Současné možnosti symptomatické léčby dušnosti

u pokročilých neonkologických onemocnění v paliativní péči

L.Kabelka, O.Sláma

DLBsH Rajhrad, MOÚ Brno, Subkatedra paliativní medicíny

XII.BDPM, BVV 26.10.2006

Dušnost- *subjektivní pocit ztíženého, obtížného dýchání, krátkého dechu, pocit dušení, pocit dechového dyskomfortu*

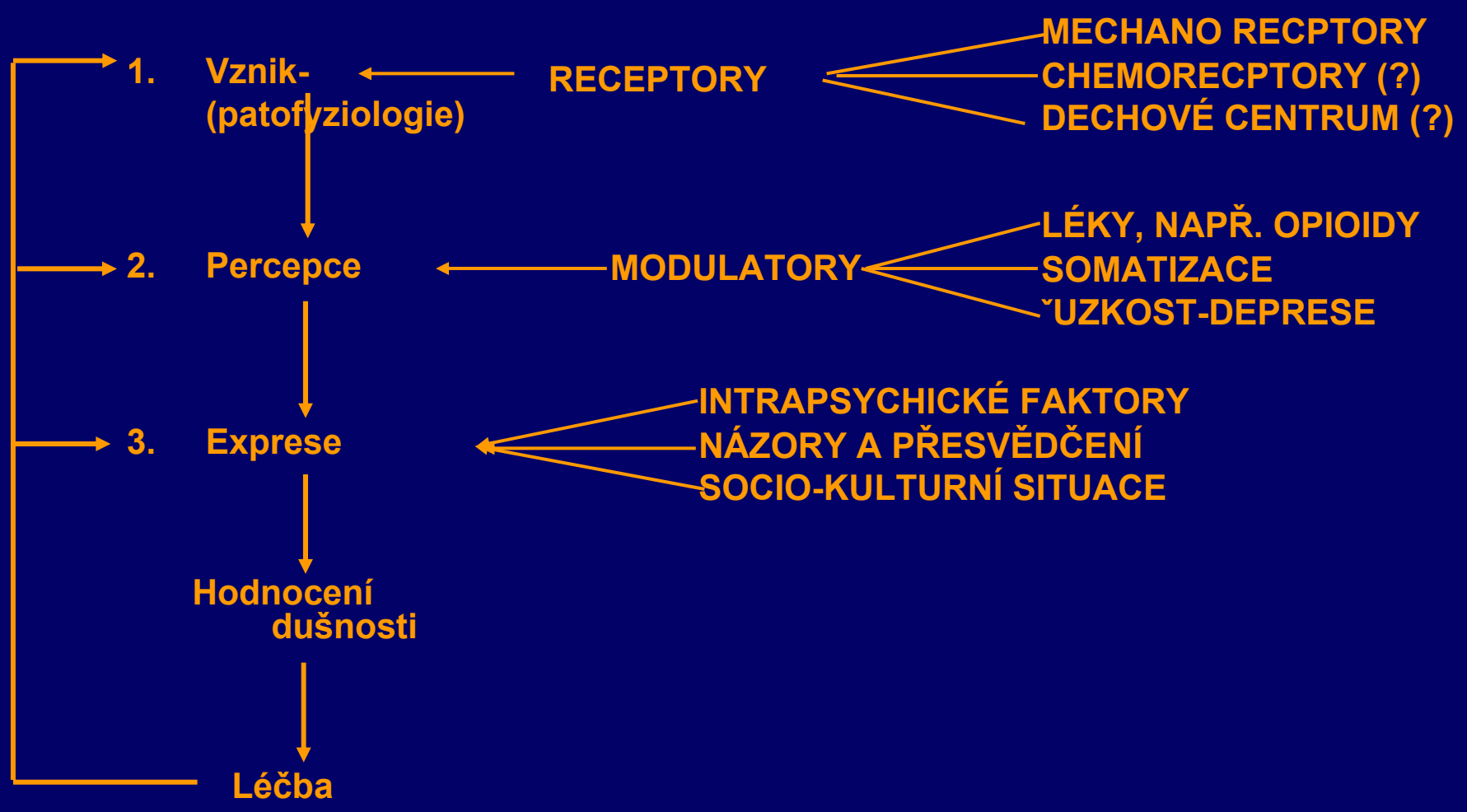
- V posledních měsících života až u 70% pacientů v paliativní péči, neonkologicky nemocných stejně jako onkologických pacientů.

- Není přímá úměra mezi intenzitou různých objektivních parametrů ventilace a dušností- dušnost automaticky neznamená respirační insuficienci

- Pohled paliativní medicíny: **dušnost je to, co udává pacient** (ale příčiny musíme rozkrýt ⇒ terapie)- obdobné jako u bolesti
- Zvláště v paliativní medicíně nutný MDT přístup

- Dušnost **není** tachypnoe (např. horečka), hyperpnoe (např. metabolická acidóza), hyperventilace (psychicky indukována)

Trajektorie vzniku a léčby „dušnosti“



Sláma 2004

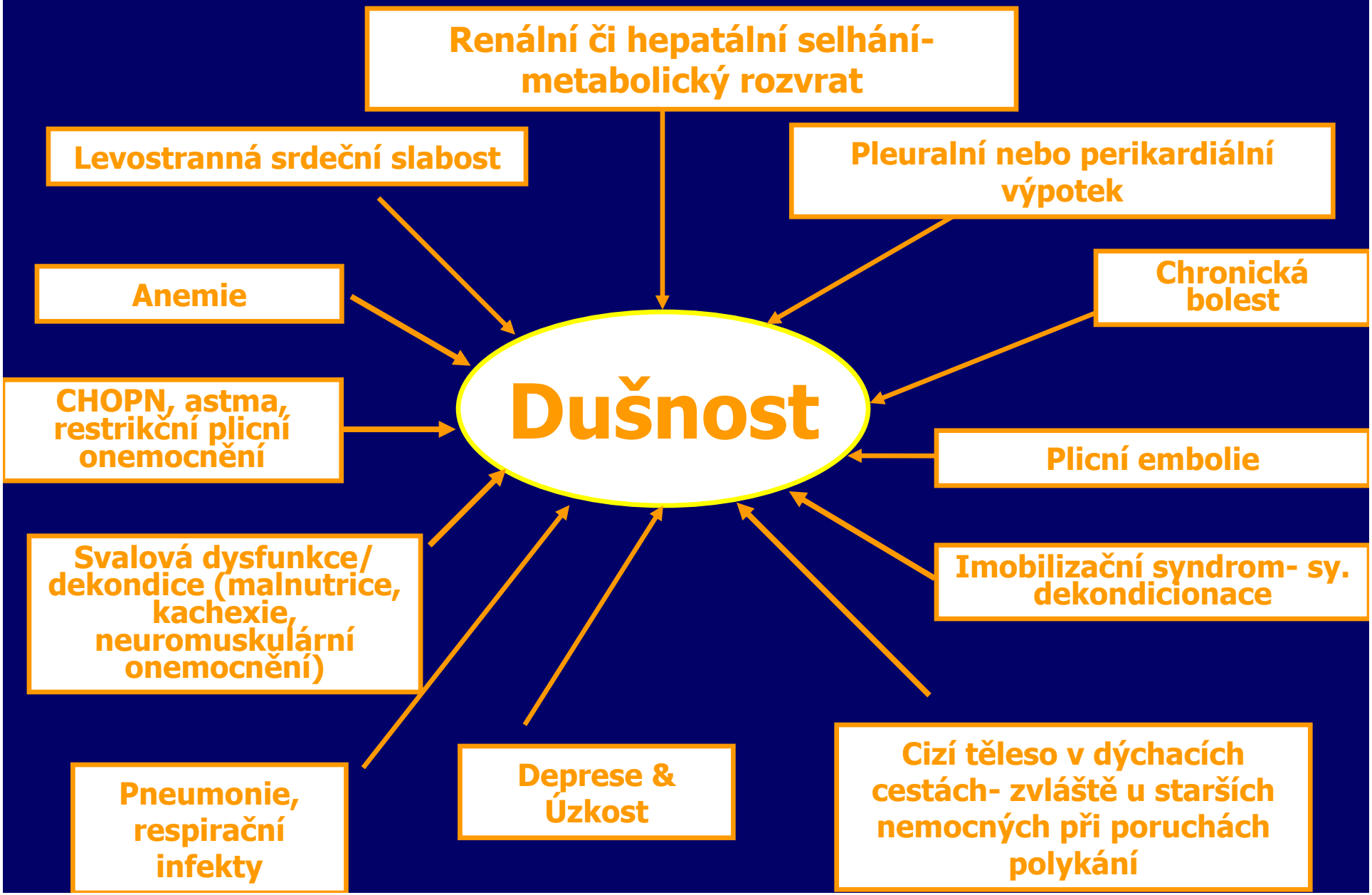
Dušnost- symptom, který vedle bolesti nejsilněji koreluje s psychickým stavem pacienta, anxietou, strachem, panikou- **QoL !!**

Dimenze dušnosti (**OPQRST assessment**):

- O:onset: Kdy vznikla? Během týdnů, dní, či v hodinách či minutách? (akutní versus chronická)
- P:palliative and provocating factors: Co ji zlepšuje či zhoršuje?
- Q: quality: Jak dušnost pociťujete- pac. popis dušnosti
- R: radiation and related factors: je spojena s kašlem, horečkou, hemoptýzou, tísní na hrudníku, palpitacemi, nauzeou, vertigem?
- S: severity: Jaký má pro pac. dušnost význam? VAS 0-10
- T: temporal factors: Kdy a jak rychle se objevuje v čase? Ve dne či v noci? Je stálá, nebo jen občas?

Jaké jsou nejčastější příčiny dušnosti u pokročilých neonkologických onemocnění ?

dle Sláma 2004



Léčba

- *Kauzální*, když je to možné a přiměřené klinické situaci
- zásadní je také názor nemocného stran významu dušnosti- námahová x klidová, zvážení cost-benefit….

Symptomatická

- Morfin
- Bronchodilatancia- je-li obstrukce v malých dýchacích cestách- standartní dávkování- aminophylin i.v. v akutní fázi, poté sprejové formy nebo tbl.(aplikační cesta dle stavu pacienta)
- Kortikosteroidy u CHOPN
- Diuretika, kardiotonika- zvláště obtížné rozhodování
- Pomocné léky- anxiolytika, neuroleptika, anxiolytická koanalgetická antidepresíva, hypnotika

Invazivní výkony- punkce, odsávání, tracheostomie…s ohledem na stav nemocného a cost x benefit!

Nefarmakologická opatření

- Zklidnění situace- tón hlasu, bezbariérová komunikace (výrazný podíl neverbální komunikace, trpělivost, sdílení…autenticita)
- Fowlerova poloha v polosedě
- Otevřené okno, dobrý výhled, chladný a vlhký vzduch
- Pohovor s pacientem a jeho blízkými, psychosociální podpora

Oxygenoterapie

- Významný symbol lékařské péče (mnohdy i pro lékaře samotného), přitom poměrně vysoké náklady a významný podíl placebo efektu u pokročile nemocných (s výjimkou některých forem CHOPN)

- Pulsní oximetrie má menší výpovědní hodnotu- i hypoxický pacient nemusí být dušný a naopak- omezené indikace
- Přesto u některých forem plicních onemocnění i v pokročilém stadiu má život prodlužující efekt- ALE!- ***nejde znovu spíše o zástupné placebo? Nenahrazujeme tak psychosociální podporu?***

- ***Domácí oxygenoterapie založená na NOTT (Nocturnal Oxygen Therapy Trial)- saturace pod 88% v klidu, vliv anémie, CHF, cor pulmonale***
- ***Záleží také na formě podávání- „brýle“, maska, transtracheálně..?***

- Čerstvý a chladný vzduch bývá podobně účinný+ psychosociální podpora

Léčba dušnosti- morfin

- zvyšuje toleranci na p CO_2,
- snižuje frekvenci a dechový objem /“ekonomizace“ dýchání/
- mírnění emocionální reakce na dušnost /limbický systém/

- účinek inhalovaných opioidů sporný

- **Počáteční dávka u opioid- naivních pacientů 2,5 mg s.c., 5-10 mg p.o., denně 25-30 mg**

- **U nemocných již léčených silnými opioidy 1/6 ekvianalgetické jednorázové dávky, nebo zvýšení denní dávky o 30-50%**

Symptomatická léčba dušnosti u nemocných ve finálním stadiu (poslední hodiny, max. dny)

- zachovej klid a ujisti pacienta a také jeho blízké, že se budeš jeho dušností intenzivně zabývat
- Zajisti čerstvý vzduch – otevři okno, dveře atd.
- Pouze menšina finálně nemocných potřebuje ke kontrole dušnosti kyslík

- O2, byť jen brýlemi, mívá pro pacienta a jeho rodinu i pro lékaře velký symbolický význam: „aktivní péče“ !
- Budiž- neměl by ale nahrazovat psychosociální a spirituální složku péče, včetně léčby ostatních symptomů (bolest, delírium, anxieta), které dušnost zhoršují

Hlasité chrčivé dýchání

- Vzniká v důsledku hromadění sekrece v horních dýchacích cestách u pacienta, který není schopen dostatečně odkašlat.
- Většinou u pacientů s poruchou vědomí typu soporu až komatu. Pacientem tudíž již obvykle není příliš vnímáno, často u nemocných u vigilním komatu.
- Velký stres pro pacientovo „ okolí“, nutnost citlivého vysvětlení a komunikace
- Úprava polohy pacienta / vhodné 30º na boku/
- Snížení bronchiální sekrece: scopolamin /BUSCOPAN/ 20 mg á 4-6h
- Při dušnosti opioidy
- Odsávání obvykle nezvyšuje pacientův komfort
- Uvážlivost při hydrataci- max. do 500 ml/den dle klin. Zkušenosti ve finální fázi, někdy lépe vůbec nehydratovat, blízké pac. ale pečlivě informovat!!

Děkuji Vám za pozornost

Literární zdroje:

R.Sean Morrison, Diane E. Meier- Geriatric Palliative care