

KOMPLEXNÍ ONKOLOGICKÁ PÉČE O NEMOCNÉ S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM PLIC SE ZAMĚŘENÍM NA LÉČBU PODPŮRNOU

COMPLEX ONCOLOGICAL CARE FOR PATIENTS WITH TUMOUR DISEASES, WITH PARTICULAR ATTENTION TO SUPPORTIVE CARE

PÁLKOVÁ IVANA

KLINIKA NEMOCÍ PLICNÍCH A TUBERKULÓZY FN BRNO-BOHUNICE

Souhrn: Zvyšující se výskyt nádorových onemocnění má obrovský ekonomický dopad v důsledku vynakládání enormně vysokých finančních prostředků na prevenci, diagnostiku a léčbu těchto onemocnění. U bronchogenního karcinomu bohužel stále bez výraznějšího efektu. Přes tuto všeobecně nepříznivou skutečnost je řada nemocných s nádory plic vyléčena nebo je jim alespoň při poskytování komplexní onkologické péče prodloužena doba přežití a především zlepšena kvalita života. Neodmyslitelnou součástí komplexní onkologické péče je léčba podpůrná, která musí být, tak jako všechny ostatní druhy léčby, plánovaná, kombinovaná a v dostatečných dávkách. Je zaměřena jednak na ovlivnění příznaků souvisejících s nádorovým onemocněním, jednak na vedlejší účinky léčby a na léčbu terminálních stádií. Léčba terminálních stádií zajišťuje především spokojenost pacienta. Součástí podpůrné léčby je i ovlivnění únavy, psychologická podpora a účelná spolupráce s rodinou nemocného. Adekvátní podpůrná léčba má benefit pro nemocného, pro jeho rodinu a především zlepšuje kvalitu života.

Klíčová slova: bronchogenní karcinom - podpůrná léčba - psychologická podpora - kvalita života

Summary: The increasing of tumour diseases has a huge economic impact as a consequence of enormous costs of prevention, diagnosis and treatment of these diseases. In lung cancer, all this remains without a decisive effect as yet. Despite this unfavourable situation, a considerable number of patients with tumour care cured or at least have a prolonged survival and improved quality of life thanks to the complex oncological care. The supportive therapy is an indispensable constituent or the complex oncological care. Like all modes of therapy it should be planned, combined, and sufficiently dosed. It is aimed at both symptoms and signs associated with the tumour and side effects arising from the treatment, and at the treatment of terminal-stage disease. The treatment of the terminal stages should ensure primarily the well-being of the patients. Supportive care includes influencing malaise, psychological support and purposeful co-operation with patient's family. Appropriate supportive treatment brings benefit to the patients and their families alike and, above all, improves the quality of life.

Key words: lung cancer - supportive care - psychological support - quality of life

Každá epocha lidských dějin má své dominující nemoci. Nemocemi 20. století to jsou především nádorová onemocnění.

Ve 21. století lze očekávat další nárůst nádorových onemocnění, především nádorů plic. Roční nárůst bronchogenního karcinomu je celosvětově 1 milion případů, z toho 80 % případů je nekurabilních. Lze očekávat další zvyšování incidence, především z důvodů stárnoucí populace, kouření, stravování a stresu včetně rizikových faktorů životního a pracovního prostředí. Jenom v důsledku kouření umírají ročně na světě tři milióny lidí. Do r. 2025 je roční předpoklad úmrtí v důsledku kouření deset miliónů osob, z toho tři milióny osob v Číně. Mnohé z uvedených rizikových faktorů zasahují do genetického fondu současné populace a tím podmiňují dispozice k onemocnění nádorem u populace budoucí.

Zvyšující se výskyt nádorových onemocnění má obrovský ekonomický dopad v důsledku vynakládání vysokých finančních prostředků na prevenci, diagnostiku a léčbu těchto onemocnění. U bronchogenního karcinomu doposud bez výraznějšího efektu.

Přes tuto všeobecně nepříznivou skutečnost je řada nemocných s bronchogenním karcinomem vyléčena díky poskytování komplexní onkologické péče, nebo dochází k prodloužení doby přežití. Co můžeme pro tyto nemocné udělat především, je zlepšit kvalitu jejich života. Komplexní onkologická péče zaměřená především na kvalitu života musí být diferencovaně zajištěna pro všechny nemocné.

Komplexní onkologická péče je pojem vyšší kategorie než jen pojem protinádorová léčba. Je to rozsáhlý komplex opatření,

který kromě prevence, dokonalé diagnostiky a léčebných modalit jak kurativních, tak paliativních, obsahuje mnoho způsobů v oblasti léčby podpůrné (2, 8).

Komplexní onkologická péče se skládá z několika stupňů, které mají společný cíl: zabránění onemocnění, v případě onemocnění jeho vyléčení. Při nemožnosti dosažení tohoto cíle, je rozhodujícím požadavkem zlepšení kvality života.

V Radě Evropy je věnována zvláštní pozornost etickým aspektům a jsou přijímány dva hlavní záměry: úcta k lidské důstojnosti a zmiřování utrpení při zachování života.

Všichni si však musí uvědomit, že jsme zrozeni k tomu, abychom zemřeli. Každý by si měl vypěstovat schopnost přijmout nevyhnutelné. Tímto se nic nemění na skutečnosti, že musí být co největší kvalita života nemocného zachována až do jeho posledního okamžiku.

Albert Schweitzer, 1931: „Všichni musíme jednou zemřít. Já tě ale můžu ochránit od dní plných muk, což je, jak to cítím, má velké a vždy nové privilegium.“

Komplexní léčba musí být plánovaná a multimodální. Jsou v ní uplatněny jak záměry kurativní a paliativní, tak neodmyslitelná léčba podpůrná (8).

Význam podpůrné léčby není dosud vždy plně docenován. Je často omezována jen na terminální stadia onemocnění nebo tam, kde došlo k toxickým reakcím při léčbě cytostatiky. Podpůrná léčba, zaleží-li nám na konečném výsledku léčby a na kvalitě života nemocného, není jen léčbou doplňkovou.

Jedná se o léčebné zásahy v každé fázi vývoje onemocnění a léčby, ale i v časově neomezeném období poléčebném až do

konce života. Třetí dimenze podpůrné léčby zahrnuje jednak celou řadu postupů uplatňujících se v léčbě průvodních projevů nádorové choroby, v léčbě komplikací nádorového onemocnění a komplikací protinádorové léčby a jednak léčbu nemoci, nesouvisejících přímo s nádorovým onemocněním. Zahrnuje rovněž další léčebné modalitty, jako transplantaci kostní dřeně, podávání hemopoetických růstových faktorů, profylaktické podávání léků k zamezení osteoporosy, oblast výživy a pod. Součástí podpůrné léčby je psychoterapie, rehabilitace, sociální poradenství a účelná spolupráce s rodinou nemocného. Podpůrná léčba musí být, tak jako všechny ostatní druhy léčby, plánovaná, kombinovaná a v dostatečných dávkách (2, 7).

Při zahájení podpůrné léčby nesmí být opominuta kvalita života nemocného v celém časovém období od zjištění onemocnění až do konce jeho života. Cílem lékařů a všech zdravotnických pracovníků není nemocného pouze léčit, ale současně mu v jeho nemoci zachovat dobrou kvalitu života, což je relativně nový konečný klinický cíl.

Tento termín byl v oblasti nádorové medicíny zaveden v posledních letech. Tradičně byl u nádorových onemocnění hodnocen jen jejich rozsah a doba přežití nemocných. Od 70. let nejsou tyto údaje považovány za dostačující při určení celkového stavu nemocného a nedávají představu o kvalitě života nemocného.

Kvalitu života nemocného je nutné hodnotit podle dvou rovnocenných hledisek: hlediska objektivního a subjektivního. Tato hlediska jsou zaměřena na oblast „zdraví“, oblast „nemoci“ a oblast „psychosociální“. Současná definice kvality života je proto postavena na konceptu, který vychází z příznaků a léčebného výsledku v závislosti na funkčním a psychosociálním stavu nemocného.

Kvalita života je pro každého nemocného jiná. Její stanovení a především její interpretace nejsou zcela jednoznačné.

Základní index měření kvality života obsahuje 4 hlavní parametry: fyzickou aktivitu, psychický stav, sociální stav a příznaky v korelaci s dobou přežití. Kromě těchto hlavních bodů přistupuje k hodnocení řada podbodů, které mají různý význam pro jednotlivého nemocného. Stanovení kvality života má pomoci determinovat nemocné k preferenční léčbě, benefitu léčby a také pro kalkulaci ceny. Příznaky, související s léčbou a onemocněním, je nutné začít zvládat co nejdříve a tím zajistit nemocnému přiměřený komfort.

Abychom se vyhnuli chybám, je nutné :

- stanovit, zda příznaky jsou v souvislosti s nádorovým onemocněním
- pokud ano, rozlišit, zda se jedná o příznaky v důsledku primárního nádoru nebo již metastáz
- rozlišit, které z příznaků způsobuje nádor a které jsou v důsledku paraneoplastických syndromů
- velmi důležité je odhadnout psychický stav nemocného
- odhadnout prognózu

Na základě všech těchto skutečností je stanoveno globální skóre kvality života a rozhodnuto o léčbě jak kausální, tak podpůrné. Podpůrná léčba umožňuje a zlepšuje léčbu kurativní - chirurgii, chemoterapii, radioterapii a imunoterapii, léčbu paliativní a léčbu terminálních stadií. U kurativních léčebných modalit je podpůrná léčba zaměřena na ovlivnění příznaků souvisejících s nádorovým onemocněním a na vedlejší účinky léčby. U 50 % případů, kdy je možná jen léčba paliativní, zajišťuje rovnováhu mezi účinností na nádor a spokojeností pacienta. U nemocných označovaných jako NTBT (Not to be treatment), je nutné navrhnout rozumný přístup k paliativní a/nebo podpůrné léčbě. U nemocných označovaných jako TSS (Terminal stage syndrom) - s dysfagií, dušností, anorexií a váhovým úbytkem, je indikována pouze léčba k tišení bolesti a úzkosti. Ostatní léčba je zastavena.

Při zahájení jakékoliv léčby je nutné respektovat přání nemoc-

ného a vyvarovat se tzv. „léčebné úpornosti“, tj. snahy léčit nemocného za každou cenu (1).

Kam až je tedy možné postupovat v léčbě? Tam, kam to stav a léčba dovolují a tam, kam si to nemocný přeje. Léčbu musíme provádět uváženě a zajistit optimální pohodlí nemocného. Limitujícím faktorem pro stanovení léčebného plánu by měla být zjištěná kvalita života nemocných. Cílem léčebného plánu je zachování a zlepšení kvality života nemocných. Sydenham: „Neléči nikoho jinak, než by sis přál být léčen sám.“

Oblasti podpůrné léčby:

- bolest
- nauzea a zvracení
- prevence a léčba infekce
- febrilní neutropenie
- nádorová kachexie
- psychologická oblast
- poruchy krvetvorby, myelotoxicita
- metabolické abnormality
- prevence trombembolie
- osteoporosa
- lokální komplikace
- únava

O všech oblastech, ve kterých se podpůrná léčba uplatňuje je celá řada publikací a sdělení (3, 6). V našem přehledu si dovolujeme upozornit jen na ty oblasti, u kterých je podpůrná léčba méně často vnímána jako nutná součást komplexní onkologické péče.

PSYCHOLOGICKÁ PODPORA, ANXIETA, DEPRESE

Základem dobré lékařské péče a plánování diagnostické a léčebné strategie je, kromě odborné znalosti, znalost emoční a sociální situace nemocného. V medicíně je nutné kombinovat lékařskou věku s citlivým přístupem k nemocnému a k jejich rodině, protože nádorové onemocnění nepostihuje jen nemocného, ale také jeho rodinu a okolí. Vztah nemocného k onemocnění a v širším měřítku i jeho vztah k životu může významně působit na léčebný proces. Zda bude tento ovlivněn pozitivně nebo negativně závisí nejen na osobnosti nemocného, ale také na prostředí, ve kterém se pohybuje. Při stanovení diagnózy a při prvním kontaktu s nemocným je klíčovou záležitostí informovat nemocného o jeho nemoci a rozhodnout, zda je možné nemocnému sdělit pravdu. Před tímto sdělením je samozřejmě nutné zjištění, zda si nemocný vůbec pravdu o své nemoci přeje znát. Samotné sdělení má dvě fáze postupu:

1. Příprava říci pravdu

- věnovat nemocnému čas
- zvolit vhodné místo k pohovoru
- individuální přístup
- sledování duševního stavu
- vysoká odbornost lékaře
- rozmluva s příbuznými, pokud si to přeje nemocný

2. Po ověření diagnózy plná pravda

- čas pro rozmluvu
- oznámení diagnózy, návrh léčby
- zvýšená péče
- rozmluva o prognóze, ne falešné naděje

Při každém kontaktu s nemocným se nesmí zlehčovat jeho obtíže a je nutné si uvědomit, že informovanost nemocného je potřebná pro další spolupráci.

Principy komunikace s pacientem:

- čestnost ve všech situacích
- zhodnotit pacienta a určit hranici informací
- objasnění stavu nemoci

- objasnění léčebného plánu
- objasnění vedlejších účinků léčby
- objasnění očekávané kvality života
- objasnění reálných nadějí

Psychologické problémy má více než 50 % nemocných, 65 % z nich má reaktivní anxieta a až 75 % trpí depresemi. Anxieta a deprese nejčastěji provázejí bolest a progresi onemocnění. V důsledku anxiety dochází k poruchám spánku, přehnané starostlivosti i o málo důležité věci. Anxieta je často provázena dušností až respirační panikou. Deprese vyvolává u nemocných nechutenství, pocit fyzické nedostatečnosti, pocitu méněcennosti. Toto v konečném důsledku může vyústit v kachexii, zhoršení celkové kondice a zhoršené tolerance léčby. V průběhu léčby přistupují další faktory ovlivňující psychiku nemocného a které je nutné řešit - faktory kosmetické a somatické. Do psychologického podpůrného programu se zahrnuje i spolupráce s rodinou.

Nemocní s nádorovým onemocněním vyžadují dva hlavní okruhy léčby, zaměřené jednak na přežití, jednak na osobnost. Jestliže nemocnému sdělíme diagnózu, každý v prvé řadě reaguje stresem. Další reakce jsou individuální.

Moorey a Greer popisují 5 nejčastějších typů reakcí u nádorově nemocných:

- boj se strašidlem
- nechápavost
- osudovost
- bezmocnost /naděje na zlepšení
- zachvácení panikou

Každý typ reakce zahrnuje něco z ostatních typů. Je rozdílný podle různých situací, schopnosti přizpůsobení se a vnímání diagnózy. Rovněž rozdílné jsou kontrola onemocnění a prognóza. Důraz je kladen na „adjuvantní psychologickou léčbu“ (1, 5). Cílem této léčby je redukovat emocionální stress, zlepšit psychiku a připravit nemocného k účinné spolupráci. Léčba je indikována u každého nemocného vzhledem k možnosti dalších komplikací: problémy v manželství, sexuální dysfunkce, anxieta, deprese. Léčba se řídí podle specifických situací a je prováděna podle multidisciplinárních rehabilitačních programů.

Různé procedurální techniky zahrnují:

- přijetí nemocného a jeho rodiny
- poskytnutí informací: vyčerpávající informace o onemocnění, léčbě, jejím trvání a komplikacích
- vysvětlení nutnosti vyšetřovacích a léčebných postupů včetně kontrol
- kognitivní léčba, pomoci níž zvládá nemocný psychické příznaky
- samorelaxace
- emocionální podpora
- farmakologická podpora v případě anxiety a deprese

Způsob podpory je ve třech formách:

- podpora nefarmakologická - psychoterapie
- podpora farmakologická - anxiolytika, antidepresiva
- kombinace obou metod

Ošetřující lékař by měl svého pacienta provázet po celou dobu léčby. Přitom by měl využívat konzultaci odborníků, zabýva-

jících se komplexním přístupem k onkologicky nemocnému. V terminálních stádiích nemoci je povinností všech zajistit nemocnému důstojné umírání.

ÚNAVA

Únava je, kromě bolesti, nauzey a zvracení, snížení chuti k jídlu a váhového úbytku, jedním z charakteristických příznaků u nemocných s nádorovým onemocněním.

Únava je multifaktoriální a multidimenzionální. Podílí se na ní biologické, psychosociální, sociální a osobní faktory. Většina nemocných nedokáže únavu jasně specifikovat, a její vysvětlení je individuální. Únava může být jednak fyziologická, jednak patologická (fatigue). Patologická únava může být vyvolána nemocí nebo léčbou (4).

Největší význam pro vznik patologické únavy mají metabolické změny provázející chemoterapii a radioterapii a vyúsťující v lýzu a nekrózu nádorových mas. Za hlavní mechanismus je považována změna proteinu kosterního svalstva v důsledku endogenního nebo léčbou produkovaného TNF, změna imunitního stavu (deprese kostní dřeně vyúsťující v infekci a teplotu) a zvýšená produkce kyslíkových radikálů v jejichž důsledku dochází k anemii nebo dušnosti. Další příčinou únavy jsou změny ve vodním a minerálovém hospodářství v důsledku onemocnění nebo léčby. Důležitou úlohu při vzniku únavy hrají poruchy spánku.

Konstelace příznaků, léčba a její vedlejší účinky vedou k dyskomfortu a únavě. Tato rovněž souvisí s bolestí. Léčba provokuje emocionální stress v osobním, sociálním a pracovním životě. Důležitá je proto psychologická a sociální podpora.

Únava je různá u různých stádií onemocnění a různých léčebných metod. Hodnocení velikosti únavy je prováděno podle VAS - vizuálně analogické škály a performance status.

Existuje řada léčebných programů, které zahrnují tělesnou aktivitu, plánované zaměstnání, redukci stresu, nutriční podporu. Program musí být stanoven individuálně podle intenzity únavy a charakteristiky nemocného.

Léčebné možnosti únavy:

- léčba nádoru - účinná, ale šetrná
- edukace - zaměřená na nemocného ale i jeho rodinu
- léčba specifických problémů, - anemie, dušnost...
- celková podpůrná léčba

Všechny postupy k ovlivnění únavy jsou zatím ve stadiu výzkumu.

ZÁVĚR

Podpůrná léčba je nedílnou součástí komplexní onkologické péče. Kontrola příznaků je prvořadým cílem u nemocných s nádorovým onemocněním. Je to oblast medicíny, která žádá vysoký stupeň odbornosti a péče, čas a opakování v každé fázi vývoje onemocnění a léčby, ale i v časové neomezeném léčebném období. Důraz je kladený na etické aspekty: úctu k lidské důstojnosti a zmírňování utrpení při respektování života. Dosažená výsledná kvalita života nemocných, kterým je poskytnutá komplexní péče, je podstatně vyšší než těch, kteří tuto péči nemají.

Karl Jaspers: „Čím rozsáhlejší je vědecké poznání a možnosti, čím výkonnější přístrojová diagnostika a terapie, tím obtížněji naleznete skutečně dobrého lékaře, ba vůbec lékaře v pravém slova smyslu.“

Literatura:

1. Klastersky, J.: Supportive care in cancer patients. In: Zatloukal, P., Petrželka, L., Gregor, A.: Lung Cancer Current Topics. Scientia Medica, Praha, 1996, s.127-136.
2. Klener, P.: Protinádorová chemoterapie. Galén, Praha, 1996, s 614.
3. Mayer J., Skříčková J., Vorlíček J.: Postižení plic u imunokompromitovaných nemocných. Diferenciální diagnostika a využití bronchoalveolární laváže. IDVPZ v Brně, Brno 1995, s 511.
4. Richardson, A.: Fatigue in cancer patients: a review of the literature, European Journal of Cancer Care, vol. 4, No 1, 1995, s.20-32.

5. Ronson A.: Psychosocial Factors and Cancer Topics on Supportive Care in Oncology, Trimestrial 3/96, No 20, 1996, s. 1-6.
6. Skříčková J., Merta Z.: Respirační symptomy. V: J. Vorlíček, Z. Adam a kol.: Paliativní medicína. Grada, Praha 1998. 119-142.
7. Skříčková J., Vorlíček J.: Terapie preterminálních stavů onkologicky nemocných, část I. Dušnost. Bolest, 2, 1999, 1, 3-7.
8. Vorlíček J., Skříčková J.: Paliativní léčba onkologických nemocných. Klinická onkologie, 4, 1993, 5, 199-183.