

Urgentní stavy v paliativní hospicové péči

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc – Svatý Kopeček

Ústav ošetrovatelství FZV UP Olomouc

U nemocných indikovaných k paliativní hospicové péči hrozí ve výjimečných případech poměrně dramatické vyústění terminální fáze choroby. Nejčastěji dochází ke komplikacím jako je průlomová bolest, dušení, hemateméza, těžko zvladatelný opakovaný vomitus, naskupení epileptických paroxysmů, stav panické úzkosti, akutní kardiovaskulární anebo cévní mozková příhoda. Jsou uvedeny 3 kasuistiky dokumentující průběh urgentních stavů v paliativní hospicové péči a způsob jejich zvládnutí. Včasný a dostatečně dynamicky vedený léčebný postup zmírní strádání nemocného a omezí nepříznivé dopady této příhody i na jeho rodinu.

Klíčová slova: urgentní péče, paliativní léčba, hospic.

Urgent conditions in the palliative hospice care

The patients indicated to palliative hospice care face the danger (in exceptional cases) of extreme stress in illness's terminal stage. The most usual complications are severe pain, choking, haematemesis, uncontrolled recurrent vomiting, many epileptic paroxysms, states of panic anxiety, acute cardiovascular or cerebrovascular accident. There are three case reports which document the process of urgent conditions in palliative hospice care and how they are handled. By the right timing and sufficiently dynamic treatment the suffering of the patient would be moderated and the negative impact on the family of the patient would be limited.

Key words: urgent care, palliative treatment, hospice.

Paliat. med. liec. boles., 2011, 4(3): 114–115

Úvod

Paliativní péče poskytovaná v lůžkových hospicových zařízeních poskytuje komplexní služby zaměřené na biologické, psychologické, sociální i spirituální potřeby nemocných. U nemocných již nebývajících prováděna různá diagnostická vyšetření, probíhají jen předem plánované příjmy a provoz na odděleních hospice nebývá tak hektický, jako v nemocnici poskytující akutní péči. Klidnější prostředí umožňuje plně rozvinout poskytovanou péči dle zásad hospicové myšlenky. Avšak i v těchto podmínkách může vzniknout zdravotní komplikace přinášející nemocnému těžké strádání a vyžadující urgentní zdravotnický zásah.

Vlastní pozorování

Kasuistika 1

49letý muž byl přijat k paliativní hospicové péči s diagnózou nízkodiferencovaného adenokarcinomu žaludku. Bylo prokázáno šíření nádoru do pankreatu, dutiny peritoneální a mnohočetné postižení lymfatických uzlin včetně nadklíčkových. Nemocný byl plně při vědomí, subileozní, subikterický s krutou bolestí v epigastriu, ve kterém byl hmatný objemný tuhý tumor. Dramatické prožívání bolesti a úporná nausea během přijímání do hospice vedly k úzkostnému psychomotorickému neklidu s opouštěním lůžka a hledáním bizarních úlevových poloh. Manželce, která nemocného doprovázela, byla vysvětlena nutnost podání opiátů a dalších

léků se sedativním účinkem. Poté byla zahájena kontinuální podkožní aplikace morfinu, dále byl podán haloperidol, torecan a plegomazin. Nemocný ulehl na lůžko a klidně pospával. Za 8 hodin po přijetí došlo k prudké fatální hematemézi, která nemocného během několika málo minut usmrtila. Vzhledem k podání léků se sedativním účinkem proběhla tato příhoda až neočekávaně klidně. Přístup personálu a farmakologické zajištění umírajícího posléze jeho manželka velmi kladně ohodnotila.

Kasuistika 2

88letá žena byla přijata s diagnózou pokročilého karcinomu hrtanu. Alimentace byla zajištěna gastrostomií. V klinickém nálezu dominovala těžká kachexie, afonie a dysfagie při stenóze jícnu. Během hospitalizace došlo k poměrně dramatickému rozvoji dušnosti způsobené neřešitelnou stenózou dýchacích cest, která byla symptomaticky zvládána intranasální aplikací fentanyl (100 mikrogramů frakcionovaně), kontinuální aplikací morfinu pomocí dávkovače a nitrosalvovou aplikací apaurinu. Současně byl podáván kyslík kyslíkovými brýlemi. Nemocná se zklidnila, byla spavá, ale reagovala na oslovení. Objektivně zjištěné klinické projevy dušnosti byly minimální (saturace měřena nebyla). V dalších třech dnech bylo pokračováno v kontinuálním podávání morfinu, nitrosalvově byl podáván apaurin. Porucha vědomí progredovala a nemocná zemřela bez dalších dramatických symptomů.

Kasuistika 3

47letá žena byla do hospice přijata s diagnózou karcinomu faryngu. Během předchozí hospitalizace na klinickém pracovišti odmítla možnost provedení tracheostomie a gastrotomie. Do hospice se dostavila ve stavu těžké kachexie, byla však ještě schopna samostatné chůze. Dysfagie jí nedovolovala přijímat ani tekutiny, dorozumívala se pouze písemnou formou a gestikulací. Během hospitalizace došlo ke zhoršování bolesti, což si vyžádalo zvyšování dávek opiátů. Nemocná nadále kachektizovala, velmi rychle byla upoutána trvale na lůžko. V posledním, desátém dni hospitalizace se rozvinul psychomotorický neklid charakteru panické ataky. Po poučení její matky, která byla téměř trvale v hospici přítomna, byla nemocná uvedena do farmakologického spánku podáním diazepamu rektální cestou a následnou aplikací haloperidolu a plegomazinu. Současně byla zvýšena dávka kontinuálně podávaného morfinu. O klinickém vývoji onemocnění byla její matka pravidelně a podrobně informována. Stav farmakologického útluhu přešel do areflektoického kómatu. Za tři dny po dramatické příhodě nemocná v klidu zemřela. Matka později velmi ocenila způsob vedení léčby i přístup personálu v hospici.

Diskuse

U některých nemocných indikovaných k hospicové péči hrozí poměrně dramatické vyústění terminální fáze choroby. Nejčastěji dochází ke komplikacím jako je průlomová bolest, duše-

ní, hemateméza, těžko zvladatelný opakovaný vomitus, nakupení epileptických paroxysmů, stavy panické úzkosti. Vyloučena není ani možnost kardiovaskulární či cévní mozkové příhody. V okamžiku zjištění dramaticky se vyvíjejících symptomů je nutné transformovat standardní pracovní režim, který je v hospicových zařízeních příslovečný svou plánovitostí a klidem (kterou tak oceňují nemocní ve stabilizovaném stavu) a reagovat neprodleně a správně na prudké zhoršení zdravotního stavu nemocného způsobující nemocnému výrazné utrpení. Včasný léčebný zásah zmírní dopady dramatické příhody na nemocného a případně i na jeho rodinu.

K efektivnímu zvládnutí urgentního stavu v paliativní hospicové péči není nutné nákladné technické vybavení, kterými jsou vybaveny jednotky intenzivní péče jiných lékařských specializací. Do armamentaria paliatologa rozhodně nepatří provádění intubace a zajišťování řízené ventilace, stejně jako kanylace centrálních žil. Kauzální léčebný zásah bývá často předem zcela vyloučen. V případech, kdy nelze jinak zvládnout dramatickou dušnost nemocného je podání sedativ účinným a etickým vyřešením situace (5). Na rozdíl od intenzivisty, jehož cílem je co nejdříve stabilizovat stav nemocného, je lékař v hospici v poněkud jiném postavení. Jeho cílem je „pouze“ omezit tělesné a psychické utrpení nemocného i jeho rodiny. Paliatolog si u nemocného v terminální fázi onkologické choroby nečiní nárok na stabilizaci jeho zdravotního stavu. Zdálo by se tedy, že nenese tak velkou tíhu odpovědnosti, ale tak snadná jeho pozice rozhodně není. Na rozdíl od intenzivisty totiž nezažívá satisfakci z léčebného úspěchu a musí smysl své práce vidět z poněkud jiného úhlu.

U některých diagnóz lze určité konkrétní komplikace předpokládat a lze si tedy v ošetřujícím týmu předem dohodnout optimální terapeutický zásah. Nemocní bývají v hospici ubytováni často na jednolůžkových pokojích

a nepřetržitý dohled zdravotní sestry zpravidla možný není. Velkou výhodou bývá přítomnost rodinných příslušníků, kteří mohou na komplikaci upozornit. Velmi se osvědčuje předem informovat příbuzné o možném průběhu terminální fáze choroby. Vždy je však nezbytné zdůraznit, a to opakovaně, že jsme připraveni výrazně omezit případné utrpení, které by s sebou případné komplikace mohly přinést. V mnoha případech však bývá nástup dramatické příhody obtížně předvídatelný a překvapivě rychlý.

Léčebný zásah v hospici musí být minimálně invazivní a šetrný, což však nesmí být v rozporu s jeho požadovanou účinností. Nástup účinku intramuskulárně či podkožně podaných léků dosahuje požadovaného efektu příliš pozdě. Nemocní v hospici ve většině případů nemívají zajištěn žilní přístup. V medicínské praxi se velmi osvědčuje rychlý nástup účinku sedativ a opiátů podaných intranazálně anebo rektálně (1, 2, 3, 4, 6). Po zklidnění nemocného lze pokračovat v podávání dalších medikamentů nitrosvalově či podkožně. Trvalého efektu lze pak dosáhnout kontinuální podkožní aplikací analgeticky a sedativně účinkujících preparátů. Hojně využívanou a osvědčenou kombinací je podávání morfinu a midazolamu, kdy oba preparáty jsou podávány podkožně pomocí dávkovačů. Každý z obou uvedených preparátů podáváme separátně, aby bylo možno jejich dávky nezávisle měnit. Monitoring nemocného poté zajišťuje řádně poučená zdravotní sestra. Vývoj zdravotního stavu, druh a množství podávané medikace je nutno přesně zaznamenat včetně přesných časových údajů. Běžně používané dekurzory jsou z tohoto pohledu nevyhovující. Vhodné je použít speciální přílohy do dekurtu, která se svou formou podobá dobře známým formulářům již mnoho let označovaných jako „Šokový záznam“ či „Akutní karta“.

Při dramatickém vyústění terminální fáze choroby klademe velký důraz na komunikaci

s rodinnými příslušníky. Vysvětlíme jaké léky a za jakým účelem jsou podávány. Zdůrazňujeme cíl našeho terapeutického zásahu, kterým je dosažení důstojného a klidného umírání při jinak zcela nezvladatelném onemocnění. Pokud je rodina přítomna na pokoji nemocného, věnujeme vysvětlování našeho postupu dostatek času a neváháme sdělované informace i několikrát opakovat.

Na prožívání celé situace rodinnými příslušníky působí celá řada zdánlivých detailů. Například dramaticky probíhající krvácení či opakovaný vomitus působí méně šokujícím dojmem na lůžku, které je povlečeno pestrobarevným ložním prádlem.

Nezbytnou psychickou podporou ve vyjatých chvílích je co nejčastější přítomnost ošetřujícího personálu na pokoji nemocného a zajištěná dostupnost lékaře.

Literatura

1. Garnett WR, Barr WH, Edinboro LE, Karnes HT, Mesa M, Wan-narka GL. Diazepam autoinjector intramuscular delivery system versus diazepam rectal gel: A pharmacokinetic comparison. *Epilepsy Res* 2011; 93(1): 11–16.
2. Holsti M, Dudley N, Schunk J, Adelgais K, Greenberg R, Olsen C, Healy A, Firth S, Filloux F. Intranasal midazolam vs rectal diazepam for the home treatment of acute seizures in pediatric patients with epilepsy. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164(8): 747–753.
3. Leppert W. Role of intranasal fentanyl in breakthrough pain management in cancer patients. *Cancer Manag Res* 2010; 30 (2): 225–232.
4. Sirsi D. Is intranasal midazolam better than rectal diazepam for home management of acute seizures? *Arch Neurol* 2011; 68(1): 120–121.
5. Thomas JR, von Gunten CF. Management of dyspnea. *J Support Oncol* 2003; 1(1): 23–32.
6. Vondráčková D. Průlomová bolest – klinický obraz a léčba. *Paliat med liec boles* 2010; 3(2): 53–57.

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Hospic na Svatém Kopečku
Sadové náměstí 24, 772 00 Olomouc –
Svatý Kopeček
drkala@centrum.cz



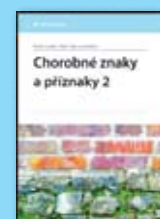
Lukáš Karel, Žák Aleš a kolektiv:

CHOROBNÉ ZNAKY A PŘÍZNAKY 2

Druhá část navazuje na nedávno vydanou, ale již úspěšnou publikaci stejného názvu, která obsahovala 76 znaků a příznaků. V této knize najde čtenář dalších 35 vybraných znaků, příznaků a laboratorních ukazatelů, které navazují a doplňují soubor první knihy. Hesla jsou rovněž řazena abecedně a každé heslo opět dodržuje důsledně strukturu: definice, klasifikace, patofyziologie, výskyt, klinický obraz, diagnóza, diferenciální diagnóza a léčba. Významnou částí i tohoto dílu je epilog, ve kterém autoři shrnují v přehledné formě mimořádně zajímavé informace o eponymech z celé publikace.

Grada, ISBN 978-80-247-3728-7, katalog. č. knihy: 1579, 328 s.

Distribúcia v SR: Grada Slovakia, s.r.o., Moskovská 29, 811 08 Bratislava, tel.: 02/5564 5189



www.grada.sk