

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 nevyléčitelných 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 senzorio-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

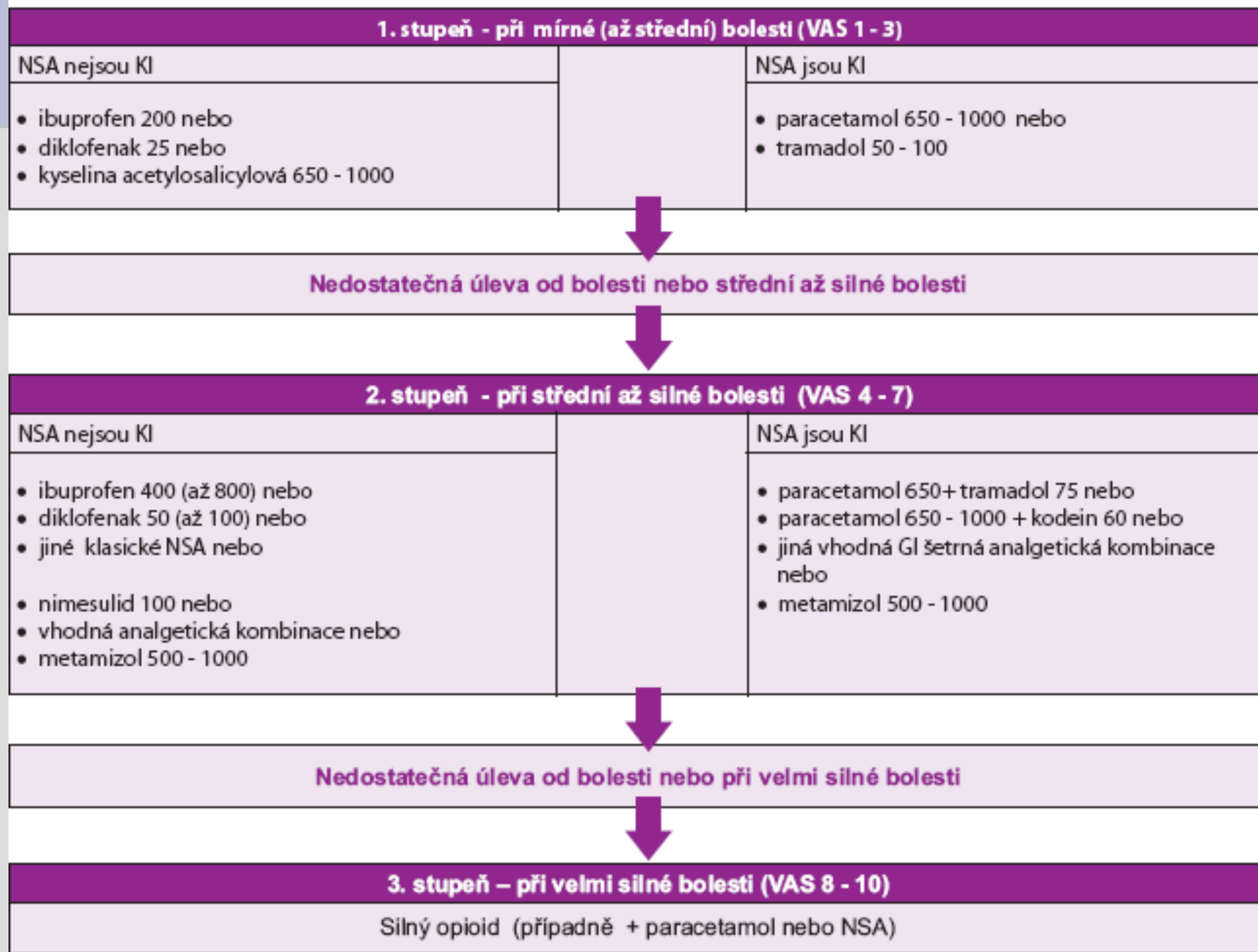
*- baclofen 20-100mg pro die / centrální bolesti,
viscerální bolesti, intrakraniální hypertenze,
spasticita kosterního svalstva/*

- 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)



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. | 4 mg 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.