

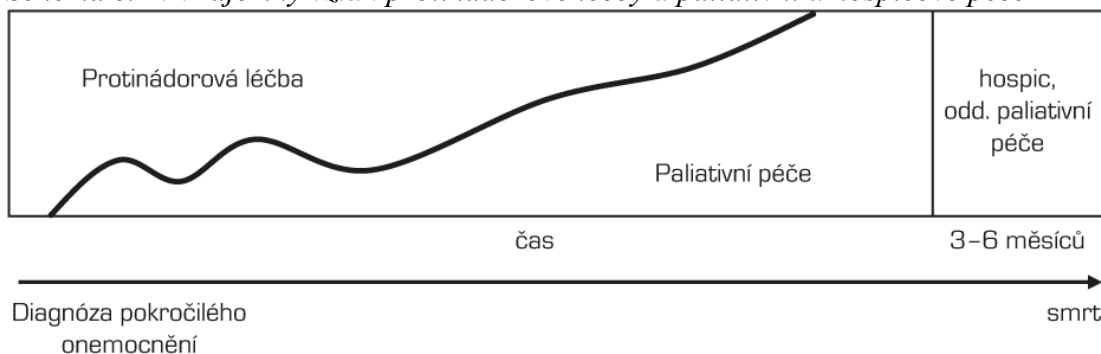
DOPORUČENÝ POSTUP PALIATIVNÍ PÉČE V MOŮ

Definice paliativní péče

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí onemocněním v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

Paliativní péče by měla poskytována současně se všemi modalitami onkologické léčby zaměřenými na ovlivnění nádorové nemoci a na prodloužení přežití. V situaci, když byly možnosti protinádorové a život prodlužující léčby vyčerpány nebo si je pacient nepřeje, se paliativní péče stává hlavním léčebným přístupem. Vzájemný vztah paliativní péče a protinádorové léčby vyjadřuje schéma č. 1.

Schéma č. 1: Vzájemný vztah protinádorové léčby a paliativní a hospicové péče



Paliativní péče je součástí komplexní onkologické péče

- Včasné zapojení paliativní péče do komplexní onkologické péče má významný vliv na kvalitu ale i délku života.
- U všech onkologických pacientů je třeba aktivně zjišťovat potřebu paliativní péče (viz Identifikace pacientů s potřebou paliativní péče).
- Za zajištění náležité paliativní péče je zodpovědný ošetřující lékař-onkolog. Péče je poskytována ve spolupráci se specialisty na paliativní medicínu a ostatní obory (např. klinická výživa, algeziologie, psychologie, sociální poradenství, pastorační péče atd.).
- Ošetřující lékař onkolog by se měl podílet na zajištění paliativní péče i v situaci, kdy byly možnosti protinádorové léčby vyčerpány nebo je pacient odmítl.
- Paliativní péče je nedílnou součástí komplexní onkologické péče. Onkologická centra (OC) by měla usilovat o reálnou dostupnost všech složek paliativní péče v rámci OC a rozvíjet spolupráci s ostatními poskytovateli specializované paliativní péče na místní a regionální úrovni (např. lůžkové a domácí hospice).

Identifikace pacientů s potřebou paliativní péče

Potřebu paliativní péče je třeba předpokládat u následujících skupin pacientů:

1. Pacienti s obtížně zvládnutelnými tělesnými symptomy.

Poskytovatel zdravotních služeb akreditovaný Spojenou akreditační komisí ČR, člen OECE.

2. Pacienti se závažným psychickým distresem v souvislosti se skutečností nádorového onemocnění a jeho léčbou.
3. Pacienti s výraznými interními a psychiatrickými komorbiditami.
4. Pacient, který odmítá protinádorovou léčbu a žádá výhradně symptomatickou paliativní péči.
5. **Pacienti s předpokládanou délkou přežití \leq 6 měsíců.**

Indikátory limitované prognózy

- metastatické onemocnění nádorů rezistentních na systémovou léčbu,
- špatný celkový stav: ECOG \geq 3 nebo KI \leq 50 %,
- mozkové a meningeální metastázy,
- recidivující hyperkalcémie,
- syndrom horní duté žíly,
- recidivující delirantní stavy,
- syndrom maligní střevní obstrukce,
- syndrom míšní komprese,
- progredující kachexie,
- recidivující maligní výpotky (ascites, fluidothorax).

Cíle onkologické péče u pacientů s limitovanou prognózou

- **Stav pacienta s předpokládanou prognózou kratší než 6 měsíců je třeba považovat za specifickou klinickou situaci. Významným cílem léčby se stává udržení dobré kvality života.** Ošetřující lékař by měl pacienta přiměřeným způsobem informovat o dalším předpokládaném průběhu onemocnění a společně s ním stanovit cíle další léčby a péče.
- Před zahájením nekurativní (paliativní) systémové protinádorové léčby je pacienta třeba otevřeně informovat (na základě publikovaných studií a dostupné evidence), jaký může mít léčba vliv na délku a kvalitu života ve srovnání s komplexní symptomatickou paliativní péčí.
- V případě předpokládané prognózy délky přežití v řádu týdnů obvykle není pokračování v protinádorové léčbě pro pacienta prospěšné. Výlučným cílem léčby a péče by se mělo stát zmírnění symptomů a zajištění celkového komfortu v závěru života.
- U pacientů s předpokládanou prognózou přežití v řádu týdnů až několik měsíců je třeba zvažovat a pacientům aktivně doporučovat specializovanou paliativní péči (domácí nebo lůžkový hospic, oddělení paliativní péče).
- Ošetřující lékař by měl pravidelně hodnotit způsob pacientovy adaptace na závažné onemocnění a otevřenou komunikací by měl podporovat adaptivní strategie zvládání nemoci. Současně by měl u pacienta pravidelně hodnotit přítomnost psychických symptomů:

Vypracoval: MUDR. Ondřej Sláma, Ph.D., MUDr. Lukáš Pochop,
MUDr. Monika Náležinská, Mgr. Radka Alexandrová,
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 10. 2017
Aktualizaci provedl: MUDR. Ondřej Sláma, Ph.D.

Schválil:

MUDR. Ondřej Sláma, Ph.D.
Vedoucí paliativního týmu

Poskytovatel zdravotních služeb akreditovaný Spojenou akreditační komisí ČR, člen OECE.

- úzkosti, deprese, poruch spánku a deliria a aktivně je léčí s využitím nefarmakologických a farmakologických postupů (viz Úzkost, Deprese, Delirium).
- U pacienta by mělo být provedeno komplexní zhodnocení sociální situace a sociálních potřeb a plán paliativní péče by měl tyto potřeby efektivně řešit.
- U každého pacienta by mělo být provedeno zhodnocení jeho spirituálních potřeb a role spirituální dimenze při zvládnání závažného onemocnění. Plán paliativní péče musí tyto potřeby zohledňovat a s potenciálem spirituální dimenze pracovat.

Management nejčastějších symptomů pokročilého onemocnění

Nejčastějšími symptomy pokročilého onkologického onemocnění jsou bolest, dušnost, anorexie/kachexie, nevolnost, zvracení, celková slabost a únava, úzkost, delirium a deprese.

1. Bolest

Viz kapitola 32. Farmakoterapie nádorové bolesti.

2. Dušnost

Dušnost je subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Intenzita nemusí korelovat s objektivními parametry ventilace ani pO₂, pCO₂. Vyskytuje se u 40 - 70 % pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním.

Nejčastější příčiny

- Akutní: plicní embolie, infekce, levostranná kardiální dekompenzace, pneumothorax, úzkost.
- Chronické: obstrukce dýchacích cest nádorem, pleurální výpotek, redukce funkčního parenchymu plic (mnohočetné metastázy), anémie, slabost a únava dýchacích svalů při pokročilé kachexii, plicní lymfostáza.

Terapie – obecné principy

- Hledat příčinu a kauzálně řešit (chemoterapie nebo/a radioterapie u senzitivních nádorů, zavedení bronchiálního stentu, ošetření laserem, léčba infekce, úprava medikace, pleurální punkce, terapie LMWH).
- Pokud kauzální léčba není možná nebo není indikovaná vzhledem k celkovému stavu a předpokládané době přežití pacienta, volíme symptomatický postup (ovlivnění vnímání dušnosti farmakologicky a nefarmakologicky).
- Důležitý je komplexní přístup včetně rehabilitace a psychosociální podpory.
- V případě námahové dušnosti je důležitou součástí edukace pacienta, jak využít životní potenciál i s výrazným tělesným omezením (prioritizace aktivit, přiměřená zátěž, zajištění vhodných pomůcek: např. koncentrátor kyslíku, invalidní vozík atd.).

Nefarmakologická léčba

- V případě klidové dušnosti pacienta uložit do polosedu.
- Proud chladného vzduchu na obličej (otevřít okno).
- Ke snížení úzkosti a strachu obvykle přispívá trvalá přítomnost druhé osoby (pacientových blízkých nebo zdravotnického personálu) u lůžka.

Poskytovatel zdravotních služeb akreditovaný Spojenou akreditační komisí ČR, člen OECI.

- Změřit saturaci O₂, v případě hyposaturace pod 90 %, lze aplikovat O₂ nosními brýlemi nebo maskou.

Farmakologická léčba

1. Opioidy

- Čisté agonisty μ receptorů (morfin, fentanyl, hydromorfon) mají při mírnění dušnosti podobný účinek. Nejvíce zkušeností je s morfinem.
- Morfin snižuje nadměrné respirační úsilí a podstatně snižuje ventilační reakce na hypoxii a hyperkapnii a také úzkost.
- Morfin nezpůsobuje retenci CO₂ nebo klinicky významnou depresi dechového centra, pokud je správně dávkován.

Dávkování:

- Morfin 5–10 mg s.c. nebo 10–20 mg p.o. u pacientů, kteří dosud opioidy neužívají.
- U pacientů na chronické terapii opiátů navýšit denní dávku o 30–50 %.

2. Benzodiazepiny

- Podáme k zmírnění úzkosti spojená s dušností (preparáty a dávkování viz Úzkost).
- U pacientů v terminální fázi s refrakterní dušností a úzkostí: midazolam 20–100 mg/24 h s.c. nebo i.v. v kontinuální infuzi (dávku titrujeme do dosažení dechového komfortu).

3. Kortikosteroidy

Podáváme tam, kde předpokládáme bronchokonstrikci, edém, karcinomatózní lymfangoitidu

- Dexamethason (např. Dexona) 8–32 mg s.c., i.v. nebo p.o.
- Methylprednisolon (např. Solumedrol) 40–250 mg i.v., (Medrol) 4–16 mg p.o.
- Prednisolon (Prednison) 20–60 mg p.o.

Pokud není zřetelný klinický efekt do 7 dní od zahájení, léčbu kortikoidy ukončíme.

4. Bronchodilatancia

Předpokládáme generalizovanou obstrukci dýchacích cest (CHOPN, astma bronchiale)

Beta 2 – sympatomimetika

- Salbutamol (např. Ventolin) 250–500 μ g inhalačně nebo s.c. – možné opakovat
- Fenoterol (např. Berotec) 200–400 μ g inhalačně 2–4× denně

Anticholinergika

- Ipratropiumbromid (např. Atrovent) 20–40 μ g inhalačně 2–4× denně

5. Theophylliny

- Aminophyllin (např. Syntophyllin) 240 mg i.v. 1–4× denně (Euphyllin) 200–400 mg p.o. 2× denně

6. Mukolytika

Přítomné obtížné vykašlávání

- Acetylcysteinum (např. ACC, Mucobene) 200 mg p.o. 3× denně
- Ambroxol (např. Ambrobene) 30 mg p.o. 3× denně, 15–22 mg inhalačně 2× denně

7. Diuretika

Předpokládáme retenci tekutin, kardiální selhávání

Vypracoval: MUDR. Ondřej Sláma, Ph.D., MUDr. Lukáš Pochop,
MUDr. Monika Náležinská, Mgr. Radka Alexandrová,
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 10. 2017
Aktualizaci provedl: MUDR. Ondřej Sláma, Ph.D.

Schválil:

MUDR. Ondřej Sláma, Ph.D.
Vedoucí paliativního týmu

Poskytovatel zdravotních služeb akreditovaný Spojenou akreditační komisí ČR, člen OECI.

- Furosemidum (např. Furosemid) 20–120 mg i.v., nebo 20–125 mg 1–2× denně p.o. (nejlépe ráno)

Anticholinergika

Chrčivé dýchání v terminální fázi

- Butylskopolamin (Buscopan) 10 mg s.c. 3–6× denně p.o., i.v., s.c.

ANOREXIE A KACHEXIE

Nádorová anorexie a kachexie (CACS) je komplexní syndrom charakterizovaný nechutenstvím a progresivní, nedobrovolnou ztrátou hmotnosti. Vyskytuje se u více než 80 % pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním.

- Dochází ke ztrátě tukové i svalové hmoty.
- Často spojen s psychickou i fyzickou únavou a snížením mentální kapacity pacienta, zhoršuje výkonnostní stav (performance status). Může vyústit v apatii a depresi.
- Významně zvyšuje psychologický stres pacienta i rodiny.
- Snižuje možnost podstoupit paliativní onkologickou léčbu, zhoršuje odpověď a toleranci léčby.
- Zvyšuje morbiditu i mortalitu.

Terapie

V rámci týmu ve spolupráci s lékařem nutricionistou a nutričním terapeutem – indikace nutriční podpory viz kapitola 28 Pokus o odstranění potencionálně reverzibilních příčin CACS

- Časný pocit sytosti - metoclopramid 10 mg 3× denně p.o.
- Xerostomie – dostatek tekutin, umělé sliny, pilokarpin 2–3 kapky.
- Dysgeusie – anestetika do dutiny ústní (např. Procain gel).
- Mucositida – antiseptické roztoky (např. Caphosol, Gelclair).
- Soor – antimykotika (ketokonazol, flukonazol).
- Deprese – režimová opatření, antidepresiva, např. mirtazapin 15–30 mg p.o.
- Bolest – viz kapitola 32 Farmakoterapie nádorové bolesti.

Nefarmakologická intervence

- Zrušit neúčelná dietní opatření.
- Jíst po malých porcích 6–8× denně.
- Upravit konzistenci stravy podle typu převažujících obtíží, zlepšit atraktivitu jídla.
- Omezit intenzivní vůně teplé stravy při přípravě a konzumaci.
- Jíst v klidu, pomalu nejlépe ve společnosti blízkých nebo personálu.
- Udržet přiměřenou fyzickou aktivitu během dne.

Farmakoterapie

Kortikosteroidy: rychlý nástup účinku během 2–3 dní, efekt přetrvává 4–6 týdnů

Vypracoval: MUDR. Ondřej Sláma, Ph.D., MUDr. Lukáš Pochop,
MUDr. Monika Náležinská, Mgr. Radka Alexandrová,
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 10. 2017
Aktualizaci provedl: MUDR. Ondřej Sláma, Ph.D.

Schválil:

MUDR. Ondřej Sláma, Ph.D.
Vedoucí paliativního týmu

- Dexamethason (Fortecortin) 4 mg denně p.o.
- Prednisolon (Prednison) 10–20 mg denně.

Megestrolacetát: 500-800 mg (3-5 tbl nebo 15-20 ml orální soluce) denně v ranních a dopoledních hodinách, vede ke zlepšení apetitu u 70 % nemocných, neprodlužuje přežití.

Terapie anorexie u pacientů v terminálním stadiu (prognóza dny – několik týdnů)

- Pacient obvykle nemá hlad ani žízeň. Při volbě diety se řídíme zcela pacientovými preferencemi. Neplatí žádná dietní omezení.
- Nutná citlivá komunikace s pacientem a rodinou: nepřítomnost hladu a žízně je přirozeným projevem umírání a sondová enterální ani parenterální výživa nemají významný vliv na délku ani kvalitu života. Umírající pacient není schopen dodané živiny využít.
- Vhodné je podávání tekutin po lžičkách, pokud má pacient pocit žízně.
- Někdy lze zvážit bazální parenterální hydrataci (500-1000 ml fyziologického roztoku) podávaného i.v. nebo s.c. (hypodermoklýza).
- Péče o dutinu ústní čištění a svlažování má významný vliv na pocit celkového komfortu

NEVOLNOST/ZVRACENÍ

Nauzea (nevolnost) je nepříjemný pocit nucení na zvracení často spojený s vegetativními příznaky. Významně snižuje kvalitu života pacienta, pokud je prolongovaná, bývá hůře tolerována než zvracení.

Zvracení je intenzivní akt vypuzení žaludečního obsahu ústy.

Nejčastější příčiny

- Gastrointestinální – střevní obstrukce, zpomalená evakuace žaludku, tenzní ascites.
- Metabolické – hyperkalcémie, renální selhání.
- Nitrolební hypertenze – metastatické poškození mozku.
- Toxicita léků – opioidy, antibiotika, antimykotika, NSAID, dioxin.
- Komplikace léčby – radioterapie, chemoterapie.
- Algický syndrom.
- Psychosomatické faktory – úzkost, strach.

Terapie – obecné principy

Hledat příčinu a kauzálně řešit

Nefarmakologická terapie

- Vyhnout se intenzivním vůním a pachům.
- Jíst často a menší porce, poloha vsedě, volný oděv netěsnící na krku a břiše.
- Omezit tučná, smažená a kořeněná jídla.

Farmakologická terapie: viz tabulka č. 1.

Tabulka č. 1: Farmakologické léčba nevolnosti a zvracení

Příčina zvracení	Medikace	Obvyklá denní dávka
Léky indukované zvracení	haloperidol (Haloperidol) levopromazin (Tizercin) thiethylperazin (Torecan) chlorpromazi (Plegomazin)	2-0 mg p.o., s.c., i.v. 5-25 mg p.o., s.c. 20 mg p.o., p.r., s.c., i.v. 50-100 mg p.o., i.v., i.m.
Metabolická hyperkalcémie	olanzapin zoledronát (Zometa)	5–20 mg p.o. 4 mg i.v. à 28 dní
Nitrolební hypertenze	dexamethason(Dexona) manitol 20%	4-16 mg.v.,p.o. 250 ml i.v.
Chemoterapie Radioterapie	Viz kapitola 28 Zásady prevence a léčby nevolnosti a zvracení po protinádorové léčbě	
Zpomalená evakuace žaludku	metoclopramid (Cerucal, Degan) domperidon (Motilium)	40-120 mg p.o., 30-120 mg s.c. 30-60 mg p.o., 120-240 mg p.r.
Iritace žaludku	omeprazol (Helicid)	20 mg p.o., i.v.
Psychosomatické faktory	alprazolam (Neurol, Xanax) diazepam (Apaurin, Seduxen)	0,5-1 mg à 8 hodin p.o. 5-10 mg à 12 hodin p.o.
Střevní obstrukce	metoclopramid (Cerucal, Degan) butylscopolamin (Buscopan) dotaverin (No-Spa) metamizol (Novalgin)	40-120 mg p.o., s.c. 20mg s.c., i.v., s.c. à 4 hodiny 40 mg s.c., i.v. à 8 hodin 500-1000 mg i.v., i.m. à 6 hodin

ZÁCPA

Zácpa je definována jako nepravidelné, obtížné a bolestivé vyprazdňování tuhé stolice. Často spojena s pocitem plnosti, nadýmáním, nechutenstvím, dyskomfortem v dutině břišní a bolestmi hlavy. Je přítomna až u 50 % hospitalizovaných pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním.

Terapie

- Nejlepší léčbou je prevence.
- Režimová opatření (dostatek stravy a tekutin, zajistit vhodnou polohu při defekaci, zajistit soukromí).

Poskytovatel zdravotních služeb akreditovaný Spojenou akreditační komisí ČR, člen OECE.

- Korekce chronické medikace, volba vhodného opiátu (např. přechod na transdermální opioidy nebo užití preparátu s oxycodonem + naloxonem).

Farmakoterapie (projímadla)

Osmotická projímadla: neresorbovatelná, osmoticky aktivní léčiva váží v lumen střeva vodu a stimulují sliznici k sekreci vody a elektrolytů. Nutné podávat s dostatečným množstvím tekutin, jinak neefektivní.

- **Laktuloza** 10–20 ml 2–3× denně, CAVE flatulence nevolnost, křeče v břiše u 20 % pacientů.
- **MgSO₄** 1 polévková lžice (2–4 g) do 100 ml vody denně p.o., CAVE průjem s následným minerálovým rozvratem, neužívat dlouhodobě.
- **Macrogol (Forlax)** – 1 sáček (10 g) do 100 ml vody 1× denně.

Stimulační projímadla: Stimulují myenterickou pletěň ve střevě, aktivují peristaltiku.

- **List senny** (Sennagran) 1–2 kávové lžičky p.o. 1× denně večer.
- **Bisakodyl** (Fenolax) 5–10 mg p.o. 1× denně večer.
- **Pikosulfát sodný** (Guttalax) 5 mg p.o. 1× denně večer.

Změkčovačla stolice

Glycerinový čípek

Docusatum natriicum + Sorbitol (Yal)

Léčba rezistentní zácpy

- Kombinace osmotických a stimulačních laxativ a rektálních projímadel. Pokud není efekt, je třeba zvážit podání rektálního nálevu.

Vysoký retenční nálev

Aplikace olivového oleje 10–15 cm do konečníku cestou katétru, ponechat několik hodin.

ÚNAVA/CELKOVÁ SLABOST

Prevalence únavy a slabosti kolísá podle typu a pokročilosti nádorového onemocnění a jeho léčby mezi 60–96 %. Na vzniku únavy se obvykle současně podílí vždy více faktorů.

Terapie

Řešení vyvolávajících faktorů musí odpovídat aktuálnímu stavu a prognóze pacienta. Zaměřujeme se na adekvátní léčbu bolesti, emočního distresu, deprese, výživy, anémie, spánkových poruch a komorbidit. Druhým krokem jsou specifické nefarmakologické a farmakologické intervence.

Mezi postupy, které pacient může v prevenci a léčbě sám využívat patří šetření s energií pomocí prioritizace aktivit, střídání aktivity a odpočinku, větší aktivity v době maximální výkonnosti, krátký spánek během dne (pokud nenarušuje noční spánek), rozptýlení pomocí zálib a strukturované denní aktivity.

Farmakoterapie zahrnuje antidepresiva a nízké dávky kortikoidů. Efekt kortikoidů (dexametazon 4–8 mg/den) je komplexní a je spojen s zlepšením příjmu potravy a zmírnění kachexie. Při delším užívání kortikoidů (≥ 1 měsíc) nabývají na významu jejich nežádoucí účinky.

Vypracoval: MUDR. Ondřej Sláma, Ph.D., MUDr. Lukáš Pochop,
MUDr. Monika Náležinská, Mgr. Radka Alexandrová,
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 10. 2017
Aktualizaci provedl: MUDR. Ondřej Sláma, Ph.D.

Schválil:

MUDR. Ondřej Sláma, Ph.D.
Vedoucí paliativního týmu

NESPAVOST

U pacientů s pokročilým onemocněním je etiologie nespavosti většinou multifaktoriální. Základním krokem v terapii nespavosti je odstranění vyvolávající/zhoršující příčiny. Může se jednat např. o bolest, svědění, dušnost, strach, úzkost a depresi. Spánek může být ovlivňován medikací (např. kortikoidy, hormonální léčba, antiemetika, kofein) nebo syndromy z odnětí (např. hypnotika, benzodiazepiny, opioidy, alkohol, nikotin).

Nefarmakologická léčba

Nefarmakologická léčba zahrnuje 3 základní přístupy – spánkovou hygienu, kontrolu stimulů a spánkovou restrikcí. Nezbytná je léčba všech rušivých nočních stimulů (např. bolest, dušnost, svědění). Spánková restrikce znamená snahu o minimalizaci pobytu na lůžku a spánku v denní době.

Farmakoterapie

U pacientů s prognózou týdnů až měsíců jsou nejčastěji používána nebenzodiazepinová hypnotika nebo benzodiazepiny. Užití sedativních antidepressiv (mirtazapin, amitriptylin) a antipsychotik (olanzapin, quetiapin) je vyhrazeno rezistentním stavům, dále v případě že je pacient potřebovat z jiného důvodu (deprese, bolest, delirium).

Úzkost, deprese

Smutek, zklamání, strach a obavy jsou častými reakcemi pacientů s nevléčitelným nádorovým onemocněním. U části pacientů dochází k rozvoji poruch adaptace, úzkosti a deprese. Základem úspěšné prevence a terapie psychických poruch jsou dobrá komunikace a pravidelné hodnocení pacientova emočního stavu, dále dobrá sociální a psychická podpora pacienta v procesu vyrovnávání s nevléčitelnou chorobou.

Nefarmakologická léčba

Je třeba pacientovi pomoci odstranit obavy a strach pramenící z neadekvátních úvah a myšlenek. Důležité je pravdivé informování s empatickým a postupným dávkováním nepříznivých informací. Verbální uklidňování, nepřináší většinou zmírnění úzkosti. U některých vysoce úzkostných pacientů může situaci ještě zhoršit. Efektivnější strategií je naslouchání, akceptace pacientových obav a strachu a ujištění o naší ochotě a připravenosti jeho potíže řešit. V případě, že tyto strategie nevedou ke zlepšení, je nutné se obrátit na psychologa nebo psychiatra.

Farmakoterapie úzkosti

Ve farmakoterapii využíváme u pacientů s předpokládanou prognózou přežití v řádu měsíců jako první volbu antidepressiva ze skupiny SSR. Zpočátku je vhodné podávat současně malou dávku benzodiazepinů do doby nastoupení účinku antidepressiv (4–6 týdnů). Pacientovi je třeba vysvětlit roli benzodiazepinů, tak aby nedošlo k jejich zvyšování a následnému abúzu. U pacientů s velmi pokročilým onemocněním s prognózou v řádu týdnů jsou v léčbě úzkosti indikovány benzodiazepiny.

DEPRESE

Deprese je definována jako přetrvávající smutek, špatná nálada nebo anhedonie (ztráta zájmu a radosti), které trvají alespoň 2 týdny a jsou přítomny některé z následujících symptomů: spánkové poruchy, ztráta chuti k jídlu nebo hubnutí, psychomotorický útlum nebo neklid, únava nebo ztráta energie, pocity bezcennosti a viny, snížená schopnost koncentrace a myšlení, rekurentní myšlenky na smrt a sebevražedné myšlenky.

Základním screeningovým dotazem je otázka „Cítíte se depresivní?“. Aktivně se ptáme na hlavní příznaky deprese a anamnézu deprese. Snažíme se získat informace od rodinných příslušníků a blízkých o pacientově náladě a chování v domácím prostředí. Naproti obecnému mínění a přesvědčení lékařů je deprese léčitelná i v terminálních fázích choroby. Pro úspěšnou léčbu deprese je nutná kontrola vyvolávajících a zhoršujících symptomů (bolest, nevolnost, zácpa, dušnost, atd.). Základními léčebnými přístupy jsou podpurná psychoterapie, edukace pacienta a podávání antidepresiv.

Farmakoterapie

Přehled možností farmakoterapie deprese je uveden v tabulce 4. Farmakoterapii deprese obvykle zahajuje onkolog. Odeslání k psychiatrovi je vhodné v případě přítomnosti psychotické symptomatologie, poruchy osobnosti, demence a dále u pacientů s anamnézou lékové a drogové závislosti. Léčbou první volby jsou obvykle inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Léčbu zahajujeme obvykle s poloviční dávkou a po týdnů přecházíme na terapeutickou dávku. Pokud je po 1 měsíci léčby účinek pouze částečný, lze dávku zvýšit. Pokud není efekt po více než 8 týdnech, změním za jiný preparát. Pokud není dostatečný efekt ani po 2 po sobě jdoucích preparátech, je vhodné konzultovat psychiatra.

Role psychoterapie je komplementární k farmakoterapii a současné využití obou strategií zvyšuje celkovou léčebnou účinnost.

Tabulka č. 2: Farmakoterapie úzkosti a deprese

Látka	Počáteční dávka (mg)	Obvyklá dávka	Výhody	Nežádoucí účinky
Antidepresiva				
SSRI				
escitalopram	5	10 mg 1× denně	Minimum NÚ	
citalopram	10	20 mg 1× denně	Lehce sedativní	
sertralin	25-50	100 mg 1× denně		
SNRI				

Látka	Počáteční dávka (mg)	Obvyklá dávka	Výhody	Nežádoucí účinky
venlafaxin	75	150-225 mg 1-2× denně	Ovlivnění návalů	Tachykardie, suchost v ústech, retence moče
jiné				
mirtazapin	7,5	30-45 mg 1× denně večer	Zlepšení spánku, chuti k jídlu, nevolnosti, úzkosti	
trazodon	25	50-150 mg 1× denně večer		Sedativní
dosulepin	25	50-75 mg 1-2× denně		Sedativní
Psychostimulancia				
Metylfenidát		10 mg 1-2× denně	Rychlý nástup	Úzkost, třes,
(užití „off label“)	2,5-5	(ráno a v poledne)	účinku	nespavost, suchost
				v ústech, palpitace,
				dráždivost, arytmie
Anxiolytika a sedativa				
benzodiazepiny				
lorazepam	0,5	1 mg 2-3× denně	Antiemetický	
alprazolam	0,25	0,5 mg 2-3× denně	Minimálně sedativní	
Antipsychotika				
olanzapin	2,5-5	5-10 mg 1× denně večer	Dobrá tolerovatelnost, zlepšení chuti k jídlu	Sedativní vysokém dávkování ve

Látka	Počáteční dávka (mg)	Obvyklá dávka	Výhody	Nežádoucí účinky
quetiapin	25	25-50 mg 1× denně večer	Sedativní	Sedativní
haloperidol	0,5	0,5-1 mg 2× denně	Málo sedativní	Extrapyramidová symptomatologie (dystonie, akatizie)

Poznámka k nežádoucím účinkům:

- *Všechna SSRI a SNRI - gastrointestinální potíže, nevolnost, anorexie, nespavost, ospalost, bolesti hlavy, třes, sexuální dysfunkce, mohou vyvolávat úzkostné stavy*
- *Všechny benzodiazepiny - sedativní, zmatenost, tolerance, abusus, nestabilita chůze, ztráta sebekontroly (disinhibice)*

DELIRIUM

Delirium je charakterizované náhle vzniklou poruchou vědomí, pozornosti, kognice a vnímání, které se mění během dne. Delirium dělíme na hyperaktivní, hypoaktivní a smíšené. Hypoaktivní je charakterizované psychomotorickým útlumem, letargií a sníženým vnímáním okolí. Hyperaktivní delirium se projevuje neklidem, agitací, halucinacemi, bludy a zvýšenou bdělostí. Klinické známky zahrnují neuropsychiatrické, neurologické a fyzické projevy a symptomy. Prevalence deliria u pacientů s nádory je v rozmezí 10–30 % hospitalizovaných pacientů a roste až k 85 % u terminálních stavů.

Terapie

Léčba deliria paralelně zahrnuje odstranění vyvolávající/zhoršující příčiny a kontrolu průvodní symptomatologie nefarmakologickými (viz. tabulka č. 6) a farmakologickými postupy (viz tabulka č. 7). Cílem léčby je obnovení výchozího psychického stavu: pacient při vědomí, klidný, bdělý, bez bolestí, kognitivně bez omezení, bez psychotických projevů a koherentně komunikující s okolím. U pacientů s refrakterním neklidem a pacientů v terminálním stavu bývá nezbytnou součástí léčby výrazná celková sedace.

Možnosti farmakologické léčby shrnuje tabulka č. 7. Jako první linie léčby jsou doporučována antipsychotika. Mezi nimi zůstává stále zlatým standardem haloperidol. Nová antipsychotika (např. risperidon, olanzapin) byla při porovnání s haloperidolem stejně účinná, dávky haloperidolu nad 5mg/den však vedly k většímu výskytu extrapyramidových příznaků. Jako první volbu proto použijeme haloperidol (0,25–2 mg perorálně každé 4 hodiny). Atypická antipsychotika (risperidon, olanzapin) volíme při jeho neúčinnosti a/nebo vystupňovaných NÚ. Pokud je delirium provázené výraznou agitací, lze doplnit antipsychotika malou dávkou benzodiazepinů

Tabulka č. 3: Nefarmakologické postupy prevence a léčby deliria

- Zhodnocení medikace k vyloučení polypragmázie
- Kontrola bolesti
- Zlepšení spánkových návyků a spánková hygiena
- Monitorace a odstranění dehydratace a minerálové dysbalance
- Kontrola výživy a prevence malnutrice
- Monitorace sensorických deficitů a jejich korekce (sluch, zrak)
- Vyhnout se imobilizaci, podpora časně a časté mobilizace a její udržení/zlepšení (minimalizace zbytečných katetrizací a vstupů, vyloučit zábrany a omezující prostředky)
- Kontrola a podpora správné funkce gastrointestinálního a močového traktu
- Reorientace pacienta
- Podpora pomůcek k orientaci pacienta (hodiny, televize) a příjemné prostředí
- Podpora kognitivně stimulujících aktivit a pomůcek
- Podpora rodiny a blízkých, vysvětlení důvodů, příznaků a povahy deliria

Tabulka č. 4: Farmakoterapie deliria

Název léku	Dávkové rozmezí	Způsob podání	Poznámka	Nežádoucí účinky
Typická antipsychotika				
haloperidol	0,5-2 mg každých 2-12 hodin	p.o., i.v., s.c., i.m.,	Zlatý standard, možno přidat benzodiazepiny u agitace	Extrapyramidové příznaky, monitorace QT intervalu
levomepromazin	12,5-50 mg každých 4-6 hodin	i.v., i.m., s.c.		Sedace, anticholinergní projevy
chlorpromazin	12,5-50 mg každých 4-6 hodin	p.o., i.v., i.m.,	Vhodnější u agitace sedativní účinky	Sedace, anticholinergní projevy, hypotenze
Atypická antipsychotika				

Název léku	Dávkové rozmezí	Způsob podání	Poznámka	Nežádoucí účinky
olanzapin	2,5-5 mg každých 12-24 hodin	p.o., i.m.	Starší, hypoaktivní a dementní hůře reagují na terapii	Sedace
risperidon	0,25-1 mg každých 12-24 hodin	p.o.		Extrapyramidové příznaky, ortostatická hypertenze
quetiapin	12,5-100 mg každých 12-24 hodin	p.o.	Sedativní účinek pomáhá při spánkových problémech	Sedace, ortostatická hypotenze

Péče o pacienta v terminálním stavu

Skutečnost, že se nevyлéčitelně nemocný nachází v terminálním stavu (nevratné selhávání jedné nebo více funkčních soustav, které očekávatelně povede k smrti v časovém horizontu hodin až dnů), vytváří specifický klinický a etický kontext.

- Cílem péče o umírajícího pacienta je mírnění nepříjemných tělesných projevů nemoci a dosažení maximálního možného pohodlí (komfortu).
- Všechny diagnostické a léčebné postupy by měly být přehodnoceny, zda bezprostředně přispívají ke komfortu pacienta. Postupy, které ke komfortu nepřispívají, by měly být ukončeny. Léčebné postupy bez přímého vlivu na komfort, které však vedou k oddálení smrti (např. antibiotika, parenterální hydratace a výživa, hemodialýza, umělá plicní ventilace) ve skutečnosti často pouze uměle prodlužují proces umírání a zvyšují utrpení pacienta i jeho rodiny. Jejich nasazení/ ukončení je třeba individuálně rozhodnout.
- S ohledem na předpokládaný vývoj onemocnění je vhodné s pacientem včas hovořit o možných komplikacích a možnostech využití specifických život prodlužujících léčebných postupů. Přání a preference pacienta je třeba respektovat. Pokud vyjádřil svou vůli ohledně rozsahu léčebné péče formou dříve vysloveného přání, je toto třeba respektovat.
- Pokud si pacient přeje (nebo dříve vyslovil přání), aby péče probíhala v domácím prostředí, je třeba toto přání zohlednit. Pokud je pacient v terminálním stavu v lůžkovém zařízení, je třeba umožnit v maximální možné míře přítomnost pacientových blízkých u lůžka.

Vypracoval: MUDR. Ondřej Sláma, Ph.D., MUDr. Lukáš Pochop,
MUDr. Monika Náležinská, Mgr. Radka Alexandrová,
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 10. 2017
Aktualizaci provedl: MUDR. Ondřej Sláma, Ph.D.

Schválil:

MUDR. Ondřej Sláma, Ph.D.
Vedoucí paliativního týmu

- U všech umírajících pacientů musí být pravidelně hodnocena a mírněna bolest, dušnost, úzkost a delirium.

Tabulka č. 5: Řešení nejčastějších symptomů u pacienta v terminálního stavu

Symptom	Terapie	Poznámka
Bolest	<u>Metamizol</u> 1-2,5 g, i.v., 2-3x denně <u>Diclofenac</u> 50-100 mg, i.v., i.m., p.r. 2-3x denně <u>Morfin</u> 5-10 mg, à 4-6 h, i.v, s.c., nebo formou kontinuální infuze 30 mg/24 h s.c. nebo i.v.	<p>Neopioidní analgetika jsou někdy výhodná pro svůj antipyretický účinek. K mírnění samotné bolesti je v terminální fázi obvykle nahrazujeme opioidy.</p> <p>Uvedené dávky morfinu jsou počáteční. Při nedostatečném účinku je třeba dávku zvýšit o 30-50 % denně. Pacienti dosud neléčení silnými opioidy potřebují v terminální fázi pouze výjimečně dávky vyšší než 60 mg/24 h s.c. Pacienti léčení opioidy pro chronickou bolest vyžadují někdy dávky mnohem vyšší (500-1000 mg/24 h).</p> <p>U pacientů léčených perorálními opioidy (morfin, hydromorfon, oxycodon, dihydrocodein) podáváme vypočítanou ekvianalgetickou dávku morfinu parenterálně. U pacientů léčených transdermálními opioidy obvykle v zavedené léčbě pokračujeme a přidáváme podle potřeby parenterální morfin.</p>
Dušnost	<u>Morfin</u> 2,5 -10 mg, à 4-8 h, s.c., i.v. 10-20 mg, à 4-6 h, p.o., p.r. Oxygenoterapie, obvykle stačí 3-5 O ₂ /min kyslíkovými brýlemi V případě úzkosti je indikované podání benzodiazepinů - viz Úzkost	<p>U pacientů , kteří již morfin nebo jiný silný opioid užívají pro bolest, zvyšujeme v případě dušnosti denní dávku o 30-50 %.</p> <p>Podání kyslíku má pro pacienta i jeho rodinu velký symbolický význam a pacienti udávají úlevu od dušnosti, přestože objektivní ventilační parametry ani saturace O₂ se nemění. V domácím prostředí lze využít přenosných koncentrátorů kyslíku.</p>
Úzkost	<u>midazolam</u> 2,5 mg, i.v., s.c., à 2 h	Intenzita úzkosti bývá velmi různá.

Symptom	Terapie	Poznámka
	nebo 20 mg/ 24 h kontin. i.v., s.c. <u>diazepam</u> 5-10 mg, à 12 h, i.m., i.v., p.r. <u>alprazolam</u> 0,5-1 mg, 2-3 denně p.o.	Dávky benzodiazepinů potřebné k dosažení komfortu jsou velmi variabilní: anxiolytické až silně sedativní. Uvedené počáteční dávky je někdy třeba několikanásobně zvýšit. Někdy je na místě pouze nefarmakologická léčba: blízkost příbuzných, empatický přístup zdravotníků či náboženské rituály.
Delirium	<u>haloperidol</u> 1-5 mg p.o., i.v., s.c., lze opakovat po 30 min až je dosaženo efektu chlorpromazin 25-50 mg, à 6 h, i.v., i.m.	Lze kombinovat s benzodiazepiny - viz Úzkost a Delirium Antipsychotika jsou indikována především u agitovaného deliria. Využíváme také jejich antiemetického účinku. Podrobněji viz kapitola Delirium

Paliativní sedace (PS) u pacientů v terminálním stavu

Jako PS označujeme farmakologické utlumení pacienta s cílem zmírnit refrakterní symptomů a dosáhnout komfort umírajícího pacienta. Hloubka sedace je vždy individuální a závisí na intenzitě symptomů a celkovém klinickém kontextu. U některých pacientů je třeba pacienta utlumit až do hloubky soporu-komatu.

- Nejčastější indikací PS jsou refrakterní dušnost, úzkost, agitované delirium. Bolest lze většinou účinně zmírnit bez výrazného ovlivnění stavu vědomí.
- K zajištění paliativní sedace používáme nejčastěji kontinuální podání midazolamu (10–200 mg/24 h i.v.), někdy současně s morfinem (10–200 mg, dle intenzity bolesti). Lze užít také propofol.

Literatura:

1. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Palliative Care, Version 1.2016*, www.nccn.org.
2. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Cancer-Related Fatigue, Version 1.2013*, www.nccn.org.
3. *Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP: Standardy paliativní péče 2013. Dostupné na <http://www.paliativnimediceina.cz/standardy-normy/standardy-paliativnich-postupu/standardy-paliativni-pece-2013>.*

Vypracoval: MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D., MUDr. Lukáš Pochop, MUDr. Monika Náležinská, Mgr. Radka Alexandrová
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 10. 2017
Aktualizaci provedl: MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Schválil:

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.
 Vedoucí paliativního týmu