

# Indikace paliativní hospicové péče po cévní mozkové příhodě

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc., Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, Zlín

Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc

Životní prognóza mnohých nemocných postižených cévní mozkovou příhodou je srovnatelná s životními perspektivami pacientů trpícími pokročilými stadii onkologických chorob. Přítomnost vážného klinického stavu může být důvodem k indikaci paliativní hospicové péče, jejímž cílem je zajistit nemocnému důstojné podmínky v posledním období života.

**Klíčová slova:** paliativní péče, cévní mozková příhoda, hospic.

## Indication of the palliative hospice care for stroke survivors

Life prognosis of some stroke patients is quite similar as in advanced cancer patients. Dismal clinical status and life limiting terminal prognosis can be indication for palliative hospice care. Palliative therapeutic approach enables spend last period of life peacefully and with dignity.

**Key words:** palliative care, stroke, hospice.

Neurol. praxi 2015; 16(3): 149–151

## Obecné indikace k paliativní hospicové péči

V zařízeních poskytujících paliativní hospicovou péči jsou vynakládány veškeré dostupné prostředky ke zmírnění tělesného, psychického, sociálního a spirituálního utrpení těžce nemocných a umírajících. Každý člověk je pokládán za jedinečné a neopakovatelné individuum, které v závěrečném životním období zasluhuje ohleduplné a citlivé jednání, jehož cílem je zachovat lidskou důstojnost a respektovat jeho hodnotové priority. Paliativní péče nabízí podporu také příbuzným a přátelům těžce nemocných a umírajících a vytváří podmínky k udržování a rozvíjení jejich vzájemných kontaktů a vztahů. Tato péče je založena na interdisciplinární spolupráci lékařů a ostatních zdravotníků, psychologů, sociálních pracovníků, zdravotně sociálních pracovníků, pastoračních asistentů a duchovních, kteří vytvářejí multidisciplinární týmy. Lůžkové hospice jsou laicky i zdravotnickou veřejností obecně vnímány jako zařízení sloužící k dožití onkologických pacientů v posledním stadiu choroby, což není zcela správné a důsledkem je vyloučení širokého spektra neonkologických nemocných, kteří by z paliativní hospicové péče mohli profitovat. Tato skutečnost se dotýká také celé řady pacientů se závažnými neurologickými chorobami. Této problematice byla již v našem písemnictví určitá pozornost věnována (Hromada, 2010/a; Ridzoň et al., 2011; Kala, 2013). Problematika paliativního léčení nemocných s cévní mozkovou příhodou je však zmiňována pouze sporadicky (Hromada, 2010/b). Naše

nejrozšířenější a v jiných ohledech komplexně pojatá učebnice paliativní medicíny se tomuto tématu nevěnuje vůbec (Sláma et al., 2007).

## Indikace paliativní hospicové péče u nemocných po iktu

Je obecně známou skutečností, že mortalita do 30 dnů po iktu dosahuje 20 %, do půl roku 30 %, pět let přežívá asi 50 % nemocných (Topinková, 2005; Stevens et al., 2007; Mead et al., 2013). Tyto informace se vztahují k mozkovým příhodám bez ohledu na jejich původ (ischemie x hemoragie). Je-li separátně vyhodnocována prognóza po spontánním intracerebrálním krvácení, vycházejí výsledky ještě nepříznivější. Období jednoho roku po krvácivé mozkové příhodě přežívá méně než polovina nemocných a pětileté období méně než třetina (Poon et al., 2013).

Metody predikující prognózu po iktu zatím nesplňují potřebnou spolehlivost, což je pravděpodobně příčinou, proč v rozhodování o indikaci paliativní léčby nejsou dosud využívány (Counsell et al., 2002; Teale et al., 2013). Z tohoto důvodu je nezbytné vést paliativní léčebný postup na vysoce odborné úrovni a v případě stabilizace stavu nemocného konvertovat paliativní péči v péči akutní či intenzivní. Rovněž je hledán optimální model péče se snahou integrovat paliativní přístup do akutní poiktové péče (Burton et al., 2012).

K zahájení paliativní hospicové péče v časném období po iktu je nutno přistupovat s rozvahou zejména u nemocných, na jejichž zdravotním zhoršení se podílí dehydratace, hypotenze,

terapeuticky zvládnutelná kardiální dekompenzace, dekompenzace diabetu a zánětlivé komplikace respirační či močové. V uvedených případech by mělo být rozhodnutí o indikaci paliativní péče vysloveno až po zvládnutí výše uvedených stavů. Správná indikace není vždy snadná, protože klinický průběh po iktu se odlišuje od standardního průběhu očekávaného, například u amyotrofické laterální sklerózy, karcinomu plic či chronického srdečního selhání, kde lze předpokládat kontinuální progresi choroby vedoucí ke smrti (Creutzfeldt et al., 2012). Včasné indikování paliativní hospicové péče u nemocných po iktu je tedy založeno na kvalifikovaném odhadu ošetřujících lékařů, kdy bývá předpokládána špatná prognóza.

Vezmeme-li v úvahu skutečnost, že asi třetina nemocných po proděláním cévní mozkové příhody umírá do šesti měsíců, pak právě pro tuto skupinu nemocných by paliativní léčba byla optimální volbou. Klíčovým problémem však nadále zůstává nedostatečně přesná predikce prognózy individuálního pacienta.

U nemocných po iktu, kteří byli indikováni k paliativní terapii, je převažujícím symptomem dyspnoe, bolest a narušená schopnost komunikace v důsledku fatické poruchy anebo v souvislosti s poruchou vědomí (Mazzocato et al., 2010).

Při delší době přežívání se dostává do popředí poiktová centrální bolest (central post-stroke pain), syndrom bolestivého ramene po CMP (hemiplegic shoulder pain), spasticita, snadná unavitelnost, inkontinence, epiparoxysmy, depresivní a úzkostné stavy a sociální a duchovní

problémy, které mohou vyústit do psychosociální krize (Creutzfeldt, 2012).

Důležitá je komunikace zdravotníků s rodinou nemocného, kdy nejčastějšími tématy zasluhujícími vysvětlení je výživa a hydratace a obhájení paliativního přístupu k nemocnému vůbec. Vhodná komunikace s rodinou a možnost jejího spolurozhodování je zárukou vysoké spokojenosti rodin s tímto léčebným postupem (Blacquiére et al., 2013).

U nemocných v těžkém klinickém stavu lze paliativní péči zahájit velmi časně. Blacquiére a spol. uvádí dobu zahájení paliativní péče v období 3,6 (medián) dne od přijetí na jednotku (Blacquiére et al., 2009). Hlavní faktory, které mají významnou roli v časném zahájení paliativní péče jsou vyšší věk, dysfagie, vysoké skóre NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), fatické poruchy a závažné komorbidity (Mazzocato et al., 2010; Luis et al., 2013).

Zahájení paliativní analgosedace a záměrný ústup od invazivních výkonů, jako je řízená ventilace a provedení tracheostomie, nutně vedou k etickým úvahám o morální přípustnosti tohoto postupu. Avšak paliativní hospicová péče není absolutní rezignací na diagnostické a léčebné výkony, ale je aktivně vedeným procesem s cílem co nejúčinněji potlačit veškeré nežádoucí a stresující symptomy choroby a poskytnout podporu po stránce biologické, psychologické, sociální a spirituální. Tato péče bývá často chápána jako péče poskytovaná v terminální fázi onemocnění (end of life care), ale správné pojetí paliativní léčby je ve skutečnosti širší a zahrnuje i předchozí snahy o udržení funkcí a pokračování života v co nejvyšší možné kvalitě (Hromada, 2010/a). Paliativní péče by měla být vnímána jako důležitý doplněk, který se podílí na optimalizaci důležitých rozhodnutí týkajících se nejen umělé výživy, umělé plicní ventilace, provedení tracheostomie, ale také indikací případných neurochirurgických operačních výkonů (Holloway et al., 2010).

Aplikace metod paliativní hospicové péče u nemocných po iktu přinese benefit nemocným i jejich rodinám a zamezí neracionálnímu nadužívání diagnostických a terapeutických metod. V prostředí lůžkového hospice je kladen důraz na respektování přání a potřeb jednotlivců způsobem, který překračuje limity běžné pro standardní zdravotnická zařízení. Například u diabetiků po prodělané CMP se špatnou životní prognózou je zvažováno, zda bude skutečně nutné trvat na přísných dietních opatřeních s cílem dosáhnout optimální kompenzace diabetu anebo zda lze nemocnému dopřát limitovaně

uvolnění stravovacího režimu, protože prevence případných pozdních komplikací při špatné životní prognóze přestala být terapeutickým cílem. Rovněž celoživotním kuřákům, kterým jejich zlovyk přináší potěšení, lze za určitých podmínek udělat ústupek. Podobně lze nahlížet i na osoby se závislostí na alkoholu (Kala, 2012).

### Legislativní a etické souvislosti

Odstoupení od neúčinné léčby, která by nemocnému nepřinesla žádný prospěch a zatížila jej nejen fyzicky, ale i psychicky je plně v souladu s Etickým kodexem České lékařské komory: *Lékař u nevyléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelně a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanázie a asistované suicidium nejsou přípustné.*

Významným dokumentem je také Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Z uvedeného dokumentu lze citovat: *Nezahájení nebo nepokračování márné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stadiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky. Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících.*

Při závažných rozhodnutích nacházejí lékaři významnou oporu právě v uvedené Chartě práv umírajících, která zcela jasně formuluje postoj, kdy nevyléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, mají dostat přiměřenou paliativní péči včetně tišení bolesti i za cenu možného nežádoucího účinku, kterým může být nezamýšlené zkrácení života.

Paliativní hospicová péče je významným nositelem humanizace poskytované zdravotní a sociální péče. Takto by měla být ve společnosti chápána, nadále rozvíjena a všestranně podporována. Rozhodnutí o zahájení paliativního léčebného postupu může být někdy pokládáno za příliš předčasné a poráženecké. Alibistické indikování dalších diagnostických a terapeutických postupů u terminálních nemocných

nebývá v prostředí našeho zdravotnictví výjimkou. Odstoupení od intenzivní léčby a indikování paliativní péče je však v těchto případech plně na místě a nemá nic společného s eutanazií.

### Závěr

Životní prognóza vysokého procenta nemocných po překonané cévní mozkové příhodě je srovnatelná či dokonce horší, než je tomu u nemocných s onkologickými chorobami. Za daných okolností se paliativní léčebný postup v zařízení paliativní hospicové péče jeví jako optimální volba. U zcela infaustní prognózy lze komplexní paliativní hospicovou péčí zajistit eticky a důstojný odchod ze života. Jedná se o zcela legální postup, který nelze ztotožňovat s eutanazií.

### Literatura

1. Blacquiére D, Bhimji K, Meggison H, Sinclair J, Sharma M. Satisfaction with palliative care after stroke: a prospective cohort study. *Stroke* 2013; 44(9): 2617–2619.
2. Blacquiére DP, Gubitz GJ, Dupere D, McLeod D, Phillips S. Evaluating an organized palliative care approach in patients with severe stroke. *Can J Neurol Sci* 2009; 36(6): 731–734.
3. Burton CR, Payne S. Integrating palliative care within acute stroke services: developing a programme theory of patient and family needs, preferences and staff perspectives. *BMC Palliat Care* 2012; 11:22, doi: 10.1186/1472-684X-11-22. Dostupné na <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/11/22>.
4. Counsell C, Dennis M, McDowall M, Warlow C. Predicting outcome after acute and subacute stroke: Development and validation of new prognostic models. *Stroke* 2002; 33: 1041–1047.
5. Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Walker M. Symptomatic and palliative care for stroke survivors. *J Gen Intern Med* 2012; 27(7): 853–860.
6. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. [www.lkr.cz/doporuzeni-predstavenstev-clk-227.html](http://www.lkr.cz/doporuzeni-predstavenstev-clk-227.html).
7. Holloway RG, Ladwig S, Robb J, Kelly A, Nielsen E, Quill TE. Palliative care consultations in hospitalized stroke patients. *J Palliat Med* 2010; 13(4): 407–412.
8. Hromada J. Paliativní léčba nemocných s cévní mozkovou příhodou. *Neurol. praxi* 2010; 11(1): 12–13.
9. Hromada J. Paliativní léčba a péče u nemocných s neurologickými chorobami. *Neurol. praxi* 2010; 11(1): 7.
10. Charta práv umírajících. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“. <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>.
11. Kala M. Možnosti individuálního přístupu k nemocným v zařízení paliativní hospicové péče. *Interní Med* 2012; 14(12): 484–485.
12. Kala M. Neurologické diagnózy v diferencované hospicové péči – dvě kauzistiky. *Cesk Slov Neurol N* 2013; 76/109(6): 756–758.
13. Luis COVS, Staff I, Fortunato GJ, McCullough LD. Dysphagia as a predictor of outcome and transition to palliative care among middle cerebral artery ischemic stroke patients. *BMC Palliat Care* 2013; 12:21, doi: 10.1186/1472-684X-12-21. Dostupné na <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/12/21>.
14. Mazzocato C, Michel-Nemitz J, Anwar D, Michel P. The last days of dying stroke patients referred to a palliative care consult team in an acute hospital. *Eur J Neurol* 2010; 17(1): 73–77.
15. Mead GE, Cowey E, Murray SA. Life after stroke – is palliative care relevant? A better understanding of illness trajec-

tories after stroke may help clinicians identify patients for a palliative approach to care. *Int J Stroke* 2013; 8(6): 447–448.

**16.** Poon MT, Fonville AF, Al-Shahi Salman R. Long-term prognosis after intracerebral haemorrhage: systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2013; 21, doi: 10.1136/jnnp-2013-306476. Dostupné na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24262916>.

**17.** Ridzoň P, Mazanec R. Paliativní péče u terminálních stavů chorob motorického neuronu (amyotrofické laterální sklerózy, progresivní bulbární paralýzy a progresivní svalové atrofie). *Paliat med liec boles* 2011; 4(1): 8–10.

**18.** Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J et al. Paliativní medicína pro praxi. 1. vydání, Praha: Galén, 2007.

**19.** Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory, Etický kodex České lékařské komory. [www.lkr.cz/doc/cms\\_library/10\\_sp\\_c\\_10\\_eticky\\_kodex-100217.pdf](http://www.lkr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf).

**20.** Stevens T, Payne SA. Palliative care in stroke: a critical review of the literature. *Palliat Med* 2007; 21: 323–331.

**21.** Teale E, Young J, Dennis M, Sheldon T. Predicting patient-reported stroke outcomes: a validation of the six simple variable prognostic model. *Cerebrovasc Dis Extra* 2013; 3(1): 97–102.

**22.** Topinková E. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005.

Článek doručen redakci: 24. 1. 2014

Článek přijat k publikaci: 26. 2. 2014

**doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.**

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Mostní 5139, 760 10 Zlín  
[drkala@centrum.cz](mailto:drkala@centrum.cz)

