

STAROSTLIVOSŤ O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA V POKROČILOM ŠTÁDIU OCHORENIA

Oľga Sadovská

Oddelenie paliatívnej starostlivosti Internej kliniky NOÚ, Bratislava

Via pract., 2007, roč. 4 (S2): 31–40

Úvod

Pri progredujúcom nádorovom ochorení prichádza obdobie, keď je smrť neodvratná, a cieľom liečby je **zabezpečenie najlepšej možnej kvality zostávajúceho života**. Paliatívna medicína poskytuje pacientom kontinuálnu a komplexnú starostlivosť. Zlepšenie kvality života dosiahne tým, že včas diagnostikuje a lieči bolesti i ďalšie príznaky terminálneho ochorenia, pomáha pri riešení psychologických, sociálnych a spirituálnych problémov pacientov a ich rodín. Zatiaľ nie je v silách paliatívnych tímov poskytnúť túto starostlivosť všetkým pacientom s pokročilým nádorovým ochorením, navyše veľa pacientov sa chce liečiť doma a u svojho lekára.

Právo na zmiernenie utrpenia podľa najnovších medicínskych poznatkov, právo na humánnu terminálnu starostlivosť a dôstojnú smrť patria v Deklarácii o právach pacientov medzi základné. Základy paliatívnej starostlivosti, rozpoznania a liečby príznakov a komplikácií terminálneho ochorenia by preto mali ovládať všetci lekári.

Kvalita života onkologického pacienta

Kvalita života je pocit celkovej životnej (ne)pohody, vyplývajúci zo súhrnu objektívnych životných podmienok a ich subjektívneho hodnotenia pacientom. Na jej subjektívne hodnotenie vplývajú **aspekty fyzické** (obťažujúce symptómy, utrpenie, zhoršenie výkonnosti a sebestačnosti), **emocionálne** (duševná pohoda, úzkosť, depresia), **sociálne** (rodinné vzťahy, sociálne aktivity, financie). Jednotlivé komponenty sa navzájom ovplyvňujú a ich vplyv na kvalitu života

rastie geometrickým radom – napr. bolesť zhoršuje dyspnoe, výkonnosť, sebestačnosť, duševnú pohodu a aj schopnosť udržiavať sociálne kontakty.

Aj terminálne chorý pacient má schopnosť vidieť situáciu v jej relativite – deň bez bolesti a utrpenia, sociálna integrácia, zachovanie dôstojnosti a sebestačnosti – to všetko vytvára podmienky pre udržanie si dobrej kvality života napriek objektívnym obmedzeniam choroby. Predstavy o plnohodnotnosti vlastného života sú u každého pacienta iné. Pomôcť mu ich naplniť môžeme len vtedy, ak ich poznáme.

Stav výkonnosti pacienta

Stav výkonnosti pacienta je dôležitý pri rozhodovaní sa medzi liečebnými modalitami (indikácia paliatívnej chemoterapie, pleurodýzy, operačného riešenia malignej črevnej obštrukcie, zavedenia nefrostómie...). Hodnotí ho tzv. **Karnofsky Performance Status (KPS)** od 100 po 0 (100 – pacient bez príznakov, 0 – mŕtvy) alebo **ECOG skóre** od 0 po 4 (0 – aktívny, práceschopný pacient bez fyzických obmedzení, 4 – ležiaci, nesebestačný pacient).

Pohyblivosť alebo aspoň sebestačnosť v základných úkonoch sebaobsluhy je významná aj u pacienta v pokročilom štádiu nádorového ochorenia, naopak bezmocnosť a závislosť na iných výrazne zhoršuje utrpenie a depresiu. K udržaniu sebestačnosti niekedy postačí zmena životného štýlu a bývania (hygiena a varenie v sede, posteľ na prízemí, v blízkosti WC, kuchyne). **Pomôcky**, ktoré zlepšujú pohyblivosť a bezpečnosť pacienta v domácom prostredí (vozík, chodúľka, zvyšovač na WC, madlá, palica, barla) sú zväčša aspoň čiastočne hrazené poisťovňami.

Predpisuje ich obvodný lekár alebo špecialista pre rehabilitáciu (príbuzní to zistia vo výdajni zdravotníckych potrieb).

Symptomatická liečba

Symptomatická liečba sa zameriava na odstránenie obťažujúcich príznakov bez pridania nových ťažkostí z liečby. Má byť čo najmenej invazívna, zohľadňovať želanie pacienta (nie iba rodiny!), prognózu, súčasnú kvalitu života a jej očakávané ovplyvnenie terapeutickým zásahom. Diagnostika má význam vtedy, ak máme racionálny dôvod predpokladať, že v prípade pozitívneho nálezu budeme vedieť pacientovi pomôcť. Pri indikácii ďalších operácií, chemoterapie, rádioterapie by mal očakávaný benefit pre pacienta vysoko prevažovať riziká. U kachektického, malnutričného pacienta je menšia pravdepodobnosť, že sa mu operačná rana zhojí, že sa z operácie či inej agresívnej liečby zotaví. Očakávané predĺženie života by nemalo byť na úkor jeho kvality.

Bolesť

Bolesť sa vyskytuje u 80 – 90 % pacientov. Napriek tomu, že efektívne analgetiká sú dostupné, postupy pre liečbu chronickej nádorovej bolesti vypracované a známe, veľká časť pacientov zomiera v bolestiach a utrpení.

Vnímanie bolesti je subjektívne, ovplyvňujú ho somatické príčiny, ale aj psychika pacienta. Pacient pociťuje bolesť ako silnejšiu, ak má strach, úzkosť, depresiu, hnev, chronickú únavu a nespavosť. Zvýšené vnímanie bolesti pri úzkosti a depresii uzatvára bludný kruh násobenia bolesti. Neznesiteľná bolesť vyvolaná život ohrozujúcou príčinou s beznádejnou prognózou je spojená s utrpením a vyžaduje si komplexnejší zásah ako bolesť akútne. Chronická malígna bolesť je trvalá a preto vyžaduje trvalú analgetickú liečbu a nie nešťastné prepínanie na obdobia neznesiteľnej bolesti a somnolentného pokoja. Stále vyčkávanie návratu bolesti pri podávaní analgetika iba podľa potreby obmedzuje sebestačnosť a zvyšuje závislosť pacienta. Zásady liečby chronickej bolesti sú uvedené v tabuľke 1.

Intenzita bolesti sa hodnotí na tzv. vizuálnych analógových škálach (VAS), ktoré predstavujú 10 centimetrovú úsečku, kde 0 je žiadna bolesť a 10 neznesiteľná bolesť. Na nej pacient vyznačí intenzitu aktuálnej bolesti. Zaznamená sa napr. 4/10, čo znamená intenzita bolesti 4 z 10-stupňovej škály.

Analgetiká vyberáme podľa intenzity bolesti a podľa tzv. **trojstupňového analgetického rebríka** (WHO), pozri tabuľku 2. Pri miernej bolesti podávame lieky prvého stupňa rebríka (neopiátové analgetiká). Pri nedostatočnom efekte sa prechádza na druhý (slabé opiáty) a tretí stupeň (silné opiáty). Neopiátové analgetiká podávame naďalej, pretože potencujú účinkov opiátov.

Nesteroidné antireumatiká pôsobia periférne zásahom do syntézy tkanivových prostaglandínov inhibíciou enzýmu cyklooxygenázy (COX) 1 a 2. Analgetický účinok má COX 2 inhibícia. Dlhodobé podávanie môže byť rizikové z hľadiska nežiaducich účinkov najmä gastrointestinálnych, spôsobených COX 1 inhibíciou. Nesteroidné antireumatiká sú tým bezpečnejšie a účinnejšie, čím sú COX 2 selektívnejšie.

Opiáty tlmia bolesť centrálné – pôsobením na opiátové receptory. Prechodné nežiaduce účinky (sedácia, somnolencia, nauzea, vomitus) sa môžu vyskytnúť na začiatku užívania opiátov, predchádzame im prechodným podávaním antiemetik (metoclopramid, haloperidol) a psychoterapiou. Sklon k obštipácii pri podávaní opiátov treba trvale ovplyvňovať podávaním prokinetik (domperidon – Costil, itoprid – Ganaton) a miernych laxatív (laktulóza, MgSO₄, senný čaj, bisacodyl...). Obávaná depresia dýchacieho centra sa pri liečbe chronickej malígnej bolesti vyskytuje výnimočne. Za toleranciu na opiáty je často mylne považovaná ich zvýšená potreba pri progresii ochorenia alebo tzv. bolesti rezistentnej na opiáty. **Psychická závislosť** (typ správania, zameraný na získanie drogy za každú cenu) pri chronickom užívaní opiátov pre malígnu bolesť nevzniká. **Fyzickej závislosti** (vznik abstinčných príznakov po náhlom vysadení lieku) sa dá zabrániť postupným znižovaním dávky lieku v prípade potreby.

Dobrá kvalita života možno pacientovi zabezpečiť starostlivou titráciou dávky, kontrolou účinnosti

Tabuľka 1. Zásady účinnej analgézy pri chronickej malígnej bolesti.

- liečiť pacientom udávanú intenzitu bolesti a nie lekárovu predstavu o nej
- aktívne pátrať po bolesti
- podávať liek adekvátny intenzite bolesti
- analgetikami liečiť aj bolesť, ktorej príčinu nepoznáme (rozdiel oproti liečbe akútnej bolesti)
- podávať dlhoučinkujúce analgetiká pravidelne (konštantná hladina lieku = konštantná úľava)
- vždy predpísať pacientovi aj krátkoučinkujúcu formu na užitie „podľa potreby“
- užitie krátkoučinkujúceho preparátu neznamená vynechanie alebo posunutie nasledujúcej dávky dlhoučinkujúceho preparátu
- realistický plán postupného odstraňovania bolesti (nie fenoménom všetko alebo nič),
- preferovať perorálne, transdermálne (rektálne, inhalačné, sublinguálne) preparáty (nezávislosť)
- monitorovať účinnosť analgézy (spôčiatku časté kontroly, denník bolesti)
- prevencia a odstraňovanie nežiaducich účinkov analgetík
- pridanie anxiolytík preruší bludný kruh násobenia bolesti
- využívať synergický účinok liekov, adjuvantné spôsoby liečby
- odstraňovať aj ďalšie príznaky (dýchavica, nechutenstvo, obštipácia, zvracanie...), ich vplyv na zhoršenie kvality života rastie geometrickým radom

Tabuľka 2. Trojstupňový analgetický rebrík WHO.

Prvý stupeň – neopiátové analgetiká

Nesteroidné antireumatiká – indometacín, diklofenac (Almiral, Diclobene, Diclofenac, Dolmina, Rewodina, Arthrotec, Veral), **oxikámy** (Flamexin, Hotemin), **ibuprofén** (Brufen, Ibalgin), **ketoprofén** (Ketonal), **flubiprofén** (Flugalin), **naproxén** (Nalgessin). Riziko toxicity je menšie u preferenčných a selektívnych COX 2 inhibítorov ako **nimesulid** (Aulin, Coxtral), **meloxicam** (Movalis), **nabumeton** (Relifex), **celecoxib** (Celebrex)

Paracetamol – pri intolerancii alebo riziku podávania nesteroidných antireumatík, slabý a krátky analgetický účinok

Metamizol (Novalgin, Algifén) – aj spazmolytický účinok, potencuje účinok nesteroidných antireumatík a opiátov

Druhý stupeň – slabé opiáty

Tramadol (Tralgit, Tramabene, Tramadol, Mabron) – dostupný vo všetkých liekových formách, najlepší analgetický účinok medzi slabými opiátmi, dobrá tolerancia

Kodeín (Codein) – slabý, krátky analgetický, ale výrazný obštipačný efekt, je zložkou kombinovaných analgetík, kde potencuje účinok neopiátových analgetík (Korylan, Spasmopan, Kodynal, Panadol Rapid)

Dihydrokodeín (DHC Continus 60, 90, 120 mg) má 12-hodinový účinok, pre slabú analgézu a časté vedľajšie účinky (nauzea, zvracanie, suchosť v ústach, obštipácia) ho vyhradzujeme pre pacientov s miernou bolesťou, ale silným dráždivým kašľom

Tretí stupeň – silné opiáty

Perorálny **morfín** krátkoučinkujúci (Sevredol 10, 20 mg) alebo dlhoučinkujúci (MST continus 10, 30, 60 a 100 mg), magistraliter pripravovaný roztok morfia či čapíky (4-hodinový účinok). Transdermálny **fantanyl** (Durogesic 12,5, 25, 50, 100 ug/hod) – 72-hodinový účinok, pohodlná aplikácia (náplasť), najmenší obštipačný efekt. Vhodný u pomerne stabilnej chronickej bolesti u pacientov so zvracaním a nezvládnuteľnou obštipáciou. Nevhodný u silne sa potiacich pacientov (odlepuje sa). Pri febrilitách ho treba odlepiť (zrýchlené vstrebávanie).

Oxykodón (OxyContin 10, 20, 40, 80 mg) – z opiátov najlepšia účinnosť pri neuropatickej bolesti.

Hydromorfon (Palladone 2, 4, 8, 16 mg, Journista 8, 16, 32, 64 mg) – dlhoučinkujúci, rýchly nástup účinku pri bolesti možno dosiahnuť vyspaním obsahu kapsuly Palladone do džúsu; Journista je prvým u nás dostupným opiátom s 24-hodinovým účinkom

Buprenorfín – náplaste Transtec 35, 52,5, 70 mikrogramov za hodinu

analgézy, pridaním antiemetík v prvý deň, prokinetik a slabých laxatív po celý čas užívania opiátu. K dlhoúčinkujúcim opiátom vždy predpisujeme aj krátkoúčinkujúci opiát na použitie podľa potreby – pri bolesti. Dávka lieku „podľa potreby“ zodpovedá 1/5 dennej dávky dlhoúčinkujúceho opiátu. Ak pacient potrebuje opiát „podľa potreby“, viac ako 2 – 3 krát denne, zvýšime o toto množstvo dennú dávku dlhoúčinkujúceho opiátu.

Intoxikácia opiátmi alebo abstinénčné príznaky sa môžu vyskytnúť aj pri správnom a pravidelnom užívaní opiátov. Príznaky sa dajú korigovať, preto treba, aby ich rozpoznali nielen lekári a zdravotné sestry, ale i pacient a jeho príbuzní.

Intoxikácia opiátmi sa môže vyskytnúť pri renálnej insuficiencii (RI). RI môže vzniknúť i akútne pri dehydratácii, nefrotoxícite chemoterapie, pri obštrukcii odvodných močových ciest tumorom. **Príznaky intoxikácie:** nauzea, zvracanie, vystupňovanie obštipácie až paralytický ileus, halucinácie, myoklonus, poruchy vedomia, útlm dýchania. Pacient nemá bolesť! **Liečba:** vynechanie opiátu do objavenia sa bolesti, pri ťažkom útlme dýchacieho centra či paralytickom ileu antidotom (napr. naloxon). Odstránenie vyvolávajúcej príčiny (hydratácia pacienta, zavedenie nefrostómie...), prechod na krátkoúčinkujúce opiáty, ktoré sa nekumulujú.

Abstinénčné príznaky vzniknú pri náhlom znížení hladiny opiátov v krvi (pacientovi sa minú lieky, zvracia alebo má poruchu vedomia, podalo sa antidotum). Prejavujú sa nevysvetliteľnou úzkosťou, triaškou, psychomotorickým nepokojom, zvracaním, hnačkami, vystupňovaním bolesti, zvýšenou sekréciou z nosa, slzením. **Liečba:** podanie opiátu.

Poznanie ekvianalgetických dávok (dávok rovnakej analgetickej účinnosti) u rôznych opiátov je dôležité pri zmene liečby (rotácia opiátov) alebo pri prechode na silnejší opiát. Ekvianalgetická dávka (mg/deň) 300 mg tramadolu zodpovedá 60 mg morfinu, 40 mg oxykodónu, 8 mg hydromorfónu, 240 mg dihydrokodeínu alebo náplasti transdermálneho fentanyl 25 ug/hod, buprenorfínu 35 ug/hod. Pomer perorálnej a subkutánnej dávky morfinu je 2 : 1 (dôležité

pri prechode z perorálneho na subkutánne podávanie v čase, keď pacient už nie je schopný užiť lieky).

Opiáty nevhodné pre chronickú liečbu nádorovej bolesti: **Pethidin** (Dolsin) má slabý a krátky analgetický efekt (menej ako 2 hodiny), nežiaduce účinky a stropový efekt. **Pentazocín** (Fortral) je tzv. zmiešaný **agonista - antagonist opiátov**, má malý analgetický účinok so stropovým efektom, časté psychotické účinky, môže vyvolať abstinénčné príznaky u pacienta užívajúceho „čisté opiáty“ (tramadol, morfin). Jediným „priateľným“ zmiešaným agonistom – antagonistom je **buprenorfín**, dostupný v sublingválnej (Temgesic) a transdermálnej forme (Transec).

Adjuvantné lieky. Ich primárnym účinkom nie je analgéza, sú však schopné potencovať účinok analgetík hlavne pri **neuropatickej bolesti** – bolesti z kompresie či lézie nervových štruktúr. Táto bolesť je intenzívna, páľivá, vystreľujúca a slabo reaguje na opiáty. Keďže podstatou zvýšeného vnímania a udržiavania bolesti je komplex zmien v prenose nociceptívnych informácií, účinné sú lieky, ktoré patologický prenos informácií tlmi. Pri neuropatickej bolesti sa pridávajú antikonvulzíva – **karbamazepín** (Timonil, Neurotop, Biston), **gabapentín** (Neurontin, Gordius), **pregabalín** (Lyrica), disociatívne anestetiká (ketamín – Calypsol), benzodiazepíny s myorelaxačným účinkom (**diazepam**, **baclofen**). **Antidepresíva** ovplyvňujú vnímanie bolesti svojím zásahom do bludného kruhu bolesti – depresia – zvýšené vnímanie bolesti. Analgetický účinok sa pri neuropatickej bolesti dostavuje skôr a pri nižších dávkach ako účinok antidepresívny. Kortikoidy (**dexametazón**) svojím nšpecifickým protizápalovým účinkom vedú k zmenšeniu edému a útlaku. Sú účinné pri neuropatickej bolesti, pri lymfedéme, pri bolestiach hlavy z intrakraniálnej hypertenzie. Pri bolestivých osseálnych metastázach sa pridávajú bifosfonáty (**klodronát** – Bonefos).

Adjuvantné spôsoby liečby bolesti zahrňujú rehabilitáciu, rádioterapiu najmä pri osseálnych metastázach, psychoterapiu.

Dyspnoe

Dyspnoe je subjektívny pocit, núti pacienta zvýšiť ventiláciu alebo znížiť námahu. Vnímanie dyspnoe

je ovplyvnené psychickými vplyvmi. Zhoršuje sa pri úzkosti, strachu (predchádzajúce skúsenosti), ak sa rýchlo zhoršuje, ak obmedzuje výkonnosť a sebestačnosť. Príčiny sú zvyčajne multifaktoriálne, zahŕňujú okrem nádorového pľúcneho postihnutia (primárny tumor pľúc, metastázy, atelektáza pri intrabronchiálnych metastázach, pleurálny výpotok, karcinomatózna lymfangoitída) aj následky preexistujúcich chorôb (pľúcne, kardiálne, neuromuskulárne). V súvislosti s malignitou sa dyspnoe zhorší pri infekcii, kachexii (slabosť dýchacích svalov), ascite, obštipácii, bolestivých kostných metastázach v hrudníku, anémii, anxiете, hyperventilácii so zvýšením vnímania najmä u terminálneho pacienta. Náhly vznik dyspnoe vedie k strachu zo smrti, úzkosti, hyperventilácii a k záchvatu respiračnej paniky, ktorá ho zvyšuje a uzatvára bludný kruh.

Liečba sa zameriava na minimalizovanie **pacientovho vnímania dyspnoe**, jej výber zohľadňuje želanie pacienta a benefit z hľadiska prognózy, sebestačnosti, potreby hospitalizácie, sociálnej či finančnej záťaže (napr. u terminálneho pacienta radšej opakované pleurálne punkcie ako torakoskopická pleurodéza);

Liečba zahŕňa:

- a) odstránenie reverzibilných príčin** (kardiálneho zlyhania, pľúcnej infekcie, anémie, pleurálneho výpotku či ascitu);
- b) externú rádioterapiu, brachyterapiu;**
- c) nemedikamentózne intervencie** (upokojenie, psychoterapia, dychové cvičenia, zmena spôsobu života vrátane poskytnutia pomôcok na uľahčenie každodenných aktivít, úprava domácnosti, chladný vlhký vzduch. Rehabilitácia (nácvik dýchania, relaxačných techník, kontroly hyperventilácie, perkusia a masáže na uľahčenie expektorácie) pomáha zabráňovať záchvatom respiračnej paniky. Oxygenoterapia má význam pri pozitívnom kyslíkovom teste, u ostatných pacientov urobí rovnakú službu prúd chladného vzduchu, časté vetranie či ventilátor, podávanie kyslíka má placebový efekt skôr pre rodinu a zdravotníkov;
- d) medikamentózne liečbu:**

- **opiáty** sú indikované pri zhoršujúcom sa dyspnoe pri progresii ochorenia aj pri akútnych respiračných ťažkostiach pri zomieraní. Malé dávky (20 – 30 mg/deň) krátkočinnujúceho morfínu podávame v pravidelných intervaloch a podľa potreby. Ak pacient užíva morfín pre bolesti, zvýšime dennú dávku o 25 %. Morfín možno i nebulizovať (5 – 10 mg v 8-hodinových intervaloch), pri terminálnom dyspnoe dávame morfín subkutánne,
- **kortikoidy** perorálne či inhalačné sa podávajú pri liečbe dyspnoe v dôsledku aj malignej obštrukcie dýchacích ciest, lymfangoitídy, pľúcnych metastáz,
- **anxiolytiká – benzodiazepíny** znižujú úzkosť a tak predchádzajú záchvatu respiračnej paniky, robia sedáciu a myorelaxáciu. Pri akútnom respiračnom distrese podávame **midazolam** (Dormicum) venózne, pri terminálnom dyspnoe kontinuálne subkutánne, perorálny **diazepam** je vhodný pri potrebe pravidelnej medicíny,
- **mukolytiká, expektoranciá – acetylcysteín** (Solmucol, ACC) odstraňujú dýchavicu nepriamo „čistením bronchiálneho stromu“,
- **antitusiká** sťažujú vykašliavanie u oslabeného pacienta a v terminálnej starostlivosti sú indikované výnimočne, najvyššie pri dráždivom kašli v noci, ktorý znemožňuje spánok a odpočinok pacienta,
- **butylscopolamin** (Buscopan) znižuje bronchiálnu hypersekréciu a znižuje terminálne chrčanie, ktoré znepokojuje hlavne príbuzných.

Nauzea a zvracanie

Nauzea a zvracanie sú u pacientov s progredujúcou gastrointestinálnou malignitou časté. Príčiny sú:

- **gastrointestinálne** (útlak či obštrukcia žalúdka, hepatomegália, ascites, ileus),
- **kandidózy** (stomatitída, ezofagitída),
- **nežiaduce účinky liekov** (opiáty, antibiotiká, železo, nesteroidné antireumatiká, digoxín),
- **metabolicko-toxické** (renálna insuficiencia, hyperkalcémia, chemoterapia, rádioterapia, infekcia),

- **centrálne** (mozgové metastázy, zvýšený intrakraniálny tlak),
- **psychogénne** (úzkosť, strach),
- **bolesť**.

Liečba sa zameriava na:

- odstránenie korigovateľných príčin** (soor, bolesť, kašeľ, infekcia, úzkosť, strach, ascites, obštipácia, zvýšený intrakraniálny tlak);
- nemedikamentózne opatrenia** (malé porcie, nevystavovať pacienta vôni jedla, nenútiť ho do jedla, znížiť prísnosť diéty, preferovať pitie, pomáha Coca Cola, chladnejšie jedlá sú lepšie tolerované, kontrola zápachu z kolostómie, z rozpadnutých tumorov, dôležitá je inštruktáž rodiny);
- medikamentózna liečba** – podľa vyvolávajúcej príčiny,
 - periférne pôsobiace antiemetiká – **metoclopramid** (Degan), **domperidon** (Costi) zlepšia vyprázdňovanie žalúdka, pri metabolicko-toxických príčinách centrálne pôsobiace – **trietylperazin** (Torecan), **haloperidol**, **granisetron**,
 - **kortikoidy** pomôžu pri zvracaní z intrakraniálnej hypertenzie, z črevnej obštrukcie, z hepatomegalie,
 - **buscopan** zmierni zvracanie znížením gastrointestinálnej sekrécie pri inoperabilnom ileu a úpornom zvracaní pri zomieraní. Niekedy je nevyhnutné zavedenie nazogastrickej sondy.

Obštipácia

Príčiny obštipácie sú: vplyv liekov (opiáty, antiemetiká, antidepressíva), malý perorálny príjem, dehydratácia, bolesť, depresia, zmena prostredia, hypotyreóza, lézia miechy, parciálna alebo úplná črevná obštrukcia, hyperkalcémia.

Liečba je zvyčajne dlhodobá, okrem dietetických opatrení sa pravidelne podávajú zmäkčujúce prípravky (**lactulóza** – Duphalac, 2 glycerínové čapíky v zvyčajnom čase stolice), prokinetiká (**itoprid** – Ganaton), mierne laxatíva (**MgSO₄** v prášku alebo v ampulkách, **bisacodyl**), silné laxatíva alebo aj klyzmy sa ordinujú podľa potreby.

Chronický subileózný alebo ileózný stav

Chronický subileózný alebo ileózný stav vznikne u pacientov s črevnou obštrukciou tumoróznymi masami. Prejaví sa krčovitými bolesťami, chýbaním stolice aj celé týždne a zvracaním. Ak stav nie je riešiteľný chirurgicky (obštrukcia na viacerých miestach, kachektický pacient, karcinomatóza), ovplyvňujú sa príznaky kombináciou **morfinu** (analgéza), **haloperidolu** (centrálne pôsobiace antiemetikum) a **butylskopolamínu** (redukuje nadmernú črevnú sekréciu nad prekážkou). Črevnú pasáž pri inkompletnej obštrukcii zlepšia **kortikoidy** (zmenšenie edému okolo obštrukcie). Zväčša je potrebná parenterálna hydratácia, niekedy nazogastrická sonda.

Hnačky

Hnačky obťažujú pacientov po resekcčných operáciách na tráviacom trakte, pri pankreatickej insuficiencii, po rádioterapii v oblasti panvy, po liekoch (chemoterapia, antibiotiká), pri renálnej insuficiencii, abstinenčnom syndróme. Hnačky môžu byť infekčné (*Candida*)! Niekedy pacienti popisujú ako hnačku odchod stolice pri inkontinencii (miešne lézie) alebo pseudohnačke (rozloženie stolice nad prekážkou pri črevnej obštrukcii). Liečba sa riadi známymi dietnymi a medikamentóznymi opatreniami, dôležitý je dostatočný prívod tekutín.

Anémia

Anémia je zvyčajne multifaktoriálnej genézy (útlm či infiltrácia drene, poruchy metabolizmu železa, skrátené prežívanie erytrocytov, malnutricia, krvné straty...). Potrebu **korekcie anémie** určujú hodnoty hemoglobínu, stav výkonnosti pacienta, ťažkosti vyplývajúce z anémie (alebo ňou potencionané), komorbidity (najmä kardiálna, pľúcna, mozgová). Liečbu perorálnymi prípravkami železa pacienti zväčša zle tolerujú, navyše sa môžu zastrieť príznaky krvácania z tráviaceho traktu. Pacienti liečení chemoterapiou (aj paliatívnu) profitujú z podávania **erytropoetínu** (stimuluje erytropoézu a znižuje potrebu hemosubstitúcií). Preparáty **-epoetin alfa** (Eprex), **epoetin beta** (NeoRecormon), **darbepoetin** (Aranesp) sa podávajú

subkutánne 1 x týždenne. **Transfúzia** u pohyblivého pacienta s hodnotami hemoglobínu pod 90 g/l vedie zvyčajne k rýchlemu ústupu slabosti, dýchavice či príznakov mozgovej ischémie, a tým k zlepšeniu kvality života. Ležiaci pacient zvyčajne dobre toleruje aj hodnoty hemoglobínu okolo 75 – 90 g/l. Hemosubstitúcia u moribundného pacienta (s výnimkou masívneho akútneho krvácania) nie je indikovaná a predlžuje proces zomierania.

Lymfedém končatín

Lymfedém končatín (zvyčajne v dôsledku kombinovanej obštrukcie lymfatického a venózneho systému, hypoproteinémie) obmedzuje hybnosť, je zdrojom bolestí a recidivujúcich infekcií. Príznaky sa zmiernia dlhodobou intenzívnou rehabilitáciou (bandáže, kompresívne pančuchy, masáže a cvičenie na zlepšenie lymfatickej drenáže), ošetrovaním kože. Ak je prognóza prežívania kratšia ako 2 mesiace, polohujeme postihnuté končatiny vankúšmi, bandážujeme a dbáme hlavne na účinnú analgézu. Pri dlhšej prognóze možno skúsiť **kortikoidy** (odstránením edému zmiernia obštrukciu), **vazoaktívne lieky** (Detralex), pri venóznej obštrukcii sa podáva nízkomolekulárny heparín. **Diuretiká** účinkujú len slabó (zmiernia napätie kože), avšak oslabia pacienta dehydratáciou a elektrolytovou dysbalanciou. **Anasarka** je zvyčajne preterminálna, možnosti jej terapeutického ovplyvnenia sú minimálne.

Hyperkalciémia

Častou, nezriedka nerozpoznanou komplikáciou je paraneoplastická hyperkalciémia. Prejaví sa somnolenciou, zmätenosťou, poruchami vedomia, vystupňovaním obštipácie, zvracaním. Je zlým prognostickým príznakom. Lieči sa hydratáciou (i parenterálnou) a podaním bifosfonátov.

Kvalitatívne poruchy vedomia

Kvalitatívne poruchy vedomia, zmätenosť, agitovanosť u paliatívneho pacienta môžu byť v dôsledku intoxikácie opiátmi, abstinenčných príznakov, v dôsledku hyperkalciémie, dehydratácie, retencie moču,

mozgových metastáz, hypoxie s hyperkapniou, hepatálneho zlyhávania, zomierania alebo v dôsledku komorbidity. Okrem liečby potenciálne korigovateľných príčin možno podať **haloperidol** alebo **tiaprid** (Tiapridal).

Ošetrovateľská starostlivosť

Ošetrovanie a pozornú starostlivosť si vyžadujú:

- a) **bolavé ústa** – pri nich treba vždy myslieť na mykotickú infekciu. Podrobná prehliadka dutiny ústnej (aj pod protézou!) je nevyhnutná. Pri soore v dutine ústnej treba predpokladať aj mykotickú ezofagitídu (zvracanie, nechutenstvo). Na ľahké infekcie postačí vytieranie úst sódou bikarbónou, kloktanie Tantum verde, pri ťažších sú indikované perorálne antimykotiká. Na kútky dobre zaberá Fungicidin masť;
- b) **nefrostómie** – u pacientov s nefrostómiami treba kontrolovať dennú diurézu – pri polyúrii (hlavne v prvých dňoch po zavedení nefrostómie) sú veľmi pravdepodobné straty minerálov močom – potrebné sú časté kontroly ionogramu a substitúcia chýbajúcich minerálov;
- c) **gastrostómia a jejunostómia** – býva nutričná u pacientov s karcinómom hlavy, krku, ezofagu či žalúdka. Do gastrostómie sa podáva rozmixovaná strava, tekutiny, rozdrvené lieky, do jejunostómie špeciálne sterilné výživové prípravky. Ak má pacient s tumoróznou stenózou ezofagu zavedený **ezofageálny stent**, mal by jesť v malých množstvách a v sede, piť počas jedla bublinkové nápoje, lieky užívať podrvené. Nemal by jesť čerstvý chlieb, pečivo, ryby, vajcia na tvrdo, citrusové plody. Stent upchaný potravou možno uvoľniť nazogastričnou sondou;
- d) **rany** – okrem rôznych **stómií** si denné ošetrovanie vyžadujú aj otvorené rany, exulcerované tumory, dekubity, fistuly. Veľmi zodpovedne a odborne to robia sestry z **agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS)**. V prípade potreby podávajú aj infúziu liečbu, injekcie, zabezpečujú ošetrovanie a podávanie liekov do spinálneho katétra, ošetrovateľskú rehabilitáciu.

Poradia si aj v akútnych situáciách, ako sú napr. náhly vznik tumorokutánnej alebo enterokutánnej fistuly, záchvat respiračnej paniky, intoxikácia opiátmi, krvácanie z tumoru. Spolupráca ošetrojúceho lekára s ADOS uľahčí kontrolu obťažujúcich príznakov a umožní pacientom žiť na vrchole

ich možností v prostredí, ktoré preferuje väčšina pacientov, teda doma.

MUDr. Oľga Sadovská

Oddelenie paliatívnej starostlivosti Internej kliniky NOÚ

Klenová 1, 831 02 Bratislava 3

e-mail: olga.sadovska@nou.sk

Literatúra

1. Cagaň S, Sadovská O. Terminálne stavy. Lekársky obzor, 34, 1985; 6: 363–368.
2. Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford University Press, 2005: 1244 s.
3. Sadovská O. Farmakoterapia bolesti. In: Vademecum medici, 6. vydanie. Martin: Osveta 2003. 2252 s.
4. Twycross R, Wilcock A, Thorp S: Palliative care formulary. Abingdon: Radcliffe medical press 2005: 254 s.