

Paliativní péče

- Náš život se v posledním století změnil: Žijeme výrazně déle a v mnohém ohledu pohodlněji. Platíme však za to nemalou daň: déle a vůbec nelehčeji, totiž také umíráme.



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 podporu jeho blízkým.

Cílová skupina paliativní péče

- *pacienti v pokročilých stádiích nevléčitelných chorob /nádory, konečná stádia chronického srdečního selhávání, CHOPN, jaterní cirhoza, demence, jiné degenerativní CNS onemocnění, pacienti ve vigilním komatu/*
- *klinický obraz je v terminální fázi / umírání/ u různých základních chorob podobný*

Rozdělení pacientů z hlediska kognitivních funkcí a vnímání

1. pacienti s výraznou kognitivní deteriorací a s narušeným vnímáním – demence, vigilní koma

- dobrá ošetrovatelská péče

- psychosociální podpora rodiny

- pacient se nepodílí na rozhodování o léčebném plánu

- léčebná rozhodnutí dělají lékař, rodina, zákonný zástupce vždy s nejlepším zájmem pro pacienta

2. pacienti, kteří si uvědomují skutečnost život ohrožujícího onemocnění /nádory, CHOPN/

- vůle a přání pacienta představují základní rámec poskytování PP

Rozdělení paliativních pacientů do skupin

- 1. Fáze kompenzovaného onemocnění / prognóza přežití v řádu měsíců , někdy let/*
- 2. Fáze nevratně progredujícího onemocnění /prognóza přežití v řádu týdnů a měsíců/*
- 3. Terminální fáze /prognóza přežití v hodinách, dnech a týdnech/*

Fáze kompenzovaného onemocnění - cíle

- udržet stav kompenzace*
- udržet funkční zdatnost*
- nejdelší možná délka života*

Při akutním zhoršení je indikována plná intenzivní a resuscitační péče.

Fáze nevratně progredujícího onemocnění – cíle léčby

- *udržení co nejvyšší kvality života*
- *maximální prodloužení života již není cílem*
- *intenzivní péče u akutních příhod /IM, embolizace/ je individuální, resuscitační péče není indikovaná*

Terminální fáze - cíle

- *minimalizace dyskomfortu*
- *neprodlužování umírání*
- *maximální respekt k pacientovi*
- *není indikovaná intenzivní ani resuscitační léčba*
- *plně indikovaná symptomatická léčba*

Nejčastější symptomy pokročilého onemocnění

bolest

dušnost

kašel

terminální chrčivé dýchání

nauzea a zvracení

nechutenství

zácpa

ascites

singultus

delirium

úzkost

deprese

Obecné zásady léčby symptomů

Krok 1: jaké důsledky pro pacienta daný symptom má?

Krok 2: Jaké důsledky bude mít úprava / léčba / daného symptomu?

Krok 3: Jaký celkový vliv na kvalitu života pacienta má léčba ve srovnání se stavem bez léčby?

Krok 4: Vyber léčebný postup

Únava v terminální fázi onemocnění

- narůstající slabost, únavnost a spavost jsou přirozeným projevem umírání – není třeba je léčit a není to ani možné

- uprav prostředí a denní režim možnostem pacienta

vysvětli situaci rodině a blízkým

Bolest – obecné principy léčby

- *základním vodítkem pro volbu analgetika je intenzita bolesti, kterou pacient udává*
- *podle charakteru bolesti jsou indikována koanalgetika*
- *u trvalé bolesti je třeba analgetika podávat v pravidelných intervalech /“podle hodin“/ a nikoliv pouze „podle potřeby“. Dávkový interval by měl být takový, aby se udržela vyrovnaná plazmatická hladina léku a další dávka byla podána před znovuobjevením bolesti*

Bolest – hodnocení u demence

- u nemocných s AD jsou senzoricko-diskriminační složky bolesti zachovány až do pozdních stádií

-kognitivně – afektivní složky jsou postiženy – reakce jako u malého dítěte /syndrom plačícího vzdáleného organového systému/

- je třeba tak jako u dětí dbát na neverbální diagnostiku

Bolest- obecné principy léčby

- velikost dávky je přísně individuální, dávku titrujeme, až dosáhneme dobré úlevy od bolesti při ještě snesitelných nežádoucích účincích*
- potřebné denní dávky analgetik jsou často vyšší, než doporučované v ŠPC informaci*
- analgetika je vhodné podávat co nejméně invazivním způsobem, který ještě poskytuje efektivní úlevu od bolesti*
- užíváme přednostně perorální formy s prodlouženým uvolňováním nebo formy transdermální*

Bolest - koanalgetika

antidepresíva

antikonvulziva

myorelaxancia – gaba agonisté

Bolest a antidepresíva

- kombinace má vysoký analgetický efekt

- u 30-40% pacientů až 50% úleva

SNRI /venlafaxin, milnacipran, nefazodon/

SSRI / pozor na analgetika s vlastní serotoninergní složkou – tramadol, pentazocin, petidin – serotoninový šok/

NARI /reboxetin/

TCA/ amitriptylin, dosulepin/!!!

-analgetický efekt se dostavuje za 1-7 dní

Bolest a antikonvulzíva

gabapentin

lamotrigin

karbamazepin

- diabetické neuropatie a postherpetické neuralgie

Bolest a gabapentin

- dobře ovlivňuje postherpetické a polyneuropatické bolesti a parestézie

- váže se na napět'ově závislé Ca^{2+} a Na^{+} kanály, zvyšuje hladinu serotoninu v krvi, ovlivňuje aktivitu NMDA receptorů, jeho působení je cílené na hyperexcitované, senzibilizované centrální neurony

- efekt při podávání s opioidy je menší, částečně je totiž opioidy antagonizován

- účinná dávka je 900mg/den, léčba je dlouhodobá, již po vynechání jedné dávky se bolesti vracejí v plném rozsahu

Bolest a GABA agonisté

*- baclofen 20-100mg pro die / centrální bolesti,
viscerální bolesti, intrakraniální hypertenze,
spasticita kosterního svalstva/*

- zesiluje účinky opioidů

*velký antinocicepční potenciál / zánětlivé bolesti,
pooperační, bolesti hlavy//*

Tabulka č. 1: Algoritmus farmakoterapie akutních bolestí

(Dávky analgetik jsou uvedeny jako jednotlivé dávky v mg pro dospělého)

1. stupeň - při mírné (až střední) bolesti (VAS 1 - 3)		
NSA nejsou KI		NSA jsou KI
<ul style="list-style-type: none">• ibuprofen 200 nebo• diklofenak 25 nebo• kyselina acetylosalicylová 650 - 1000		<ul style="list-style-type: none">• paracetamol 650 - 1000 nebo• tramadol 50 - 100
Nedostatečná úleva od bolesti nebo střední až silné bolesti		
2. stupeň - při střední až silné bolesti (VAS 4 - 7)		
NSA nejsou KI		NSA jsou KI
<ul style="list-style-type: none">• ibuprofen 400 (až 800) nebo• diklofenak 50 (až 100) nebo• jiné klasické NSA nebo • nimesulid 100 nebo• vhodná analgetická kombinace nebo• metamizol 500 - 1000		<ul style="list-style-type: none">• paracetamol 650+tramadol 75 nebo• paracetamol 650 - 1000 + kodein 60 nebo• jiná vhodná GI šetrná analgetická kombinace nebo• metamizol 500 - 1000
Nedostatečná úleva od bolesti nebo při velmi silné bolesti		
3. stupeň – při velmi silné bolesti (VAS 8 - 10)		
Silný opioid (případně + paracetamol nebo NSA)		

Bolest

Terapie chronické nenádorové bolesti

ANALGETICKÝ ŽEBŘÍČEK WHO

		III. stupeň - silná bolest
I. stupeň - mírná bolest	II. stupeň - středně silná bolest	silné opioidy
neopioidní analgetikum	slabé opioidy + neopioidní analgetikum	+ / - neopioidní analgetikum
+ / - koanalgetika a pomocná léčiva		

Bolest

Terapie chronické onkologické bolesti

Protinádorové modality v léčbě bolesti

- chirurgická intervence /radikální nebo paliativní/*
- radioterapie / kurativní nebo paliativní/
 - teleradioterapie*
 - brachyradioterapie*
 - izotopy**
- chemoterapie a hormonální terapie*

Symptomatické postupy k léčbě bolesti

- analgetika a koanalgetika*
- spinální, regionální a lokální analgésie
 - neuroablativní postupy**
- RHB, fyzikální léčba, psychoterapie*

Bolest – nejčastější neopioidní analgetika

ANALGETIKA - ANTIPYRETIKA

Látka	Aplikace	Nástup účinku	Obvyklá dávka (mg)	Max. denní dávka (mg)	Poznámka
Paracetamol	p.o., p.r.	30 min.	4x 500 - 1000	4x 1000	
Metamizol	p.o., i.v.	30 min.	4x 500	6x 1000	Není vhodný k dlouhodobé léčbě - riziko závažné agranulocytózy

COX 2 NESELEKTIVNÍ NSA

Ibuprofen	p.o.	15 - 20 min.	4x 400	4x 600	
Diclofenac	p.o., p.r., i.m., i.v.	30 min.	3x 50	3x 50	
Naproxen	p.o.	2 h.	2x 250	2x 500	
Indometacin	p.o., p.r.	60 min.	2x 50	2x 100	

COX 2 PREFERENČNÍ NSA

Nimesulid	p.o.	60 min.	2x 100	2x 100	Pacienty lépe snášen než ostatní neselektivní NSA.
Meloxicam	p.o., p.r.	90 min.	1x15	1x15	Pacienty lépe snášen než ostatní neselektivní NSA. V ČR zatím registrován pouze pro léčbu revmatologické bolesti.

COX 2 SELEKTIVNÍ NSA

Celecoxib	p.o.	45 min.	2x 100	2x 200	Nižší riziko gastrotoxicity a krvácení než neselektivní NSA. Registrován pouze pro léčbu revmatologické bolesti. V 9/2004 byl stažen z trhu příbuzný preparát rofecoxib pro významné zvýšení cerebrovaskulární a kardiovaskulární morbidity. Tento NÚ nebyl pro celecoxib zatím prokázán. Přes-
-----------	------	---------	--------	--------	--

Bolest – slabé opioidy

TABULKA č. 2: PŘEHLED SLABÝCH OPIOIDŮ

Látka	Aplikace	Nástup účinku	Obvyklá počáteční dávka (mg)	Max. denní dávka (mg)
Kodein	p.o.	30 - 60 min.	4x 30	4x 60
Dihydrokodein	p.o.	2 - 3 h.	2x 60	3x 120
Tramadol	p.o., p.r., i.v., i.m., s.c.	20 - 30 min.	4x 50	3x 200
Tilidin	p.o.	15 - 30 min.	4x 50	4x100

Bolest- silné opioidy

Látka	Aplikace	Nástup účinku	Trvání účinku	Obvyklá počáteční dávka	Max. denní dávka	Poznámka
Morfin s rychlým uvolňováním	p.o., p.r., s.c., i.m., i.v.	20 - 30 min.	4 - 6 h.	10 mg á 4 hod.	Není stanovena	Ekvianalgetické poměrné dávky: p.o. : p.r. = 1 : 1 p.o. : s.c. = 2-3 : 1 p.o. : i.v. = 3 : 1
Morfin s řízeným uvolňováním	p.o., p.r.	3 - 5 h.	12 h.	30 mg á 12 hod.	Není stanovena	
Fentanyl TTS	náplast	8 - 12 h.	72 h.	25 µg/h.	Není stanovena	
Oxycodon s řízeným uvolňováním	p.o., p.r.	1 - 3 h.	8-12 h.	10mg á 12 hod.	Není stanovena	
Buprenorfin s rychlým uvolňováním	sublingv.	0,5 - 1 h.	6 h.	0,2mg á 6 hod.	0,4mg á 6 hod.	
Buprenorfin TDS	náplast	10 - 12 h.	72 h.	35 µg/h.	140 µg/h.	
Hydromorfon s řízeným uvolňováním	p.o.	3 - 5 h.	12 h.	4mg á 12 hod.	Není stanovena	.

**Silné opioidy,
které nejsou vhodné k léčbě chronické nádorové bolesti,
nebo s jejich užitím v této indikaci nejsou dostatečné zkušenosti**

Pethidin
Piritramid
Sufentanil
Remifentanil

Dušnost

- subjektivní pocit ztíženého, obtížného dýchání,
pocit dušení*
- v posledních měsících života až u 70% pacientů v
paliativní péči*
- není přímá úměra mezi intenzitou různých obj.
parametrů ventilace a dušnosti*
- pohled paliativní medicíny – dušnost je to, co
udává pacient*

Dušnost

- symptom, který vedle bolesti nejsilněji koreluje s psychickým stavem pacienta, anxietou, panikou

Dušnost – nejčastější příčiny

- *metabolický rozvrat /renální, hepatální selhání/
-pleuralní a perikardialní výpotek*
 - chronická bolest*
 - plicní embolie*
- cizí těleso v dýchacích cestách*
 - deprese, úzkost*
 - pneumonie*
- malnutrice, kachexie,*
 - CHOPN, AB*
 - anémie*
- levostranné srdeční selhávání*

Dušnost - léčba

- kauzální, když je to možné a přiměřené klinické situaci

- obecná nefarmakologická opatření: zklidnění situace, Fowlerova poloha v polosedě, otevřené okno, dobrý výhled, chladný a vlhký vzduch, psychosociální podpora

oxygenoterapie? - významný symbol lékařské péče, významný placebo efekt u pokročile nemocných. Spíš zástupné placebo, kterým nahrazujeme psychosociální podporu

Dušnost – léčba symptomatická

-bronchodilatancia ve standardním dávkování, v akutní fázi aminophyllin i.v., poté sprejové formy nebo tbl

-morfin 5-10mg á 4 hod /s.c./, po zmírnění dušnosti opioidy s prodlouženým uvolňováním /MST continus, Oxycontin/. U pacientů již léčených opioidy dávky o 30-50% vyšší.

- kortikosteroidy u CHOPN/prednison 40-60mg/d, methylprednisolon 16-24mg/d, dexamethason 8-12mg/d/

- anxiolytiká diazepam 2mg po 8 hod, na noc 5-10mg, bromazepam 3mg po 8 hod

Dušnost – léčba symptomatická

- *mukolytika na ulehčení expektorace, ACC v tabletách, roztoku, sirupu, nebo nebulizátorem*
- *anticholinergika ke snížení bronchiální sekrece*
 - *skopolamin butylbromid 20mg s.c. á 4 hod*

Dušnost – léčba symptomatická Analgošedace

- těžká dušnost, respirační selhávání

- morfin 5-10mg i.v. a následně kontinuální infuze rychlosti 2-5mg/hod + midazolam 1-2mg i.v. jako bolus a dále kontinuální infuze 0,5-2mg/hod

Kašel - příčiny

- *iritace dýchacích cest – zánět, tumor, aspirace, astma, ACE inhibitory*
- *postižení plicního parenchymu – infekce, infiltrace, fibroza, CHOPN*
- *iritace pleury, perikardu a bránice*

Kašel - léčba

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

Symptomatická léčba je indikovaná vždy.

Kašel – léčba nefarmakologická

-eliminace dráždivých podnětů

-optimální teplotní a vlhkostní klima

-hrudní fyzioterapie, psychoterapie, relaxační techniky

Kašel -farmakologická léčba symptomatická

- *antitusika – kodeinového typu, nekodeinového typu*
- *protusika – mukolytika, mukoregulancia, sekretomotorika, expektorancia*
- *kombinace*

Kašel -antitusika kodeinového typu

<u>GENERICKY</u>	<u>DÁVKOVÁNÍ</u>	<u>PŘÍPRAVEK</u>
Kodein	15-30mg po 4-8 hod.	Codein tbl.
Ethylmorfin	15-30 mg po 4-6 hod.	Diolan tbl.
Folkodin	20mg po 8 hodinách	Neocodin tbl.
Dextrometorfan	2x 15 ml denně	Rhinotussal cps. Gits

Kašel -antitusika nekodeinového typu

<u>GENERICKÝ</u>	<u>PŘÍPRAVEK</u>	<u>DÁVKOVÁNÍ</u>
Butamirát	Sinecod tbl.,gtt.sir.	15 mg 3-4x denně
	Tussin gtt.	3 ml 3-4x denně
Klobutinol	Silomat sir. inj.	20 mg 3x denně
Dropropizin	Difustat gtt.	20 ml 6-8x denně

Kašel – kombinované přípravky

- Kodein + fenyltoloxamin (**Codipront**)
- Kodein + efedrin (**Kodynol**)
- Butamirát + Guaifenezin (**Stoptussin**)

Kašel - protusika

Usnadňují eliminaci sekretu z dýchacích cest.

- mukolytika /snižují viskozitu sputa, zkapalňují bronchiální sekret/

-sekretolytika/ zvyšují transport sekretu ciliárním aparátem orálním směrem/

Kašel – protusika - přípravky

- AMBROXOL (Mucosolvan, Ambrobene, Ambrosan,
- BROMHEXIN (Bromhexin, Paxirasol, Bisolvon)
- ACETYLCYSTEIN (ACC, Broncholylin, Solmucol, Mucobene)
- KARBOCYSTEIN (Fenorin, Mucopront)
- MESNA (Mistabron)
- GUAIFENESIN (Guajacuran, Stoptussin)
- Sol. kalií iodati

Terminální chrčivé dýchání

- vzniká v důsledku hromadění sekretu v HDC u pacienta, který není schopen dostatečně odkašlat

- většinou u pacientů s poruchou vědomí typu soporu až komatu. Pacientem již obvykle není příliš vnímáno, často u pacientů ve vigilním komatu

- velký stres pro pacientovo okolí, nutnost citlivého vysvětlení a komunikace

- úprava polohy pacienta /vhodné 30 stupňů na boku

- snížení bronchiální sekrece : scopolamin /Buscopan/ 20mg á 4-6hod / další anticholinergika – butylbromid, atropin/

Terminální chrčivé dýchání

- při dušnosti opioidy

- odsávání obvykle nezlepšuje pacientův komfort

- uvážlivost při hydrataci – max. do 500ml/den dle klin. zkušenosti ve finální fázi, někdy lépe vůbec nehydratovat, blízké pacienta ale pečlivě informovat !

Nauzea a zvracení - příčiny

- iritace GIT / nádory, vředy, střevní obstrukce, biliární obstrukce/

- iritace chemoreceptorové zóny v CNS /hyperkalcémie, hyponatrémie, jaterní a renální selhání, sepse, některé léky, např. opioidy /

-iritace vestibulárního aparátu

-iritace korových center /intrakraniální hypertenze/

Nauzea a zvracení - léčba

- *kauzální léčba je indikovaná vždy, kdy je to možné a přiměřené klinické situaci*
- *symptomatická léčba je indikovaná vždy*

Nauzea a zvracení - léčba

- *dietní opatření – lehce stravitelná jídla podle pacientova výběru*
- *antiemetika vybíráme podle předpokládané příčiny zvracení*

Nauzea a zvracení - antiemetika

- *prokinetika – metoclopramid 10-20mg po 4-6hod v tbl, supp, inj., domperidon*
- *neuroleptika – promethazin 25-50mg po 8-12hod v tbl, inj.. haloperidol 1-3mg po 6-8 hod v tbl, inj, gtt,*
- *anticholiergika – scopolamin 20mg iv, sc, po 6-8 hod,*
- *kortikoidy při intrakraniální hypertenzi*
- *benzodiazepiny při významné úzkosti – diazepam 2mg po 8 hod tbl, iv, bromazepam 1,5-3mg po 8 hod, tbl*

Zácpa - příčiny

- omezená mobilita, dehydratace, malý per os příjem,*
- vliv léků – opioidy, tricyklická AD, spasmolytika, antipsychotika*

Zácpa - léčba

- *obecná léčba: dostatečná hydratace, intimita při defekaci, vysazení všech postradatelných léků, změna aplikační formy opioidů*
- *farmakologická léčba – laxativa – laktulosa, senný čaj*

Obavy z poškození GIT při pravidelném užívání stimulačních laxativ nejsou u paliativních pacientů vzhledem k prognóze na místě.

Nechutenství – hydratace a výživa umírajícího pacienta

- velmi častý symptom všech pokročilých onemocnění*
- chronická bolest!!!, demence, deprese, úzkost, zmatenost, paraneoplastický projev, léky, nevhodná strava, polykací potíže*
- nechutenství a hubnutí je výrazný stresující faktor pro rodinu, která naléhá na lékaře s požadavkem zajistit výživu*

Hydratace u pozdních fází syndromu demence

- nejčastěji isotonická dehydratace , příčinou je snížení p.o. příjmu a přirozený výdej – ledviny, GIT, plíce, kůže

- parenterální hydratace na délku přežití významnější vliv nemá

jde o významný / ale zástupný – obava z přijetí situace, nutně dostatečně vysvětlit prognosu a smysl našich postupů – společné rozhodování/ faktor pro rodinu a někdy i pro pacienta – hydratuji = „ještě žiji“, někdy „je naděje“

Parenterální hydratace – vliv na kvalitu života

• Pozitivní - snížení

- ↓ Zácpa
- Delirantní stavy
- Bolesti hlavy
- Dekubity
- Nevolnosti
- Svalové křeče

• Negativní – zvýšení

- Percepce bolesti /ketoacidosa zvyšuje prah bolesti/
- Častější močení – větší námaha /toaleta, PMK, pleny?/
- Sekrece GIT a proto nevolnosti a zvracení
- Sekrece faryngeální, a tracheobronchiální /kašel, dusnost, chrčivé dýchání/

Poruchy příjmu potravy u pokročilé demence

- velmi časté, u hospitalizovaných pacientů až v 80-90 %

- 2 možné situace:

- postupná ztráta schopnosti p.o. příjmu v důsledku progresu onemocnění /“očekávaná“, měl by být předem stanoven plán/

- náhle vzniklá ztráta schopnosti p.o. příjmu /infekce, bolest, deprese/

Nutriční podpora u umírajících

- zohledňujeme přání a názor pacienta a jeho rodiny na enterální a parenterální nutriční podporu

*- bereme do úvahy, že:
umírající nemá obvykle z enterální a parenterální výživy prospěch*

kanyla a sonda představuje pro nemocného omezení

kalorický přísun nezlepšuje kvalitu života, nemění prognozu, zpravidla o několik dní prodlužuje umírání

Úzkost u umírajících

- *strach z bolesti a utrpení*
 - *obavy z opuštěnosti*
 - *obavy z nedostatečné péče*
- *strach ze ztráty kontroly nad vlastním tělem*
 - *strach z neznáma*
 - *strach ze smrti*

Úzkost - psychoterapie

-u umírajících má stěžejní význam

*lidský vlídný přístup + dostatek času +
profesionální zvládnání tělesných obtíží*

Úzkost – farmakologická léčba

- *BDZ : alprazolam, bromazepam, lorazepam, diazepam*
- *TCA, SSRI, SNRI – brát do úvahy nástup účinku*
- *zdrojem úzkosti může být bolest a dušnost, proto revidovat analgetickou a další léčbu*

Delírium

- *kvalitativní porucha vědomí kolísavé intenzity, provázená poruchami pozornosti, kognitivních funkcí, vnímání a psychomotorických projevů*
 - *u umírajících hypo i hyperaktivní delírium*
- *nejčastější příčinou jsou metabolické poruchy /urémie, dehydratace, hypoglykémie, tontový rozvrat, jaterní, renální selhání/ a demence*

Delírium - léčba

-dle možnosti kauzální léčba

- klidné prostředí, stabilní personál, účelná farmakoterapie, vysazení všech „neesenciálních léků“

cílem léčby není sedace pacienta, ale dosažení výchozího mentálního stavu

Delírium - léčba

*haloperidol 1-2mg /0,5mg u starých/ iv, im, á 2-4
hod do max. 20mg/ pro die, u starých do 5mg /pro
die*

*tiaprid 100mg iv, im, á 2-4 hod, do 800mg/pro die,
u starých do 400mg /pro die*

melperon im, tbl do 100mg /pro die

*- BDZ při expy, neúčinnosti NL, výrazné anxietě
ci agitovanosti – lorazepam, oxazepam, tbl,
clonazepam gtt, tbl, midazolam im*

Život není vždy vítězství.

Smrt není vždy prohra.