

VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY

ROČNÍK LXXII

ÚNOR 2003

ČÍSLO 1

616-006.04-085

PŘÍSPĚVEK K PALIATIVNÍ LÉČBĚ ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Ladislav SLOVÁČEK, Birgita SLOVÁČKOVÁ

Katedra válečného vnitřního lékařství Vojenské lékařské akademie J. E. Purkyně, Hradec Králové
Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice, Hradec Králové

Souhrn

Autoři popisují nejčastější obtíže u nemocných v preterminálním či terminálním stadiu maligního onemocnění a možnosti jejich terapeutického ovlivnění.

Klíčová slova: Paliativní léčba; Preterminální a terminální stadium maligního onemocnění.

Palliative Therapy in Patients with Cancer Disease

Summary

The authors prepared for presentation the syndromes in patients with cancer disease in the preterminal or terminal stages.

Key words: Palliative therapy; Terminal stage of cancer disease.

Úvod

Preterminální a terminální stadia maligního onemocnění bývají často doprovázena nepříjemnými, omezujícími a bolestivými symptomy (1, 2, 3). Zejména se jedná o bolest, únavu, slabost, dušnost doprovázenou kašlem, dyspeptické obtíže horního či dolního typu nebo kombinované a psychické obtíže. Alarmujícím příznakem u převážné většiny onkologicky nemocných je bolest, která bývá doprovázena pocitem úzkosti, strachu a deprese. Zvláště dlouhodobá bolest se stává dominantou vyžadující léčebný zásah (6, 9). Léčba těchto obtíží je důležitou součástí tzv. paliativní léčby.

Paliativní léčbou obecně rozumíme zmírňování obtíží u nemocných v terminálním stadiu onemocnění. Tato léčba však neovlivňuje vlastní onemocnění nebo jeho průběh. Jejím cílem je odstranit nebo alespoň zmírnit subjektivní potíže nemocného,

a zajistit tak lepší kvalitu života.

Celá tato problematika je shrnuta do tzv. *paliativní medicíny*, kterou Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje jako celkovou léčbu a péči o nemocné, jejichž onemocnění nereaguje na kurativní léčbu (2).

Zvládání těchto obtíží není jednoduchou záležitostí a kromě účinné terapie je důležitá i kvalitní ošetrovatelská péče. Neměli bychom však opomíjet i edukaci nemocného a jeho rodinných příslušníků.

Cílem našeho článku je ve stručnosti přiblížit nejčastější symptomy, které doprovázejí pokročilá stadia onkologického onemocnění, a možnosti jejich terapeutického ovlivnění. Jedním z nejzávažnějších symptomů je nádorová bolest. Tuto problematiku v článku úmyslně nerozebíráme nikterak podrobně, neboť je jí věnována celá řada článků a monografií (některé viz seznam použité literatury).

Bolest

Mírnění bolesti je prvořadým úkolem. Vede k úlevě nemocného a také snižuje stres ošetrovatelského personálu. Podle Vorlíčka a Ševčíka jsou bolesti přítomny v pokročilých stádiích u 65–85 % onkologicky nemocných. Podle nich lze nádorovou bolest tlumit u 85–95 % nemocných kombinací analgetik. U většiny zbývajících nemocných je možno uspět s invazivními algeziologickými postupy. V závěrečných dnech života lze u nemocných s obtížně kontrolovatelnou bolestí užít i farmakologické sedace. Pomocí těchto postupů nemusí žádný onkologicky nemocný žít a umírat v neztišitelných bolestech (6, 9).

Analgetika vybíráme podle intenzity a charakteru bolesti (1, 2). Na našem pracovišti užíváme metodu tzv. třístupňového medikamentózního žebříčku WHO (analgesic ladder). Znamená to, že v první fázi léčby bolesti podáváme analgetika–antipyretika–antiflogistika a nesteroidní antirevmatika. Při malé účinnosti této analgetické terapie lze přidat tzv. koanalgetika, tj. zejména psychofarmaka. Při nedostatečném efektu této léčby přecházíme na podávání slabých opioidních analgetik typu kodeinu (Codein, DHC Continus). K podávání silných opioidních analgetik zejména typu morfinu (MST Continus), pethidinu (Dolsin) a bezitramidu (Burgodin) přistupujeme u pokročilých stádií onemocnění.

Vedle analgetických preparátů užíváme v léčbě bolesti i některé další metody, jako jsou *paliativní radioterapie, chemoterapie, paliativní chirurgické výkony* s cílem zmenšit nádor a tím zmírnit bolest.

Analgetická léčba má zajistit zmírnění bolesti na snesitelnou míru. Tirayová tím rozumí subjektivní snížení bolesti o nejméně 90 %. Analgetika je nutno aplikovat v pravidelných intervalech tak, aby nemocný dostal další dávku dříve, než odezní účinek dávky předchozí. Při kombinaci analgetik s jinými léky je nutno zvažovat jejich možné interakce. Tirayová rovněž uvádí, že u onkologických nemocných vede k zvyšování dávek analgetik progresse nádorového onemocnění a nikoli rozvoj tolerance. Podle ní také nevzniká u onkologicky nemocných psychická závislost na opioidní analgetika, neboť jsou užívána pro potlačení bolesti a ne pro psychické účinky.

Důležitou a často opomíjenou součástí analgetické léčby jsou *adjuvantní analgetika* (tzv. koanalgetika), z nichž užíváme na našem pracovišti zejména antidepresiva, neuroleptika a benzodiazepiny. Při indikaci psychofarmak v léčbě algických stavů se využívá jejich přímého analgetického účinku i nepřímého účinku na snížení úzkosti a deprese a tím se změní i míra pocítované bolesti (práh bolesti) (7).

Antidepresiva

Analgetický účinek nastupuje během 1–10 dnů

(dříve než antidepresivní účinek) a dávky potřebné k dosažení analgetického efektu jsou nižší než dávky k dosažení antidepresivního účinku. Tricyklická antidepresiva vzhledem k jejich anticholinergním nežádoucím účinkům (suchost sliznic, obstipace, retence moči, tachykardie) obvykle neužíváme. Přikláníme se k podávání antidepresiv lépe tolerovaných, zejména antidepresiv 3. generace, např. citalopramu (Sero-gram), fluoxetinu (Deprex).

Neuroleptika

K zvládnutí algických stavů je obvykle neužíváme, indikujeme je spíše, je-li současně přítomen psychomotorický neklid, agitovanost a poruchy spánku. K nejpoužívanějším v této indikaci na našem pracovišti patří tiaprid (Tiapridal).

Benzodiazepiny

Spíše než analgetického efektu benzodiazepinů využíváme na našem pracovišti jejich účinek hypnotický, sedativní a anxiolytický.

Úzkost

Zejména krátkodobá a intenzivní úzkost je častým symptomem u onkologických nemocných. V jejich léčbě lze použít celou škálu *benzodiazepinových i nebenzodiazepinových anxiolytik*. Na našem pracovišti užíváme zejména alprazolam (Neurol, Xanax), bromazepam (Lexaurin), diazepam (Diazepam, Apaurin). Využíváme rovněž i anxiolytického účinku některých antidepresiv (např. dosulepin – Prothiaden) a neuroleptik (např. levomepromazin – Tisercin).

Poruchy spánku

Nejčastěji se jedná o potíže s usínáním a časté probouzení během noci. Tyto potíže řešíme podáváním především *benzodiazepinových hypnotik* (flunitrazepam – Rohypnol, nitrazepam – Nitrazepam) a *hypnotik 3. generace* (zolpidem – Stilnox, Hypnogen). K zlepšení spánku užíváme i některá antihistaminika (promethazin – Prothazin, dithiaden – Dithiaden), neuroleptika (tiaprid – Tiapridal), antidepresiva s výrazným hypnotickým účinkem (dosulepin – Prothiaden) (4, 6).

Kvalitativní poruchy vědomí a psychomotorický neklid

U kvalitativních poruch vědomí je více méně zachovalá vigilita, je však alterovaná některá z psychických funkcí – vnímání, myšlení, afektivita,

paměť a z toho vyplývající poruchy jednání. Patří sem zmatenost (amence) a delirium (4, 8). Příčiny těchto stavů mohou být různého původu, např. metabolické poruchy, hypoxie, dehydratace, bolest, farmaka, infekce apod. Tyto poruchy jsou mimo jiné často doprovázeny psychomotorickým neklidem. Ten tišíme zejména *neuroleptiky* (tiaprid – Tiapridal, haloperidol – Haloperidol, chlorprothixen – Chlorprothixen) a *benzodiazepiny* (diazepam – Diazepam, Apaurin, oxazepam – Oxazepam, bromazepam – Lexaurin). Nutné je však řešit i vyvolávající příčinu tohoto stavu.

Dyspeptické obtíže horního typu

Nevolnost, nauzea, zvracení, nechutenství, škytavka

Lze říci, že nevolnost je častějším příznakem než zvracení, neboť je udávána asi u 50–60 % onkologicky nemocných. Zvracení se vyskytuje až u 30 % nemocných v terminálním stadiu onemocnění (2). Může být vyvoláno nejen samotnou chemoterapií či radioterapií, ale i vlastními produkty nádorového metabolismu, tumorózní masou s metastázami. K potlačení těchto projevů používáme antiemetika s centrálním (thiethylperazin – Torecan) či periferním účinkem (metoclopramid – Degan, Cerucal) a antiemetika ze skupiny antagonistů serotoninu na 5-HT₃-receptorech (tropisetronum – Navoban, granisetronum – Kytril, ondansetronum – Zofran). Častěji se však setkáme s jejich kombinací. Dále používáme i psychofarmaka s antiemetickým účinkem. Nejčastěji užívaným je levomepromazin (Tisercin), který je doporučován i v případech, kdy selhala jiná antiemetická léčba (2). Nemocnému doporučujeme přijímat stravu v malých dávkách a vícekrát během dne spolu s dostatečným pitným režimem, tj. alespoň 2 litry tekutin za den. V případě přetrvávajícího nechutenství je efektivní léčba prednisonem (Prednison) v malé dávce (5 mg denně ráno).

Škytavka je u této skupiny nemocných dosti častá. Bývá způsobena zejména distenzí žaludku, vysokým stavem bránice při metastatickém postižení jater, ascitem, pleurálním výpotkem, primárním nádorem mozku nebo metastatickým postižením mozku. U dlouhotrvající škytavky jsou lékem volby fenothiazinová neuroleptika (chlorpromazin – Chlorpromazine) podávaná ve vyšší dávce, např. 50 mg po 6–8 hodinách.

Dyspeptické obtíže dolního typu

Zácpa a meteorismus

Jsou častým problémem s vícečetnou etiologií – imobilita, nízký příjem tekutin a vlákniny, nutriční

a metabolické procesy, postradiační fibróza střeva, bolestivé anální afekce, nežádoucí efekt léčby. Nemocnému doporučujeme preventivně podávat laxativa změkčující stolicí (např. Laxolax) nebo kontaktní (např. Guttalax) či osmoticky působící (např. Lactulosa), a to jednotlivě nebo i v kombinaci. Není-li efekt těchto laxativ, přistupujeme k podání očistných klyzmat nebo přímo k manuálnímu vybití stolice.

Při výrazném meteorismu lze nemocnému ulevit podáním deflatulans (např. Ceolat, Sab simplex) nebo zavedením rektální rourky.

Kašel a dušnost

Dušnost provází v posledních 6 týdnech života 50–70 % nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním (2, 3). Nejčastěji trpí dušností nemocní s bronchogenním karcinomem a nemocní s metastatickým postižením plic. Častá je i dušnost provázená úzkostí u nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním.

Kašel povětšinou tlumíme pravidelně podávanými antitusiky opiátové řady (např. Codein) nebo antitusiky chemicky příbuznými lokálními anestetikům (např. Ditusat). V léčbě dušnosti vždy pátráme po léčitelné příčině (např. punkce pleurálního výpotku, odlehčovací punkce ascitu apod.). Snížit pocit dušnosti umožňuje i poloha v polosedě a podání kyslíku nebo nízká dávka opiátů. Lze využít i neuroleptika rovněž v nízké dávce, která nejenom že mírní kašel a úzkostnou složku u dušnosti, ale i tlumí bronchiální sekreci.

Dekubity

Spíše než vlastní léčba dekubitů je důležitá prevence jejich vzniku. Zejména se jedná o rehabilitaci nemocného (polohování nemocného, léčebná tělesná výchova apod.) a event. uložení imobilního nemocného na antidekubitální lůžko.

Závěr

Výše uvedené symptomy doprovázející maligní onemocnění negativně ovlivňují kvalitu života nemocného. Zejména se jedná o nádorovou bolest, která musí být léčena, a žádný z nemocných nesmí toužit po smrti, protože trpí nesnesitelnou bolestí (1). Nemocnému i jeho rodinným příslušníkům by měl být zřejmý zájem lékařů a ošetrovatelského personálu o zmírnění jeho tělesných a psychických obtíží.

Tito nemocní v důsledku bolesti, pocitů beznaděje, vědomí blížící se smrti, pocitů sociální izolovanosti prožívají vysokou míru utrpení. Toto utrpení můžeme mírnit nejen farmakoterapií, ale i individuální psychologickou podporou a schopností empatie.

Literatura

1. BAUER, J. *Nádorová bolest a její farmakoterapie*. Praha, Galén, 1994.
2. TIRAYOVÁ, L. Psychofarmakologie v onkologii, možnosti ovlivnění bolesti. *Psychiatrie pro praxi*, 2001, roč. 2, č. 5, s. 201–205.
3. TOPINKOVÁ, E. – NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha, Grada Publishing, 1995.
4. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha, Maxdorf, 1996.
5. SUCHOPÁR, J., et al. *Remedia compendium*. Praha, Panax, 1999. 772 s.
6. ŠEVČÍK, P. – VORLÍČEK, J. Celkově podávané opioidy v léčbě onkologických bolestí. *Medica revue*, 1998, č. 4, s. 34–38.
7. ŠVESTKA, J., et al. *Psychofarmaka v klinické praxi*. Praha, Grada Publishing, 1995. 249 s.
8. VAŠKOVSKÝ, R. Problematika bolesti z psychiatrického hlediska a možnosti její léčby. *Psychiatrie pro praxi*, 2001, roč. 2, č. 4, s. 150–153.
9. VORLÍČEK, J. – HEP, A. – VORLÍČKOVÁ, H. Léčba bolesti u onkologicky nemocných. *Klin. Onkol.*, 1993, č. 6, s. 171–175.
10. ZVOLSKÝ, P. *Obecná psychiatrie*. Praha, Karolinum, 1994.

Korespondence: MUDr. Ladislav Slováček
Katedra válečného vnitřního lékařství
Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně
Třebešská 1575
500 01 Hradec Králové
e-mail: Ladislav.Slovacek@seznam.cz

Do redakce došlo 6. 2. 2002