

Paliativní léčba nemocných s cévní mozkovou příhodou

MUDr. Jan Hromada

Hospic sv. Lukáše, Ostrava-Výškovice

V posledních letech dochází k pozoruhodným pokrokům v léčbě akutních cévních mozkových příhod. U pacientů, kteří přežijí akutní fázi iktu, často přetrvávají výrazná omezení motorických a kognitivních funkcí a komunikační problémy. Tento článek se zabývá základními otázkami paliativní léčby pacientů po CMP.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, význam včasné paliativní léčby.

Palliative treatment in stroke

Recent years have seen considerable advances in acute stroke treatment. Patients who survive the acute phase following stroke often retain severe limitations of motor and cognitive functions and communicative problems. This article describes basic questions of palliative care and treatment for stroke patients.

Key words: stroke, significance of timely palliative treatment.

Neurol. pro praxi 2010; 11(1): 11–12

Seznam zkratk

CMP – cévní mozková příhoda

Základní informace

Cévní mozkové příhody jsou po onemocnění srdce 2. nejčastější příčinou úmrtí, tj. asi 11 % všech úmrtí (Rogers a Addington-Hall, 2005). 1/3 nemocných po první příhodě zůstává bez následků (avšak s vysokým rizikem dalších příhod); 1/3 zůstává invalidních, 1/3 po první CMP zemře, z toho asi 2/3, tj. 20 % všech akutních CMP do 28 dní (Stevens a Payne, 2007).

Ročně je iktem v České republice postiženo kolem 40 000 osob (Bauer, 2001). Z tohoto počtu asi 1/2 je léčena na neurologickém pracovišti. Okamžitou pomoc na iktové jednotce má 10–15 % pacientů. Časným umístěním nemocného na iktové jednotce lze podchytit řadu komplikací, které akutní CMP provázejí; snižuje se tak o 30 % úmrtnost a o 30 % invalidita. Mezi akutními CMP je 20 % mozkových krvácení a 80 % ischemických mozkových příhod. Pacientů s CMP přibývá každoročně o 1,5 % a postihuje stále mladší věkové kategorie (riziko významně stoupá již po 50. roce života).

Jedna iktová jednotka by měla být na 200 000 až 300 000 obyvatel. Ideální doba od ohlášení CMP do přijetí na iktovou jednotku by měla být 45–60 minut. Doporučení terapie akutní fáze a sekundární prevence ischemického iktu a tranzitorní ischemické ataky uvádějí průběžně doplňovaná doporučení European Stroke Organisation (Herzig, 2009). I při výrazném zlepšení léčby ischemických

CMP se v České republice provádí v současné době asi pouze 1/10 možných indikovaných trombolýz.

Nutná východiska pro poskytování paliativní péče u nemocných s CMP

Většina nemocných a jejich rodin je akutností příhody zaskočena a není dostatečně informována o možnostech léčby a prognóze (Stevens a Payne, 2007). K léčebným rozhodnutím potřebují vysvětlení, často psychickou podporu. Ze strany zdravotníků se často setkávají s nejistotou. Jako lékaři si teprve zvykáme, že určitá léčebná rozhodnutí vyvolávají i celý komplex etických dilemat. Prevence a léčba komplikací a následků akutních CMP tvoří většinou jen strohý výčet s tím, že nejsou k dispozici dostatečné údaje k doporučení specifického léčebného postupu. Jedná se o závažný heterogenní stav, jehož nejistou prognózu (Herzig, 2009; Stevens a Payne, 2007) významně zvyšují věk, komorbidita (Stevens a Payne, 2007), potřeba dlouhodobé ošetrovatelské péče.

Až 80 % nemocných po CMP má nějaké potíže v komunikaci a kontaktu s okolím (Wormland et al., 2008). Až 50 % nemocných má poruchy spánku (ospalost během dne, noční nespavost a neklid), špatnou náladu, úzkost, deprese, mají pocit osamění, jsou dezorientovaní. Pro nemocného i pečující osoby mohou být frustrující dechové poruchy ve spánku – obstrukční spánkové apnoe mnohokrát během noci, dušnost. Náročnou dlouhodobou ošetrovatelskou péčí zvyšuje

péče o stolici (inkontinence s řídkou stolicí i zácpou) a močení (inkontinence i retence). Již v časném období po akutní CMP je indikována odpovídající symptomatická léčba. Nemocní udávají bolesti, pro které je někdy obtížné vysvětlení příčiny: centrální neuropatické bolesti – trvalé nebo intermitentní (Opavský, 2007). Bolestivé hemiparetické rameno komplikuje průběh rehabilitace až u 80 % nemocných po CMP, nejméně u každého desátého významně znehodnocuje výsledek funkční obnovy (Krobot, 2005). Zvláště u ležících nemocných s rozsáhlejším mozkovým postižením dochází k rychlému vývoji spasticky a imobilizačního syndromu. Velké nároky přináší i výživa nemocných, zvláště při poruchách polykání – zavedení nazogastrické sondy může být velmi časně – již 48 hod. po iktu, zatímco zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie vyžaduje zcela individuální rozhodování (Herzig, 2009). Po CMP je možný výskyt epileptických záchvatů, zvláště u starších osob; větší riziko opakování epileptických záchvatů (často atypických) je při opožděném nástupu (do 5 let po CMP se může dostavit epileptický záchvat u 11,5 % nemocných; jsou však uváděny číselné údaje často velmi odlišné) (Myint, Staufenberg a Sabanathan, 2006). Jako optimální léčba prvních záchvatů po CMP se jeví nízké dávky lamotriginu nebo gabapentinu (Ryvlin, Montavont a Nighoghossian, 2006). Je zajímavé, že na rozdíl od nemocných s nádory má jen málo nemocných po CMP nějaké duchovní potřeby, neptají se většinou na nic

o umírání nebo smrti. V kontaktu s rodinou vyžadují často více služeb, než jim rodina může poskytnout.

Stupeň postižení po cévní mozkové příhodě je velmi variabilní, ne všichni nemocní potřebují paliativní péči. Přesto je cílem péče o nemocné s CMP dosažení co nejlepší kvality života.

Relativně málo pozornosti je věnováno potřebám nemocných, kteří v akutní fázi CMP umírají. Většina nemocných v posledních dnech života není schopna dobře komunikovat (fatické poruchy, poruchy vědomí). Jde především o náročnou ošetrovatelskou péči a zajišťování výživy a hydratace. Nejčastějšími příznaky posledních dní života jsou dušnost a bolest, které je nutno symptomaticky léčit (Mazzocato, 2010).

Literatura

1. Bauer J. Úvod k hlavnímu tématu: Terapie a prevence cévních mozkových příhod. *Neurol. pro praxi* 2001; 1: 166–167.
2. Herzig R. Terapie akutní fáze a sekundární prevence ischemického iktu a tranzitorní ischemické ataky – změny po publikaci doporučení ESO 2008 a 2009. *Neurol. pro praxi* 2009; 10(5): 300–304.
3. Krobot A. Rehabilitace ramenního pletence u hemiparetických nemocných. *Neurol. pro praxi* 2005; 6(6): 296–301.
4. Kwakkel G, Wagenaar RC, Kollen BJ, Lankhorst GJ. Predicting disability in stroke – a critical review of the literature. *Age and Aging* 1996; 25: 479–489.
5. Mazzocato C, Michel-Nemitz J, Anwar D, Michel P. The last days of dying stroke patients referred to a palliative care consult team in acute hospital. *Europ J Neurol* 2010; 17(1): 73–77.
6. Myint PK, Staufenberg EFA, Sabanathan K. Post-stroke seizure and post-stroke epilepsy. *Postgrad Med J* 2006; 82: 568–572.
7. Opavský J. Bolesti po cévních mozkových příhodách. *Bolest* 2007; 3: 133–137.

8. Rogers A, Addington-Hall J. Care of the dying stroke patient in the acute setting. *Journal of Research in Nursing* 2005; 10(2): 153–167.
9. Ryvlin P, Montavont A, Nighoghossian N. Optimizing therapy of seizures in stroke patients. *Neurology* 2006; 67(Suppl 4): S3–S9.
10. Stevens T, Payne SA. Palliative care in stroke: a critical review of the literature. *Palliative Medicine* 2007; 21: 323–331.
11. Wormland B, Nacimiento W, Papadopoulos R, Spyrou M, Borasio GD. Changes in therapy aims and palliative treatment for severe stroke (article in German). *Nervenarzt* 2008; 79(4): 437–443.

MUDr. Jan Hromada

Hospic sv. Lukáše
Charvátská 8, 700 30 Ostrava-Výškovice
hromadajan@centrum.cz

