

KONSENZUS PŘÍSTUPU K DIAGNOSTICE A LÉČBĚ DUŠNOSTI U NEMOCNÝCH S POKROČILÝM NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM

4. brněnský den paliativní medicíny, Brno, 2. 10. 1998

1. Kdy patří diagnostika a léčba dušnosti u nemocného s pokročilým nádorovým onemocněním do rukou odborníků pro paliativní medicínu?

Pokud je ukončena kurativní léčba onkologického onemocnění a není jednoznačně stanovena příčina dušnosti, je indikována konzultace specialisty pro paliativní medicínu. V poměrech České republiky to znamená konzultaci s lékařem oddělení paliativní péče nebo hospicu anebo lékaře, který je pro tuto problematiku určen v rámci onkologického nebo pneumologického oddělení.

2. Podle kterých příznaků a vyšetření můžeme hodnotit tíži dušnosti u nemocného s pokročilým nádorovým onemocněním?

Standardní objektivní vyšetření: počet dechů za minutu, tepová frekvence, cyanóza, poslechový nálezní (srdce, plíce), otok (dolní končetiny, hlava, krk), stupeň dušnosti (klidová, námahová – chůze po pokoji, po chodbě, po schodech, počet metrů). Pulzní oxymetrie (nasyčení krve kyslíkem), zadopřední skiagram hrudníku. Pokud tato vyšetření nepřinesou vysvětlení je indikováno vyšetření krevních plynů a základní biochemické vyšetření k vylovení metabolické příčiny a EKG (nově vzniklá arytmie, srdeční infarkt).

3. Jakou roli mají strach a úzkost při vnímání dušnosti u nemocného s pokročilým nádorovým onemocněním?

Strach a úzkost se na vnímání dušnosti podílejí prakticky u každého nemocného a pocit dušnosti prohlubují. Každý lékař, který nemocného s pokročilým nádorovým onemocněním léčí, by měl spolupracovat s psychologem a s psychiatrem, který se problematikou těchto nemocných zabývá. Léčebný postup by měl být konzultován s oběma odborníky. Pokud není tato spolupráce možná, je u dušnosti prohlubované strachem a úzkostí indikováno podání nízkých dávek morfinu (10 mg po 4–6 hodinách podkožně, nitrosvalově, nitrožilně) nebo podání benzodiazepinů perorálně, intramuskulárně, nitrosvalově (diazepam – preparáty Diazepam, Apaurin, Seduxen, midazolam – preparát Dormicum, alprazolam – preparáty Neurul, Xanax, Xanax retard). Dávkování je velmi individuální a je závislé na předchozí a souběžné léčbě, především analgetické!

4. Kdy je indikována konzultace intervenčního bronchologického centra u nemocného s pokročilým nádorovým onemocněním a dušností?

Tuto konzultaci by měl doporučit pneumolog, kterého je vhodné konzultovat při podezření na lokalizovanou obstrukci dýchacích cest. O endobronchiální léčbě (mechanická dilatace, laser, kryoterapie, elektrokauterizace, brachyterapie, zavedení endobronchiální protězy – stentu) budeme uvažovat u nemocných, kteří jsou schopni bronchoskopického vyšetření a jejich předpokládaná délka života je nejméně 3 měsíce. O schopnosti nemocného absolvovat bronchoskopické vyšetření by měl rozhodnout pneumolog-broncholog.

5. Kdy je indikována v léčbě dušnosti u nemocného s pokročilým nádorovým onemocněním paliativní chemoterapie a radioterapie?

Při sekundárním postižení plic zhoubným nádorem nebo maligním pleurálním výpotkem u nemocného s předpokládanou délkou života měsíce a roky. Předpokládá se citlivost nádoru k této léčbě. Indikovat paliativní chemoterapii nebo radioterapii by měl onkolog nebo pneumoonkolog.

6. Jakou roli hrají v léčbě dušnosti u nemocného s pokročilým nádorovým onemocněním opiáty, steroidy, nebulizace, bronchodilatancia? Kdy perorální, intravenózní, subkutánní nebo sprejová forma?

Podání opiátů je indikováno tam, kde se na dušnosti podílí strach a úzkost a tam, kde je dušnost provázána bolestí.

U dušnosti způsobené lokalizovanou obstrukcí dýchacích cest je indikováno podání dexametazonu, který zmírňuje otok kolem nádoru. Nejlépe 24 mg jednorázově intravenózně a pokračovat perorálně v dávce 16 mg až 24 mg/den (preparáty Dexamethazon, Dexason, Dexona). U dušnosti způsobené generalizovanou obstrukcí dýchacích cest (především exacerbace astmatu, chronické obstrukční plicní nemoci) je indikováno nitrožilní podání hydrocortisonu (100 mg–300 mg/den) nebo perorální podání prednisonu (30 mg–60 mg/den) nebo dexametazonu (4 mg až 8 mg/den). U nemocných, kteří jsou schopni užívání léků pomocí spreje, disků či turbuhaléru je vhodné i podání inhalačních kortikoidů, kterých je celá řada (Aldecin, Pulmicort, Becotide, Becodisk, ...). Bronchodilatancia ze skupiny metylxantinů jsou indikována u dušnosti způsobené generalizovanou obstrukcí dýchacích cest (především exacerbace astmatu, chronické obstrukční plicní nemoci). Intravenózní podání aminofylinu (Aminophylline, Syntophyllin) je indikováno při akutní dušnosti. Po zvládnutí stavu je vhodné převedení na perorální teofylinové preparáty (Spophyllin retard, Theo-Dur, Théoplus, Afonilum, Unidur...) nebo aminofylinové preparáty (Aminophyllin retard, Euphyllin retard...).

Bronchodilatancia ze skupiny beta-adrenergik (Berotec, Salbutamol, Ventolin, Bricanyl) nebo anticholinergik (Atrovent) nebo kombinace beta-adrenergika a anticholinergika (Berodual) jsou indikovány u dušnosti způsobené generalizovanou obstrukcí dýchacích cest (opět nejčastěji při exacerbaci astmatu a chronické obstrukční plicní nemoci) u těch nemocných, kteří jsou schopni zvládnout techniku použití spreje (velmi vhodné za pomoci spaceru), turbuhaléru diskových forem. Tyto léky lze podávat i pomocí nebulizátoru pokud jej nemocný toleruje. Pomocí nebulizátoru lze podávat i dexametazon nebo morfin.

U nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním, pokud polykají, je jednoznačně preferována léčba perorální nebo sprejová. Teprve tehdy, když tato léčba není možná, je indikována léčba intravenózní nebo podkožní (v případě opiátů).

7. Kdy indikovat léčbu kyslíkem u nemocného s dušností a s pokročilým nádorovým onemocněním?

O opodstatnění této léčby se musíme přesvědčit. Stačí vyšetření pulzním oxymetrem. Léčba kyslíkem je indikována při saturaci nižší než 90 %. Pokud má pracoviště k dispozici vyšetření krevních plynů, j léčba kyslíkem indikována při parciálním tlaku kyslíku nižším než kPa. Je vhodné přesvědčit se, zda při kyslíkové léčbě nedochází k retenci kysličníku uhličitého. Pokud nemocnému kyslíková léčba nevyhovuje není vhodné ho do ní nutit. Měli bychom respektovat i zplně sobě podání, který nemocnému vyhovuje. V úvahu přichází především aplikace kyslíku nosní maskou nebo pomocí kyslíkových brýlí.

U nemocných s předpokládanou délkou života nejméně 2 měsíců u kterých je důvodem hospitalizace pouze kyslíková léčba, je indikována konzultace pneumologa ohledně dlouhodobé domácí oxigenoterapie pomocí koncentrátoru.

8. Jak hodnotit výsledek léčby dušnosti u nemocného s pokročilým nádorovým onemocněním?

Především podle údajů nemocného. Dále podle objektivního vyšetření (počet dechů, tepová frekvence, zbarvení spojivek, rtů...), pod vyšetření pulzním oxymetrem (vzestup saturace krve kyslíkem a tam, kde je možnost, podle vyšetření krevních plynů (vzestup parciálního tlaku kyslíku, event. pokles parciálního tlaku kysličníku uhličitého, nemělo by docházet k retenci kysličníku uhličitého).

9. Jaké jsou cíle výzkumu v oblasti diagnostiky a léčby dušnosti u nemocného s pokročilým nádorovým onemocněním?

Při úrovni vzdělanosti v oblasti paliativní medicíny v České republice je zapotřebí soustředit se především na oblast léčby. Vzhledem k „mýtu o útlumu dechového centra“, který v České republice existuje, je vhodné zaměřit výzkum na využití, dávkování a způsob podávání opiátů a benzodiazepinů v léčbě dušnosti.

Vzhledem k tomu, že mnoho nemocných je hospitalizováno pouze z důvodů dlouhodobé oxygenoterapie je další oblastí vhodnou pro výzkum dlouhodobá domácí oxygenoterapie u nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním.