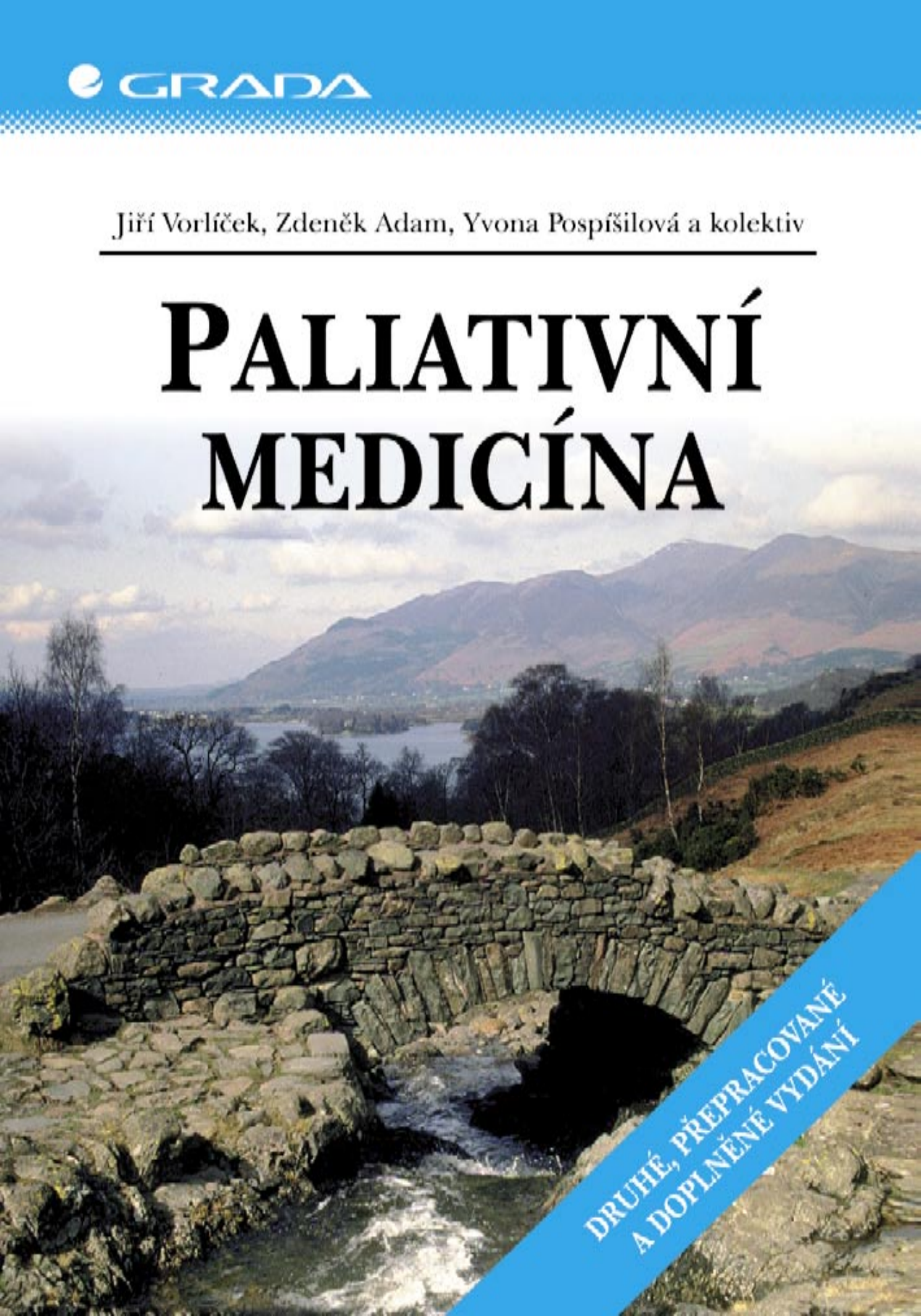


Jiří Vorlíček, Zdeněk Adam, Yvona Pospíšilová a kolektiv

PALIATIVNÍ MEDICÍNA



DRUHÉ, PŘEPRACOVANÉ
A DOPLNĚNÉ VYDÁNÍ

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umisťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



Autoři:

prof. MUDr. Zdeněk Adam, CSc.
Interní hematologicko-onkologická klinika
FN Brno

MUDr. Lenka Babičková
Klinika nemocí plicních a tuberkulózy
FN Brno

doc. MUDr. Zdeněk Boleloucký, CSc.
Psychiatrické oddělení
Nemocnice Svitavy

doc. MUDr. Igor Crha, CSc.
Gynekologicko-porodnická klinika
FN Brno

MUDr. Aleš Čermák
Urologická klinika
FN Brno

Milena Doležalová
Odd. anesteziologie a onkologické intenz. péče
Masarykův onkologický ústav, Brno

doc. MUDr. Olga Dostálová, CSc.
Katedra sociální péče
FFUK Praha

MUDr. Zdeněk Fojtík, Ph.D.
Interní hematologicko-onkologická klinika
FN Brno

doc. MUDr. Lubomír Hakl, CSc.
Centrální operační sály
FN Brno

prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.
Katedra psychosociálních věd a speciální etiky
Husitská teologická fakulta UK Praha

doc. MUDr. Petr Husa, CSc.
Klinika nemocí infekčních
FN Brno

doc. MUDr. Stanislav Janoušek, CSc.
Interní kardiologická klinika
FN Brno

prof. MUDr. Zdeněk Kadaňka, CSc.
Neurologická klinika
FN Brno

MUDr. Igor Kiss
Oddělení klinické onkologie
FN Brno

MUDr. Pavel Krahulec, CSc.
Specializovaná urologická ambulance
Brno

PhDr. Alena Mellanová, CSc.
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
1. lékařská fakulta UK, Praha

prof. MUDr. Miroslav Penka, CSc.
Oddělení klinické hematologie
FN Brno

prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.
Dermatovenerologická klinika
FN Brno

MUDr. Yvona Pospíšilová
Interní hematologicko-onkologická klinika
FN Brno

prof. MUDr. Jarmila Siegelová, DrSc.
Klinika funkční diagnostiky a rehabilitace
FN u sv. Anny, Brno

prof. MUDr. Adolf Slabý, DrSc.
IV. interní klinika 1. LF, UK Praha

doc. MUDr. Tomáš Skříčka, CSc.
Bakešova nemocnice, Brno

doc. MUDr. Jana Skříčková, CSc.
Klinika nemocí plicních a tuberkulózy
FN Brno

MUDr. Ondřej Sláma
Interní hematologicko-onkologická klinika
FN Brno

MUDr. Vladimír Spurný, CSc.
Oddělení radiační onkologie,
FN u sv. Anny, Brno

MUDr. Marie Svatošová,
Nevanova 1041
163 00 Praha 6

prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.
Anesteziologicko-resuscitační klinika,
FN u sv. Anny, Brno

PhDr. Jiřina Šiklová, CSc.
Katedra sociální práce,
FFUK Praha

doc. MUDr. Miroslav Tomáška, CSc.
Interní hematologická klinika
FN Brno

MUDr. Pavel Vodvářka, Ph.D.
Radioterapeutická klinika,
FN Ostrava-Poruba

Recenzenti:

prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.
II. interní klinika
LF UK a FN KV, Praha

prof. MUDr. Karel Benda, DrSc.
Radiologická klinika
FN Brno

doc. MUDr. Zdeněk Boleloucký, CSc.
Psychiatrické oddělení
Nemocnice Svitavy

MUDr. Zdeněk Bystřický
Bakešova nemocnice, Brno

MUDr. Aleš Čermák
Urologická klinika
FN Brno

MUDr. Ivo Černý
Psychiatrická léčebna Brno

prof. MUDr. Aleš Hep, CSc.
Interní gastroenterologická klinika
FN Brno

MUDr. Vítězslav Hradil
Rehabilitační oddělení
Ústav onkologie a pneumologie,
Nová ves pod Pleší

doc. MUDr. Miroslav Marel, CSc.
Plicní klinika
VFN, Praha

doc. MUDr. Jiří Petera, Ph.D.
Radioterapeutická klinika
FN Hradec Králové

MUDr. Květa Pirochtová
Přivrat 24, Brno

prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.
Interní hematologická klinika
FN Brno

doc. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.
Klinika komplexní onkologické péče
Masarykův onkologický ústav, Brno

prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.
Oddělení chirurgické onkologie,
Masarykův onkologický ústav, Brno

Mgr. Marie Přidalová
Dům léčby bolesti,
Rajhrad u Brna
MUDr. Petr Salaj
Ústav hematologie a krevní transfuze
Praha

MUDr. Ondřej Sláma
Interní hematologická klinika
FN Brno

MUDr. Regina Slámová
Hospic sv. Alžběty
Brno

doc. MUDr. Marie Staňková, CSc.
Infekční klinika,
FN na Bulovce, Praha

MUDr. Wieslaw Strzondala
U Michelské školy 4,
Praha

MUDr. Pavel Vedra
KEPHAS, s.r.o.,
Praha

doc. MUDr. Oldřich Vinař, DrSc.
K Ovčínu 10
182 00 Praha

prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc.
I. interní kardiologická klinika
FN u sv. Anny, Brno

MUDr. Pavel Vodvářka, Ph.D.
Radioterapeutická klinika
FN Ostrava-Poruba

prof. MUDr. Jan Wechsler, CSc.
I. chirurgická klinika
FN u sv. Anny, Brno

Obsah

1	Úvod do problematiky paliativní medicíny (J. Vorlíček)	19
1.1	Historické poznámky	19
1.2	Definice paliativní medicíny	24
1.3	Paliativní péče a utrpení	25
1.4	Multidisciplinární přístup k paliativní léčbě	27
1.5	Integrace paliativní léčby do klinické praxe	27
1.5.1	Paliativní péče je aktivní léčba	27
1.5.2	Důležitost a kvalita paliativní medicíny, výhledy do budoucnosti. Standardy a nákladnost paliativní medicíny	28
2	Základní principy diagnostiky a léčby jednotlivých symptomů (J. Vorlíček)...	29
3	Bolest a možnosti jejího léčení (P. Ševčík, J. Vorlíček)	
	<i>recenze O. Sláma a Z. Bystřický.....</i>	31
3.1	Příčiny bolestí u onkologických nemocných	31
3.1.1	Bolesti způsobené vlastním nádorem	31
3.1.2	Bolesti způsobené léčbou a diagnostikou	32
3.1.3	Bolesti způsobené celkovým oslabením nemocného	33
3.1.4	Bolesti bez vztahu k nádorovému onemocnění	33
3.2	Príznaky bolestí souvisejících s nádorovou chorobou	33
3.2.1	Kostní a periostální bolesti	33
3.2.2	Viscerální bolesti břicha	34
3.2.3	Bolesti měkkých tkání	34
3.2.4	Ischemické bolesti	34
3.2.5	Povrchové bolesti	34
3.2.6	Zánět sliznice dutiny ústní	34
3.2.7	Neuropatické bolesti	35
3.2.8	Postmastektomický syndrom	35
3.3	Klinické hodnocení bolestivých stavů	35
3.3.1	Obecné poznámky	35
3.3.2	Anamnéza	36
3.3.3	Fyzikální vyšetření	37
3.3.4	Laboratorní a přístrojová diagnostika	38
3.4	Léčba	38
3.4.1	Obecné poznámky	38
3.4.2	Paliativní onkologická léčba	39
3.4.3	Symptomatická analgetická léčba	40
3.4.4	Psychoterapeutický přístup	41
3.4.5	Invazivní postupy při léčbě bolesti	54
3.5	Další aspekty léčby	58
3.5.1	Monitorování léčby	58
3.5.2	Písemný plán léčby	59
3.5.3	Zvláštní opatření pro nemocné v terminálním stavu	59
3.6	Organizace léčby onkologické bolesti	59

Příloha 1: Stručný klíč k řešení bolestí u pokročilé nádorové nemoci	61
Příloha 2: Platné právní normy pro práci s opioidy	66
4 Horečka způsobená nádorovou nemocí (Z. Fojtík) recenze P. Vodvářka	69
4.1 Základní informace o tělesné teplotě	69
4.2 Patogeneze zvýšené tělesné teploty	69
4.3 Diferenciální diagnostika febrilních stavů	70
4.4 Léčba zvýšené teploty u onkologických nemocných	70
4.5 Závěr	71
5 Nevolnost a zvracení v paliativní péči (M. Tomáška, J. Vorlíček) <i>recenze W. Stronzola</i>	73
5.1 Charakteristika a výskyt	73
5.2 Příčiny nevolnosti a zvracení	73
5.3 Charakteristika jednotlivých typů nevolnosti a zvracení	75
5.3.1 Nevolnost a zvracení při střevní obstrukci	75
5.3.2 Zvracení po paliativní protinádorové chemoterapii	75
5.3.3 Zvracení při paliativní radioterapii	76
5.3.4 Nevolnost a zvracení při podávání opioidů	77
5.4 Léčba nevolnosti a zvracení v paliativní péči	77
5.4.1 Principy léčby	77
5.4.2 Nefarmakologické postupy	77
5.4.3 Přehled farmak s antiemetickým účinkem v paliativní léčbě	78
5.4.4 Doplnková terapie	80
5.4.5 Léčba zvracení při střevní obstrukci	81
5.4.6 Prevence a léčba zvracení po paliativní chemoterapii	82
5.4.7 Prevence a léčba zvracení po paliativní radioterapii	83
5.4.8 Léčba zvracení po opioidech	83
5.4.9 Léčba chronické nevolnosti u nemocných s pokročilým nádorem	84
5.5 Výhledy do budoucna	84
6 Výživa v pokročilé fázi chronického onemocnění (M. Tomáška) <i>recenze Z. Bystřický</i>	87
6.1 Nádorová malnutrice, její charakteristika, výskyt a význam	87
6.2 Nutriční podpora v paliativní péči	87
6.2.1 Dietní intervence	88
6.2.2 Farmakologické ovlivnění anorexie	90
6.2.3 Sondová enterální výživa v paliativní péči	90
6.2.4 Parenterální výživa u pokročilého nádorového onemocnění	91
6.2.5 Otázky výživy v terminální fázi onemocnění	92
6.3 Etické otázky týkající se výživy v terminální fázi onemocnění	92
7 Zácpa v paliativní péči (M. Tomáška) recenze Z. Bystřický	95
7.1 Příčiny zácpy	95
7.2 Klinické projevy zácpy	95
7.3 Diagnóza zácpy	96
7.4 Obstrukce střeva při zácpě	97
7.5 Profylaxe zácpy	98

7.6	Medikamentózní léčba zácpy	98
7.6.1	Změkčující projímadla	99
7.6.2	Dráždivá projímadla	100
7.6.3	Rektální formy projímadel	101
7.7	Obecná strategie léčby zácpy	102
8	Péče o dutinu ústní (R. Vyzula, M. Doležalová) recenze O. Sláma.....	105
8.1	Mukozitida	105
8.1.1	Profylaxe mukozitidy	106
8.1.2	Léčba mukozitidy	106
8.2	Xerostomie	108
8.2.1	Léčba xerostomie	108
8.3	Péče o ústní dutinu u terminálně nemocných pacientů	109
9	Hydratace v paliativní péči (M. Tomáška) recenze Z Bystřický.....	111
9.1	Problém dehydratace v terminální fázi onkologického onemocnění	111
9.2	Diagnóza deficitu tekutin	113
9.3	Způsoby hydratace paliativně léčeného pacienta	114
9.3.1	Hypodermoklýza	114
9.3.2	Proktoklýza	115
9.4	Současný přístup k hydrataci terminálně nemocného pacienta	115
10	Maligní ascites (T. Skřička) recenze A. Hep	117
10.1	Klasifikace	118
10.1.1	Centrální forma	118
10.1.2	Periferní forma	118
10.1.3	Smíšená forma	119
10.1.4	Chylózní forma	119
10.2	Diferenciální diagnóza	119
10.3	Diagnostika	119
10.3.1	Anamnéza	119
10.3.2	Klinické příznaky	119
10.3.3	Radiodiagnostika	119
10.3.4	Sonografické vyšetření	120
10.3.5	Punkce dutiny břišní	120
10.3.6	Vyšetření punktátu dutiny břišní	120
10.4	Léčba maligního ascitu	121
10.4.1	Farmakoterapie	121
10.4.2	Terapeutická punkce dutiny břišní	121
10.4.3	Peritoneovenózní shunt (zkratky)	121
10.4.4	Chirurgické výkony	122
10.4.5	Radioizotopy	122
10.4.6	Další látky	122
11	Maligní perikardiální výpotek (S. Janoušek) recenze J. Vítovec.....	125
11.1	Diferenciální diagnostika	126
11.2	Neodkladná léčba při tamponádě	126
11.3	Léčba chronická	126
11.3.1	Léčba potlačující tvorbu výpotku	127
11.3.2	Léčba uvolňující perikardiální prostor	127

12	Respirační symptomy (<i>J. Skříčková, L. Babičková</i>) <i>recenze M. Marel</i>	129
12.1	Dušnost	129
12.1.1	Příčiny dušnosti	129
12.1.2	Léčba dušnosti	130
12.2	Kašel	135
12.2.1	Příčiny kašle	135
12.2.2	Léčba kašle	136
12.3	Škytavka	136
12.3.1	Příčiny škytavky	136
12.3.2	Léčba škytavky	136
12.4	Hemoptýza	137
12.4.1	Příčiny hemoptýzy	137
12.4.2	Léčba hemoptýzy	137
12.5	Pleurální bolest	138
12.5.1	Příčiny pleurální bolesti	138
12.5.2	Léčba pleurální bolesti	139
12.6	Pneumotorax	139
12.6.1	Příčiny pneumotoraxu	139
12.6.2	Léčba pneumotoraxu	139
12.7	Pleurální výpotek	140
12.7.1	Příčiny, příznaky a diagnostika maligního pleurálního výpotku .	140
12.7.2	Léčba maligního pleurálního výpotku	146
12.8	Nádorová obstrukce dýchacích cest	150
12.8.1	Příčiny obstrukce dýchacích cest	151
12.8.2	Léčba nádorové obstrukce dýchacích cest	151
12.9	Syndrom horní duté žíly	157
12.9.1	Příčiny vzniku syndromu horní duté žíly	157
12.9.2	Léčba syndromu horní duté žíly	157
12.10	Principy léčby respiračních symptomů v terminálním stadiu nádorového onemocnění	158
13	Kožní projevy u paliativně léčených nemocných (<i>A. Pospíšilová</i>) <i>recenze K. Pirochtová</i>	161
13.1	Primární kožní maligní tumory	161
13.2	Kožní metastázy a maligní rány	162
13.2.1	Metastatické maligní tumory	162
13.2.2	Maligní rány	164
13.3	Nemetastatické kožní manifestace maligního onemocnění	165
13.3.1	Genetické syndromy	165
13.3.2	Paraneoplastické dermatózy	166
13.3.3	Nespecifické kožní změny	171
13.4	Kožní infekce	175
13.4.1	Virové infekce	175
13.4.2	Bakteriální infekce	175
13.4.3	Plísňové infekce	176
13.5	Exacerbace kožních onemocnění při maligních nemocech	176
13.6	Změny vlasů, nehtů a potních žláz	176
13.7	Nežádoucí kožní projevy léčby maligního onemocnění	177
13.8	Proleženiny a změny vyvolané tlakem	179

14	Lymfedém (<i>R. Vyzula</i>) <i>recenze K. Benda</i>	181
15	Chirurgie v paliativní onkologické léčbě (<i>J. Žaloudík</i>) <i>recenze P. Vedra</i>	187
15.1	Vymezení paliativní chirurgické léčby nádorů	187
15.2	Cytoredukční a sanační výkony	188
15.3	Chirurgická léčba metastáz	189
15.4	Chirurgická léčba nádorových obstrukcí	193
15.5	Nádorové píštěle	200
15.6	Chirurgický přístup k řešení krvácivých stavů onkologicky nemocných	201
15.7	Chirurgie v léčbě nádorové bolesti	202
15.8	Závěr	202
16	Urogynekologické problémy v paliativní medicíně (<i>P. Krahulec</i>) <i>recenze P. Vedra a A. Čermák</i>	205
16.1	Základní pojmy	205
16.2	Etiologie a patofyziologie inkontinence moče u žen	206
16.3	Vyšetřovací možnosti u inkontinence moče u žen	207
16.4	Terapie inkontinence moče	207
16.4.1	Konzervativní terapie	207
16.4.2	Operační terapie	209
16.5	Pomůcky pro pacientky s inkontinencí moče	209
16.6	Sociální faktory a prevence	210
16.7	Ekonomické aspekty	211
17	Péče o stomie (<i>T. Skřička</i>) <i>recenze J. Wechsler</i>	213
17.1	Historické poznámky	213
17.2	Vývoj péče o stomie	213
17.3	Indikace střevních vývodů	214
17.3.1	Nádory	214
17.3.2	Traumata	214
17.3.3	Záněty	214
17.3.4	Vrozené vady	214
17.4	Ideální střevní vývod	215
17.4.1	Terminální ileostomie	215
17.4.2	Dvouhlavňová ileostomie	215
17.4.3	Terminální sigmoideostomie	216
17.4.4	Dvouhlavňová sigmoideostomie	216
17.5	Základní typy stomických pomůcek	216
17.5.1	Pomůcky jednoduché	216
17.5.2	Pomůcky dvoudílné	217
17.5.3	Kosmetické přípravky k ošetřování stomií	217
17.5.4	Další pomůcky pro stomiky	217
17.6	Komplikace a jejich řešení	217
17.6.1	Chybné uložení	217
17.6.2	Časné komplikace	217
17.6.3	Pozdní komplikace	218
17.7	Organizace péče o stomiky	219
17.7.1	Nemocniční péče	219
17.7.2	Domácí péče a ambulantní péče	219
17.7.3	Stomakluby	219

18	Paliativní radioterapie (<i>P. Vodvářka, V. Spurný</i>) <i>recenze J. Petera</i>	221
18.1	Základní pojmy v radioterapii	221
18.1.1	Zdroje záření	221
18.1.2	Druh záření	221
18.1.3	Energie záření	222
18.1.4	Účinky záření	222
18.1.5	Terapeutický poměr	228
18.2	Záměr podání radioterapie	228
18.2.1	Kurativní radioterapie	228
18.2.2	Paliativní radioterapie	228
18.2.3	Hodnocení účinku radioterapie	230
18.3	Paliativní radioterapie primárních nádorů	230
18.3.1	Nádory centrálního nervového systému	230
18.3.2	Nádory hlavy a krku	231
18.3.3	Nádory v oblasti hrudníku	233
18.3.4	Nádory v oblasti břicha	233
18.3.5	Nádory v oblasti pánve	234
18.3.6	Dávky záření při paliativním ozařování primárních nádorů	234
18.4	Paliativní radioterapie metastatické nemoci	234
18.4.1	Kostní metastázy	235
18.4.2	Mozkové metastázy	236
18.4.3	Metastázy v míšním kanále	237
18.4.4	Metastázy do jater	237
18.4.5	Metastázy do plic	237
18.4.6	Metastázy do uzlin	238
19	Protinádorová farmakologická léčba v paliativní medicíně (<i>Z. Adam, J. Vorlíček, A. Čermák, J. Skříčková, I. Kiss, I. Crha</i>) <i>recenze O. Sláma</i>	241
19.1	Základní pojmy týkající se chemoterapie	241
19.1.1	Záměr podání chemoterapie	241
19.2	Faktory ovlivňující účinnost paliativní chemoterapie	245
19.3	Délka terapie a rozhodování o jejím pokračování	247
19.4	Kritické poznámky k záplavě literárních údajů o chemoterapii a cesta z tohoto bludiště	249
19.5	Přínos chemoterapie u jednotlivých vybraných solidních nádorů	251
19.5.1	Nádory plic	251
19.5.2	Mezoteliom	252
19.5.3	Thymom	253
19.5.4	Tumory měkkých částí hlavy a krku (otorinolaryngeální oblasti) ...	253
19.5.5	Karcinom štítné žlázy	254
19.5.6	Karcinom jícnu	254
19.5.7	Karcinom žaludku	255
19.5.8	Karcinom konečníku a tlustého střeva	255
19.5.9	Karcinom slinivky břišní	260
19.5.10	Karcinom jater a karcinom žlučových cest	260
19.5.11	Karcinom prsu	261
19.5.12	Karcinom vaječníků	262

19.5.13	Karcinom děložního těla	262
19.5.14	Karcinom děložního čípku	262
19.5.15	Melanom	263
19.5.16	Sarkomy měkkých tkání	263
19.5.17	Karcinom prostaty (KP)	263
19.5.18	Karcinom ledviny	265
19.5.19	Karcinom varlat	266
19.5.20	Karcinom močového měchýře	267
19.6	Hematologické maligní nemoci	268
19.6.1	Maligní lymfomy	268
19.6.2	Leukemie	269
20	Metabolické a endokrinní komplikace (Y. Pospíšilová) recenze M. Anděl.....	271
20.1	Poruchy metabolismu kalcia, fosforu a magnézia	271
20.1.1	Hyperkalcemie	271
20.1.2	Hypokalcemie	273
20.1.3	Hypomagnezemie	273
20.1.4	Hyperfosfatemie	274
20.1.5	Hypofosfatemie	274
20.2	Poruchy metabolismu natria, kalía a glukózy	274
20.2.1	Hypernatremie a diabetes insipidus	274
20.2.2	Hyperkalemie	274
20.2.3	Hypokalemie	275
20.2.4	Hyponatremie a syndrom neadekvátní sekrece antidiuretického hormonu	275
20.2.5	Hypoglykemie	276
20.2.6	Hyperglykemie	277
20.3	Poruchy metabolismu kyseliny močové	277
20.4	Enteropankreatické hormonální syndromy	277
20.5	Ektopická tvorba hormonů	279
20.5.1	Ektopická sekrece ACTH	279
20.5.2	Ektopická sekrece pohlavních hormonů	280
20.6	Syndrom nedostatečné funkce nadledvin	280
21	Péče o nemocné s hemoragickou nebo trombotickou diatézou (M. Penka) recenze P. Salaj.....	283
21.1	Krvácivá diatéza	283
21.1.1	Krvácení způsobené nedostatkem trombocytů nebo poruchou jejich funkce	283
21.1.2	Polékové koagulopatie	286
21.1.3	Diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC) a primární hyperfibrinolýza	286
21.1.4	Mikroangiopatické hemolytické syndromy	288
21.1.5	Cirkulující inhibitory koagulace a antikoagulancia	289
21.2	Trombotická diatéza u onkologicky nemocných	290
21.3	Závěr	293
22	Paliativní léčba v infekčním lékařství (P. Husa) recenze M. Staňková.....	295
22.1	Paliativní péče o pacienty s AIDS	296

22.1.1	Nejčastější symptomy u HIV-pozitivních nemocných a jejich léčba	297
22.1.2	Zásady péče o pacienty v pokročilých stádiích AIDS	303
22.1.3	Kdy zastavit antiretrovirovou terapii u AIDS	304
22.1.4	Rozdíly v paliativní terapii pacientů s AIDS a onkologických pacientů	304
22.2	Paliativní terapie u některých jiných infekčních chorob	305
22.3	Závěr	306
23	Nervové komplikace extracerebrálních a extramedulárních maligních nádorů (Z. Kadaňka) recenze I. Černý.....	309
23.1	Mozkové metastázy	309
23.1.1	Diagnostika	311
23.1.2	Terapie	311
23.1.3	Terminální péče	312
23.2	Spinální metastázy	312
23.2.1	Klinická symptomatologie	313
23.2.2	Diagnostika	314
23.2.3	Léčba	314
23.2.4	Terminální péče	315
23.3	Karcinomatóza plen	315
23.3.1	Klinická symptomatologie	315
23.3.2	Diagnostika	315
23.3.3	Léčba	316
23.4	Metastázy do periferního nervového systému	316
23.4.1	Brachiální plexus	316
23.4.2	Lumbosakrální plexus	316
23.5	Recidivující mozkové nádory	317
23.6	Paraneoplastické syndromy	317
23.7	Závažné symptomy a syndromy nervového systému provázející maligní onemocnění	321
23.7.1	Epileptické záchvaty	321
23.7.2	Kvalitativní poruchy vědomí	322
23.7.3	Terminální amence a delirium	323
23.7.4	Demence	323
23.7.5	Nespavost	323
23.8	Nežádoucí účinky cytostatik na nervový systém	323
23.8.1	Vliv na periferní nervový systém	323
23.8.2	Vliv na centrální nervový systém	325
23.9	Neurotoxická u imunosupresiv	325
23.10	Postižení nervového systému cytokiny	325
23.11	Poradiační encefalopatie, myelopatie a plexopatie	326
23.11.1	Poradiační encefalopatie	326
23.11.2	Poradiační demence	327
23.11.3	Chronická progresivní radiační myelopatie	327
23.11.4	Poradiační postižení hlavových nervů	327
23.11.5	Poradiační plexopatie a neuropatie	327
23.11.6	Poradiační nádory centrálního a periferního nervového systému	328

24	Rehabilitace v paliativní medicíně (<i>J. Siegelová</i>) <i>recenze V. Hradil</i>	331
24.1	Definice	331
24.2	Součástí rehabilitačního procesu	331
24.3	Zvláštnosti rehabilitace a její účinnosti	333
24.3.1	Rehabilitace a kvalita života	333
24.3.2	Psychologická podpora rehabilitace	333
24.3.3	Naděje a pozitivní přístup nemocného	334
24.3.4	Působení tělesné aktivity na rehabilitaci a kvalitu života	334
24.3.5	Časový faktor v rehabilitaci u nemocných v terminální fázi nemoci	335
24.3.6	Členové terapeutických týmů	335
24.3.7	Rehabilitace na jednotce intenzivní péče	335
24.3.8	Rehabilitace na lůžkovém onkologickém oddělení	335
24.3.9	Rehabilitace v denním centru onkologicky nemocných	336
24.4	Význam umění v rehabilitaci	336
24.4.1	Hudba jako součást rehabilitace	336
24.4.2	Krásná literatura	337
24.4.3	Výtvarné umění	337
24.5	Závěry	338
25	Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní péči (<i>Z. Boleloucký</i>) <i>recenze O. Vinař a M. Dostálová</i>	339
25.1	Úvod	339
25.1.1	Psychiatrická konziliární služba	339
25.1.2	Liaison psychiatrie	340
25.1.3	Consultation-liaison psychiatrie	340
25.2	Neuropsychiatrické symptomy a syndromy v paliativní péči	340
25.2.1	Afektivní poruchy	341
25.2.2	Kognitivní poruchy	350
	Delirium	351
25.3	Psychosociální aspekty v paliativní péči	352
25.3.1	Psychické příčiny zátěže nemocných v terminální fázi nemoci	352
25.3.2	Faktory ovlivňující adaptaci	354
25.3.3	Psychosociální podpora v paliativní péči	356
25.4	Interakce mezi lékařem a pacientem	357
25.4.1	Modely komunikace	358
25.4.2	Nedirektivní setkání	359
25.4.3	Zacházení s nemocnými v paliativní péči	359
25.4.4	Interakce zdravotníka a nevléčitelně nemocného	360
25.5	Psychiatricko-psychosociální intervence	361
25.5.1	Edukace	361
25.5.2	Behaviorální trénink	362
25.5.3	Individuální psychoterapeuticky orientovaná intervence	365
25.5.4	Skupinové intervence	367
25.5.5	Závěr	369
25.6	Lékař a terminální fáze	370
25.6.1	Sdělení diagnózy	370
25.6.2	Zacházení s nejistotou pacienta	373

25.6.3	Práce s příbuznými pacienta	374
25.7	Farmakoterapie	375
25.7.1	Tišení psychomotorického neklidu	375
25.7.2	Úprava narušeného spánku	379
25.8	Psychofyziologická reakce zdravotníků na zvýšenou profesionální zátěž	382
25.8.1	Dopad vyčerpání a další zátěže na organismus	382
25.8.2	Zdroje emočních problémů a zátěže zdravotníků	384
25.8.3	Syndrom vyhasnutí	386
25.9	Závěr	388
26	Únava při onemocněních zhoubnými nádory (P. Vodvářka)	
	<i>recenze Z. Boleloucký a O. Vinař</i>	397
26.1	Terminologie	397
26.2	Definice únavy	397
26.2.1	Fyziologická únava	397
26.2.2	Patologická únava při některých chronických onemocněních	397
26.2.3	Chronický únavový syndrom	397
26.2.4	Únava při nádorovém onemocnění	398
26.2.5	Kritéria stanovení diagnózy	398
26.2.6	Únava jako kritérium toxicity	399
26.2.7	Kritéria pro definici únavy.	399
26.3	Výskyt únavy u onkologicky nemocných	400
26.4	Příčiny únavy	400
26.4.1	Predisponující faktory	400
26.4.2	Patofyziologie únavy	400
26.4.3	Modely vzniku únavy	401
26.4.4	Faktory přispívající k únavě	402
26.5	Teorie vzniku únavy	403
26.5.1	Metabolity	403
26.5.2	Hormony	404
26.5.3	Energie	404
26.6	Patogeneze únavy	405
26.7	Hypotézy vzniku únavy	406
26.8	Vyšetření a zhodnocení únavy	407
26.8.1	Sebehodnotící nástroje únavy – dotazníky	408
26.8.2	Fyzikální vyšetření únavy	410
26.8.3	Úloha sestry při vyšetřování únavy	411
26.9	Jak pociťují virtuální patologickou únavu zdraví lidé	412
26.10	Léčebné strategie únavy	412
26.10.1	Rozhovor	412
26.10.2	Léčba známých příčin únavy	414
26.10.3	Symptomatologické přístupy	416
26.11	Závěry	420
27	Etické problémy paliativní medicíny (H. Haškovcová) recenze O. Sláma	423
27.1	Paliativní léčba a postoje umírajících	425
27.2	Informovaný souhlas	426
27.3	Práva pacientů	427

27.4	Paliativní léčba a postoje lékařů	429
27.5	Etické komise	430
27.6	Paliativní léčba a postoje příbuzných, případně veřejnosti	431
27.7	Kvalita života	432
27.8	Důstojné umírání a důstojná smrt	432
28	Umírání a smrt (H. Haškovcová) recenze O. Sláma	435
28.1	Ritualizace smrti	437
28.2	Domácí model umírání	437
28.3	Institucionální model umírání	438
28.4	Praktické přístupy k umírajícím	440
28.5	Eutanazie	444
29	Duchovní aspekty paliativní medicíny (A. Slabý) recenze O. Sláma	449
29.1	Spirituální dimenze lidské osoby	449
29.2	Duchovní nouze v terminální fázi nemoci	451
30	Emoční problémy v paliativní medicíně (O. Dostálová) recenze Z. Boleloucký.....	457
30.1	Výklad pojmů	457
30.2	Emoční obraz pacienta v paliativní péči	461
30.2.1	Emocionální stav před zahájením paliativní léčby	461
30.2.2	Emoční problémy v průběhu paliativní léčby	464
30.2.3	Reakce organismu na psychické a somatické úrovni	465
30.3	Pomoc při zvládání emocí	468
30.3.1	Pomoc bez psychoterapeutického výcviku	468
30.3.2	Odborná pomoc – psychoterapie	473
30.4	Emocionální problémy v sociálním prostředí pacienta	477
30.5	Emocionální problémy zdravotníků	478
30.6	Závěr	480
31	Sociální práce v paliativní medicíně (O. Dostálová, J. Šiklová), recenze M. Přidalová	485
31.1	Obecná charakteristika sociální práce	485
31.1.1	Pojem „sociální fungování“	485
31.1.2	Předmět sociální práce	485
31.1.3	Rozsah činnosti sociální práce	486
31.1.4	Vymezení sociální práce proti jiným oborům	486
31.2	Organizace sociální práce v ČR	487
31.2.1	Vliv politického klimatu a současná reforma sociální práce	487
31.2.2	Sociální práce a zdravotnictví	487
31.3	Sociální práce v paliativní medicíně	488
31.3.1	Sociální práce v paliativní medicíně v zahraničí	489
31.3.2	Sociální práce v oblasti paliativní medicíny v ČR	490
31.4	Pracovní postupy sociálního pracovníka užívané ve zdravotnictví	494
31.4.1	Případová studie	494
31.4.2	Další vybrané metody vhodné pro sociální práci v paliativní medicíně	498
31.5	Nevládní občanské iniciativy s působností v oblasti paliativní medicíny	500

31.5.1	Obecná charakteristika	500
31.5.2	Některé současné neziskové organizace u nás působící v oblasti paliativní medicíny	500
31.6	Závěr	502
32	Domácí paliativní péče (L. Hakl, O. Sláma) recenze R. Slámová	505
32.1	Úvod	505
32.2	Specifika péče o pokročile nemocného pacienta v domácím prostředí	505
32.3	Při zvažování možnosti domácí péče si je vhodné odpovědět na základní otázky	506
32.4	Postup při zavedení domácí péče	507
32.5	Závěr	508
33	Hospicové hnutí ve světě a u nás (M. Svatošová) recenze O. Sláma.....	511
33.1	Hospice – historie a vymezení pojmů	511
33.1.1	Vznik a vývoj hospicového hnutí	511
33.1.2	Pokus o definici hospice	511
33.1.3	Hospic z hlediska časového	512
33.1.4	Indikace lůžkové formy hospice	512
33.2	Zkušenosti hospiců v českých podmínkách	512
33.2.1	Ze statistiky	512
33.2.2	Důvody žádostí o lůžko v hospici a spektrum diagnóz	513
33.2.3	Žádost a svobodný informovaný souhlas	513
33.2.4	Výběr personálu	513
33.2.5	Ošetrovatelský proces a ošetrovatelská dokumentace	513
33.2.6	Kontrola a kontinuální léčba bolesti	514
33.2.7	Týmová spolupráce a nedirektivní přístup	514
33.2.8	Spiritualita a autonomie nemocného	514
33.2.9	Režim dne v hospici	514
33.2.10	Pravda z hlediska potřeb nemocného	515
33.2.11	Spolupráce s rodinou a péče o pozůstalé	516
33.2.12	Úloha a význam dobrovolníků v hospici	516
33.2.13	Spousta zbytečného utrpení	516
33.2.14	Prevence syndromu vyhoření	517
33.3	Nejbližší úkoly hospicového hnutí v ČR	517
33.3.1	Zlepšit dostupnost paliativní péče	517
33.3.2	Systémově vyřešit financování	518
33.3.3	Vzdělávání a výchova nejen odborníků	518
33.4	Adresář českých a moravských lůžkových hospiců	519
34	Vzdělávání v paliativní péči (A. Mellanová) recenze O. Sláma	521
34.1	Cíle vzdělávání v paliativní péči	521
34.2	Obsah vzdělávání v paliativní péči	522
	Teoretické znalosti	523
34.3	Metody používané při vzdělávání v paliativní péči	524
34.4	Hodnocení výsledků vzdělávacího procesu	528
	Rejstřík	531

Předmluva

Moderní technologická medicína přinesla zásadní proměnu způsobu, jakým stonáme a jakým umíráme. Ještě před 100 lety byly nejčastějšími příčinami úmrtí infekce a úrazy. Stonalo se krátce a umíralo rychle. Bouřlivý rozvoj medicíny, jež začal od poloviny 20. století s sebou přinesl převratné objevy. Antimikrobiální léčba, možnosti podpory vitálních funkcí, objevy v kardiologii či onkologii vedly k výraznému prodloužení očekávané délky života. Daň, kterou za tyto pokroky platíme, je obvykle několikaletá zkušenost života s některým z chronických onemocnění, jehož projevy podstatným způsobem určují kvalitu posledních měsíců a let našeho života. Lze říci, že v současné době umírá pouze asi 10 % lidí náhlou smrtí, tedy rychle ze stavu plného zdraví. U naprosté většiny (kolem 90 %) jsou poslední roky či měsíce života poznamenány postupnou progresí jedné z následujících chronických nemocí: nádory, chronické srdeční selhání, cévní onemocnění mozku, CHOPN a neurodegenerativní onemocnění (např. demence a Parkinsonova nemoc). V některých částech světa je významná rovněž problematika nemocných AIDS. Současné medicína není u těchto nemocí schopna pacientům nabídnout kurativní léčbu. Neumíme dosáhnout úplného vyléčení a pacienti jsou v tomto smyslu „nevléčitelní“. Ovlivněním některých patofyziologických mechanismů však umíme přirozený průběh onemocnění podstatným způsobem modifikovat. Umíme výrazně prodloužit délku života a zmírnit symptomy, které nemoc pacientovi působí. Takto mohou „nevléčitelní“ nemocní pacienti často řadu let žít s „kompenzovanou“ chronickou nemocí a s dobrou kvalitou života. Po určité době jsme však obvykle svědky postupné progresie nemoci a selhávání kompenzačních mechanismů bez možnosti dalšího kauzálního ovlivnění. Pacienti v přímém důsledku své nemoci nebo na bezprostředně související komplikace umírají. Péče o nemocné s chronickým, život ohrožujícím onemocněním je podstatou přístupu zvaného paliativní péče. Paliativní péče je moderní a celosvětově rychle se rozvíjející typ péče, který u nemocných v pokročilých stádiích nevléčitelných onemocnění usiluje především o mírnění bolesti a dalších symptomů. Vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, chrání jejich důstojnost a klade důraz na kvalitu života. Paliativní péče je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální aspekty. Základní principy a praktické postupy paliativní péče byly vypracovány v kontextu péče o pokročile onkologicky nemocné v 60. a 70. letech 20. století. Postupně se však ukázalo, že jsou tyto postupy relevantní také u ostatních chronických progresivních nemocí. Ve vyspělých zemích začíná být na problematiku paliativní péče pohlíženo jako na závažné téma zdravotní politiky. Světová zdravotnická organizace deklaruje rozvoj paliativní péče jako jednu z prioritních oblastí rozvoje zdravotnictví a sociální péče (National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines, Geneva, 2002). Také rozsáhlá autoritativní studie „Priority Areas for National Action“, vydaná v USA respektovaným medicínským institutem (Institute of Medicine) v roce 2003, klade rozvoj paliativní péče mezi šest nejdůležitějších předních okruhů zdravotní péče v prvních desetiletích 21. století. V Evropském kontextu vyhláší právo pacienta

na komplexní paliativní péči Deklarace Parlamentního shromáždění Rady Evropy č. 1418 z roku 1999 nazvaná „Ochrana práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných“. Vlády a politici členských zemí jsou v tomto dokumentu vyzývány, aby s ohledem na místní podmínky podporovali rozvoj vzdělávání a výzkumu v oblasti paliativní péče a k systémovým opatřením, jež by tuto péči učinila dostupnou všem pokročile nemocným. V této souvislosti se můžeme ptát, jak vypadá situace paliativní péče v ČR v roce 2004.

Otázkám paliativní péče začíná být věnována stále větší pozornost. Některá témata paliativní medicíny se stala součástí kurikula na zdravotních školách a lékařských fakultách. V rámci postgraduálního vzdělávání existuje pro lékaře a sestry nabídka vzdělávacích kurzů. Významná je činnost Sekce paliativní medicíny v rámci Společnosti pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP a subkatedry paliativní medicíny při IPVZ Praha. Od května 2004 vstoupil v platnost zákon č. 95/2004 o podmínkách získání a uznání odborné způsobilosti, ve kterém je poprvé uznán samostatný obor Paliativní medicína a léčba bolesti. Lze předpokládat, že tento vývoj otevře další možnosti v oblasti vzdělávání a především v oblasti budování nejrůznějších specializovaných zařízení paliativní péče. Paliativní medicína pomalu vstupuje do povědomí lékařů jako plnohodnotná oblast lékařské expertízy.

Existuje řada důkazů, že navzdory pozitivním změnám v posledním desetiletí se velké většině pokročile nemocných a umírajících v naší zemi stále nedostává odpovídající péče. Závěr života mnohých z nás je tak zbytečně provázen bolestí, osamělostí, ztrátou důstojnosti a dalšími formami utrpení, jimž by bylo možné předejít. Příčin tohoto velmi neuspokojivého stavu a s ním spojeného zbytečného utrpení je nepochybně mnoho. Jednou z nejdůležitějších jsou pravděpodobně nedostatečné znalosti a praktické dovednosti zdravotníků, kteří o pokročile nemocné pečují. Naším přáním je, aby monografie Paliativní medicína alespoň částečně přispěla ke zmírnění dluhu, který vůči našim těžce nemocným pacientům máme.

Naše kniha se zaměřuje na oblast paliativní péče v onkologii. Přináší přehled nejčastějších symptomů pokročilého nádorového onemocnění a možností jejich léčby. Jsou představeny možnosti a limity jednotlivých modalit protinádorové léčby v kontextu paliativní péče. Z pera renomovaných odborníků pochází kapitoly o problematice psychologické, sociální, etické a spirituální. Pozornost je věnována také otázkám podpory a spolupráce s pacientovou rodinou. Samostatná kapitola je věnována hospicovému hnutí. Shrnuty jsou současné poznatky o možnostech paliativní péče o pacienty s AIDS.

Doufáme, že naše kniha přispěje ke zlepšení kvality péče o nevyléčitelně nemocné.

Autoři

1 Úvod do problematiky paliativní medicíny

Paliativní medicína bývá popisována jako nová specializace. Jde však o nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu. Vždyť celá historie medicíny je především ve znamení tlumení symptomů, zvláště u tak závažných onemocnění, jako jsou zhoubné nádory. Ještě v nedávné minulosti lékaři jen zcela výjimečně mohli u onemocnění postupovat kauzálně a léčba a péče byla zaměřena především na zmírnění obtíží nemocného.

V současné době je výuka lékařů a sester často zaměřena na technologicky pojatou medicínu využívající komplikované přístrojové vybavení a sofistikované vyšetřovací a léčebné postupy. Jsou převážně orientováni na jednoznačný cíl – uzdravení nemocného. Každá jiná možnost je pak považovaná za neúspěch a případné selhání jednotlivce i týmu. Péče o chronicky nemocné a o nemocné v terminální fázi života nebývá v popředí zájmu zvláště mladších zdravotníků. Přitom je nepochybné, že těchto nemocných je většina a potřebují lékařskou i ošetrovatelskou péči nejvíce. Pokroky ve farmakoterapii, chirurgii a radioterapii v posledních dvaceti letech přitom naše možnosti v paliativní medicíně výrazně zlepšily.

Moderní paliativní medicína výrazně přispívá k dobré kvalitě života nemocných při využití interdisciplinární týmové práce zdravotníků s různými znalostmi a dovednostmi.

1.1 Historické poznámky

Koncept celostní péče o těžce nemocného pacienta, tedy nejen o jeho „tělo“, ale také o „duši“ a sociální prostředí byl v tradici evropské medicíny přítomen po staletí. Při některých klášterech vznikaly již ve středověku útulky pro těžce nemocné a zmrzačené. V roce 1842 Jeanne Garnierová založila v Lyonu společenství žen (většinou vdov), které se plně věnovalo péči o nevyléčitelně nemocné. V roce 1847 toto společenství otevřelo v Paříži první dům pojmenovaný hospic. Právě v souvislosti s dílem J. Garnierové získalo slovo „hospic“ svůj význam jako místo, kam jsou přijímáni pacienti na konci života. V roce 1878 zakládá v irském Dublinu Marie Aikenheadová kongregaci Sester lásky, jejíž hlavním posláním je doprovázení umírajících při umírání. Tato komunita založila několik domů v Irsku a v Anglii, např. hospic sv. Josefa v Londýně. V tomto hospici pracovala po 2. světové válce Cicely Saundersová, zpočátku jako zdravotní sestra, po ukončení studií jako lékařka. V 50. letech 20. století zde postupně formulovala zásady lékařské péče přiměřené potřebám a situaci nemocných, kterým tehdy rychle se rozvíjející medicína nemohla nabídnout vyléčení. Významné jsou její výzkumy o použití perorálního morfinu v léčbě chronické nádorové bolesti. Ve své práci byla Saundersová silně ovlivněna dílem známého psychologa Carla Rogerse, především jeho myšlenkami o naslouchání a komunikaci s nemocným. Za určitý souhrn základních myšlenek Saundersové (a celého hospicového hnutí) lze považovat její koncept „celkové bolesti“ (total pain). Tělesná bolest je dle tohoto pojetí nerozlučně spjata a vzájemně

se ovlivňuje s utrpením (bolestí) v oblasti psychické, sociální a duchovní. Zvláště u terminálně nemocných a umírajících je tato vzájemná provázanost zcela zásadní a jednotlivé složky bolesti nelze mírnit odděleně. V roce 1967 zakládá Saundersová na předměstí Londýna hospic sv. Kryštofa, ve kterém je péče o „celkovou bolest“ terminálně nemocných poprvé zajištěna multidisciplinárním týmem. Toto bývá považováno za počátek moderního hospicového hnutí. V souvislosti s biologickou a technologickou orientací moderní medicíny zůstalo toto pojetí do určité míry v pozadí. Rozvoj medicíny v 2. polovině 20. století a její převratné úspěchy dávaly důvod k optimismu. Převládlo přesvědčení, že je pouze otázkou času a dalšího vývoje, kdy lidstvo zvítězí nad všemi chorobami. Nevyléčitelně nemocní a umírající pacienti, u kterých „vítězná“ technologická medicína selhala, se pak často ocitali zcela na pokraji zájmu zdravotníků. Jejich postoj je shrnut v tvrzení, že s pacientem, kterého nemůžeme vyléčit, se již „nic nedá dělat“. Hospicové hnutí vzniká jako určitá reakce, často protest proti výše uvedenému postoji. Naproti tvrzení „nic se nedá dělat“ staví přesvědčení, že bez ohledu na diagnózu, stupeň pokročilosti i nepříznivou prognózu, můžeme vždy udělat něco pro zlepšení kvality zbývajících života. Právě ono „něco“ je náplní a obsahem hospicové a paliativní medicíny. Vztah mezi prvními hospici a hlavním proudem medicíny byl zpočátku velmi napjatý. Aktivisté hospicového hnutí, často nezdravotníci nebo nižší a střední zdravotníci vyjadřovali přesvědčení, že péče o nevyléčitelně nemocné a umírající je v nemocnicích zcela nepřiměřená, příliš agresivní a nedostatečně empatická. Z prostředí akademické medicíny zaznívala kritika hospiců za neprofesionalitu, podceňování výsledků moderního výzkumu, terapeutický nihilismus a přílišný důraz na duchovní aspekty péče. Hospicové hnutí rozvíjelo svou činnost v několika formách. Na „klasické“, samostatně stojící lůžkové hospice často navazovala domácí hospicová péče (někdy se užívá označení „mobilní hospic“). Domácí forma hospicové péče se rozvinula především v USA a ve Velké Británii. Některé hospicové programy provozují kromě lůžkové a domácí péče také tzv. denní hospicové stacionáře. V roce 1975 založil doktor Balfour Mount v Royal Victoria Hospital v kanadském Montrealu první oddělení paliativní péče. Termín paliativní péče zvolil, aby předešel nedorozuměním spojeným s pejorativními konotacemi slova „hospic“. Koncept paliativní péče vychází ze zásad hospicového hnutí. Nevymezuje se však proti hlavnímu proudu medicíny. Naopak systematicky usiluje o aplikaci přístupů a dílčích postupů hospicové péče v podmínkách akutní nemocniční péče. Novou organizační formou hospicové/paliativní péče jsou specializované ambulance a konziliární paliativní týmy, které začínají působit v řadě nemocnic v západní Evropě a Americe. Lze říci, že v současné době je překonána nevraživost mezi hospicovou a paliativní péčí a akademickou medicínou. Hospice se staly místem, kde jsou aplikovány nejmodernější léčebné postupy při mírnění symptomů a kde probíhá soustavný klinický výzkum. Naopak v mnoha akutních nemocnicích a zařízeních následné péče je snaha prakticky využívat postupů a poznatků získaných v prostředí hospiců.

Paliativní péče v Evropě

Rozvoj specializované paliativní péče má v každé zemi svá specifika: odlišné jsou způsoby organizace péče, jejího financování a především způsob začlenění do systé-

mu zdravotní a sociální péče. Rozdílné jsou také kulturní rámce, v nichž se paliativní péče rozvíjí: vztah společnosti ke smrti a umírání, význam filantropie a dobrovolnictví ve společnosti, role rodiny a nejbližší komunity, politická a mediální kultura a další prvky. Následující tabulka uvádí přehled specializovaných zařízení paliativní péče ve vybraných evropských zemích.

Tabulka 1.1 *Zařízení paliativní péče ve vybraných evropských zemích (stav v r. 2000), Clark D.2001)*

Země	Belgie	Německo	Itálie	Nizozemí	Španělsko	Švédsko	V. Británie	Polsko	ČR
Počet obyvatel (mil.)	10,1	82	57,4	15,6	40,0	8,8	57,1	38,6	10,2
Lůžkové hospice	1	64	3	16	1	69	219	22	6
Oddělení paliat. péče	49	50	0	2	23			50	0
Počet paliativních lůžek	358	989	30	119	812	298	3196	758	170
Paliativní lůžka na 1 mil.obyvatel	35,4	12,1	0,5	7,6	20,3	33,8	56	19,6	16,7
Konziliární paliat. týmy/ambulance	55	2	0	34	45	41	336	3	1
Domácí paliativní péče	45	582	88	286	75	67	355	149	0
Denní stacionáře	2	9	0	0	0	13	248	8	0

Vzhledem k dynamickému rozvoji paliativní péče v posledních letech lze předpokládat, že počty specializovaných zařízení jsou dnes ve většině zemí vyšší, než uvádí náš přehled. Přesto se pravděpodobně příliš nemění poměrné zastoupení jednotlivých forem (především poměr lůžkových a ambulantních, resp. domácích zařízení).

Z přehledu jednoznačně vyplývá, že v rámci Evropy existuje značná nerovnoměrnost v dostupnosti paliativních služeb. Tyto rozdíly v dostupnosti péče nenacházíme pouze mezi jednotlivými zeměmi. Při bližším pohledu se ukazuje, že je tato nerovnoměrnost velice výrazná také mezi různými oblastmi v rámci jednotlivých zemí. Je to dáno způsobem, jakým velká část paliativních zařízení vznikala – jako lokální iniciativy, často mimo struktury veřejného zdravotnictví. V posledních letech jsme ve většině zemí Evropy svědky snahy tyto rozdíly v dostupnosti specializované paliativní péče redukovat. Nástroje, které jsou k tomu užívány, jsou různé. Většinou se však jedná o snahu integrovat stávající zařízení paliativní péče do systému zdravotní péče (např. ve Velké Británii), ale především o pokusy formulovat koncepční zdravotní politiku v oblasti péče o nevyléčitelně nemocné a umírající (např. Francie, Belgie, Španělsko, Nizozemí). Tato koncepční politika je podle místních specifik obvykle realizována stanovením minimální sítě a struktury paliativních služeb a podporou jejich rozvoje. Zdá se, že právě tato institucionalizace paliativní péče, tedy její ustavení jako standardní součásti zdravotnických a sociál-

ních systémů, může zaručit její dostupnost pro co největší počet lidí. Velkou roli přitom hraje podpora vzdělávání všech zdravotníků v paliativní péči. Paliativní medicína je ve většině zemí Evropy povinnou součástí pregraduální přípravy lékařů i sester. Ve Velké Británii a Irsku je paliativní medicína uznána jako samostatný lékařský obor s 5 letou specializační přípravou. V ostatních zemích je postgraduální vzdělávání organizováno obvykle formou bohaté nabídky kurzů a vzdělávacích programů. Potvrzení o kvalifikaci v oboru paliativní medicína má obvykle podobu certifikátu vydaného odbornou společností. Poskytovatelé paliativní péče jsou obvykle většinou sdruženi v národních odborných společnostech. Jejich volným sdružením je Evropská asociace paliativní péče (EAPC), která pravidelně pořádá kongresy a vydává *European Journal of Palliative Care*. Tematikou paliativní a podpůrné péče se zabývá řada národních a mezinárodních kongresů. Vychází několik odborných periodik o paliativní péči s celosvětovým dosahem, např. *Palliative Medicine*, *Journal of Pain and Symptom Management*, *Supportive Care in Cancer*, *International Journal of Palliative Nursing*, *Psycho-oncology* aj.

Paliativní péče v ČR. V naší republice se zájem o paliativní medicínu rozvinul až po roce 1989. Řada našich lékařů a sester měla možnost navštívit zahraniční pracoviště, kde získali mnoho praktických i teoretických poznatků. Pod vlivem těchto zkušeností bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců, které působí jako nestátní zdravotnická zařízení zřizovaná občanskými sdruženími nebo katolickou Charitou. První byl otevřen Hospic Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svítavou. Toto oddělení bylo bohužel před několika lety transformováno na LDN. Ve FN Brno působí od roku 2001 specializovaná ambulance paliativní medicíny v rámci Oddělení léčby bolesti. Formou ambulantních a konziliárních vyšetření se snaží zlepšovat úroveň péče o pokročile nemocné na různých odděleních a klinikách fakultní nemocnice. V posledních letech vzniklo několik agentur, které se zaměřují na domácí hospicovou péči. Rozvoj tohoto typu péče je však značně limitován stávajícím způsobem úhrad péče ze strany zdravotních pojišťoven. Celkově lze říci, že dynamika rozvoje zařízení specializované paliativní péče je v ČR ve srovnání s ostatními srovnatelnými zeměmi (Polsko, Maďarsko) poměrně pomalá. V ČR zatím zcela chybí koncepční zdravotní politika v oblasti péče o nevyléčitelně a terminálně nemocné.

Významnou oblastí pro rozvoj paliativní medicíny je vzdělávání. V kurikulu pregraduálního vzdělávání lékařů je v roce 2004 na českých lékařských fakultách zastoupení témat paliativní péče spíše útržkovité. Paliativní medicína je vyučována v rámci předmětu lékařská etika a klinická onkologie. Mnohem komplexněji je problematika paliativní medicíny vyučována v bakalářských a magisterských programech ošetrovatelských oborů. Postgraduální vzdělávání je zajišťováno nabídkou kurzů pořádaných Subkatedrou paliativní medicíny IPVZ Praha a Národním centrem ošetrovatelství v Brně. V rámci Společnosti pro studium a léčbu bolesti působí sekce paliativní medicíny. Od roku 1995 je každoročně pořádán Brněnský den paliativní medicíny. Významnou změnu přineslo uznání samostatného oboru „Paliativní medicína a léčba bolesti“ v lednu 2004. V současné době probíhá práce na vytvoření programu specializační přípravy v tomto oboru. Ustavení samostatného oboru vytváří předpoklad pro další rozvoj paliativní medicíny v oblasti vzdělávání, ale také zlepšení její dostupnosti pro pacienty.

Paliativní péče je poskytována jistě od nepaměti, historické prameny jsou známe již z doby antiky. Paliativní léčba v moderní době byla poskytována především pacientům s nádory. Tato péče byla prováděna multidisciplinárně, nejen lékaři, ale také zdravotními sestrami, duchovními, jeptiškami, členy rodiny i ostatními laiky. Hospicová zařízení pro péči o umírající byla zřizována na konci 19. a začátkem 20. století různými katolickými řády ve Francii, Irsku, Anglii, Austrálii a Spojených státech amerických. V těchto zařízeních byl kladen důraz na fyzickou, psychologickou a duchovní péči a na respektování individuality každého jedince.

V padesátých a šedesátých letech tohoto století začala být v západní Evropě a USA pocíťována potřeba zlepšení péče o nemocné v terminální fázi onemocnění. Lékaři a nemocniční systém byli kritizováni zevně i zvenku. Byla kritizována špatná péče, nedostatek pozornosti věnované nemocným, nedostatečná léčba bolesti, péče orientovaná na chorobu a ne na nemocného, nedostatečné řešení psychických, duchovních a rodinných problémů pacientů, nedostatečná dovednost personálu provádějícího domácí péči. Jako odpověď na tuto kritiku vzniklo tak zvané hospicové hnutí, které zahájilo změny v péči o nevyléčitelně nemocné ve všech oblastech. Nejlepší aspekty z tohoto hnutí byly později včleněny do moderní multidisciplinární paliativní medicíny.

Významným mezníkem v moderní paliativní medicíně bylo v 70. letech ve Velké Británii ustanovení pěti zásad rozvoje oboru:

1. založení oddělení hospicové (paliativní) medicíny, která provádějí komplexní multidisciplinární péči, včetně vysoce odborné péče lékařské,
2. rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče, včetně vyškolení lékařů a sester v tomto oboru, kteří pracují jako součást multidisciplinárního paliativního týmu,
3. založení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích, které zavádějí multidisciplinární paliativní péči zpět do nemocničních provozů,
4. rozvinutí konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všeobecných nemocnicích,
5. výuka všech lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární paliativní péče.

Velmi důležitým mezníkem bylo v roce 1967 otevření St. Christopher's Hospice v Londýně Dr. Cicely Saundersovou. Šlo o první, všem dostupný hospic provádějící komplexní multidisciplinární paliativní péči. Péče o psychické, sociální a duchovní problémy nemocných jsou zde prováděny současně s vynikající lékařskou léčbou, s výzkumem a výukou v oblasti paliativní medicíny. Úspěchy St. Christopher's Hospice ukázaly cestu k zakládání dalších podobných zařízení všude ve světě. Důležitým úkolem těchto pracovišť bylo ukázat všem lékařům, sestrám i ostatním zdravotnickým pracovníkům hlavní úlohu a výhody multidisciplinární paliativní péče. Začala výuka studentek zdravotnických škol a mediků, rozvinula se postgraduální výuka v paliativní medicíně a péči. V Anglii byla před nedávnem zavedena i specializační atestace v paliativní medicíně, jako první profesor paliativní medicíny byl jmenován dr. G. Hanks z Bristol Oncology Centre, který je také editorem velké monografie Oxford Textbook of Palliative Medicine

a šéfredaktorem časopisu *European Journal of Palliative Care*, který vychází v angličtině a francouzštině.

Budoucnost paliativní medicíny většina odborníků vidí v co nejlepší výuce dovedností a znalostí v tomto oboru pro všechny lékaře, sestry i ostatní zdravotnické pracovníky. To by pak zajistilo dokonalou paliativní péči pro všechny pacienty na kterémkoliv nemocničním lůžku či v domácí péči za pomoci spolupracujícího multidisciplinárního týmu.

1.2 Definice paliativní medicíny

Jednotná všeobecně přijímaná definice paliativní medicíny a paliativní péče neexistuje.

Zcela uspokojující definice paliativní medicíny či paliativní péče zřejmě neexistuje. V USA se termín „hospice“ často používá pro paliativní péči, ale mnoho lidí si pod pojmem hospice představují budovu nebo instituci, kde je nemocný umístěn. Pro ilustraci uvádíme některé často citované definice paliativní medicíny:

Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.

Velká Británie 1987

Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. 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.

Světová zdravotnická organizace (WHO) 1990

Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin.

Světová zdravotnická organizace (WHO) 2002

Při pozorném čtení můžeme na základě těchto definic sledovat určitý vývoj v pojetí paliativní medicíny. Tradičně se paliativní medicína soustředila především na péči o pokročile nemocné a umírající onkologické pacienty. Světová zdravotnická organizace ve své definici paliativní péče v roce 1990 uvádí, že se jedná o „komplexní péči o nemocné, jejichž onemocnění neodpovídá na péči kurativní.“ Typickým zařízením takto chápané paliativní péče je hospic (jako lůžkové zařízení nebo program komplexní péče poskytované v domácím nebo jiném náhradním sociálním prostředí). V posledním desetiletí jsme však svědky narůstající pozornosti věnované potřebám lidí, kteří trpí jinými (neonkologickými) chronickými a potenciálně letálními chorobami. Postupy a zkušenosti získané v kontextu hospicové

paliativní péče o onkologické pacienty se ukazují jako velmi efektivní rovněž u jiných skupin pacientů. Dochází tak k určitému rozšíření konceptu paliativní péče, a to ve dvou dimenzích:

První dimenzí je rozšíření spektra diagnóz, pro které jsou postupy paliativní péče relevantní. Paliativní péče není určena pouze onkologicky nemocným, ale všem, kteří trpí nějakou progresivní chronickou nemocí (např. ischemickou chorobou srdeční, chronickou obstrukční plicní nemocí, neurodegenerativním onemocněním, demencí atd.).

Druhou probíhající změnou je rozšíření časového úseku v průběhu nemoci, ve kterém jsou postupy paliativní péče použitelné. Hospicová paliativní péče chápala sebe sama především jako péči o terminálně nemocné a umírající (poslední týdny a dny života). Nová definice paliativní péče WHO 2002 již nepracuje s konceptem terminálního onemocnění, ale konceptem onemocnění ohrožujícího život. U všech nemocných s onemocněním život ohrožujícím (bez ohledu na aktuální prognózu) je třeba včas identifikovat a účinně mírnit utrpení ve všech jeho dimenzích.

Takto široce pojatá definice paliativní péče opouští klasickou dichotomii (paliativní začíná tam, kde končí kurativní) a nahrazuje ji komplementárním modelem (paliativní je v různé míře relevantní současně s kurativní, resp. kauzální a na příčinu nemoci orientovanou léčbou).

Problematika paliativní péče u neonkologických onemocnění je však i ve světě teprve v počátcích. Proto jsme se rozhodli koncipovat naši monografii především jak paliativní medicínu u onkologických nemocí.

Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči pro umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů i dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé (bereavement).

National Hospice Organisation Arlington, Virginia, USA

Definice obsahují všechny aspekty péče, lékařské i nelékařské, pro nemocného i pro jeho rodinu, a to trvale po dobu nemoci. Jinými slovy, paliativní péče může být popsána jako celková, totální léčba a péče. Je zdůrazňován multidisciplinární přístup k nemocnému, ať už je péče poskytována v hospici, nemocnici nebo doma. Definice se nezmiňují o terminální péči nebo o péči o umírající, protože principy a praktická aplikace paliativní péče by měly být používány i před konečnými dny či týdny nemocného. Léčba nemocných v terminálním stavu a péče o umírající jsou dvě tváře či stadia pokračující paliativní léčby a péče, která celkově často trvá dlouhé měsíce.

1.3 Paliativní péče a utrpení

Utrpení můžeme definovat jako bolest či tíseň související s událostmi, které ohrožují neporušenost nebo celistvost jedince. Cílem paliativní léčby je provádět integrovanou komplexní péči, která je předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení

nemocného. Utrpení musí být odlišováno od bolesti a ostatních symptomů, se kterými bývá spojováno, a to z několika důvodů:

- a) utrpení je zkušenost nebo zážitek jedince, celého jedince, ne jenom těla nebo ducha (mysli),
- b) utrpení může být výsledkem přerušení, ovlivnění či zásahu různých aspektů jedince (fyzických, psychických, sociálních, kulturních či duchovních) a ne pouze výsledkem bolesti či ostatních symptomů,
- c) jsou obrovské individuální variace ve vnímání utrpení, zvláště v případě bolesti nebo jakékoliv hrozby,
- d) je známo, že bolest může způsobovat jen malé nebo žádné utrpení či tíseň při akutních onemocněních, kdy má krátké trvání a je pro nemocného lehčeji pochoptitelná.

Etiologie utrpení zahrnuje celý komplex problémů, o kterých byla napsána řada filozofických, psychologických a teologických pojednání. V klinické praxi je prospěšnější mít jednoduchou klasifikaci, abychom se mohli pokusit pomoci nemocnému utrpení odstranit či alespoň zmírnit. Příčiny utrpení můžeme rozdělit na fyzické, psychické, sociální, kulturní a duchovní, tabulka 1.2.

Pro nemocné s pokročilým zhoubným nádorem může být zdrojem utrpení kterákoliv z uvedených příčin a jejich účinky se sčítají. Termín celkové (totální) utrpení se používá k popisu součtu všech utrpení nemocného, kterému je určena také celková (totální) paliativní léčba a péče.

Různé aspekty utrpení jsou vzájemně závislé. Neřešené a neléčené problémy vztahující se ke kterékoliv příčině utrpení jsou následně příčinou vzniku některého dalšího aspektu utrpení. V praxi to znamená, že řešení kterékoliv příčiny utrpení má pozitivní vliv na zabránění vzniku nebo zmírnění některého dalšího aspektu utrpení. Například neléčená nebo špatně léčená bolest má za následek zhoršení dalších příčin utrpení, včetně fyzických symptomů, úzkosti a deprese, sociálních, kulturních a duchovních problémů. Důležité je, že všechny ostatní komponenty utrpení nemohou být úspěšně odstraněny, pokud není zmírněna či odstraněna bolest. Na druhé straně, bo-

Tabulka 1.2 *Aspekty utrpení a přístup k paliativní léčbě*

Celkové (totální) utrpení	Komplexní léčba
bolest	léčba bolesti
další fyzické symptomy	léčba dalších symptomů
psychické problémy	odstranění psychických problémů
sociální potíže	zmírnění sociálních potíží a problémů
kulturní faktory odlišné u různých národností	plynoucích z kulturních zvyklostí různých etnik
duchovní starosti	zmírnění duchovních starostí
= celkové (totální) utrpení	= multidisciplinární paliativní péče = celková (totální) péče

lest může být zhoršena ostatními příčinami utrpení, včetně dalších fyzických symptomů, úzkosti a deprese, sociálních problémů, kulturních postojů či duchovních starostí.

1.4 Multidisciplinární přístup k paliativní léčbě

Jak již bylo řečeno, úspěšná paliativní léčba vyžaduje věnovat pozornost všem aspektům pacientova utrpení. Optimální léčba vyžaduje spolupráci lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků, tedy multidisciplinární přístup.

Základní jednotkou pro poskytování paliativní péče je multidisciplinární tým. Tvoří ho řada odborníků různých profesí, kteří se vzájemně setkávají a diskutují jak nejúčinněji individuálně řešit problémy nemocného (tab. 1.3).

Veškerá léčba musí být s pacientovým souhlasem a ve shodě s jeho přáním.

Tabulka 1.3 Paliativní péče, složení multidisciplinárního týmu

lékaři různých specializací
zdravotní sestry
dietní sestra
sociální pracovník
rehabilitační pracovník
psycholog
psychiatr
duchovní
další pracovníci dle potřeby
členové rodiny
přátelé
dobrovolníci

1.5 Integrace paliativní léčby do klinické praxe

1.5.1 Paliativní péče je aktivní léčba

Mnoho zdravotníků se domnívá, že paliativní léčba znamená především omezení, zmenšení či zjednodušení léčby v případě, když přestane být naděje na uzdravení nemocného. Rozpoznání, že je pacientovo onemocnění nevyléčitelné, však v žádném případě není důvodem k minimalizaci léčby. Je především výzvou k jasnému definování cílů léčby. Co je cílem léčby v situaci, kdy je zřejmé, že nedosáhneme vyléčení? V onkologii může být tímto cílem prodloužení přežití (navození remise anebo alespoň zpomalení progresu nádoru). Při rozhodování o použití protinádorové léčby je třeba stanovit, o kolik může být život daným léčebným postupem prodloužen (týdny?měsíce?roky?) a za jakou cenu (nežádoucí účinky léčby, hospitalizace, ekonomická náročnost léčby). Je třeba s pacientem pokud možno otevřeně hovořit o tom, zda je pro něj např. prodloužení života o několik týdnů či měsíců významné. Některé postupy protinádorové léčby (analgetická radioterapie, některé režimy chemoterapie) můžeme zvažovat i ve velmi pokročilých stádiích nemoci. V této situaci obvykle neusilujeme o prodloužení přežití, ale o zmírnění obtíží plynoucích z nemoci. V každé situaci je indikovaná aktivní a často velmi intenzivní léčba symptomů nemoci. Určitou formu paliativní péče vyžaduje více než 70 % všech onkologicky nemocných pacientů.

1.5.2 Důležitost a kvalita paliativní medicíny, výhledy do budoucnosti. Standardy a nákladnost paliativní medicíny

V současné době je vyvíjena ze strany zdravotních pojišťoven a managementů nemocnic velká snaha o zlepšení kvality a efektivity léčby a péče o nemocné, oblast paliativní medicíny nevyjímaje. Jsou zaváděna hodnocení kvality, vypracovávány standardy, prováděny audity a udělovány akreditace pro zlepšení medicínské i ekonomické úrovně našeho zdravotnictví. Hledají se optimální formy a modely úhrady jednotlivých druhů péče. Je zřejmé, že paliativní medicína pečuje o velmi heterogenní skupinu pacientů z hlediska ekonomické náročnosti potřebné péče. U některých nemocných je charakter a intenzita této péče velmi podobná péči na jednotce intenzivní péče. Jindy je v popředí zdravotní péče poměrně nenáročná péče ošetrovatelská. Pro kalkulaci celkových nákladů představuje závažnou překážku bytostně její multidisciplinární charakter. Nedílnou součástí této péče je péče o psychosociální a duchovní aspekty. U některých nemocných jsou tyto oblasti mnohem důležitější než tělesné obtíže. Je zřejmé, že zdravotní pojišťovna nebude ochotna hradit tyto „nemedicínské“ součásti celkové léčby a péče. Vhodný model úhrady péče pro jednotlivé skupiny pacientů teprve hledáme. Paliativní medicína není s největší pravděpodobností méně drahá než léčba kurativní, liší se tím zásadně od takzvané ošetrovatelské péče na ošetrovatelských lůžkách. Tento fakt často není pochopen, převládá nesprávná představa, že paliativní léčba je laciná, méně profesionálně medicínsky i ošetrovatelsky náročná, společensky méně významná. Množství nemocných, kteří tuto léčbu vyžadují, nejen v oblasti onkologie, nás zavazuje k rychlejšímu a důslednějšímu prosazování správné klinické a ošetrovatelské praxe i v oboru paliativní medicíny.

Literatura

- AULBERT, E., ZECH, D. Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart, Schattauer 1997. 164 s.
- BALLARD, M., BEACH, C., BEATTIE, R. et al. Standards of care palliative nursing. Suffolk, St. Edmundsbury Press Ltd., 1995., 27 s.
- CLARK, D., TEN HAVE, H. et al. Common threads? Palliative care service developments in seven European countries. *Palliat Med.* 2000, 14, s. 479–490.
- DAVIES, E., HIGGINSON, IJ. (eds). Palliative Care- The Solid Facts. A WHO collaborative project. Geneva: WHO 2003.
- Doporučení 1418(1999) Parlamentního shromáždění Rady Evropy: O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících, Štrasburk 1999.
- DOYLE, D., HANKS, GWC., MACDONALD, N. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford, Oxford University Press, 1993, 845 s.
- SAUNDERS, C. Hospice and palliative care. London, Edward Arnold, 1991, 120 s.
- TWYXCROSS, R., LACK, S. Therapeutics in terminal cancer. Edinburgh, Churchill Livingstone. 1990, 237 s.
- VORLÍČEK, J., SKŘÍČKOVÁ, J. Paliativní léčba onkologicky nemocných. *Klin Onkol*, 4, 1993, s. 119–122.
- WOODRUFF, R. Palliative medicine. Melbourne, Asperula Pty Ltd., 1996, 419 s.
- World Health Organisation. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: WHO, 2002.

2 Základní principy diagnostiky a léčby jednotlivých symptomů

Léčba bolesti a dalších symptomů patří k základům paliativní medicíny. Zmírňování a odstraňování obtíží má zásadní význam pro kvalitu života nemocných. Dobrým příkladem pro pochopení základních principů diagnostiky a léčby symptomů je onkologické onemocnění.

U onkologicky nemocného mohou být příčiny symptomů:

- a) nádorové onemocnění,
- b) léčba nádoru,
- c) celková slabost a ochablost organismu,
- d) jiné současně probíhající onemocnění.

Přítomnost symptomů nás musí vést ke zhodnocení dosavadního léčebného postupu. Kontrola symptomů při paliativní léčbě nádorů má řadu aspektů:

1. analýza symptomů, přesná a přitom pokud možno jednoduchá a pro nemocného nezátěžující diagnostika. Nepodceňování anamnestických údajů, věřit nemocnému,
2. léčba symptomů, často jde o kombinaci léčebných postupů farmakoterapie, chirurgických výkonů a radioterapie a psychoterapie,
3. farmakoterapie chronických symptomů předpokládá:
 - předvídat, očekávat symptomy
 - titrovat individuální dávky léků
 - léky podávat profylakticky, dle rozpisu, ne až po zvýraznění obtíží na žádost nemocného
 - dávat přednost perorální medikaci
 - podávat kombinace léků,
4. při léčbě symptomů musíme brát ohled na všechny další faktory, jako jsou vlivy psychické, sociální, duchovní, vlivy prostředí, věku a pohlaví, vliv rasový, vzdělání a kulturní.

Dobrá léčba symptomů vyžaduje jasně definovaný lékařský postup a stejně jasně definovaný ošetrovatelský postup. Je vhodné rozvahu o způsobu léčby a ošetřování napsat do dokumentace, včetně sesterské, a je nutné přesně dokumentovat podávané léky.

Léčba musí být vedena s ohledem na vyvolávající patologický mechanismus.

Zásady léčby symptomů:

1. nemocnému musíme jednoduše vysvětlit vyvolávající mechanismy symptomu,
2. probereme s nemocným léčebné možnosti symptomu,
3. vysvětlíme léčebný postup rodině nemocného,
4. neomezujeme léčbu symptomů jen na podávání léků a snažíme se postihnout i všechny další možné psychosociální faktory obtíží,
5. symptomatické léky podáváme při přetrvávajících obtížích profylakticky, trvale, ne na vyžádání nemocného jen při zhoršení symptomu (velmi důležité a často opomíjené pravidlo!).

Při ordinaci každého nového léku je třeba si vždy položit tyto otázky:

1. Jaký je cíl léčby?
2. Jak má být léčba sledována?
3. Jaké je riziko nežádoucích účinků léčby?
4. Jaké je riziko lékových interakcí?
5. Je možné vysadit některé současně podávané léky?
6. Je výběr léků racionální z hlediska farmakoekonomiky?

Závěrem kapitoly o základních principech léčby symptomů ještě několik doporučení:

- konzultujte s kolegy všechny neobvyklé situace, obtíže a problémy
- nikdy neříkejte: už jsem všechno vyzkoušel, už nemohu více udělat
- nemocného o všem přiměřeně informujte
- stále vše kontrolujte, sledujte a hodnotěte.

Literatura

- AULBERT, E., ZECH, D. *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Stuttgart, Schattauer, 1997, 1043 s.
- BALLARD, M., BEACH, C., BEATTIE, R. et al. *Standards of care palliative nursing*. Suffolk, St. Edmundsbury Press Ltd., 1995, 27 s.
- DOYLE, D., HANKS, GWC., MACDONALD, N. *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford, Oxford University Press, 1993, 845 s.
- REGNERD, C., DAVIES, A. *A guide to symptom relief in advanced cancer*. Manchester, Haigh and Hochland Ltd., 1986, 64 s.
- SAUNDERS, C. *Hospice and palliative care*. London, Edward Arnold, 1991, 120 s.
- TWYXCROSS, R., LACK, S. *Therapeutics in terminal cancer*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1990, 237 s.

3 Bolest a možnosti jejího léčení

Bolesti se vyskytují u třetiny nemocných v časném stadiu, u 70 % pacientů v pokročilém stadiu a u tří čtvrtin pacientů v terminálním stadiu onkologického onemocnění. Každý den na světě trpí více než 4 miliony nemocných bolestmi souvisejícími s nádorovým onemocněním. Bolesti jsou u onkologických nemocných nejčastějším příznakem probíhající choroby.

Většina onkologických nemocných udává, že výraznější podíl na obavách a strachu z nádorového onemocnění má představa silných bolestí než sama nemoc. V povědomí lidí je bolest hlavním přívlaskem nádorového onemocnění.

Nádorové bolesti bývají obvykle chronické a trvalé, jejich signální význam (informace o tkáňovém poškození) je však typickou vlastností bolesti akutní. Proto není bolest u onkologických onemocnění definována jako typická chronická bolest, ale jako sled bolestivých syndromů, které se stupňují v závislosti na progresi onemocnění a které se v průběhu času stávají chronickými.

Přibližně u 2/3 onkologických nemocných se objevují vedle stabilních klidových bolestí tzv. průlomové, případně epizodní bolesti (breakthrough pain, incident pain). Jedná se o občasné exacerbace bolestí, které se mohou superponovat na stabilní bolest, a to i u nemocných dlouhodobě léčených opioidy. Bývají obvykle provokovány určitými aktivitami – pohybem, polykáním, močením, defekací, kašlem.

3.1 Příčiny bolestí u onkologických nemocných

Použití zjednodušujícího dělení příčin bolestí na organické a psychogenní není u onkologických pacientů na místě. Každý onkologický nemocný trpí v první řadě organicky podmíněnými bolestmi. Čistá forma psychogenní bolesti je u těchto pacientů velmi vzácná. Nicméně psychologické faktory a psychický stav pacienta mohou výrazně ovlivňovat práh bolesti a tím intenzitu jejího vnímání. Bolest je komplexní biopsychosociální jev a pod kontrolu ji lze dostat na základě diagnózy (hodnocení) a terapie (intervence) na všech třech úrovních.

Kvalitní znalost příčin bolesti usnadňuje stanovení správné diagnózy před zavedením cílené léčby.

Nejčastěji (v 60 až 90 %) se jedná o bolesti způsobené vlastním nádorem, méně často o bolesti v souvislosti s protinádorovou léčbou (10 až 25 %) a s celkovým oslabením nemocného (5 až 20 %), ve 3 až 10 % se vyskytují bolesti bez vztahu k nádorovému onemocnění (tab. 3.1).

3.1.1 Bolesti způsobené vlastním nádorem

Incidence bolestí je závislá na typu nádoru a jeho umístění (tab. 3.2). Nejčastěji se vyskytuje u nádorů lokalizovaných v kostech a slinivce, nejméně často u lymfomů a leukemií.

Bolesti způsobené vlastním nádorem lze dělit na nociceptivní bolesti kostní a periostální, bolesti měkkých tkání, bolesti povrchové, bolesti viscerální a ische-

Tabulka 3.1 *Příčiny bolestí u onkologických pacientů*

bolesti způsobené vlastním nádorem	60–90 %
bolesti ve vztahu k protinádorové léčbě	10–25 %
bolesti ve vztahu k celkovému oslabení pacienta	5–20 %
bolesti nezávislé na nádorovém onemocnění	3–10 %

Tabulka 3.2 *Incidence bolestí v závislosti na typu a lokalizaci nádoru*

kosti	85–100 %
slinivka břišní	70–100 %
vaječníky a děložní čípek	40–100 %
tlusté střevo a konečník	50–95 %
plíce	45–85 %
dutina ústní	60–80 %
žaludek	60–75 %
prostata	40–75 %
prsní žláza	35–65 %
lymfomy	15–20 %

mické, a na bolesti neuropatické (neurogenní) včetně bolestí charakteru reflexní sympatické dystrofie. Odlišnou kategorii tvoří bolesti při nádorovém či ischemickém poškození některých mozkových (talamus) nebo míšních struktur.

Mezi organické příčiny těchto bolestí patří:

- invaze do kostí (kostní nádory, kostní metastázy, prorůstání do kostí, následné patologické fraktury),
- infiltrace měkkých tkání,
- komprese a infiltrace cév s jejich následnou okluzí,
- lymfedémy s následnými poruchami prokrvení,
- nekrotizující nádory sliznic a kůže s ulceracemi a perforacemi,
- infiltrace vnitřních orgánů,
- obstrukce dutých orgánů,
- mechanické napínání orgánových pouzder a fascií,
- svalové spazmy,
- komprese, infiltrace a ischemizace nervů a nervových pletení,
- komprese, infiltrace a ischemizace míchy,
- zvýšený nitrolební tlak (růst nádoru, metastázy, kolaterální nebo difúzní mozkový edém, vážnoucí žilní návrat),
- infiltrace nebo ischemizace některých mozkových struktur (talamus),
- iritace mozkových plen.

3.1.2 Bolesti způsobené léčbou a diagnostikou

Bolesti způsobené léčbou a diagnostikou vznikají:

- v souvislosti s operačními výkony (klasické pooperační bolesti, potorakotomické, poamputační a fantomové bolesti, neuropatické bolesti při postižení nervových struktur, bolestivé edémy),
- v souvislosti s ozařováním (fibrózy, osteoradionekrózy, myelopatie, brachiální a lumbální plexopatie, periferní neuropatie včetně ozařování indukovaných periferních nervových tumorů, záněty sliznic a kůže, poiradiační edémy),
- v souvislosti s chemoterapií (záněty sliznic, neuropatie, steroidní osteonekrózy, pseudorevmatismus, nekrózy po paravazálním podání cytostatik, akutní a chronická herpetická bolest),
- v souvislosti s invazivními výkony (kostní biopsie, punkce kostní dřeně, lumbální punkce s postpunkčními bolestmi hlavy, kanylace žil, chemické neurolyzy, drenáž serózních dutin, implantace portů).

3.1.3 Bolesti způsobené celkovým oslabením nemocného

Při celkovém oslabení nemocného se objevují:

- herpes zoster a postzosterové neuralgie,
- plísňové infekce,
- dekubity,
- žilní trombózy,
- paraneoplastické syndromy,
- zácpa.

3.1.4 Bolesti bez vztahu k nádorovému onemocnění

Při nádorovém onemocnění se mohou vyskytovat i bolesti bez vztahu k tomuto onemocnění:

- migrény a tenzní bolesti hlavy,
- myofasciální a osteoartikulární bolesti, včetně bolestí při degenerativních onemocněních pohybového aparátu a další.

Ve většině případů trpí onkologičtí nemocní bolestmi dvou a více typů současně.

3.2 Příznaky bolestí souvisejících s nádorovou chorobou

Uvádíme symptomy nejčastěji se vyskytujícími bolestivých syndromů.

3.2.1 Kostní a periostální bolesti

Jedná se o jasné nebo tupé, poměrně dobře lokalizovatelné bolesti, zpočátku provokované tělesnou zátěží a určitými pohyby. Později přistupují klidové bolesti, zejména noční, a nemocní si stěžují na nedostatek spánku, neboť nemohou ležet v klidu. Bolesti bývají popisovány jako stahující, lancinující, jindy tlakové a vrtavé, jejich intenzita je krutá až nesnesitelná. V případě metastáz do žeber bývají bolestmi omezeny dechové exkurze, pacient nemůže dobře odkašlat. Při klinickém vyšetření nacházíme palpační bolestivost a snížený rozsah pohybů.

Příklady:

– kostní nádory, kostní metastázy, prorůstání nádorů do kostí.

Upozornění! Pokud se u pacientů, kteří mají dlouhodobé bolesti pohybového aparátu nenádorového původu, objeví bolesti větší intenzity, jiného charakteru a časového průběhu, případně i jiné lokalizace, musíme neodkladně rozlišit, zda se nejedná o bolest v souvislosti s nádorovým onemocněním.

3.2.2 Viscerální bolesti břicha

Jedná se o difuzní, tupé, tlakové, při zánětlivých změnách i pálivé, špatně lokalizovatelné bolesti hluboko v organismu. Občas bývají přirovnávány k porodním bolestem. U některých nemocných se mohou objevit kolikovitá zesílení bolestí. Bolesti bývají velmi intenzivní, trvalé. Záchvaty kolikovitých bolestí trvají několik minut a bývají při nich doprovodné vegetativní příznaky. Bývá přítomna projekce bolesti do povrchových oblastí (Headovy zóny) a hyperalgezie v hlubokých i kožních strukturách.

Někteří nemocní přitahují při břišních bolestech dolní končetiny a napínají paravertebrální svalstvo, což může vést k přidatným muskuloskeletálním bolestem.

Příklady:

- tupé, relativně lokalizovatelné bolesti u jaterních metastáz spojené s bolestivou hepatomegalií,
- kolikovité bolesti při střevní obstrukci spojené se zhoršením střevní pasáže.

3.2.3 Bolesti měkkých tkání

Bolesti měkkých tkání bývají vrtavé, převážně tupé, často dlouhotrvající a nezávislé na pohybech. Zesilují se tlakem, např. při sezení. Bývají hůře lokalizovatelné než kostní bolesti.

3.2.4 Ischemické bolesti

Ischemické bolesti se zpočátku projevují klaudikačními potížemi, v pozdějších stadiích trvalými bolestmi. Bolest se zhoršuje při zvyšující se intenzitě pohybu příslušné končetiny. Nápadná bývá namodralá až lividní barva kůže postižené oblasti.

3.2.5 Povrchové bolesti

Povrchové bolesti se vyskytují u podkožních metastáz, při prorůstání nádoru do podkoží nebo při vystavení povrchových tkání tlaku nádoru vyrůstajícího z hlubších tkání či orgánů. Bolest bývá ostrá, dobře lokalizovatelná. V místě bolesti je patrný zánět nebo ulcerace.

3.2.6 Zánět sliznice dutiny ústní

Zánět sliznice dutiny ústní se zpravidla objevuje za 1 až 2 týdny po chemoterapii (např. metotrexátem, doxorubicinem, bleomycinem), zejména při kombinaci s radio-

terapií nebo transplantací kostní dřeně. Bolesti jsou popisovány jako pálivé, vrtavé, trvalé, silné až nesnesitelné, lokalizované na dutinu ústní a orofarynx.

3.2.7 Neuropatické bolesti

Přibližně třetina onkologických pacientů trpí neuropatickou bolestí, ve velké většině smíšenou s bolestí nociceptivní. Neuropatické bolesti mohou mít dvojí charakter. Buď se jedná o trvalé pálivé až vrtavé bolesti neuropatické, nebo o náhlé vystřelující, bleskové a bodavé bolesti neuralgiformní. Bolesti bývají hodnoceny jako silné až nesnesitelné.

Při vyšetření zjišťujeme v postižené oblasti hypestezii, při lehké nebolestivé stimulaci kůže můžeme vyvolat silné dysestezie a alodynie, které trvají déle než vyvolávající podnět. Bývají přítomny výpadky hybnosti různého rozsahu, jsou změněny reflexy.

V méně častých případech zjišťujeme současné postižení sympatické inervace – pálení, poškozenou trofiku kůže, otoky a změny teploty na příslušných končetinách. Ke zhoršení bolesti zprostředkovaných sympatikem dochází při pohybech a místním tlaku. Jsou přítomny doprovodné edémy, které se podílejí na rozvoji bolesti.

Poiradiační neuropatické bolesti se objevují za 6 až 12 měsíců po ozáření nervové pleteně a bývají spojeny s otokem příslušné končetiny. Bolesti vyzařují distálně do lokte či kolena.

Příklady:

- brachiální plexopatie např. u nádoru prsní žlázy, lumbosakrální plexopatie např. u nádoru konečníku nebo děložního čípku, postižení hlavových nervů při nádorech v oblasti hlavy a krku.

3.2.8 Postmastektomický syndrom

Bolesti u postmastektomického syndromu jsou převážně neuropatického původu. Začínají za týdny až měsíce po radikální mastektomii s exenterací axily. Jedná se o silné až nesnesitelné trvalé bolesti pálivého, vrtavého nebo stahujícího charakteru. Bývají lokalizovány na přední straně hrudníku s vyzařováním do axily a na mediální stranu paže. V postiženém úseku jsou přítomny dysestezie a hyperpatie.

3.3 Klinické hodnocení bolestivých stavů

3.3.1 Obecné poznámky

Pečlivé hodnocení bolesti by mělo obsahovat:

- zhodnocení každé nové bolesti: vždy pátráme po příčině bolesti. Onkologičtí nemocní mívají často více než jeden bolestivý problém, někdy i čtyři a více. Snažíme se hodnotit každou bolest zvlášť,
- sledování dalšího průběhu: při častých kontrolách ověřujeme účinnost léčby, závažnost vedlejších účinků, hodnotíme léčebný plán a zodpovídáme dotazy nemocných nebo jejich příbuzných. Při progresi nádorového onemocnění se může

pacientova bolest zesílit. To je jeden z hlavních důvodů pro sledování průběhu léčby bolesti a pro nutné změny v terapii.

Již v průběhu diagnostického procesu jsme povinni tišit bolesti. Zmírnění bolesti zlepší pacientovu schopnost dále spolupracovat. Pokračující symptomatická léčba by měla být vedena na základě znalosti přesné diagnózy nádorového onemocnění.

3.3.2 Anamnéza

Odběru a hodnocení anamnézy věnujeme dostatek času. Při jejím odběru se zaměřujeme především:

- na údaje o průběhu a léčbě nádorového onemocnění,
- na vlastní anamnézu bolesti.

Víra ve výpověď nemocného o jeho bolesti je základním východiskem pro navázání kontaktu s pacientem, pro jeho budoucí spolupráci a důvěru v analgetickou léčbu. Počet onkologických pacientů předstírajících bolest je mizivý. Je obtížné určit míru závažnosti bolesti u daného nemocného, proto je vhodné orientovat se podle toho, jak bolest pacienta omezuje v jeho běžných činnostech.

V praxi se osvědčuje vyplnění dotazníku bolesti pacientem ještě před rozhovorem s lékařem.

Při anamnéze bolesti zjišťujeme:

- lokalizaci a vyzařování bolesti,
- nástup bolesti a změny v čase,
- kvalitu (charakter) bolesti,
- intenzitu bolesti,
- vliv bolesti na spánek, příjem potravy, pohybové a jiné aktivity,
- dosavadní léčbu bolesti a její úspěšnost,
- faktory provokující a mírnící bolest,
- změny vnímání bolesti při psychické zátěži.

Je vhodné, aby si pacient zaznamenával aktuální stav bolesti do deníku bolesti. Dodatečné posouzení intenzity, charakteru, trvání bolesti je zatíženo velkou chybou. Pacienti při vedení deníku zpravidla dobře spolupracují. Do deníku si nemocný zaznamenává i případné omezení pohyblivosti a aktivity podmíněné bolestí a trvání nerušeného spánku.

Lokalizace bolesti: pacient by měl bolestivé místo popsat i ukázat. Zjišťujeme, zda bolest vyzařuje a kam. Lze použít i mapu bolesti – nechat nemocného zakreslit místo bolesti a její vyzařování do předtištěných tělových schémat v dotazníku. Při zakreslování je možno použít barev pro odlišení charakteru bolesti.

Změny bolesti v čase: zajímá nás, kdy bolest začala, jak se vyvíjela, jak často se objevuje, jedná-li se o bolest nepřetržitou nebo intermitentní, jaké jsou změny v průběhu dne. Je třeba zachytit nové změny v průběhu bolesti, které mohou být závažným signálem vyžadujícím akutní řešení – patologická zlomenina, náhlá příhoda břišní apod. Podle průběhu v čase můžeme rozlišovat bolest akutní a chronic-

kou. Bolesti v souvislosti s nádorovým onemocněním zpravidla obsahují určité atributy akutní i chronické bolesti zároveň.

Charakter bolesti: pacienti dokáží bolest popsat různými přívlastky. Na základě tohoto popisu lze často usuzovat na typ bolesti i její možné příčiny.

Intenzita bolesti: intenzitu bolesti je možno hodnotit podle řady různých škál. Pro dané pracoviště je důležité vybrat si jednu z nich a podle ní se pacientů dotazovat. Jedině tak lze získávat informace srovnatelné i po delším čase. V praxi se nejvíce osvědčuje vizuální analogová škála a Melzackova škála. Vizuální analogová škála je úsečka o délce 10 cm, jejíž levý konec je označen jako „žádná bolest“, pravý jako „nejhorší bolest, jakou si umím představit“. Pacient na úsečce označí, za jak silnou považuje svou momentální bolest. Bolest ohodnocená počtem bodů 5 nebo vyšším (na škále rozdělené od 0 do 10 bodů) již ovlivňuje kvalitu života nemocného a je pokládána za závažnou. Melzackova škála má 5 stupňů (tab. 3.3).

Tabulka 3.3 Melzackova škála intenzity bolesti

- | |
|-------------------------|
| 1 – mírná bolest |
| 2 – nepříjemná bolest |
| 3 – silná bolest |
| 4 – krutá bolest |
| 5 – nesnesitelná bolest |

Psychosociální anamnéza: pacienti trpící bolestí mají vždy více či méně ovlivněnou psychiku. U onkologických nemocných se přidružují i obavy z dalšího průběhu nemoci a jejího léčení, obavy z blížícího se konce. Typickými doprovodnými jevy jsou strach, úzkost, deprese, v menším měřítku zlost, agresivita, někdy se přidávají pocity viny. Nemocní mají strach z hospitalizace, z bolesti, ze ztráty důstojnosti, z omezení kontroly tělesných funkcí, z nejisté budoucnosti, ze smrti, mají starost o rodinu, o stav rodinných financí. Jsou depresivní z možné nebo skutečné ztráty sociální pozice, ztráty zaměstnání, role v rodině, ze ztráty příjmů, z pocitu bezmocnosti, závislosti na druhých, znetvoření, chronické únavy, nespavosti.

Bolest může být pacientem i rodinou různě vnímána – například jako znamení blížící se smrti, jako trest nebo jako začátek neúprosného směřování ke konečné agonii. Důležitou roli hraje kulturní zázemí, hodnotový systém, víra.

Zkušenost nemocných může být ovlivněna utrpením blízkých, kteří zemřeli na nádorové onemocnění.

Nemocní mohou dávat přednost určitému typu léčby, mohou se obávat vzniku závislosti na opioidech.

3.3.3 Fyzikální vyšetření

Je potřeba zaměřit se na vyšetření celého těla, ne jen na bolestivou oblast. Nádorová choroba je onemocněním celého organismu, nikoli pouze jednoho orgánu. Ke klinickému vyšetření patří vyšetření neurologické – pátráme po výpadcích motoriky a cití, po poruchách vegetativní inervace, po činnosti hlavových nervů. Toto vyšetření je zvláště významné u nemocných s bolestmi v různých etážích zad – zamě-

řujeme se na příznaky komprese míchy – svalovou slabost, segmentové senzorycké změny, poruchy kontinence, distenzi močového měchýře.

Při vyšetření místa bolesti sledujeme palpační bolestivost, přítomnost známek zánětu, zvětšení orgánů, výskyt patologické rezistence, změněného cití.

3.3.4 Laboratorní a přístrojová diagnostika

Použití pomocných vyšetřovacích metod musí být přiměřené rozsahu a pokročilosti onemocnění. Je nevhodné podrobovat nemocné s pokročilým nádorovým procesem složitým diagnostickým procedurám, které nepřinesou žádné nové informace pro léčbu, ale jsou utrpením pro těžce strádajícího pacienta.

V řadě případů jsou důležitá zobrazovací vyšetření – rentgenová, ultrazvuková, vyšetření počítačovou tomografií, případně nukleární magnetickou rezonancí, scintigrafií kostí.

Z biochemických vyšetření je nejdůležitější zjištění úrovně ledvinových a jaterních funkcí, neboť od těchto údajů se odvíjejí naše úvahy o biotransformaci a dávkování analgetik u konkrétních nemocných.

3.4 Léčba

3.4.1 Obecné poznámky

Bolesti u onkologických nemocných lze v 90 % případů úspěšně zvládat. To může vyvolat zdání, že se jedná o poměrně jednoduchou záležitost. Často však je bolest v souvislosti s nádorem velmi komplexním jevem a její zmírnění vyžaduje hlubokou analýzu problému a nasazení specifických metod léčby.

Léčbu bolesti individuálně přizpůsobujeme každému nemocnému (tailoring). Analgetika předepisujeme pravidelně, aby byla bolest trvale pod kontrolou a aby nedocházelo k recidivě bolesti. Každý léčebný plán musí obsahovat opatření pro případ výskytu tzv. průlomové bolesti.

Cílem léčby je bezbolestnost. Úplné bezbolestnosti lze bohužel docílit pouze v necelé polovině případů. Proto bývá reálným cílem zmírnění bolesti na úroveň pro pacienta přijatelnou. Musíme zvažovat přínos, rizika i vedlejší účinky analgetické léčby. Účinná kontrola bolesti by měla být součástí celkové snahy o zlepšení kvality života.

Nezřídka může docházet při léčbě bolesti k chybám. Až 50 % pacientů s nádorovým onemocněním a 80 % nemocných v preterminálním stadiu má nedostatečně tlumené bolesti. U nás je nepříznivý stav podtržen tím, že patříme mezi země s velmi nízkou legální (medicínskou) spotřebou opioidů v přepočtu na obyvatele, přičemž v poslední době tato potřeba stagnuje. Aby se řešení nádorové bolesti zlepšilo jak ze strany pacientů, tak lékařů, je třeba více zdravotní osvěty a doškolování. Žádné jiné opatření by nemělo větší dopad na zlepšení léčby nádorové bolesti než uvedení do praxe všeho toho, co již dnes víme (WHO).

Příčiny nedostatečné léčby bolesti jsou uvedeny v tabulce 3.4.

Léčba bolesti u nádorových onemocnění je jednak kauzální, jednak symptomatická. Na pomezí kauzální a symptomatické léčby stojí paliativní radioterapie, chemote-

Tabulka 3.4 Příčiny nedostatečné analgetické léčby u nádorových onemocnění

- nepřesná diagnostika bolesti
- podcenění intenzity bolesti
- příliš dlouhé intervaly mezi dávkami léků
- příliš nízké dávkování léků
- upřednostňování slabých opioidů před silnými
- obava ze vzniku tolerance a syndromu odnětí
- obava ze vzniku lékové závislosti
- neznalost koanalgetik
- neznalost a špatná dostupnost speciálních postupů
- nedostatek nebo chybění psychické opory

rapie, paliativní léčba chirurgická a hormonální u nemocných, u kterých je nádorová choroba příliš pokročilá na to, aby mohla být radikálně vyřešena, ale růst a bolestivost nádorového onemocnění lze zmírnit, případně lze nádor zmenšit. Při plánování léčby bolesti je proto potřebné zařadit komplexní rozvahu onkologické léčby.

3.4.2 Paliativní onkologická léčba

Je-li paliativní onkologická léčba indikována, je potřebné ji uskutečnit na počátku léčby onkologické bolesti.

Radioterapie: může vést k analgetickému efektu zmenšením nádoru, a tím zmírněním bolestí způsobených tlakem.

Lokální radioterapie může přinést úlevu od bolestí hlavy ozářením lebky při mozkových metastázách nebo při infiltraci mozkových plen při hemoblastózách. Je vhodná u lokalizovaných bolestí při mnohočetných kostních metastázách např. u karcinomu prsu, prostaty, plic, ledvin, štítné žlázy, kdy vede k významnému analgetickému účinku až u 70 % nemocných.

Ozáření kostních metastáz má často vynikající analgetický efekt a u některých histologických typů může radioterapie zničit metastatické buňky ve skeletu a zastavit osteolýzu. Následují pak sklerotizační pochody v kosti, které mohou kost oslabenou metastázou zpevnit. Paliativní radioterapie může zabránit hrozcím frakturám při kostních metastázách. Včasné indikovaná radioterapie může odstranit počínající symptomy transverzální míšní léze při prorůstání nádoru do páteřního kanálu. Od radioterapie však nelze čekat efekt, pokud jsou příznaky transverzální míšní léze vyvolány kompresí nervových struktur tvrdými kostěnými masami při patologické zlomenině páteře. Zde pomůže jen akutní ortopedický výkon!

Další indikace radioterapie lze definovat následovně:

- paliativní radioterapie může pomoci při bolestech a dalších příznacích způsobených kompresí nervů a cév, exulcerací nebo stenózou dutých orgánů,
- analgetická radioterapie má své místo i v případech bolestí pramenících z napínání pouzdra metastaticky postižených jater a sleziny a při kořenových bolestech podmíněných prorůstáním tumoru.

Nitrožilní aplikace radiofarmak je alternativou zevní radioterapie. Je nutno definovat, kdy doporučit nitrožilní aplikaci radiofarmak a kdy použít zevní radioterapii. Nitrožilní podání je vhodné jen pro maligní ložiska ve skeletu, která mají schopnost vychytávat radiofarmakum. Nejvyššího efektu je proto dosahováno u osteoplastických metastáz karcinomu prostaty. Velmi dobrý efekt je také u smíšených osteoplasticko-osteolytických metastáz karcinomu prsu či plic. U převažujících osteolytických defektů mnohočetného myelomu jsou uvedená radiofarmaka neúčinná. Při rozhodování o tom, zda použijeme zevní radioterapii či nitrožilní aplikaci, přihlížíme také k četnosti ložisek. V případě jednoho ložiska se použije zevní radioterapie, u pacientů s vícečetnými smíšenými či osteoplastickými ložisky je vhodnější nitrožilní aplikace radiofarmaka.

Pro klinické použití je k dispozici vodný roztok chloridu stroncia pod názvem METASTRON (^{89}Sr), což je čistý beta-zářič. Elektrony emitované uvedeným izotopem stroncia mají dosah jen několika milimetrů, takže pacient neohrožuje radiací své okolí. Dalším používaným radioaktivním izotopem je samarium (^{153}Sm), což je smíšený beta- a gama-zářič, beta-záření však převažuje.

Účinek léčby radioizotopy nastupuje pomalu, po několika týdnech. Ústup bolesti trvá měsíce a umožňuje různě kvalitní návrat k samostatnosti, snižuje spotřebu analgetik a pomocných léků a kladně ovlivňuje celkový psychický stav pacienta. Nasazuje se u nemocných s pravděpodobností života delšího než 3 měsíce, s dostatečnou funkcí kostní dřeně (doporučuje se nezahajovat při počtu trombocytů pod $60 \cdot 10^9/\text{l}$ a leukocytů pod $2,4 \cdot 10^9/\text{l}$ a u nemocných s plánovanou myelosupresivní chemoterapií). Nitrožilní aplikace radiofarmak se může několikrát opakovat.

Paliativní chirurgický výkon: může přispět i u pokročilých nádorů k odstranění nebo zmírnění bolesti (např. obnova průchodnosti trávicí trubice uzavřené nádorem). Kombinací paliativní chirurgické a hormonální léčby je ooforektomie u karcinomu prsu či orchiektomie u karcinomu prostaty (ablativní chirurgie). Bolest mírní také paliativní ortopedické výkony. Bolestivé patologické fraktury je mnohem vhodnější řešit vnitřní než zevní fixací. Po fixaci patologické fraktury následuje radioterapie. Některé komplikované destrukce skeletu maligním procesem se musí řešit pomocí endoprotéz.

Protinádorová chemoterapie: může mít výrazný analgetický účinek zejména u mnohočetného myelomu a u chemosenzitivních nádorů.

Hormonální léčba: karcinomy prsní žlázy jsou v 60 %, děložního těla a prostaty v 80 % dobře ovlivnitelné hormonální léčbou.

3.4.3 Symptomatická analgetická léčba

Symptomatická léčba bolesti zahrnuje farmakoterapii, psychologickou léčbu, invazivní postupy anesteziologické a neurochirurgické, fyzikální terapii. Medikamentózní léčba perorální, případně transdermální a rektální, se uplatňuje v 80 až 90 % případů, podkožní a intravenózní aplikace léků v 5 až 10 %, epidurální a intratékál-

ní podávání analgetik ve 2 až 6 % a nervové blokády, paliativní a ablativní chirurgické zákroky v 1 až 5 % případů.

Syntézu symptomatických neinvazivních postupů u onkologických pacientů v terminální fázi onemocnění představuje péče ve speciálních zařízeních – hospicích nebo odděleních paliativní péče.

3.4.4 Psychoterapeutický přístup

Pro pacienta s maligní chorobou je důležité, že lékař je s ním a naslouchá mu. Velkou roli tu hraje nejen slovní, ale i mimoslovní komunikace. Důležité je emocionální vcítění se a pochopení pacientovy situace. Častý kontakt je pro nemocného významný. Dáváme mu tím najevo, že není zapomenut, že se svými starostmi nezůstal sám. Je otázkou, zda řešení psychických problémů má být v rukou psychologů a psychotherapeutů nebo v rukou ošetřujícího lékaře. V prvním případě může dojít k nevhodnému oddělení tělesných problémů od psychických. K dobrému vztahu mezi nemocným a lékařem přispívá i upřímné podání ruky, posazení se k nemocnému na lůžko. Vhodné je občas promluvit i o mimomedicínských problémech.

Jakákoli psychofarmaka používaná v medikamentózní léčbě onkologické bolesti nemají nahradit psychoterapeutický přístup k nemocnému.

Medikamentózní léčba

Je-li neinvazivní terapie medikamenty vedena přesně a správně, je možné udržet bolest pod kontrolou u 80 až 90 % onkologických pacientů.

Základem léčby bolesti podmíněné nádorem jsou analgetika. Spolu s nimi je velmi často potřebné podávat doplňující léky – hovoříme o komedikaci.

Pravidla medikamentózní léčby

1. Podávání analgetik v pevných časových intervalech – aplikace podle hodin. Vycházíme ze známé doby účinku příslušného analgetika. Další dávka je podána dříve, než odezněl účinek předchozí dávky.

Například při perorálním podání preparátu morfinu s rychlým uvolňováním a vstřebáváním (nebo magistraliter připraveného vodného roztoku či prášku s rychlým vstřebáváním) by měly dávky této formy morfinu následovat přibližně ve čtyřhodinových intervalech. Jsou-li následující dávky analgetika aplikovány až v době, kdy bolest znovu nastupuje, je její tlumení problematictější, a to vede k postupnému nekontrolovanému zvyšování dávek (pseudotolerance) i vedlejších účinků. Novým aspektem v podávání léků je i chronofarmakologický přístup, kdy dávka je pružně přizpůsobována denní křivce intenzity potíží nemocného a farmakokinetice daného preparátu.

2. Analgetika jsou nasazována postupně podle síly jejich účinku. Světová zdravotnická organizace (WHO) vypracovala pro tyto účely třístupňový medikamentózní žebříček (analgesic ladder):
 - I. stupeň (bolest mírná, intenzity 1–4): neopioidní analgetikum + pomocný lék; pokud bolest trvá nebo sílí, aplikujeme
 - II. stupeň (bolest mírné až střední intenzity 5–6): slabý opioid + neopioidní analgetikum + pomocný lék; pokud bolest trvá nebo sílí, aplikujeme

– III. stupeň (bolest střední až silné intenzity 7–10): silný opioid + neopioidní analgetikum + pomocný lék.

Dříve než přejdeme na následující léčebný stupeň, mělo by dávkování a frekvence podávání dosáhnout nejvyšší možné míry.

3. Dávkování analgetika je stanoveno podle individuální reakce nemocného. Doporučené a maximální dávky uváděné v učebnicích mají informativní charakter, často je zapotřebí dávek vyšších. Při nedostatečném účinku analgetik nemocní zpravidla popisují omezení doby jejich působení. V této situaci není správné zkracovat intervaly, ale zvýšit dávky. Není-li např. pacientova bolest při léčbě morfinem v průběhu 24 hodin dostatečně tlumena, je nutné dávku zvýšit o 30 až 50 %.
4. Dáváme přednost perorálnímu podávání. Je pro pacienta pohodlnější, zejména v domácím ošetřování, a je méně náročné na pomůcky. Pohodlná pro pacienty je rovněž nově zaváděná transdermální aplikace opioidů – transdermálně aplikovaný fentanyl v preparátu DUROGESIC, transdermální buprenorfin v preparátu TRANSTEC s novou matrixovou formou transdermálního systému. V případě nemožnosti perorálního příjmu lze podávat analgetika rovněž rektálně. Jen malý počet nemocných potřebuje k tlumení bolesti injekční podávání analgetik. V tom případě lze s výhodou použít v nemocnici i doma kontinuálního podkožního podávání opioidních analgetik pomocí malých pump (lineárních dávkovačů). Méně často se pro injekční podávání volí dlouhodobý intravenózní přístup. V této souvislosti je nutné si uvědomit, že u více než 50 % pacientů v posledních 4 týdnech života je nutný více než jeden způsob podávání analgetik.
5. Cílem léčby nemusí být vždy úplná bezbolestnost, je však nutné dosáhnout subjektivně dobře snesitelné úrovně bolesti. Plné analgezie bývá často dosaženo za cenu zvýšené únavy, spavosti, omezené schopnosti komunikovat, aktivně se účastnit okolního dění.
6. Pacientovi je nutné sestavit písemný časový plán užívání léků s informací o důvodu jejich nasazení.
7. Nepodávat nesmyslné kombinace. Nikdy by nemělo být současně podáváno několik léků ze skupiny opioidů, neboť dochází ke kompetici na opioidním receptoru a slabší centrálně působící analgetikum může z receptoru vytlačit silnější centrálně působící analgetikum. Například pentazocin zeslabí účinek morfinu. Rovněž by nemělo být kombinováno několik preparátů ze skupiny antipyretických analgetik.
8. Sledování pacienta. Kontrolujeme účinnost léčby i výskyt nežádoucích účinků. Podle potřeby terapii měníme. V prvních dnech je nutné denní sledování, po nastavení optimálního dávkování mohou být kontroly méně časté. Vznik bolesti jiného typu v průběhu léčby vyžaduje nový diagnostický rozbor, případně kauzální léčbu.
9. Léčba bolesti nesmí odvrátit pozornost od nutnosti léčby primárního onemocnění, pokud je léčebně ovlivnitelné.
10. Intenzivně bojujeme s nespavostí, která nemocného psychicky i fyzicky vyčerpává. Na noc obvykle podáváme vyšší dávky analgetik.

Analgetika

Neopioidní analgetika, antipyretická analgetika

Jedná se o chemicky různorodou skupinu analgetik, z nichž velká většina má vzhledem ke svému působení na inhibici syntézy prostaglandinů i protizánětlivé vlastnosti jako nesteroidní antirevmatika (antiflogistika) – NSA. Neopioidní analgetika mají především periferní účinky, i když toto konstatování není zcela přesné. Jejich analgetický účinek při zvyšování dávky nad určitou mez je omezen tzv. stropovým efektem.

Kyselina acetylsalicylová je nejdéle a nejčastěji používaným lékem této skupiny. Má silné analgetické, antipyretické a antiflogistické vlastnosti. Vzhledem k nepříznivým účinkům na žaludeční sliznici je vhodné ji podávat v pufrované formě (ANOPYRIN) a po jídle. Dávkování je zpravidla po 4 až 6 hodinách 250 až 1000 mg. Maximální dávky – 6 g denně – je však dosahováno zřídka pro možné problémy s tolerancí. Obchodní názvy: ACYLPYRIN, ANOPYRIN, ASPIRIN, ASPRO, UPSARIN aj. Mezi vedlejší účinky patří inhibice funkce trombocytů, žaludeční a střevní ulcerace, méně často salicylátové astma. Doporučuje se současně podávat inhibitory protonové pumpy.

Paracetamol (acetaminofen) působí analgeticky a antipyreticky, ale jen minimálně antiflogisticky. Je podáván po 4 až 6 hodinách v dávce 500 až 1000 mg. Maximální doporučená denní dávka je 4 g denně. Nežádoucí účinky na gastrointestinální trakt jsou nesrovnatelně nižší než u kyseliny acetylsalicylové, závažné je však riziko hepatotoxicity, které závisí na dávce podaného paracetamolu. Je dostupný v tabletách, šumivých tabletách, čípcích. Obchodní názvy: PARALEN, DAFALGAN, EFFERALGAN, PANADOL, PARACETAMOL PHARMAVIT, MEXALEN aj.

Metamizol (NOVALGIN, je rovněž přítomen např. v kompozitním přípravku ALGIFEN) ve formě tablet, kapek, sirupu a injekcí a lze jej použít v dávkování 3–4x 500 (1000) mg denně. Mezi možné nežádoucí účinky patří kožní změny, agranulocytóza, vzácně šokový stav.

Nesteroidní antirevmatika (antiflogistika) – NSA tlumí především zánětlivou bolest, bolest při postižení kostí a pouzder viscerálních orgánů. Některé z nich jsou v současnosti k dispozici i v retardované formě, takže je možné jejich podávání i ve dvanáctihodinových intervalech. Pokud aplikace některého z NSA nevede k výrazné úlevě, lze je po 2 až 3 dnech vyměnit za jiné. Vyšší obezřetnosti je zapotřebí ve vyšším věku, při ledvinovém či jaterním onemocnění, při krvácivých poruchách a vředové chorobě gastroduodena. Mezi NSA s vyváženými inhibičními účinky na cyklooxygenázu-1 (COX-1) a COX-2 patří diklofenak (APO-DICLO, DICLOFENAC, OLFEN, REWODINA, VERAL, VOLTAREN aj.), indometacin (INDOBENE, INDOMETACIN, METINDOL), ibuprofen (BRUFEN, DOLGIT, IBUPROFEN, IRFEN, NUROFEN aj.), flurbiprofen (ANSAID, FLUGALIN), ketoprofen (KETONAL, KETOPROFEN VON CT, PROFENID), naproxen (NAPROSYN, NAPROXEN aj.), kyselina tiaprofenová (SURGAM aj.), piroxikam (ARTHREMIN, FLAMEXIN, PIROXICAM, ROXIKAM aj.) a další. Riziko nežádoucích účinků se snižuje při použití látek s preferenční inhibicí COX-2 (meloxicam – MOVALIS, nimesulid – AULIN, MESULID, COXTRAL, NIMESIL) a specifických inhibitorů COX-2 (celecoxib – CELEBREX, rofekoxib – VIOXX, CEEOX, VALDEKOXIB), které mají sníženou gastrointestinální a renální toxicitu při zachovaném analgetickém a protizánětlivém účinku.

Používání kombinací několika neopioidních analgetik navzájem, případně kombinací s kofeinem nebo barbituráty není považováno za vhodné. Kombinace paracetamolu s nesteroidními antiflogistiky však může vést ke zvýšení účinku preparátů (aditivní působení). S úspěchem lze kombinovat neopioidní analgetika s opioidy.

Opiooidní analgetika, narkotická analgetika

Opioidy jsou základním kamenem léčby střední a silné onkologické bolesti. Jsou též označovány jako silná nebo centrální analgetika. Lze však u nich vystopovat i účinky periferní. Působí na specifické opiooidní receptory v centrálním, ale i periferním nervovém systému. Podle vztahu k opiooidním receptorům je dělíme na:

- a) čisté agonisty – morfin (MORPHIN, SEVREDOL, MST CONTINUS, VENDAL RETARD, SLOVALGIN, M-ESLON), oxykodon (OXYCONTIN), bezitramid (BURGODIN), pethidin (DOLSIN), piritramid (DIPIDOLOR), dihydrokodein (DHC CONTINUS), kodein (CODEIN), fentanyl (FENTANYL, DUROGESIC), sufentanil (SUFENTA) a další,
- b) parciální agonisty – buprenorfin (TEMGESIC, TRANSTEC),
- c) smíšené agonisty/antagonisty – butorfanol (BEFORAL, STADOL), pentazocin (DOLAPENT, FORTRAL), nalbufin (NUBAIN).

Podle síly analgetického účinku se opioidy dělí na:

- a) slabé opioidy – dihydrokodein, kodein, tramadol (TRAMAL, MABRON, PROTRADON, TRAMUNDIN ret. aj.), dextropropoxyfen, tilidin (VALORON),
- b) silné opioidy – morfin, piritramid, buprenorfin, fentanyl, sufentanil, diamorfin, methadon a další.

Dělení opiooidů na slabé a silné je používáno v praxi v rámci analgetického žebříčku WHO. Z farmakologického hlediska však patří všechny opioidy do jedné skupiny.

Kodein je hlavním zástupcem slabých opiooidů. Je slabým agonistou opiooidních receptorů a je dílem biotransformován na morfin, což pravděpodobně vysvětluje část jeho analgetického účinku. Obvyklá analgetická dávka je 30 až 120 mg po 4 až 6 hodinách. Maximální dávka je 300 mg za den. Často se používá v kombinaci s kyselinou acetylsalicylovou nebo paracetamolem.

Dihydrokodein je semisyntetický analog kodeinu. Při perorálním podání je přibližně ekvipotentní s kodeinem. Retardovaný dihydrokodein (DHC CONTINUS) lze podávat v dávkách 60 až 120 (180) mg po 12, případně i 8 hodinách.

Tramadol má dvojí způsob účinku. Jednak působí jako slabý agonista opiooidních receptorů, jednak působí inhibičně na absorpci aminů a tím na aktivaci monoaminergních spinálních mechanismů tlumení bolesti. Při intramuskulárním podání je přibližně desetkrát méně účinný než morfin. Zdá se, že při použití ekvianalgetických dávek může být zácpa a dechová deprese menší než u morfinu. Obvyklá perorální dávka je 50 až 100 mg po 4 až 6 hodinách.

Dextropropoxyfen je pravotočivý stereoizomer propoxyfenu, syntetického derivátu methadonu. Je to slabý agonista opiooidních receptorů srovnatelný s kodeinem. Používá se v zahraničí nejčastěji v kombinaci s paracetamolem, u nás není registrován.

Kombinace slabých opioidů s neopioidními analgetiky zvyšuje účinek obou s následným snížením dávek. S tím souvisí omezení vedlejších účinků závislých na dávce. Nejvíce používanou kombinací 2. stupně analgetického žebříčku je kodein nebo (v zahraničí) dextropropoxyfen s paracetamolem. Některé současné studie týkající se pooperační bolesti však naznačují určité výhody kombinace slabých opioidů s NSA oproti kombinacím s paracetamolem.

Morfin je lékem volby u nejsilnějších nádorových bolestí. Jeho dávkování je titrováno až do dosažení adekvátní úlevy od bolesti, není u něj znám tzv. stropový efekt. Většina nemocných vyžaduje ekvivalent 40–400 mg morfinu za 24 hodin, ovšem u některých je nutné podat daleko vyšší dávku. Mezi faktory vedoucími k tak velkému rozdílu v dávkování patří intenzita a typ bolesti, její afektivní složka, předchozí léčba analgetiky, věk, farmakokinetické parametry.

Morfin se používá buď ve formě vodných roztoků, sirupů, tablet nebo čípků s rychlým uvolňováním a vstřebáváním, nebo ve formě tablet či suspenzí s řízeným uvolňováním a protrahovaným účinkem.

Preparáty s rychlým uvolňováním (SEVREDOL tbl à 10 nebo 20 mg), případně magistraliter připravené roztoky morfinu či prášky s rychlým vstřebáváním jsou vhodné pro nastavení dávky. Vrcholových plazmatických koncentrací je dosaženo v průběhu 1 hodiny, eliminační poločas je 2 až 4 hodiny a účinek trvá přibližně 4 hodiny. Ustáleného stavu bývá dosaženo během 4 až 5 poločasů, tzn. v průběhu prvních 24 hodin. Preparáty s rychlým uvolňováním morfinu se tedy podávají nejčastěji po 4 hodinách, přičemž analgetická dávka kolísá od 5 do 200 mg pro dosí. Zpravidla je možné začít s dávkou 10 mg po 4 hodinách, u starých nemocných, u nemocných s těžce postiženými jaterními funkcemi a u pacientů majících velké obavy z léčby opioidy bývá doporučována počáteční dávka 2,5 až 5 mg. U pacientů s ledvinovým a jaterním postižením a ve vysokém věku prodlužujeme interval podávání v závislosti na trvání analgetického účinku.

Po 24 hodinách zhodnotíme analgetický účinek dosavadních dávek a v případě nutnosti dávku zvýšíme o 30 až 50 %. U velmi starých pacientů a u pacientů s jaterním a ledvinovým poškozením dávku zvyšujeme po 3 až 4 dnech.

Jakmile je dosaženo účinného a přetrvávajícího útlumu bolesti, je možné přejít na udržovací léčbu preparáty s řízeným uvolňováním morfinu. Vrcholových plazmatických koncentrací je u nich dosahováno po 2 až 4 hodinách a účinek trvá 12 hodin. Z toho je patrné, že dávkování morfinu je u těchto preparátů hůře říditelné. U nás je v současnosti dostupných více přípravků morfinu s řízeným uvolňováním, zpravidla v několika silách tablet (10, 30, 60, 100, případně i 200 mg v 1 tbl) – MST CONTINUS, VENDAL RETARD, M-ESLON SR, SLOVALGIN RETARD, DOLTARD, ORAMORPH, SKENAN LP. Tyto přípravky jsou podávány 2x, méně často i 3x denně. Počáteční jednotlivá dávka bývá obvykle 10 až 30 mg, v individuálních případech lze za den aplikovat 3x 300 mg i více. Existují i další formy retardovaného morfinu s dvanáctihodinovým intervalem podávání – MST CONTINUS granulát pro přípravu suspenze, MST CONTINUS čípky, a morfin s čtyřicetihodinovým uvolňováním (MST UNO tobolky).

Přechod na podávání morfinu s pomalým uvolňováním provádíme v miligramovém poměru 1 : 1, tzn. celkovou čtyřicetihodinovou dávku morfinu s rychlým

uvolňováním vydělíme dvěma a získáme dávku pomalu uvolňovaného morfinu pro dvanáctihodinový interval.

Evropská asociace paliativní péče vydala v roce 1996 doporučení pro podávání morfinu u onkologické bolesti, z nichž vyjímáme (upraveno):

1. Optimální cesta podání je per os. Existují dva typy takto podávaného morfinu – s rychlým uvolňováním (pro titraci dávek) a s řízeným uvolňováním (pro udržovací léčbu).
2. Nejjednodušší metodou nastavení dávek je použití rychle vstřebatelného morfinu po 4 hodinách a stejné dávky při průlomové bolesti. Tuto záchrannou (rescue) dávku lze použít tak často, jak je nutné (např. každou hodinu), a denně je kontrolována dvacetičtyřhodinová spotřeba morfinu. Pravidelné dávkování pak může být nastaveno podle počtu podaných záchranných dávek.
3. Pokud se bolest vrací pravidelně před podáním následné plánované dávky, je nutno jednotlivé dávky zvýšit. Obecně lze říci, že rychle uvolňovaný morfin není nutno podávat častěji než po 4 hodinách a morfin s řízeným uvolňováním častěji než po 12 hodinách.
4. U pacientů léčených morfinem s rychlým uvolňováním aplikovaným po 4 hodinách je vhodné podat před spaním dvojnásobnou dávku, která zabrání probuzení bolesti.
5. Podávání morfinu s řízeným uvolňováním může být příležitostně nutné po 8 hodinách.
6. Na trhu je dostupných několik preparátů s řízeným uvolňováním morfinu. Nezdá se, že by se navzájem lišily trváním účinku nebo relativní analgetickou potencí.
7. Pokud pacient není schopen přijímat lék ústy, jsou jako další možnosti používány aplikace rektální nebo podkožní.
8. Dostupnost morfinu a trvání analgezie po rektálním a orálním podání jsou stejné.
9. Stejně dávky morfinu podávané orálně i rektálně jsou stejně účinné.
10. Tablety s řízeným uvolňováním morfinu nesmí být drceny ani používány pro rektální nebo vaginální aplikaci.
11. Morfin může být podáván podkožně buď v bolusech po 4 hodinách, nebo kontinuální infuzí.
12. Relativní poměr síly účinku perorálně podávaného morfinu k morfinu podávanému podkožně je 1:2.
13. Obecně neexistuje indikace pro nitrosvalové podávání morfinu, neboť podkožní podávání je jednodušší a méně bolestivé.
14. Podkožní podávání morfinu není vhodné:
 - a) u pacientů s generalizovanými otoky,
 - b) u pacientů s erytémem, bolestivostí nebo sterilními abscesy v místě podkožního podávání,
 - c) u pacientů s poruchami krevní srážlivosti,
 - d) u nemocných s velmi špatnou periferní cirkulací.

U těchto nemocných dáváme přednost intravenóznímu podávání. Intravenózní aplikace může být rovněž použita v případě, kdy má pacient zaveden centrální nebo periferní žilní katétr.

15. Relativní poměr síly účinku perorálně podávaného morfinu k morfinu podávanému intravenózně je mezi 1:2 a 1:3.
16. Výše uvedená opatření vedou k účinnému tlumení nádorové bolesti u přibližně 80 % nemocných. U zbylých 20 % je nutno použít jiných metod pro kontrolu bolesti, včetně intraspinálního podávání opioidů, případně v kombinaci s místními anestetiky či jinými preparáty.
17. Sublingvální nebo transdermální aplikace jiných opioidů může být alternativou k perorálnímu podávání.
18. Sublingvální nebo transdermální aplikace jiných opioidů může být alternativou k podkožnímu podávání.
19. Indikace pro parenterální podávání opioidů:
 - a) přetrvávající nauzea nebo zvracení – např. při neřešitelné střevní obstrukci,
 - b) neschopnost polykat léky – např. při uzávěru jícnu,
 - c) zhoršené vědomí – např. kóma u umírajících pacientů.

Oxykodon má podobné analgetické účinky jako morfin. Je rychle a velmi dobře vstřebáván z trávicího traktu, jeho biologická dostupnost je více než dvojnásobná ve srovnání s morfinem. Je nejenom mí, ale i kapa a delta agonistou bez pozorovatelného stropového efektu. U nás je k dispozici od roku 2001 preparát OXYCONTIN tbl à 10 a 20 mg, dává se podobně jako morfin s pomalým uvolňováním, výjimečně mohou denní dávky dosáhnout 400 mg.

Transdermální (TTS) fentanyl (DUROGESIC) je vysoce účinný mí agonista (poměr ekvianalgetické dávky p.o. morfinu k transdermálnímu fentanylu za 24 hodiny je přibližně 70 až 100 ku 1). TTS fentanyl je k dispozici v náplastech uvolňujících 25, 50, 75 nebo 100 µg fentanylu za hodinu. Účinek nastupuje po nalepení první náplasti velmi zvolna, v průměru za 18 hodin, délka účinku je 72 hodiny.

Ekvianalgetické dávky opioidů jsou uvedeny v tab 3.5.

Tabulka 3.5 Ekvianalgetické dávky opioidů

Dávky jsou uvedeny v mg na 24 hodiny, pokud není uvedeno jinak.										
Tramadol (po., pr.)	150	300	450	600						
Tilidin (po.)		150	300	450						
Dihydrokodein (po.)	120	240	360	480						
Morfin (po., pr.)	30	60	90	120	150	180	210	300	600	900
Morfin (sc., im., iv.)	10	20	30	40	50	60	70	100	200	300
Oxykodon (po.)	15	30	45	60	75	90	105	150	300	450
Buprenorfin (sl.)	0,4	0,8	1,2	1,6	2,0	2,4	2,8	3,2	3,6	4,0
TTS fentanyl	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5	1,8	2,1	3,0	6,0	9,0
TTS fentanyl (µg/h)	25		50		75		125	250	375	

Pozn.: TTS fentanyl – transdermální fentanyl (transdermal therapeutic system)

Vedlejší účinky opioidů

Zácpa: je nejčastějším vedlejším účinkem opioidů. Téměř všechny ostatní vedlejší účinky se mohou v průběhu léčby zmírnit, u zácpy tomu tak není. Proto je nutné hned od začátku léčby opioidy věnovat maximální pozornost péči o pravidelnou stolici, včetně nasazení změkčujících a stimulačních laxativ, hojného přívodu tekutin a stravy obsahující vlákninu. Změkčující projímadla, např. laktulóza, nemusí být vždy dostatečně účinná, proto bývá v těchto případech doporučována jejich kombinace se stimulačním preparátem (např. sennou).

Nauzea a zvracení: vyskytuje se u 1/2 až 2/3 nemocných na začátku léčby, u většiny nemocných po čase vymizí. Část pacientů zpočátku vyžaduje antiemetika. Účinný je haloperidol 1,5 mg na noc nebo 2x denně, případně metoklopramid 10 mg po 6 hodinách. Po 3 až 4 dnech podávání je často možné antiemetickou léčbu přerušit. Vyskytne-li se nauzea nebo zvracení za týdny až měsíce po nasazení morfinu, nelze je připisovat léčbě opioidy. Je nutné uvažovat o jiných příčinách, např. o hyperkalcemii.

Ospalost, závratě, otupení mysli: vyskytují se často zejména v prvních dnech, ale obvykle ustoupí během několika dní. Někdy snad lze tyto příznaky interpretovat i jako potřebu dohnat předchozí nespavost vyvolanou bolestí. Po stabilizaci dávkování opioidů jsou kognitivní a psychomotorické funkce překvapivě málo ovlivněny. Současné údaje svědčí pro to, že schopnost řídit motorová vozidla není u onkologických nemocných dlouhodobě léčených stabilními dávkami morfinu významně ovlivněna. Pacienti však musí být důrazně upozorněni na počáteční stadium ospalosti při zahájení léčby opioidy.

Halucinace a zmatenost: nebývají obvyklé, ale ve vyšším věku se mohou vyskytnout. Tyto příznaky mohou vést k nutnosti změnit analgetika nebo cesty podání.

Dechový útlum: může být problémem při léčbě akutní bolesti, při kontrole chronické bolesti se vyskytuje velmi zřídka, je-li opioid pečlivě titrován. Perorální morfin lze dlouhodobě podávat i onkologickým pacientům se současnou chronickou obstrukční plicní nemocí. Depresi dýchání lze očekávat u nemocných, kteří spolu s opioidy dostávají sedativa nebo trankvilizéry, a u těch, u nichž došlo k vyřazení bolesti jiným způsobem (např. místní analgezií), přičemž opioid je podáván dále. Bolest je účinným stimulem dechového centra, proto při perorálním podávání opioidů u silných bolestí vídáme útlum dechového centra ojediněle. V případě, že k depresi dechového centra dojde, je účinným protiopatřením aplikace čistého antagonisty opioidních receptorů naloxonu.

Fyzická závislost: je charakterizována rozvojem abstinčních příznaků (stavy úzkosti, předrážděnost, neklid, nepřátelské chování, třesavka, hyperventilace, horečka, zívání, pocení, vodnatý výtok z nosu, slzení, nauzea, průjem, bolesti břicha, tachykardie, svalové bolesti apod.) po vysazení opioidů nebo podání antagonistů. Vzniká po tří- až čtyřtýdenním podávání opioidů.

Psychická závislost: jejím projevem je chování vedené snahou získat příslušnou drogu, která je brána pro její psychický účinek. Jak bylo opakovaně prokázáno, léčení bolesti u nádorové nemoci vede k návyku na lék u méně než 1 % nemocných. Pacient s nádorovým onemocněním vyžaduje opakované podávání opioidů pro potlačení bolesti, ne pro jejich psychické účinky. Bohužel v odborné i laické veřejnosti velmi často není odlišována psychická závislost od fyzické. Důsledkem je nechutí části lékařů předepisovat opioidy z obavy před vznikem pacientovy psychické závislosti i obava části nemocných z toho, že se stanou drogově závislími. Tuto pověru je nutno v zájmu trpících nemocných neustále odstraňovat.

Tolerance: je to stav, kdy k dosažení analgetické účinnosti jsou potřebné zvyšující se dávky analgetik. U pacientů s chronickou bolestí je však nejčastějším důvodem pro zvyšování dávek opioidů progresse nádorového onemocnění s narůstajícími bolestmi.

V případech nutnosti podat alternativní silné opioidy u nemocných, u nichž je bolest morfinem dobře tlumena, ale nežádoucí účinky jsou příliš velké nebo je přítomná alergie na morfin, se doporučuje podání oxykodonu nebo transdermálního fentanylu (rotace opioidů), naopak není vhodný např. pethidin.

Bolest hůře ovlivnitelná opioidy

Jedná se o takovou bolest, která je nedostatečně tlumena opioidy v dávkách způsobujících nesnesitelné vedlejší účinky. Nejčastěji uváděným příkladem je neuropatická bolest. Rovněž některé formy viscerální bolesti, včetně bolesti pankreatické, tenezmů močového měchýře a rekta, patří do této kategorie.

Doplňující medikace při nádorových bolestech

Další preparáty, které mají rovněž určitý analgetický efekt, jsou označovány jako adjuvantní analgetika nebo koanalgetika. Patří mezi ně řada látek, jejichž primární indikace je jiná než analgetická, ale za specifických podmínek účinkují protibolestivě. Tyto látky používáme k tlumení řady bolestivých syndromů nádorového i nenádorového původu.

Antidepresiva

Indikací k podávání antidepresiv jsou deprese, stavy strachu, psychosyndrom podminěný bolestí, nespavost u bolestivých syndromů, neuropatické bolesti trvalého, pálivého charakteru, parestezie, odvykací symptomy. Antidepresiva mají i vlastní nevelký analgetický účinek, který obvykle nastupuje po 4 až 7 dnech po dosažení účinné denní dávky. Antidepresivní účinek nastupuje později, přibližně po 2 týdnech od nasazení.

Největší klinické zkušenosti jsou s tricyklickými antidepresivy (TCA), jmenovitě s amitriptylinem (AMITRIPTYLIN), klomipraminem (ANAFRANIL, HYDIPHEN), imipraminem (MELIPRAMIN), dosulepinem (PROTHIADEN). Počáteční dávky TCA by měly být nízké, u starších osob a u nemocných s vyšším rizikem nežádoucích účinků zpravidla 10 mg před spaním, v ostatních případech 25 mg před spaním. Po každých několika dnech by měla být dávka zvýšena o velikost iniciační dávky. Účinná

denní dávka se pohybuje u amitriptylinu mezi 50 a 150 mg. Mírný analgetický účinek bývá udáván i u některých antidepresiv II. generace (maprotilin, trazodon), III. generace (fluoxetin, paroxetin) a IV. generace (venlafaxin).

Antiepileptika

Antiepileptika jsou indikována u záchvatovitých neuropatických bolestí s vyzařujícím a elektrizujícím charakterem (neuralgiformní bolesti). Trvalé palčivé bolesti obvykle na antiepileptika nereagují. Používá se karbamazepin (APO-CARBAMAZEPIN, BISTON, NEUROTOP, TEGRETOL, TIMONIL), gabapentin (NEURONTIN), případně klonazepam (RIVOTRIL, ANTELEPSIN), fenytoin (SODANTON, PHENYTOIN AWD, EPANUTIN aj.), kyselina valproová (EVERIDEN, CONVULEX, DEPAKINE CHRONO aj.).

Při obtížně zvladatelných neuropatických bolestech lze kombinovat antidepresiva a antiepileptika, případně podat i místní anestetika – antiarytmika (mexiletin v infuzi nebo perorálně, lidokain v infuzi – viz níže).

Největší klinické zkušenosti jsou s karbamazepinem, ale jeho použití u onkologických nemocných je omezeno vzhledem k možnosti dřevňového útlumu, zejména leukopenie, po tomto preparátu. Pacienti, kteří mají nízké počty krvinek, a ti, u kterých je plánována myelosupresivní chemoterapie, by měli dostávat jiná antiepileptika nebo jiná adjuvantní analgetika. V posledních letech se u řady neuropatických bolestí používá s dobrým efektem gabapentin v dávkách 3x 300 mg až 4x 600 (900) mg denně, který má minimum lékových interakcí a není orgánově toxický.

Užitečnou alternativou k antiepileptikům může být baklofen. Je zpravidla dobře tolerován, jeho podávání lze zahájit dávkou 2x až 3x 5 mg denně a postupně zvyšovat do dosažení analgezie nebo výskytu nežádoucích účinků. U některých nemocných jsou nutné poměrně vysoké dávky, až 120 mg denně.

Perorální místní anestetika – antiarytmika

Antiarytmika lze podávat v případě neuropatických bolestí jak neuralgiformního, tak stálého typu. Pro relativně nižší výskyt kardiálních účinků je v této indikaci používán mexiletin (KATEN, MEXITIL). Počáteční dávka mexiletinu by měla být nízká – 150 mg za den – a postupně by měla být zvyšována, dokud se neobjeví nežádoucí účinky nebo není dosaženo maximální denní dávky 900 mg. Zejména u kardiaků musí být nasazení mexiletinu pečlivě zvažováno. Účinnost perorálních místních anestetik v léčbě neuropatických bolestí onkologického původu však nebyla přesvědčivě prokázána.

Topická léčba

U neuropatických bolestí při postižení periferních nervů se může uplatnit topická aplikace kapsaicinu nebo místních anestetik. Krém s obsahem 0,025% kapsaicinu může být účinný u postherpetické neuralgie a postmastektomického syndromu. Vyšší koncentrace (0,075%) se může uplatnit u bolestivé formy diabetické neuropatie.

EMLA-krém (eutektická směs místních anestetik) nebo krém s vysokou (5%) koncentrací lidokainu může snížit bolest u postherpetické neuralgie, případně u jiných neuropatických bolestí vznikajících na úrovni periferních nervů.

Neuroleptika

Neuroleptika působí antiemeticky, antipsychoticky, sedativně, anxiolyticky. Mohou mírně potencovat účinek opioidů a zvyšovat práh bolesti. Používají se levopromazin (TISERCIN, MILEZIN), haloperidol (HALDOL, HALOPERIDOL, APO-HALOPERIDOL aj.), thioridazin (THIORIDAZIN, MELLERIL) a další.

Benzodiazepiny

Indikací pro jejich aplikaci jsou stavy strachu, nespavost, pohotovost ke křečím, nadměrné svalové napětí. Mezi nejpožívanější patří diazepam (DIAZEPAM, SEDUXEN, VALIUM, APAURIN), alprazolam (NEUROL, XANAX), bromazepam (LEXAURIN, LEXOTANIL), chlórdiazepoxid (DEFOBIN, ELENIUM, RADEPUR), oxazepam (OXAZEPAM) a další. Alprazolam může mít koanalgetické účinky u smíšených neuropatických bolestí. Jako hypnotika se uplatňují flunitrazepam (ROHYPNOL), midazolam (DORMICUM) a další. Klonazepam byl zmíněn mezi antiepileptiky.

Během léčby benzodiazepiny je nutné sledovat úroveň somnolence a možné kognitivní poruchy.

Klonidin

Klonidin je agonista α_2 receptorů mající koanalgetické účinky, mj. i u refrakterních neuropatických bolestí. Lze jej podávat perorálně, transdermálně, v intravenózní infuzi i cestou regionální analgezie. Mezi významné vedlejší účinky patří sedace, sucho v ústech, méně často hypotenze.

Spazmolytika

Používají se při kolikovitých bolestech trávicího ústrojí, žlučových a močových cest. Patří mezi ně např. drotaverin (NO-SPA), butylskopolamin (BUSCOPAN), glycopyrolát (GASTRODYN, ROBINUL), kompozitní spazmoanalgetika (ALGIFEN, BARALGIN, QUARELIN, SPASMOVERALGIN NEO a další). Skopolamin je k dispozici i v transdermální formě.

Při střevní obstrukci se mohou s výhodou uplatnit i kortikosteroidy. Mechanismus jejich účinku není objasněn, dávkování je udáváno pro dexametazon od 8 do 60 mg denně.

Octreotid, syntetický analog somatostatinu (SANDOSTATIN), může omezením intraluminální sekrece a gastrointestinální motility rovněž snížit bolesti při obstrukci střeva nádorem. Použití octreotidu v této indikaci je však sporadické.

Kortikosteroidy

V léčbě nádorové bolesti mají kortikosteroidy časté uplatnění – zmírňují kolaterální edém u mozkových nádorů nebo metastáz, tlumí bolest při nádorové kompresi nebo infiltraci nervu, u kostních metastáz, při napětí jaterního pouzdra u jaterních nádorů a metastáz, u nádorů pánve, u infiltrací měkkých tkání, při obstrukci dutých orgánů. Používají se rovněž při počínající symptomatologii transverzální míšní léze, při obstrukci dýchacích cest u bronchogenního karcinomu, na zmírnění otoku vyvolaného radioterapií, na potlačení nočního pocení. Kortikosteroidy mohou zvýšit chuť k jídlu, omezit nauzeu, vést k dočasným přírůstkům tělesné hmotnosti, mohou příznivě ovlivnit náladu a tím přechodně zlepšit kvalitu života.

Riziko nežádoucích účinků narůstá s délkou léčby kortikosteroidy. Proto se kortikosteroidy ve výše uvedených indikacích nasazují u nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním a omezenou očekávanou dobou přežití.

Pokud kortikosteroidy nepřinesou do dvou týdnů úspěch, měly by se na 3 až 5 dní vysadit. Zpravidla stačí jednorázová ranní dávka kortikosteroidů. Nejčastěji jsou používány dexametazon (DEXAMETHAZON, FORTECORTIN, DEXASON, DEXONA aj.) v počáteční denní dávce 16 až 32 mg, při dobré účinnosti lze dávkování po týdnu snížit na 2 až 4 mg denně, prednison (PREDNISON) v počáteční denní dávce 80 mg i více, během udržovací léčby 15 až 30 mg denně.

Při nízkém dávkování (dexametazon 1 až 2 mg 1x až 2x denně, prednison 5 až 10 mg 1x až 2x denně) lze kortikosteroidy podávat i delší dobu s přijatelným rizikem.

Jinou možností je krátkodobé použití vysokých dávek kortikosteroidů u těžkých, zpravidla progredujících bolestí. Podávání lze zahájit intravenózním podáním 100 mg dexametazonu s následnou denní aplikací 4x 24 mg. Tato dávka je postupně snižována tak, jak nastupuje účinek radioterapie nebo nervových blokády. Vysoké dávkování kortikosteroidů vyžaduje velmi intenzivní gastroprotektivní léčbu.

Regulátory metabolismu kalcia

Při kostních nádorech a metastázách se aktivují osteoklasty. Kalcitonin a bisfosfonáty inhibují aktivitu osteoklastů, snižují kostní destrukci, zmírňují kostní bolesti. Mezi preparáty kalcitoninu patří MIACALCIC, CALSYNAR, CIBACALCIN. Z bisfosfonátů je používán klodronát (BONEFOS, LODRONAT), pamidronát (AREDIA), alendronát (FOSAMAX), ibandronát (BONDRONAT) a zolendronát. Klodronát se podává perorálně 1,6 až 2,4 g denně, lze jej však aplikovat i dlouhodobě nitrožilně (900 mg ve 4hodinové infuzi ve 14denních intervalech). Pamidronát dosahuje optimálního efektu, je-li podáván v minimálně dvouhodinové infuzi v dávce 60 mg také ve 14denních intervalech. Dobrého účinku dosahuje i při podání infuze 90 mg jednou za 4 týdny.

Kalcitonin se může uplatnit i u neuropatických bolestí zprostředkovaných sympatickým nervovým systémem (reflexní sympatiková dystrofie), u fantomových bolestí a u jiných typů neuropatických bolestí.

Antagonisté N-methyl-D-aspartátových (NMDA) receptorů

Při ovlivňování refrakterních neuropatických bolestí se mohou uplatnit i antagonisté N-methyl-D-aspartátových (NMDA) receptorů. Patří mezi ně antitusikum kodeinového typu dextrometorfan a celkové anestetikum ketamin. Při použití dextrometorfanu lze začít s dávkami 40 až 60 mg denně perorálně a postupně je zvyšovat, u nás však tento preparát není pro léčbu bolesti registrován. Anesteziologové mohou zkusit zahájit léčbu nízkými dávkami ketaminu – 0,1 mg/kg/hod v intravenózní infuzi, tyto dávky pak lze zvolna zvyšovat. Ketamin podávaný kontinuálně podkožně v nízkých dávkách (1 mg/kg/24 h) zlepšuje analgezií a pravděpodobně snižuje toleranci k opioidům u terminálně onkologicky nemocných.

Pohlavní hormony

Použití pohlavních hormonů může zmírnit bolest u hormonálně závislých nádorů. Například testosteron (AGOVIRIN) může přinést úlevu u bolestivých kostních metastáz karcinomu prsu, podobně i tamoxifen (NOLVADEX, TAMOXIFEN, TAMOFEN).

Medroxyprogesteron (DEPO-PROVERA, PROVERA) a megestrol acetát (MEGACE) jsou používány v léčbě metastazujících karcinomů endometria, ovaria, prsu nebo ledvin (metastazující Grawitzův nádor), polyestradiol (ESTRADURIN) a jiné estrogény v léčbě metastazujících nádorů prostaty. MEGACE působí anabolicky, což je u kachektizujících nemocných vítané.

Alkohol

U nemocných s chronickými bolestmi u maligních onemocnění je možno doporučit malé množství alkoholu večer před spaním. Zvyšuje práh bolesti a zlepšuje spánek.

Preparáty používané ke kontrole symptomů souvisejících s léčbou onkologické bolesti

Laxativa

Zvládnutí obstopace u nemocných léčených opioidy může být velmi obtížné. Jakmile jsou opioidní analgetika nasazena, měla by být současně ordinována projímadla. Osvědčila se zejména osmoticky působící laxativa typu laktulózy (LACTULOSA, DUPHALAC, LAEVLAC), kromě ní se doporučuje bohatý přívod tekutin, ovocných šťáv, výživy bohaté na vlákniny, pohyb. Lze použít i stimulační laxativa senna, bisakodyl (BISACODYL, EXTRALAX, FENOLAX, NOVOLAX aj.), objemová laxativa (AGIOLAX), přípravky obsahující otruby, na krátkou dobu pikosulfát sodný (GUTTALAX, LAXYGAL), parafinové preparáty (LAFINOL), ricinový olej, nálevy, infuze parasymptomimetik. Dávkování laktulózy je 1 až 3 polévkové lžíce ráno, případně až 3x 5 polévkových lžic denně.

Antiemetika

Nauzea a zvracení mohou vzniknout v souvislosti s aktinoterapií, chemoterapií, léčbou opioidy, ileózním stavem, karcinomatózou peritonea, uremií, hyperkalcemií, zvýšeným nitrolebním tlakem. Není-li možná kauzální léčba (např. chirurgické řešení ileu), jsou k dispozici antiemetika. Za normálních okolností se podávají perorálně, při těžkém zvracení je nutná rektální, transdermální (skopolamin) nebo parenterální aplikace. Vznikla-li nauzea při podávání opioidů, mělo by se antiemetikum podat krátce před jejich aplikací. V pozdějším stadiu léčby opioidy je možné pokusit se o vysazení antiemetik. Používají se metoklopramid (CERUCAL, DEGAN), thiethylperazin (TORECAN), prochlorperazin (PROCHLORPERAZIN LÉČIVA), domperidon (MOTILIUM), haloperidol (HALOPERIDOL, APO-HALOPERIDOL, HALDOL), ve velmi závažných případech antagonisté 5-HT₃ receptorů – ondansetron (ZOFTRAN) granisetron (KYTRIL), tropisetron (NAVBAN).

Blokátory protonové pumpy

Blokátory protonové pumpy používáme při profylaxi a léčbě žaludečních a dvanáctníkových erozí a vředů, které se mj. mohou objevit v souvislosti s terapií nesteroidními protizánětlivými preparáty a kortikosteroidy. Nejčastěji je používán omeprazol (GASEC, HELICID aj.). Méně často použijeme antagonisty H₂-receptorů jako je ranitidin (RANISAN, RANTAL, ULCOSAN, ZANTAC aj.), cimetidin (BELOMET, PRIMAMET, TAGAMET aj.) nebo antacida (např. ANACID, GASTROGEL SLOVAKOFARMA, GASTERIN, MAALOX, sukralfát – ULCOGANT, VENTER, ALSUCRAL).

3.4.5 Invazivní postupy při léčbě bolesti

Je-li medikamentózní analgetická léčba nedostatečná, mohou ji doplnit nebo nahradit invazivní techniky. Ty mohou být buď reverzibilní (opakované nebo kontinuální blokády na úrovni míchy, nervových pletení či nervů somatických i viscerálních, neurostimulační metody), nebo ireverzibilní (chemické neurolyzy, neurochirurgické neurodestrukční výkony).

V současné době jsou nejčastěji používanými metodami invazivní léčby bolesti různé typy nervových blokad, které zpravidla provádějí anesteziologové.

Rozdělení analgetických blokad

Podle účelu dělíme blokády na diagnostické, prognostické, profylaktické a terapeutické. K diferenciální diagnostice některých bolestivých stavů lze použít diagnostických blokad pomocí místních anestetik, zpravidla krátkodobě působících, s rychlým nástupem účinku. Je-li prognostickou blokádou dosaženo jasného zmírnění bolesti, můžeme následně uvažovat o sérii léčebných blokad místním anestetikem, o ireverzibilní neurolytické blokádě, o použití radiofrekvenční termokoagulace, o chirurgickém denervačním zákroku. V době, kdy je rozvinut účinek prognostické blokády, může pacient získat představu i o případných vedlejších či nepříjemných účincích plánovaného denervačního postupu. Pomocí profylaktických blokad lze v některých případech zabránit rozvoji chronických bolestivých syndromů. Je prokázáno, že opakovanými analgeticky působícími blokádami sympatiku při akutním pásovém oparu se daří významně omezit výskyt postherpetické neuralgie. Terapeutické blokády provádíme při kauzální nebo symptomatické léčbě bolesti. Před použitím terapeutické blokády je vhodná diagnostická a prognostická blokáda.

Podle místa aplikace rozdělujeme blokády na:

- centrální: subarachnoidální a epidurální,
- periferní: somatické (kořenové, nervových pletení, jednotlivých nervů),
- periferní: vegetativní (blokády sympatiku, blokády parasympatiku),
- blokády nervových zakončení (podkožní, spouštových bodů, intraartikulární),
- intravenózní (IVRA – intravenózní regionální analgezie – uváděna pouze pro úplnost).

Často, zejména při subarachnoidálních, epidurálních blokádách, při blokádách nervových pletení a při intravenózní regionální analgezii, mohou být současně ovlivněna jak somatická, tak vegetativní nervová vlákna.

Podle reverzibility účinku rozdělujeme blokády na reverzibilní (jednorázové, opakované a kontinuální) a ireverzibilní – neurolytické. V širším slova smyslu lze mezi ireverzibilní metody zařadit i přerušení nervových struktur mechanicky (přetětím nebo kompresí) nebo působením vyšší teploty (radiofrekvenční termokoagulací – RFT) a působením nízké teploty (kryodestrukce). Pro reverzibilní blokády lze použít místní anestetika – prokain, trimekain, lidokain, bupivakain, ropivakain aj., opioidy – morfin, fentanyl, sufentanil, buprenorfin aj., alfa₂-agonisty – klonidin, kortikosteroidy – methylprednisolon, betamethason, triamcinolon aj., zřídka agonisty GABA-receptorů – midazolam, baklofen, antagonisty NMDA receptorů – ketamin.

Řadu blokad je možno provádět naslepo, bez kontroly zobrazovací technikou, včetně většiny blokad epidurálních a subarachnoidálních. Při některých blokádách