

PALIATIVNÍ LÉČBA BOLESTI A DUŠNOSTI U ONKOLOGICKÝCH NEMOCNÝCH V TERMINÁLNÍM STADIU ONEMOCNĚNÍ

^{1,2}Mjr. MUDr. Ladislav SLOVÁČEK, ^{1,2}prof. MUDr. Ladislav JEBAVÝ, CSc., ³MUDr. Birgita SLOVÁČKOVÁ, Ph.D.

¹Univerzita obrany, katedra válečného vnitřního lékařství Fakulty vojenského zdravotnictví, Hradec Králové

²Oddělení klinické hematologie II. interní kliniky Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

³Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Souhrn

Autoři popisují problematiku bolesti a dušnosti u onkologických nemocných v terminálním stadiu onemocnění a možnosti jejich terapeutického ovlivnění.

Klíčová slova: Bolest; Dušnost; Terminální stadium; Maligní nádorové onemocnění; Paliativní léčba.

Palliative Therapy of Pain and Dyspnoe in Oncologic Patients in Terminal Stages of Malignancies

Summary

The authors describe pain and dyspnoe in oncologic patients in terminal stages of malignancies, and the potentials influencing them by palliative treatment.

Key words: Pain; Dyspnoe; Terminal stage; Cancer disease; Palliative therapy.

Úvod

Pokročilá stadia maligního nádorového onemocnění, tzv. terminální stadia, jsou často doprovázena nepříjemnými, omezujícími a zejména pak bolestivými symptomy (1, 8, 9). Zásadními symptomy jsou progredující chronická bolest – u převážné většiny nemocných v terminálním stadiu maligního onemocnění alarmující symptom, celková slabost a únava, dechové obtíže provázené dráždivým a vyčerpávajícím kašlem, dyspeptické obtíže horního, dolního či kombinované typu a v neposlední řadě psychické obtíže – úzkost, strach, deprese. Léčba těchto symptomů a obtíží je důležitou součástí tzv. paliativní léčby. Cílem této léčby není ovlivnit vlastní onemocnění a jeho průběh, nýbrž odstranit nebo alespoň zmírnit subjektivní potíže nemocného, a zlepšit tak jeho kvalitu života. Problematika péče o onkologicky nemocné v terminálním stadiu onemocnění je shrnuta do tzv. paliativní medicíny. Světová zdravotnická organizace paliativní medicínu definuje jako celkovou léčbu a péči o nemocné, jejichž onemocnění nereaguje na kurativní léčbu (8). Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin (10).

Nádorová bolest

Mírnit bolest u nemocného v terminálním stadiu maligního onemocnění je prvořadým úkolem vedoucím k úlevě nemocného a snížení stresu ošetrovatelského personálu (4, 5). V pokročilých stadiích maligních nádorových onemocnění jsou nádorové bolesti přítomny u 65–85 % nemocných, přičemž ji lze tlumit kombinací analgetik u 85–95 % nemocných (6, 11). U většiny zbývajících nemocných je možno uspět s invazivními algeziologickými postupy. Analgetika vybíráme podle intenzity a charakteru bolesti (1, 4, 8). V klinické praxi využíváme tzv. analgesic ladder, tj. třístupňový medikamentózní analgetický žebříček doporučený Světovou zdravotnickou organizací. V praxi to znamená, že v první fázi léčby bolesti indikujeme analgetika–antipyretika–antiflogistika–nesteroidní antirevmatika. V případě nedostatečné účinnosti této analgetické terapie indikujeme slabá anodyna (opioidní analgetika). V případě pokročilých terminálních stadií maligního nádorového onemocnění indikujeme silná anodyna.

Při nedostatečné účinnosti, zejména pak v první a druhé fázi analgetické terapie, lze přidat tzv. adjuvantní analgetika – koanalgetika, z nichž jsou nejčastěji užívána psychofarmaka, zejména antidepresiva, neuroleptika a benzodiazepiny, dále pak kor-

tikosteroidy, antikonvulziva a centrální myorelaxancia. V případě koanalgetik je využíván jak přímý, tak i nepřímý analgetický účinek, spočívající ve snížení úzkosti a deprese, čímž se změní i míra pociťované bolesti – práh bolesti (7) (přehledněji viz tabulka 1 a 2).

Vedle analgetické farmakoterapie lze v léčbě nádorové bolesti při nedosažení dostatečného útlumu algického syndromu použít i některé další speciální metody analgezie. Jedná se zejména o epidurální aplikaci anodyn nebo silných lokálních anestetik, blokádu nebo neurolyzu sympatických ganglií (1), paliativní radioterapii, chemoterapii nebo paliativní chirurgické výkony s cílem zmenšit nádorovou masu a tím zmírnit bolest. V neposlední řadě lze využít i některé alternativní či podpůrné metody analgezie – akupunktura, akupresura, transkutánní elektroneurostimulace, psychoterapie bolesti apod.

Analgetická terapie má zajistit zmírnění nádorové bolesti na snesitelnou míru. Rozumí se tím subjektivní snížení bolesti o nejméně 90 % (8). V případě analgetické farmakoterapie je nutná aplikace analgetik v pravidelných intervalech tak, aby nemocný dostal další dávku dříve, než odezní účinek dávky předchozí. Zvyšování dávek analgetik je důsledkem progresu nádorového onemocnění, nikoli rozvoj tolerance. U onkologických nemocných nevzniká psychická závislost na anodyna, neboť jsou užívána pro potlačení algického podnětu, ne pro psychické účinky (8).

Tabulka 1

Farmakoterapie nádorové bolesti u terminálních stavů maligního nádorového onemocnění

Skupina analgetik	Účinné látky
Analgetika–antipyretika–antiflogistika–nesteroidní anti-revmatika	Kyselina acetylsalicylová, paracetamol, pirofen, ibuprofen, indomethacin, ketoprofen, klofezon, diclofenac.
Slabé opioidy	Kodein
Silná neopiodní analgetika	Tramadol
Silná opioidní analgetika	Bezitramid, buprenorfin, morfin sulf., pethidin, tilidin, butorphanol, fentanyl, piritramid, nalbupin.

Tabulka 2

Charakteristika vybraných koanalgetik užívaných v léčbě bolesti u nemocných v terminálním stadiu maligního nádorového onemocnění

Typ koanalgetika	Charakteristika koanalgetika
Antidepresiva	Analgetický efekt nastupuje během 1–10 dnů (dříve než antidepresivní účinek). Dávka potřebná k dosažení analgetického efektu je nižší než k dosažení účinku antidepresivního. Méně často jsou užívána tricyklická antidepresiva pro jejich anticholinergní nežádoucí účinky (xerostomie, obtíže s močí, tachykardie apod.). Velmi vhodná jsou antidepresiva 3. generace, která jsou dobře tolerována.
Neuroleptika	Nejsou užívána ke zvládnutí algických stavů, jsou indikována zejména tehdy, je-li současně přítomen psychomotorický neklid, agitovanost a poruchy spánku.
Benzodiazepiny	Spíše než analgetického efektu je využíváno účinku hypnotického, sedativního a anxiolytického.
Kortikosteroidy	Mechanismus analgetického účinku kortikosteroidů není znám. Sníží tvorbu mediátorů bolesti, příznivě ovlivňují nocicepční bolest u procesů se zánětlivou složkou. Algické stavy vznikající v důsledku komprese mohou být příznivě ovlivněny antiedematózním účinkem kortikosteroidů (viz primární a sekundární intrakraniální neoplazie s projevy nitrolební hypertenze). Přispívají ke snížení sympatiem udržovaných neuropatických bolestí.
Anikonvulziva	Koanalgetický účinek je využíván zejména u neuralgií a epizodických neuropatických bolestech.
Centrální myorelaxancia	Účinek spočívá v inhibici polysynaptických míšních reflexů. Potencují analgetický účinek klasických analgetik u analgetických bolestí typu neuralgií.

Dušnost, kašel, hemoptýza

V posledních 6 týdnech života provází dušnost 50–70 % nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním (8, 9). Nejčastěji trpí dušností nemocní s bronchogenním karcinomem a nemocní s metastatickým postižením plic – až 78 % nemocných (3). Z hlediska průběhu se dušnost může objevit akutně (minuty až hodiny), subakutně (dny až týdny) nebo může mít charakter chronický (měsíce až roky) (2). Akutní dušnost může být vyvolána lokalizovanou obstrukcí dýchacích cest, akutním srdečním selháním, progredujícím perikardiálním a pohrudničným výpotkem, akutní masivní plicní embolizací apod. Subakutní dušnost může být projevem chronického srdečního selhávání, infekčních komplikací provázejících primární či sekundární nádorové onemocnění plic, sukcesivní plicní embolizace, deformit hrudní stěny a v neposlední řadě projevem vedlejšího účinku protinádorové léčby (např. plicní fibróza jako důsledek postižení plicního parenchymu radioterapií). Všechny výše uvedené stavy, pokud se je nepodaří ovlivnit léčbou, a postupující nádorové onemocnění mohou vyústit do chronické, perzistující dušnosti (3). Velmi častá je u nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním dušnost provázená anxiitou.

V léčbě dušnosti vždy pátráme po léčitelné příčině, tj. např. léčba akutního či chronického srdečního selhání, léčba plicní trombembolické nemoci, řešení lokalizované nádorové obstrukce – kryoterapie u endobronchiálně rostoucích tumorů, bronchoskopická elektroauterizace, brachyterapie či zavedení endobronchiálních stentů, systémová kortikoterapie (např. dexamethasonem) ke zmírnění edému v okolí nádoru, odlehčovací punkce perikardiálního či pohrudničného výpotku, odlehčovací punkce ascitu apod.). Snížit pocit dušnosti umožní také poloha v polosedě či v sedě, podpůrná oxygenoterapie nosními brýlemi či obličejovou maskou, nízká dávka silných opioidních analgetik či nízká dávka neuroleptik zmírňující kašel a úzkostnou složku u dušnosti včetně inhibice bronchiální sekrece.

Kašel se vyskytuje mezi 29–80 % nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním. V padesáti procentech se vyskytuje u nemocných v terminálním stadiu a u 80 % nemocných s bronchogenním karcinomem. Jednou z nejčastějších příčin kašle je infekce. Kašel je rovněž jedním z prvních příznaků nádorové obstrukce dýchacích cest (3). Léčba kašle spočívá především v odstranění vyvolávající pří-

ny. K farmakoterapii kašle je k dispozici celá řada mukolytik a antitusik (opiátové řady či chemicky příbuzné lokálním anestetikům) v nejrůznějších léčkových formách, která volíme včetně způsobu podání podle stavu nemocného.

Hemoptýza je popisována u 47–70 % nemocných s bronchogenním karcinomem (3). Nejčastěji bývá způsobena poškozením bronchiálních cév nádorem. Její léčba se řídí frekvencí a množstvím vykašlané krve. Závažná hemoptýza může vést až k hemodynamické nestabilitě nemocného a může skončit i úmrtím. Indikována je léčba antitusiky společně s hemostyptiky a vazokonstrikčními léky aplikovanými jak systémově, tak i endobronchiálně.

Závěr

Nádorová bolest a dušnost jsou nejčastějšími symptomy doprovázejícími pokročilá stadia onkologického onemocnění a velmi negativně ovlivňují kvalitu života onkologického nemocného (1, 4, 5, 8). Nádorová bolest a dušnost musí být vždy léčena a žádný z nemocných nesmí toužit po smrti proto, že trpí nesnesitelnou bolestí či dušností. Onkologickému nemocnému v terminálním stadiu maligního nádorového onemocnění a jeho rodinným příslušníkům musí být zřejmý zájem lékařů a ošetrovatelského personálu o zmírnění jeho somatických a psychických obtíží. Tito nemocní v důsledku bolesti, pocitů beznaděje, vědomí blížící se smrti, pocitů sociální izolovanosti prožívají vysokou míru utrpení. Toto utrpení lze mírnit nejenom farmakoterapií, ale i individuální psychologickou podporou a schopností empatie (4, 5).

Literatura

1. BAUER, J. *Nádorová bolest a její farmakoterapie*. Praha, Galén, 1994. 25 s.
2. DOYLE, D. – HANKS, GWC. – MacDONALD, N. *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford, Oxford University Press, 1993. 845 p.
3. SKŘÍČKOVÁ, J. – VORLÍČEK, J. *Terapie preterminálních stavů onkologicky nemocných. Část I. Dušnost. Bolest*, 1999, roč. 2, s. 3–7.
4. SLOVÁČEK, L. – SLOVÁČKOVÁ, B. – BLAŽEK, M. – JEBAVÝ, L. – KAČEROVSKÝ, J. *Možnosti paliativní léčby u nemocných v terminálním stadiu maligního onemocnění z pohledu internisty. Prakt. Lék.*, 2003, roč. 83, č. 12, s. 711–714.

5. SLOVÁČEK, L. – SLOVÁČKOVÁ, B. Příspěvek k paliativní léčbě onkologických nemocných. *Voj. zdrav. Listy*, 2003, roč. 72, č. 1, s. 1–4.
6. ŠEVČÍK, P. – VORLÍČEK, J. Celkově podávané opioidy v léčbě onkologických bolestí. *Medica Revue*, 1998, vol. 4, s. 34–38.
7. ŠVESTKA, J. aj. *Psychofarmaka v klinické praxi*. Praha, Grada, 1995. 249 s.
8. TIRAYOVÁ, L. Psychofarmakologie v onkologii, možnosti ovlivnění bolesti. *Psychiatrie pro praxi*, 2001, roč. 2, č. 5, s. 201–205.
9. TOPINKOVÁ, E. – NEUWIRT, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha, Grada, 1995. 299 s.
10. VORLÍČEK, J., aj. *Paliativní medicína*. Praha, Grada, 1998. 480 s.
11. VORLÍČEK, J. – HEP, A. – VORLÍČKOVÁ, H. Léčba bolesti u onkologicky nemocných. *Klin. Onkol.*, 1993, roč. 6, s. 171–175.

Korespondence: Mjr. MUDr. Ladislav Slováček
Univerzita obrany
Fakulta vojenského zdravotnictví
Třebešská 1575
500 01 Hradec Králové
e-mail: ladislav.slovacek@seznam.cz

Do redakce došlo 25. 11. 2005

6. konference odborné Společnosti vojenských lékařů, farmaceutů a veterinárních lékařů ČLS JEP s mezinárodní účastí – 1. informace

6. konference společnosti se bude konat ve dnech **20. a 21. září 2006** na Fakultě vojenského zdravotnictví v Hradci Králové (FVZ). Konference se uskuteční pod patronací náčelníka zdravotnické služby AČR a děkana FVZ v rámci oslav 80. výročí založení vojenského zdravotnického školství v ČR a 55. výročí vojenského zdravotnického školství v Hradci Králové. Na konferenci jsou pozváni také představitelé zahraničních vojenských zdravotnických institucí ze SRN, Francie, Polska, Rakouska, Bulharska a Slovenska.

Tematické zaměření konference:

- Organizace a řízení zdravotnické služby
- Profesní příprava, výcvik, zkušenosti ze zahraničních misí
- Pokroky v diagnostice a léčbě
- Výsledky z vojenského zdravotnického výzkumu

Adresa sekretariátu:

Univerzita obrany
Fakulta vojenského zdravotnictví
Sekretariát 6. konference
Třebešská 1575
500 01 Hradec Králové

Organizační výbor konference:

prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc. – FVZ
pplk. MUDr. Miloš Orendáč – NPOŠ Hradec Králové
Jitka Szczurková – FVZ (sekretariát konference)

tel.: 973 253 015, fax: 495 513 018
e-mail: szcz@pmfhk.cz nebo fusek@pmfhk.cz

Organizační výbor konference žádá kolegy a kolegyně z řad pracovníků zdravotnické služby AČR i naše civilní spolupracovníky o zaslání vyplněné přihlášky na adresu sekretariátu do **31. 5. 2006**. Krátké anotace (max. 7 řádků) k jednotlivým sdělením se jmény autorů a názvem instituce zašlete jako samostatný soubor ve formátu MS Word. Pro přednesení sdělení byla stanovena doba 15 minut. Organizační výbor si vyhrazuje právo rozhodnout o zařazení nebo nepřijetí zaslaných příspěvků. V rámci konference proběhne také prezentace firem dodávajících zdravotnický materiál, vybavu a prostředky pro vojenská zdravotnická zařízení.

Všechny příspěvky (přednášky a postery) prezentované na 6. konferenci budou publikovány v plném znění na CD ROMu, který účastníci obdrží při registraci. Příspěvky zašlete na adresu sekretariátu konference v elektronické i tištěné podobě do **25. 8. 2006**. Forma úpravy příspěvků bude zveřejněna na webové stránce FVZ (www.pmfhk.cz) spolu s formulářem přihlášky a dalšími informacemi o konání konference. Autoři validních příspěvků zaměřených k tématům konference budou vyzváni předsedy jednotlivých sekcí konference k jejich otištění ve Vojenských zdravotnických listech. Kongresový poplatek ve výši 400 Kč účastníci uhradí v hotovosti při registraci. Akce bude zapsána v centrálním registru ČLK a bude hodnocena certifikátem.

Korespondence a vzájemné poskytování informací bude realizováno prostřednictvím e-mailů, telefonicky a faxem. V e-mailové zprávě uvádějte vždy jako předmět „6. konference“.