

Paliativní péče u pacientů žijících se srdečním selháním.

Souhrn dokumentu

(Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement, 2019)

Martin Gřiva^a, Ladislav Kabelka^b, Jiří Vítovec^c

^a Kardiologické oddělení, Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Zlín, Lékařská fakulta Univerzity Palackého, Olomouc

^b Domácí hospic sv. Zdislavy, Třebíč, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

^c I. interní kardiologická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

INFORMACE O ČLÁNKU

Historie článku:

Vložen do systému: 23. 12. 2019

Přijat: 27. 12. 2019

Dostupný online: 21. 1. 2020

Klíčová slova:

Paliativní péče
Srdeční selhání

Keywords:

Heart failure
Palliative care

© The Author(s) 2020. Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Cardiology. For commercial re-use, please contact journals.permissions@oup.com

Autoři originálního textu EAPC:¹ Piotr Z. Sobanski, Bernd Alt-Epping jménem pracovní skupiny EAPC Task Force on Palliative Care for People with Heart Disease.

Úvod

Většina velkých randomizovaných studií v kardiologii nemá jako cíl kvalitu života. Přidaná hodnota paliativní péče poskytované zároveň s optimální kardiologickou léčbou byla prokázána pouze v jedné randomizované studii provedené pouze v jednom centru. Přesto se významné zainteresované organizace (ESC, EAPC, WHO) shodují v názoru na nutnost poskytování paliativní péče kardiologickým pacientům.

Onemocnění oběhové soustavy je totiž reálně hlavní příčinou úmrtí v rozvinutých zemích (34 % všech úmrtí). Srdeční selhání zde postihuje okolo 1–2 % dospělé populace. Minimálně 5 % z této skupiny má symptomy funkční třídy III nebo IV dle klasifikace NYHA i přes optimální kardiologickou léčbu. Přes 80 % pacientů s pokročilým srdečním selháním umírá v průběhu pěti let. Tito pacienti

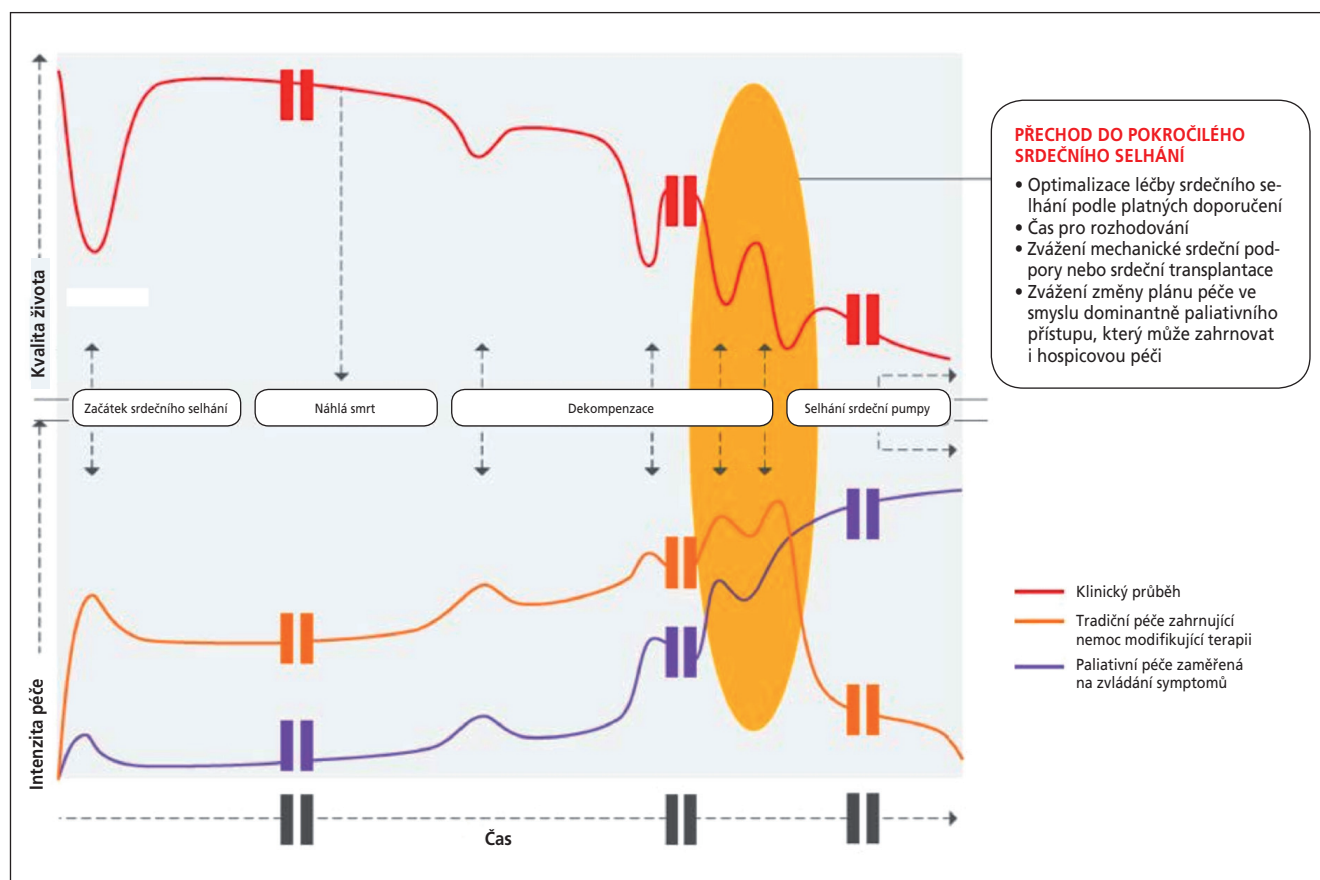
udávají tělesné symptomy, psychosociální zátěž i spirituální potřeby podobné těm, které uvádějí nemocní s jiným pokročilým onemocněním, např. nádorovým. Zlepšení dostupnosti paliativní péče pro pacienty s pokročilým srdečním selháním může redukovat jejich utrpení a stejně tak i jejich blízkých, navíc klesá počet opakovaných přijetí do nemocnice.

Základní definice

Různá mezinárodní interpretace některých pojmů běžných pro paliativní péči a mylná představa mezi laickou veřejností i specialisty z jiných oborů vede často k názoru, že paliativní péče je relevantní pouze v posledních týdnech nebo dnech života. Tato mylná představa je hlavní bariérou v dostupnosti paliativní péče u lidí se srdečním onemocněním.

Adresa pro korespondenci: Prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC, I. interní kardiologická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, Pekařská 53, 656 91 Brno, e-mail: jiri.vitovec@fnusa.cz

DOI: 10.33678/cor.2019.092



Obr. 1. – Klinický průběh srdečního selhání s odpovídajícími typy a intenzitou dostupné léčby – citace v originálním článku

Paliativní péče je aktivní, celková péče o osobu s nevyléčitelným onemocněním, které může stále odpovídat na konvenční nemoc modifikující léčbu, nicméně je progresivní a zkracuje život. Paliativní péče není ani limitována na specifickou diagnózu, ani na konkrétní prognózu. Principem paliativní péče je univerzální zaměření na zlepšení kvality života. Ideálně by paliativní péče měla být zahájena časně v rámci trajektorie nemoci a posilována v době progresu nemoci, resp. redukována za podmínek zlepšení (obr. 1). Paliativní péče se zaměřuje jak na symptomy, tak na sociální, psychologické a spirituální potřeby. Podporuje život, avšak na smrt pohlíží jako na normální proces a jejím cílem není ani urychlovat, ani oddalovat smrt. Paliativní péče by měla být poskytována zároveň s optimální péčí obvyklou pro dané onemocnění.

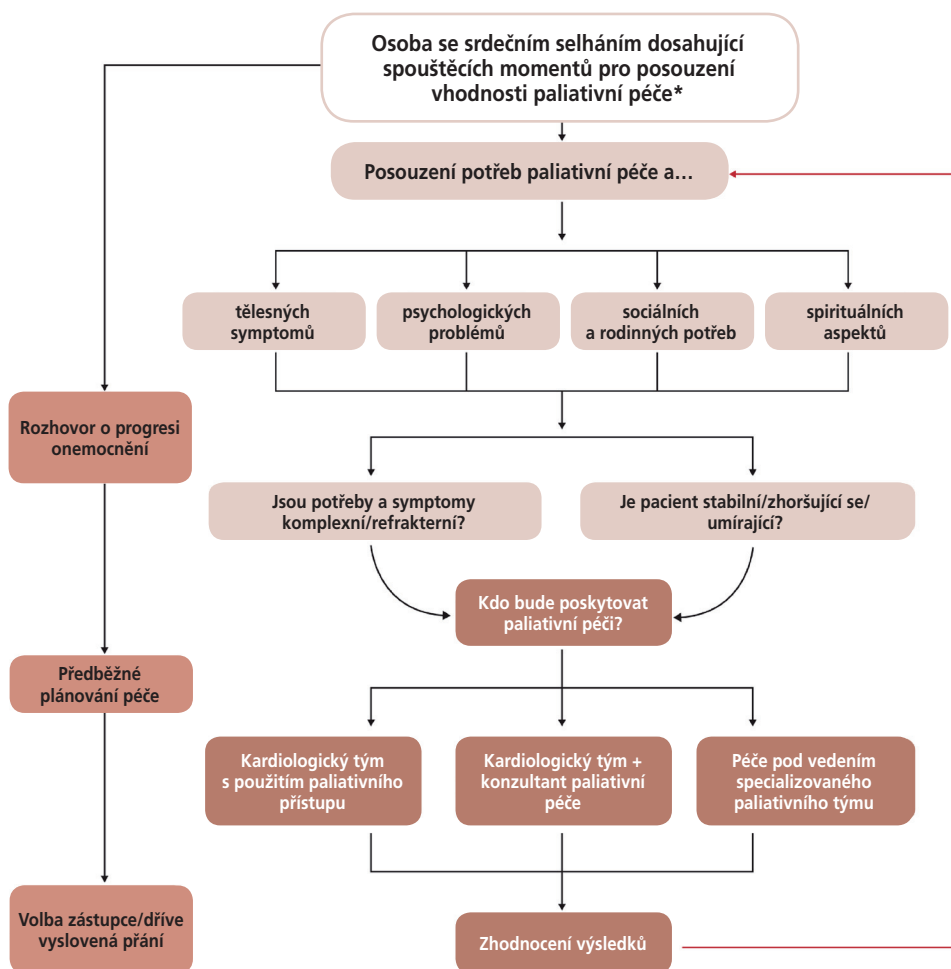
Zhodnocení symptomů

Symptomy, kterými trpí pacienti s chronickým srdečním selháním, mohou být způsobeny srdečním selháním samotným (např. dušnost, únava nebo slabost...), přidruženými onemocněními (např. muskuloskeletální bolesti...), všeobecnými podmínkami nebo nežádoucími účinky léčby (např. dehydratací, nauzeou, zácpou, depresí, úzkostí, problémy se spánkem, zmateností a delíriem...). Symptomy by měly být léčeny se stejnou pozorností jako snaha o zlepšení srdeční funkce nebo prodloužení přeží-

tí. K zajištění identifikace a zacílení na konkrétní symptomy daného pacienta je nutno po symptomech pátrat systematicky. Rozšíření anamnézy o validované nástroje ke stanovení symptomů zvyšuje desetinásobně identifikaci symptomů. Navíc opakování stanovování pomáhá v hodnocení efektivity léčby. Ke zhodnocení symptomů lze využít několik dostupných nástrojů (tabulka 1), které jsou různě zaměřené. The Kansas City Cardio-myopathy Questionnaire zaměřený na pacienty se srdečním selháním a nástroj specifický pro paliativní péči Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Palliative Care Scale mohou být optimálně použity k hodnocení symptomů i efektivity péče.

Tabulka 1 – Některé nástroje využívané k hodnocení symptomů, efektivity léčby nebo stanovení potřeb paliativní péče – citace v originálním článku

Numeric Rating Scale (NRS)
Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)
Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS)
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)
Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Palliative Care Scale (FACIT–Pal)
Needs Assessment Tool: Progressive Disease–HF (NAT: PD–HF)



*** Spouštěcí momenty pro posouzení vhodnosti zahájení paliativní péče**

I. Signifikantní změna v trajektorii srdečního selhání:

- Nové srdeční selhání s refrakterními/těžkými symptomy před propuštěním
- Před implantací nebo reimplantací ICD
- Příprava pro srdeční transplantaci nebo mechanickou srdeční podporu
- Zvažování vysoce rizikové nebo zatěžující intervence nebo léčby
- Po resuscitaci pro náhlou srdeční smrt
- Známky a symptomy pokročilého srdečního selhání: především s markery rizika nebo splnění kritérií pro odeslání do terciárního centra (např. NYHA III/IV, ztráta chuti/hmotnosti, kachektizace, zahájení i.v. inotropní podpory, více než jedna neplánovaná hospitalizace nebo ambulantní kontrola pro dekompenzaci v posledních 12 měsících)

II. Periodická vyšetření nebo významná změna zdravotního stavu:

- Periodická ambulantní vyšetření (za stabilních podmínek minimálně 1x ročně)
- Zásadní změny ve zdravotním stavu (nové významné přidružené onemocnění)

III. Faktory související s pacientem/rodinou:

- Touha po další komunikaci
- Žádost o nepřiměřené léčebné intervence
- Žádost od příbuzných/pečujících nebo jejich nadměrné zatížení
- Pacient se zhoršuje/umírá s obtížným přijetím situace
- Žádost o urychlení smrti/suicidální výroky
- Žádost rodiny nebo týmu pečujícího o pacienta
- Zásadní změna v rodinných okolnostech (např. nemoc nebo úmrtí partnera)
- Zhoršující se schopnost provádění sebepečce

Obr. 2 – Poskytování paliativní péče u pacientů se srdečním selháním – citace v originálním článku

Spouštěče pro zahájení poskytování paliativní péče

Paliativní péče by měla být zahájena časně v rámci trajektorie chronického srdečního selhání a měla by nabý-

vat na významu s progresí onemocnění. Proto přístup založený na stanovení potřeb a symptomů je vhodnější model integrace paliativní péče do konvenční kardiologické léčby než rozeznání závěru života. Odhad špatné prognózy je v kardiologii nespolehlivý, a proto nevhodný pro iniciaci poskytování paliativní péče. Navíc zátěž

symptomy u kardiologických pacientů nemusí vždy korelovat s prognózou.

Optimálním nástrojem pro stanovení potřeb validovaným pro pacienty se srdečním selháním je Needs Assessment Tool: Progressive Disease-HF (NAT: PD-HF). Tento časově nenáročný nástroj může pomoci identifikovat pacienty, kteří mohou mít užitek z paliativní péče.

Přehled možných situací, kdy je vhodné uvažovat o zahájení paliativní péče, znázorňuje obrázek 2.

Zvládání symptomů

Dušnost

Dušnost, která perzistuje i přes optimální léčbu zasahující do patofyziologie tohoto symptomu, je nazývána syndromem chronické dušnosti. U lidí se srdečním selháním může být tento syndrom spojen s hemodynamickým stavem, myopatií kosterního svalstva a sarkopenií, chronickými nebo akutními přidruženými onemocněními. Na prvním místě by mělo být pátráno po odstranitelných příčinách a ty mají být specificky léčeny. Paralelně by měla být optimalizována konvenční léčba srdečního selhání dle platných doporučených postupů a/nebo léčeno přidružené onemocnění. Paralelně s tím by měla být využita i nefarmakologická léčba. Přiměřené cvičení pomáhá zlepšit funkční kapacitu i myopatii kosterního svalstva. Využití fyzioterapeutických postupů včetně dechového tréninku, neuroelektrické stimulace stehenního svalstva nebo použití ručního vějíře / elektrického ventilátoru či pomůcek k usnadnění chůze je považováno za potenciálně prospěšné. Mohou být vyzkoušeny relaxace, trénink dechové relaxace a jiné psychologické intervence. Léčba kyslíkem může zmírnit dušnost u hypoxemických pacientů. Dostupná data však nepodporují použití kyslíku v případech mírné hypoxemie nebo normoxemie.

Farmakologická léčba refrakterní dušnosti je založena na použití opioidů. Důkazy o účinnosti tohoto typu léčby jsou u nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN). Data ohledně krátkodobého využití opioidů u pacientů se srdečním selháním jsou protichůdná; data pro dlouhodobé použití jsou slibná, avšak zatím neprůkazná. Většina studií na symptomatické zvládání dušnosti využívá nízkodávkovaný, perorální morfin. Léčba by měla být zahájena krátkodobě působením přípravku morfinu v dávce 2,5 mg 4x denně k dosažení vyrovnaného stavu. Alternativou je forma s modifikovaným uvolňováním v dávce 5 mg 2x denně nebo forma s prodlouženým účinkem v dávce 10 mg 1x denně. Iniciální odpověď (pokud je přítomna) se dostaví během 24 hodin, avšak maximum účinku může narůstat po dobu jednoho týdne (až zdvojnásobení efektu). Proto by se v případě nedostatečného efektu mělo se zvyšováním dávky počkat minimálně jeden týden. Maximální dávka by neměla překročit 30 mg/24 hodin (nebo ekvivalentní dávku jiného opioidu) – tato dávka by podle dat u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí neměla zvyšovat mortalitu nebo nutnost přijetí do nemocnice. V případě významné renální insuficience (glomerulární filtrace [GFR] < 30 ml/min/1,73 m²) bychom se měli morfinu vyhnout nebo jej použít s opatrností nebo převést pacienta na jiný opioid. Jiné opioidy jsou někdy používány pro zvládání dušnosti, avšak v in-

dikaci srdeční selhání zatím nejsou publikována adekvátně silná, placebem kontrolovaná data kromě oxycodonu, u kterého nebyl prokázán užitek nad placebem.

Nedávný nezávislý přehled účinků benzodiazepinů demonstroval nedostatek důkazů pro nebo proti jejich použití. Žádná ze studií není provedena u pacientů se srdečním selháním. Vzhledem k asociaci se zvýšeným rizikem celkové mortality u pacientů s těžkou CHOPN a také s výskytem jiných problémů (např. vyšší výskyt pádů) je doporučována opatrnost. Benzodiazepiny, pokud vůbec, by měly být použity jako lék druhé nebo třetí linie, u akutních epizod, kde ostatní opatření neuspěla a úzkost signifikantně zhoršuje utrpení.

Bolest

Prevalence bolesti narůstá s věkem a funkční třídou NYHA (89 % ve skupině NYHA IV), minimálně mírnou bolest hlásilo 61 % pacientů hospitalizovaných pro srdeční selhání. Neléčená bolest vede ke zhoršení kvality života, k nárůstu počtu rehospitalizací, k vyčerpání, depresi. Bolest může být ischemická nebo nekardiální. V případě refrakterní anginy pectoris může být zvážena míšní stimulace. V případě nutnosti léčby i.v. opioidy je nezbytné mít na paměti, že může dojít ke zpomalení vyprazdňování žaludku. To může způsobit zpomalenou absorpci perorálně podaných protidědičkových léků.

V případě chronické nenádorové bolesti jsou preferovány nefarmakologické postupy v kombinaci s neopiátovými analgetiky. U pacientů se srdečním selháním je nutno vyhnout se nesteroidním antiflogistikům, která zhoršují retenci tekutin. Data týkající se dlouhodobého podávání silných opioidů při chronické nenádorové bolesti u pacientů se srdečním selháním jsou limitována a nekonzistentní, navíc je zde riziko nežádoucích účinků a závislosti. Opioidy by měly být zváženy pouze, pokud bolest přetrvává i přes podávání neopiátových analgetik, jejich podání by mělo být co nejkratší v co nejnížší dávce. V případě významné renální insuficience je nutno místo morfinu podávat metadon, buprenorfin nebo fentanyl.

Deprese a úzkost

Prevalence deprese u populace s pokročilým srdečním selháním je až 70 %. V kontrastu k tomu prevalence úzkosti je u lidí se srdečním selháním podobná jako u ostatní populace.

Deprese významně zhoršuje kvalitu života a je nezávislým negativním prognostickým faktorem; vede ke zhoršení sebeobsluhy, adherence k léčbě, k progresi dekonice, nárůstu hmotnosti, zhoršení funkční zdatnosti a častějšímu kouření. Symptomy deprese se často překrývají se symptomy srdečního selhání, a vzniká tak začarovaný kruh. U všech pacientů se srdečním selháním by mělo být diagnostikováno, zda mají depresi, a ta by měla být adekvátně léčena. Léčba by měla být zajištěna multidisciplinárně. Z nefarmakologických přístupů lze vyzkoušet kognitivně behaviorální terapii a aerobní tělesný trénink. Pokud je nutná farmakologická intervence, pak se jako nejbezpečnější varianta u pacientů se srdečním selháním jeví skupina selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) a α_2 -antagonisté (mirtazapin). Je nutno však mít na paměti, že v některých případech může dojít k prodloužení intervalu QT.

Předběžné plánování péče

Předběžné plánování péče je proces, který umožňuje individuálně definovat cíle a preference pro budoucí léčení a péči, diskutovat tyto cíle a preference s rodinou i poskytovateli zdravotních služeb a zaznamenat a zhodnotit tyto preference pro případ ztráty rozhodovací kapacity. Praktickým výsledkem tohoto procesu je nejen diskuse o preferencích v závěru života, realizace dokumentu „dříve vyslovená přání“, ale také nižší počet rehospitalizací v závěru života. U kardiologických pacientů je tento proces méně využíván, avšak překonání bariér a rozhovory na toto téma vedou obvykle k pocitu úlevy u pacienta a přesvědčení, že může lépe kontrolovat péči, kterou dostává. Opakovaná komunikace s pacientem a jeho blízkými o tom, co je aktuálním cílem péče, by měla být součástí standardní léčby u člověka s chronickým srdečním selháním. Rozhovory na toto téma mohou probíhat ve kterémkoliv fázi života, resp. ve kterémkoliv fázi chronického progresivního onemocnění, optimálně dříve než později. Cíl péče je nutno pravidelně aktualizovat v dokumentaci.

Péče o celou osobnost a spiritualita

Pacient je vnímán jako integrální bytost se složkou tělesnou, psychickou a duchovní. Na tom je založena multidisciplinární snaha pomoci člověku na všech těchto úrovních dle jeho konkrétních potřeb. S pokročilým stavem bývá spojen problém beznaděje, izolace, změněného vidění sebe sama (ztráta sebedůvěry a sebevědomí, závislost, pocit „být přítěží“). Spirituální pohoda je spojena s nižším výskytem deprese. Míra spirituální pohody pomáhá predikovat mortalitu.

Etická dilemata

Čtyři základní etické principy jsou: 1. princip beneficence (zdravotnický pracovník je povinen konat vše pro dobro a užitek pacienta); 2. princip non-maleficence (primum non nocere – především pacientovi neškodit); 3. princip autonomie nemocného (dobře informovaný pacient má právo rozhodnout o dalším postupu); 4. princip spravedlnosti (vyšetření a léčba se řídí pouze důkazy a potřebami pacienta bez ohledu na jeho rasu, pohlaví atd.). Dilema vzniká ve chvílích, kdy mohou být některé z principů ve vzájemném konfliktu (např. odnětí život zachraňující léčby na žádost pacienta). Někdy je vzhledem ke složitosti a nejednoznačnosti situace nutno hledat řešení v rámci „konference“ (pacient, pečující osoba, ošetřující tým, multidisciplinární tým, etik...).

Úprava terapie

Změna cíle péče by měla souviset i s přehodnocením stávající léčby – úsilí se soustřeďuje na zlepšení komfortu trpícího a jeho blízkých a úlevu od symptomů. Měla by být ukončena léčba, která má významné nežádoucí účinky nebo má za cíl dlouhodobé nejisté zlepšení pro-

gnózy, např. statiny. Rutinní vysazování konvenční léčby srdečního selhání je nevhodné (mnohé z lékových skupin mají zároveň symptomatický efekt – diuretika, inhibitory renin-angiotenzinového systému [RAS], inhibitory receptorů AT₁ pro angiotenzin II a enzymu neprilysinu [ARNI], beta-blokátory). Dávkování, event. jejich vysazení by mělo být šité na míru konkrétní situaci a s ohledem na nežádoucí účinky. Může být zváženo podání i.v. inotropik, která zmírňují symptomy a zlepšují kvalitu života. Ve fázi aktivního umírání by tato léčba již měla být ukončena. Při zlepšení stavu je nutno opět léčbu přehodnotit, je možno se vrátit k některým vysazeným lékům, postupně ukončit podávání opiátů a podobně.

V dostatečném předstihu by měla být otevřena otázka přeprogramování implantabilního kardioverteru-defibrilátoru (ICD) a v případě zájmu pacienta deaktivace funkce defibrilačních výbojů. Antitachykardický pacing (ATP) je většinou ponecháván aktivní, protože nezhoršuje kvalitu života. Kardiosimulátor, resp. resynchronizační srdeční léčba (RSL) nezhoršují kvalitu života (právě naopak), ani neprodlužují umírání. Proto se jejich deaktivace v našich podmínkách neprovádí.

Péče o umírající

Okolo 60–70 % úmrtí u pacientů se srdečním selháním je z kardiovaskulárních příčin, manifestujících se jako náhlá smrt nebo progresivní selhání srdeční pumpy. Proto by měl být tým pečující o pacienty se srdečním selháním schopen rozpoznat fázi aktivního umírání, péče o tyto nemocné a komunikace na související témata. Fáze aktivního umírání je spojena s progredující slabostí a imobilizací, ztrátou zájmu o jídlo a pití, poruchou kognitivních funkcí s úbytkem verbální komunikace, změnami v dýchání. Mohou být přítomny i projevy existenciálního utrpení. V této fázi je třeba upustit od všech intervencí, které nezvyšují komfort pacienta. V případě výbojů ICD v aktivní fázi umírání by měla být defibrilační funkce deaktivována přiložením magnetu.

K paliativní péči patří i psychosociální péče nejen o umírajícího, ale i o příbuzné – poradenství, podpora, povzbuzení.

Provádění paliativní péče

Paliativní péče je rozdělena na obecnou a specializovanou. Obecnou paliativní péči poskytuje obvykle ošetřující personál blízký v dané chvíli pacientovi (kardiolog, lékař primární péče, geriatr atd.). Podmínkou je alespoň základní pochopení principů paliativní péče. V případě, že obecná paliativní péče nedokáže naplnit potřeby pacienta, měla by být dostupná specializovaná paliativní péče. Specializovanou paliativní péči zajišťuje multidisciplinární tým, jehož členové mají vzdělání v jednotlivých okruzích problematik souvisejících s pokročilým onemocněním (lékař se specializací paliativní medicína, sestra, psycholog, sociální pracovník, fyzioterapeut, kaplan, event. nutriční onkolog, klinický farmakolog, logoped, etik). V optimálním případě je paliativní péče zajišťována paralelně s péčí specifickou pro dané onemocnění.

Závěr

Pro většinu nemocných se srdečním selháním je postačující konvenční kardiologická péče a obecná paliativní péče poskytovaná základním ošetřujícím týmem s dostupností specialisty na paliativní péči, pokud je to potřeba. Nejdůležitějším krokem je snaha o průběžné rozpoznávání potřeb pacienta se zaměřením na všechny dříve zmíněné oblasti. Paliativní péče není alternativou ke kardiologické péči, nýbrž integrovaný přístup je základem moderní komplexní péče o kardiologické pacienty.

Literatura*

1. Sobanski PZ, Alt-Epping B, Currow DC, Goodlin SJ, Grodzicki T, Hogg K, Janssen DJA, Johnson MJ, Krajnik M, Leget C, Martínez-Sellés M, Moroni M, Mueller PS, Ryder M, Simon ST, Stowe E, Larkin PJ. Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. *Cardiovasc Res* 2020;116:12–27; doi:10.1093/cvr/cvz200.

* Všechny další odkazy lze nalézt v původním fulltextovém dokumentu European Association for Palliative Care (EAPC).¹