

Paliativní péče

MUDr. Zuzana Grofová

Nutriční a dietologické oddělení Pardubické krajské nemocnice, a. s.

Péče o nevyléčitelně nemocné zahrnuje i správnou výživu a hydrataci. S ohledem na charakter základního onemocnění se výživa zaměřuje na prevenci komplikací z podvýživy a na zlepšení kvality života. Odlišný je přístup k výživě v paliativní a v terminální péči. Základem je umožnění perorálního příjmu. Dle stavu pacienta lze využít prakticky všechny typy umělé výživy. Ta je ale považována za léčbu a lze ji tedy také ukončit, pokud nepřináší ani úlevu ani další prospěch pacientovi. Etické přístupy se opírají o současné znalosti a základní obecné principy lékařské etiky.

Klíčová slova: paliativní péče, perorální nutriční doplňky, enterální výživa, PEG, terminální péče, etika umělé výživy.

Palliative care

Incurably ill patients are provided palliative care including a proper hydration and nutrition. A nutritional support is focused on a prevention of undernutrition based complications and leads to maintaining of a quality of life. Nutritional support differs in a palliative and a terminal care. A peroral food is stressed as a basic approach. All kinds of a nutritional support can be used including artificial nutrition which is however considered to be a treatment that can be ceased if it brings no more benefits to patients. Ethical aspects in palliative care are based on common ethic principles and on a current level of knowledge.

Key words: palliative care, oral nutritional supplements, enteral feeding, PEG, terminal care, ethics of an artificial nutrition.

Med. Pro Praxi 2009; 6(5): 276–278

Paliativní péče se věnuje pacientům nevyléčitelně nemocným. Obvyklá je představa pacienta s pokročilým nádorovým onemocněním, ale patří sem i pacienti s jinými chorobami včetně některých dědičných chorob (Huntingtonova chorea). Mezi nejčastější neonkologická onemocnění v paliativní péči patří chronické srdeční selhání, chronická obstrukční choroba plicní, neurodegenerativní nemoci (dementia, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza), chronické renální selhání, jaterní cirhóza, pacienti v perzistentním vegetativním stavu, vigilním kómatu, terminální stadia AIDS, rozvinutý imobilizační syndrom s komplikacemi (často po CMP s těžkým reziduálním funkčním poškozením), polymorbidní geriatrickí pacienti.

Jedná se o stavy, které nejsou zásadně řešitelné. Péče mnohdy trvá delší dobu a vždy je nutno počítat s konečným řešením. Člověk zůstává lidskou bytostí až do svého konce a mělo by být samozřejmostí zajistit mu základní potřeby a důstojnost. Tedy správnou hydrataci, adekvátní výživu, tlumení bolestí, udržování v čistotě, péče o vyprazdňování, pohodlí fyzické i duševní. Terapie, kterou můžeme použít, je symptomatická. Vede pouze ke zmírnění projevů základního onemocnění a udržuje akceptovatelnou kvalitu života. Ošetřovatelství se soustředí na uspokojování potřeb pacientů, jistě již nezapomíná na komplexní přístup a skutečně se stará i o psychickou pohodu, pomoc při odstranění stresu, zprostředkování dobrého kontaktu s rodinou.

Jeden z pilířů péče o nevyléčitelně nemocné tvoří hydratace a výživa. Je ale nutno **důsledně odlišovat nutriční podporu v paliativní a terminální péči.**

Snížená až vymizelá chuť k jídlu (anorexie) je frekventní symptom provázející pokročilá onemocnění nezávisle na jejich etiologii. Velmi často se vyskytuje u onkologických pacientů, a to někdy mnohem dříve než v pokročilém stadiu. Podílí se zde i radioterapie nebo chemoterapie svými vedlejšími účinky. Mezi příčiny, které k anorexii vedou, lze zařadit také poruchy percepce chuti a čichu, chronický pocit na zvracení, vyprazdňovací obtíže, vedlejší účinky léků, psychické příčiny (dementia, zmatenost, deprese, úzkostné stavy). U hospitalizovaných nebo institucionalizovaných osob přichází v úvahu i strava připravená odlišně od pacientových zvyklostí nebo jinak nevhodná. Roli hraje prostředí, kde se jídlo konzumuje.

Hydratace je absolutně nutná ve všech fázích choroby. Člověk nemá zemřít žízní, nesmí trpět žízní. Pocit žízně je třeba důsledně tlumit. Dehydratace znásobuje nepříznivé pocity nemocných, vede k neklidu, patří ke stejně tíživým jevům jako bolest nebo dušení.

Výživa je také důležitá. Neřeší základní onemocnění, ale přispívá ke zlepšení kvality života. Vědomí, že se lze nějakým způsobem uživit, posiluje. Naopak člověk velmi strádá, když nemůže jíst. Nevyléčitelně nemocní jsou vlastně v chronickém stavu, který je vždy spojen s poruchou výživy. Hubnutí mohlo být prvním příznakem závažné

choroby nebo člověk prošel náročnou terapií – operace, ozařování, chemoterapie – popřípadě spojenou i s fází stresového hladovění. Při oslabení vlastní nemoci a její terapií se mohla přidružit i sepsa. Pacient obvykle trpí též dalšími nemocemi (např. diabetem mellitem). Někdy není schopen pohybu a často není schopen ani sebepéče. Všechny jmenované akutní i chronické příčiny vedou ke ztrátě aktivní svalové hmoty, ke ztrátě tukové tkáně a následně k podvýživě.

V paliativní péči je léčba podvýživy nebo oddálení jejího vzniku cenné, neboť snižuje výskyt komplikací, zlepšuje odpověď na léčbu a kvalitu života nemocných. Je třeba mít na paměti základní jednoduché zásady, které se odvíjejí od známé pravdy, že je lepší (i levnější) podvýživě a komplikacím předcházet, než je nechat rozvinout a následně řešit. Proto u křehkých geriatrických pacientů nečekáme několik dní se zahájením nutriční podpory a u onkologických pacientů nečekáme na váhový úbytek, nechutenství a nízkou hladinu albuminu. V paliativní péči přicházejí v úvahu všechny typy nutriční podpory.

Komplexní péče musí nejprve odpovědět na otázku jak budeme pacienta žít a zda vůbec jej budeme žít. Toto rozhodnutí je závažné, závisí na celkovém stavu a na faktu, zda se jedná ještě o péči paliativní nebo již terminální. Jasně cíle léčby je nutno prohodit s pacientem i s rodinou, a to opakovaně.

V dnešní době je stále více pacientů, kteří jsou léčeni paliativně, v domácím prostředí.

Péče o výživu je tak v rukou praktického lékaře, který může pacientovi nebo rodině doporučit kupování nutričních doplňků i přípravků pro enterální výživu. Konkrétně je možno doporučit popíjení perorálních nutričních doplňků základní řady např. Nutridrink, Resource, Fresubin v dávce 1–2 balení denně. K podávání do sondy nebo PEGu lze také doporučit k úplné enterální výživě základní standardní přípravky (např. Nutrison, Fresubin, Novasource v dávce 2000 ml denně (pro obojí viz přehled přípravků v čísle 3/2009).

Toto opatření je vhodné pro okamžité řešení situace. Pro dlouhodobější léčbu je dobré využít možnosti částečné nebo plné úhrady pojišťovnou prostřednictvím nutričních ambulančí, jak je popsáno níže.

Základem výživy v paliativní péči je vytvořit podmínky pro dobrý perorální příjem. Jsou pacienti, kteří, přestože jsou nevléčitelně nemocní, mohou jíst a jejich zažívací trakt funguje dobře. Hodnotíme, zda je perorální příjem možný nebo ne a dále, zda je dostatečný nebo nedostatečný.

Pak se rozhodujeme podle jednoduchého logického algoritmu, který lze použít kdekoli včetně domácího prostředí. Nemůže-li pacient jíst, pomůže jednoduchá otázka: Lze nebo nelze využít zažívací trakt?

Zahajujeme cestou **perorálního příjmu** fortifikovaného (modulová dietetika) nebo doplněného perorálními nutričními doplňky (viz přehled přípravků v čísle 3/2009).

Při nemožnosti jíst, ale možném využití zažívacího traktu, volíme některou formu výživy **enterální**.

Při současné jiné léčbě je na místě případně i výživa **parenterální** doplňková nebo úplná.

Je přínosné a vhodné spolupracovat s lékaři a nutričními terapeuty v nutričních ambulancích.

Enterální výživa

Při závažných poruchách polykání (poruchy fáze faryngeální i ezofageální) je třeba enterální výživu indikovat včas buď sondou nebo cestou zavedené perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) či chirurgicky zajištěné gastrostomie při příliš těsných stenózách neprostupných pro endoskop. Rozhodování mezi sondou a stomií závisí na předpokládané délce výživy. Stomie volíme v případě podávání nad 3 týdny.

Pacient se sondou nebo PEGem nevyžadující další léčbu za hospitalizace může být živěn v domácím prostředí. Do sondy a PEGu pojišťovna hradí základní přípravky enterální výživy. Jejich

předpis je ale vázán na lékaře s funkční licencí v oboru umělá výživa a intenzivní metabolická péče, kteří pracují v nutričních ambulancích. Pacienta, který je ve stabilizovaném stavu, lze vybavit enterálními přípravky až na 3 měsíce, limit pro preskripci je 300 Kč na den. Pacienty nutričních ambulančí jsou velmi často obyvatelé domovů pro seniory, pacienti s nádory v ORL oblasti, pacienti s jinými typy nádorů, pacienti s neurologickým postižením polykání. Standardní přípravky jsou obvykle bez doplatku pro pacienta, na přípravky speciální se již doplatky vztahují. Úhrada pojišťovny je 155 Kč/1 l výživy.

Pacienta se zavedenou jejunostomií lze zajistit také doma obdobným způsobem, navíc se obvykle zapůjčuje enterální pumpa a je nutno též obstarat sety pro kontinuální podávání výživy do střeva.

Perorální nutriční doplňky

Předepisování perorálních nutričních doplňků se zásadně neliší, limit pro preskripci je 60 Kč, úhrada stejná (0,155 Kč/1 ml). Kritéria pro předpis jsou ale poměrně přísná. Jedná se zejména o postižení tenkého střeva malabsorpce nebo odstranění tenkého střeva, pacienti s nízkým BMI a pacienti akutně nepřijímající per os. Je vyžadována dokumentace příjmu stravy a sledování efektu intervence v měsíčních intervalech.

Nutriční ambulance se starají o pacienty s doplňkovou nebo úplnou enterální výživou a pacienty živěné perorálně.

Nutriční centra jsou schopna zajistit pacienta i domácí výživou parenterální. Často je vhodná spolupráce s agenturami domácí péče. Hrazení domácí parenterální výživy je v současné době vázáno pouze na nutriční centra. Seznam nutričních ambulančí a nutričních center lze nalézt

na stránkách Společnosti klinické výživy a intenzivní metabolické péče www.skvimp.cz.

Indikace k domácí výživě závisí na celkovém stavu pacienta.

Terminální stavy jakékoli etiologie nevyžadují plnou umělou výživu. Dobrá hydratace obvykle tlumí nepříjemné pocity strádání a způsobem podání může být i podkožní infuze.

Dalším specifickým je konsenzus odborníků o bazální terapii u nevléčitelně nemocného. V evropských poměrech do bazální terapie spadá umožnění perorálního příjmu. Umělá výživa enterální nebo parenterální je považována za terapii. To je významné proto, že jako léčba může být umělá výživa indikována nebo též odejmuta.

Umělou výživu tedy nevyžaduje pacient, u něhož nedokáže výživa omezit komplikace, zmírnit dopady základního onemocnění a pacientovy nepříjemné pocity; dále ji nepotřebuje pacient umírající.

Výživa v paliativní péči nevede k uzdravení stejně jako ostatní terapie. Jedná se o nevléčitelně nemocné. Ale i tito lidé mívají před sebou ještě určitou životní etapu, kterou by měli prožít v rámci možností důstojně jako lidské bytosti.

Etický pohled na umělou výživu

Základní principy a postoje založené na pohledu evropských odborníků. Podrobně rozpracováno v ESPEN Guidelines 2006 (Doporučené postupy Evropské společnosti klinické výživy, www.espen.org – anglicky, www.skvimp.cz – česky).

Pacienta, který nemůže jíst a neužívá se sám, je neetické neživít. Pacienta, kterého léčíme jinými postupy, například dialýzou, umělou plicní ventilací, paliativní chemoterapií, antibiotiky či trasfuzemi, žít musíme.

U pacienta, u něhož jsou již možnosti kurativní léčby vyčerpány, často v umělé výživě pokračujeme, neboť se jedná o postup, který přináší úlevu.

O ukončení nebo nezahajování nutriční podpory by měl rozhodnout konsenzus od-

borníků. Přesto je však dobré vědět, z jakých principů vycházíme.

Lékařská etika je založena na čtyřech základních principech:

1. Prospěch pacienta (beneficence)
2. Nepoškodit pacienta (non-maleficence)
3. Autonomie – právo pacienta na sebeurčení
4. Právo – stejný přístup pro všechny

Kompetentní pacient má právo se podílet na procesu rozhodování o své léčbě. U pacientů, kteří nejsou schopni pochopit nebo rozhodnout, je toto ošetřeno zákonem pověřujícím zákonného zástupce. Vždy je třeba pečlivě zvážit prospěch pacienta a to, zda vedlejší účinky jsou skutečně vyváženy prospěšností. Jedná se zejména o kvalitu života, například v situaci, kdy enterální sondová výživa neprodlouží život, ale kvalita zbývajících života se tím velmi zvýší.

Lékař není oprávněn život ukončit, nemá však ani právo prodloužovat pacientovo utrpení a proces umírání. V případě pochybností je možno požádat o pomoc místní etickou komisi. (V naší zemi se toho ale zatím příliš nevyužívá.)

Jak může pacient vyjádřit svou vůli? Písemnou závětí, pověřením člena rodiny, přítele nebo právníka. V některých případech rozhoduje i soud. Za děti rozhodují rodiče, pokud jim toto právo nebylo soudně odebráno.

U těžkých psychiatrických chorob (mentální anorexie, těžká deprese), kde je podvýchána život ohrožující a kde je stav dokumentován vyjádřením psychiatra, je lékař oprávněn výživu podat. Podobně tomu je u postižení mozku, kdy pacient není dočasně schopen stav pochopit nebo vyjádřit svá přání.

V případě nejisté prognózy nebo pochybností o prospěšnosti umělé výživy je doporučeno postup vyzkoušet. Jako příklad může být uveden pacient s akutní cévní mozkovou příhodou a poruchou polykání, u něhož může být prognóza v prvních týdnech nejistá. Nutriční podpora však zabrání malnutrici a usnadní zotavení těm, u nichž se stav upraví.

Na rozdíl od toho pacienti s terminálním poškozením mozku (nádory, Alzheimerova choroba apod.) mohou být vystaveni většímu riziku například při výživě sondou, než by byl očekávaný benefit, takže etická rovnováha se může vychýlit k rozhodnutí neživít.

Přínejmenším svízelná je situace u některých speciálních stavů.

Příkladem může být **perzistující vegetativní stav** (apalický syndrom). Právně je toto ošetřeno v USA a Velké Británii, kde soud neuznává ukončení léčby během 12 měsíců, dokud se neozřejmí, že pacient ztratil všechny rysy osobnosti, přestože mozkový kmen ještě funguje. Soud může pak vydat lékařům svolení k ukončení léčby.

Dalším příkladem je pacient s **demencí**. V časných stádiích nemoci má být zabezpečen přístup ke stravě či perorálním doplňkům. U interkurentních reverzibilních chorob má být postupováno jako u pacientů bez demence. V pozdních stádiích nemoci je třeba zvážit, zda například sondová výživa nepřinese více komplikací, vzhledem k tomu, že je prokázáno, že život neprodlužuje.

Terminální stavy maligních chorob: na prvním místě je komfort a úleva nepříjemných symptomů nemoci.

Umírající pacient: základní je zachování důstojnosti a úleva symptomů. Prodloužování utrpení se považuje za neetické.

Lékař a pečující tým mají vždy jednat v nejlepším zájmu pacienta. Tato stránka péče není nikdy jednoduchá a zcela jednoznačné návody asi nebudou nikdy k dispozici. Citlivý individuální přístup a značné zkušenosti pomohou spolu s věděním v rozhodování pomoci.

MUDr. Zuzana Grofová

Nutriční a dietologické oddělení
Pardubické krajské nemocnice, a. s.
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
zuzana.grofova@upce.cz

