



Názov:

**Respiračné symptómy
v paliatívnej medicíne**

Autori:

**MUDr. Helena Ivančová
MUDr. Kristína Križanová**

Špecializovaný odbor:

Paliatívna medicína

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Respiračné symptómy v paliatívnej medicíne

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0176	15. jún 2021	Schválené	1. júl 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

MUDr. Helena Ivančová, MUDr. Kristína Križanová

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: "Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

dýchavica, kašeľ, benzodiazepíny, opioidy, pleurálny výpotok, perikardiálny výpotok

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

mg	miligram
d.	deň
p.o.	perorálne
i.v.	intravenózne
s.c.	subkutánne
USG	ultrasonografia
MR	magnetická rezonancia

Paliatívna medicína je medicínsky špecializačný odbor pre lekárov na Slovensku, ktorý sa zaoberá komplexnou lekárskou starostlivosťou o pacientov s chronickými, nevyliciteľnými (ale v určitom období života kauzálne liečiteľnými) ochoreniami. Vzhľadom na komplexnosť ťažkostí pacientov s chronickým onkologickým ochorením sa integruje najčastejšie do ich starostlivosti spolu s kauzálnou protinádorovou liečbou. Paliatívna medicína sa venuje liečbe chronickej nádorovej a nenádorovej bolesti, iných somatických príznakov (ako je dýchavica a kašeľ), ako aj vplyvu chronického nádorového / nenádorového ochorenia na sociálny, psychický a duchovný život pacienta a jeho rodiny.

Paliatívna starostlivosť je komplexná zdravotná starostlivosť, ktorú vykonávajú lekári a sestry, zdravotní asistenti a sanitári, asistenti výživy, rehabilitační pracovníci, psychoterapeuti, psychiatri, sociálni pracovníci, duchovní rôznych denominácií a dobrovoľníci s cieľom zlepšiť kvalitu života pacientov a ich rodín, ktorí čelia život ohrozujúcemu ochoreniu.

Miestom výkonu paliatívnej starostlivosti je:

- ambulancia paliatívnej medicíny,
- paliatívny tím v nemocnici,
- oddelenie paliatívnej medicíny v nemocnici,
- hospic,
- mobilný paliatívny tím („mobilný hospic“).

Kompetencie

Lekár paliatívnej medicíny = paliatológ sa zaoberá symptómovou liečbou pacientov s chronickým, spravidla metastatickým onkologickým ochorením v ktorejkoľvek fáze tohto ochorenia, aj v dobe, keď sa pacient lieči kauzálnou protinádorovou liečbou, ale potrebuje aj sprievodnú symptómovú liečbu.

Paliatológ zohľadňuje vplyv chronického onkologického ochorenia na sociálne, psychologické, duchovné strádania na život pacienta a jeho rodiny.

Lekár a sestra v paliatívnej starostlivosti **sú nevyhnutnou súčasťou** tejto starostlivosti, ktorú nemožno obísť. Ošetrovateľská starostlivosť sa nezaobíde bez zdravotníckych asistentov a sanitárov.

Multidisciplinárny tím je žiadanou pomocou, ak je ho možné vytvoriť a finančne ohodnotiť a tvorí ho:

- pneumológ,
- internista,
- sociálny pracovník,
- psychiater,
- psychológ,
- psychoterapeut,
- duchovní rôznych denominácií,
- rehabilitačný pracovník,
- asistent výživy,
- koordinátor dobrovoľníkov.

Úvod

Paliatívna medicína sa zaoberá symptómovou liečbou pri chronických nevyliciteľných ochoreniach. **80 % pacientov v paliatívnej starostlivosti je onkologických** a paliatívne tímy sa vytvárajú v nemocniciach a v onkologických centrách všade vo svete. Paliatívne tímy a oddelenia paliatívnej medicíny v nemocniciach vyhľadávajú a prijímajú do svojej starostlivosti pacientov so závažnými somatickými symptómami. Ich zvládnutie je nevyhnutnou podmienkou **pre ostatné formy paliatívnej starostlivosti: psychologickú, duchovnú a sociálnu starostlivosť o blízky chorého.**

Detská paliatívna starostlivosť je definovaná vlastným diagnostickým a terapeutickým štandardom.

Geriatrická paliatívna starostlivosť je definovaná vlastným diagnostickým a terapeutickým štandardom.

Prevenca

Somatické, duchovné, duševné a sociálne utrpenie pri chronickom a napokon život ohrozujúcom ochorení závažne znižuje kvalitu života pacienta a jeho rodiny. Paliatívny prístup by mal byť súčasťou vzdelávania vo všetkých základných špecializačných odboroch, ktoré prichádzajú do styku s chronickými nevyliciteľnými ochoreniami. Pri nezvládnutí tejto problematiky je nutné konzultovať špecializované pracovisko.

Epidemiológia

Podľa rôznych štatistík (onkologickí pacienti v čase diagnózy metastatického nádorového ochorenia, onkologickí pacienti s metastatickým ochorením, pri ktorom sa vyčerpali dostupné liečebné možnosti, neonkologickí pacienti s chronickým kardiálnym, renálnym, hepatálnym alebo pľúcnym zlyhávaním, imobilní pacienti z rôznych dôvodov) je dýchavica prítomná u 10 - 70 % chorých.

U pacientov niekoľko dní pred smrťou je dýchavica pri miernej námahe u väčšiny pacientov.

Patofyziológia

Dýchavica je **subjektívny pocit** vznikajúci **z rozdielu medzi potrebou ventilácie a schopnosťou organizmu ju zabezpečiť**. Môže byť vnímaná rôzne, ako pocit nedostatku vzduchu, fyzickej námahy pri dýchaní v pokoji, nemožnosti sa zhlboka nadýchnuť.... Nevyjadruje priamo stav oxygenácie aj preto, že je závislá aj od fyzických, psychických, sociálnych faktorov.

Dýchanie je riadené z centra v predĺženej mieche na základe impulzov z centrálnych a periférnych chemoreceptorov a mechanoreceptorov. Na dýchanie majú výrazný vplyv kognitívne a emočné impulzy z CNS. Dýchavica je pocit, ktorý vzniká komplexným pôsobením všetkých týchto mechanizmov.

Klasifikácia

R06.0 dyspnoe

R05 kašeľ

R64 kachexia

C32.8 zhubný nádor hrtana presahujúci viaceré oblasti

C34.8 zhubný nádor priedušky alebo pľúc presahujúci viaceré oblasti

C38.4 zhubný nádor pohrudnice

C39.8 zhubný nádor dýchacích a vnútrohrudníkových orgánov presahujúci viaceré oblasti

J12.0 zápal pľúc zapríčinený adenovírusom

J44.8 iná obštrukčná choroba pľúc, bližšie určená

J70.8 choroba dýchacej sústavy zapríčinená inými bližšie určenými faktormi

J84.8 iná choroba interstícia pľúc bližšie určená

J91 pohrudnicový výpotok pri chorobách zatriedených inde

Klinický obraz

Pri dýchavici a kašli je vedúcim príznakom fyzický stav pacienta: pre dýchavicu a kašeľ pri námahe ho musia priviezť na vozíku do ambulancie. Doplnenie anamnézy, ktoré nás privedie ku závažnosti týchto symptómov je nutné: najhoršia, najmiernejšia dýchavica, súvis dýchavice s kašľom, vyvolanie kašľa, jeho utíšenie, ako vplýva na dýchavicu a kašeľ, spánok, jedlo, pitie, močenie a stolica. Pýtame sa, aké lieky pacient užíva a či mu pomáhajú. Pýtame sa, či je dýchavica neustále, v pokoji alebo je len pri námahe.

Fyzické vyšetrenie pacienta nám ozrejmi prítomnosť komorbidít, podozrenie na metabolickú acidózu, na centrálnu spôsobenú poruchu dýchania, zistíme prítomnosť pleurálneho výpotku, stridor, predĺžené expírrium, zhodnotíme srdcové ozvy, nález na bruchu (hepatomegália, splenomegália, ascites). Diagnostikujeme aj prítomnosť pokročilej kachexie.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Výber vyšetrovacích postupov v diagnostike u pacienta z hľadiska paliatívnej medicíny závisí vždy od celkového stavu pacienta, pomeru záťaže a prínosu pre pacienta, ale aj osobných preferencií pacienta.

Samotná **kachexia** vedie ku vzniku a/alebo zhoršeniu dýchavice pre poruchu mechanickej ventilácie.

Zhodnotíme doteraz vykonané hematologické, biochemické a zobrazovacie vyšetrenia a doplníme tie, ktoré považujeme za indikované na spresnenie príčiny. Do úvahy zoberieme všetky známe **komorbidity**, ktoré môžu viesť napríklad ku vzniku pleurálneho výpotku.

Pneumológ môže vykonať bronchoskopické vyšetrenie, pri ktorom môže zistiť **intra bronchiálne metastázy**, ktoré môžu byť príčinou kašľa.

USG vyšetrenie hrudníka nám vypovie o prítomnosti pleurálneho, niekedy aj perikardiálneho výpotku, jeho charakteristikách a vhodnom mieste na punkciu hrudníka. **Odberom pleurálneho výpotku** (dg. a/alebo terapeutickým) a jeho vyšetrením zistíme ďalšie potrebné údaje. ECHOKG vyšetrenie vylúči prítomnosť **perikardiálneho výpotku**.

Pľúcna lymfangiopatia: CT pľúc je zobrazovacie vyšetrenie vhodné na diagnostiku lymfangoitídy, zobrazuje zhusťovanie a opuch interstícia.

V paliatívnej starostlivosti sa **tromboembolická choroba vyskytuje** u 52 % pacientov. Najrýchlejšia je diagnostika pľúcnej embólie CT vyšetrením hrudníka s angiografiou.

Liečba

Nefarmakologická liečba (psychologická podpora, relaxačné techniky, nácvik dýchania).

Kyslík podávaný kyslíkovými okuliarmi do nosových dierok je žiadanou metódou úľavy od dýchavice, aj keď objektívne vyšetrenie oxygenácie nepotvrdí jeho účinnosť. Preto túto metódu používame.

Symptomatická liečba **kortikosteroidmi**. Iniciálne inhalačnými, ktoré predpisuje pneumológ, podmienkou je možnosť zhlboka sa nadýchnuť. Ináč dexamethason 4 - 12 mg/d. alebo metylprednisolon 8 - 32 mg iniciálna dávka s postupnou redukciou na udržiavaciu.

Kauzálna liečba **pleurálneho výpotku** môže zastaviť jeho tvorbu. V opačnom prípade a/alebo ak sú prítomné klinické symptómy pristupujeme **ku evakuačnej pleurálnej punkcii** na úľavu od nich. Chemickú **pleurodézu** (talok, cytostatiká, antibiotiká) indikujeme len u pacientov s dobrou fyzickou výkonnosťou.

Liečba **tromboembolickej choroby** u pacienta v paliatívnej medicíne zohľadňuje prítomnosť kontraindikácií (krvácanie z rôznych častí organizmu kvôli prerastaniu malignity do dutých orgánov), prognostikáciu s ohľadom na dĺžku dožitia.

Perikardiálny výpotok: rozhodnutie pre skleroterapiu, alebo invazívnejšie prístupy na zamedzenie opakovanej tvorby perikardiálneho výpotku závisí tiež od celkového stavu pacienta a prognózy základného ochorenia.

Kauzálnou liečbou **intra bronchiálnych metastáz** je rádioterapia, menovite brachyterapia, prípadne predtým laserové odstránenie intra bronchiálnych nádorov.

Pri dýchavici a kašli neovládateľnými vyššie uvedenými prostriedkami je možné podávať **intermitentne morfín** perorálne, subkutánne alebo intravenózne na zmiernenie dýchavice. Týka sa to aj liečby neonkologických pacientov s pľúcnym zlyhávaním v terminálnej fáze, hoci sa morfín vo všeobecnosti považuje u týchto ochorení nevhodný.

Prognóza

Prognóza dýchavice, kašľa, prítomnosti pleurálneho výpotku, perikardiálneho výpotku, pľúcnej lymfangiopatie, tromboembolickej choroby, intra bronchiálnych metastáz je zväčša nepriaznivá, vzhľadom na to, že súvisí s metastatickým ochorením, ktoré je principiálne nevyliciteľné (vyliečiť možno cca 5 % pacientov). S modernou protinádorovou liečbou došlo ku markantnému predĺženiu mediánu života pacientov s metastatickým onkologickým ochorením, najmä u pacientiek s karcinómom prsníka, u pacientov s kolorektálnym karcinómom, u niektorých pacientov s karcinómom pľúc a ovária, u pacientov s hematologickými malignitami.

Pri dobrom načasovaní invazívnych výkonov a konzervatívnej liečby dýchavice a kašľa spolu s efektívnou protinádorovou liečbou sa môže významne zlepšiť kvalita života pacienta.

Pri neonkologických pľúcnych ochoreniach so zhoršujúcou sa respiračnou insuficienciou je hlavným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti pneumológ, ktorý vie stanoviť prognózu pacienta quoad vitam.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Dýchavica a kašeľ a ich príčiny (pľúcna lymfangiopatia, tromboembolická choroba, pleurálny alebo perikardiálny výpotok) **sa neposudzujú ako samostatná nozologická jednotka** vzhľadom na to, že súvisia s metastatickým onkologickým ochorením. Posudková činnosť sa týka práceschopnosti a práceschopnosť závisí od typu práce, ktorú pacient/ka s metastatickým onkologickým ochorením vykonáva.

Pri revíznej lekárskej činnosti sa taktiež hodnotí základné chronické onkologické ochorenie, nie samostatne chronická nádorová bolesť.

Pracovná zdravotná služba sa chronickou nádorovou bolesťou nezaobera.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Štúdiom a liečbou príčin dýchavice a kašľa sa zaoberá **pneumológia**. V paliatívnej starostlivosti využívame odborné znalosti pneumológov v diagnostike a liečbe týchto príznakov.

Liečba nádorovej dýchavice a kašľa si vyžaduje upravovanie medikácie vzhľadom na ostatné lieky, ktoré pacient užíva, zohľadnenie iných komorbidít (arteriálna hypertenzia, diabetes mellitus, kardiálne, renálne alebo hepatálne zlyhávanie a iné) a zohľadnenie prítomnosti bolesti, kachexie a iných somatických ťažkostí, ku ktorým postupne môže prísť.

V starostlivosti o pacienta s dýchavicou a kašľom po vyčerpaní možností protinádorovej liečby indikujeme (so súhlasom pacienta) **intermitentné podávanie morfínu** a podľa potreby aj anxiolytík (tie však dýchavicu neodstraňujú).

Preto sa **liečbou dýchavice a kašľa** u pacientov s progredujúcim nádorovým ochorením **zaoberajú paliatológovia - špecialisti v paliatívnej medicíne** ako primárni poskytovatelia komplexnej paliatívnej starostlivosti. Paliatológovia sú konzultantami pre všeobecných lekárov, ktorí by mali mať základné vedomosti o paliatívnom prístupe, sú konzultantami pre klinických onkológov, rádioterapeutov a onko-chirurgov, ako aj iných odborníkov, ktorí majú pacientov s chronickými nevyliciteľnými ochoreniami, hlavne geriatrov, neurológov, psychiatrov, kardiológov, pneumológov a prípadne aj iných odborníkov.

Ďalšie odporúčania

Ambulancie paliatívnej medicíny a mobilné paliatívne tímy (mobilné hospice) je potrebné vytvárať **v každom okrese** na celom Slovensku.

Paliatívny tím (lekár a sestra) a/alebo posteľ pri geriatrickom, internom, onkologickom, neurologickom, pediatrickom oddelení alebo oddelenie paliatívnej medicíny v nemocniciach 2. a 3. typu budú postupne nevyhnutnosťou. Ich úlohou bude komplexná liečba a starostlivosť o symptomatických pacientov s chronickým onkologickým ochorením, o pacientov s demenciou, s chronickými neurologickými degeneratívnymi ochoreniami, ak spôsobujú neznesiteľné príznaky, o pacientov pri ukončovaní chronického intermitentného dialyzačného programu, o pacientov v chronickom vegetatívnom stave a o iných pacientov, ak to bude vyžadovať ich zdravotný stav.

Oddelenia dlhodobo chorých by sa mali potom venovať len rehabilitácii pacientov s prechodným zhoršením zdravotného stavu, ktoré im bráni plne fungovať v domácej starostlivosti.

Prechod medzi jednotlivými oddeleniami akútnej a dlhodobej starostlivosti sa musí dohodnúť medzi primármi týchto oddelení vzhľadom na to, že treba nájsť pre pacienta primeranú starostlivosť v ďalšom priebehu jeho života.

Pacienti a ich rodiny si na Slovensku musia platiť plne alebo vysoko doplácať sociálnu starostlivosť (opatrovanie a domáce práce súvisiace s pacientom).

Detská paliatívna starostlivosť je osobitná kapitola paliatívnej medicíny. Venuje sa jej samostatný diagnostický a terapeutický štandard.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Paliatívna medicína / starostlivosť je interdisciplinárny odbor. V slovenskom zdravotníctve t. č. (2020) nie je zabezpečená kontinuita zdravotnej starostlivosti, ktorá by bola prevenciou opakovaných hospitalizácií chronicky chorých pacientov a najmä chronicky chorých a starých pacientov. Návštevná služba všeobecných lekárov funguje nedostatočne, tlak na znižovanie preskripcie liekov u všeobecných lekárov vedie ku zhoršovaniu stavu chronicky chorých, nedostatok všeobecne vzdelaných a skúsených internistov v úlohe primárov interných oddelení a kliník vedie ku špecializácii najmä kliník na parciálnu problematiku a ku zhoršovaniu starostlivosti o chronicky chorých.

Nedostatok lekárov v strednom veku, nedostatok mladých lekárov a ich nedostatočné odborné vedenie vedie ku nesprávnej zdravotnej starostlivosti. Tlak na krátku dobu akútnej hospitalizácie vedie ku predčasnému prepusteniu pacienta s nedodiagnostikovanými a neliečenými ochoreniami. Bludný kruh sa uzavrie u všeobecného lekára, ktorý každého pacienta so zhoršením stavu pošle do nemocnice.

Chronicky chorí pacienti majú mať kontinuálnu starostlivosť. Špecialisti majú zmluvy so zdravotnými poisťovňami na určitý počet ošetrovaných chorých a viac ich neošetrí, preto sú čakacie doby dlhé. **Geriatra je v núdzi** pre zhoršovanie podmienok pre ambulantných špecialistov, ktorí pracujú hlavne svojou hlavou a nemajú vysoko platené inštrumentálne výkony. **Podobne je to aj s vnútorným lekárstvom. Pediater, internista a geriater sú syntetickí odborníci, ktorí sú schopní vzhľadom na svoje široké vzdelanie poskytnúť chronickú medikáciu multimorbídnych pacientov, sú schopní ich sledovať a sledovať zmeny terapie a môžu účinne odbremeniť nemocnice, ak by ich status bol primeraný ich vzdelaniu.**

Paliatívna medicína / starostlivosť podobne syntetizuje starostlivosť o pacienta a jeho blízkych, ktorí čelia chronickému, život ohrozujúcemu onkologickému ochoreniu alebo iným život ohrozujúcim ochoreniam. Je potrebný informovaný súhlas pacienta a jeho rodiny s navrhovaným liečebným postupom.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Je nutné aktualizovať štandardný postup každé tri roky. Je potrebné vytvoriť podmienky a údaje pre audit poskytovaných služieb podľa svetových odporúčaní.

Literatúra

1. Internal Medicine Issues in Palliative Cancer Care. Editors: Hui D, Bruera E. Oxford University Press 2014.
2. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 5th Edition. Editors: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK a Currow DC. Oxford University Press 2015.
3. Paliatívni medicína pro praxi. Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J. a iní. Galén 2011.
4. palliativedrugs.com

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. júla 2021.

Vladimír Lengvarký
minister zdravotníctva