

Ondřej Sláma, Ladislav Kabelka,
Jiří Vorlíček et al.

PALIATIVNÍ MEDICÍNA

PRO PRAXI



Děkujeme za podporu hlavnímu partnerovi publikace



Ondřej Sláma, Ladislav Kabelka, Jiří Vorlíček et al.

PALIATIVNÍ MEDICÍNA

PRO PRAXI



Pořadatelé a hlavní autoři

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad u Brna

prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

Masarykův onkologický ústav, Brno

Recenzenti

doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.

Onkologická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

prof. MUDr. Jan Petrášek, DrSc.

III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Ordinace praktického lékařství pro dospělé, Lanškroun

prof. MUDr. Jiří Vitovec, CSc.

I. interní kardiologická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno

Ondřej Sláma, Ladislav Kabelka, Jiří Vorlíček et al.

PALIATIVNÍ MEDICÍNA PRO PRAXI

Druhé, nezměněné vydání (první elektronické)

Vydalo nakladatelství Galén, Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5

Editor nakladatelství PhDr. Lubomír Houdek

Šéfredaktorka nakladatelství PhDr. Soňa Dernerová

Odpovědná redaktorka Mgr. Stanislava Beranová

Obrazová dokumentace z archivu autorů

Sazba Milena Honců, Galén

Určeno odborné veřejnosti

G 311071

 **www.galen.cz**

Všechna práva vyhrazena. Tato publikace ani žádná její část nesmí být reprodukována, uchovávána v rešeršním systému nebo přenášena jakýmkoliv způsobem (včetně mechanického, elektronického, fotografického či jiného záznamu) bez písemného souhlasu nakladatelství.

Pořadatelé, autoři i nakladatel vynaložili značené úsilí, aby informace o léčivech odpovídaly stavu znalostí v době zpracování díla. Nakladatel za ně nenes odpovědnost a doporučuje řídit se údaji o doporučeném dávkování a kontraindikacích uvedených výrobcí v příbalovém letáku příslušného léčivého přípravku. Týká se to především přípravků vzácněji používaných nebo nově uváděných na trh.

V textu jsou používány ochranné obchodní známky léků a dalších výrobků.

Absence symbolů ochranných známek (®, ™ apod.) neznamena, že se jedná o nechráněné názvy a značky.

© Galén, 2007, 2011

ISBN 978-80-7262-871-1 (PDF)

ISBN 978-80-7262-872-8 (PDF pro čtečky)

**Ondřej Sláma
Ladislav Kabelka
Jiří Vorlíček et al.**

PALIATIVNÍ MEDICÍN PRO PRAXI



Upozornění

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.

Galén

Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5

www.galen.cz

© Galén, 2012

Autorský kolektiv

Pořadatelé a hlavní autoři

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.
*Klinika komplexní onkologické péče,
Masarykův onkologický ústav, Brno*

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad u Brna

prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.
Masarykův onkologický ústav, Brno

Autoři

Mgr. Radka Alexandrová
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad u Brna

MUDr. Sylvie Blažková
*Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav,
Brno*

MUDr. Zdeněk Bystřický
*oddělení anesteziologie a intenzivní medicíny,
Landesklinikum Waldviertel Horn, Rakousko*

MUDr. Pavel Fadrus
*Neurochirurgická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity,
Fakultní nemocnice, Brno*

MUDr. Ludmila Hynková
Klinika radiační onkologie, Masarykův onkologický ústav, Brno

Mgr. Olga Jarkovská
Hospicové občanské sdružení Cesta domů, Praha

MUDr. Jiří Jura, Ph.D.
*Neurologická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity,
Fakultní nemocnice, Brno*

Mgr. Jiřina Juříčková
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad u Brna

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.
*III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu,
1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Všeobecná fakultní nemocnice, Praha*

Jana Kirschová
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad u Brna

MUDr. Petr Lokaj, Ph.D.
*Klinika dětské onkologie, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity,
Fakultní dětská nemocnice, Brno*

MUDr. Jan Maláska, Ph.D.
*Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny,
Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Fakultní nemocnice, Brno*

Alžběta Mišoňová
Hospicové občanské sdružení Cesta domů, Praha

Mgr. Jiří M. Prokop, Ph.D.
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad u Brna

JUDr. ing. Lukáš Prudil, Ph.D.
*Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví,
Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno*

MUDr. Petr Ridzoň
Neurologická klinika, Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, Praha

MUDr. Zdeněk Řehák
oddělení nukleární medicíny, Masarykův onkologický ústav, Brno

prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.

*Klinika nemocí plicních a tuberkulózy, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity,
Fakultní nemocnice, Brno*

prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

*Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny,
Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Fakultní nemocnice, Brno*

Marta Štěpánková

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad u Brna

doc. MUDr. Miroslav Tomáška, CSc.

*Interní hematologická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity,
Fakultní nemocnice, Brno*

MUDr. Marcela Tomášková

*Klinika nemocí plicních a tuberkulózy, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity,
Fakultní nemocnice, Brno*

MUDr. Pavel Vedra

Chirurgická ambulance NCA-KEPHAS, s.r.o., Brno

Recenzenti

doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.

*Onkologická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy,
Všeobecná fakultní nemocnice, Praha*

prof. MUDr. Jan Petrášek, DrSc.

*III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu,
1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Všeobecná fakultní nemocnice, Praha*

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Ordinace praktického lékařství pro dospělé, Lanškroun

prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc.

*I. interní kardiologická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity,
Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno*

Jistota při výběru lékařské literatury



www.galen.cz

1.	ÚVOD	
1.1.	Základní principy paliativní péče (O. Sláma, J. Vorlíček)	25
1.1.1.	Definice paliativní péče	25
	Co není paliativní péče	26
	Paliativní péče a eutanázie	27
	Kteří pacienti mohou mít prospěch z paliativní péče	27
1.1.2.	Fáze nevyléčitelného onemocnění	28
	Fáze kontrolovaného (kompenzovaného) onemocnění	28
	Fáze zlomu	29
	Terminální fáze	29
	Jsme schopni poznat, ve které fázi nemoci se pacient nachází?	29
	Cíle léčby u nevyléčitelně nemocných	30
1.1.3.	Obecná a specializovaná paliativní péče	30
	Základní organizační formy specializované paliativní péče	31
1.2.	Zásady komunikace v paliativní medicíně (L. Kabelka, O. Sláma)	33
1.2.1.	Základní principy	33
1.2.2.	Proces sdělování špatných zpráv	33
1.2.3.	Specifické komunikační situace	34
	■ Sdělování onkologické diagnózy	35
	■ Komunikace o prognóze	35
	■ Komunikace o cílech léčby	37
	■ Komunikace s pacientem, který chce zemřít	37
2.	TERAPIE CHRONICKÉ BOLESTI	
2.1.	Hodnocení a základní typologie chronické nádorové bolesti (O. Sláma, Z. Bystřický)	39
2.1.1.	Vyšetření bolesti u onkologického pacienta	39
2.1.2.	Klasifikace nádorové bolesti podle časového průběhu	41
	■ Epizodická (průlomová) bolest	42
2.1.3.	Hodnocení intenzity bolesti	42
	Jednoduché (unidimenzionální) nástroje měření intenzity bolesti	43
	Vícerozměrné (multidimenzionální) nástroje měření bolesti (dotazníky bolesti)	43

2.1.4.	Bolest a další symptomy pokročilého onemocnění	45
2.2.	Obecné zásady léčby chronické bolesti (O. Sláma, Z. Bystřický)	46
2.2.1.	Protinádorová (kauzální) terapie	46
2.2.2.	Symptomatická terapie bolesti	47
2.2.3.	Farmakoterapie – základní pilíř léčby nádorové bolesti	47
2.3.	Neopioidní analgetika (O. Sláma, Z. Bystřický)	49
	<i>Paracetamol</i>	50
	<i>Metamizol</i>	50
	<i>Nesteroidní antiflogistika</i>	50
	<i>Selektivní inhibitory cyklooxygenázy 2, koxiby</i>	51
2.4.	Opioidní analgetika (opioidy) (O. Sláma, Z. Bystřický)	52
2.4.1.	Slabé opioidy	52
	<i>Tramadol</i>	52
	<i>Codein, dihydrocodein</i>	52
2.4.2.	Silné opioidy	53
	<i>Morfin</i>	54
	<i>Hydromorphon</i>	54
	<i>Oxycodon</i>	54
	<i>Fentanyl</i>	54
	<i>Buprenorphin</i>	55
	<i>Piritramid</i>	55
	<i>Sufentanil, alfentanil</i>	56
2.4.3.	Opioidy nevhodné k léčbě chronické nádorové bolesti	56
2.4.4.	Dělení opioidů podle rychlosti a trvání účinku	56
	Lékové formy s rychlým účinkem	56
	Lékové formy s prodlouženým účinkem (retardované)	58
2.4.5.	Praktické postupy při léčbě opioidy	58
	Terapie bolesti u pacientů, kteří dosud opioidy neužívali.	58
	Terapie bolesti u pacientů, kteří již opioidy užívají	59
	Pravidla dlouhodobé medikace	59
	Terapie epizodické (průlomové) bolesti	60
2.4.8.	Rotace opioidů	61
2.4.9.	Úprava dávek opioidů při významné jaterní a ledvinné isuficienci.	62
2.4.10.	Bolest, která neodpovídá na opioidy	64
2.5.	Adjuvantní analgetika (koanalgetika) (O. Sláma, Z. Bystřický)	65
2.5.1.	Kortikoidy	65
2.5.2.	Alfa ₂ -agonisté	65
2.5.3.	Koanalgetika k léčbě neuropatické bolesti	68
	■ Antidepresiva.	68
	■ Antikonvulziva	68
	■ Antiarytmika	69
	■ Ketamin	69

2.5.4.	Koanalgetika v léčbě bolesti z kostních metastáz	70
■	Kalcitonin	70
■	Bisfosfonáty	70
2.5.5.	Koanalgetika k léčbě muskuloskeletální bolesti	71
2.5.6.	Koanalgetika k léčbě bolestí při maligní střevní obstrukci	71
2.5.7.	Psychostimulancia	71
2.6.	Nežádoucí účinky opioidních analgetik (O. Sláma)	72
2.6.1.	Zácpa	72
2.6.2.	Nauzea a zvracení	73
2.6.3.	Sedace, únava, ospalost	73
2.6.4.	Močová retence	74
2.6.5.	Pruritus	74
2.6.6.	Zmatenost, halucinace (delirium)	74
2.6.7.	Myoklonus	75
2.6.8.	Útlum dechového centra	75
2.7.	Tolerance, fyzická a psychická závislost při léčbě opioidy (O. Sláma, Z. Bystřický)	77
2.7.1.	Tolerance	77
2.7.2.	Fyzická závislost	77
2.7.3.	Psychická závislost	78
2.8.	Anesteziologické postupy v léčbě nádorové bolesti (O. Sláma, Z. Bystřický)	79
2.8.1.	Periferní blokády lokálními anestetiky	79
2.8.2.	Neurolytické blokády	79
2.8.3.	Blokády sympatiku	80
	Ganglion stellatum	80
	Hrudní sympatikus	80
	Plexus coeliacus	80
	Lumbální sympatický řetězec	80
	Horní hypogastrický plexus	80
	Ganglion impar (ganglion Waltheri)	81
2.8.4.	Centrální (neuroaxiální) blokády	81
2.9.	Neurochirurgické postupy v léčbě bolesti (P. Fadrus)	83
2.9.1.	Rekonstrukční metody	83
2.9.2.	Modulační metody	83
2.9.3.	Ablační (destrukční) metody	83
	Anterolaterální spinothalamická chordotomie	84
	Ganglionektomie, neurektomie a sympatektomie	84
	Parciální (selektivní) zadní rhizotomie	84
	Léze v oblasti dorsal root entry zone	84
	Mediolongitudiální myelotomie (přední komisurotomie, komisurální myelotomie)	84

2.10.	Radioterapie v léčbě nádorové bolesti (<i>L. Hynková, O. Sláma</i>)	86
2.10.1.	Základní charakteristiky paliativní radioterapie	86
2.10.2.	Bolest u kostních metastáz	86
2.10.3.	Bolest při lokalizovaném kostním postižení	87
2.10.4.	Terapie bolesti při difúzním kostním postižení	87
2.10.5.	Patologické fraktury	88
2.10.6.	Syndrom míšní komprese	88
2.10.7.	Radioterapie v léčbě jiné než kostní bolesti	89
2.11.	Využití otevřených zářičů v léčbě nádorové bolesti (<i>Z. Řehák, O. Sláma</i>)	90
2.11.1.	Klinický účinek a nežádoucí účinky	90
2.11.2.	Indikace a kontraindikace	90
2.11.3.	Radiofarmaka	91
3.	VYBRANÉ METABOLICKÉ ASPEKTY POKROČILÉHO ONEMOCNĚNÍ	
3.1.	Maligní hyperkalcémie (<i>O. Sláma</i>)	93
3.1.1.	Definice a klinický obraz	93
3.1.2.	Terapie	94
	Zvýšení příjmu tekutin	94
	Blokáda aktivity osteoklastů	94
3.2.	Poruchy metabolismu sodíku (<i>O. Sláma</i>)	96
3.2.1.	Hyponatrémie	96
3.2.2.	Hypernatrémie	97
3.3.	Hydratace u pokročile a terminálně nemocných (<i>O. Sláma</i>)	99
3.3.1.	Které symptomy dehydratace působí?	100
3.3.2.	Jaké jsou u daného konkrétního pacienta cíle léčby?	100
3.3.3.	Možnosti umělé hydratace	102
	■ Enterální podání	102
	■ Intravenózní podání	102
	■ Subkutánní podání tekutin (hypodermoklýza)	103
3.4.	Poruchy metabolismu glukózy u pokročile a terminálně nemocných (<i>L. Kabelka, O. Sláma</i>)	105
3.4.1.	Terapie diabetes mellitus	105
3.4.2.	Terapie hypoglykémie	106
4.	OSTATNÍ SYMPTOMY A SYNDROMY	
4.1.	Anorexie, kachexie a nutriční podpora (<i>M. Tomáška</i>)	107
4.1.1.	Syndrom nádorové anorexie a kachexie	107
4.1.2.	Příčiny anorexie a kachexie v paliativní péči	108
4.1.3.	Terapie syndromu anorexie a kachexie v paliativní péči	108
	■ Nutriční přístup	109
	Úprava diety	109
	Sipping	110

	Umělá klinická výživa	110
	Enterální výživa sondou	111
	Parenterální výživa	111
	Nutriční podpora u pokročilého nádorového onemocnění	112
	■ Farmakologická terapie syndromu anorexie a kachexie	113
	Megestrolacetát (např. Megace, Megaplex)	113
	Medroxyprogesteronacetát (např. Provera)	113
	Kortikosteroidy	113
4.2.	Nauzea a zvracení (M. Tomáška)	115
4.2.1.	Příčiny nevolnosti a zvracení v paliativní péči	115
4.2.2.	Terapie nevolnosti a zvracení v paliativní péči	116
	■ Nefarmakologické postupy pro zmírnění nevolnosti při jídle	117
	■ Farmakologická terapie	117
4.2.3.	Zvracení po paliativní chemoterapii	119
4.2.4.	Zvracení při paliativní radioterapii	121
4.2.5.	Zvracení při střevní obstrukci	121
4.2.6.	Chronická nevolnost	122
4.3.	Syndrom maligní střevní obstrukce (L. Kabelka, O. Sláma)	123
4.3.1.	Klinický obraz maligní střevní obstrukce	123
4.3.2.	Léčebné možnosti	124
	Operační řešení	124
	Konzervativní terapie maligní střevní obstrukce	124
	Režimová opatření	124
	Farmakologické ovlivnění střevní průchodnosti	125
	Nevolnost a zvracení	125
	Bolest	126
	Zavedení nazogastrické sondy	126
	Výživa a hydratace	126
4.4.	Průjem (M. Tomáška)	128
4.4.1.	Patofyziologie průjmu v paliativní péči	128
4.4.2.	Příčiny průjmu v paliativní péči	129
4.4.3.	Léčebné postupy	130
	Úprava farmakologické léčby	130
	Dietní opatření	130
	Rehydratace	130
	Léky s protiprůjmovým účinkem	130
4.5.	Zácpa (M. Tomáška)	133
4.5.1.	Nejčastější příčiny a predisponující faktory vzniku zácpy	133
4.5.2.	Vyšetření nemocného se zácpou	135
4.5.3.	Léčebné postupy	135
	■ Nefarmakologická opatření v prevenci a léčbě zácpy	135
	■ Farmakologická terapie	136

	Projímadla převážně změkčující stolici	136
	Projímadla převážně stimulující peristaltiku	137
	Nežádoucí účinky stimulujících projímadel	138
	Rektální formy projímadel	138
	Manuální vybavení stolice	140
4.5.4.	Praktická doporučení pro léčbu nekomplikované zácpy	140
4.6.	Škytavka (<i>L. Kabelka</i>)	141
4.6.1.	Patofyziologie	141
4.6.2.	Terapie škytavky	141
	■ Obecné postupy	141
	■ Některé specifické klinické situace	141
4.7.	Ikterus (<i>S. Blažková</i>)	143
4.7.1.	Základní typy ikteru	143
4.7.2.	Prehepatální ikterus – hemolýza	144
4.7.3.	Hepatální ikterus	144
	Diagnóza	144
	Kauzální terapie	145
	Symptomatická terapie	145
4.7.4.	Posthepatální (cholestatický, obstrukční, mechanický) ikterus	146
	Příčiny obstrukčního ikteru	146
	Management obstrukčního ikteru	146
	Chirurgická terapie	147
	Nechirurgické postupy	147
	Péče o pacienty s terminálním obstrukčním ikterem	148
4.8.	Ascites (<i>S. Blažková, O. Sláma</i>)	149
4.8.1.	Patogeneze, klinický obraz a diagnostika	149
4.8.2.	Terapie nemaligního ascitu	150
4.8.3.	Maligntní ascites	151
	Typy maligního ascitu	151
4.8.4.	Terapie maligního ascitu	151
	Kauzální terapie	151
	Symptomatická terapie	151
	Symptomatická terapie invazivní	152
4.9.	Hematologické aspekty paliativní péče (<i>S. Blažková</i>)	154
4.9.1.	Anémie	154
	Diagnostický a léčebný přístup k pacientovi s anémií	155
	Substituční terapie krevními deriváty – krevní transfúze	156
4.9.2.	Trombembolická nemoc u onkologických pacientů	157
	Akutní a chronická hluboká žilní trombóza (flebotrombóza)	158
	Plicní embolie	158
	Terapie trombembolické nemoci	158
	Profylaxe trombembolické nemoci u onkologických pacientů	159

4.9.3.	Krvácivé stavy a krvácení	160
	Obecný přístup ke krvácejícímu pacientovi	160
■	Trombocytopenie	161
■	Abnormální funkce trombocytů (trombocytopatie)	161
■	Nejčastější koagulopatie u pacientů v paliativní péči a jejich terapie	161
	Nepřiměřená dávka warfarinu	161
	Snížená syntéza koagulačních faktorů závislých na vitamínu K	162
	Diseminovaná intravaskulární koagulace	162
	Terapie diseminované intravaskulární koagulace	162
4.9.4.	Nespecifické, symptomatické léky k řešení krvácení a krvácivých stavů	163
4.10.	Péče o dutinu ústní (<i>S. Blažková, O. Sláma</i>)	164
4.10.1.	Bazální péče o ústní dutinu	164
	Základní zásady péče o ústní dutinu	164
4.10.2.	Nejčastější slizniční problémy u pacientů v paliativní péči	165
	Povleklý jazyk a sliznice	165
	Suché sliznice	165
	Bolesti v dutině ústní a stomatitida	166
	Terapie slizniční infekce	167
4.11.	Dušnost (<i>M. Tomíšková, J. Skříčková</i>)	169
4.11.1.	Nejčastější příčiny dušnosti v paliativní péči	169
	Příčiny chronické dušnosti	169
	Příčiny akutní dušnosti	169
4.11.2.	Obecné terapeutické zásady	170
4.11.3.	Paliativní terapie nádorové obstrukce	170
	Symptomatická farmakologická terapie dušnosti	170
	Rehabilitace v paliativní léčbě dušnosti	172
4.11.4.	Některé specifické syndromy	172
	Generalizovaná obstrukce dýchacích cest (CHOPN, těžké perzistující astma)	172
	Karcinomatózní lymfangoitida, mnohočetné metastatické poškození plic	172
	Perikardiální výpotek	172
4.11.5.	Poznámky k oxygenoterapii v paliativní léčbě	173
4.12.	Kašel (<i>M. Tomíšková, J. Skříčková</i>)	175
4.12.1.	Nejčastější příčiny	175
4.12.2.	Terapeutické přístupy	175
■	Nefarmakologická terapie	175
■	Farmakologická terapie	175
	Antitusika	176
	Protusika	177
	Léky s aditivním účinkem	177
4.12.3.	Zásady léčby kašle v pokročilých stadiích chronických onemocnění	177

4.13.	Hemoptýza (<i>M. Tomášková, J. Skříčková</i>)	179
4.13.1.	Nejčastější příčiny hemoptýzy v paliativní péči	179
	Nádorová onemocnění dýchacích a polykacích cest	179
	Nenádorová onemocnění dýchacích cest	179
	Iatrogenní příčiny	179
	Ostatní onemocnění	179
4.13.2.	Terapeutické přístupy	180
■	Kauzální terapie	180
■	Symptomatická terapie	180
	Symptomatická farmakologická terapie	180
4.14.	Pleurální výpotek (<i>M. Tomášková, J. Skříčková</i>)	182
4.14.1.	Nejčastější příčiny pleurálního výpotku v paliativní péči	182
4.14.2.	Terapeutické přístupy	183
■	Možnosti symptomatické léčby pleurálního výpotku	183
	Pleurální punkce (thorakocentéza)	183
	Hrudní drenáž	184
	Intrapleurální terapie maligního pleurálního výpotku	185
	Pleuoperitoneální shunt	186
	Parietální pleurektomie	187
4.14.3.	Symptomatická terapie pleurálního výpotku v terminálním stadiu onemocnění	187
4.15.	Svědění (<i>L. Kabelka</i>)	188
4.15.1.	Časté příčiny svědění v paliativní péči	188
4.15.2.	Terapie svědění	189
	Obecné zásady symptomatické terapie	189
	Farmakoterapie lokální	189
	Farmakoterapie systémová	189
	Specifické postupy v léčbě svědění	189
4.16.	Únava (<i>L. Kabelka, O. Sláma</i>)	191
4.16.1.	Nejčastější příčiny	191
	Příčiny generalizovaná únava a letargie	191
	Lokalizovaná svalová slabost	192
4.16.2.	Terapeutické postupy	192
■	Terapie únavy podle příčin	192
■	Symptomatická terapie únavy	193
■	»Refrakterní« únava	193
4.17.	Paraneoplastická horečka (<i>S. Blažková</i>)	194
4.17.1.	Nejčastější příčiny horečky provázející nádorové onemocnění	194
4.17.2.	Terapeutické postupy	194
	Terapie v závislosti na záchytu infekčního původu (laboratorní, kultivační a zobrazovací vyšetření)	195
	Symptomatická terapie	195

4.18.	Pocení (S. Blažková)	197
4.18.1.	Příčiny pocení v paliativní péči	197
4.18.2.	Terapeutické postupy	197
	Obecná opatření	197
	Polékové pocení	198
	Výpádová symptomatologie (pocení a návaly horkosti)	198
4.19.	Syndrom míšní komprese (O. Sláma)	199
4.19.1.	Klinický obraz	199
	Patologická fraktura obratle s kompresí nervové tkáně.	199
	Komprese míchy a nervů působená expanzí nádorové tkáně do páteřního kanálu	199
4.19.2.	Diagnostika	200
	Základní rozhodovací postup	200
	Vyšetření při podezření na syndrom míšní komprese.	200
4.19.3.	Terapie	200
	Útlak nervových struktur tvrdou kostěnou tkání	200
	Útlak nervových struktur expanzivním růstem maligní tkáně bez fraktury a dislokace obratle	201
	Indikace operační léčby při prokázané tumorózní expanzi	201
	Neoperační (konzervativní) terapie intraspinalní měkkotkáňové expanze	201
4.20.	Syndrom horní duté žíly (O. Sláma, M. Tomáška)	202
4.20.1.	Nejčastější příčiny v paliativní péči	202
4.20.2.	Klinický obraz	202
4.20.3.	Diagnostika	202
4.20.4.	Terapeutické postupy	203
	Radioterapie.	203
	Chemoterapie	203
	Kortikoidy	203
	Endovaskulární terapie	203
	Trombolýza a antikoagulační léčba	204
	Symptomatická léčba	204
4.21.	Péče o chronické rány (P. Vedra, L. Kabelka)	205
4.21.1.	Základní typy chronických ran v paliativní péči	205
4.21.2.	Příčiny vzniku chronických ran v paliativní péči.	205
4.21.3.	Vyšetřování chronických ran	206
4.21.4.	Komplikace chronických ran	206
4.21.5.	Léčebné postupy	207
	1. fáze	207
	2. fáze	207
	3. fáze	208
	4. fáze	209

4.22.	Péče o stomie (<i>P. Vedra, L. Kabelka</i>)	211
4.22.1.	Typy stomií	211
4.22.2.	Příprava nemocného k výkonu a pooperační péče	211
4.22.3.	Principy ošetřování stomií v oblasti trávicího ústrojí	212
	Komplikace stomií	213
4.22.4.	Ošetřování tracheostomií	213
4.22.5.	Ošetřování urostomií	214
4.23.	Epilepsie v paliativní medicíně (<i>L. Kabelka, P. Fadrus</i>)	215
4.23.1.	Etiologie a klinický obraz	215
4.23.2.	Terapeutické postupy	216
	Akutní fáze záchvatu	216
	Stabilizační terapie	216
	Status epilepticus.	217
5.	VYBRANÁ TÉMATA PALIATIVNÍ ONKOLOGIE	
5.1.	Metastázy do centrálního nervového systému (<i>O. Sláma, L. Hynková, P. Fadrus</i>)	219
5.1.1.	Prognóza a klinický obraz	219
5.1.2.	Diagnostika	220
5.1.3.	Terapie	220
	Stereotaktická radioterapie (radiochirurgie).	221
	Neurochirurgická resekce	221
	Zevní ozáření mozku	221
	Chemoterapie	221
	Antiedematózní terapie	222
5.1.4.	Leptomeningeální karcinomatóza	222
	Příznaky	222
	Diagnostika	223
	Protnádorová terapie.	223
	Symptomatická terapie	223
5.2.	Kostní metastázy (<i>O. Sláma, L. Hynková</i>)	224
5.2.1.	Klinický obraz	224
5.2.2.	Možnosti terapie	224
5.2.3.	Hrozící patologická fraktura	226
	Definice	226
	Příznaky	226
	Diagnostika	226
	Terapie hrozící patologické fraktury	226
5.2.4.	Patologické fraktury	227
	Definice	227
	Klinický obraz již vzniklé fraktury.	227
	Diagnostika	227

	Terapie	227
5.2.5.	Fraktury páteře	228
5.3.	Indikace paliativní protinádorové terapie a rozhodování o jejím ukončení (<i>O. Sláma, J. Vorlíček</i>)	229
5.3.1.	Indikace nekurativní (paliativní) protinádorové terapie	229
5.3.2.	Ukončení protinádorové léčby	230
5.3.3.	Několik praktických tipů, jak k procesu ukončení protinádorové léčby přistupovat.	231
5.4.	Nežádoucí účinky radioterapie a jejich terapie (<i>L. Hynková</i>)	233
5.4.1.	Dělení paliativní radioterapie	233
5.4.2.	Nežádoucí účinky radioterapie	233
	Časné (akutní) nežádoucí účinky	233
	Pozdní (chronické) nežádoucí účinky	236
5.4.3.	Klinický obraz časných změn, podpurná terapie	236
	Systémové nežádoucí účinky (tzv. postradiační syndrom)	236
6.	PSYCHICKÉ A PSYCHIATRICKÉ SYNDROMY	
6.1.	Úzkost, smutek a deprese (<i>L. Kabelka, R. Alexandrová, O. Sláma</i>)	237
6.1.1.	Strach a úzkost	237
6.1.2.	Smutek	238
6.1.3.	Deprese	238
	Symptomy, přispívající k diagnóze deprese u nevyléčitelně nemocných ..	238
	Etiologické faktory	239
	Deprese versus přiměřený smutek	239
	Suicidální tendence a deprese	240
	Terapeutické přístupy	240
	Nefarmakologické postupy	240
	Farmakologická terapie úzkosti	241
	Farmakologická terapie deprese	241
6.2.	Delirium (<i>L. Kabelka, J. Juříčková, O. Sláma</i>)	242
6.2.1.	Příznaky	242
6.2.2.	Klinický obraz deliria	242
	Dělení delirantních stavů	243
6.2.3.	Diferenciální diagnostika stavů zmatenosti	243
6.2.4.	Příčiny deliria	244
	Terminální delirium	245
6.2.5.	Diagnostika a hodnocení závažnosti deliria	246
	Vyšetření pacienta s deliriem	246
6.2.6.	Terapie deliria	247
	Kauzální terapie	247
	Nefarmakologická terapie	247
	Edukace rodiny	247

	Farmakologická terapie	247
6.3.	Poruchy spánku (L. Kabelka, O. Sláma)	248
6.3.1.	Nespavost	248
	■ Časté příčiny poruch spánku u pacientů v paliativní péči	248
	■ Terapie poruch spánku v paliativní péči	249
	Nefarmakologické postupy	249
	Farmakoterapie	250
6.3.2.	Spánkové obtíže blízkých nemocného, popř. pečovateli	250
7.	PALIATIVNÍ PÉČE U NEONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ	
7.1.	Paliativní péče u neurologických onemocnění (P. Ridzoň, L. Kabelka)	251
7.1.1.	Paliativní péče u amyotrofické laterální sklerózy	251
	■ Slabost, imobilita, nesoběstačnost	252
	■ Úzkost, deprese, psychické problémy	253
	■ Dysfagie, nutriční péče	253
	■ Dysartrie	254
	■ Sialorea (nadměrné slinění)	254
	■ Respirační obtíže (komplikace)	254
	■ Bolest	255
	■ Krampí, křeče, spasticita	255
	■ Terminální fáze nemoci a podpora pozůstalých	255
7.1.2.	Paliativní péče u geneticky podmíněných myopatií	255
	■ Svalová slabost	256
	■ Bolest	256
	■ Porucha relaxace, ztuhlost	256
	■ Křeče, krampí	256
	■ Kontrakturny	257
	■ Dušnost	257
7.1.3.	Paliativní péče u Parkinsonovy nemoci	257
	■ Pohybové obtíže	257
	■ Psychiatrické obtíže: deprese, demence, psychotické projevy	258
	■ Vegetativní dysfunkce	259
	■ Spánkové poruchy	259
	■ Bolest	259
	■ Terminální stavy	260
7.2.	Paliativní péče u pokročilého chronického srdečního selhání (L. Kabelka) ..	261
7.2.1.	Etiologie, klinický obraz a prognóza	261
	■ Kritéria pokročilého srdečního selhání	262
	■ Příčiny zhoršování klinického stavu u srdečního selhání	262
7.2.2.	Terapeutické postupy u pokročilého srdečního selhání	262
	■ Invazivní postupy	262
	■ Neinvazivní postupy	263

7.2.3.	Terminální fáze onemocnění	264
7.2.4.	Etika paliativní péče o pacienty s CHSS	264
7.2.5.	Model komunitní péče u pokročilého CHSS – role paliativní péče	265
7.3.	Paliativní péče v geriatrii (Z. Kalvach, L. Kabelka)	266
7.3.1.	Geriatrická křehkost.	266
7.3.2.	Geriatrické syndromy	268
7.3.3.	Trajektorie umírání ve stáří.	269
7.3.4.	Syndrom terminální geriatrické deteriorace.	269
7.3.5.	Existenciální aspekty umírání ve stáří.	270
7.3.6.	Paliativní péče u pacientů se syndromem demence	271
7.3.7.	Farmakoterapie v paliativní péči u seniorů.	272
7.4.	Paliativní péče u pacientů v perzistentním vegetativním stavu (L. Kabelka, J. Jura, J. Kirschová).	274
7.4.1.	Perzistentní vegetativní stav – definice, etiologie, prognóza	274
7.4.2.	Klinický obraz komatózního stavu.	275
7.4.3.	Léčebné postupy	276
7.5.	Paliativní péče v intenzivní medicíně (J. Malásk, P. Ševčík)	279
7.5.1.	Vztah paliativní a intenzivní péče	279
7.5.2.	Přijem pacientů na oddělení intenzivní péče	280
7.5.3.	Rozhodování o intenzitě léčby	280
	■ Klinické pojmy	281
7.5.4.	Specifika paliativní péče u onkologických pacientů na JIP.	282
7.5.5.	Komunikace na JIP.	283
	■ Návod (praktické tipy) ke zlepšení komunikace	283
	■ Mezioborová komunikace	283
7.5.6.	Terapie specifických symptomů	284
7.5.7.	Etické problémy paliativní medicíny v prostředí intenzivní péče	284
7.5.8.	Pacient s poruchou vědomí a zákony v České republice.	285
7.5.9.	Závěr.	286
7.6.	Paliativní péče v pediatrii (P. Lokaj)	287
7.6.1.	Předpoklady úspěšného zvládnutí paliativní péče o dětského pacienta	287
7.6.2.	Symptomová terapie v pediatrické paliativní péči.	287
	■ Bolest	287
	Neopiooidní analgetika a jejich dávkování	288
	Slabé opioidy	288
	Silné opioidy	288
	Nežádoucí účinky opiooidů.	289
	■ Nejčastější bolestivé syndromy	290
	Kostní bolest	290
	Bolest při zvýšeném intrakraniálním tlaku.	290
	Bolest při infiltraci/útlaku nervů	290
	Bolest při mukozitidě.	291

	Bolestivé diagnostické a léčebné procedury	291
■	Dušnost	291
	Obecná opatření	291
	Oxygenoterapie	292
	Farmakologická terapie dušnosti	292
■	Kašel	292
■	Anorexie	293
■	Nevolnost a zvracení	293
■	Gastroezofageální reflux	294
■	Zácpa	294
■	Škytavka	295
■	Retence moči	295
■	Poruchy spánku	295
■	Zvýšený nitrolební tlak	296
■	Agitované chování, neklid	296
	Neklid v terminálním stadiu	297
■	Záchvaty křečí	297
■	Infekce	298
■	Krvácení	298
	Transfúze krevních destiček	298
■	Péče o dutinu ústní	298
7.6.3.	Psychosociální problematika	298

8. PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA

8.1.	Terminální fáze onemocnění – umírání (<i>O. Sláma</i>)	301
8.1.1.	Klinické trajektorie umírání	301
	Důležité otázky	302
8.1.2.	Příznaky a klinické projevy umírání	302
8.1.3.	Stanovení léčebného plánu o umírajícího pacienta	302
8.1.4.	Resuscitace a náhrada vitálních funkcí u umírajícího pacienta	304
8.1.5.	Obecná pravidla péče o umírajícího pacienta	305
8.1.6.	Mírnění tělesných obtíží umírajícího pacienta	307
8.1.7.	Paliativní analgesedace	308
8.1.8.	Mírnění psychického utrpení a spirituální podpora pacienta	309
8.2.	Konstatování smrti, prohlídka zemřelého, indikace pitvy (<i>O. Sláma</i>)	311
8.2.1.	Prohlídka zemřelého	311
	Kdo provádí prohlídku zemřelého	311
	Kdy je třeba přivolat na místo nálezu zemřelého policii ČR	311
8.2.2.	Indikace pitvy	312
■	Úmrtí mimo zdravotnické zařízení	312
■	Úmrtí ve zdravotnickém zařízení	312
■	Pitva a přání rodiny	313

8.2.3.	Úmrtí doma	313
	■ Psychosociální aspekty prohlídky zemřelého v domácím prostředí	313
8.2.4.	Úmrtí ve zdravotnickém zařízení	314
8.3.	Podpora truchlících pozůstalých (<i>L. Kabelka, R. Alexandrová</i>)	315
	Obvyklé fáze normálního procesu truchlení	315
	Typy komplikovaného truchlení	315
	Rizikové faktory pro rozvoj komplikovaného truchlení	316
	Obecné zásady podpory pozůstalých	317
	Podpora rodiny ve finální fázi a bezprostředně po smrti pacienta	317
	Další formy podpory pozůstalých	317
9.	DODATKY	
9.1.	Etika paliativní péče (<i>J. M. Prokop, L. Kabelka</i>)	319
9.1.1.	Základní etické principy	319
	■ Autonomie	319
	■ Informovanost pacienta	320
	■ Beneficence	320
	■ Nonmaleficence	320
	■ Spravedlnost	320
9.1.2.	Eutanázie	320
	■ Eutanázie	321
	■ Asistované suicidium	321
	■ Odstoupení od neúčinné, neúčinné léčby	321
9.2.	Právní aspekty paliativní péče (<i>O. Sláma, L. Prudil</i>)	323
	■ Specifika paliativní péče	323
9.2.1.	Nejčastější klinická, etická a právní dilemata v paliativní medicíně	324
	■ Ukončení protinádorové léčby	324
	■ »Vitální indikace« některých operačních výkonů	324
	■ Umělá výživa a hydratace terminálně nemocných	325
	■ Rozhodnutí o nezařazení kardiopulmonální resuscitace	326
9.2.2.	Základní právní předpisy, které souvisí s poskytováním paliativní péče	327
9.3.	Domácí paliativní péče (<i>L. Kabelka, O. Sláma, A. Mišoňová</i>)	329
9.3.1.	Specifika péče o pokročile nemocného v domácím prostředí	329
9.3.2.	Obecné předpoklady pro paliativní péči v domácím prostředí	330
9.3.3.	Pravidla pro předpis domácí paliativní péče	330
9.4.	Sociální problematika v paliativní péči (<i>O. Jarkovská, L. Kabelka, M. Štěpánková</i>)	333
9.4.1.	Role sociálního pracovníka	333
9.4.2.	Základní principy psychosociální péče	333
	Zmapování a zhodnocení psychosociálních potřeb	333
	Psychosociální intervence	333
9.4.2.	Konkrétní formy pomoci nemocným a pečujícím rodinám	334

■ Služby zdravotně-sociální péče	334
Domácí zdravotní a ošetrovatelská péče	334
Pečovatelská služba	334
Osobní asistence	335
Odlehčovací služby	335
■ Finanční podpora nemocným a blízkým osobám	335
Příspěvek na péči	336
■ Praktické informace pro pozůstalé	336
Organizace pohřbu	336
Pohřebné	337
Vdovský a vdovecký důchod	338
Sirotčí důchod	338
Dědické řízení	339

9.5. Duchovní služba u nevléčitelně nemocných (J. M. Prokop, L. Kabelka) . . 340

9.5.1. Spiritualita 340

**9.5.2. Charakter spirituální služby ve zdravotnických zařízeních
v České republice 340**

Jak a kdy se spojit s odborníkem ve spirituální práci? 341

Charakteristika duchovní služby hlavních křesťanských církví 341

9.5.2. Spirituální služba v domácím prostředí 342

9.5.4. Jak mohu pomoci jako zdravotník? 343

9.5.5. Některé konkrétní otázky 343

9.5.6. Co lze očekávat od spirituální služby? 344

9.6. Kontakty na hospice a důležité webové adresy 345

9.6.1. Seznam lůžkových hospiců v ČR v roce 2007 345

9.6.2. Zařízení specializované domácí hospicové péče 346

9.2.3. Ostatní organizace a kontakty 347

LITERATURA

Základní referenční učebnice paliativní medicíny 349

Učebnice a příručky paliativní medicíny 349

Literatura z příbuzných lékařských oborů 350

Literatura z oblasti etiky, práva, psychosociální a spirituální péče 350

ZKRATKY 353

REJSTŘÍK 357

1. Úvod

1.1. Základní principy paliativní péče

O. Sláma, J. Vorlíček

1.1.1. Definice paliativní péče

Paliativní péče je *aktivní péče* poskytovaná pacientovi, který trpí *nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu*. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a *udržet co nejvyšší kvalitu života*.

Paliativní péče:

- usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný;
- respektuje a chrání důstojnost nevyléčitelně nemocných;
- vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority;
- snaží se vytvořit podmínky, aby pacient mohl poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí;
- chápe umírání jako součást života, kterou každý člověk prožívá jedinečně;
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.

Paliativní péče tedy znamená určitou *filozofii péče* (důraz na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého člověka, nerozlučná propojenost somatických a psychosociálních aspektů zdraví, nemoci a umírání), ale také *konkrétní organizaci péče*, která by umožnila saturaci potřeb nemocného ve všech výše zmíněných oblastech. Paliativní medicína se v posledních letech profiluje jako *samostatný lékařský obor*, který se snaží studovat a léčit tělesné i duševní potřeby a projevy pokročilého onemocnění metodami medicíny založené na důkazech (evidence based medicine). Od roku 2004 v ČR existuje samostatný specializač-

Jakou mám diagnózu?
Jakou mám prognózu?
Jaké potíže mi nemoc působí (bolest, dušnost, únava, nespavost ap.)?
Jak kvalifikovaně zdravotníci mé obtíže řeší?
Mám se na koho obrátit, když se mi přitíží?

Jsem depresivní?
Jak zvládám nejistotu?
Jak zvládám frustrace?
Jak zvládám tělesný diskomfort?
Mohu dělat věci, které mě těší a uspokojují?

Kvalita života

Mám funkční rodinu?
Mám přátele?
Mám nějaké širší společenství, kam patřím (sportovní klub, církev)?
Mám nezaplacenou hypotéku?
Kdo se postará o mé děti, až já nebudu?

Žil jsem dobře?
Má můj život ještě nějaký smysl?
Mám pocit viny, zatrpklosti... proti nějakému člověku, proti bohu...?
Mám strach z umírání a smrti?
Bude něco po smrti?

Obr. 1.1.1. Co určuje kvalitu života v situaci pokročilého nevléčitelného onemocnění

ní obor Paliativní medicína a léčba bolesti. Podrobnější informace o specializačním studiu v oboru je na www.ipvz.cz.

Moderní paliativní péče si klade ambiciózní cíl: udržet dobrou kvalitu života v situaci pokročilého onemocnění (viz definice). Dobrá kvalita života znamená více, než že »pacient nemá nesnesitelné bolesti, nezvrací a má pravidelnou stolici«. Kromě tělesných obtíží je kvalita života určena také mírou saturace potřeb v oblasti psychické, sociální a duchovní (viz obr. 1.1.1.).

Paliativní péče je svým charakterem *interdisciplinární*,

- využívá expertní znalosti lékařů-specialistů různých oborů: onkologů, geriatrů, algeziologů, internistů, chirurgů, neurologů, kardiologů aj.;
- předpokládá úzkou týmovou spolupráci lékařů a ošetřovatelů (sester);
- předpokládá spolupráci zdravotníků a psychologů, sociálních pracovníků a poradců, duchovních;
- předpokládá zapojení rodiny a přátel nemocného;
- využívá dobrovolnické služby.

Co není paliativní péče

Slovo paliativní bývá někdy mezi zdravotníky používáno v poněkud posunutém významu. Za paliativní bývá automaticky označována každá léčba, která není kurativní. Paliativní péče bývá při tomto pojetí vymezena především negativně: »paliativní znamená ne intenzivní léčba, ne léčba na JIP, ne nákladné diagnostické postupy, ne drahé léky, ne transfúze«; »pacient stejně umře, takže

už je to vlastně všechno zbytečné, pacient potřebuje především klid« a »měl by být doma, v péči rodiny«. Takto pojatá »paliativní léčba« je však často výrazem pasivity, terapeutického nihilismu, nezájmu lékařů o nevyлéčitelně nemocného a nejjednou hraničí se zanedbáním péče.

Paliativní péče a eutanázie

Někteří nepoučení pozorovatelé kladou rovnítko mezi paliativní péčí a eutanázií. »Jaký je etický rozdíl mezi paliativní péčí a eutanázií, když pacient nakonec v obou případech umírá?« Paliativní péče bere vážně nevyлéčitelný charakter onemocnění. Vychází však z přesvědčení, že bez ohledu na stupeň pokročilosti onemocnění lze vždy něco udělat pro zlepšení kvality zbývajících života. Paliativní péče smrt neurychluje, ale ani za každou cenu neoddaluje. Eutanázie je aktivní usmrcení pacienta na jeho vlastní žádost a etický rozdíl mezi oběma přístupy je zásadní. Podrobněji viz v kap. 9.1. Etické aspekty paliativní péče.

Kteří pacienti mohou mít prospěch z paliativní péče

Prospěch z paliativní péče mohou mít pacienti, kteří patří do těchto **diagnostických skupin**:

- nádorová onemocnění;
- konečná stadia chronického srdečního selhání, chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN), jaterní cirhózy, onemocnění ledvin;
- neurologická onemocnění typu demence, roztroušené sklerózy, amyotrofické laterální sklerózy, imobilizační syndromy po cévních mozkových příhodách;
- polymorbidní »křehcí« geriatričtí pacienti;
- konečná stadia AIDS;
- pacienti v perzistentním vegetativním stavu.

Několik příkladů:

- 35letá pacientka s nádorem vaječníku, který progreduje v dutině břišní při 4. linii chemoterapie. Pacientka postupně kachektizuje, trpí bolestmi, má ascites, uvědomuje si, že brzy zemře, má doma 2 dospívající dcery a nezaměstnaného manžela;
- 70letý pacient s ICHS, po několika Q-infarktech myokardu, po dvojnásobném aortokoronárním bypassu s ejekční frakcí levé komory 15 %, s chronickým levostranným srdečním selháváním, dušností NYHA III–IV.
- 90letá pacientka s pokročilou Alzheimerovou demencí, ležící, neschopná verbální komunikace, zcela nesoběstačná, s polykacími obtížemi a opakovanými febrilními stavy, zřejmě při recidivujících aspiračních bronchopneumoniích;
- 40letý pacient s amyotrofickou laterální sklerózou, neschopný chůze, polykání, s počínajícími projevy respiračního selhávání při progresivní slabosti dýchacích svalů;

- 60letý pacient s chronickou renální insuficiencí na podkladě diabetické nefropatie, pravidelně 3× týdně dialyzovaný, s výraznými bolestmi skeletu při osteoporóze a téměř slepý v důsledku diabetické retinopatie, po opakovaných amputacích prstů dolních končetin při diabetické mikroangiopatii. Pacient trpí depresemi a uvažuje o sebevraždě;
- 50letý aktivní alkoholik v konečném stadiu jaterní cirhózy, ikterický, s ascitem, s projevy jaterní encefalopatie, po opakovaných epizodách krvácení z jícnových varixů.

Co mají tito pacienti společného?

Jejich onemocnění:

- neumíme postupy současné medicíny vyléčit;
- je ohrožuje na životě a je vysoce pravděpodobné, že v důsledku tohoto onemocnění v horizontu týdnů až měsíců (někdy i několika let) zemrou;
- působí mnoho tělesných, psychických, sociálních a existenciálních (spirituálních) obtíží;
- má významný vliv na pacientovy příbuzné a blízké.

Svou polymorbiditou, spektrem symptomů, obtížnou zařaditelností do jasně definovaných a léčitelných nozologických jednotek, se často ve zdravotnickém systému ocitají »v zemi nikoho«, mimo zájem oborových specialistů.

Čím se tito pacienti od sebe liší:

- věkem, sociální situací;
- klinickým obrazem, aktuálním výskytem a významem jednotlivých symptomů;
- možností využití specifických kauzálních léčebných postupů k ovlivnění dynamiky nemoci;
- mírou, do jaké si pacienti, jejich blízcí, ale i zdravotníci uvědomují letální charakter nemoci (např. generalizované onkologické onemocnění se vnímá jinak než cukrovka s těžkými pozdními komplikacemi, a to přesto, že prognóza z hlediska délky přežití může být velmi podobná).

Každý z uvedených modelových paliativních pacientů potřebuje paliativní přístup a komplexní paliativní péči. Tato péče by však u každého pacienta měla mít jinou klinickou a organizační podobu.

1.1.2. Fáze nevléčitelného onemocnění

V textu knihy se opakovaně pracuje s pojmy *pokročilé onemocnění*, *nevléčitelné onemocnění*, *terminálně nemocný pacient*. Tyto termíny charakterizují pacienty z hlediska pokročilosti onemocnění, našich léčebných možností a z hlediska předpokládané prognózy. U nevléčitelně nemocných může být klinický obraz a prognóza přežití velmi rozdílná. Při rozhodování o přiměřeném léčebném postupu nebo případném odstoupení od některých život prodlužujících postupů (viz kap. 7.5.) je třeba diferencovanější pohled na »nevléčitelně nemocné« z hlediska předpokládané prognózy. Rozlišujeme tři fáze: kontrolované onemocnění, fázi zlomu a terminální fázi.

Fáze kontrolovaného (kompenzovaného) onemocnění

Kombinací kauzální a symptomatické léčby se daří udržet projevy onemocnění pod kontrolou a celkový stav pacienta je na dobrém stupni funkční zdatnosti.

Tato fáze může trvat několik měsíců až řadu let. Pacienti mohou být z hlediska přežití ohroženi dalšími doprovodnými onemocněními než jen svým základním »nevléčitelným« onemocněním. Vzhledem k předpokládané délce přežití je obvykle vhodné pokračovat v zavedené prevenci a léčbě ostatních chronických onemocnění (např. standardní primární a sekundární prevence kardiovaskulárních chorob, prevence pozdních komplikací diabetu). V případě potřeby je obvykle indikovaná plná intenzivní a resuscitační léčba.

Fáze zlomu

Onemocnění přestává reagovat na kauzální léčbu, dochází k postupnému selhávání jedné nebo více orgánových soustav, zhoršuje se pacientův celkový stav, funkční zdatnost. *Odhadnout prognózu délky přežití je v této fázi obtížné. Obvykle se pohybuje v řádu týdnů až měsíců, někdy dochází k rychlému nevratnému zhoršení a pacient umírá během několika dní.* Je třeba přehodnotit indikaci zavedené dlouhodobé léčby (např. prevence ICHS, prevence mozkových příhod, léčba diabetu atd.). Indikace intenzivní a resuscitační léčby je zcela individuální. V případě prognostické nejistoty je vždy indikována plná léčba.

Terminální fáze

Dochází k postupnému nevratnému zhoršování celkového stavu v důsledku závažného selhávání jednoho nebo více funkčních systémů. *Za terminální fázi považujeme obvykle poslední týdny a dny onemocnění.* Cílem léčby v této fázi je minimalizovat diskomfort, který pacientovi onemocnění působí, a umožnit nemocnému klidnou a důstojnou smrt. Cílem není smrt za každou cenu oddálit. Z této perspektivy je třeba přistupovat k diagnostice a léčbě. Intenzivní a resuscitační péče obvykle nejsou indikovány. V optimálním případě máme již předem nebo aktuálně vyjádřený a dokumentovaný názor pacienta na jejich užití. Tento případ je v ČR zatím stále bohužel spíše výjimečný.

Lékaři a pečující tým musí jednat v pacientově nejlepším zájmu. Důležitá je přitom samozřejmě také otevřená komunikace s pacientovou rodinou. V případě prognostické nejistoty je vždy indikována plná léčba, viz kap. 7.5.

Jsme schopni poznat, ve které fázi nemoci se pacient nachází?

Dynamika postupného zhoršování stavu je u různých onemocnění velmi rozdílná. V některých případech je od určitého bodu vývoj nemoci charakterizován nevratným postupným zhoršováním stavu (např. onkologické onemocnění po vyčerpání všech možností protinádorové léčby). U těchto nemocných jsme schopni s vysokou spolehlivostí rozpoznat »terminální fázi«. Pro jiné

chronické nemoci je typický kolísavý průběh, kdy dochází k opakovaným výrazným zhoršením celkového stavu, »dekompenzacím«, při kterých je po zahájení adekvátní intenzivní léčby možné výrazné zlepšení (např. levostranné srdeční selhání při chronickém srdečním selhání nebo akutní dekompenzace chronické obstrukční plicní nemoci). Pacient obvykle umírá v průběhu jedné z těchto dekompenzací, které byly v minulosti léčitelné. Proto je u některých neonkologických diagnóz tak obtížné stanovit, kdy je klinicky přiměřené změnit úhel pohledu na pacienta a začít považovat »kriticky nemocného« za »terminálně nemocného«.

Cíle léčby u nevléčitelně nemocných

Je zřejmé, že nikdy nevyřešíme všechny problémy, které s sebou nevléčitelné onemocnění do života přináší. **Vždy je třeba si společně s pacientem stanovit priority a pojmenovat cíle léčby.** Rozhodující je názor pacienta. Kdo jiný než pacient by měl formulovat, co je pro něj v situaci nevléčitelného onemocnění důležité, co chce »řešit«, čeho se máme snažit léčbou dosáhnout? **Teprve při takto pojmenovaných cílech lze posoudit, zda je daný diagnostický či léčebný postup přiměřený, zda přispívá k dosažení těchto cílů.**

Cíle léčby by neměly být pojmenovány příliš obecně, například jako udržení kvality života. Pod tímto heslem si každý může představit velice rozdílné obsahy. Proto je třeba u každého pacienta opakovaně zjišťovat, které oblasti jsou pro jeho kvalitu života důležité, a těmi se zabývat. Předpokladem je vztah důvěry a oboustranně otevřená komunikace.

1.1.3. Obecná a specializovaná paliativní péče

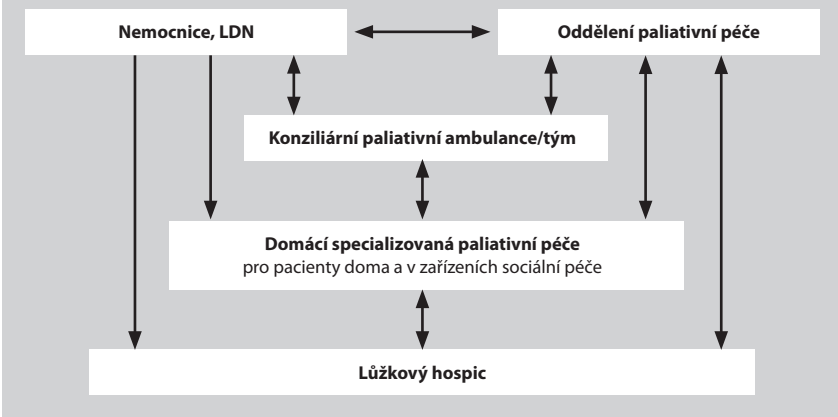
Jako **obecnou paliativní péči** označujeme dobrou klinickou péči o pacienta v situaci pokročilého onemocnění. Její součástí je dobrá komunikace s pacientem a rodinou, orientace léčby na kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora. Měli by ji být schopni poskytovat lékaři všech odborností v rámci své rutinní klinické práce. Větší část z celkového objemu paliativní péče má charakter obecné paliativní péče. Řada aspektů obecné paliativní péče je poskytována zdravotníky v rámci stávajících zdravotnických struktur, aniž by tato činnost nutně nesla nálepku »paliativní«.

Specializovanou paliativní péči poskytuje pacientům a jejich rodinám **tým odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni** a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní

tohoto týmu. Specializovaná paliativní péče je indikována tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže, jež svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. **Přechod mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí by měl být plynulý.**

Základní organizační formy specializované paliativní péče

- Zařízení **domácí paliativní péče** (tzv. mobilní hospic) poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů formou návštěv lékaře-specialisty, sester, ošetřovatelů, dobrovolníků či dalších členů hospicového týmu. Garantuje trvalou dostupnost péče (7 dní v týdnu, 24 hodin denně). Důležitou součástí je práce s pacientovou rodinou a blízkými, kteří se obvykle aktivně přímo podílejí na péči. V ČR zatím rozvoj tohoto typu specializované paliativní péče naráží na chybějící model úhrady ze strany zdravotních pojišťoven.
- **Lůžkový hospic** je obvykle samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění (obvyklá délka pobytu je několik týdnů). Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného. Je snaha vytvořit prostředí, ve kterém by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle se mimo jiné dosahuje snahou vytvářet osobitou a domáckou atmosféru s dobrou dopravní dostupností hospice pro návštěvy. Většina lůžkových hospiců v zahraničí má 10–20 lůžek, v ČR má většina hospiců kolem 25 lůžek, viz kap. 9.8.
- **Konziliární tým paliativní péče** v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny) přináší interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče do lůžkových zařízení různého typu. Posiluje pocit kontinuity péče (pacient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen). Umožňuje ovlivňovat kvalitu paliativní péče a nepřímo přispívá k postupné edukaci. Součástí, často krystalizačním jádrem týmu, je **ambulance paliativní medicíny**. Minimální složení týmu: lékař, sestra, sociální pracovník. V ČR zatím konziliární týmy nejsou rozšířeny.
- **Oddělení paliativní péče (OPP)** v rámci jiných zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny) pečuje o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a současně potřebují pro diagnostiku a léčbu ostatní služby a komplement nemocnice. V rámci možností daného zařízení OPP usilují o realizaci hospicového ideálu. OPP ve fakultních nemocnicích mají velkou roli edukační. OPP slouží jako lůžková základna pro konziliární tým paliativní péče. V ČR zatím OPP ve výše popsáném smyslu neexistuje.



Obr. 1.1.2. Struktura regionálního paliativního programu (šipky znázorňují pohyb pacientů po systému)

- V zahraničí existují ještě některé další formy specializované paliativní péče, např. **denní hospicový stacionář** a **specializovaná hospicová poradna**.
Z uvedeného přehledu vyplývá, že nabídka a dostupnost specializované paliativní péče je v ČR nízká. Zahraniční zkušenost ukazuje, že optimální zajištění potřeby obecné a specializované paliativní péče v určitém regionu představují tzv. regionální paliativní programy nebo síť poskytovatelů paliativní péče, které efektivně sdružují různé formy péče (viz obr. 1.1.2.). Pacientovi je tak paliativní péče dostupná v přiměřené podobě a v takovém prostředí, kde se právě nachází. Paliativní péče »přichází za pacientem«.

V ČR v roce 2007 zatím podobně propracované modely organizace paliativní péče neexistují. Pouze asi 3 % umírajících tráví závěr života v zařízeních specializované paliativní péče. Kvalita paliativní péče v ČR tedy do značné míry závisí na úrovni obecné paliativní péče, která je poskytována lékaři různých oborů. Závisí tedy na etice jejich rozhodování, na jejich motivaci a teoretických a praktických dovednostech. Především jim je tato příručka určena.

1.2. Zásady komunikace v paliativní medicíně

L. Kabelka, O. Sláma

1.2.1. Základní principy

Paliativní medicína má za cíl pomáhat nevléčitelně nemocným a umírajícím udržet dobrou kvalitu života i v situaci těžkého onemocnění. Otevřená empatická komunikace mezi zdravotníky, pacientem a jeho rodinou je pro dosažení tohoto cíle klíčová.

Předpoklady účinné komunikace na straně zdravotníka:

- nedirektivnost, úcta k nemocnému i jeho blízkým;
- umění mlčet a aktivně naslouchat;
- překonání vlastní úzkosti a nejistoty;
- autenticita: schopnost být sám sebou, zdravé sebevědomí, otevřenost;
- empatie: schopnost vyjádřit svou účast, vcítit se;
- schopnost týmové spolupráce, znalost a dodržování »společného cíle« péče;
- profesionalita: znalost problematiky.

Předpoklady účinné komunikace na straně pacienta a jeho blízkých:

- důvěra ve zdravotníky;
- schopnost otevřené komunikace mezi členy rodiny;
- dostatek informací.

1.2.2. Proces sdělování špatných zpráv

Pacient a jeho blízcí potřebují dostatek času a podpory k pochopení sdělené informace a k jejímu přijetí. Je zapotřebí jim dát možnost opakovaných dotazů, s dostatečným citem a empatií přijímat jejich nejistotu, napětí, úzkost a zároveň být schopni aktivně naslouchat.

Podle Küblerové-Rossové prochází pacient a svým způsobem i jeho blízcí určitými fázemi *reakce* a *adaptace* na informaci o nevléčitelném onemocnění. Tyto fáze bývají označovány:

- negace, šok, popření;
- agrese, hněv, vzpoura;

- smlouvání, vyjednávání;
- deprese, smutek;
- přijetí, smíření, souhlas.

Při komunikaci je vždy zapotřebí vnímat aktuální »fázi«, v níž se nemocný i jeho blízcí nacházejí a umět na ni reagovat.

Základní zásady procesu sdělování špatných zpráv:

- zajistit pro rozhovor dostatek času a nerušené místo;
- dobře znát pacientův zdravotní stav;
- ujasnit otázky »co nemocný ví?« a »co si nemocný přeje vědět?«;
- podávat informace stručné a věcné;
- nezapomínat na neverbální komunikaci;
- opakovaně ověřovat, zda pacient sdělené informaci dobře porozuměl;
- dát pacientovi možnost vyjádřit své emoce;
- důležitá rozhodnutí dělat společně s pacientem;
- vést dokumentaci o míře informovanosti pacienta i jeho rodiny; jenom tak může být udržena kontinuita.

Blízcí nemocného si někdy přejí: *»Neříkejte mu raději nic. On by to nepřijal. Ublížíte mu.«* V té chvíli potřebují vědět, že jsme na jejich straně, že i my máme na mysli pacientovo dobro a že nejlepší společnou cestou je citlivá komunikace. Měli by také vědět, jak těžké je pro všechny zúčastněné (zdravotníky i rodinu) nemít možnost s nemocným hovořit o tom, co ho nejvíce vnitřně zajímá a často trápí – nejistota, strach, úzkost, někdy obavy z umírání a smrti. Ve většině situací po takovém vysvětlení následuje pochopení a spolupráce.

Sdělovat špatné zprávy nemocným s duševními poruchami, resp. nestabilním psychickým stavem, bývá někdy velmi obtížné. Přínosná bývá konzultace psychologa nebo psychiatra.

1.2.3. Specifické komunikační situace

V rámci péče o nevyléčitelně nemocné a umírající vznikají specifické situace, které jsou po stránce komunikační náročné a přitom velmi významné. Rozhoduje se při nich o tom, jak pacient pochopí svůj stav, zda a jak s námi bude spolupracovat na další léčbě. Konkrétní podoba takového rozhovoru je vždy jedinečná. Lékař tedy nemůže u každého nemocného užít jeden univerzálně platný »návod«. Přesto je celá řada komunikačních postupů obecně platných. Mají charakter dovednosti a lze se jim z velké části naučit. Domácí i zahraniční