهای پروکیتیک طبق توصیه ها استفاده کنید. طبق توصیه ها درمان کنید. پرتو درمانی تسکینی طبق توصیه ها درمان کنید / استنت اندوسکوپیک و کاهش فشار G-tube را مد نظر قرار دهید. طبق توصیه ها درمان کنید.</p>
<p>دراثر داروها ایجاد شده است :</p> <p>- هرگونه داروی غیر ضروری را قطع کنید.</p> <p>- سطوح خونی داروهای ضروری مانند دیگوکسین ، فنی توئین، کاربامازپین ، ضد افسردگی های تری سیلیک را اندازه گیری نمائید.</p> <p>- تغییر یا کاهش دوز داروهای مخدره جایگزینی آنها با ضد دردهایی که تهوع ایجاد نمی کنند.</p> <p>- گاستروپاتی ناشی از داروها را با مهارکننده پمپ پروتون یا هیپرکیتیک ها درمان نمائید.</p>
<p>دراثر فشارهای روانی ایجاد شده است: (Psychogenic)</p> <p>- مشاوره روانکاو انجام دهید.</p> <p>- وجود اختلالات غذا خوردن، فوبیا، Somatization یا اختلالات پانیک را به عنوان عامل ایجاد تهوع و استفراغ، بررسی کنید.</p>
<p>علت اختصاصی یافت نشده است:</p> <p>- طبق توصیه ها درمان نمائید.</p> <p>- درمان های غیر دارویی : ، طب سوزنی ، هیپنوتیزم و درمان رفتار شناختی را بررسی کنید .</p>

ارزیابی مجدد



برای کنترل تهوع و استفراغ بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

توضیحات	عوارض جانبی	هزینه درمان (ریال)	داروی مناسب	
	- سرگیجه و سردرد، گیجی، بی قراری، احساس تنگی نفس، احتمال وقوع علائم اکستراپیرامیدال	Metoclopramide Hydrochloride Tab. 10mg: #100 : ریال 100000	درمان گاستروپارزی : متوکلوپرامید خوراکی 5- QID 10mg نیم ساعت قبل غذا	۹
مصرف تنها در کوتاه مدت مجاز است.	- توجه به کاهش عملکرد ایمنی و افزایش احتمال عفونت ها ضروری است - افزایش خطر زخم پپتیک و خونریزی - افزایش قند خون - افزایش فشارخون - سرکوب عملکرد غده فوق کلیه	Dexamethasone 4mg/1ml : 2ml : ریال 13700	درگیـــــری CNS : دگزامتازون* BID, TID: 4-8mg تزریقی	۱۰
انسداد خروجی معده (به طور ناقص) :				
		Esomperazol Capsul Delayed Release 40mg: ریال 195000 : #30	PPI مثل اس امپرازول 40 mg صبح ناشتا	۱۱
	- در صورت وجود نارسایی شدید کلیه یا کبد، با احتیاط فراوان مصرف شود. - احتمال بروز عوارض اکستراپیرامیدال وجود دارد. - در صورت وجود مشکلات قلبی یا همراه با سایر داروهای ایجادکننده عوارض قلبی با احتیاط مصرف شود		متوکلوپرامید خوراکی 5- QID 10mg نیم ساعت قبل غذا	۱۲
		Ranitidine Tab. 300mg: #100 : ریال 145000	گاستریت / GERD : H ₂ -Blocker مثل رانیتیدین / PPI مثل اس امپرازول 40 mg صبح ناشتا	۱۳
	۱- در بیماری های قلبی-عروقی، به ویژه آنژین صدری، پارکینسون، صرع یا احتباس ادرار با احتیاط فراوان مصرف شود. ۲- بیماران مبتلا به تیروتوکسیکوز به واکنش های دیستونیک و آکاتیزی ناشی از مصرف هالوپریدول حساستر میباشند.	Haloperidol Tab. 5mg: #100 : ریال 180000	هالوپریدول خوراکی 0.5 mg TID	۱۴

تهوع و استفراغ

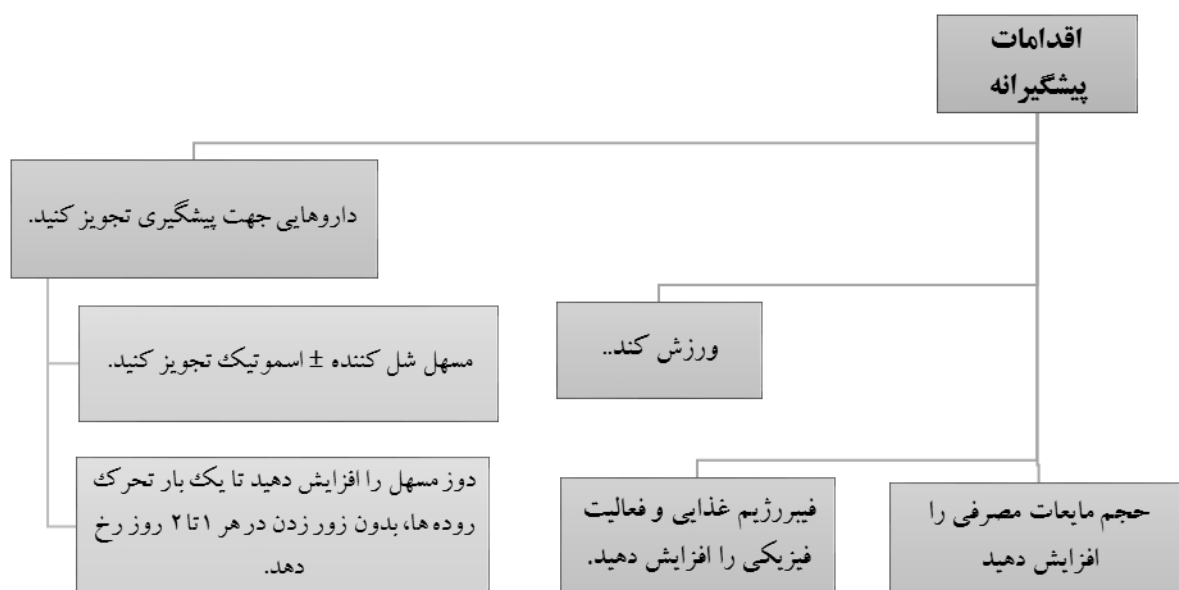
۱۵	کلرپرومازین 5-10 mg ۳/ تا ۴ بار در روز / حداکثر 40mg روزانه	Chlorpromazine Hydrochloride Tab. 100mg: #30 : ریال 138000	- موارد منع یا احتیاط در مصرف زیاد است. - تداخل دارویی متعدد ایجاد می کند.
۱۶	اولانزپین خوراکی* 5-10mg / ۲ تا ۳ بار در روز	Olanzapine Tab.5mg: #100 : ریال 120000	- در تعداد کمی از بیماران، موجب بروز سندرم بدخیم نورولپتیک می شود - در صورت وجود بیماری آلزایمر، بیماری قلبی-عروقی، بیماری عروق مغزی، بیماری تنفسی، پارکینسون، صرع، عفونتهای حاد، نارسایی کبد یا کلیه، سابقه زردی، کم کاری تیروئید، میاستنی گراو، بزرگی پروستات، گلوکوم با زاویه بسته، سالمندان، سرطان پستان وابسته به پرولاکتین خون با احتیاط فراوان مصرف شود.
۱۷	اوندانسترون 4-8 mg هر ۶ ساعت	Ondansetron Tab. 4mg: #40: ریال 80000	- در بیماران مبتلا به انسداد تحت حاد روده ای یا ایلئوس و در نارسایی کبدی با احتیاط فراوان مصرف شود.
۱۸	کنترل اضطراب همزمان: لورازپام 0.5-1mg خوراکی هر ۴ ساعت	Lorazepam Tab. 2mg: #100: ریال 110000	- در بیماریهای تنفسی، ضعف عضلانی، بیماران با سابقه سوء مصرف دارو یا اختلال شخصیتی، اغما، شوک، گلوکوم حاد با زاویه بسته یا استعداد ابتلا به آن باید با احتیاط فراوان مصرف شود. - در افراد مسن، مبتلایان به نارسایی کبد و کلیه، نوجوانان و افراد به شدت بیمار مقدار مصرف دارو باید کاهش داده شود. - برای جلوگیری از بروز عوارض قطع مصرف، مقدار مصرف دارو باید به تدریج کاهش داده شود.
۱۹	افزایش و تیتراسیون دوز سایر داروهای فوق بسته به شرایط بیمار مدنظر باشد.		

تهوع و
استفراغ

			وجود سرگیجه همزمان : آنتی هیستامین تجویز شود.	۲۰	مقاوم
--	--	--	--	----	-------

تمام توصیه ها از شواهد سطح 2A استخراج شده اند. در غیر این صورت حتما در کنار هر توصیه سطح شواهد مربوطه ذکر شده است.

مساله بالینی: برای کنترل یبوست در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟



- شدت یبوست و علل احتمالی را بررسی کنید.
- به بیمار و خانواده اش درباره گزینه های موجود در درمان آموزش دهید.
- داروهای غیر ضروری مولد یبوست را قطع کنید
- انسداد را رد کنید : معاینه فیزیکی-گرافی شکم - مشاوره گوارش
- علل شناسایی شده را درمان کنید : هایپرکلسمی - هایپوکالمی - کم کاری تیروئید - دیابت - داروها
- وجود توده مدفوعی را رد کنید: اسهال *over flow* وجود دارد یا خیر؟

انما با روغن های معدنی را در نظر بگیرید
پس از تجویز دارو و ضد درد ، با دست توده مدفوعی را برطرف کنید.

اگر توده مدفوعی وجود دارد

شدت و علل را مجددا بررسی کنید
مجددا انسداد یا وجود توده مدفوعی را رد کنید.
به افزودن سایر مسهل ها فکر کنید.
انما با آب را در نظر داشته باشید.
مصرف پروکتیتیک ها را در نظر داشته باشید

اگر یبوست پابرجا است:

ارزیابی مجدد

غیر قابل قبول

- عدم برقراری شرایط قابل قبول

قابل قبول

- کنترل کافی علائم یبوست
- کاهش رنج بیمار و خانواده
- حس قابل قبول کنترل علائم
- کاهش استرس مراقبت کننده
- تقویت روابط بین فردی
- بهبود کیفیت زندگی
- افزایش رشد فردی و معنای زندگی

- تشدید مداخلات و پیگیری ها در مراقبت تسکینی
- مشاوره یا ارجاع جهت خدمات مراقبت تسکینی یا آسایشگاه
- بررسی تجویز آرام بخش

ارزیابی مداوم
ادامه یابد.

ادامه درمان و بازبینی علائم و کیفیت زندگی : جهت تصمیم گیری مبنی بر اینکه آیا این وضعیت تغییر در استراتژی را تضمین می کند یا خیر؟

برای کنترل یبوست بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

توضیحات	عوارض جانبی	هزینه درمان (ریال)	داروی مناسب	یبوست
	اسهال آبکی افزایش دفع پتاسیم	Bisacodyl Tab Delayed Release 5mg : #100: 100000 ریال	۲۱ بیزاکودیل 10-15mg خوراکی ۳ بار در روز : تا ایجاد یک بار اجابت مزاج بدون زورزدن هر ۱-۲ روز (یا شیاف رکتال در موارد مقاوم)	
یبوست مداوم و ماندگار :				
	مصرف طولانی مدت آن ممکن است اثر مدرهای نگهدارنده پتاسیم را کاهش دهد. لاکتولوز موجب تسهیل اثر ضدانعقادی کومارین ها	Lactulose Syrup Oral 10mg/15ml, total : 500ml : 250000 ریال	۲۲ لاکتولوز 30-60 ml : ۲ تا ۴ بار در روز	

	میشود.			
		Magnesium hydroxide Suspension 8%, 240ml : 70000 ریال	هیدروکسید منیزیم 30-60 ml : دو بار در روز	۲۳

تمام توصیه ها از شواهد سطح 2A استخراج شده اند. در غیر این صورت حتما در کنار هر توصیه سطح شواهد مربوطه ذکر شده است.

مساله بالینی: برای کنترل انسداد بدخیم روده در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟ انسداد بدخیم روده**

روزها تا هفته ها (نزدیک به مرگ)	هفته ها تا ماه ها	سال ها - ماه ها تا سال ها
<ul style="list-style-type: none"> - در نظر گرفتن مدیریت دارویی بیشتر از مدیریت جراحی - مدیریت دارویی علائم - تجویز مایعات داخل وریدی یا زیر جلدی - تخلیه لوله انترال (فقط زمانی که روش های دیگر در کنترل استفراغ ناموفق بوده اند) - مدیریت علائم با آندوسکوپی 	<ul style="list-style-type: none"> - غربالگری و درمان دلایل برگشت پذیر اصلی: <ul style="list-style-type: none"> - چسبندگی adhesion - تنگی ناشی از پرت. درمانی - فتق های داخلی - ارزیابی علل بدخیم: <ul style="list-style-type: none"> - توده تومورال - کارسینوماتوز 	<ul style="list-style-type: none"> - ارزیابی اهداف درمان بیمار که می تواند راهنمایی برای مداخلات باشد* (مانند کاهش تهوع و استفراغ، اجازه دادن به بیمار برای غذا خوردن، کاهش درد، اجازه دادن به بیمار برای عزیمت به خانه یا آسایشگاه - آموزش و حمایت بیمار و خانواده

*بیشتر موارد انسداد بدخیم روده کامل نیستند و زمان کافی برای اتخاذ تصمیم و انتخاب مداخله مناسب وجود دارد.
**از رادیوگرافی شکم یا سی تی اسکن در تشخیص اسداد روده، کمک بگیرید.



مداخلات

مدیریت جراحی :

- خطرات موجود در جراحی باید با بیمار و خانواده مورد بحث قرار گیرد. (مرگ، انسداد مجدد،...)
- بهبود کیفیت زندگی می بایستی هدف اولیه درمان از طریق جراحی باشد

مدیریت آندوسکوپیک :

- عبور لوله گاستروستومی با آندوسکوپی از طریق پوست برای تخلیه
- جایگزینی stent از طریق آندوسکوپی

مدیریت از طریق مداخلات رادیولوژی :

- عبور لوله گاستروستومی با هدایت سونوگرافی برای تخلیه

مداخلات دارویی زمانی که هدف، حفظ عملکرد روده باشد:

- استفاده از مسیرهای ممکن برای تجویز دارو: رکتوم، زیر جلدی، جلدی و داخل وریدی
- تجویز اوپیوئیدها: از مسیرهای زیر جلدی، جلدی و داخل وریدی (انتخاب آخر است)
- داروهای ضد تهوع: از داروهای ضد تهوع که حرکت روده را افزایش میدهد (پروکیتیک ها)، مانند متوکلوپرامید استفاده نکنید. این داروها در انسداد ناقص روده، مفید هستند.
- کورتیکواستروئیدها: دگزامتازون 4mg، توقف مصرف اگر بهبودی در ۳-۵ روز، دیده نشد.

مداخلات دارویی زمانی که حفظ عملکرد روده ممکن نباشد:

- اکثریتاید 100-300mcg زیر جلدی: ۲ بار در روز / انفوزیون مداوم وریدی 10-40mcg/h / استفاده از فرم آهسته رهش برای افرادی که بقای احتمالی آنها بیش از ۸ هفته است.

تجویز زیر جلدی یا وریدی مایعات:

زمانی که شواهد دهیدراتاسیون مشهود باشند به این گزینه فکر کنید.

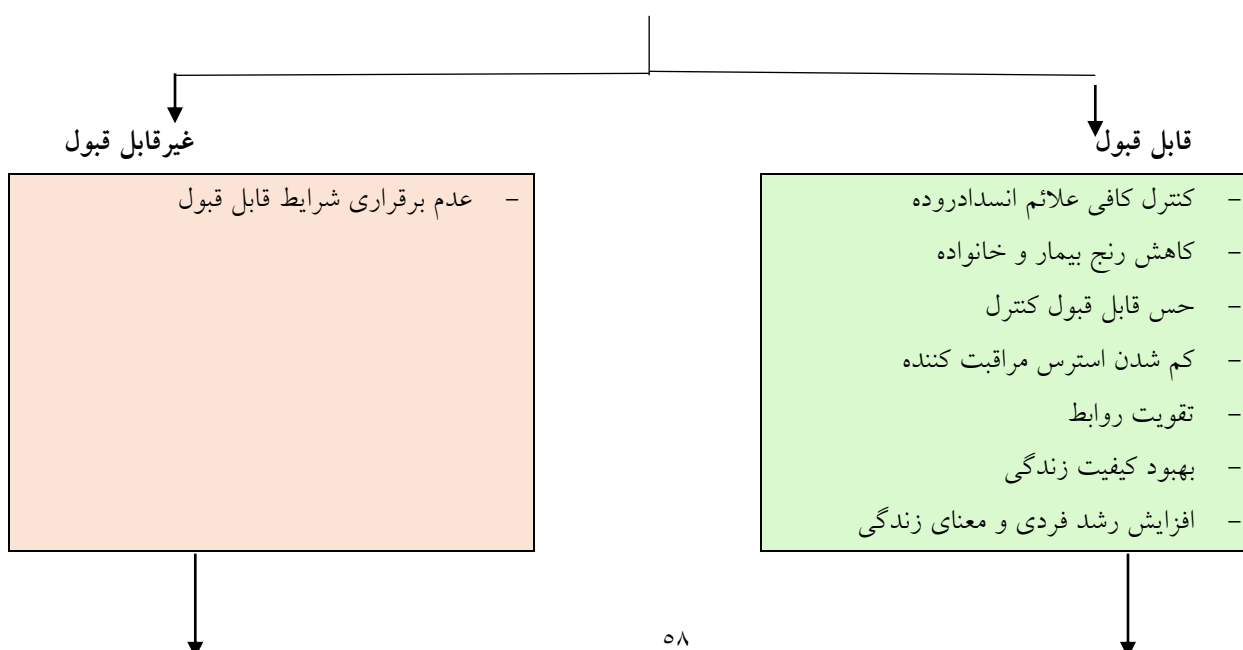
تخلیه به کمک لوله انترال:

- معمولا ایجاد ناراحتی میکند و خطر آسپیراسیون را افزایش می دهد.
- به عنوان یک انتخاب محدود، اگر روش های دیگر در کنترل استفراغ ناموفق بوده اند

تغذیه کامل پارنترال (TPN: Total Parenteral Nutrition):

اگر بهبود کیفیت زندگی در حد انتظار حاصل شده و طول عمر پیش بینی شده برای بیمار در حد ماهها تا سال ها باشد.

ارزیابی مجدد



ادامه درمان و بازبینی علائم و کیفیت زندگی :
جهت تصمیم گیری مبنی بر اینکه آیا این وضعیت تغییر در استراتژی را تضمین می کند یا خیر؟

-تشدید پیگیری و مداخلات مراقبت تسکینی
-مشاوره و ارجاع جهت خدمات مراقبت تسکینی یا آسایشگاه

ارزیابی مداوم ادامه یابد.

برای کنترل انسداد بدخیم روده در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟					
توضیحات	عوارض جانبی	هزینه درمان (ریال)	داروی مناسب		هدف حفظ عملکرد روده است
			۲۸	۲۹	
			کاهش دوز یا تغییر اویپوئیدها		
	<ul style="list-style-type: none"> - در صورت وجود نارسایی شدید کلیه یا کبد، این دارو با احتیاط فراوان مصرف شود. - احتمال بروز عوارض اکستراپیرامیدال وجود دارد. - در صورت وجود مشکلات قلبی یا همراه با سایر داروهای ایجادکننده عوارض قلبی با احتیاط مصرف شود 	<p>Metoclopramide Hydrochloride Tab. 100#10mg: 100000 ریال</p>	<p>متوکلوپرامید خوراکی 5- QID 10mg نیم ساعت قبل غذا</p>	۲۹	
تجویز کوتاه مدت مجاز است.	<ul style="list-style-type: none"> - توجه به کاهش عملکرد ایمنی و افزایش احتمال عفونت ها ضروری است - افزایش خطر زخم پپتیک و خونریزی - افزایش قند خون - افزایش فشارخون - سرکوب عملکرد غده فوق کلیه 	<p>Dexamethasone 4mg/1ml : 2ml : 13700 ریال</p>	<p>دگزامتازون 4-12mg روزانه وریدی (در صورت عدم بهبود بعد ۳ تا ۵ روز: قطع کنید)</p>	۳۰	
استفاده از فرم آهسته رهش برای افرادی که	<ul style="list-style-type: none"> - مصرف این دارو در بیماران مبتلا به دیابت، ممکن است باعث کاهش نیاز به انسولین یا داروی کاهنده قند خون گردد - این دارو، حرکات کیسه صفرا و جریان 	<p>Octreotide Injection, Powder, Lypophilized, : 1 vial : 30 mg 27,658,500 ریال</p>	<p>اکترئوتاید 100-300mcg زیرجلدی : ۲ بار در روز / انفوزیون مداوم وریدی 10-40mcg/h /</p>	۳۱	عملکرد روده

بقای احتمالی آنها بیش از ۸ هفته است.	ترشح صفراوی را مهار می‌کند. - در مصارف طولانی مدت عملکرد کبد و تیروئید بیمار پیگیری شود. قبل از مصرف و در فواصل هر ۶-۱۲ ماه درمان با این دارو، وضعیت کبد، کیسه صفرا و تیروئید بیمار باید ارزیابی شود.				
---	--	--	--	--	--

توصیه‌ها از شواهد سطح 2A استخراج شده‌اند. در غیر این صورت حتما در کنار هر توصیه سطح شواهد مربوطه ذکر شده است.

مساله بالینی: برای کنترل اسهال در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

مداخلات

شدت و علل اسهال را بررسی کنید.

به بیمار، خانواده و مراقبین درباره گزینه‌های

موجود درمانی آموزش دهید.

درمان ضداسهال مناسب را بر مبنای شدت اسهال شروع کنید.
اگر در اثر شیمی درمانی است: دوز بعدی را کاهش یا به تعویق
اندازید.

شدت اسهال (Grade) آن را مشخص کنید:

علت‌ها:

- سندرم روده تحریک پذیر، کرون
- تغییرات آناتومیک یا پس-جراحی مثل سندرم روده کوتاه
- مصرف اخیر آنتی بیوتیک‌ها
- رژیم شیمی درمانی
- عوارض پرتودرمانی یا انتریت ناشی از رادیاسیون یا سایر
عوارض
- داروهایی که مکررا ایجاد اسهال می‌کنند.
- GVHD یا کولیت مرتبط با ایمنوتراپی
- نارسایی پانکراس در سرطان پانکراس
- تغییرات رژیم غذایی
- عفونتها

غربالگری انجام دهید جهت رد: کلستریدیوم دیفیسیل، HIV،
انگل‌ها و...

افزایش دفع مدفوع > ۴ بار

در روز یا افزایش ملایم در
استومی

Grade.1

افزایش دفع مدفوع 6-۴ بار

در روز یا افزایش متوسط در
استومی

Grade.2

افزایش دفع مدفوع < ۷ بار

در روز یا افزایش شدید در
استومی/ بی اختیاری

Grade.3

/تداخل با عملکرد روزانه -
بستری

وضعیت تهدیدکننده حیات

اگر وجود توده مدفوعی مطرح است طبق توصیه های سناریو - 7 عمل کنید.

مداخلات ضد اسهال

درمان ضداسهال مناسب را بر مبنای شدت اسهال، فوری شروع کنید.

- اگر در اثر شیمی درمانی است : دوز بعدی را کاهش یا به تعویق اندازید.
- تامین آب کافی و الکترولیت ها برای بیمار از مسیر خوراکی
- اگر بیمار هنوز اویپوئید دریافت نکرده دیفنوکسیلات شروع کنید.

Grade.1

- در صورت عدم تحمل مایعات خوراکی، مایعات وریدی بدهید.
- ضداسهال را شروع کرده یا مانند بالا ادامه دهید.
- ترکیبات آنتی کولینرژیک را مدنظر داشته باشید.
- اگر عفونتی به جز کلستریدیوم دیفیسیل مطرح است، بر مبنای ارگانسیم، آنتی بیوتیک مناسب تجویز کنید.
- اگر در اثر شیمی درمانی است : دوز بعدی را کاهش یا به تعویق اندازید.

Grade.2

- اگر مربوط با ایمنوتراپی است، این داروها مدنظر باشند:
کورتیکواستروئیدها(برای کوتاه مدت) و پروبیوتیک ها

- بیمار را در بیمارستان بستری نمائید(در درجه ۴ اگر با اهداف درمان مطابقت دارد : مراقبت های ویژه)
- در مورد GVHD : محدودیت های رژیم غذایی، کورتیکواستروئید و تغذیه وریدی
- آنالوگ های سوماتواستاتین را در نظر داشته باشید.
- در بیماران در منزل آب از مسیر پارنترال را در نظر بگیرید.

Grade.3

And

Grade.4

برای کنترل اسهال در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

توضیحات	عوارض جانبی	هزینه درمان (ریال)	داروی مناسب	Grade-1	اسهال
	-مصرف همزمان این دارو با کوتریموکسازول، فراهمی زیستی لوپرامید را افزایش میدهد. -لوپرامید موجب افزایش غلظت دسموپرسین خوراکی میشود.	Loperamide Hydrochloride Tab. 2mg : #100 : ریال 150000	42 لوپرامید خوراکی 4mg : ۱ بار سپس 2mg : بعد از هر بار مدفوع اسهالی / حداکثر 16mg روزانه		
در افرادی که اوپیوم دریافت نمی کنند تجویز کنید.	Dehydration, addiction, toxic megacolon Caution in: hepatic impairment, UC patients	Diphenoxylate Tab 2.5 mg : #100 : ریال 100000	43 دیفنوکسیلات: ۲- 1 قرص خوراکی هر ۶ ساعت - حداکثر ۸ قرص در روز		
42 , 43				Grade-2	
(در موارد مشکوک به کلستریدیوم دیفیسیل)	در صورت وجود نارسایی کبد و آنسفالوپاتی کبدی با احتیاط فراوان	Metronidazole Tab. 250mg: #100 : ریال 130000	44 مترونیدازول* 500mg : خوراکی /وریدی		

			هر ۶ ساعت - به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز		
	مصرف شود.				
	مصرف شود.	Vancomycin Powder for Injection Solution 500mg : 10 vials : ریال 910000	وانکومايسين* 125-250mg خوراکی هر ۶ ساعت - به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز (درموارد مشکوک به کلستریدیوم دیفیسیل)*	45	
	مصرف باید به مدت کوتاه محدود شود.	Dexamethasone 4mg/1ml : 2ml : ریال 13700	آمپول دگزامتازون 4-8mg روزانه عضلانی (درموارد ایجاد شده به دنبال ایمونوتراپی)	۴۶	
	مصرف باید به موارد کاملاً ضروری محدود شود. برای بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب مصرف شود و بیش از 5mg/kg از دارو نباید استفاده نشود.	Remsia: Infliximab powder for Injection Solution 100mg : 7500000	Infliximab 5mg/kg هر ۲ تا ۶ هفته یک بار (درموارد ایجاد شده به دنبال ایمونوتراپی)	۴۷	
۴۴, 45, 45, 47					
	مصرف از مصرف و در فواصل هر ۶-۱۲ ماه درمان با این دارو، وضعیت کبد، کیسه صفرا و تیروئید بیمار باید ارزیابی شود.	Octreotide Injection, Powder, Lypophilized, 30 mg : 1 vial ریال 27,658,500	اکترئوتاید 100-200mcg هر ۸ ساعت زیرجلدی / انفوزیون مداوم وریدی	48	Greade-3,4

*درمواردی غیر از عفونت با کلستریدیوم دیفیسیل، برمبنای کشت مدفوع درمان نمایند.

- ۱- افزایش دفع مدفوع > 4 بار در روز یا افزایش ملایم در استومی
- ۲- افزایش دفع مدفوع 6-4 بار در روز یا افزایش متوسط در استومی
- ۳- افزایش دفع مدفوع < 7 بار در روز یا افزایش شدید در استومی / بی اختیاری / تداخل با عملکرد روزانه - بستری
- ۴- وضعیت تهدیدکننده حیات - مداخله اورژانس

تمام توصیه ها از شواهد سطح 2A استخراج شده اند. در غیر این صورت حتما در کنار هر توصیه سطح شواهد مربوطه ذکر شده است.

مساله بالینی : برای کنترل مشکلات خواب در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

اختلالات خواب و بیداری

روزها تا هفته ها (نزدیک به مرگ)	هفته ها تا ماه ها	سال ها - ماه ها تا سال ها
<ul style="list-style-type: none"> - ارزیابی خواست بیمار برای درمان بی خوابی و تجویز آرام بخش - اصلاح دوز داروهای درمانی - در نظر گرفتن کلرپرومازین 25-100mg در زمان خواب - در نظر گرفتن کوئه تیپاین 25-50mg در زمان خواب 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی ترس ها و نگرانی های بیمار در رابطه با بیماری و مرگ - آموزش دادن به بیمار درباره خواب و بهداشت - ارائه درمان های شناختی - رفتاری (کنترل تحریکات و استراحت پیش رونده عضلانی) Progressive Muscle Relaxation - ارزیابی نوع و شدت اختلال خواب شامل اختلالات در روز 	

(مقیاس خواب آلودگی Epworth)

- در نظر گرفتن پلی سومنوگرافی (اگر سابقه ی اختلالات تنفسی هنگام خواب وجود دارد)
- درمان عوامل تشدید کننده :

- درد ، افسردگی ، اضطراب ، هذیان ، تهوع
 - عوارض جانبی داروها یا سندروم های ترک (مانند کروتیکواستروئیدها، مواد مخدر ، ضد تشنج ها، کافئین ، هورمون ها، گیاهان دارویی ، بنزودیازپین ها ، الکل ، داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای
 - اختلالات اولیه خواب مثل آپنه انسدادی در هنگام خواب و اختلالات حرکتی متناوب اعضا
- BiPAP / CPAP** -

- برای سندرم پاهای بی قرار: لوودوپا- کاربی دوپا- پیرامپیکسول را مدنظر داشته باشید.

- درمانهای دارویی برای اختلالات مقاوم خواب و بیداری :

بی خوابی :

- لورازپام 0.5-1 mg در زمان خواب
- ترازودون 25-100mg در زمان خواب
- زولپیدم 5mg در زمان خواب
- میرتازاپین 7.5-30 mg در زمان خواب
- اولانزاپین 2.5-5mg در زمان خواب

خواب آلودگی روزانه :

- کافئین 100-200mg هر ۶ ساعت، آخرین دوز قبل از عصر
- مودافینیل ، 100-400mg هر روز صبح

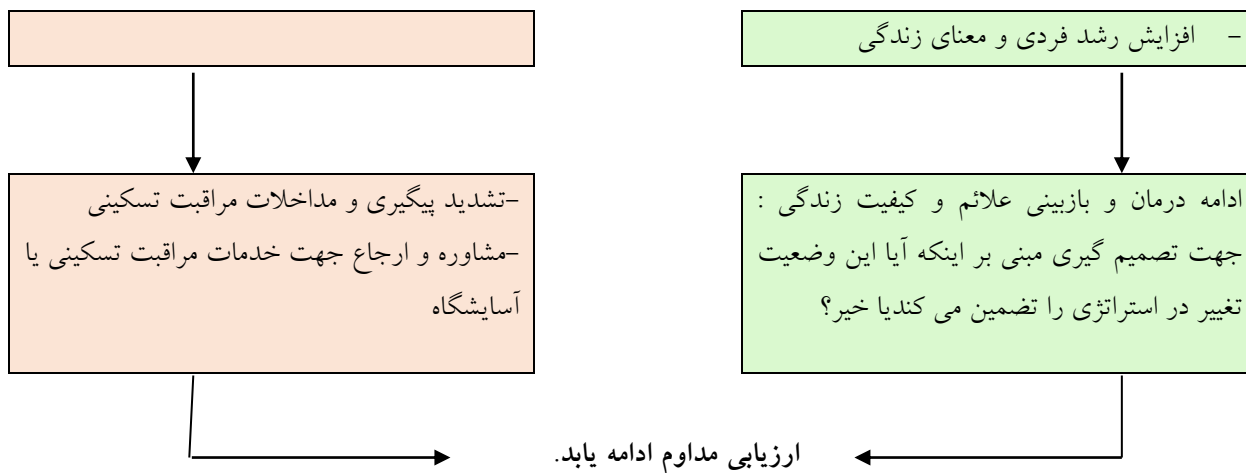
ارزیابی مجدد

غیر قابل قبول

- عدم برقراری شرایط قابل قبول

قابل قبول

- بهبود کافی وضعیت خواب و بیداری
- کاهش رنج بیمار و خانواده
- حس قابل قبول کنترل علائم
- کم شدن استرس مراقبت کننده
- تقویت روابط بین فردی
- بهبود کیفیت زندگی



برای کنترل اختلالات خواب و بیداری در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟				
توضیحات	عوارض جانبی	هزینه درمان (ریال)	داروی مناسب	
	daytime sleepiness, headache, and orthostatic hypotension.	Trazodone Hydrochloride Tab.50 mg: #100: 170000 ریال	ترازودون 25-100mg خوراکی هنگام خواب	۳۲
	-در تعداد کمی از بیماران، مصرف این دارو موجب بروز سندرم بدخیم نورولپتیک می شود.	Olanzapine Tab.5mg: #100 : 120000 ریال	اولانزپین 2.5-5mg خوراکی هنگام خواب	۳۳
- در صورت وجود بیماری آلزایمر، بیماری قلبی-عروقی، بیماری عروق مغزی، بیماری تنفسی، پارکینسون، صرع، عفونتهای				

<p>حاد، نارسایی کبد یا کلیه، سابقه زردی، کم کاری تیروئید، میاستنی گراو، بزرگی پروستات، گلوکوم با زاویه بسته، سالمندان، سرطان پستان وابسته به پرولاکتین خون با احتیاط فراوان مصرف شود.</p>			
۳۴	<p>زولپیدم 5mg خوراکی هنگام خواب</p>	<p>Zolpidem Tab.5mg: #30: 48000 ریال</p>	<p>May cause amnesia, falls, disorientation, and hallucinations.</p>
۳۵	<p>کلرپرومازین 25-50mg خوراکی هنگام خواب (در بیماران نزدیک به مرگ دوز تا 100mg قابل افزایش است)</p>	<p>Chlorpromazine Hydrochloride Tab. 25mg: # 100: 160000 ریال</p>	<p>موارد منع مصرف متعدد و بسیاری وجود دارد. در هنگام تجویز دارو به موارد مذکور توجه شود.</p>
۳۶	<p>میرتازاپین 7.5-30mg خوراکی هنگام خواب</p>	<p>Mirtazapine Tab. 5mg : #30 195000 ریال</p>	<p>-Drowsiness : (helpful in case of insomnia) -Check possible (rare) neutropenia</p>
۳۷	<p>کوئه تیاپین 12.5-25mg خوراکی هنگام خواب</p>	<p>Quetiapine Fumarate Tab. Extended Release 200mg: # 30 : 360000 ریال</p>	<p>در صورت وجود سرطان سینه یا سابقه ابتلا به آن، بیماریهای قلبی-عروقی، بیماریهای عروق مغزی، نارسایی کلیه یا کاهش فشار خون با احتیاط فراوان مصرف شود.</p>
۳۸	<p>لورازپام 0.5-1mg خوراکی هنگام خواب</p>	<p>Lorazepam Tab. 2mg: #100: 110000 ریال</p>	<p>در بیماریهای تنفسی، ضعف عضلانی، بیماران با سابقه سوء مصرف دارو یا اختلال شخصیتی، اغما، شوک، گلوکوم حاد با زاویه بسته یا استعداد ابتلا به آن باید با احتیاط فراوان مصرف شود. -مقدار مصرف دارو باید به تدریج کاهش داده شود.</p>
۳۹	<p>ملاتونین خوراکی (1.5 or 3mg) ۳۰ دقیقه قبل از خواب</p>	<p>قرص ملاتونین ۳ میلی گرم - ناترول - ۱۰۰ عددی : ۸۱۰۰۰۰ ریال</p>	
۴۰	<p>کافئین 100-200mg خوراکی هر ۴ ساعت (آخرین دوز حداکثر تا ۴)</p>	<p>قرص کافئین ۱۰۰-۱۰۰mg تا بی پوراطب: ۸۵۰۰۰۰ ریال</p>	<p>بی قراری - طپش قلب - سردرد</p>

خواب آلودگی
روزانه

			بعد از ظهر مصرف شد)		
Positive points: 1- Rapid effect 2-Action on pain	عوارض جانبی نسبت به متیل فنیدیت و سایر محرک ها بسیار کمتر است.	Modafinil Tab. 200mg: # 30 : ریال 210000	مودافینیل 100-400mg خوراکی صبح ها	۴۱	

تمام توصیه ها از شواهد سطح 2A استخراج شده اند. در غیر این صورت حتما در کنار هر توصیه سطح شواهد مربوطه ذکر شده است.

مساله بالینی: برای کنترل دلیریوم در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

دلیریوم

روزها تا هفته ها (نزدیک به مرگ)	هفته ها تا ماه ها	سال ها - ماه ها تا سال ها
<ul style="list-style-type: none"> - تمرکز بر حمایت خانواده و مراقبین و مکانیسم های غلبه بر مشکل - بررسی مجدد برنامه های درمانی و اجتناب از اقدامات و داروهای غیر ضروری 	<ul style="list-style-type: none"> - شدت و علل دلیریوم را ارزیابی کنید (طبق DSM): hyper-active : بیش فعال hypo-activ : کم فعال 	

<ul style="list-style-type: none"> - کاهش دوز داروهای با متابولیسم وابسته به کلیه و کبد - درمان ناکافی یا بیش از حد درد، می تواند دلیریوم را تشدید کند. - وجود توده مدفوعی یا احتباس ادرار را بررسی کنید چون ممکن است دلیریوم را تشدید کنند. - تغییر داروهای مخدر را در نظر بگیرید. - بررسی اینکه آشفتگی ممکن است یا فرد حاصل از دوره‌های بالای مواد مخدر (opioid) اشتباه گرفته شود که ممکن است هذیان را تشدید کند - حذف داروهای غیرضروری - تمرکز بر کنترل علائم - تیتراسیون بالارونده دوز آنتی سایکوتیک ها: هالوپریدول ، ریسپریدون، اولانزاپین یا کوئه تیاپین - تیتراسیون بالارونده دوز لورازپام : بیمارانی که علیرغم دوزهای بالای نورولپتیک ، بر آشفتگی مقاوم دارند. - تجویز رکتال یا داخل وریدی هالوپریدول با یا بدون لورازپام را در نظر داشته باشید 	<p>- به بیمار ، خانواده و مراقبین درباره گزینه های درمانی آموزش دهید.</p> <p>غربالگری و درمان علل اساسی برگشت پذیر :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> - دلایل متابولیک - درد مداوم و بدون تسکین - کمبود اکسیژن - انسداد روده یا یبوست مقاوم - وقایع CNS - انسداد خروجی صفرا - دارو یا اثرمواد یا ترک : مانند بنزودیازمین ، موادمخدر ، آنتی کولینرژیک </div> <p>- برای بررسی امکان مداخلات غیر دارویی ارزیابی و غربالگری نمائید: reorientation ، تحریک شناختی ، بهداشت خواب</p>
---	--

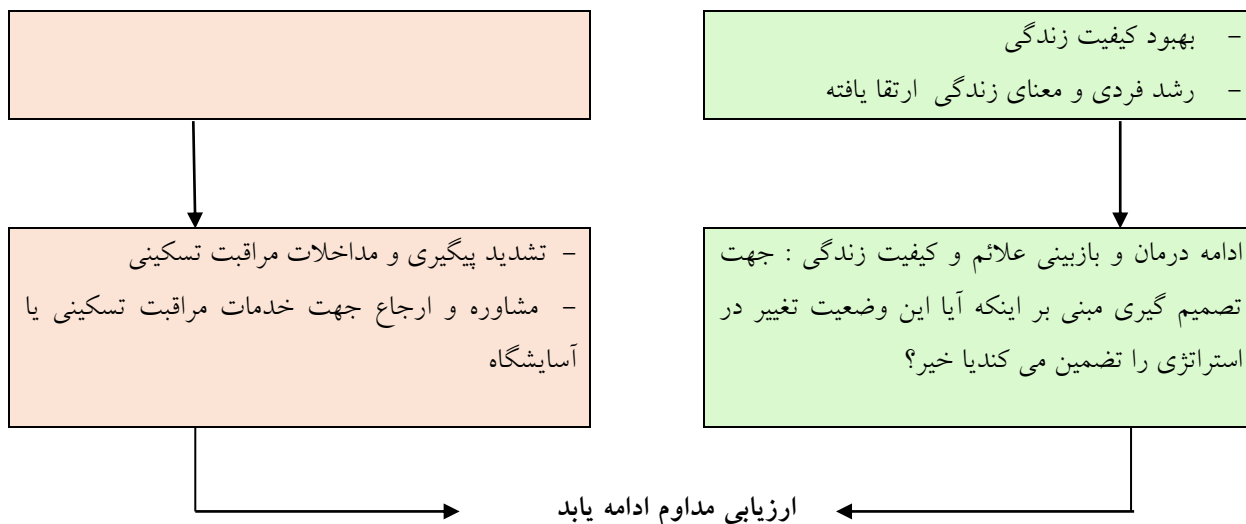
ارزیابی مجدد

غیر قابل قبول

<ul style="list-style-type: none"> - عدم برقراری شرایط قابل قبول

قابل قبول

<ul style="list-style-type: none"> - بهبود دلیریوم در حدموردانتظار - کاهش رنج بیمار و خانواده - حس قابل قبول کنترل علائم - کم شدن استرس مراقبت کننده - تقویت روابط بین فردی
--



برای کنترل دلیریوم در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، چه اقدامی مناسب است؟

توضیحات	عوارض جانبی	هزینه درمان (ریال)	داروی مناسب	دلیریوم خفیف تا متوسط
- در بیماری های قلبی - عروقی، پارکینسون، صرع یا احتباس ادرار با احتیاط فراوان مصرف شود.	- سندرم اکستراپیرامیدال	Hloperidol Tab. 5mg: #100 : ریال 180000	هالوپریدول 0.5-2mg خوراکی ۳ تا ۲ بار در روز	۴۹
	- طولانی شدن فاصله QT در بعضی از	Risperidone Tab. 2mg: #100 :	ریسپریدون 0.5-1mg	۵۰

	بیماران - به دلیل احتمال افزایش سطح پلاسمایی پرولاکتین، طی درمان با ریسپریدون باید سطح پرولاکتین را به طور منظم اندازه گیری نمود.	ریال 130000	خوراکی : ۲ بار در روز	
	- در تعداد کمی از بیماران: بروز سندرم بدخیم نورولپتیک - در صورت وجود بیماری آلزایمر، بیماری قلبی-عروقی، بیماری عروق مغزی، بیماری تنفسی، پارکینسون، صرع، عفونتهای حاد، نارسایی کبد یا کلیه، سابقه زردی، کم کاری تیروئید، میاستنی گراو، بزرگی پروستات، گلوکوم با زاویه بسته، سالمندان، سرطان پستان وابسته به پرولاکتین خون با احتیاط فراوان مصرف شود	Olanzapine Tab.5mg: #100 : ریال 120000	اولانزپین 5-20mg خوراکی روزانه	۵۱
	در صورت وجود سرطان سینه یا سابقه ابتلا به آن، بیماریهای قلبی-عروقی، بیماریهای عروق مغزی، نارسایی کلیه یا کاهش فشار خون با احتیاط فراوان مصرف شود	Quetiapine Fumarate Tab. Extended Release 200mg: #30 : ریال 360000	کوئه تیاپین 25-200mg خوراکی دو با در روز	۵۲
	دریالا ذکر شده است.	هالوپریدول 0.5-2mg وریدی : هر ۱ تا ۴ ساعت	در صورت نیاز تکرار شود	۵۳
	دریالا ذکر شده است.	اولانزپین 2.5-7.5mg خوراکی : هر ۲ تا ۴ ساعت	در صورت نیاز تکرار شود (حداکثر 30mg در روز)	۵۴
	دریالا ذکر شده است.	کلرپرومازین 25-100mg خوراکی/وریدی :	در صورت نیاز هر ۴ ساعت تکرار شود	۵۵
- برای جلوگیری از بروز عوارض قطع مصرف، مقدار مصرف دارو باید به تدریج کاهش داده شود.	- در افراد مسن، مبتلایان به نارسایی کبد و کلیه، نوجوانان و افراد به شدت بیمار مقدار مصرف دارو باید کاهش داده شود.	Lorazepam Tab. 2mg #100: ریال 110000	در موارد مقاوم و همراه با بی قراری : لورازپام 0.5-2mg زیرجلدی/ وریدی هر ۴ ساعت اضافه شود .	۵۶

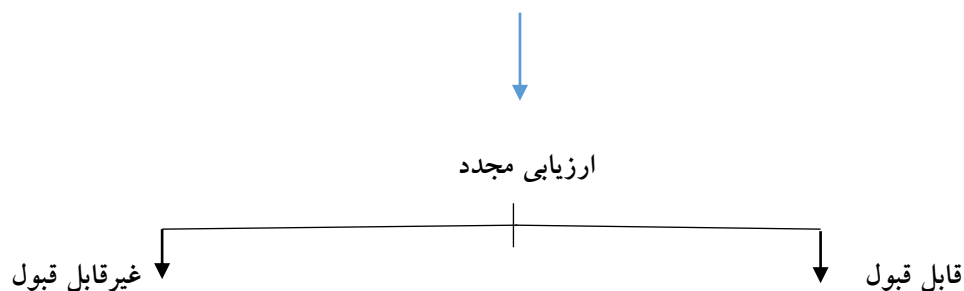
دلیریوم شدید

تمام توصیه ها از شواهد سطح 2A استخراج شده اند. در غیر این صورت حتما در کنار هر توصیه سطح شواهد مربوطه ذکر شده است.

حمایت اجتماعی - مدیریت منابع

روزها تا هفته ها (نزدیک به مرگ)	هفته ها تا ماه ها	سال ها - ماه ها تا سال ها
- در مورد موضوعات شخصی، روحی و فرهنگی مرتبط با بیماری و پیش آگهی گفتگو کنید. - خواسته های بیمار برای راحت بودن را ارزیابی و حمایت نمائید. - فرایند مرگ و وقایع قابل انتظار را برای بیمار، مراقبت کننده و اعضای خانواده		- از این موارد اطمینان حاصل کنید:

<p>توضیح دهید.</p> <ul style="list-style-type: none"> - به درخواست ها و دغدغه های خاص مراقبت کننده پاسخ دهید. - خطر وقوع اختلالات پیچیده سوگواری را ارزیابی کنید. - از اینکه مراقبت ها با اعمال فرهنگی ، معنوی و مذهبی مطابقت دارد اطمینان حاصل کنید. - ارائه حمایت هیجانی واحساسی و توجه به تعارضات موجود برای بیمار و خانواده یا بین اعضای خانواده به دنبال مداخلات را موردتوجه قراردهید. - خدمات زیستی کودکان child life services ، درصورت در دسترس بودن فراهم کنید. - ارائه خدمات موسیقی وهنر درمانی را، درصورت در دسترس بودن مد نظر داشته باشید. - مشاوره طب تسکینی را جهت کمک به حل تعارضات بیمار ، خانواده یا تیم متخصصین زمانی که با کاربری ومنافع مراقبت های تسکینی موافق نیستند، در نظر بگیرید. - افرادی را، غیر ازکادر مراقبت، جهت ترجمه وتفسیر مواردپزشکی برای بیمار و خانواده به کار گیرید. - مناسب بودن بیمار و آمادگی ونیاز او را برای دریافت مراقبت های تسکینی یا استقرار درآسایشگاه ارزیابی نمائید. 	<ul style="list-style-type: none"> - در دسترس بودن مراقبت کننده ها - ایمنی محیط منزل - دسترسی کافی به امکانات حمل و نقل - کافی بودن منابع مالی. <p>درصورت نیاز به سرویس های اجتماعی ارجاع دهید:</p> <p>جهت بسیج خانواده ، اجتماع و منابع مالی</p> <ul style="list-style-type: none"> - از حمایت و آموزش مراقبت کننده و اعضای خانواده اطمینان حاصل کنید: - مشاوره - گروههای پشتیبانی - خدمات زیستی کودکان child life services <ul style="list-style-type: none"> - به فشارها و استرس های خاص مراقبت کننده پاسخ دهید - خطرووقوع اختلالات پیچیده سوگواری را ارزیابی کنید. - به خانواده یا مراقبت کننده با ایجاد زمان فراغت(ازمراقبت) کمک کنید.
--	---



عدم برقراری شرایط قابل قبول

- پشتیبانی کافی اجتماعی و مدیریت مناسب منابع

- کاهش رنج بیمار و خانواده

- کاهش استرس مراقبت کننده

- استحکام روابط بین فردی

- بهبود کیفیت زندگی

- افزایش رشد شخصی و معنای زندگی

- ارزیابی مجدد و تشدید پیگیری و مداخلات مراقبت
تسکینی در صورت امکان

- ارجاع به مددکاران اجتماعی، روانشناس و روانپزشک را
مدنظر قرار دهید.

- در بیماران نزدیک به مرگ، مشاوره یا ارجاع به متخصص
طب تسکینی، آسایشگاه یا کمیته اخلاق را مدنظر بگیرید.

- ارزیابی مجدد و مداوم

- برقراری ارتباط بین بیمار، مراقبت کننده، اعضای

خانواده و تیم مراقبت سلامت

ارزیابی مداوم ادامه یابد.

آماده سازی بیمار، خانواده و مراقبین برای پایان زندگی و انتقال به آسایشگاه (یا منزل)

روزها تا هفته ها (نزدیک به مرگ)	هفته ها تا ماه ها	سال ها - ماه ها تا سال ها
<ul style="list-style-type: none"> - آموزش بیمار و خانواده درباره فرایند مرگ - ارجاع بیمار به مراکز مراقبت های تسکینی - ضمن اطمینان از ادامه درگیر بودن تیم درمانی و پزشکان مراقبت های اولیه، تغییرات بالقوه در مراقبت ها را، در نظر بگیرید. - اطلاعات ارجاع بیمار به مراکز دیگر را ارائه دهید: <p style="text-align: center;">ارزیابی روانی - اجتماعی:</p> <ul style="list-style-type: none"> - کرامت درمانی** - مشاوره سوگ <p style="text-align: center;">ارزیابی معنوی:</p> <ul style="list-style-type: none"> - حمایت معنوی در صورت نیاز <ul style="list-style-type: none"> - برنامه ریزی برای خدمات تشییع جنازه و یادبود - به اهداف و نیازهای بیمار، خانواده و مراقبین در رابطه با فرایند مرگ توجه کنید 	<ul style="list-style-type: none"> - ارزیابی آگاهی بیمار و خانواده از روند بیماری - درباره پیش آگهی و نیازهای پیش بینی شده بیمار، با او، خانواده و مراقبین به طور شفاف و ثابت و مداوم، گفتگو کنید. - برنامه ریزی مراقبت های پیشرفته را تسهیل کنید: - ارزیابی ظرفیت تصمیم گیری و نیاز به حضور تصمیم گیرنده جایگزین - مشخص کردن ارزشها و ارجحیت های بیمار و خانواده با حفظ توجه به کیفیت زندگی - مناسب بودن بیمار و آمادگی و نیاز او را برای دریافت مراقبت های تسکینی یا استقرار در آسایشگاه مشخص نمایید. - آموزش بیمار و خانواده درباره فرایند مرگ - ارجاع بیمار به مراکز مراقبت های تسکینی - ضمن اطمینان از ادامه درگیر بودن تیم درمانی و پزشکان مراقبت های اولیه، تغییرات بالقوه در مراقبت ها را، در نظر بگیرید. - اطلاعات ارجاع بیمار به مراکز دیگر را ارائه دهید: <p style="text-align: center;">کرامت درمانی** و مشاوره سوگ</p> <p style="text-align: center;">حمایت معنوی در صورت نیاز</p> <ul style="list-style-type: none"> - برنامه ریزی برای خدمات تشییع جنازه و یادبود - به اهداف و نیازهای بیمار، خانواده و مراقبین در رابطه با فرایند مرگ توجه کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> - درک و آگاهی بیمار و خانواده از روند قابل انتظار بیماری را ارزیابی کنید. - درباره پیش آگهی و نیازهای پیش بینی شده بیمار، با او، خانواده و مراقبین به طور شفاف و ثابت و مداوم، گفتگو کنید. - برنامه ریزی مراقبت های پیشرفته را تسهیل کنید: - ارزیابی ظرفیت تصمیم گیری و نیاز به حضور تصمیم گیرنده جایگزین - مشخص کردن ارزشها و ارجحیت های بیمار و خانواده با حفظ توجه به کیفیت زندگی - مناسب بودن بیمار و آمادگی و نیاز او را برای دریافت مراقبت های تسکینی یا استقرار در آسایشگاه مشخص نمایید.

legacy work(dignity therapy) : https://www.civilica.com/Paper-ISMOH17-ISMOH17_036 **

http://www.palliative.org/NewPC/_pdfs/education/2013%20conference%20materials/Legacy%20Work%20in%20Palliative%20Care%20Best.pdf

ارزیابی مجدد

غیر قابل قبول

عدم برقراری شرایط قابل قبول

قابل قبول

- کاهش رنج بیمار و خانواده
- کاهش استرس مراقبت کننده
- استحکام روابط بین فردی
- بهبود کیفیت زندگی
- افزایش رشد فردی و معنای زندگی

- ارزیابی مجدد و تشدید پیگیری و مداخلات مراقبت تسکینی در صورت امکان

- ارزیابی مجدد و مداوم
- برقراری ارتباط بین بیمار ، مراقبت کننده، اعضای خانواده و تیم مراقبت سلامت

ارزیابی مداوم ادامه یابد.

برنامه ریزی مراقبت پیشرفته

روزها تا هفته ها (نزدیک به مرگ)	هفته ها تا ماه ها	سال ها - ماه ها تا سال ها
<p>- برنامه مراقبت پیشرفته را اجرا و از پذیرش آن توسط بیمار و.. اطمینان حاصل نمائید.</p> <p>- تصمیم بیمار و خانواده اش را درباره اقدامات حفظ کننده حیات، نظیر احیاء قلبی ریوی روشن و قطعی نمائید.</p> <p>- درباره تمایل برای اهداء عضو و اتوپسی جويا شوید.</p> <p>- خانواده و بیمار را به تصمیم گیری و اعلام درخواست احیاء نکند (DNR)*، برای احیاء نکوشید (DNAR)**، تشویق نمائید تا اجازه بدهند روند طبیعی مرگ طی شود.</p> <p style="text-align: center;">Do Not Resuscitate ** Do Not Attempt Resuscitate</p>	<p>- مداخلات فرد با امید زندگی ماه ها تا سال ها را در نظر داشته باشید.</p> <p>- ترجیحات بیمار و خانواده اش را درباره محل مرگ مشخص نمائید.</p> <p>- ارزشهای فردی و ارجحیت های بیمار را با تغییر شرایط، بررسی کنید.</p> <p>- اگر قبلاً انجام نشده: توصیه های مربوط به مراقبت ها را مطابق ارزش ها و ترجیحات بیمار ارائه دهید.</p> <p>- از ثبت کامل برنامه مراقبت پیشرفته، در رکوردهای الکترونیک بخش خدمات سلامت، به طوری که در دسترس تمام مراقبین بیمار قرار داشته باشد، اطمینان حاصل کنید.</p> <p>- دغدغه های بیمار و خانواده را در مورد برنامه بیمار پیدا کنید. تعارضات بین اهداف بیمار، خانواده و مراقبین را بیابید و حل نمائید.</p> <p>- در زمان عدم توافق بیمار، خانواده و مراقبین درباره برنامه درمانی، مشاوره با متخصص مراقبت های تسکینی را مد نظر داشته باشید</p>	<p>- ارزیابی ظرفیت تصمیم گیری و نیاز به حضور تصمیم گیرنده جایگزین</p> <p>- از بیمار در مورد وجود وصیت نامه توانایی پزشکی وکیل، وکالت نامه مراقبت بهداشتی، سؤال کنید:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>- اگر موجود نیست، بیمار را جهت آماده کردن آن، تشویق کنید.</p> <p>- بیمار را، در صورت دسترسی به مددکار اجتماعی ارجاع دهید</p> </div> <p>- ترس در مورد مرگ و اضطراب را در بیمار بررسی کنید.</p> <p>- گفتگو درباره ارزشهای فردی و ارجحیت های برای مراقبت های پایان زندگی را آغاز کنید.</p> <p>- اگر ارزشهای بیمار و اهدافش به خواسته شفاف در ارتباط با درمان بیماری در آینده منتهی شود، متخصص باید برای مراقبت در آینده توصیه هایی را ارائه نماید.</p> <p>- تصمیم ها، ارزش ها و ارجحیت های بیمار را در جایی که در هنگام نیاز در دسترس باشد ثبت نمائید.</p> <p>- بیمار را تشویق کنید درباره آرزوهای با خانواده و وکیل خود گفتگو کند.</p>

ترس های بیمار در باره آینده را پیدا کنید و حمایت های عاطفی ارائه دهید.
رایزنی با بیمار را درباره گزینه های مراقبت تسکینی و آسایشگاه شروع کنید
اگر مناسب داشت، تیم مراقبت های تسکینی را معرفی نمائید

ارزیابی مجدد

غیر قابل قبول

عدم برقراری شرایط قابل قبول



- مقاومت بیمار نسبت به درگیری با برنامه ریزی مراقبت پیشرفته را بررسی کنید.
- ترسها و نگرانیها درباره بیماری را جویا شوید.
- اگر بیمار در ارتباط با گفتگو در مورد برنامه ریزی مراقبت پیشرفته مشکل دارد به مراقبت تسکینی ارجاع دهید.
- ارجاع به متخصص سلامت روان ، جهت ارزیابی موضوعات سلامت روانی، را در نظر داشته باشید.
- مشاوره اخلاق را مدنظر داشته باشید.

قابل قبول

- برنامه ریزی کافی برای مراقبت پیشرفته
- کاهش رنج بیمار و خانواده
- کاهش استرس مراقبت کننده
- بهبود کیفیت زندگی



- ارزیابی مجدد و مداوم
- برقراری ارتباط بین بیمار ، مراقبت کننده، اعضای خانواده و تیم مراقبت سلامت

ارزیابی مداوم ادامه یابد.

پاسخگویی به درخواست تعجیل مرگ (مرگ با کمک پزشک)

ما براین باوریم که درخواست برای جلو انداختن زمان مرگ ، معنی مهمی دارد که باید کشف شود. مناسب ترین پاسخ به درخواست تعجیل مرگ ، تشدید مراقبت تسکینی است. ، چنین بیمارانی باید به متخصص طب تسکینی، ارجاع شوند . به هر حال ارزیابی درخواست بیمار برای تعجیل در مرگ، حتی برای متخصصینی که احساس می کنند هرگز این کار ، از نظر اخلاقی پذیرفته نیست، مهارت مهمی است . درخواست تعجیل مرگ اغلب اهداف مهمی دارد که نیازمند بررسی است . روشن ساختن این اهداف می تواند گاهی طیف انتخابات درمانی مفید را ، افزایش دهد.

صراحت درخواست بیمار را بررسی کنید .

اگر بیمار نسبت به مرگ ، حسن تعبیر دارد یا غیر مستقیم به آن اشاره می کند ، خواستار شفاف سازی شوید تصور نکنید که آرزوی مرگ زود هنگام ، درخواستی برای تجویز داروی کشنده است

آرزوی بیمار برای زندگی نکردن در شرایط فعلی را از تمایل به تعجیل مرگ یا مرگ با کمک پزشک، متمایز کنید.

بررسی دلایل این درخواست و دریافتن پاسخ این سؤال که « چرا الان »؟

- ارزیابی مجدد کنترل علائم
- روانکاوی ارزیابی روانشناسی : افسردگی ، اضطراب، غم و اندوه بسیار ، روان پریشی و هذیان
- پرسش در مورد ارتباط بیمار با خانواده و سایر افراد مهم
- پرسش در مورد ارزشهای فردی و دیدگاه های شخصی درباره رنج معنوی و وجودی ،
- ارزیابی ترس درباره استرس های مراقبت کننده و رها شدن بیمار و تاکید مجدد بر تعهد پزشک نسبت به بیمار

- درخواست مشاوره با متخصص سلامت روان جهت تشخیص و درمان دلایل برگشت پذیر ناراحتی روانی
- درباره تاریخچه طبیعی بیماری و فرایند مرگ توضیح و اطلاعات ارائه کنید.
- درباره تفاوت های توقف داوطلبانه خوردن و آشامیدن و درمان های ادامه دهنده حیات با تجویز آرام بخش جهت علائم غیر قابل درمان ، گفتگو کنید.
- نقش مراقبت کنندگان و آسایشگاه (در صورت مناسب بودن) را در نظر بگیرید.

- پاسخ خودتان به درخواست های خاص بیمار را به عنوان متخصص امتحان کنید، درخواست تعجیل مرگ می تواند متخصصین را به مواجهه با مسئولیت های فردی ، شغلی ، اخلاقی و قانونی خود وادارد. جلسه مشاوره ای با کمیته اخلاق ، متخصص مراقبت تسکینی یا همکاران با تجربه ، در نظر بگیرید . این موارد معمولا پیچیده اند و اغلب بررسی نقطه نظرات گوناگون ، سودمند می باشد.

- برنامه مراقبت را شفاف نمایند.

درخواست تعجیل مرگ ، باید گفتگوی مداوم و تلاش های فعالانه جهت بهبود دیسترس فیزیکی ، روانی و معنوی را تسریع نماید.

بر مسئولیت خود جهت ارائه مداوم مراقبت ها و حفظ برنامه دارویی جهت کنترل علائم بیمار دوباره تاکید کنید.

مراقبت از بیمار با مرگ قریب الوقوع

مراقبت پایان عمر را در نظر بگیرید: شامل مداخله های فیزیکی، روانی اجتماعی و عملی

فیزیکی

- اگر دسترسی به آسایشگاه وجود دارد، مراقبت در آسایشگاه را ارزیابی کنید.
- مقیاس های راحتی را تشدید کنید. پروتکل سلامت پوست را بر مبنای ارزیابی خطر، اجرا نمایید:
- تغییر متناوب وضعیت بیمار جهت افزایش راحتی
- بازنگری داروها و مراقبت های قبلی در درمان زخم
- استفاده از تشک تسکین دهنده فشار
- مراقبت از چشم و دهان جهت حفظ رطوبت کافی
- برطرف کردن احتباس ادراری و توده مدفوعی
- از غیر فعال شدن ضربان ساز قلب و دفیبریلاتور کاشته شده، اطمینان حاصل کنید.
- توقف آزمایشات تشخیصی غیر ضروری و مداخله هایی مانند انتقال خون، پایش قند خون، ساکشن
- کنترل علائم حیاتی را با ارزیابی مرتب (هر 4 ساعت) علائم بیمار (symptoms)، جایگزین کنید.
- مسیر تجویز داروها را، زمانی که دیگر مصرف خوراکی مقدور نیست، تغییر دهید.
- دوز داروها را جهت رسیدن به حداکثر راحتی ممکن تغییر دهید (تب و درد را درمان کنید)
- ترشحات پایانی پاک نشدنی را درمان کنید (death rattle): مایعات انترال و پارنترال را کاهش دهید. وضعیت بیمار را تغییر دهید. از ساکشن عمیق اجتناب کنید.
- تنگی نفس را با تعدیل دوز داروها درمان کنید.
- بیقراری و آشفتگی مقاوم را با آرام بخشی تسکینی درمان کنید.
- برای اهدای عضو یا اتوپسی آماده شوید.

روانی-اجتماعی

- کمک به بیمار و خانواده جهت پذیرفتن قطع TPN، انتقال خون، دیالیز و داروهایی که راحتی بیمار را افزایش نمی دهند
- مشاوره با مددکار اجتماعی و روحانی مذهبی را در نظر داشته باشید

- برای بیمار و خانواده فرصت گذراندن زمانی بدون وقفه را با یکدیگر فراهم نمائید.
- از اینکه بیمار و خانواده درک صحیحی از علائم مرگ قریب الوقوع و موردحمایت بودن در کل فرایند مرگ پیدا کرده اند، اطمینان حاصل کنید.
- حمایت های پیش بینی شده داغدیدگی را ارائه دهید.
- از بچه ها و نوه ها حمایت کنید.
- دیدار با بچه ها را ، اگر با ارزشهای خانواده ، هماهنگ است ، تشویق نمائید.
- از اینکه مراقبت کننده دستورالعمل پیشرفته را به درستی درک و اجراء می کند، مطمئن شوید.
- از برگزاری یک سوگواری سالم، اطمینان حاصل کنید.

عملی

- روندها و سیاست های مراقبتی پایان عمر در بیمارستان را بسیج کنید.
- از ثبت و اجرائی شدن دستورالعمل های مراقبت پیشرفته بیمار ، اطمینان بیابید.
- خواسته های بیمار جهت اجراء تنفس مصنوعی یا عدم اجراء آن را ثبت نمائید.
- اگر بیمار یا خانواده دستور DNAR را اجرا نکرد ، آموزش بیمار و خانواده را تشدید کرده و با خانواده درباره اهمیت DNAR یا اجازه دادن به طی روند مرگ طبیعی (AND) ، گفتگو کنید
- فضایی محترمانه و زمانی بدون وقفه برای با یکدیگر بودن بیمار و خانواده فراهم کنید.
- برنامه ریزی تشییع جنازه را تسهیل نمائید.

مرگی است عاری از درد و رنج قابل اجتناب برای بیمار ، خانواده و مراقبت کننده ها ، مطابق خواسته های بیمار و خانواده و سازگار با استانداردهای بالینی ، فرهنگی و اخلاقی

مرگ در آرامش

مداخلات پس از مرگ

برای خانواده و مراقبت کننده ها

مراقبت بلافاصله پس از مرگ

- فراهم کردن زمانی برای خانواده با پیکر بیمار

- جداسازی تمامی دستگاهها و لوله ها (دستگاه های تخلیه و سوند فولی مگر اینکه کالبد شکافی برنامه ریزی شود)

- اطلاع رسانی به خانواده در مورد مرگ (اگر غایب اند)

- اطمینان از برخورد احترام آمیز، با ملاحظات فرهنگی

- اطلاع دادن و در نظر گرفتن نگرانی های بازماندگان نسبت به اهداء عضو یا کالبد شکافی

حمایت در داغدیدگی

- مراتب ابراز تسلیت بصورت رسمی در مرگ بیمار

- گفتگو و ارزیابی خطر سرطان در اعضای خانواده

- شناسایی اعضای خانواده در معرض خطر داغدیدگی و اندوه شدید طولانی

برای متخصصین مراقبت های بهداشتی و درمانی

حمایت عمومی:

- گفتگو در مورد موضوعات موثر در مراقبت بیمار

- ایجاد فضای امن گفتگو در مورد مرگ بیمار

- یادآوری به کارکنان برای مراسم یادبود

حمایت پس از مرگ:

- مرور موضوعات پزشکی مرتبط با مرگ بیمار، نگرانیها و سوالات مرتبط با کیفیت مراقبت

- بررسی پاسخهای احساسی خانواده و کارکنان (شامل پرستاران، اعضای تیم پزشکان و مددکاران)

- شناسایی متخصصین در معرض خطر برای داغدیدگی، رنج اخلاقی یا خستگی شدید

- 1- www.news-medical.net/health/palliative-care-history.aspx , Palliative Care History. updated : 1th Feb 2014 /Sent by email at : 12th July 2014
- 2- Ursula McVeigh , Allan Ramsay : Palliative Care. Page 582-587
- 3- <http://www.nice.org.uk/Search?area=NICE.Search&q=Palliative+care>
- 4- Islamic Republic of IRAN, Ministry of Health and Medical Education, Health and Treatment Deputy, Center for Disease Control & Prevention, Noncommunicable Diseases Unit, Cancer Office. Iranian Annual of National Cancer Registration Report: 2008-2009
- 5- Park, Y., et al., Costs for five -year lung cancer survivors in a tertiary care hospital in South Korea. Lung Cancer, 2009
- 6- Büttner, M., König, HH., Löbner, M. et al. Support Care Cancer (2019) 27: 2221. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4498-1>
- 7- Callander, E., Bates, N., Lindsay, D. et al. Int J Equity Health (2019) 18: 32. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0931-4>
- 8- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non small-cell lung cancer : N Engl J Med. 2010; 363:733–742 [PubMed: 20818875]
- 9- Gulcan Bagcivan, J Nicholas Dionne-Odom, Jennifer Frost, Margaret Plunkett, Lisa A Stephens, Peggy Bishop, Richard A Taylor, Zhongze Li, Rodney Tucker and Marie Bakitas, What happens during early outpatient palliative care consultations for persons with newly diagnosed advanced cancer? A qualitative analysis of provider documentation: Palliative Medicine 2018, Vol. 32(1) 59–68, DOI: 10.1177/026921631773338
- 10- Gade G, Venohr I, Conner D, et al. Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. J Palliat Med. 2008; 11:180–190. [PubMed: 18333732]
- 11- Molassiotis A, Brearley S, Saunders M, et al. Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: a randomized, controlled trial. J Clin Oncol. 2009; 27:6191–6198. [PubMed: 19917849]
- 12- El-Jawahri A, Greer JA, Temel J. Does palliative care improve outcomes for patients with incurable illness? A review of the evidence. J Support Oncol. 2012; 9:87–94. [PubMed: 21702398]
- 13- Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? Cancer J. 2010; 16:423–435. [PubMed: 20890138]
- 14- Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, et al . Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care : J Am Geriatr Soc. 2007; 55:993–1000. [PMID: 17608870]
- 15- Connor S, Pyenson B, Fitch K, Spence C, Iwasaki K. Comparing hospice and nonhospice patient survival among patients who die within a three-year window/ J. Pain Symptom Manage. 2007; 33(3):238–246. [PMID : 17349493]
- 16- Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, et al. Why is spiritual care infrequent at the end of life? spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. J Clin Oncol. 2013; 31:461–467. [PMID: 23248245]
- 17- Gosain R, Miller K . Symptoms and symptom management in long-term cancer survivors : Cancer J. 2013 Sep-Oct;19(5):405-9.[PMID: 24051613]
- 18- Magdalena Karlsson, Febe Friberg, Catarina Wallengren and Joakim Öhlén . Meaning of existential uncertainty and certainty for people diagnosed with cancer and receiving palliative treatment : a life-world phenomenological study : BMC Palliative Care 2014, 13:28 /accessed : <http://www.biomedcentral.com> : 28th July 2014

- 19- Ferrell B, Otis-Green S, Economou D. Spirituality in cancer care at the end of life. *Cancer J.* ۲۰۱۳ Sep-Oct;۱۹(۵):۷-۱۳۱
- 20- Claudia Bausewein, Steffen T. Simon. Shortness of Breath and Cough in Patients in Palliative Care : *Deutsches Ärzteblatt International* : 19th Aug 2013; 110(33–34): 563-572 (Continuing Medical Education)
- 21- Eduardo Bruera. Anorexia, cachexia, and nutrition : *ABC of palliative care* .BMJ(Clinical review) vol 315 : 8th November 1997
- 22- www.cancer.org
- 23- www.mayoclinic.org/cancer/cancer-pain
- 24- Glare P, Miller J, Nikolova T, et al; Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. *Clinical Intervention Aging* : 2011;6:243-59
- 25- Zichterman A; Opioid Pharmacology and Considerations in Pain Management, US Pharmacist, 200۷
- 26- Palliative cancer care - nausea & vomiting; NICE CKS, September 2012
- 27- von Gunten CF, Gafford E. Treatment of non-pain-related symptoms: . *Cancer J.* 2013 Sep-Oct;19(5):397-404[PMID: 24051612]
- 28- Gosain R, Miller K . Symptoms and symptom management in long-term cancer survivors : *Cancer J.* 2013 Sep-Oct;19(5):405-9.[PMID: 24051613]
- 29- Magdalena Karlsson, Febe Friberg, Catarina Wallengren and Joakim Öhlén . Meaning of existential uncertainty and certainty for people diagnosed with cancer and receiving palliative treatment : a life-world phenomenological study : *BMC Palliative Care* 2014,
- 30- Meyers FJ, Carducci M, Loscalzo MJ, et al. Effects of a problem-solving intervention (COPE) on quality of life for patients with advanced cancer on clinical trials and their caregivers: Simultaneous Care Educational Intervention (SCEI): linking palliation and clinical trials. *J Palliat Med.* 2011; 14:465–473. [PubMed: 21413846]
- 31- Brom L, Pasman HR, Widdershoven GA, van der Vorst MJ, Reijneveld JC, Postma TJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Patients' preferences for participation in treatment decision-making at the end of life qualitative interviews with advanced cancer patients : *PLoS One.* 2014 Jun 25;9(6) : [PMID : 24964036]
- 32- Ramezani T. Degree of Depression and the Need for Counseling among Women with Breast Cancer in Kerman Chemotherapeutic Centers. *IJPCP.* 2001; 6 (4) :70-80
URL: <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-1960-fa.html>
- 33- Pourghaznein T, Hoshmand P, Talasaz Firouzi E, Esmaili H. The Sources of Inspiration and the Level of Hope among Cancer Patients. *IJPCP.* 2003; 8 (4) :82-87
URL: <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-219-fa.html>
- 34- www.palliativecare.org.au
- 35- www.ncpc.org.uk/palliative-care
- 36- www.nhpco.org
- 37- www.getpalliativecare.org/whatis/disease-types

پیوست شماره-۱: منابع (شواهد مورد استناد در استخراج و بررسی توصیه ها) :

001-Wiffen PJ, Derry S, Moore RA et al. Oral paracetamol (acetaminophen) for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev 2017; 7: CD012637.

- Derry S, Wiffen PJ, Moore R et al. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for cancer pain in adults. Cochrane Database Syst Rev,2017; 12: CD012638.

- Gaertner J, Stamer UM, Remi C et al. Metamizole/dipyrone for the relief of cancer pain: a systematic review and evidence-based recommendations for clinical practice. Palliat Med 2017; 31: 26–34.

004- Wiffen PJ, Wee B, Moore RA. Oral morphine for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev 2016; 4: CD003868.

- Wiffen PJ, Wee B, Derry S et al. Opioids for cancer pain—an overview of Cochrane reviews. Cochrane Database Syst Rev 2017; 7: CD012592.

- Schmidt-Hansen M, Bennett MI, Arnold S et al. Oxycodone for cancer-related pain. Cochrane Database Syst Rev 2015; 2: CD003870.

007- King S, Forbes K, Hanks GW et al. A systematic review of the use of opioid medication for those with moderate to severe cancer pain and renal impairment: a European Palliative Care Research Collaborative opioid guidelines project. Palliat Med 2011; 25: 525–552.

008- Good P, Afsharimani B, Movva R et al. Therapeutic challenges in cancer pain management: a systematic review of methadone. J Pain Palliat Care Pharmacother 2014; 28: 197–205.

009- Taberna M, Villavicencio-Chávez C, González-Barboteo J. [Use of methadone in the elderly with cancer pain: a systematic review]. Rev Esp Geriatr Gerontol 2014; 49: 129–136 [Article in Spanish].

0010- Haumann J, Geurts JW, van Kuijk SM et al. Methadone is superior to fentanyl in treating neuropathic pain in patients with head-and-neck cancer. Eur J Cancer 2016; 65: 121–129.

et al . Fan Therapy Is Effective in Relieving Takuhiro Yamaguchi Tatsuya Morita, Kako, 0011- Jun Dyspnea in Patients With Terminally Ill Cancer: A Parallel-Arm, Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manag*. 2018.07.001, <https://doi.org/10.1016>

- Johnson MJ, Hui D, Currow DC. Opioids, exertion, and dyspnea: a review of the evidence. *Am J Hosp Palliat Care* 2014 [Epub ahead of print].

0013- Gamborg H, Riis J, Christrup L, Krantz T. Effect of intraoral and subcutaneous morphine on dyspnea at rest in terminal patients with primary lung cancer or lung metastases. *J Opioid Manag*. 2013 Jul-Aug;9(4):269-74. doi: 10.5055/jom.2013.0168.

- Simon ST, Higginson IJ, Booth S et al. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD007354.

0015- LaForce C, Feldman G, Spangenthal S, Eckert JH, Henley M, Patalano F, D'Andrea P. Efficacy and safety of twice-daily glycopyrrolate in patients with stable, symptomatic COPD with moderate-to-severe airflow limitation: the GEM1 study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2016; 11():1233-43.

A new look at an old drug for the treatment of cancer cachexia: Megestrol acetate .0016- Josep M. Argilés, Anna Anguera, Britta Stemmler *Clinical Nutrition*, Volume 32, Issue 3, 2013, Pages 319-324, <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2013.01.004>.

Low-dose of olanzapine has ameliorating effects on cancer-related anorexia .0017- Hideki Okamoto¹ Koyo Shono² Natsuko Nozaki-Taguchi² *Cancer Management and Research* 2019;11 2233–2239

Matteo Moroni, Andrew Wilcock et al. Pharmacovigilance in hospice/palliative care: the net immediate and short-term effects of dexamethasone for anorexia. *bmjospcare-2015-001037*. <http://dx.doi.org/10.1136>

0019- Ersoy MA, Noyan AM, Elbi H. [An open-label long-term naturalistic study of mirtazapine treatment for depression in cancer patients.](#) *Clin Drug Investig*. 2008;28(2):113-20.

0020- [N Kumar](#), [Sukanta Barai](#), [S Gambhir](#), and [N Rastogi](#). Effect of Mirtazapine on Gastric Emptying in Patients with Cancer-associated Anorexia. *Indian J Palliat Care*. 2017 Jul-Sep; 23(3): 335–337. doi: 10.4103/IJPC.IJPC_17_17: 10.4103/IJPC.IJPC_17_17

0021- [Kamal AH](#), [Maguire JM](#), [Wheeler JL](#), [Currow DC](#), [Abernethy AP](#). Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and therapeutic options. *J Palliat Med*. 2012 Jan;15(1):106-14. doi: 10.1089/jpm.2011.0110.

0022- Sebastiano Mercadante, Antonello Giarratano, Andrea Cortegiani, Cesare Gregoretti. Application of palliative ventilation: potential and clinical evidence in palliative care. *Support Care Cancer* (2017) 25:2035–2039 DOI 10.1007/s00520-017-3710-z

0023- A, Stone P. Laxatives for the management of constipation in people receiving palliative care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD003448. DOI: 10.1002/14651858.CD003448.pub4

0024- [Rita J. Wickham](#). Managing Constipation in Adults With Cancer. *J Adv Pract Oncol*. 2017 Mar; 8(2): 149–161. PMID: [29900023](#)

0025- Candy B, Jones L, Larkin PJ et al. Laxatives for the management of constipation in people receiving palliative care. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 5: CD003448.

et al. Trazodone for Insomnia: A Systematic Review 0026- Karim Yahya Jaffer, Tiffany Chang *Innov Clin Neurosci*. 2017;14(7–8):24–34

0027- Keisuke Kaneishi & Kazunori et al. Use of olanzapine for the relief of nausea and vomiting in patients with advanced cancer: a multicenter survey in Japan. *Support Care Cancer* (2016) 24:2393–2395 DOI 10.1007/s00520-016-3101-x

0028- Signe Harder & Mogens Groenvold et al. Antiemetic use of olanzapine in patients with advanced cancer: results from an open-label multicenter study . Supportive Care in Cancer (2019) 27:2849–2856 <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4593-3>

0029- Erin McKenzie & Dominic Chan et al. Evolution of antiemetic studies for radiation-induced nausea and vomiting within an outpatient palliative radiotherapy clinic. Supportive Care in Cancer <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04870-6>

0030- Mellar P. Davis & Harold Goforth .The Yin and Yang of Palliative Care. Fighting Insomnia and Battling Lethargy. Curr Oncol Rep (2014) 16:377 DOI 10.1007/s11912-014-0377-1

0031- Seema M. Thekdi & Antolin Trinidad & Andrew Roth. Psychopharmacology in Cancer. Curr Psychiatry Rep (2015) 17:529 DOI 10.1007/s11920-014-0529-x

0032- Rosangela Caruso & Luigi Grassi & Maria Giulia Nanni & Michelle Riba. Psychopharmacology in Psycho-oncology .Curr Psychiatry Rep (2013) 15:393 DOI 10.1007/s11920-013-0393-0

0033- Madeline Li, Peter Fitzgerald, and Gary Rodin. Evidence-Based Treatment of Depression in Patients With Cancer .J Clin Oncol 30:1187-1196. © 2012 by American Society of Clinical Oncology

0034- [Madhuri S Kurdi](#) and [Sindhu Priya Muthukalai](#). The Efficacy of Oral Melatonin in Improving Sleep in Cancer Patients with Insomnia: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Study. Indian J Palliat Care. 2016 Jul-Sep; 22(3): 295–300. doi: 10.4103/0973-1075.185039: 10.4103/0973-1075.185039. PMID: [27559258](#)

0035- Sang-Yeon Suh, Youn Seon Choi et al. Caffeine as an Adjuvant Therapy to Opioids in Cancer Pain: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial . [Journal of Pain and Symptom Management](#). Volume 46, Issue 4, October 2013, Pages 474-482

0036- Martin Mücke et al. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care: executive summary of a Cochrane Collaboration systematic review. Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle 2016; 7: 23–27 .DOI: 10.1002/jcsm.12101

0037- Kate Fife et al. [A multicenter, randomized, double-blinded, placebo-controlled trial of modafinil for lung cancer-related fatigue: Dose response and patient satisfaction data](#). Journal of Clinical Oncology 2013 31:15_suppl, 9503-9503

0038- Richard K. Bogan et al. Ropinirole in the Treatment of Patients With Restless Legs Syndrome: A US-Based Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial. [Mayo Clinic Proceedings](#). Volume 81, Issue 1, January 2006, Pages 17-27. <https://doi.org/10.4065/81.1.17>

0039- [Luigi Giorgi](#) , [Afsaneh Asgharian](#) and [Brian Hunter](#) . Ropinirole in Patients With Restless Legs Syndrome and Baseline IRLS Total Scores ≥ 24 : Efficacy and Tolerability in a 26-Week, Double-Blind, Parallel-Group, Placebo-Controlled Study Followed by a 40-Week Open-Label Extension .Clinical Therapeutics, 2013-09-01, Volume 35, Issue 9, Pages 1321-1336, Copyright © 2013 Elsevier HS Journals, Inc.

0040- Furyk JS, Meek RA, Egerton-Warburton D. Drugs for the treatment of nausea and vomiting in adults in the emergency department setting. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD010106. DOI: 10.1002/14651858.CD010106.pub2.

0041- Hardy et al. The Efficacy of Haloperidol in the Management of Nausea and Vomiting in Patients with Cancer. Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 40 No. 1 July 2010

0042- Navari R.M. (2016) Olanzapine for the Prevention of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. In: Navari R. (eds) Management of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. Adis, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27016-6_6

Otreotide for malignant bowel obstruction: 0043- Sebastiano Mercadante, Giampiero Porzio c .Oncology/Hematology 83 (2012) 388–392 Critical Reviews in. Twenty years after
doi:10.1016/j.critrevonc.2011.12.006

0044- Robert Twycross, Nigel Sykes, Mary Mihalyo and Andrew Wilcock. Stimulant Laxatives and Opioid-Induced Constipation .[Journal of Pain and Symptom Management](#).[Volume 43, Issue 2](#), February 2012, Pages 306-313

0045- Yolanda Agra, Antonio Sacrist, Manuel Gonzalez, Miguel Ferrari, Azucena Portugu, and Maria Jos. Efficacy of Senna versus Lactulose in Terminal Cancer Patients Treated with Opioids . [Journal of Pain and Symptom Management](#). Vol 15 No. 1 January 1998

0046- [Candy B](#), [Jones L](#), [Larkin PJ](#), [Vickerstaff V](#), [Tookman A](#), [Stone P](#). Laxatives for the management of constipation in people receiving palliative care.[Cochrane Database Syst Rev](#). 2015 May 13;(5):CD003448. doi: 10.1002/14651858.CD003448.pub4.

0047- [Candy B](#), [Jones L](#), [Goodman ML](#), [Drake R](#), [Tookman A](#). Laxatives or methylnaltrexone for the management of constipation in palliative care patients.[Cochrane Database Syst Rev](#). 2011 Jan 19;(1):CD003448. doi: 10.1002/14651858.CD003448.pub3.

0048- Chelsea Hagmann, Arlene Cramer et al.[Evidence-based Palliative Care Approaches to Non-pain Physical Symptom Management in Cancer Patients](#).[Seminars in Oncology Nursing](#), Volume 34, Issue 3, August 2018, Pages 227-240

0049- Scott A. Strassels, Terri L. Maxwell, Shrividya Iyer.[Constipation in Persons Receiving Hospice Care](#).[Journal of Pain and Symptom Management](#), Volume 40, Issue 6, December 2010, Pages 810-820

Systematic literature review .0050- H Okumura, W Tang, K Iwasaki, S Shoji, T Odaka, A Nakajima and indirect treatment comparison of linaclotide versus other oral constipation treatments in patients Presented at the International Society for Pharmacoeconomics and .with chronic constipation .Outcomes Research (ISPOR) Europe; 10-14 November 2018; Barcelona, Spain

Opioid induced constipation in cancer . - Amir Rumman,Zane R. Gallinger &Louis W. C. Liu patients: pathophysiology, diagnosis and treatment. **J** .[Expert Review of Quality of Life in Cancer Care](#) .Volume 1, 2016 - [Issue 1](#).Pages 25-35 .<https://doi.org/10.1080/23809000.2016.1131595>

0052- John M. Streicher and Edward J. Bilsky Peripherally Acting μ -Opioid Receptor Antagonists for the Treatment of Opioid-Related Side Effects: Mechanism of Action and Clinical Implications. [Journal of Pharmacy Practice](#) 2018, Vol. 31(6) 658-669. DOI: 10.1177/0897190017732263

0053- John M. Streicher and Edward J. Bilsky Peripherally Acting μ -Opioid Receptor Antagonists for the Treatment of Opioid-Related Side Effects: Mechanism of Action and Clinical Implications. [Journal of Pharmacy Practice](#) 2018, Vol. 31(6) 658-669. DOI: 10.1177/0897190017732263

et al . Malignant Bowel Obstruction in Advanced Gynecologic 0054- Yeh Chen Lee, Nazlin Jivraj Cancers: An Updated Review from a Multidisciplinary Perspective .[Obstetrics and Gynecology International](#) Volume 2018, <https://doi.org/10.1155/2018/1867238>

0055-[Guillemette Laval](#),[Catherine Arvieux](#),[Laetitia Stefani](#),[Marie-Laure Villard](#),[Jean-Phillippe Mestrallet](#),[Nicolas Cardin](#). Protocol for the Treatment of Malignant Inoperable Bowel Obstruction: A Prospective Study of 80 Cases at Grenoble University Hospital Center. [Journal of Pain and Symptom Management](#).[Volume 31, Issue 6](#), June 2006, Pages 502-512.<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.10.009>

Practice Patterns of .0056- Takaaki Minoura, Masato Takeuchi, Tatsuya Morita and Koji Kawakami Medications for Patients With Malignant Bowel Obstruction Using a Nationwide Claims Database

and the Association Between Treatment Outcomes and Concomitant Use of H2-Blockers/Proton
Journal of Pain and Symptom Pump Inhibitors and Corticosteroids With Octreotide

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.10.019> .Vol. 55 No. 2 February 2018.Management

0057- Chin-Chen Chu, Chung-Hsi Hsing, Ja-Ping Shieh, Chih-Chiang Chien, Chiu-Ming Ho , Jhi-
The cellular mechanisms of the antiemetic action of dexamethasone and related .. Joung Wang
.glucocorticoids against vomiting. *European Journal of Pharmacology* 722 (2014) 48–54

<https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2013.10.008>

0058- Bruera ED, MacEachern TJ, Spachynski KA, LeGatt DF, MacDonald RN, Babul N, et al.
Comparison of the efficacy, safety, and pharmacokinetics of controlled release and immediate release
metoclopramide for the management of chronic nausea in patients with advanced cancer. *Cancer*.
1994;74(12):3204-11.

0059- Kumar G, Hayes KA, Clark R. Efficacy of a scheduled IV cocktail of antiemetics for the
palliation of nausea and vomiting in a hospice population. *Am J Hosp Palliat Care*. 2008;25(3):184-9.
- Digges M, Hussein A, Wilcock A, Crawford GB, Boland JW, Agar MR, et al. 0060

Pharmacovigilance in Hospice/Palliative Care: Net Effect of Haloperidol for Nausea or Vomiting. *J
Palliat Med*. 2018;21(1):37-43.

0061- Imai K, Ikenaga M, Kodama T, Kanemura S, Tamura K, Morita T. Sublingually administered
scopolamine for nausea in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013;21(10):2777-81.

0062- Vayne-Bossert P, Haywood A, Good P, Khan S, Rickett K, Hardy JR. Corticosteroids for adult
patients with advanced cancer who have nausea and vomiting (not related to chemotherapy,
radiotherapy, or surgery). *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;7:Cd012002.

0063- Janet Hardy, Helen Skerman, Paul Glare, Jennifer Philip, Peter Hudson, Geoffrey
A randomized open-label study Mitchell, Peter Martin, Odette Spruyt, David Currow & Patsy Yates
of guideline-driven antiemetic therapy versus single agent antiemetic therapy in patients with
BMC Cancer volume 18, advanced cancer and nausea not related to anticancer treatment

Article number: 510 (2018)

0064- Tonje A. Sande, Barry J.A. Laird and Marie T. Fallon. The Management of Opioid-Induced
Nausea and Vomiting in Patients with Cancer: A Systematic Review. *Journal of Palliative
Medicine* Vol. 22, No. 1 Palliative Care Review. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0260>

0065- Elsayem A, Bush SH, Munsell MF, Curry E, 3rd, Calderon BB, Paraskevopoulos T, et al.
Subcutaneous olanzapine for hyperactive or mixed delirium in patients with advanced cancer: a
preliminary study. *J Pain Symptom Manage*. 2010;40(5):774- 82.

0066- Hui D, Frisbee-Hume S, Wilson A et al. Effect of lorazepam with haloperidol vs haloperidol
alone on agitated delirium in patients with
advanced cancer receiving palliative care: a randomized clinical trial. *JAMA* 2017; 318: 1047–1056.

.0067 Kimberly F. Rengel, Daniel A. Nahrwold, Pratik P. Pandharipande, and Christopher G. Hughes
- Delirium and Psychosis in Critically Ill Cancer Patients. *Oncologic Critical Care*, 2019,
https://doi.org/10.1007/978-3-319-74698-2_33-1.

0068- Hughes CG, Patel MB, Pandharipande PP. Pathophysiology of acute brain dysfunction: what's
the cause of all this confusion? *Curr Opin Crit Care*. 2012;18: 518–26.
<https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e328357 effa>.

- 0069- Kim SW, et al. Risperidone versus olanzapine for the treatment of delirium. *Hum Psychopharmacol*. 2010;25:298–302. <https://doi.org/10.1002/hup.1117>.
- 0070- Van den Boogaard M, Schoonhoven L, van Achterberg T, van der Hoeven JG, Pickkers P. Haloperidol prophylaxis in critically ill patients with a high risk for delirium. *Crit Care*. 2013;17:R9. <https://doi.org/10.1186/cc11933>.
- 0071- Devlin JW, et al. Impact of quetiapine on resolution of individual delirium symptoms in critically ill patients with delirium: a post-hoc analysis of a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Crit Care*. 2011; 15:R215. <https://doi.org/10.1186/cc10450>.
- 0072- [Hideaki Hasuo](#), [Kenji Kanbara](#), [Ryohei Fujii](#), [Kazuki Uchitani](#), [Hiroko Sakuma](#) and [Mikihiko Fukunaga](#). [Factors Associated with the Effectiveness of Intravenous Administration of Chlorpromazine for Delirium in Patients with Terminal Cancer](#). *Journal of Palliative Medicine* Vol. 21, No. 9. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0669>
- 0073- Shin SH, Hui D, Chisholm G, et al. Frequency and outcome of neuroleptic rotation in the management of delirium in patients with advanced cancer. *Cancer research and treatment*. 2015; 47:399–405.
- 0074- David Hui, Rony Dev and Eduardo Bruera. Neuroleptics in the Management of Delirium in Patients with Advanced Cancer .*Curr Opin Support Palliat Care*. 2016 December ; 10(4): 316–323. doi:10.1097/SPC.0000000000000236.
- 0075- Gupta, Nishkarsh et al. Olanzapine in the Treatment of Refractory Nausea and Vomiting in Palliative Care Settings. *Indian journal of palliative care* vol. 24,3 (2018): 372-374. doi:10.4103/IJPC.IJPC_30_18
- 0076- Berger J, Lester P, Rodrigues L. Medical Therapy of Malignant Bowel Obstruction With Am J Hosp Palliat Care. 2016 May;33(4):407-10. Octreotide, Dexamethasone, and Metoclopramide doi: 10.1177/1049909115569047. Epub 2015 Feb 2.
- 0077- Ferdinando Garetto et al. Palliative Sedation for the Terminally Ill Patient. *CNS Drugs*, 2018, Volume 32, Number 10, Page 951
- 0078-Massimo Pasquini, Azzurra Specca, Massimo Biondi. Quetiapine for Tamoxifen-Induced Insomnia in Women With Breast Cancer. *Psychosomatics*, Volume 50, Issue 2, March–April 2009, Pages 159-161
- 0079- [Kim SW](#), [Shin IS](#), [Kim JM](#), [Kim YC](#), [Kim KS](#), [Kim KM](#), [Yang SJ](#), [Yoon JS](#). Effectiveness of Psychiatry and Clinical mirtazapine for nausea and insomnia in cancer patients with depression *Neurosciences* 2008; 62: 75–83 doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01778.x
- 0080- Giménez S , Clos S , Romero S , Grasa E , Morte A , Barbanoj MJ. Effects of olanzapine, risperidone and haloperidol on sleep after a single oral morning dose in healthy volunteers. *Psychopharmacology (Berl)*. 2007;190(4):507–16. DOI: [10.1007/s00213-006-0633-7](https://doi.org/10.1007/s00213-006-0633-7).
- 0081- Iwona Zaporowska-Stachowiaka, Krzysztof Szymański , Mary-Tiffany Oduahd , Katarzyna Midazolam: Safety of use in palliative care .Stachowiak-Szymczake , Jacek Łuczakf , Maciej Sopataf A systematic critical review .*Biomedicine & Pharmacotherapy* 114 (2019) 108838
- 0082- Young-Woong Won, Hye Sook Chun, Minjeong Seo, Rock Bum Kim, Jung Hun Kang. [Clinical Patterns of Continuous and Intermittent Palliative Sedation in Patients With Terminal Cancer: A Descriptive, Observational Study](#). *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 58, Issue 1, July 2019, Pages 65-71
- 0083- Hanauer SB. The role of loperamide in gastrointestinal disorders. *Rev Gastroenterol Disord* 2008; 8: 15–20.

- 0084- Kavita V. Dharmarajan, Shayna E. Rich, Candice A. Johnstone, Lauren M. Hertan, Randy Wei, Lauren E. Colbert, Joshua A. Jones, Arif H. Kamal, and Christopher A. Jones. Top 10 Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Radiation Oncology. JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE Volume 21, Number 3, 2018. DOI: 10.1089/jpm.2018.0009
- 0085- M. Schmidt-Hieber, J. Bierwirth, D. Buchheidt, Cornely, M. Hentrich, G. Maschmeyer, E. Schalk, J. J. Vehreschild, Maria J. G. T. Vehreschild. Diagnosis and management of gastrointestinal complications in adult cancer patients: 2017 updated evidence-based guidelines of the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society of Hematology and Medical Oncology (DGHO) Annals of Hematology (2018) 97:31–49 <https://doi.org/10.1007/s00277-017-3183-7>
- 0086- Elizabeth S. John & Sita Chokhavatia. Targeting Small Bowel Receptors to Treat Constipation and Diarrhea. Curr Gastroenterol Rep (2017) 19: 31 DOI 10.1007/s11894-017-0573-x
- 0087- Fischer M, Kao D, Mehta SR, Martin T, Dimitry J, Keshteli AH et al. Predictors of early failure after fecal microbiota transplantation for the therapy of clostridium difficile infection: a multicenter study. Am J Gastroenterol .2016.111:1024–1031
- 0088- Aaron Fisher, Pradeep Khanal, Ewa Gniado, Leila Khaddour, Molly Orosey, Ismail Hader, Siddhartha Yadav, and Alexandra Halalau. A Retrospective Study Analyzing the Appropriateness of Initial Treatment of Clostridium difficile in Patients with Active Malignancy. Gastroenterology Research and Practice Volume 2018, <https://doi.org/10.1155/2018/7192728>
- 0089- [Anjie Yang, Jocelyn Brown, and Ernie Mak. Block in a Pancreatic Cancer Patient: Case Report and Literature Review. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0117>](https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0117)
- 0090- [Rachael Sorg, Maureen Neary, Cassie Tang, Cherry Song, Jipan Xie. Systematic literature review \(SLR\) of clinical and real-world observational studies of octreotide LAR for treatment of neuroendocrine tumors \(NETs\). DOI: 10.1200/jco.2015.33.15_suppl.e15190 Journal of Clinical Oncology – 2017](https://doi.org/10.1200/jco.2015.33.15_suppl.e15190)
- . Immunotherapy-Related Adverse Effects When Treating .0091- Christina Matts, and Anna Beck Cancer. JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE Volume 22, Number 6, 2019^a Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/jpm.2019.0179
- 0092- Sabina Sandigursky & Adam Mor. Immune-Related Adverse Events in Cancer Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitors. Current Rheumatology Reports (2018) 20: 65 <https://doi.org/10.1007/s11926-018-0770-0>
- 0093- Lisa A. Kottschade. Incidence and Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Undergoing Treatment with Immune Checkpoint Inhibitors. Current Oncology Reports (2018) 20: 24 <https://doi.org/10.1007/s11912-018-0671-4>

Levels of Evidence

Level of Evidence	Type of Study
1a	Systematic reviews of randomized clinical trials (RCTs)
1b	Individual RCTs
2a	Systematic reviews of cohort studies
2b	Individual cohort studies and low-quality RCTs
3a	Systematic reviews of case-controlled studies
3b	Individual case-controlled studies
4	Case series and poor-quality cohort and case-control studies
5	Expert opinion based on clinical experience

Adapted from: Sackett DL et al. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. 2nd ed. Churchill

Performance Scales: Karnofsky & ECOG Scores

Karnofsky Status	Karnofsky Grade	ECOG Grade	ECOG Status
Normal, no complaints	100	0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
Able to carry on normal activities. Minor signs or symptoms of disease	90	1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
Normal activity with effort	80	1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
Care for self. Unable to carry on normal activity or to do active work	70	2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
Requires occasional assistance, but able to care for most of his needs	60	2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
Requires considerable assistance and frequent medical care	50	3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
Disabled. Requires special care and assistance	40	3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
Severely disabled. Hospitalisation indicated though death nonimminent	30	4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair

Karnofsky Status	Karnofsky Grade	ECOG Grade	ECOG Status
Very sick. Hospitalisation necessary. supportive Active treatment necessary	20	4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair
Moribund	10	4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair
Dead	0	5	Dead

As published in Am J Clin. Oncol.: **Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982.** The Eastern Cooperative Oncology Group, Robert Comis M.D., Group Chair.

How to assess the Quality (Methodological rigor and confidence in resulting Recommendations) of any Clinical Practice Guideline ?



AGREE

**APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH & EVALUATION II
(AGREE II) Instrument**

DOMAIN 1. SCOPE AND PURPOSE

1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.
2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.
3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.

DOMAIN 2. STAKEHOLDER INVOLVEMENT

4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.
5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.
6. The target users of the guideline are clearly defined.

DOMAIN 3. RIGOUR OF DEVELOPMENT

7. Systematic methods were used to search for evidence.
8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.
9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.
10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.
11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.
12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.
13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.
14. A procedure for updating the guideline is provided.

DOMAIN 4. CLARITY OF PRESENTATION

15. The recommendations are specific and unambiguous.
16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.
17. Key recommendations are easily identifiable.

DOMAIN 5. APPLICABILITY

18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.
19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.
20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.
21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.

DOMAIN 6. EDITORIAL INDEPENDENCE

22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.
23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.

OVERALL GUIDELINE ASSESSMENT

- 1- Rate the overall quality of this guideline.
- 2- I would recommend this guideline for use (Yes/ Yes, with modifications/ No)

NOTES

▪ **قابلیت به کارگیری:**

به منظور قضاوت درمورد قابلیت به کارگیری لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید و در انتها ارزیابی کلی خود را با انتخاب یکی از گزینه های ارائه شده مشخص نمایید:

۱) آیا زیرساخت های مورد نیاز (تجهیزات، فناوری، و سایر امکانات) برای اجرای مداخله/توصیه در کشور، به طور کامل در دسترس می باشد؟

بلی خیر نمی دانم

در صورت انتخاب گزینه خیر، دلیل/دلایل درج شود.

۲) آیا دانش فنی و مهارت مورد نیاز جهت اجرای مداخله/توصیه، به طور کامل در کشور قابل دسترس هستند؟

بلی خیر نمی دانم

در صورت انتخاب گزینه خیر، دلیل/دلایل درج شود

۳) آیا مداخله، در بسته خدمات بیمه پایه سلامت وجود دارد؟

بلی خیر نمی دانم

در صورت انتخاب گزینه خیر، دلیل/دلایل درج شود.

روی هم رفته قابلیت به کارگیری را در چه حدی ارزیابی می کنید؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

▪ **قابلیت تعمیم پذیری اثربخشی:**

به منظور قضاوت درمورد قابلیت تعمیم پذیری لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید و در انتها ارزیابی کلی خود را با انتخاب یکی از گزینه های ارائه شده مشخص نمایید:

۱) آیا شرایط زمینه‌ای و ویژگی های جمعیت توصیف شده در مطالعه با جمعیت هدف در کشور همخوانی دارد(به طور مثال نژاد، موربیدیت همراه)؟

بلی خیر نمی دانم

در صورت انتخاب گزینه خیر، دلیل/دلایل درج شود.

۲) آیا ویژگی های بیماری یا عامل بیماریزا در مطالعه با جمعیت هدف در کشور همخوانی دارد (به عنوان مثال وابستگی نوع الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی به عامل بیماری زا).

بلی خیر نمی دانم

در صورت انتخاب گزینه خیر، دلیل/دلایل درج شود.

۳) آیا کیفیت مداخله بررسی شده در مطالعه، مشابه کشور می باشد؟

بله خیر نمی دانم

در صورت انتخاب گزینه خیر، دلیل/دلایل درج شود

روی هم رفته قابلیت تعمیم پذیری را در چه حدی ارزیابی می کنید؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

پیوست شماره- ۶: وضعیت پوشش بیمه ای داروهای مصرفی در مراقبت های تسکینی

بیمه سلامت همگانی		بیمه نیروهای مسلح		بیمه تامین اجتماعی		نوع بیمه
بیمارستانی	بیمه	بیمارستانی	بیمه	بیمارستانی	بیمه	نام دارو
نیست	است	نیست	است	نیست	است	قرص استامینوفن ۳۲۵
نیست	است	نیست	است	نیست	است	قرص استامینوفن ۵۰۰
نیست	است	نیست	است	نیست	است	استامینوفن کدئین 20
نیست	است	نیست	است	نیست	است	قرص ایبوپروفن
	نیست		نیست		نیست	کپسول ایبوپروفن 400
نیست	است	نیست	است	نیست	است	ایندومتاسین خوراکی
نیست	است	نیست	است	نیست	است	دیکلوفناک خوراکی
نیست	است به شرط تجویز پزشک متخصص	نیست	است	نیست	است	ناپروکسن خوراکی
	نیست		نیست		نیست	ملوکسیکام خوراکی
	نیست	نیست	است		نیست	سلکسیب خوراکی
نیست	است	نیست	است	نیست	است	پیروکسیکام خوراکی
نیست	است	نیست	است	نیست	است	مفنامیک اسید
نیست	است	نیست	است	نیست	است	مورفین تزریقی
	نیست		نیست		نیست	قرص اکسی کدون
	نیست		نیست		نیست	قرص هیدرومورفون
است	است	است	است	است	است	بوپرنورفین تزریقی
نیست	است : فقط دوز 5mg	نیست	است	نیست	است : فقط دوز 5mg	متادون خوراکی
نیست	است	نیست	است	نیست	است	لورازپام خوراکی

میدازولام تزریقی	است	نیست	است	نیست	نیست	است به شرط تجویز پزشک متخصص	نیست
دگزامتازون تزریقی	است	نیست	است	نیست	نیست	است	نیست
متوکلورامید خوراکی	است	نیست	است	نیست	نیست	است	نیست
رانیتیدین خوراکی	است	نیست	است	نیست	نیست	است	نیست
امپرازول خوراکی	است	نیست	است	نیست	نیست	است	نیست
اس امپرازول خوراکی	نیست	نیست	است			نیست	نیست
لنزوپرازول خوراکی	نیست	نیست	است			نیست	نیست
پنتوپرازول خوراکی	نیست	نیست	است			نیست	نیست
هالوپریدول خوراکی	است	نیست	است	نیست	نیست	است	نیست
کوئه تیاپین خوراکی	است	نیست	است	نیست	نیست	است	نیست
کلرپرومازین خوراکی	است	نیست	است	نیست	نیست	است	نیست
میرتازاپین خوراکی	نیست		نیست			نیست	نیست
الانزاپین خوراکی	است		نیست	نیست	نیست	است	نیست
ریسپریدون خوراکی	است	نیست	است	نیست	نیست	است به شرط تجویز پزشک متخصص	نیست
ترازودن خوراکی	است	نیست	است	نیست	نیست	است به شرط تجویز پزشک متخصص	نیست
زولپیدم خوراکی	نیست	نیست	است	نیست	نیست	نیست	نیست
اندانسترون خوراکی	است	نیست	است	نیست	نیست	است به شرط تجویز پزشک	نیست

	متخصص					
	نیست	نیست	است		نیست	سنا خوراکی
نیست	است	نیست	است	نیست	است	بیزاکودیل خوراکی
نیست	است	نیست	است	نیست	است	شربت لاکتولوز
نیست	است	نیست	است	نیست	است	ساشه سوربیتول
نیست	است	نیست	است	نیست	است	شریت منیزیم هیدروکساید
نیست	است به شرط تجویز پزشک متخصص	نیست	است	نیست	است	اکتروتايد تزریقی
نیست	است به شرط تجویز پزشک متخصص	نیست	است (محلول خوراکی بیمه نیست)	نیست	است	قرص مجسترو خوراکی
	نیست		نیست		نیست	کافین خوراکی
نیست	نیست		نیست	نیست	نیست	ملاتونین خوراکی
نیست	نیست	نیست	است	نیست	نیست	مدافینیل خوراکی
نیست	نیست	نیست	است	نیست	نیست	روپینرول خوراکی
نیست	است به شرط تجویز پزشک متخصص	نیست	دوز 0.35mg بیمه است	نیست	است	پرامی پکسول خوراکی
نیست	است	نیست	است	نیست	است	لوپرامید خوراکی
نیست	است	نیست	است	نیست	است	دیفنوکسیلات
است	است	است	است	است	است	پروپوفل تزریقی
است	است به شرط	است	است	است	است	ونکومايسين خوراکی

	تجویز پزشک متخصص					
نیست	است	نیست	است	نیست	است	مترونیدازول خوراکی
است	است به شرط تجویز پزشک متخصص	است	است	است	است	مترونیدازول تزریقی

- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد

