

Možnosti paliatívnej péče u pokročilého chronického srdiečného selhání

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.^{1,2}, MUDr. Věra Havlénová^{1,2}

¹ Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad

² Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP

Pokročilé srdiečné selhání (AHF – advanced heart failure) je zajímavým modelem neonkologické paliatívnej péče. Prolíná se zde problematika ryze kardiologická, vysoce perspektivní výzkum, geriatrické aspekty, psychosociální tematika života s chronickým nevléčiteľným onemocnením. Není pravdou, že bychom neuměli týmto nemocným pomoci standardními medicínskými postupy. Nicméně se v praxi ukazuje – stejně tak v zahraničí – že paliatívnej péče u nemocných v pokročilém stádiu vyžaduje více, především rozhodnutí – pacient potrebuje paliatívnej péči, má potreby, na ktoré kardiologická léčba nestačí. Toto rozhodnutí je často třeba provést již v průběhu aktivní léčby a nejde „pouze“ o rozhovor o umírání. Jsou zde organizační aspekty – celosvětově je trend přecházet k péči v původním sociálním prostředí a u těchto nemocných akcentovat komunitní model péče. S tímto bodem souvisí i poslední aspekt – kontinuita péče, nezbytný faktor důvěry provázející pacienta a jeho blízké až ke konci jeho dnů. Tento článek se snaží o komplexní, holistický pohled, vycházející z prostředí hospicové a geriatrické péče.

Klíčová slova: pokročilé srdiečné selhání, paliatívnej péče, holistický model péče, komunitní péče, geriatrická paliatívnej péče.

Advanced heart failure management in palliative care settings

Advanced heart failure is an interesting model of non-oncologic palliative care. It mingles cardiology, prospective research activities, geriatric aspects, psychosocial themes of life with incurable chronic disease. There is true we have skills to help these patients by standard medical procedures. But the practice shows the palliative care to need more. At first decision – patient needs palliative care, has needs up standard cardiological treatment. The decision is often needed to make already during active cardiological treatment and it is not „dialog about dying“. Very important stream of world palliative care is community care model and home palliative care in natural social environment. And we can do nothing without continuity of care and the trust from patient and his family. This article resumes holistic palliative care aspects from geriatric and hospice care environment.

Key words: advanced heart failure, palliative care, holistic model of care, community care, geriatric palliative care.

Paliat. med. liec. boles., 2009, 2(2): 77–79

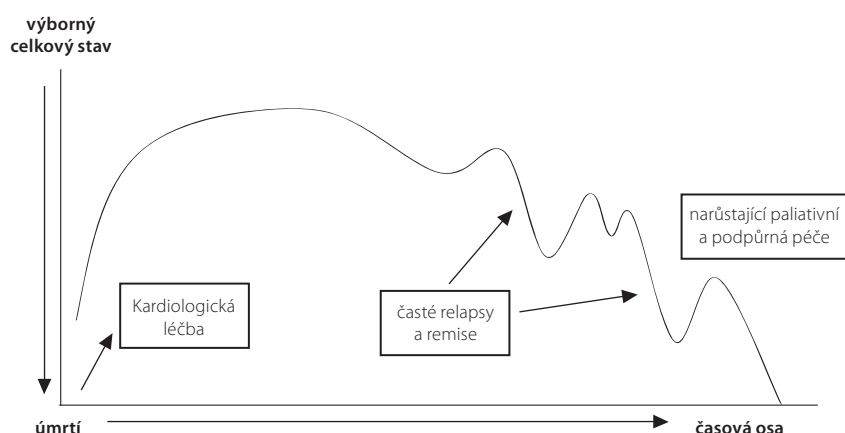
Úvod

Pokročilé chronické srdiečné selhání (dále CHSS) je inspirativním modelem neonkologické paliatívnej péče. Jde o trvale k úmrtí progredující stav, který je výslednicí řady kardiovaskulárních onemocnení. Velkou roli hraje ateroskleróza a její komplikace, tedy také metabolický syndrom jako významný akcelerační faktor. V České republice (ČR) je prevalence udávána 300 000 nemocných, s významným nárůstem ve vyšších věkových kategoriích (nad 70 let věku), incidence 40 000 nových případů ročně. Zlepšená léčba akutních stavů (hlavně infarktu myokardu) způsobuje, že více nemocných dospívá do pozdních stádií. Paradoxem českého zdravotnictví je vynikající akutní péče o tyto nemocné a velmi sporadická komplexní paliatívnej péče ve finálních fázích onemocnení (4, 5, 9, 10, 11).

prognózy dalšího vývoje terminálního CHSS je individuální a opakované relapsy a remise jej dále znesnadňují (graf 1). Přechod zpět z fáze D (NYHA IV) do fáze C (NYHA III) a zpět není až tak výjimečný a je náročný v organizaci péče jak

pro ošetřující personál, tak pro nemocné a jejich blízké. I přes pokroky v léčebných postupech má CHSS nadále prognózu horší než některá pokročilá onkologická onemocnení (karcinom prsu nebo prostaty), 30–40% nemocných ve

Graf 1.



Salzburg, program EPEC (Education for physicians on End of life care), 2003: „Charakteristickým rysem většiny neonkologických onemocnení v paliatívnej péči je hůře předpověditelná trajektorie terminální fáze onemocnení s častými relapsy a následně remisemi (byť deklinující celkovou trajektorii). Důsledkem je nejistota lékaře při rozhodování o léčbě, obtížnější komunikace s nemocným a jeho blízkými a většinou podhodnocení potřeby péče a psychosociální i spirituální podpory.“

Vývoj onemocnení

Vývoj onemocnení je individuální a závislý na řadě faktorů. Významnou roli sehrává psychosociální motivace a podpora okolí, zvláště u geriatrických pacientů je zcela zásadní. Stanovení

funkční třídě NYHA IV (klidové symptomy) umírá do jednoho roku od stanovení diagnózy, 30% umírá náhlou smrtí a 55% umírá na zhoršené srdeční selhání (7, 8). Paliativní péče je nezbytnou součástí léčby pro nemocné ve stádiu D, nicméně mnozí z pacientů mohou některé aspekty paliativního přístupu užít již ve fázi C (tabulka 1).

V klinickém obraze pokročilého onemocnění jsou v popředí dušnost a únava, deprese, delirantní stavy zvláště u nemocných vyššího věku, bolesti ischemické i vyplývající z celkového stavu (hlavně snížené mobility), rozvoj kardiální kachexie se snížením svalové síly a orgánových rezerv, opakované retence tekutin (otoky končetin až anasarika), anginózní bolesti, zvýšená arytmogenní pohotovost, palpitace, spánkové poruchy, zácpa, nauzea až zvracení, poruchy kontinence moči, sebeobsluhy. Terminální fáze bývá komplikována rozvojem imobilizačního syndromu (4, 9).

Pro upřesnění prognózy je možno využít **závažnost symptomů, znalost vývoje dosavadního klinického obrazu**, funkčnost levé komory a metabolické ukazatele.

Kritéria pokročilého srdečního selhání (4, 11):

- hlavní: EF < 30%, NYHA III nebo IV, pVO₂ < 14 ml/kg/min, výše uvedený symptomový komplex,
- vedlejší: standardní terapie CHSS > 3 měsíce, noradrenalin > 900 pg/ml, plicní hypertenze (střední tlak v plicnici nad 25 mmHg, tlak v zaklínění plicnice nad 20 mmHg), sodík < 130 mmol/l.

Příčiny zhoršování klinického stavu u srdečního selhání (4, 11):

- kardiální: poruchy srdečního rytmu (tachy i bradyarytmie), myokardiální ischemie, kardiomyopatie, myokarditidy, asynchronní komorová kontrakce s blokem levého raménka Tawarova, chlopenní vady,
- nekardiální: předávkování léky či podání KI či potenciálně škodlivých léků (NSAD, antiarytmika I. třídy, tricyklická antidepresiva, kortikosteroidy, lithium, blokátory vápníkových kanálů typu verapamil, diltiazem), renální selhání, infekce, poruchy štítné žlázy, anemický syndrom, plicní embolizace, deprese, dietní poruchy, spánkové poruchy. Dále nedostatečná psychosociální podpora a léčba rekurentních komplikací, dietní nespoupráce pacienta (solení, alkohol), léková non-compliance, špatné plánování dimise a pobytu v domácím prostředí – nedostatečné organizační zajištění péče.

Tabulka 1. Stupně srdečního selhání (12)

Stadium	A	B	C	D
Popis	Riziko rozvoje CHSS	Postižení myokardu bez symptomů	Postižení myokardu se symptomy	Výrazné symptomy v klidu přes maximální terapii
Příklad	Hypertenze, ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus	Stav po infarktu myokardu, hypertrofie levé komory srdeční, NYHA I	Symptomy CHSS, NYHA II-III	Terminální, refrakterní CHSS, NYHA IV

Léčebné postupy

Invazivní léčebné postupy

Invazivní léčebné postupy (2, 9):

- biventrikulární stimulace (CRT) – optimalizace srdeční kontrakce,
- implantabilní kardioverter-defibrilátor (ICD) – prevence náhlé smrti,
- ultrafiltrace, hemodialýza – při rezistenci na diuretika,
- levokomorové přístrojové podpory – jako most pro srdeční transplantaci,
- kardiochirurgické výkony včetně transplantace srdce,
- do budoucna – biologické metody (kmenové buňky, genetická intervence, xenotransplantace).

V dosavadní české praxi převažuje dojem, že paliativní medicína je samostatný obor a rozhodování o dalším osudu nevyléčitelně nemocného patří do rukou specialistům v tomto oboru. Skutečnost – reálná na západ či jih od České republiky – je ale o převzetí odpovědnosti na úrovni základních oborů. Indikace a konkrétní rozhodování o užití těchto metod jsou tedy v rukou specialistů – kardiologů.

Obecně platí, že invazivní metody jsou velmi náročné (pro nemocného, organizačně i ekonomicky) a mě-li bychom brát v úvahu, zda-li nepovedou jen k prodloužení nekvalitního života a pomalého umírání. Z pohledu zákonů platných v České republice je povinností lékaře nemocného adekvátně informovat o jeho onemocnění. Názor poučeného nemocného je zásadní – základním cílem paliativního přístupu je kvalita života. **Je tedy třeba se ptát „poučeného“ nemocného a jeho relevantních blízkých (těch, co je určí sám nemocný), jak si představuje svůj život s nemocí.** Prozatím nicméně ve střeoevropském zdravotnictví model „living will“, resp. „advanced directives“ (doporučení o budoucím jednání v případě, že nemocný již nebude moci o sobě sám rozhodovat) není standardní téma ve vztahu lékař – pacient. Přitom lékař je nemocnému nejen oporou, ale často i důležitým důvěrníkem v životě s nemocí. o to větší by na

jeho straně měla být snaha o důvěru nemocného i jeho blízkých a důstojnost i otevřenost vzájemného vztahu.

Neinvazivní léčebné postupy

Základem dobře vedené paliativní léčby je **edukace nemocného** a jeho blízkých. Významnou roli sehrává **terapeutický vztah** – důvěra nemocného (a často i jeho blízkých).

Neinvazivní léčebné postupy (2, 9):

- **Úprava rizikových faktorů** – např. alkohol, solení, neúměrná tělesná aktivita či psychická zátěž.
- **Základní farmakoterapie** – dávky léků odpovídají klinickému obrazu a standardním kardiologickým postupům. Zásadní je **pokus o kardiopulmonální stabilizaci a kompromis mezi aktivitou nemocného a intenzitou symptomů**. Stejně tak je zapotřebí se pokusit o **stabilizaci koexistujících onemocnění**, často chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN), významné je sledování funkce ledvin.
- **Primárně ovlivnění prognózy**: ACE-inhibitory (zvláště ve vyšším věku a u pokročile nemocných nutno více sledovat TK a renální funkce), beta-blokátory a spironolakton (u pacientů nad 75 let jejich samostatný efekt nebyl prokázán, vhodné do kombinace s ACEI), blokátory angiotenzinu II (v případě intolerance ACEI).
- **Primárně ovlivnění symptomů**:
 - diuretika (redukce otoků, plicního městnání – nejčastěji kombinace furosemidu a spironolaktonu),
 - digoxin (zlepšuje symptomy a redukuje hospitalizace, nemá vliv na prognózu, většinou standardní dávkování, u pacientů vyššího věku snížit na cca polovinu),
 - morfin (ekonomizace dýchání, snížení citlivosti na CO₂, analgetický efekt včetně ovlivnění případné anginy pectoris, vhodné zahájit dávkou do 30 mg/den, při adekvátním příjmu per os možno i retardované tablety, jinak je nejvhodnější s.c. aplikace),

- katecholaminy v pozdních fázich (je dôležitá túto variantu diskutovať s nemocným, vrátane doprovodných problémů – napríklad nemožnosť pobytu mimo kardiologickej oddelenia).
- *Optimalizace vnitřního prostředí* – renálna funkcia a mineralogram, hladina digoxinu, krvný obraz. Táto vyšetrenia sú provediteľná i v domácom prostredí – pri spolupráci praktického lekára a špecializovanej sestry domácej starostlivosti (to je i jeden z výstupů modelu komunitnej paliatívnej starostlivosti, ak existuje napríklad vo Veľkej Británii). V terminálnej fázi ochorenia nič menšie môžu táto vyšetrenia už ztrácať svoj význam. Mnohdy pak pôvodný cieľ kŕkého hľadania kardiopulmonálnej rovnováhy i na úrovni vnútorného prostredia prechádza v snahu adekvátne symptomaticky užiť možné lieky a uľaviť nemocnému od symptomů, ak je to možné. Potíže s príjmom per os túto situáciu len umocní.
- *Dušnosť* (6) – v prípade pľúcneho městnání diuretika (furosemid 20 mg až 1000 mg/den dle stavu), kodein 30–60mg/noc pri dráždivom kašli, morfin 1% roztok 5–10 mg á 4 hod., morfin 1% inj. s. c. 2,5–5 mg á 4 hod., anxiolytika event. i přes den, anxiolyticky pôsobiaci antidepressívum dosulepin (25–75 mg vo večernej dávke). Role morfinu je v ekonomizácii dýchania (↓ práca dýchacích svalů), znižuje citlivosť na pCO₂.
- *Bolest* – není nosným symptomem, nič menšie je často prítomná. Jej riešenie odpovídá etiologii a celkovému stavu nemocného:
 - invazívne techniky u opioid resistantní, refrakterní anginy pectoris, je nutné zvážit dle celkového stavu pacienta (konzultace ambulance či centra pro léčbu bolesti), dále dle analgetického žebříčku Světové zdravotnické organizace (WHO),
 - vzhledem k charakteru nemocných (asi 70% geriatrických pacientů) je častá koincidencia kloubní bolesti a vertebrogení algický syndrom různých etází, často s neuropatickou složkou. Rehabilitační léčba je limitována výkonností srdečního svalu, krátké pravidelné procházky a omezení stresových situací jsou podmínkou stabilizace celkového stavu. Vzhledem k časté, mnohdy dnes rozsáhlou kardiologickou léčbou vynucené polypragmázii, farmakologická terapie bývá komplikována z pohledu výběru preparátu a spolupráce nemocného. V léčbě je zásadní multidisciplinární spolupráce. Z analgetik – jak je uvedeno výše – je nutné respektovat indikační kritéria především pro chronickou bolest a analgetický žebříček WHO. Obecně výhodným preparátem pro nízké nežádoucí účinky a širokou paletu aplikačních forem je tramadol. V případě bolesti vyšší intenzity může být u pokročilého onemocnění s výhodou oxycodon (nemocní s kloubní bolestí, vyššího věku), z pohledu polypragmázie náplastové systémy fentanyl. Mnohdy zásadním faktorem je ovlivnění úzkosti (s výhodou dosulepin, viz. výše).

toovat indikační kritéria především pro chronickou bolest a analgetický žebříček WHO. Obecně výhodným preparátem pro nízké nežádoucí účinky a širokou paletu aplikačních forem je tramadol. V případě bolesti vyšší intenzity může být u pokročilého onemocnění s výhodou oxycodon (nemocní s kloubní bolestí, vyššího věku), z pohledu polypragmázie náplastové systémy fentanyl. Mnohdy zásadním faktorem je ovlivnění úzkosti (s výhodou dosulepin, viz. výše).

- *Nauzea, zvracení* – etiologicky ischemizace GIT či hypoperfúze mozku, je zapotřebí pomýšlet na digitalisovou toxicitu, symptomaticky především metoclopramid (zahájit 20–30 mg/den) a haloperidol (zahájit 0–0,5mg–5mg), s výhodou subkutánně, haloperidol event. v kapkách.
- *Úzkost, deprese, psychosociální podpora* (7) – základem je zakomponování nemocného a jeho blízkých do multidisciplinárního týmu, společná rozhodnutí a management krizových situací, především v domácom prostredí, udržení kontinuity starostlivosti. Lze jen doporučit aktivní tvorbu sítě poskytovateľů paliatívnej starostlivosti v regionu – od nemocničných lékařů lůžkových i ambulantních až k síti praktických lékařů a týmů domácej starostlivosti, chronické starostlivosti. V medikácii dosulepin 25–75 mg vo večernej hodinách, trazodon večer 75–150 mg (s výhodou řeší i poruchy spánku), překrytí do nástupu účinnosti možno alprazolamem.
- *Sdělování a přijetí špatných zpráv* – jde o proces, mnohdy trvajících řadu týdnů až měsíců. Jeho základem je ochota zdravotníků převzít odpovědnost za kvalitu života nemocného a jeho blízkých částečně také na sebe, otevřenost a dostatek důrazu kladeného na komunikaci. Ta ostatně vyžaduje také čas, kterého se často nedostává zvláště v ambulantní péči (13).

Závěr

Zásadní otázky nejsou v tom, zda víme, jak pomoci nemocným od jejich obtíží. Většina problémů má spíše organizační a komunikační charakter. Jedná se o podporu domácího pobytu nemocných, léčbu nekardiálních doprovodných symptomů a řešení opakovaných rehospitalizací. Současný stav organizace léčby pokročilého srdečního selhání v ČR klade největší zodpovědnost na praktického lékaře a kardiologa. Neexistence modelu domácí péče o tyto nemocné s dostatečnou observací jejich stavu

a prevencí komplikací vede k diskontinuitě péče a snižuje její efektivitu i kvalitu života nemocných. Česká společnost paliativní medicíny vede v těchto měsících jednání o financování modelu Mobilní specializované paliativní péče.

Dle zahraničních studií až 49% pacientů s klasifikací NYHA III/IV vyjádřilo přání „prodat“ polovinu zbývajících dnů života za to, že se budou cítit lépe (8). V našich podmínkách ekvivalentní data chybí, ale zkušenosti v podmínkách péče následně či hospiců jsou velmi podobné. Velmi důležitý a bohužel často opomíjený krok k napravení můžeme udělat již nyní – klást důraz na otevřenost a srozumitelnost komunikace s nemocným a uvědomovat si význam jeho důvěry v nás a zdravotnictví vůbec. Tento terapeutický vztah je základním kamenem kvalitní péče – jedno zda kurativní či paliativní.

Literatura

1. Vorlíček J, Adam z a kol. Paliativní medicína. 2.vydání, Praha. Grada Publishing 2005. 480 s.
2. Sláma, Kabelka, Vorlíček. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
3. Kalvach Z, Zádák Z, Jiráček R, Zavázalová H, Sucharda P a kol. Geriatrie a Gerontologie. Praha: Grada Publishing 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
4. Vítovec J, Špinar J, Špinarová L. Srdeční selhání: lekce EUNI vzdělávání [on line]. [cit. 2009-06-19]. Dostupné na [www.<http://www.euni.cz>](http://www.euni.cz).
5. Vítovec J, Špinar J. Framakoterapie kardiovaskulárních onemocnění. 2. Vydání, Grada 2004. 248 s. ISBN 80-247-0866-3.
6. Kalvach Z, Kabelka L. Paliativní péče v geriatрии. In Sláma, Kabelka, Vorlíček et al. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén 2007: 266–272. ISBN 978-80-7262-505-5.
7. Tomášková M, Skříčková J. Dušnost. In Sláma, Kabelka, Vorlíček. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén 2007: 169–175. ISBN 978-80-7262-505-5.
8. Kabelka L, Juříčková J, Sláma O. Delirium. In Sláma, Kabelka, Vorlíček. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén 2007: 242–247. ISBN 978-80-7262-505-5.
9. Kabelka L, Vítovec J. Symptomy a syndromy pokročilého neoplogického onemocnění v paliativní péči. Tisig, Bolest 2007; 10(2): 71–75.
10. Špinar J, Hradec J, Meluzin J a spol. Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání ČKS 2006. Cor Vasa 2007; 49(1): k 5–34.
11. Widimský J. Srdeční selhání. 2. rozšířené a přepracované vydání, Triton Praha 2003. 556 s.
12. Paliativní péče u pokročilého srdečního selhání – tabulka 1. – stupně srdečního selhání – přeloženo dle ACC/AHA Heart Failure Guidelines, Nov 2005. Převzato se souhlasem z prezentace prof. MUDr. Jiřího Vítovce, CSc., přednosty I. Interní kardiologické kliniky FN u Sv. Anny, Brno.
13. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. European Heart Journal 2008; 29: 2388–2442.

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa,
Rajhrad
Jiráskova 47, 664 61 Brno
kabelka@seznam.cz

