



PALIATIVNÍ PÉČE O PACIENTY V TERMINÁLNÍM STÁDIU NEMOCI

Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře.
2005

Autoři:

Bohumil Skála
Ondřej Sláma
Jiří Vorlíček
Blanka Misconiová

Oponenti:

Oskar Andryšek
Karel Janík
Stanislav Konštacký



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

PALIATIVNÍ PÉČE O PACIENTY V TERMINÁLNÍM STÁDIU NEMOCI

Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře.
2005

Autoři:

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
MUDr. Ondřej Sláma, Česká onkologická společnost ČLS JEP
a Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP
Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., Česká onkologická společnost ČLS JEP
Bc. Blanka Misconiová, Národní centrum ošetrovatelství, ADP

Oponenti:

Prof. MUDr. Oskar Andryšek, DrSc., Česká asociace nádorové terapie
MUDr. Karel Janík, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
MUDr. Stanislav Konštický, CSc., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

OBSAH

1. ÚVOD	1
2. DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE	1
2.1. Paliativní péče	1
3. CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE V ZÁVISLOSTI NA STÁDIU ONEMOCNĚNÍ	1
3.1. Fáze kompenzovaného onemocnění (prognóza přežití v řádu měsíců a někdy let)	1
3.2. Fáze nevratně progredujícího onemocnění (prognóza přežití v řádu týdnů a měsíců)	1
3.3. Terminální fáze (prognóza přežití v řádu několika týdnů, dnů a hodin)	2
4. OBECNÁ A SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE	2
4.1. Obecná paliativní péče	2
4.2. Specializovaná paliativní péče	2
5. DOPORUČENÉ POSTUPY	2
5.1. Obecné zásady paliativního přístupu	2
5.1.1. Základní principy domácí paliativní péče	2
5.1.2. Předpoklady pro poskytování domácí paliativní péče	2
5.1.3. Plán domácí paliativní péče	2
5.1.4. Péče o tělesné symptomy a obtíže	2
5.1.5. Psychologické aspekty péče	3
5.1.6. Sociální aspekty péče	3
5.1.7. Duchovní a existenciální dimenze paliativní péče	3
5.1.8. Etické a právní aspekty paliativní péče	3
6. PALIATIVNÍ LÉČBA NEJČASTĚJŠÍCH SYMPTOMŮ POKROČILÉHO ONEMOCNĚNÍ	3
6.1. Bolest	3
6.2. Dušnost	3
6.2.1. Definice	3
6.2.2. Příčiny	3
6.2.3. Léčba	4
6.2.4. Obecná opatření	4
6.2.5. Farmakoterapie	4
6.3. Kašel	4
6.3.1. Příčiny	4
6.3.2. Léčba	4
6.3.3. Obecná opatření	4
6.4. Terminální chrčivé dýchání	4
6.4.1. Definice	4
6.4.2. Léčba	4
6.5. Nauzea a zvracení	5
6.5.1. Příčiny	5
6.5.2. Léčba	5
6.5.3. Antiemetika	5
6.5.4. Farmakoterapie	5
6.6. Zácpa	5
6.6.1. Příčiny (časté u pokročile a terminálně nemocných)	5
6.6.2. Léčba	5
6.6.3. Farmakologická léčba	5
6.7. Poruchy střevní pasáže	5
6.7.1. Příčiny	5
6.7.2. Léčba	6
6.7.3. Konzervativní přístup	6
6.7.4. Farmakologická léčba	6
6.8. Ascites	6
6.8.1. Symptomatická léčba	6
6.9. Nechutenství (anorexie)	6
6.9.1. Definice	6
6.9.2. Příčina	6
6.9.3. Léčba	6
6.10. Výživa u umírajícího pacienta	7
6.11. Hydratace u umírajícího pacienta	7
6.11.1. Obecné zásady hydratace u terminálně nemocného	7
6.12. Škytavka (singultus)	8
6.12.1. Příčiny	8
6.12.2. Léčba	8
6.13. Svědění (pruritus)	8
6.13.1. Příčiny	8
6.13.2. Léčba	8
6.14. Úzkost	8
6.14.1. Farmakologická léčba	8
6.15. Delirium (zmatenost, amentní stav)	8
6.15.1. Definice	8
6.15.2. Příčiny	8
6.15.3. Léčba	9
6.16. Deprese	9
6.16.1. Léčba deprese	9
7. LITERATURA	9

1. ÚVOD

Předmětem doporučených postupů je paliativní péče o nemocné v pokročilých a konečných stádiích nemoci, u kterých již bylo rozhodnuto o výhradně „paliativním“ přístupu k léčbě, tedy o pacienty v posledních týdnech, dnech a hodinách života. DP se nezabývají problematikou rozhodování, kdy je pro jednotlivé diagnostické skupiny klinicky správné změnit základní přístup k nemocnému z „kuraativního“ na „paliativní“. Zde odkazujeme na odbornou literaturu a doporučené postupy pro léčbu příslušných diagnóz. Řada uvedených paliativních postupů je aplikovatelná již v časnějších stádiích onemocnění, obvykle jako součást podpůrné léčby současně s kauzální léčbou.

2. DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

2.1. PALIATIVNÍ PÉČE

- Chápe umírání jako přirozenou součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk prožívá závěrečnou část svého života se všemi jeho tělesnými, duševními, sociálními, duchovními a kulturními aspekty zcela individuálně
- Chrání důstojnost nevléčitelně nemocných a klade hlavní důraz na kvalitu života
- Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka

Cílovou skupinu paliativní péče tvoří pacienti v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob (např. nádory, konečná stádia chronického srdečního selhání, CHOPN, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin, pacienti s neurologickými onemocněními typu demence, roztroušené sklerózy, polymyobidní „křehcí“ geriatrickí pacienti a pacienti ve vigilním komatu). Výše uvedené diagnostické skupiny se mohou významně lišit v:

- Dynamice přirozeného průběhu onemocnění a naše schopnost odhadnout pravděpodobnou délku přežití
 - Konkrétním klinickém obrazu a spektru symptomů
 - Vzájemném zastoupení kauzálních a paliativních léčebných postupů v komplexním léčebném plánu
- Klinický obraz v terminální fázi (umírání) je bez ohledu na základní onemocnění podobný.

Z praktického hlediska je užitečné dělit pacienty s potřebou paliativní péče na **nemocné s výraznými změnami kognitivních funkcí a vnímání** (př. pacienti s pokročilou demencí, pacienti ve vigilním komatu), kteří svou situaci vnímají velmi omezeně, resp. nám jejich vnitřní svět není přístupný. Těžiště paliativní péče zde spočívá v dobré ošetrovatelské péči a v psychosociální podpoře rodiny. Pacient sám se nepodílí na rozhodování o léčebném plánu. Léčebná rozhodnutí dělají v pacientově nejlepším zájmu lékař, příbuzní popř. zákonný zástupce. Velmi odlišnou skupinu představují **obvykle mladší pacienti s progredujícím nevléčitelným onemocněním (př. nádory, pokročilá CHOPN), kteří si skutečnost život ohrožujícího onemocnění uvědomují** a způsob, jakým tuto skutečnost psychicky zpracovávají je důležitým tématem paliativní péče.

Tito nemocní se významně podílejí na tvorbě léčebného plánu, jejich vůle a přání jsou základním rámcem pro poskytování paliativní péče. Míru pacientova porozumění vlastní situaci a jeho ochotu ovlivňovat léčebná rozhodnutí musí lékař při zahájení paliativní péče zjistit a průběžně je ověřovat.

3. CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE V ZÁVISLOSTI NA STÁDIU ONEMOCNĚNÍ

Pro volbu přiměřeného postupu v paliativní péči je třeba u každého pacienta co nejjednoznačněji pojmenovat cíle léčby. Teprve vzhledem k pojmenovaným cílům léčby, lze v konkrétním případě posoudit, zda je daný léčebný postup přiměřený a indikovaný, zda přispívá k dosažení daného cíle. Pojmenování cílů léčby vytváří kontext, v rámci kterého lze posoudit co je v dané situaci postup „lege artis“. Pro praktického lékaře je zhodnocení základního kontextu zcela zásadním faktorem při rozhodování, zda je adekvátní léčba a péče zajistitelná v domácím prostředí nebo zda je indikován převoz do zdravotnického zařízení.

Z hlediska prognózy přežití a z toho plynoucích možných cílů léčby lze „paliativní“ pacienty zařadit do jedné z následujících skupin.

3.1. FÁZE KOMPENZOVANÉHO ONEMOCNĚNÍ (PROGNÓZA PŘEŽITÍ V ŘÁDU MĚSÍCŮ A NĚKDY LET)

Řada pokročile nevléčitelně nemocných („paliativních“) pacientů je v klinicky relativně stabilizovaném stavu a *cílem léčby je co nejdelší udržení stavu kompenzace, udržení co nejvyšší funkční zdatnosti a co nejdelší délky života*. V této situaci je v případě akutního zhoršení indikována plná intenzivní a většinou i resuscitační péče. Indikována je obvykle také primární i sekundární prevence akutních kardiálních a cerebrovaskulárních komplikací (antiagregační léčba, anti-koagulační léčba, hypolipidemika atd.)

3.2. FÁZE NEVRATNĚ PROGREDUJÍCÍHO ONEMOCNĚNÍ (PROGNÓZA PŘEŽITÍ V ŘÁDU TÝDNŮ A MĚSÍCŮ)

V případě progresu onemocnění se často cílem léčby *posouvá směrem k udržení co nejvyšší kvality života*. Maximální prodloužení života přestává být primárním cílem. Opatření, která bezprostředně nepřispívají k udržení nebo zlepšení kvality života, přestávají být indikována. Primární a sekundární prevence nejčastějších interních onemocnění a komplikací obvykle není indikována. V případě akutních příhod

(infarkt myokardu, trombembolická nemoc, infekce) je třeba postupovat individuálně. V některých případech je indikována standardní intenzivní léčba. Resuscitační léčba obvykle není indikována.

3.3. TERMINÁLNÍ FÁZE (PROGNÓZA PŘEŽITÍ V ŘÁDU NĚKOLIKA TÝDNŮ, DNŮ A HODIN)

U pacientů v terminální fázi (umírajících), v posledních dnech a hodinách života, je cílem léčby důstojné umírání. *Cílem je minimalizace dyskomfortu, neprodlužování procesu umírání, maximální respekt k jedinečnosti konce každého lidského života.* Tomu by měly být přizpůsobeny všechny léčebné a ošetrovatelské postupy. V případě akutních příhod (infarkt myokardu, trombembolická nemoc, infekce) obvykle není indikována intenzivní a resuscitační léčba. Je indikována symptomatická léčba (účinné mírnění bolesti, dušnosti atd.). Rozhodování o podání ATB v případě známek infekce je vždy individuální. Následující doporučené postupy se zabývají především péčí o pacienty v terminální fázi.

4. OBECNÁ A SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Podle komplexnosti nabízených služeb bývá paliativní péče dělena na **obecnou** a **specializovanou**.

4.1. OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Jako obecnou paliativní péči označujeme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění. Její součástí je dobrá komunikace s pacientem a rodinou, orientace léčby a péče na kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora. Lékaři všech odborností by měli tuto péči poskytovat v rámci své rutinní klinické práce. Všeobecný praktický lékař pro dospělé tuto péči zajišťuje ve spolupráci s rodinou nemocného, popř. se spolupráci s ambulantními specialisty, s agenturou domácí ošetrovatelské péče a domácí pečovatelské služby. Větší část z celkového objemu paliativní péče poskytnuté v rámci primární péče má charakter obecné paliativní péče.

4.2. SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. *Specializovaná paliativní péče je indikována tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže, jež svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče.* Přejít mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí je plynulý. Základní organizační formy specializované paliativní péče:

- Hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení. V ČR v současné době působí 9 lůžkových hospiců s celkovou kapacitou cca 250 lůžek.
- Specializovaná domácí paliativní péče, tzv. domácí (popř. „mobilní“) hospic. *Specializovaná domácí paliativní péče zatím není v českém zdravotnickém systému přítomna.*
- Oddělení specializované paliativní péče v rámci jiných lůžkových zařízení (především nemocnic a léčeben). V ČR tato forma zatím neexistuje.
- Konziliární tým paliativní péče v rámci jiného zdra-

votnického zařízení. V ČR bohužel takovéto týmy zatím nepůsobí.

- Specializovaná ambulance paliativní medicíny. Denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“). *Tato forma v ČR zatím není dostupná.* Z uvedeného přehledu vyplývá, že nabídka a dostupnost specializované paliativní péče je v ČR velmi nízká. Pro praktického lékaře to znamená, že v řadě případů musí paliativní péči svým pacientům poskytovat bez možnosti konzultace nebo překlady do specializovaného paliativního zařízení. Je proto zásadně důležité, aby každý lékař základy paliativního přístupu i jednotlivé dílčí léčebné postupy (viz léčba symptomů) dobře ovládal.

5. DOPORUČENÉ POSTUPY

Vlastní doporučené postupy mají dvě části. V první části jsou popsány obecné zásady paliativního přístupu k pokročile nemocnému pacientovi v domácím prostředí. Popisují, co znamená respekt k autonomii a důstojnosti pacienta jako osoby. Druhá část doporučených postupů pojednává o možnostech paliativní léčby nejčastějších tělesných a psychických symptomů.

5.1. OBECNÉ ZÁSADY PALIATIVNÍHO PŘÍSTUPU

5.1.1. ZÁKLADNÍ PRINCIPY DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE

- Pacient a jeho rodina, případně jeho nejbližší přátelé, jsou společnými příjemci péče a zásadním způsobem by se měli podílet na tvorbě plánu péče.
- Součástí domácí paliativní péče je účinná péče o tělesný, psychický, sociální a spirituální stav pacienta a jeho rodiny.
- Domácí paliativní péče by měla být nemocnému a rodině dostupná 24 hodin 7 dní v týdnu.

5.1.2. PŘEDPOKLADY PRO POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE

- Pacient si přeje péči v domácím prostředí.
- Pacient a jeho rodina byli seznámeni se zdravotním stavem a přiměřeně svým možnostem porozuměli závažnosti a prognóze nemoci.
- Pacient i rodina rozumí možnostem a limitům domácí paliativní péče a souhlasí s jejími principy.
- Rodina je ochotná se podílet na domácí péči a v rodině či mezi pacientovými blízkými je alespoň jedna osoba připravená převzít odpovědnost za kontinuální péči o pacienta.

5.1.3. PLÁN DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE

- Společně s pacientem a rodinou je především třeba pojmenovat *dosažitelné cíle* léčby a péče.
- V pacientovi a jeho blízkých je třeba probouzet a udržovat realistické naděje a očekávání.

5.1.4. PÉČE O TĚLESNÉ SYMPTOMY A OBTÍŽE

- Základem paliativní péče je průběžné hodnocení a léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů. Bolest a další symptomy by měly být zvládnuty v souladu s nejnovějšími poznatky a doporučeními.
- V případě potřeby by měl být konzultován specialista na jednotlivé symptomy (např. algeziolog, onkolog, radioterapeut, ortoped, nutriční specialista, fyzioterapeut atd.).
- Nejčastějšími projevy pokročilých stádií nevyléčitelných onemocnění jsou bolest, nevolnost a zvracení, zácpa, dušnost, slabost a vyčerpání, nespa-

vost, úzkost, zmatenost, deprese a další psychické symptomy. Doporučení pro léčbu nejčastějších symptomů jsou uvedeny v druhé části Doporučených postupů.

- Z ošetrovatelského hlediska se péče zaměřuje především na péči o pokožku, prevenci proleženin a polohování, nutriční péči a poradenství, péči o vyprazdňování, o pitný režim, o dutinu ústní (především v terminální fázi) a péči o dýchací cesty.

5.1.5. PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PÉČE

- Situace pokročilého onemocnění představuje pro pacienty i jeho blízké velkou psychickou zátěž. U pacienta i jeho rodiny je třeba pravidelně hodnotit psychický stav, psychické reakce (stres, obavy z budoucnosti) a psychiatrické jevy (těžká deprese, suicidální myšlenky a pokusy, delirantní stavy).
- Předmětem psychologického hodnocení by mělo být také pacientovo chápání nemoci a rovněž podpora strategií, pomocí kterých se pacient se svou těžkou situací vyrovnává (náboženství, umění, relaxace atd.).

5.1.6. SOCIÁLNÍ ASPEKTY PÉČE

- Součástí paliativní péče je komplexní zhodnocení sociální problematiky, které zahrnuje rodinné vztahy, kulturní vazby pacienta, jeho komunikační zvyklosti, finanční a životní podmínky, dostupnost dalších laických poskytovatelů péče, dostupnost potřebného domácího vybavení.
- Důležitou součástí paliativní péče je zajištění účinné respitní péče. Rodinu i pacienta je třeba o možnostech této péče informovat. Nejčastější formou respitní péče je krátkodobé přijetí pacienta do hospice nebo jiného lůžkového zařízení.

5.1.7. DUCHOVNÍ A EXISTENCIÁLNÍ DIMENZE PALIATIVNÍ PÉČE

- V rámci poskytované péče by měl lékař nebo sestra citlivě zjistit pacientovy spirituální hodnoty a orientaci a s tím spojené názory, rituály a praktiky.
- V otázkách týkajících se konce života by měla být pomoc nabízena způsobem, jež by odpovídal individuálním i rodinným kulturním i náboženským hodnotám.
- Zdravotníci by měli respektovat a případně pomáhat zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání pacienta a rodiny, a to především při umírání a po smrti.

5.1.8. ETICKÉ A PRÁVNÍ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE

- Vyjádřená přání pacienta nebo jeho zákonného zástupce tvoří spolu s názorem rodiny a lékaře základ plánu paliativní péče.
- Péče musí být poskytována v souladu s etickým kodexem ČLK a právním řádem ČR.
- V případě, kdy pacient již není schopen sám komunikovat, by se lékař měl snažit zjistit a respektovat pacientem dříve vyjádřená přání a hodnoty.

5.1.9. SPECIFICKÉ ASPEKTY PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA

- Pacient a členové rodiny by měli být o známkách a symptomech blížící se smrti poučeni způsobem,

který odpovídá možnostem jejich chápání, věku a kulturnímu zázemí.

- S pacientem a rodinou by měla být vyjasněna otázka místa, kde má péče v terminální fázi probíhat (doma nebo v lůžkovém zařízení). Přání pacienta a rodiny by mělo být dokumentováno a v mezích možností respektováno.
- Plán péče musí být pravidelně a pružně revidován tak, aby odpovídal měnícím se potřebám pacienta a rodiny. Je třeba přehodnotit všechny užívané léky z hlediska indikace (Přispívá daný lék k zmírnění utrpení a důstojnému umírání?) tak z hlediska aplikační formy (Je pacient schopen přijímat per os? Je nutné parenterální podání?).
- V terminální fázi je obvykle indikované vysazení: diuretik, antihypertenziv, antiarytmik, perorálních antidiabetik a inzulínu, hypolipidemik, antiagregační léčby a antikoagulační léčby a nootropik.
- Je třeba indikovat a prakticky zajistit podání analgetik, anxiolytik, antiemetik a neuroleptik.
- Potřeba paliativní péče v terminální fázi často nabývá na intenzitě. Tuto potřebu je třeba včas rozpoznat a adekvátně na ní reagovat (posílení přítomnosti laických pečovatелů – rodiny, eventuálně dobrovolníků, častější návštěvy sestry domácí péče, domácí návštěvy lékaře atd.).
- Je třeba společně s rodinou a pacientem vytvořit plán řešení krizových situací, jež mohou nastat v mimopracovní době (co dělat a koho volat v případě náhlého zhoršení stavu). Cílem je zachování kontinuity péče a léčebných rozhodnutí.
- Je vhodné s rodinou předem domluvit postup v případě úmrtí pacienta v mimopracovní době a otázku případné pitvy.

6. PALIATIVNÍ LÉČBA NEJČASTĚJŠÍCH SYMPTOMŮ POKROČILÉHO ONEMOCNĚNÍ

6.1. BOLEST

Viz DP farmakoterapie bolesti z roku 2004.

6.2. DUŠNOST

6.2.1. DEFINICE

Subjektivní pocit nedostatku vzduchu a obtížného dýchání. Pouze částečně koreluje s objektivními parametry ventilace jako je dechový objem, dechová frekvence, pO₂ a pCO₂. Bývá spojena s úzkostí, která pocit dušnosti dále zhoršuje.

6.2.2. PŘÍČINY

- obstrukce (tumor, CHOPN, akutní infekce, bronchospasmus).
- restrikce funkčního parenchymu (tumor, stp. resekcí, fibróza, infekce, pleurální výpotek, krvácení, plicní embolie).
- omezení dechových pohybů (svalová slabost, bolest, elevace bránice při ascitu, hepatomegalii, paresa n. phrenici).
- ostatní: kardiovaskulární (levostranné srdeční selhání, kardiomyopathie, perikardiální výpotek, šok, sepse, masivní krevní ztráta), anemie, úzkost.

6.2.3. LÉČBA

Kauzální léčba je indikovaná vždy, když je to možné a přiměřené klinické situaci (viz odborná literatura a doporučené postupy pro léčbu příslušných stavů). Symptomatická léčba je indikovaná vždy.

6.2.4. OBECNÁ OPATŘENÍ

- uklidnění pacienta, úprava polohy: polosed nebo sed, čerstvý vzduch – otevření okna, dechová a relaxační cvičení.

Oxygenoterapie je indikována, pokud je pacient hypoxický.

- Pro domácí oxygenoterapii je vhodné využití koncentrátoru kyslíku (max. kapacita je 6 l O₂/min). Přístroj lze zapůjčit od výrobce nebo v některých agenturách home care a půjčovnách pomůcek při hospicích.
- Pouze menšina nemocných potřebuje v terminální fázi oxygenoterapii. Stejnou úlevu přináší otevření okna a pohyb vzduchu vytvořený pokojovým ventilátorem.

6.2.5. FARMAKOTERAPIE

- Bronchodilatancia, pokud je přítomna reverzibilní složka bronchiální obstrukce: salbutamol 100 – 200 µg (1 – 2 vdechy) po 4 – 6 hodinách inhalačně, Ipratropin bromid 20 – 60 µg (1 – 3 vdechy) po 4 hodinách inhalačně, aminophyllin 5 – 7 mg/kg pomalu i.v., poté kontinuální infuze 0,4 – 0,6 mg/kg/h i.v.
- Opioidy: morfin 5 – 10 mg rychle působící lékové formy (injekce s.c., magistraliter: kapky, sirup nebo SEVREDOL tbl) po 4 hodinách, titrovat až do dosažení zmírnění dušnosti. Poté lze přejít na podávání opioidů s prodlouženým uvolňováním (MST Continus, Oxycontin atd.). U pacientů dlouhodobě léčených morfinem pro bolest je třeba nastavenou dávku zvýšit o 30 – 50 %.
- Anxiolytika: Diazepam 2 mg p.o. po 8 hodinách, na noc 5 – 10 mg, bromazepam 1,5 – 3 mg p.o. po 8 hodinách.
- Kortikoidy mají částečně bronchodilatační účinek, jsou rovněž indikovány při dušnosti z mnohočetných plicních metastáz, při karcinomatózní lymfangoitidě a při pneumonitidách. Prednison 40 – 60 mg/d p.o., methylprednisolon 16 – 64 mg/d i.v., dexametason 8 – 12 mg/d p.o. nebo i.v. Zjištěnou účinnou dávkou je vhodné začít po několika dnech snižovat.
- Mukolytika k usnadnění expektorace: zvlhčování vzduchu, nebulizovaný fyziologický roztok, acetylcystein 10 % 6 – 10 ml nebulizátorem po 6 – 8 hodinách.
- Anticholinergika k snížení bronchiální sekrece: skopolamin butylbromid 20 mg s.c. po 4 hodinách, popř. 80 mg/24 h kontinuální s.c. infuzí.

U pacientů s těžkou dušností a projevy respiračního selhání, u kterých s ohledem na prognózu základního onemocnění neindikujeme ventilační podporu, je často nutná analgosedace. Obvyklá počáteční dávka: morfin 5 – 10 mg i.v. a následně kontinuální infuze rychlostí 2 – 5 mg/h. Při výrazném neklidu a úzkosti současně podáváme midazolam 1 – 2 mg i.v. bolus a následně kontinuální infuzi rychlostí 0,5 – 2 mg/h. Dávku titrujeme dle tíže symptomů (dušnosti a úzkosti) až k dosažení pacientova komfortu.

Výše uvedenou léčbu lze podávat v domácím prostředí

s použitím kontinuálního infúzního zařízení (např. tzv. lineárního dávkovače, které lze zapůjčit v půjčovnách pomůcek některých hospiců). Je třeba pravidelně hodnotit stupeň pacientova komfortu a dávky morfinu a benzodiazepinů dle toho upravovat.

6.3. KAŠEL

6.3.1. PŘÍČINY

- iritace dýchacích cest (infekce, tumor, aspirace při poruše polykání, tracheo – esofageální píštěli, gastroesofageálním refluxu, infekce, astma, retence sputa, ACE inhibitory)
- postižení plicního parenchymu (infekce, infiltrace pneumonitis, fibroza, CHOPN, plicní edém, plicní embolie)
- iritace pleury, perikardu a bránice

6.3.2. LÉČBA

Kauzální léčba je indikovaná vždy, když je to možné a přiměřené klinické situaci.

Symptomatická léčba je indikovaná vždy.

6.3.3. OBECNÁ OPATŘENÍ

- odstranění dráždivých pachů, polohování, čerstvý vzduch, fyzioterapie: dechová cvičení a masáže.
- usnadnění expektorace při produktivním kašli (mukolytika a zvlhčování vzduchu pokojovými zvlhčovači).

Léčba:

- Při produktivním kašli inhalace: fyziologický roztok, acetylcystein, kalium iodatum.
- Při suchém dráždivém kašli: opioidy (kodein 15 – 30 mg p.o. po 4 – 8 hodinách, ethylmorfin 15 – 30 mg po 6 – 8 hodinách, morfin 5 – 20 mg p.o. po 4 – 6 hodinách), neopioidní antitusika (butamirat 10 – 20 mg po 6 – 8 hodinách, clobutinol 20 mg 1 – 3x denně s.c., i.m., i.v.), inhalace lokálních anestetik (lidocain 1 % 5ml nebulizátorem po dobu 15 – 50 minut, opakovat po 4 – 6 hodinách).
- V případě neztišitelného kašle, který pacienta vysiluje, přidáváme k opioidům benzodiazepiny a neuroleptika s cílem celkové sedace.

6.4. TERMINÁLNÍ CHRČIVÉ DÝCHÁNÍ

6.4.1. DEFINICE

- hlasité chrčivé dýchání vznikající z hromadění sekretů ve velkých dýchacích cestách u zesláblých terminálně nemocných, kteří nejsou schopni expektorace. Často se vyskytuje u umírajících pacientů s poruchou vědomí charakteru soporu a komatu.

6.4.2. LÉČBA

- je často indikována více s ohledem na pacientovy blízké, resp. ostatní spolupacienty. Pacient sám většinou již sebe a své okolí nevnímá.
- Pacienta uložíme na bok. Odsávání sekretů by mělo být prováděno u pacientů v komatu. U nemocných při vědomí je odsávání zdrojem velkého dyskomfortu, zvyšuje riziko zvracení a aspirace a obvykle nevede k úlevě.
- Produkci sekretů lze snížit podáním anticholinergik: skopolamin butylbromid 20 mg s.c. po 2 – 4 hodinách, nebo 20 – 60 mg/24 h kontinuální infuzí, atropin 0,4 – 0,8 mg s.c. po 2 – 4 hodinách.
- Rodině pacienta je vhodné vysvětlit, že toto hlasité dýchání není projevem dušnosti či jiného utrpení umírajícího pacienta.

- Pokud má pacient známky dyskomfortu, je indikováno podání morfinu (viz. analgosedace u dušnosti).

6.5. NAUZEJA A ZVRACENÍ

6.5.1. PŘÍČINY

- iritace GIT (nádor, chronický kašel, mukozitida, vřed, distenze a útlak žaludku, gastroparéza, střevní obstrukce, zácpa, hepatopathie, biliární obstrukce, iritace pankreatu).
- iritace chemoreceptorové spouštěcí zóny v CNS (hyperkalcemie, hyponatremie, jaterní a ledvinné selhání, sepse, léky: např. opioidy, antibiotika, digoxin).
- iritace vestibulárního aparátu (např. aspirin, opioidy)
- iritace korových center (intrakraniální hypertenze, úzkost, pachy a chuti atd.).

6.5.2. LÉČBA

Kauzální léčba je indikovaná vždy, když je to možné a přiměřené klinické situaci. Symptomatická léčba je indikovaná vždy.

Dietní opatření:

- lehko stravitelná jídla podle pacientova výběru, častěji v menších dávkách.

6.5.3. ANTIEMETIKA

- volíme dle předpokládaného patofyziologického mechanismu nevolnosti
- podáváme je v náležitých dávkách a intervalech. Často je nutné parenterální nebo rektální podání. Výhodné je podání formou kontinuální subkutánní infuze. Takto lze podat metoclopramid, thietylperazin, haloperidol
- někdy je třeba vyzkoušet více preparátů, popř. podat kombinaci antiemetik
- při masivním zvracení je třeba zvážit zavedení nasogastrické sondy (lze provést ambulantně). Substituci tekutin a iontů indikujeme v závislosti na celkovém kontextu léčby. U umírajících pacientů je třeba nasogastrickou sondou a parenterální hydrataci indikovat velmi uvážlivě (viz hydratace a výživa).

6.5.4. FARMAKOTERAPIE

- prokinetika: metoclopramid 10 – 20 mg po 4 – 6 hodinách v tbl., supp., inj. popř. v infuzi 40 – 120 mg/24 hodinách s.c. nebo i.v., domperidon 10 – 20 mg po 8 hodinách v tbl., sir., popř. 60 mg supp. po 12 hodinách.
- neuroleptika: thietylperazin 6,5 mg po 6 – 8 hodinách v drg., supp., inj., promethazin 25 – 50 mg po 8 – 12 hodinách v tbl., inj., haloperidol 1 – 3 mg po 6 – 8 hodinách v tbl., gtt., inj. Dávku je možno zvyšovat podle účinku a stupně sedace, chlorpromazin 10 – 40 mg po 6 – 8h v drg., v i.v. infuzi během 20 min, resp. 50 – 75 mg v kontinuální i.v. infuzi.
- anticholinergika: ke snížení nadměrné sekrece v GIT. Skopolamin butylbromid 20 mg po 6 – 8 hodinách i.v., s.c., popř. formou kontinuální infuze.
- kortikoidy: především při intrakraniální hypertenzi a při zvracení při chemoterapii a radioterapii: Dexametazon 12 – 20 mg v krátkodobé i.v. infuzi a následně 4 – 8 mg. po 18 – 12 hodinách p. o.
- benzodiazepiny při významné úzkosti. Diazepam 2 mg p.o. po 8 hodinách, na noc 5 – 10 mg, bro-

mazepam 1,5 – 3 mg p.o. po 8 hodinách.

- antagonisty 5 – HT3 receptoru („setrony“): při nevolnosti a zvracení vyvolaných chemoterapií a radioterapií.

Při nevolnosti a zvracení vyvolané podáním opioidů je třeba použít jednu z následujících strategií:

- Změnit aplikační cestu opioidu (př. přechod z perorálního na parenterální morfin)
- Změnit druh opioidu (př. přejít z perorálního morfinu na transdermální fentanyl)
- Přidat antiemetika (v této indikaci bývá nejúčinnější metoclopramid 10 – 80 mg/den nebo haloperidol 1/2 amp. s. c. nebo 10 kapek 1 – 3x denně)

6.6. ZÁCPA

6.6.1. PŘÍČINY (ČASTÉ U POKROČILE A TERMINÁLNĚ NEMOCNÝCH)

- omezená mobilita, dehydratace, malý perorální příjem
- vliv léků (opioidy, tricyklická antidepresiva, spasmolytika, antipsychotika)

6.6.2. LÉČBA

Obecná opatření:

- dostatečná hydratace, tlumení bolestí spojených s defekací, zajištění intimity při defekaci.
- vysazení všech postradatelných léků.
- změna aplikační formy opioidů (parenterální podání a náplastové lékové formy působí zácpu méně)
- obecná dietní doporučení (vysokozbytková strava, jogurty s biotickými kulturami atd.) jsou u terminálně nemocných pouze omezeně použitelná

6.6.3. FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

- Osmotická laxativa (laktulosa 10 – 20 ml 1 – 3x denně, Magnesii sulfas 10 g 1x denně, glycerinový čípek)
- Stimulační laxativa (bisacodyl 5 – 10 mg na noc, čaj z listu senny)

Často je třeba podávat kombinaci laxativ. Obava z poškození GIT při pravidelném podávání stimulačních laxativ není u „paliativních“ pacientů vzhledem k jejich prognóze klinicky relevantní.

- V případě refrakterní zácpy je třeba podávat pravidelně nálevy.
- Manuální vybavení stolice je pro pacienty většinou velmi nepříjemné. Je třeba je provádět po předchozím manuálním rozvolnění svěračů a především po předchozí analgosedaci (opioid + benzodiazepin: morfin 10 – 20 mg s.c. nebo fentanyl 50 – 100 ug i.v./ s.c. + midazolam 1 – 5 mg i.v./s.c). Metodu je třeba vnímat jako krajní řešení a měli bychom pravidelně užívat všechny méně „invazivní“ postupy, abychom nutnosti manuálního vybavení předešli.

6.7. PORUCHY STŘEVNÍ PASÁŽE

6.7.1. PŘÍČINY

- mechanická obstrukce (nádor v lumen, infiltrace stěny, útlak, pooperační a poradiační striktury a adheze) – je častá především u tumorů GIT a urogenitálního traktu
- poruchy střevní motility až paralytický ileus (postižení parasympatiku: polékové, infiltrace retroperitonea, míšní leze, léky: opioidy, anticholinergika, peritonitida, pooperační stav, radiační fibróza, hypokalcemie, hyperkalcemie, hyperglykemie).

6.7.2. LÉČBA

Léčebný postup závisí na základním přístupu k léčbě. (Je cílem léčby důstojné umírání nebo prodloužení života?).

Operační řešení: resekce, popř. anastomoza obcházející obstrukci, vytvoření kolostomie, ileostomie, popř. PEG, někdy endoskopická laserová resekce.

U pacientů se subakutní a neúplnou mechanickou střevní obstrukcí s pokročilým generalizovaným nádorovým onemocněním jsou výsledky chirurgické intervence (= vliv na délku přežití a především na kvalitu života) srovnatelné s výsledky konzervativního řešení. Při rozhodování je třeba velmi opatrně pracovat s termínem „vitální indikace“ a nepoužívat jej alibisticky k indikaci operace, která pacienta (a celý systém zdravotnictví) nepřiměřeně zatíží a pro pacienta není přínosná.

6.7.3. KONZERVATIVNÍ PŘÍSTUP

- nasogastrická sonda (pouze pokud je masivní zvracení, prakticky vždy u ileozních stavů horních etází GIT).
- uvážlivá parenterální substituce tekutin (max. 2 l/d, větší hydratace vede k vyšší tvorbě sekrece v GIT a zhoršení symptomů), perorální příjem malých dávek potravy a tekutin dle pacientova přání.

6.7.4. FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

- antiemetika a prokinetika: metoclopramid 10 – 20 mg po 4 – 6 h v tbl., supp., inj. popř. v infuzi 40 – 120 mg/24 h s.c. nebo i.v. haloperidol 1 – 3 mg po 6 – 8 hodinách v tbl., gtt., inj., popř. 5 – 10 mg/24 h v kontinuální infuzi. Dávku je možno zvyšovat podle účinku a stupně sedace.
- léky ke snížení sekrece do GIT: skopolamin butylbromid 20 mg po 6 – 8 hodinách i.v., s.c., popř. formou kontinuální infuze, octreotid 0,1mg s.c. po 8 hodinách, popř. 0,2 – 0,6 mg/24h kontinuální infuzí.
- kortikoidy k redukci edému kolem tumorozních ložisek: dexametason 8 – 16 mg/d p.o. nebo i.v.

6.8. ASCITES

U maligního ascitu je třeba vždy zvážit možnost systémové, popř. intraperitoneální chemoterapie.

6.8.1. SYMPTOMATICKÁ LÉČBA

- Omezení příjmu tekutin a soli není v situaci terminálního onemocnění vhodné a obvykle je neindikujeme.
- Diuretika jsou indikována při ascitu z portální hypertenze (např. při metastatickém postižení jaterního parenchymu nebo tromboze jaterního cévního řečiště). Podáváme spironolakton 100 – 200 mg denně p.o. Teprve když není jeho účinek dostatečný, přidáváme furosemid 20 – 120 mg p.o. denně. Léčba velkými dávkami furosemidu v monoterapii vede často k rychlému poklesu intravaskulárního objemu s následnou ortostatickou hypotenzí a renálním selháváním.
- Diuretika jsou obvykle neúčinná u ascitu s cytologickým nálezem maligních buněk (např. při peritoneální karcinomatóze).
- Pravidelné punkce ascitu vedou k rychlé úlevě. Jsou však spojeny s velkými ztrátami plazmatických bílkovin a rizikem infekční peritonitidy.

V situaci terminálního onemocnění však tato rizika často nejsou klinicky významná a pravidelná punkce prováděná v domácím prostředí je důležitou součástí paliativní péče.

- Peritoneovenózní shunt. Je spojen s rizikem urychlení rozsevu tumoru do organismu cevní cestou a ucpávání ventilu shuntu buňkami tumoru. Bývá indikován u pacientů s prognózou přežití v řádu týdnů a měsíců. U pacientů v terminální fázi není indikován.

6.9. NECHUTENSTVÍ (ANOREXIE)

6.9.1. DEFINICE

Snížená až vymizelá chuť k jídlu. Velmi častý symptom pokročilých onemocnění (nejen onkologických).

6.9.2. PŘÍČINA

- nádorové onemocnění obecně (paraneoplastický projev).
- porušené vnímání chuti a zápachu (stomatitida, léky).
- chronická nauzea (viz příčiny nauzey a zvracení)
- polykací potíže (bulbární a pseudobulbární syndrom, nádory ORL a jícnu).
- potíže s vyprazdňováním (obtíže při cestě na WC, zácpa), které pacient řeší snížením perorálního příjmu.
- léky (chemoterapie, analgetika, antibiotika, digoxin, antidepresiva).
- nedostatečně léčená bolest (velmi častá příčina!!!).
- psychické příčiny (deprese, úzkost, zmatenost, demence), nevhodná příprava jídla (proti pacientovým zvykům).
- nevhodná strava a prostředí ke konzumaci jídla.

6.9.3. LÉČBA

Základní přístup je třeba zvolit dle předpokládané prognózy a jasně pojmenovaných cílů léčby. O těchto cílech je třeba opakovaně s pacientem a jeho rodinou hovořit. Skutečnost, že pacient nejí a hubne, je pro rodinu velmi stresující. Zdravotníci jsou často pod tlakem rodiny, aby pacientovi „zajistili výživu“. Je třeba kvalifikovaně zhodnotit klinický stav pacienta a rodině jasně vysvětlit, z kterých intervencí pacient prospěch má a které jsou pro něj pouze zatěžující a žádný prospěch nepřinášejí.

Kauzální léčba je indikována vždy, když je to možné a přiměřené klinické situaci.

U pacientů s významnými polykacími potížemi je třeba včas indikovat výživu sondou. Pokud je předpokládaná délka výživy sondou více než 3 týdny, je třeba zvážit včasné provedení výživné gastrostomie event. jejunostomie (endoskopicky – PEG nebo laparotomicky).

Symptomatická léčba:

- mobilizace a celková aktivizace nemocného
- dietní opatření (respektovat pacientova přání, dietní doplňky, vhodné prostředí)
- úprava medikace (vysazení všech postradatelných léků)
- aktivní léčba bolesti, zácpy a nevolnosti (analgetika, laxativa, antiemetika)
- „stimulátory“ chuti k jídlu (prednisolon 10 – 20 mg/d., megesterol acetát 160 – 320 mg/d., medroxyprogesteron acetát 500 – 1000 mg/d)

6.10. VÝŽIVA U UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA

Umírající pacienti obvykle nepocítují hlad a žízeň. Pokud by tyto pocity měli, je samozřejmě naší povinností jim dle jejich přání tekutiny a potravu zajistit. U pokročile a terminálně nemocných často není možné zajistit dostatečný příjem potravy per os. Příčinou může být celkový stav nemocného (sopor, koma, těžké delirium, deprese), neurologická nebo mechanická překážka polykání (bulbární syndrom při demenci nebo po CMP, tumory ORL, kompletní stenóza jícnu) nebo pacientovo vědomé odmítání potravy a tekutin (pacient chce zemřít). Základní přístup k zajištění výživy musí u konkrétního pacienta zohlednit:

- Předpokládanou prognózu onemocnění z hlediska délky přežití.
- Cíle léčby (Důstojné umírání? Prodloužení života v přijatelné kvalitě? – viz cíle léčby).
- Vlastní příčinu nedostatečného perorálního příjmu a možnost jejího kauzálního řešení (např. výživa sondou u pacientů s mechanickou stenózou nebo pseudobulbárním syndromem).
- Přání a názor pacienta na enterální a parenterální výživu.
- Přání a názor pacientovy rodiny na enterální a parenterální výživu.

Při zvažování nutriční podpory je třeba postupovat individuálně. Je vhodné zohlednit následující skutečnosti.

- Umírající pacient nemá obvykle nemá z parenterální nebo enterální výživy prospěch.
- Kanyla a sonda představují pro nemocného zátěž a omezení.
- Kalorický přísun v této situaci nezlepšuje kvalitu života, nemění prognózu, pouze může o několik dní proces umírání prodloužit a tím přispívá k většímu utrpení.
- Zajištění enterální nebo parenterální výživy je většinou spojeno s hospitalizací a znemožňuje tak nemocnému prožít závěr života doma.

Zásadní důležitost má v této situaci dobrá ošetrovatelská péče, především péče o dutinu ústní.

6.11. HYDRATACE U UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA

Zajištění dostatečného příjmu tekutin bývá obecně považováno za součást základní („bazální“) péče. Pravidelné nabízení tekutin per os v dostatečném množství je součástí základní ošetrovatelské péče. U pokročile a terminálně nemocných často není možné dostatečný příjem tekutin per os zajistit. Příčiny viz Výživa u umírajícího pacienta). Základní přístup k zajištění hydratace musí u konkrétního pacienta zohlednit:

- Předpokládanou prognózu onemocnění z hlediska délky přežití
- Cíle léčby
- Příčinu nedostatečného perorálního příjmu a možnost jejího kauzálního řešení (např. výživa sondou u pacientů s mechanickou stenózou)
- Přání a názor pacienta na enterální a parenterální hydrataci
- Přání a názor pacientovy rodiny na enterální a parenterální hydrataci
- Přítomnost symptomů souvisejících s dehydratací (tj. vliv dehydratace na kvalitu života)

6.11.1. OBECNÉ ZÁSADY HYDRATACE U TERMINÁLNĚ NEMOCNÉHO

Umírající pacient ve většině případů nemá prospěch z parenterální nebo enterální hydratace.

Parenterální hydratace umírajícím nezlepšuje kvalitu života, nemění prognózu, pouze může o několik dní proces umírání prodloužit a tím přispívá k většímu utrpení.

- kanyla a sonda představují pro nemocného zátěž a omezení, nejednou bývá umírající pacient právě kvůli zajištění „dostatečné“ hydratace hospitalizován, a to i přesto, že si přál prožít závěr života doma
- hydratace vede k větší produkci moči, střevních šťáv a bronchiálního sekretu se všemi z toho plynoucími důsledky jako nutnost častějšího odsávání, větší vyzvracené objemy objemy při terminální střevní obstrukci. Může vést k zhoršení edému, výpotků a kardiální dekompenzaci.

Parenterální hydratace má velký význam symbolický.

- Pacientova rodina by měla pochopit, že u umírajícího nemocného rozhodnutí parenterálně nehydratovat není ze strany lékaře projevem nezájmu a terapeutického nihilizmu, ale zdůvodněným krokem, který usiluje o pacientův prospěch a zachování jeho důstojnosti.
- Předpokladem k rozhovoru o těchto tématech je vztah otevřenosti a důvěry mezi lékařem, pacientem a jeho rodinou v celém předchozím průběhu léčby.
- Podání parenterální hydratace je někdy nutné s ohledem na kvalitu života pacientovy rodiny.

Pokud indikujeme parenterální hydrataci, můžeme ji aplikovat intravenózně nebo subkutánně.

- Nevýhodou intravenózního podání u pokročile nemocných v domácím prostředí bývá obtížné zajištění žilního přístupu, nutnost odborného dohledu po dobu aplikace infuze a někdy nutnost kurtování neklidného pacienta, který má tendenci jehlu nebo kanylu vytáhnout. Z výše uvedených důvodů bývá obvykle pacient s nutností pravidelné intravenózní hydratace odeslán k hospitalizaci.
- Subkutánní hydratace (hypodermoklýza) je pro bazální hydrataci v domácím prostředí jednoduchou a bezpečnou alternativou k intravenóznímu podání.
- Pro podávání infuzí je výhodné zavést jehlu „s motýlkem“ velikosti 25 nebo 27 G do podkoží na přední straně hrudníku, na bříše, popř. na paži nebo na stehně. Jehlu s krátkou spojovací hadičkou fixujeme náplastí (analogicky se zavedením nitrožilní kanyly – „flexily“). Subkutánní jehlu lze ponechat na jednom místě 5 – 7 dní.
- Subkutánně lze podat fyziologický roztok (0,9 % NaCl), 5 % roztok glukózy a tzv. „poloviční fyziologický roztok“ (směs G5 % a 0,9 NaCl v poměru 1:1).
- Rychlost podání je individuální. Obvykle začínáme rychlostí 50 ml/h a podle tolerance (tj. zda dochází k resorpci infundované tekutiny z podkoží) dávku můžeme zvýšit až na 150 ml/h. Tekutina je podána jednoduchou kapenkovou infuzí. Není třeba užívat infuzní pumpy. Celkový objem se při hypodermoklýze obvykle pohybuje v rozmezí 500 – 2000 ml/24 h. Subkutánní infuzi lze s výhodou podat během nočního spánku (např. 1000 ml/8 h). Pacient není během dne omezován přítomností infuze.

Zásadní důležitost má u umírajících dobrá péče o dutinu ústní:

- sliznice mají sklon vysychat – dýchání ústy, podávání morfinu a jiných anticholinergně působících látek, dehydratace.
- pravidelné zvlhčování a toaleta dutiny ústní (odstaňování hlenu, vyplachování čajem, cumláni kostek ledu...) jsou jedním z nejdůležitějších paliativních opatření u umírajících.

6.12. ŠKYTAVKA (SINGULTUS)

6.12.1. PŘÍČINY

- Distenze žaludku a reflexní dráždění n. phrenicus
- Hepatomegalie, jaterní metastazy, tumory v blízkosti bránice

6.12.2. LÉČBA

- Je-li předpokládánou příčinou distenze žaludku, je vhodné zkusit prokinetika (viz nevolnost a zvracení)
- Empiricky mají určitý efekt antipsychotika a antikonvulziva: chlorpromazin 12,5 – 25 mg po 6 hodinách p.o., phenytoin 100 mg po 8 – 12 hodinách p.o., valproát sodný 500 – 1000 mg p.o. večer.

6.13. SVĚDĚNÍ (PRURITUS)

6.13.1. PŘÍČINY

- Léky (opioidy)
- Paraneoplastický projev
- Obstrukční ikterus

6.13.2. LÉČBA

Farmakologická léčba:

- antihistaminika (cetirizin 10 mg po 12h p.o., loratadin 10 mg po 24 hodinách p.o.)
- kortikoidy (Prednison 5 – 40 mg p.o. v 1 – 2 denních dávkách)
- cholestyramin 4g po 6 hodinách p.o. (při svědění při obstrukčním ikteru)

Při svědění navozeném opioidy lze vyzkoušet antihistaminika. Pokud nejsou účinná je indikována změna druhu opioidu.

Při maligním obstrukčním ikteru s dilatací velkých intra – a extrahepatálních žlučových cest je třeba zvážit perkutánní cholangiografii a následnou drenáží a event. implantací stentu nebo ERCP se zavedením stentu. Tento výkon je indikován u pacientů s předpokládanou prognózou přežití v řádu týdnů a měsíců.

6.14. ÚZKOST

Úzkost je normální psychickou reakcí na ohrožení a nejistotu. V situaci pokročilého onemocnění může mít úzkost celou řadu příčin. Mezi nejčastější patří strach z bolesti a utrpení, obava z opuštěnosti, z nedostatečné péče, strach ze ztráty kontroly nad svým tělem, obava z neznáma, strach ze smrti. Základní hodnocení úzkosti by mělo posoudit:

- Intenzitu úzkosti
- Trvání a časový charakter
- Vazbu na specifické situace
- Vazbu na určité představy a obavy
- Nejedná se o abstinenční syndrom (např. alkohol, opioidy,...)?

Základem je podpůrná psychoterapie, při které je pacientovi poskytnuto dostatek času a příležitosti vyjádřit své obavy a starosti. Důležité je ujištění pacienta, že se budeme jeho obavami a obtížemi zabý-

vat a vytvoření plánu péče, ve kterém by se pacient mohl cítit bezpečně. Zkušenost z lůžkových hospiců ukazuje, že právě tato atmosféra bezpečí (= lidsky vlídný přístup + dostatek času + profesionální zvládnání tělesných i ostatních obtíží) vytváří předpoklad pro důstojný a naplněný závěr života.

Pacient může mít prospěch z některých relaxačních technik, ale také z modlitby a jiných rituálů. Lékař by měl nemocnému tyto postupy dle jeho přání zprostředkovat.

6.14.1. FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

- Pro vlastní farmakoterapii úzkosti jsou základní lékovou skupinou benzodiazepiny (alprazolam, bromazepam, lorazepam, diazepam, miadazolam).
- Tricyklická antidepresiva a antidepresiva ze skupiny SSRI mají také významný anxiolytický efekt. Účinek se obvykle projevuje současně s účinkem antidepresivním, tedy za 2 – 4 týdny. Opatrnosti je třeba u fluoxetinu, který svým stimulačním účinkem může na začátku léčby zvýšit intenzitu úzkosti.
- Komplexní úzkostné stavy spojené s depresí a psychotickými příznaky (bludy, halucinace) je obvykle vhodné léčit neuroleptiky. V této situaci je vhodná konzultace psychiatra.
- Pokud je zdrojem úzkosti nedostatečně léčená bolest či dušnost, je třeba nejdříve optimalizovat analgetickou léčbu i léčbu dušnosti (viz příslušné doporučené postupy).

6.15. DELIRIUM (ZMATENOST, AMENTNÍ STAV)

6.15.1. DEFINICE

Akutně vzniklý syndrom charakterizovaný kvantitativní poruchou vědomí kolísavé intenzity provázenou poruchami pozornosti, kognitivních funkcí, vnímání a psychomotorických projevů. Podle převažujícího charakteru psychomotorických projevů se dělí na hyperaktivní („agitované“), hypoaktivní a smíšené. V diferenciální diagnostice je nutno odlišit demenci a depresivní poruchu.

Pacientově rodině je třeba vysvětlit, že se jejich blízký „nezbáznil“ a že je reálná šance, že se stav pacienta zlepší.

6.15.2. PŘÍČINY

- intrakraniální patologie (tumor, krvácení, encefalopatie po radioterapii a chemoterapii, infekce: absces, meningitis, encefalitis, cerebrovaskulární postižení).
- metabolické (hypoxie, hyperkapnie, jaterní a ledvinné selhání, poruchy ABR, hyponatémie, hyperkalcemie, dekompenzovaný diabetes mellitus)
- infekce, febrilie, sepsa.
- oběhové příčiny (dehydratace, hypovolemie, srdeční selhání, šokové stavy), anemie, malnutrice
- abstinenční syndrom (alkohol, nikotin, benzodiazepiny, opioidy, kortikoidy, antidepresiva). Pozor na náhlé vysazování výše uvedených léků.
- nežádoucí účinek léků (anticholinergika, antikonvulziva, antidepresiva, antiemetika, antihistaminika, antiparkinsonika, neuroleptika, kortikosteroidy, nesteroidní antiflogistika, a řada jiných).
- Faktory, které mohou vést k nástupu nebo prohloubení deliria: úzkost, deprese, nekontrolovaná bolest, nedostatek kvalitního spánku, cizí a rušné prostředí.

U pacientů v pokročilých stádiích chronických chorob nacházíme často současně několik možných příčin. Pouze některé jsou léčebně ovlivnitelné a reverzibilní.

6.15.3. LÉČBA

- Vždy je třeba zjistit pravděpodobnou příčinu deliria dle možností postupovat kauzálně.
- Velký význam mají obecná opatření: klidné prostředí, podmínky pro nerušený spánek, „pocit bezpečí“, stabilní profesionální a laický ošetřující personál (domácí prostředí).
- Zvážit vysazení „podezřelých“ neesenciálních léků. Pokusit se hledat alternativy u nepostradatelných léků (např. rotace opioidů).
- Zajistit dobrou hydrataci.

Farmakologická léčba:

- Cílem léčby je obnovit pacientův výchozí mentální stav a nikoliv primárně pacientovo tlumení. Léky by měly být předepisovány pouze pokud se stav nezlepší výše popsanými obecnými opatřeními.
- Sedativní dávky je někdy třeba podávat na noc, abychom umožnili spánek pacientovi a jeho blízkým.
- Farmakologickou sedaci přes den je třeba podávat velmi uvážlivě. Je indikovaná především o hyperaktivního deliria a dále tam, kde se pacient stává nebezpečným sobě a svému okolí.
- Lékem volby stavů zmatenosti u pokročile a terminálně nemocných pacientů jsou neuroleptika. U některých pacientů je příčinou deliria velká úzkost, která teprve sekundárně vede ke kognitivní dysfunkci nebo zastřenému vědomí. V této situaci jsou benzodiazepiny obvykle účinnější než neuroleptika. Velmi důležitá je při tomto rozhodování znalost pacientova výchozího mentálního stavu.
- U starších pacientů je podávání benzodiazepinů spojeno s rizikem paradoxní agitovanosti (desinhibice a zhoršení poruch chování) Proto je vhodná kombinace benzodiazepinů s haloperidolem.
- Někdy jsou neklid a agitovanost pacienta tak výrazné, že je třeba podat sedativní dávky neuroleptika a midazolamu.

6.16. DEPRESE

Klinicky významná depresivní porucha se vyskytuje asi u čtvrtiny terminálně nemocných onkologických pacientů. Pro ostatní diagnostické skupiny nejsou

přesnější čísla známa.

U pokročile nemocných je diagnostika někdy komplikována tím, že některé příznaky typické pro depresi mohou být současně projevem pokročilého onemocnění (únava a ztráta energie, nechutenství, hubnutí, zpomalení psychomotorického tempa, poruchy spánku atd.).

Nejčastější klinické projevy deprese u pokročile somaticky nemocných pacientů:

- trvalá smutná depresivní nálada
- ztráta zájmu o cokoli
- pocit ztráty vlastní hodnoty
- pocit bezmoci a beznaděje.

6.16.1. LÉČBA DEPRESE

Velký význam má podpůrná psychoterapie a bezpečné prostředí pro poskytování péče.

Farmakologické léčba deprese:

- viz Doporučené postupy pro léčbu deprese pro PL z roku 2004.
- U pokročile nemocných a umírajících pacientů je třeba při indikaci antidepresiv zvažovat předpokládanou délku přežití. U pacientů v posledních dnech života obvykle není indikováno nasazení tricyklických ani SSRI antidepresiv, neboť čas do nástupu účinků je poměrně dlouhý. V této situaci můžeme zkusit podat benzodiazepiny (alprazolam, bromazepam).
- Někdy je vhodná konzultace psychiatra.

7. LITERATURA

1. Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y., et al. *Paliativní medicína. Druhé vydání. Praha, Grada, 2004, 520 s.*
2. Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet, Praha, Ecce homo 1995*
3. Misconiová B, *Péče o umírající – hospicová péče, Praha, Národní centrum domácí péče ČR ve spolupráci s MZD ČR, 1998*
4. Špínka, Š., Špinková, M. *Standardy domácí paliativní péče. Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče. Hospicové občanské sdružení Cesta domů, Praha 2004. Dokument je dostupný na www.cestadomu.cz*
5. *Doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. O organizaci paliativní péče. Rada Evropy 2003. Český překlad je dostupný na www.cestadomu.cz*

Tab. č. 1: Farmakologická léčba deliria, které nemá ovlivnitelnou příčinu

Klinický obraz	Mladší pacienti (< 70 let)	Starší pacienti
Zmatenost ± obluženost, situace, kde je utlumenost nežádoucí	Nesedativní neuroleptika Haloperidol 1,5 – 3 mg na noc nebo 2x denně p.o. nebo s.c. Tiaprid 100 mg p.o./s.c. na noc Risperidon 0,5 – 1 mg 2x denně	Nesedativní neuroleptika s nižším rizikem extrapyramidových NÚ Risperidon 0,5 mg na noc nebo 2x denně p.o. Tiaprid 100 mg p.o./s.c. na noc Haloperidol 0,5 – 1 mg na noc p.o. nebo s.c.
Agitovaná zmatenost, mírný sedativní účinek je žádoucí	Sedativní neuroleptika Levomepromazin 25 – 50 mg s.c., p.o. Chlorpromazin 25 – 50 mg 2x – 4x denně p.o. nebo i.m. nebo i.v.	Sedativní neuroleptika s nižším rizikem extrapyramidových NÚ Levomepromazin 12,5 – 25 mg p.o., s.c. Olanzapin 2,5 mg. na noc Tiaprid 100 mg 1 – 3x denně
Akutní delirium, agresivní pacient nebezpečný sobě a okolí	Haloperidol 5 – 15 mg s.c./i.m. + Diazepam 10 mg i.m. nebo Midazolam 2,5 – 5 mg s.c.. Podle klinického stavu lze dávku opakovat za 20 – 30 minut	Haloperidol 2,5 – 10 mg s.c./i.m. + Diazepam 5 mg i.m. nebo Midazolam 2,5 mg s.c./i.m./i.v.



POZNÁMKY

Tisk podpořen společností
ZENTIVA

Doporučený postup byl vytvořen s podporou nadačního fondu Praktik

NADAČNÍ FOND
PRAKTIK

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN: 80-86998-03-7

