

**ČESKÉ VYSOKÉ
UČENÍ TECHNICKÉ
V PRAZE**

**FAKULTA
BIOMEDICÍNSKÉHO
INŽENÝRSTVÍ**



**BAKALÁŘSKÁ
PRÁCE**

2019

**ŠTĚPÁN
CHRÁST**



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

**Fakulta biomedicínského inženýrství
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**

Využití paliativní péče v intenzivní medicíně

Use of Palliative Care in Intensive Medicine

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: MUDr. Tomáš Heřman

Štěpán Chrást

Kladno, květen 2019



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Chrást** Jméno: **Štěpán** Osobní číslo: **465738**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**

II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

Využití paliativní péče v intenzivní medicíně

Název bakalářské práce anglicky:

Use of Palliative Care in Intensive Medicine

Pokyny pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude poukázání na důležitost paliativní péče u pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče. Teoretická část bude zaměřena na paliativní péči obecně. V první řadě se student bude zabývat tím, k čemu paliativní péče slouží a jaké jsou její cíle. Dále pak shrne historii a vývoj tohoto oboru. Mimo jiné se zaměří na otázku smrti a potřeby umírajících pacientů. V druhé polovině teoretické části bude rozebráno onemocnění pacientů, včetně klinického obrazu, diagnostiky, terapie, prognózy a případné prevence. Praktická část bude případovou studií konkrétních pacientů z prostředí intenzivní medicíny, kteří jsou odkázáni na paliativní péči. Student zpracuje podrobný ošetrovatelský proces vybraných pacientů. Kromě biologických potřeb bude kladen důraz také na potřeby psychologické a spirituální.

Seznam doporučené literatury:

- [1] ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, Paliativní medicína, ed. 2., přeprac. a dopl., Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0279-7
- [2] HAMETNER, Ingrid, 100 Fragen zu Palliative Care, ed. 2., Hannover: BRIGITTE KUNZ VERLAG, 2015, ISBN 978-3-89993-827-2
- [3] MARKOVÁ Monika, Sestra a pacient v paliativní péči, ed. 1., Praha: Grada, 2010, 128 s., ISBN 978-80-247-3171-1
- [4] SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK et al., Paliativní medicína pro praxi, ed. 2., nezměn., Praha: Galén, 2011, 363 s., ISBN 978-80-7262-849-0

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

MUDr. Tomáš Heřman

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: **18.02.2019**

Platnost zadání bakalářské práce: **20.09.2020**

prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc., MBA, dr.h.c.
podpis vedoucí(ho) katedry

prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc.
podpis děkana(ky)

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Využití paliativní péče v intenzivní medicíně vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

V Praze dne 08.05.2019

.....
Štěpán Chrást

Poděkování

Tímto bych rád poděkoval svému vedoucímu MUDr. Tomáši Heřmanovi za odborný dohled, cenné rady a čas, který mi věnoval při psaní mé bakalářské práce.

Dále bych rád poděkoval celému paliativnímu týmu vybraného zdravotnického zařízení za poskytnutí kazuistik pro mou bakalářskou práci a povídání o jednotlivých konziliích vedených pod jejich dohledem.

V neposlední řadě bych pak rád poděkoval své partnerce, která mi byla velkou oporou a poskytla mi mnoho rad nejen při psaní bakalářské práce. Svým rodičům dále děkuji za velkou podporu během celého studia.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem „Využití paliativní péče v intenzivní medicíně“. Téma je velmi aktuální zejména z důvodu neustálého rozvoje jak paliativní péče, tak intenzivní medicíny.

V teoretické části je podrobně rozebrána paliativní péče (definice, historie, dělení), mimo jiné jsou zde vyjmenovány nejčastější diagnózy pacientů, kteří vyžadují paliativní péči a zmíněna je i správná komunikace s pacientem a jeho rodinou. Důraz je však kladen zejména na kapitulu „Paliativní péče v intenzivní medicíně“. Druhá polovina teoretické části se zabývá konkrétními diagnózami zkoumaných pacientů. Vedle diagnóz hlavních jsou zde pro přehlednost podrobně rozebrány i diagnózy vedlejší.

Praktická část je zpracována formou případových studií tří konkrétních pacientů. Pacienti byli záměrně vybráni tak, aby byla odlišná jejich základní diagnóza, pohlaví, věk a náboženské přesvědčení. Metodou pro zpracování kazuistik bylo podrobné studium zdravotnické dokumentace vybraných pacientů a spolupráce s ošetřujícím personálem. Praktická část je rozdělena do několika podkapitol, které obsahují základní informace o pacientovi, anamnézu a zhodnocení stavu při přijetí (včetně všech potřebných vstupních vyšetření). Stěžejní je však podkapitola zabývající se konzilií vedenými paliativním týmem. V této části je zdůrazněna jedinečnost každého pacienta a individuální přístup multidisciplinárního týmu. V závěru je pak popsán průběh celé hospitalizace a souhrn diagnóz každého pacienta.

Na základě zpracovaných kazuistik lze konstatovat, že intervence paliativního týmu probíhala vždy odlišně na základě individuálních potřeb každého pacienta, jeho diagnózy, věku, pohlaví, či životní situace. Ve všech případech byla intervence paliativního týmu pro pacienty velmi prospěšná. Paliativní tým pomáhal pacientům komunikovat se svou rodinou o obtížných tématech a zabýval se jejich bio-psycho-socio-spirituálními potřebami až do samotného konce jejich života.

Klíčová slova

Paliativní péče; intenzivní medicína; infaustní prognóza; potřeby; pacient

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic "The use of palliative care in intensive medicine". The topic is very current especially because of the constant development of both palliative care and intensive medicine.

Palliative care (definition, history, division) is discussed in detail in the theoretical part, moreover the most frequent diagnoses of patients who require palliative care are mentioned and the correct communication with the patient and his family is also addressed. However, emphasis is placed on the chapter "Palliative care in intensive medicine". The second half of the theoretical part deals with specific diagnoses of examined patients. In addition to the main diagnoses, for the clarity, the secondary diagnosis is discussed in detail.

The practical part is processed in the form of case studies of three particular patients. Patients were deliberately selected to have different basic diagnosis, gender, age and religious belief. The method for processing case reports was a detailed study of medical records of selected patients and cooperation with nursing staff. The practical part is divided into several subchapters containing basic information about the patient, their anamnesis and evaluation of their state of admission (including all necessary initial examinations). However, the most crucial subchapter is the one dealing with consilia led by the palliative team. This section emphasizes the uniqueness of each patient and the individual approach of the multidisciplinary team. Finally, the process of the whole hospitalization and the summary of diagnoses of each patient are described.

On the basis of the case reports, it can be stated that the intervention of the palliative team is always different: based on the individual needs of each patient, his diagnosis, age, gender or life situation. In all cases, the intervention of the palliative team was very beneficial for patients. The palliative team helped patients communicate with their family about difficult topics and dealt with their bio-psycho-socio-spiritual needs until the very end of their lives.

Keywords

Palliative care; intensive medicine; infaust prognosis; needs; patient

Obsah

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | ÚVOD | 11 |
| 2 | TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 2.1 | Paliativní péče | 12 |
| 2.1.1 | Cíle paliativní péče..... | 12 |
| 2.1.2 | Historie paliativní péče | 12 |
| 2.1.3 | Obecná a specializovaná paliativní péče..... | 15 |
| 2.1.4 | Základní organizační formy specializované paliativní péče | 16 |
| 2.1.5 | Nejčastější skupiny pacientů vyžadující paliativní péči..... | 16 |
| 2.1.6 | Komunikace s pacientem a jeho rodinou | 17 |
| 2.1.7 | Paliativní péče v intenzivní medicíně | 17 |
| 2.2 | Základní diagnózy zkoumaných pacientů | 21 |
| 2.2.1 | Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) | 21 |
| 2.2.2 | Kolorektální karcinom (KR-CA) | 24 |
| 2.2.3 | Amyotrofická laterální skleróza (ALS)..... | 26 |
| 2.3 | Další diagnózy zkoumaných pacientů | 28 |
| 2.3.1 | Chronická plicní hypertenze | 28 |
| 2.3.2 | Hypokalemie | 30 |
| 2.3.3 | Dušnost..... | 31 |
| 2.3.4 | Celiakie | 32 |
| 2.3.5 | Pneumotorax (PNO)..... | 33 |
| 2.3.6 | Fluidotorax | 35 |
| 2.3.7 | Akutní respirační selhání..... | 36 |
| 2.3.8 | Septický šok | 37 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3 | CÍLE PRÁCE | 39 |
| 4 | METODIKA..... | 40 |
| 5 | PRAKTICKÁ ČÁST..... | 41 |
| 5.1 | Kazuistika č. 1 (základní diagnóza: CHOPN)..... | 41 |
| 5.1.1 | Základní informace o pacientovi..... | 41 |
| 5.1.2 | Anamnéza..... | 41 |
| 5.1.3 | Zhodnocení stavu při přijetí (včetně vstupních vyšetření)..... | 43 |
| 5.1.4 | Konzilia vedena týmem paliativní péče | 45 |
| 5.1.5 | Závěr | 50 |
| 5.2 | Kazuistika č. 2 (základní diagnóza: ALS) | 52 |
| 5.2.1 | Základní informace o pacientovi..... | 52 |
| 5.2.2 | Anamnéza..... | 52 |
| 5.2.3 | Zhodnocení stavu při přijetí (včetně vstupních vyšetření)..... | 53 |
| 5.2.4 | Konzilia vedená týmem paliativní péče | 54 |
| 5.2.5 | Závěr | 63 |
| 5.3 | Kazuistika č. 3 (základní diagnóza: KR-CA) | 65 |
| 5.3.1 | Základní informace o pacientovi..... | 65 |
| 5.3.2 | Anamnéza..... | 65 |
| 5.3.3 | Zhodnocení stavu při přijetí (včetně vstupních vyšetření)..... | 66 |
| 5.3.4 | Konzilia vedená týmem paliativní péče | 68 |
| 5.3.5 | Závěr | 72 |
| 6 | DISKUZE..... | 74 |
| 7 | ZÁVĚR | 80 |
| 8 | SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK | 81 |

| | | |
|----|---------------------------------|----|
| 9 | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 85 |
| 10 | SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK | 89 |

1 ÚVOD

Téma bakalářské práce „Paliativní péče v intenzivní medicíně“ jsem si vybral na základě osobního zájmu o paliativní medicínu. Téma považuji za aktuální zejména z důvodu neustálého rozvoje, jak intenzivní, tak paliativní medicíny.

V dnešní době jsou pojmy paliativní a intenzivní péče vnímány jako protiklady. Cíl intenzivní medicíny je jasný – zachránit život pacienta a udržet ho při životě. Tento cíl však nesmí být v žádném případě zaměněn za umělé prodlužování umírání. Veškeré léčebné postupy v intenzivní medicíně by měly mít reálný předpoklad příznivého účinku a nesmí převažovat rizika komplikací nebo dokonce bolesti a strádání pacienta (v takovém případě hovoříme o marné a neúčelné léčbě). Pokud tedy nejsme schopni pacientovi adekvátně pomoci intenzivní péčí, je na místě mu nabídnout takovou péči, která zabezpečí veškeré jeho další potřeby, zajistí eliminaci bolesti a po celou dobu zachová lidskou důstojnost. A právě zde se intenzivní péče začíná prolínat s péčí paliativní. Hlavní cíl intenzivní medicíny – záchrana lidského života – se prolíná s cílem paliativní medicíny – zachování kvality života. Zdravotníci, kteří chtějí poskytovat profesionální a holistickou péči na jednotkách intenzivní péče, by měli být schopni umožnit pacientovi kombinaci obou těchto přístupů.

Ve své bakalářské práci bych proto na konkrétních případech rád poukázal na důležitost paliativní péče v intenzivní medicíně jako na nedílnou součást komplexní péče o pacienty (zejména pak s infaustní prognózou onemocnění).

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je podrobně rozebrána paliativní péče. Důraz je kladen zejména na kapitulu „Paliativní péče v intenzivní medicíně“. Dále jsou zde podrobně rozebrány hlavní i vedlejší diagnózy zkoumaných pacientů, včetně klinických projevů, diagnostiky, terapie a prognózy. V praktické části jsou formou kazuistik podrobně zpracovány vizity konziliárního týmu paliativní medicíny u tří vybraných pacientů.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Paliativní péče

Paliativní medicína je specializovaný obor ve zdravotnictví, zaměřený na pacienty, trpící nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Zabývá se především symptomatologickou léčbou, léčbou bolesti a úlevou od stresu a zátěže spojených se závažnou diagnózou. Paliativní péče je poskytována všem pacientům bez rozdílu věku, pohlaví, či životního přesvědčení. Může probíhat současně s kurativní léčbou. Cílem je zlepšit kvalitu života pacienta a jeho rodiny na fyzické, psychické i duševní rovině [6].

Paliativní péče je poskytována specializovaným týmem pracovníků, složených z lékařů, sester, nutričních specialistů, sociálních pracovníků, fyzioterapeutů, psychologů, psychiatrů a dalších specialistů, kteří pracují společně s cílem zajistit co nejlepší komfort pro pacienta a jeho rodinu [6, 17].

Paliativní péče je zaměřena na mírnění symptomů, psychologickou, duchovní a citovou podporu, podporu rodiny a doprovázení pozůstalých v době zármutku [17].

2.1.1 Cíle paliativní péče

- Poskytuje úlevu od bolesti i dalších symptomů.
- Považuje umírání za normální proces a podporuje život.
- Neurychluje ani neoddaluje smrt.
- Důraz je kladen na kvalitu života a holistický přístup k pacientovi i rodině.
- Aktivně zapojuje rodinu pacienta do péče.
- Začleňuje do péče psychické a duchovní stránky pacienta.
- Pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí či smrtí.
- Využívá týmové práce pro uspokojování potřeb pacienta i jeho rodiny [17].

2.1.2 Historie paliativní péče

Ačkoliv se pojem paliativní péče začíná hojně objevovat až v poslední době, tento obor nás provází celou historií. Jedná se o jednu z nejstarších lékařských a ošetrovatelských disciplín, která byla vždy nedílnou součástí péče o pacienta [1].

V nynější době je léčba nemocných zaměřena pouze na jednu vidinu – uzdravení, zbavení pacienta nemoci, k čemuž je veškerý nemocniční personál vycvičen v používání nejrůznějších přístrojových technik a vyšetřovacích postupů. Často proto dochází při neúspěchu k mylnému dojmu selhání jednotlivce či celého týmu. Chronickým pacientům a pacientům v terminálním stádiu nemoci, kteří zásadně potřebují odbornou péči a je jich většina, se často nedostává takové pozornosti, ač právě oni lékařskou i ošetrovatelskou péči potřebují nejvíce. Postupná modernizace jak na poli farmakoterapie či chirurgie, tak i radioterapie nám posouvá možnosti paliativní medicíny a moderní paliativní medicína tak může využívat týmovou práci zdravotníků napříč všemi obory [1].

Už po staletí se snažíme pacientům poskytovat komplexní péči, tedy zaměřenou nejen na tělo, ale též na duši a sociální potřeby. K těmto účelům již ve středověku vznikaly při kláštorech tzv. „útulky“ pro těžce nemocné. Významný průlom zaznamenala paliativní péče roku 1842, kdy Jeanne Garnierová založila v Lyonu společenství žen, starajících se právě o těžce nemocné. O pět let později roku 1847 otevírá toto společenství v Paříži první dům nazvaný hospic, díky němuž a práci Garnierové dostalo slovo hospic dnešní význam místa pro přijímání pacientů na konci života [1].

Na základech Garnierové roku 1878 zakládá Marie Aikenheadová v Londýně kongregaci Sester lásky, zabývající se péčí a doprovázením nemocných při umírání. Tato kongregace založila později několik hospicových domů v Irsku a Anglii, z nichž nejvýznamnější je hospic sv. Josefa, kde pracovala zprvu jako zdravotní sestra, později po dokončení studia jako lékařka Cicely Saundersová, která se významně zasadila o perorální využití morfinu v léčbě chronické nádorové bolesti a zde také vypracovala zásady a postupy přiměřené lékařské péče o pacienty, které nedokázala tehdejší medicína i přes svůj velký rozmach vysvobodit z nevléčitelné choroby. Za jakési poselství Cicely Saundersové a celého hospicového hnutí můžeme považovat její koncept „celkové bolesti“. V něm Saundersová poukazuje na spojení psychické, sociální a duchovní bolesti s bolestí tělesnou a na důležitost současného mírnění všech složek bolesti zvláště u terminálně nemocných. Roku 1967 založila na předměstí Londýna hospic sv. Kryštofa, kde je tato koncepce péče o celkovou bolest zajištěna multidisciplinárním týmem. Právě tento rok, tedy 1967, je považován za počátek hospicového hnutí [1].

Ve 2. polovině 20. století medicína prožívala svůj největší rozkvět a lidstvo bylo přesvědčeno, že za nedlouho vynalezne lék na všechny dosud známé nemoci, čímž se

dostávali pacienti, u kterých nezabírala tato „vítězná“ medicína, na úplný okraj zájmů zdravotníků. Zde bylo chybně zformulováno tvrzení, že s pacientem, kterému už nezabírá léčba, se nedá už nic dělat. Jakýmsi protestem či vyjádřením nesouhlasu s tímto tvrzením je hospicové hnutí, které zastává názor, že nezáleží na tom, jakou diagnózou, stupněm pokročilosti či vážností prognózy pacient trpí, ale vždy můžeme něco udělat. Dlouhá léta pak proti sobě šly dvě skupiny. Na jedné straně to byli aktivisté hospicového hnutí, kteří se ohrazovali proti nedostatečné empatii a agresivnímu přístupu vůči nevléčitelně nemocným a umírajícím. Na druhé straně to byli zástupci z řad akademické medicíny kritizující hospice za neprofesionálnost a nedůvěře v moderní medicínu. Tyto dohady ukončil roku 1972 doktor Balfour Mount působící v Royal Victoria Hospital, kde založil první oddělení paliativní péče. Pojem „paliativní péče“ zvolil právě proto, aby předešel nedorozumění s pojmem hospic, které v té době mělo spíše hanlivý význam. V dnešní době se zvláště v západní Evropě a Americe zakládají stále nové specializované ambulance a konziliární paliativní týmy. Také se uklidnil spor mezi hospicovou a paliativní péčí a akademickou medicínou. V zařízeních následné péče a akutních nemocnicích se stále více usiluje o praktické využívání poznatků z prostředí hospiců, kde se využívá nejmodernějších postupů tlumení symptomů a kde probíhá soustavný klinický výzkum [1].

Po celém světě je nyní založeno přes 2.500 hospiců a původní označování hospiců jako „něco méně než nemocnice“ je nyní nahrazováno výrazem „něco více“ [1].

„Myšlenka hospice je velice užitečná, protože můžete vybrat personál, který se dokáže postarat o umírající a který vytvoří ovzduší lásky, uznání, péče a naděje. Zároveň se mohou lékaři a sestry stát v péči o smrtelně nemocné odborníky, kteří jsou schopni udržet pacienty v dobré tělesné a duševní kondici“. [1, s. 511]

Paliativní péče v České republice

V České republice se zájem o paliativní medicínu začíná objevovat až po roce 1989, kdy čeští lékaři a sestry měli možnost vycestovat do zahraničí a získali zde mnoho zajímavých poznatků. Na základě těchto zahraničních poznatků bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců. Jako zakladatelku a vůdčí osobnost českého hospicového hnutí můžeme označit MUDr. Marii Svatošovou, která stála u zrodu prvního českého hospice, a to konkrétně hospice Anežky České v Červeném Kostelci (otevřen v roce 1995). Marie Svatošová je také zakladatelkou občanského sdružení Ecce Homo (sdružení pro

podporu domácí péče a hospicového hnutí) a podílela se na zprovoznění řady dalších českých i moravských hospiců (za své zásluhy v oblasti hospicové péče je Marie Svatošová držitelkou několika státních vyznamenání). Roku 1998 byly založeny dva hospice, a to v Praze a v Plzni. O rok později pak v Rajhradě a v roce 2001 v Litoměřicích. Všechny tyto hospice měly kapacitu 25-30 lůžek, neboť to bylo ideální řešení, jak po stránce ekonomické, tak po stránce rodinného charakteru. První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v roce 1992 při nemocnici v Babicích nad Svitavou. Aktuálně je v České republice více než 25 hospicových zařízení [1, 21].

2.1.3 Obecná a specializovaná paliativní péče

Obecná paliativní péče je označení pro dobrou klinickou péči o pacienta ve stádiu pokročilého onemocnění. Součástí je dobrá komunikace nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou. Léčba by měla být orientovaná na kvalitu života pacienta a jeho rodiny včetně psychosociální podpory. Obecnou paliativní péčí by měli být schopni poskytovat lékaři i sestry všech odborností v rámci své každodenní klinické praxe. Některé aspekty obecné paliativní péče jsou zdravotníky poskytovány automaticky v rámci jejich stávajících zdravotnických struktur. Součástí obecné paliativní péče je vyhodnocování pacientova zdravotního stavu, zhodnocení smysluplnosti další léčby a porozumění pacientovi. Dále sem můžeme zařadit respekt k pacientovi, léčbu bolesti a jiných symptomů, podporu rodiny pacienta a doporučení k dalším odborníkům [14, 20].

Specializovaná paliativní péče je poskytována týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a mají potřebné zkušenosti. Hlavní pracovní náplní těchto specialistů je právě poskytování paliativní péče. Požadavkem na zařízení, ve kterých je poskytována specializovaná paliativní péče je rovněž větší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Specializovaná paliativní péče je poskytována v takových případech, kdy pacient nebo jeho rodina mají takové obtíže, které přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče [14, 20].

Větší část z celkového objemu paliativní péče má charakter obecné, avšak přechod mezi nimi by měl být plynulý [20].

2.1.4 Základní organizační formy specializované paliativní péče

Domácí paliativní péče (mobilní hospic) poskytuje specializovanou péči v domácím prostředí pacientů formou návštěv členů hospicového týmu (lékaři-specialisté, sestry, ošetřovatelé, dobrovolníci). Garantuje dostupnost péče 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Velmi důležitou součástí je práce s rodinou a blízkými pacienta, kteří se většinou aktivně zapojují do péče. Součástí domácí paliativní péče je i podpora pozůstalých v době truchlení [14, 20].

Lůžkový hospic je zpravidla samostatně stojící lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou péči pacientům v preterminálním a terminálním stádiu nevléčitelné nemoci (obvyklá délka pobytu bývá pouze několik týdnů). Důraz je kladen zejména na individuální potřeby a přání každého pacienta a žádný úkon nesmí být prováděn s jeho nesouhlasem. Snahou lůžkového hospice je vytvoření takového prostředí, ve kterém by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svou rodinou. V České republice má většina hospiců kapacitu kolem 25 lůžek [20].

Konziliární tým paliativní péče v rámci konkrétního zdravotnického zařízení posiluje pocit kontinuity péče, vzhledem k tomu, že pacient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen. Součástí konziliárního týmu jsou specialisté z oboru paliativní péče, vždy je to lékař, sestra, sociální pracovník, případně psycholog. Konziliární tým ovlivňuje kvalitu paliativní péče a přispívá k postupné edukaci [20].

Oddělení paliativní péče (OPP) pečuje o takové pacienty, kteří potřebují kromě komplexní paliativní péče pro další diagnostiku a léčbu i ostatní služby a komplement nemocnice. V rámci možností konkrétního zařízení OPP usilují o realizaci hospicového ideálu. Ve fakultních nemocnicích mají rovněž velkou edukační roli. OPP většinou slouží jako lůžková základna pro konziliární tým paliativní péče [20].

2.1.5 Nejčastější skupiny pacientů vyžadující paliativní péči

- Nádorová onemocnění
- Konečné stádium chronického srdečního selhávání
- Konečné stádium chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN)
- Konečné stádium jaterní cirhózy či onemocnění ledvin
- Konečné stádium AIDS

- Neurologická onemocnění (roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza, demence, imobilizační syndrom po CMP, Parkinsonova choroba)
- Vrozené pediatrické syndromy
- Polymorbidní geriatrickí pacienti [17, 20]

2.1.6 Komunikace s pacientem a jeho rodinou

Dobrá komunikace je nezbytným základem interakcí mezi sestrou, umírajícím pacientem a jeho rodinou [16].

Základní principy komunikace s umírajícím pacientem:

- Mluvit o tom, o co má umírající zájem
- Aktivně naslouchat, vybízet ke komunikaci
- Nevyvracet naději na život
- Neodhadovat čas, který umírajícímu zbývá
- Akceptovat pacientovy názory a reakce
- Neorientovat téma rozhovoru na náročné filozofické úvahy a problémy
- Využívat ticho jako projev účasti a rozjímání
- Poskytnout prostor na vzpomínání
- Respektovat pacientovu víru a životní přesvědčení
- Nemoralizovat pacienta a neopravovat ho
- Nenapovídat, co by měl pacient cítit
- Projevovat empatii (a to i na neverbální úrovni)
- Nepřipustit komunikační izolaci [13]

2.1.7 Paliativní péče v intenzivní medicíně

Paliativní a intenzivní péče jsou v dnešní době vnímány jako protichůdné póly současné medicíny. Intenzivní medicína je vnímána jako obor s centrální rolí, uplatňovaný zejména na jednotkách intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO) a patří k nejdůležitějším medicínským specializacím. Cílem intenzivní péče je zachování života a zdraví pacienta, tedy udržovat život. Termín „udržovat život“ však nesmí být zaměňován za „prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze naplnit cíle intenzivní péče, je nutné pacientovi

nabídnout takovou péči, která zabezpečí nejen uspokojování biologických potřeb, ale rovněž i sociálních a spirituálních (v terminální fázi onemocnění často vystupují spirituální potřeby do popředí více než potřeby biologické). Péči, která zajistí eliminaci bolesti, dyskomfortu a strádání a která do posledních chvil života zachovává lidskou důstojnost, neboť každý člověk má právo na důstojný konec života. Pacienti se v období konce života obávají nejvíc právě ztráty autonomie, důstojnosti a soběstačnosti dokonce více než samotné smrti. Řeč je o paliativní medicíně, která se vyvinula jako potřeba pečovat o pacienty, u kterých již současná medicína nenabízí možnost kurativní terapie. Léčebné postupy využívané v intenzivní medicíně musí mít vždy reálný předpoklad příznivého účinku a nesmí převažovat rizika komplikací, bolesti či strádání pacienta (marná a neúčelná léčba). Přestože jsou oba obory na první pohled téměř neslučitelné, lze u nich nalézt mnoho společného a svým působením zasahují do všech ostatních lékařských oborů. Subjektem poskytované péče jsou nejvíce nemocní pacienti (primárně ve stavu ohrožení života a většinou s různým stupněm multiorgánového selhání). Hlavní cíl intenzivní medicíny (záchrana života) jde zároveň s prvotním cílem paliativní péče, kterým je zachování kvality života pacienta. Profesionální, kvalitní a holistická péče na jednotkách intenzivní péče musí být tedy jednoznačně kombinací obou uvedených přístupů [7, 10, 12, 15, 16, 20].

Rozvoj intenzivní medicíny (druhá polovina 20. století) s sebou přinesl nejen zvýšení možnosti přežití dříve neléčitelných pacientů, ale i nové problémy (zejména etické, morální a právní). Společnost nabyla optimismu, že léčebné možnosti jsou neomezené a že dokážeme lidský život prodlužovat téměř do nekonečna (vítězná medicína), avšak bez ohledu na kvalitu prodlouženého života či přání pacienta. Přibyly tedy otázky týkající se kvality života pacientů, specifických psychických problémů, problematiky znovuzaražení do běžného života či pracovního procesu. Tyto otázky však začaly být řešeny až v poslední době, kdy si naše společnost připustila, že ne všichni pacienti mohou být i sebelepší intenzivní medicínou zachráněni. Intenzivní péče sice umožňuje svým zdokonalením zvýšení přežití pacientů s akutními stavy, ale s tím také narůstá počet pacientů dlouhodobě závislých na umělé plicní ventilaci a dalších postupech intenzivní péče („chronical critically ill“). Nejen vzhledem k vysoké spotřebě ekonomických, ale i lidských zdrojů je proto žádoucí racionálně využívat intenzivní péči pro pacienty, kde můžeme očekávat reálný přínos léčby [8, 15, 20].

Paliativní a intenzivní medicínu od sebe nelze oddělovat. Paliativní péče je nedílnou součástí intenzivní medicíny a je v souladu jak s medicínskými, tak i s právními a etickými principy. Oba přístupy na sebe navazují a v určitých úsecích se mohou překrývat. Paliativní

péče je na JIP/ARO poskytována mnoha pacientům. Je třeba si uvědomit, že život je konečný, a to i v prostředí intenzivní medicíny a smrt není vždy nepřijatelná prohra. U pacientů v intenzivní péči nesmí za žádnou cenu dojít k prodlužování umírání, což je v přímém rozporu s etickými principy a Chartou práv umírajících. Nezahájení či nepokračování léčby musí být vždy odborné, medicínské rozhodnutí o rozsahu poskytované péče a poté ho nelze zaměňovat za eutanázii či úmyslné ublížení na zdraví. Pokud je pacient schopen, má právo odmítnout nabízenou léčbu i v případě, kdy její neposkytnutí může mít za následek smrt. Musí být však o těchto skutečnostech plně informován a musí být ve stavu, kdy jim je schopen plně porozumět [7, 8, 15, 20, 23].

V intenzivní medicíně hraje jednu z nejdůležitějších rolí třídění nemocných (triage). Pro příjem nemocných platí přísná kritéria. Na oddělení intenzivní medicíny nelze přijímat pacienty pro tuto úroveň péče „málo nemocné“, ale ani takové, kteří jsou nemocní terminálně a nepomůže jim již ani sebelepší intenzivní péče. Hospitalizace terminálně nemocných pacientů nejen nezlepší jejich prognózu, ale je rovněž lidsky a ekonomicky neadekvátní. Příjem pacientů má být proto omezen pouze na ty nemocné, u kterých je možné předpokládat přínos poskytované intenzivní péče a je u nich reálná naděje na obnovení nebo alespoň zlepšení orgánových funkcí a zároveň předpokládá dobrou kvalitou následného života. Lékaři se však často setkávají s pacienty v urgentním stavu (srdeční zástava, akutní respirační nedostatečnost) a neznají plné informace o jejich zdravotním stavu. V takovém případě platí pravidlo, že pokud lékař nemá dostatečné informace o zdravotním stavu pacienta, je povinen zahájit léčbu s cílem zachránit život a obnovit zdraví pacienta. V období po stabilizaci životních funkcí získává lékař i ostatní zdravotníci další informace o současném stavu pacienta a může dojít k přehodnocování rozsahu péče po celou dobu poskytované léčby. Mnohdy je žádoucí multioborové posouzení vývoje a prognózy stavu pacienta (intenzivista, onkolog, kardiolog, pneumolog, paliatr). Konečné rozhodnutí o rozsahu poskytované léčby je odpovědností ošetřujícího lékaře [15, 20].

Základní principy přechodu z intenzivní na paliativní péči:

- Návrh k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu či z rodiny pacienta.
- Pacientovo přání a názor rodiny musí být zahrnuty do rozhodování o zahájení paliativní péče (kdykoliv je to možné).

- Rodina pacienta by měla být informována o léčebném postupu a měla by být umožněna její přítomnost u pacienta (pokud s tím pacient souhlasí).
- Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti jak lékaři, tak nelékařský zdravotnický personál z ošetřujícího týmu.
- Výsledek rozhodnutí o zahájení paliativní péče by měl být přijat všemi členy ošetřujícího zdravotnického týmu, pacientem i jeho rodinou.
- V případě neshody mezi ošetřujícím týmem a rodinou pacienta by měl být přizván ke konzultaci jiný nezávislý lékař či etická komise.
- Za závěrečné rozhodnutí o přechodu z intenzivní na paliativní péči je zodpovědný ošetřující lékař pacienta, který také nese právní zodpovědnost.
- Rozhodnutí o nepokračování marné a neúčelné léčby či zahájení paliativní péče musí být zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci pacienta.
- Diagnostické a léčebné postupy by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány (minimálně jednou za den) a jakékoliv již přijaté rozhodnutí může být (v odůvodněných případech) změněno [7, 15, 23, 25].

Doporučení k optimální komunikaci s pacientem při přechodu na paliativní péči

- Zařadit do rozhovoru cíle péče podle diagnózy a prognózy pacienta.
- Předložit pacientovi plán léčby a péče (včetně nejhodnějšího umístění).
- Ponechat pacientovi dostatečný čas k poradě s rodinou.
- Dokumentovat průběh rozhovoru a konečné rozhodnutí o další léčbě.
- V dokumentaci uvést míru, jak je pacient schopen porozumět své diagnóze a na jaké úrovni je schopen o plánu péče rozhodovat [11].

Podmínky, které musí pacient splnit, aby jeho rozhodnutí o další léčbě mohlo být hodnoceno jako platné:

- Rozumí svému zdravotnímu stavu a navrhovaným možnostem léčby.
- Je schopen učinit svobodné rozhodnutí o volbě dalšího léčebného postupu (v případě nejistoty, zda je pacient ve stavu, kdy je schopen o tomto rozhodovat, je na místě konzultace s etickou komisí či s konziliárním psychiatrem).
- Je schopen komunikace a své rozhodnutí zformulovat a potvrdit [11].

Pro poskytování optimální péče pacientům se závažným onemocněním v intenzivní péči je velice důležitý **multidisciplinární přístup**. Vzhledem k omezeným možnostem ošetřujícího lékaře je žádoucí, aby členy multidisciplinárního týmu byli odborníci v požadovaných oblastech. Standardně jsou proto využívány **multidisciplinární týmy paliativní péče**. Konziliární tým představuje oporu pro ošetřujícího lékaře a podílí se rovněž na tvorbě plánu péče konkrétního pacienta. Multidisciplinární tým paliativní péče je veden lékařem specialistou, ostatními členy jsou: sestra, sociální pracovník, klinický psycholog, spirituální pracovník a další. Konziliární tým poskytuje služby u lůžka pacienta [18].

Tabulka 1 - Přehled výkonů péče poskytované paliativním týmem [18]

| | |
|--|--|
| Konziliární služby lékaře specialisty v oboru paliativní medicína | Podpora při tvorbě plánu péče, rozhovor o preferencích a hodnotách pacienta a jeho rodiny, podpora při obtížné komunikaci s pacientem, etické poradenství. |
| Psychologická péče o pacienty s potřebou paliativní intervence | Krizová intervence v souvislosti se sdělováním nepříznivé prognózy pacientovi a jeho rodině, psychologická podpora pacienta a jeho rodiny. |
| Sociální poradenství u pacientů s potřebou paliativní intervence | Podpora při zajištění následné péče v domácím prostředí nebo institucionální péči, podpora při orientaci v dostupnosti sociálních služeb, sociálních dávek či zajišťování kompenzačních pomůcek. |

2.2 Základní diagnózy zkoumaných pacientů

2.2.1 Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN)

Chronická obstrukční plicní nemoc je charakterizována omezeným průtokem vzduchu průduškami (bronchiální obstrukcí) a není plně reverzibilní. Bronchiální obstrukce má často tendenci gradovat a tím spustit abnormální zánětlivou reakci [9].

Stádia CHOPN

Rozlišujeme čtyři stádia průběhu onemocnění (lehké, středně těžké, těžké a velmi těžké). Pacienti s lehkým a středně těžkým stádiem většinou umírají na kardiovaskulární onemocnění či rakovinu plic. Těžká a velmi těžká stadia pak na respirační selhání [9].

Tabulka 2 - Klasifikace CHOPN podle tíže [9]

| Stádium | Klinické projevy |
|----------------------------|--|
| Lehké (I.) | Bez příznaků či chronické příznaky (kašel, expektorace), pacient si zatím neuvědomuje abnormální funkci plic. |
| Středně těžké (II.) | Bez příznaků či chronické příznaky (kašel, expektorace), příznaky většinou progredují a objevuje se námahová dušnost, v tuto chvíli pacient většinou vyhledává lékaře. |
| Těžké (III.) | Bez příznaků či chronické příznaky (kašel, expektorace), typické zhoršení dušnosti (omezuje pacienta v běžných denních činnostech), exacerbace se opakují. |
| Velmi těžké (IV.) | Kvalita života pacienta je zhoršena, exacerbace mohou být život ohrožující stav. |

Exacerbace

Exacerbace je definována jako náhlé zhoršení obvyklých obtíží, jakými jsou dušnost, kašel či vykašlávání. Dělíme je na časté exacerbace, které se vyskytují minimálně dvakrát ročně ve třech po sobě jdoucích letech a na těžké exacerbace. Ke konstatování těžké exacerbace stačí splňovat jedno z následujících kritérií:

- změna vědomí – spavost, zmatenost či naopak agitovanost a neklid
- dechová frekvence > 25/min
- tepová frekvence > 110/min

Těžká exacerbace může přerůst v život ohrožující stav, který je indikací přijetí pacienta na ARO či JIP [9].

Klinické projevy

Mezi nejčastější symptomy CHOPN patří **kašel, expektorace hlenu a dušnost**. Pokud nedojde k exacerbaci, vyvíjí se toto onemocnění bez zjevných příznaků a zjistitelné je pouze spirometrickým vyšetřením. Při exacerbaci pak pozorujeme viditelnější známky a těmi jsou:

- Zapojování auxiliárního svalstva
- Zhoršení či vznik centrální cyanózy
- Paradoxní dýchání
- Vznik periferních otoků
- Hemodynamická nestabilita
- Známky pravostranného srdečního selhání [9]

Diagnostika

CHOPN je nutné odlišit především od bronchiálního astmatu. Diagnostika spočívá v přítomnosti příznaků, které jsou kompatibilní s CHOPN a na pozitivní anamnéze (vystavení pacienta rizikovým faktorům – kouření, chronické respirační onemocnění v rodině, výskyt respiračních infekcí). Pro klasifikaci CHOPN je důležité **spirometrické vyšetření** metodou smyčky průtok/objem a následné provedení **bronchodilatačního testu**. Při zamýšlení chirurgického zákroku je přínosné **CT či HRCT hrudníku**. Další vyšetřovací metodou je **saturace hemoglobinu kyslíkem** pomocí pulzního oxymetru (pokles pod 90 % znamená respirační insuficienci). Při známkách respirační insuficience či pravostranné srdeční insuficience se provádí **vyšetření krevních plynů** [9].

Léčba

Při monitoraci pacienta sledujeme zhoršení nemoci. Velmi důležité je sledovat účinky farmakologické i nefarmakologické léčby včetně nežádoucích účinků.

- **Absolutní zákaz kouření** (k odvykání kouření se v České republice používá např. vareniclin)
- **Farmakoterapie** (inhalační bronchodilatancia jsou lékem první volby, dále inhalační kortikosteroidy a methylxantiny, při podezření na bakteriální příčinu exacerbace jsou indikována antibiotika)
- **Rehabilitace** (délka rehabilitace by neměla být kratší než dva měsíce, zahrnuje respirační fyzioterapii, dechovou gymnastiku, kondiční tělesná cvičení a úpravu denního režimu)
- **Očkování protichřipkovou vakcínou**

- **Dlouhodobá oxygenoterapie** (kontrolovaná krátkodobá léčba kyslíkem (O₂) se provádí u hospitalizovaných pacientů s CHOPN, dlouhodobá domácí oxygenoterapie (DDOT) je určena k léčbě pacientů s chronickou respirační insuficiencí)
- **Chirurgická léčba** (bulektomie, volumredukční operace či transplantace plic)
- **Edukace pacienta a jeho rodiny** [9]

Prognóza

CHOPN je celoživotní nemocí, pokud jednou propukne, nedá se zastavit (ani farmakologicky ani nefarmakologicky). Prognózu ovlivňuje progresse onemocnění, vznik komplikací a komorbidit. Rozhodující je včasná diagnostika, zanechání kouření, účinná léčba, monitorování a trvalá edukace pacienta [9].

2.2.2 Kolorektální karcinom (KR-CA)

Kolorektální karcinom je zhoubný nádor, který vychází ze sliznice tlustého střeva a konečníku. Histologicky se většinou jedná o adenokarcinom. Nejprve metastazuje do regionálních mízních uzlin, dále portálním řečištěm do jater, a nakonec do plic. 90 % KR-CA je **sporadických** (objevují se u pacientů bez predisponujícího onemocnění – idiopatické střevní záněty, či u pacientů bez hereditární zátěže). Zbývajících 10 % jsou **hereditární** karcinomy (vloha pro vznik je předávána v genech rodičů). Vyskytuje se nejvíce u pacientů ve věku 70-80 let. První místo ve výskytu KR-CA na světě zaujímá Česká republika. U mužů i žen se jedná o druhý nejčastější zhoubný nádor (u mužů po karcinomu plic, u žen po karcinomu prsu). Vznik kolorektálního karcinomu je podmíněn vnitřními (genetické predispozice, polypy tlustého střeva, ulcerózní kolitida, Crohnova choroba, Lynchův syndrom) i vnějšími (stravovací návyky – maso a jeho nevhodná úprava, nedostatek zeleniny, ovoce, vlákniny, vitamínu D a C, kouření, alkohol, obezita) rizikovými faktory. Nejnižší výskyt je v rozvojových zemích a nejvyšší v průmyslově vyspělých zemích [3, 9, 19].

Klinický obraz

Klinické příznaky se často objevují až u pokročilého stádia onemocnění, což také přispívá ke špatné prognóze (v časných stádiích je dobře léčitelný). Příznaky závisí na lokalizaci nádoru (pravá polovina tlustého střeva – 36 %, levá polovina tlustého střeva – 64 %, rektum – 30 %) a typu expanze [9].

- **Sideropenická a mikrocytární anemie** (u nádorů v pravé polovině tlustého střeva)
- **Dušnost při anemii** (z chronických ztrát při krvácení z nádoru)
- **Krvácení a porucha pasáže** (u nádorů v levé polovině tlustého střeva)
- **Střídání průjmu a zácpy** (u nádorů v levé polovině tlustého střeva)
- **Tenesmus** (nucení na stolicí s odchodem pouze malého množství stolice, vyskytuje se u nádorů lokalizovaných v rektu)
- **Necharakteristické zažívací potíže** (tlaky, nadýmání)
- **Váhový úbytek** (až kachektizace)
- **Nechutenství, slabost** [9, 19]

Diagnostika

- **Fyzikální vyšetření** (v časném stádiu – nebývá nápadný nález, v pokročilých stádiích – hmatná břišní rezistence, zvětšená a tvrdá játra)
- **Laboratorní vyšetření** (nádorové markery mohou být několikanásobně zvýšené, zvýšená sedimentace erytrocytů, anemie, při metastatickém postižení jater se objevuje elevace jaterních enzymů)
- **Koloskopické vyšetření s bioptickým odběrem**
- **RTG irigografie**
- **UZ, CT, MR** (staging nádoru)
- **CT malé pánve** (při postižení rekta)
- **RTG plic** (k vyloučení metastatického poškození plic) [9, 19]

Terapie

Terapie závisí na celkovém stavu pacienta, na lokalizaci nádoru a stádiu onemocnění. Léčbu lze rozdělit na **kurativní** (cílem je úplné a definitivní vyléčení pacienta) a **paliativní** (cílem je zmírnit utrpení a zkvalitnit zbývající život pacienta). V obou případech se uplatňuje samostatně nebo i v kombinaci chirurgická a onkologická léčba [9, 19].

- **Chirurgická léčba** (radikální výkony: pravostranná či levostranná hemikolektomie s lymfadenektomií, paliativní výkony: anastomózy, které obcházejí nádorovou překážku (ileo-transverso-anastomóza, transverso-rekto-anastomóza), stomie nad nádorem, zavedení stentu k zajištění průchodnosti nádorové stenózy)

- **Onkologická léčba** (neadjuvantní terapie – před chirurgickým výkonem (ke zmenšení objemu nádoru, aplikování radioterapie či chemoterapie), adjuvantní terapie – po operačním výkonu, paliativní terapie – aplikování radioterapie nebo chemoterapie u nádorů, které nelze operovat) [9, 19]

Prevence

Základní snahou je včasná diagnostika kolorektálního karcinomu v bezpříznakovém období. V tom období je totiž velká šance na definitivní vyléčení. K časné diagnostice kolorektálního karcinomu se využívají preventivní opatření. Primární prevence je eliminace rizikových faktorů, sekundární pak kolorektální screening. Na KR-CA je nutno pomyslet u každého pacienta nad 50 let, u kterého se objeví krvácení nebo náhlá změna defekačního rytmu. U všech osob starších 40 let se provádí vyšetření per rectum. U osob starších 50 let se jednou za dva roky provádí vyšetření na okultní krvácení a při pozitivitě je indikována koloskopie [9, 19].

2.2.3 Amyotrofická laterální skleróza (ALS)

Amyotrofická laterální skleróza je závažné neurodegenerativní onemocnění, patřící do skupiny „onemocnění motoneuronu“, projevující se postupnou ztrátou mozkových a/nebo míšních motoneuronů a postupným prohlubováním motorických paréz s výskytem fascikulací nejprve monomelicky a postupně se toto postižení projeví na ostatních končetinách, svalech trupu a bulbárních svalech [26].

Rozdělení ALS

ALS dělíme na klasickou spinální ALS (cca 65 %), postihující celkově centrální i periferní motoneurony převážně na končetinách a progresivní bulbární paralýzu (cca 25 % všech ALS případů), kde dochází k postižení bulbárních svalů při lézi periferních motoneuronů [26].

Etiologie

Patofyziologie tohoto onemocnění je doposud neodhalena, ale v dnešní době se většina autorů přiklání k hypotéze komplexní patofyziologie, tedy souhry genetické predispozice, vícečetných faktorů zevních vlivů což vede k neurodegeneraci motoneuronů. Tato neurodegenerace je nejspíše způsobena mnoha faktory, mezi které patří:

- Dysfunkce mitochondrií a neurofilament
- Oxidativní stres
- Poruchy homeostázy kalciového metabolismu
- Toxické působení excitačních aminokyselin – např.: glutamát
- Porucha axoplazmatického transportu
- Působení prozánětlivých cytokinů [26]

Klinické projevy

Onemocnění se projevuje nejčastěji po 50. roku života, ale jsou známy i případy, kdy k progresi onemocnění došlo v dřívějších letech. Hlavním příznakem je postupné rozvíjení svalové slabosti, a to nejčastěji smíšené parézy, kvůli vzájemnému postižení centrálních a periferních motoneuronů. V opačném případě (méně často) je to pak paréza periferní, kdy dochází ke vzniku svalových atrofií, nebo centrální zvlášť. Zpočátku ALS probíhá pomalu a nenápadně s částečným postižením jen určité svalové skupiny většinou na jedné horní či jedné dolní končetině, většinou akrálně (pozorovatelná je slabost, nemotornost končetiny, potíže při chůzi a brzy vznikají atrofie). Méně často ALS probíhá bulbárním syndromem (dysartrií, dysfagií a atrofií či fascikulacemi jazyka). Bulbární forma je častější u žen, a to nad 70 let. Téměř u všech pacientů s bulbární formou se postupně začne objevovat sialorhea (nadměrné slinění v důsledku chybění polykání slin), lehká centrální faciální paréza, pseudobulbární symptomy (jako je emoční labilita) a do 1 až 2 let od počátku bulbárních symptomů, se rozvíjí postižení končetin. Charakteristickým znakem pro toto onemocnění jsou samovolné stahy jednotlivých motorických jednotek (fascikulace). Mezi další časté příznaky patří svalové křeče (krampí), které postihují končetinové svalstvo, ale i svalstvo axiální. Mohou, ale nemusí být přítomné pyramidové iritační jevy, např. Babinského příznak. Během ALS můžeme pozorovat u pacientů i řadu komorbidit – zvýšenou salivaci, poruchy spánku a únavu, emoční labilitu, depresi či úzkost a zácpu. Prognóza onemocnění je většinou nepříznivá a průměrné trvání je mezi 2 a 4,3 lety. Jednou z nejčastějších příčin úmrtí je respirační selhání a další ventilační komplikace (pneumonie) [2, 26].

Diagnostika

ALS je možné diagnostikovat nejprve klinicky podle tzv. revidovaných El Escorial kritérií a přístrojově lze potvrdit pomocí elektromyografického vyšetření. V rámci diferenciální diagnostiky se doplňuje magnetická rezonance mozku a vyšetření mozkomíšního moku [26].

Léčba

Při terapii ALS je zapotřebí multidisciplinárního přístupu a léčba je zaměřena především symptomaticky. Hojně je v dnešní době kladen důraz právě na paliativní péči. Průběh tohoto onemocnění lze zpomalit podáváním riluzolu, který inhibuje glutamát a je doposud jediným prokazatelně prospěšným lékem, ač pacientův život prodlužuje v průměru o 2-3 měsíce. Symptomatická léčba je nejčastěji zaměřena na podávání mukolytik (zlepšení odkašlávání), antiepileptik, myorelaxancií (svalové křeče) a běžných analgetik či opioidů [26].

2.3 Další diagnózy zkoumaných pacientů

2.3.1 Chronická plicní hypertenze

Je charakterizována jako zvýšení středního tlaku v plicnici nad 25 mmHg v důsledku mnoha onemocnění, která mají vliv na plíce, srdce a/nebo regulaci dýchání [9].

Dělení

- Plicní arteriální hypertenze
- Plicní hypertenze při postižení levého srdce
- Plicní hypertenze při plicních onemocněních a/nebo při hypoxémii
- Chronická trombembolická plicní hypertenze
- Plicní hypertenze z neznámých příčin a/nebo s multifaktoriálním mechanismem vzniku [9]

Podle závažnosti bychom pak mohli rozdělit plicní hypertenzi na:

- Lehkou – střední tlak v plicnici - 26-35 mmHg
- Středně těžkou – střední tlak v plicnici – 36-45 mmHg
- Těžkou – střední tlak v plicnici - > 45 mmHg [9]

V klinice se často setkáváme s pojmem cor pulmonale a to většinou u pacientů s chronickým plicním onemocněním. Tento pojem vyjadřuje vliv postižení plic na činnost srdce. Za chronické cor pulmonale je pak označován stav, kdy je porušena funkce a struktura pravé komory srdeční postupným zvyšováním prekapilární plicní hypertenzí. Může se též vyvinout tzv. dekompenzované chronické cor pulmonale, které se kromě obvyklých příznaků

vyznačuje poruchou vnitřního prostředí s hypoxémií a častokrát hyperkapnií, zvýšením centrálního žilního tlaku a retencí tekutin s otoky [9].

Klinický obraz

Diagnostika chronické plicní hypertenze je často pozdní, neboť převažují příznaky související se zvýšením tlaku v plicnici, nespecifické pro jednotlivé typy plicní hypertenze. Nejčastějším příznakem je postupná gradující námahová dušnost a unavenost spojená s anginózní bolestí na hrudi, vyvolanou ischemií pravé komory, synkopy a presynkopy, které jsou způsobeny nízkým srdečním výdejem. Mezi ne tak časté symptomy potom patří chrapot, kašel a hemoptýza. Progrese plicní hypertenze se projevuje zejména na poslechovém nálezů na srdci. Jako častým fenoménem bývá akcentace druhé ozvy nad plicnicí, přítomnost čtvrté ozvy a cvalového rytmu. U pokročilejších stádií plicní hypertenze může být slyšitelný šelest trikuspidální a pulmonální regurgitace, může být přítomna náplň krčních žil a hmatná systolická pulsace v prekordiu a v epigastriu. V případě hypertrofie pravé komory můžeme nacházet otoky a cyanózu [9].

Vyšetřovací metody

Mezi základní vyšetřovací metody plicní hypertenze patří echokardiografie, která slouží k posouzení velikosti, tvaru, funkce pravé komory, hypertrofie a k odhadu tlaku v plicnici. Nejvýznamnější a rozhodující je dopplerovské echokardiografické vyšetření. Na EKG můžeme nalézt ve svodu II, III a aVF tzv. P pulmonale, které je hrozně vysoké více jak 3 mm, což svědčí pro zvětšení pravé síně. Dále pak můžeme nalézt vyšší voltáž kmitu R ve svodech V1-V3 a osu srdeční stočenou doprava. K velmi významným diagnostickým prostředkům se řadí plicní biopsie a pravostranná srdeční katetrizace s hemodynamickým vyšetřením, ukazující přesnou kvantifikaci, určení srdečního výdeje a plicního cévního odporu a k měření vazodilatační odpovědi při testu akutní plicní vazodilatace [9].

Plicní hypertenze u CHOPN

V 8-10 % bývá CHOPN komplikována lehkou formou plicní hypertenze a je třeba nasadit oxygenoterapii, která bývá jedinou možnou terapií prokazatelně bránící progresi plicní hypertenze a zlepšující prognózu pacientů spolu s adekvátní léčbou základního onemocnění.

U pacientů s dlouhodobou domácí oxygenoterapií je rozhodující délka inhalace, neboť kyslíková léčba má především vliv na zlepšení oxygenace tkání [9].

2.3.2 Hypokalemie

Kalium (K^+) neboli draslík je hlavní intracelulární kation. Jeho fyziologická hodnota v séru či plazmě je 3,8 - 5,1 mmol/l. Koncentrace K^+ se nesmí hodnotit izolovaně, ale vždy ve vztahu pH krve. Při poklesu pH (acidóza) se kalemie zvyšuje, při vzestupu pH (alkalóza) se kalemie snižuje. Kalium je součástí funkce mnoha orgánů (svalstva, ledvin, dýchacího, kardiovaskulárního, endokrinního a nervového systému). Je také důležité v procesu růstu a dělení buněk. Zásobárna kalia je ve svalech a v játrech. Hlavní význam K^+ je stimulace sekrece inzulínu, glukagonu, katecholaminů a aldosteronu. Vysoké hladiny hormonů (somatotropní hormon (STH), adenokortikotropní hormon (ACTH), luteotropní hormon (LH)) bývají spojeny s hyperkalemií. Dlouhodobá hypokalemie naopak vede ke snížení sekrece inzulínu, aldosteronu a STH [4, 27].

Hypokalemie je pokles koncentrace kalia pod 3,8 mmol/l. Příčinou hypokalemie je především ztráta kalia trávicím traktem (zvracení, průjem, střevní píštěle, zavedená nazogastrická sonda), ledvinami (osmotická diuréza (nekontrolovaný diabetes), zotavení z obstrukčního renálního selhávání, nefritida, diuretika, chronická metabolická alkalóza, hyperaldosteronismus, Bartterův syndrom), přesunem K^+ z extracelulárního (ECT) do intracelulárního (ICT) prostředí (alkalóza, adrenalin, izoproterenol, inzulín), nedostatečný příjem K^+ (deficitní strava), zejména u starších pacientů [4, 27].

Klinické příznaky hypokalemie

- **Poruchy rytmu** – změny na EKG se projevují až při kalemii $< 3,0$ mmol/l, ploché T vlny, klesá úsek S-T, objevuje se vlna U, při kalemii 2,0 – 2,5 mmol/l se zvyšuje vlna P a prodlužuje interval P-R, mohou vznikat předčasné síňové i komorové kontrakce, supraventrikulární tachykardie, atrioventrikulární bloky, komorová tachykardie i fibrilace síní
- **Neuromuskulární projevy** – svalová slabost, křeče, bolest, parestezie, paralýza
- **Gastrointestinální projevy** – klesá motilita střev – zácpa až paralytický ileus [27]

Léčba hypokalemie

Rychlou a okamžitou léčbu vyžaduje pouze těžká hypokalemie (< 2 mmol/l). Okamžitou léčbou je i. v. podání chloridu draselného (KCl) nebo hydrogenuhličitanu draselného (KHCO₃). Nutná je kontrola EKG [27].

U pacientů, kteří jsou v klinicky stabilizovaném stavu k substituci, pomůže znalost močového vylučování kalia, jak před zahájením terapie, tak i v jejím průběhu. Při substituci by měl být příjem kalia vyšší než jeho močové vylučování. Substituce kalia je buď **parenterální** (intravenózně K⁺ do periferní žíly pouze ve formě infúze (koncentrace K⁺ nesmí překročit 40 mmol/l), koncentrovaný roztok K⁺ kontinuálním dávkovačem do centrální žíly, 10–20 mmol K⁺ ve 100 ml fyziologického roztoku během 60 minut infuzní pumpou) nebo **perorální** (jakmile je to možné) – potraviny bohaté na draslík (meruňky, višně, banány), někdy bývají nutné i další přísady solí K⁺, obvykle KCl. Při dlouhotrvající hypokalemii je rovněž nutná **substituce magneziumem**. Vždy je nutné upravovat acidobazickou rovnováhu, sledovat kaliurézou a kalemii a objem ECT [4, 27].

2.3.3 Dušnost

Dušnost je subjektivně vnímaný pocit těžkého dýchání nebo nedostatku vzduchu. Podkladem dušnosti je zvýšená dechová námaha, kterou pacient potřebuje pro každý dech. Dýchání je řízeno centrálními i periferními mechanismy a všechny jeho složky mohou být zdrojem dušnosti. Dušnost je stejně nepříjemná jako bolest, či úzkost a pacientovi přináší celkový dyskomfort. Vnímání dušnosti je individuální a závisí na fyziologických, psychických a sociálních faktorech. Dušnost je jedním z nejčastějších příznaků pokročilých stádií nádorových i nenádorových onemocnění [20, 27].

Příčiny dušnosti

- **Obstrukce horních dýchacích cest** (charakterizovaná inspirační dušností, příčiny: aspirace, útlak nádorem, otok hrtanu, stenóza trachey, bezvědomí)
- **Obstrukce dolních dýchacích cest** (charakterizována prodloužením výdechu a poslechovým nálezem pískotů, např. při astmatu)
- **Postižení plicního parenchymu** (záněty plic, pneumotorax, sarkoidóza, primární nádory i jejich metastázy)

- **Okluze plicních cév** (plicní embolie, tenzní pneumotorax)
- **Onemocnění hrudní stěny, dýchacích svalů** (vpáčený hrudník, Bechtěrevova nemoc, pohrudniční výpotky, vysoký nitrobřišní tlak, neurologické poruchy – ALS, paréza bránice)
- **Onemocnění srdce, selhávání levé komory** [27]

Obecné terapeutické zásady

- Zjistit a řešit příčiny, které jsou odstranitelné (infekce, aspirace, tromboembolická příhoda, léky vyvolávající dušnost).
- Pokud kauzální léčba není možná, volit symptomatický postup, který zlepšuje kvalitu života a ovlivňuje vnímání dušnosti.
- Rehabilitace, psychosociální podpora, antidepressivní léčba.
- Zvažovat, zda riziko nežádoucích účinků léčby nepřevažuje předpokládaný prospěch pro pacienta [20].

2.3.4 Celiakie

Celiakie je druh chronické enteropatie, která vzniká na podkladě genetických predispozic jedince při konzumaci obilovin obsahujících gluten. Je způsobená autoimunitní reakcí. Prevalence celiakie je odhadována na jeden případ v poměru 130-300 obyvatel [9].

Klinické projevy

- **Průjem** (stolice světlé až šedé barvy, nápadně páchnoucí)
- **Neprospívání, zástava či retardace růstu** (u dětí)
- **Ochabnutí svalové hmoty, progresivní snížení váhy**
- **Dermatitis herpetiformis Duhring** (kožní onemocnění, projevující se tvorbou svědivých drobných puchýřků na horních končetinách)
- **Anémie, hepatopatie** (zvýšení jaterních enzymů), **osteoporóza** [9]

Celiakie může probíhat asymptomaticky (více než 50 % dospělých nemá střevní obtíže). U takových pacientů jsou prokázány histologické změny na proximálním tenkém střevě a je pozitivní sérologický nález (nebývají přítomny žádné střevní ani extraintestinální symptomy). U pacientů s asymptomatickým průběhem lze pozorovat menší fyzickou

výkonnost, rychlejší unavitelnost a větší sklon k depresím. Po zavedení bezlepkové diety se tyto odchylky většinou normalizují. Dlouhodobé komplikace jsou stejně časté u těchto pacientů jako u nemocných s klinickými projevy celiakie [9].

Diagnostika

- **Sérologie** (stanovení antigliadinových protilátek, antiendomyziálních protilátky, test protilátek proti tkáňové transglutamináze)
- **Endoskopie** (znakem celiakie je snížení nebo chybění Kerkringových řas v tenkém střevě a příznak mozaikového reliéfu sliznice, endoskopie tedy má zásadní význam a u většiny nemocných umožňuje stanovit diagnózu celiakie, výhodou je také možnost cíleného odebrání biopsie)
- **Histologie** (odebrání vzorku sliznice z tenkého střeva je nejspolehlivější metoda pro diagnostiku celiakie, hlavní morfoloickou charakteristikou je snížený výskyt klků či jejich úplná absence) [9]

Terapie

Základem úspěšné léčby je celoživotní a úplné vynechání potravin obsahující lepek (**bezlepková dieta**). Hlavní zakázané potraviny jsou pšenice, ječmen a žito. Na začátku léčby je obvykle nutné zahájit také substituční terapii vitamíny, železem a kalcium. Při dodržování bezlepkové diety dochází nejprve k ústupu klinických projevů celiakie během několika týdnů, histologické změny i vymizení protilátek se dostaví až po několika měsících striktního dodržování diety [9].

2.3.5 Pneumotorax (PNO)

Pneumotorax je označení pro přítomnost volného vzduchu v dutině hrudní. Vzduch může pocházet z vnějšího prostředí nebo ze vzduchu, který je normálně lokalizovaný v plicní tkáni a dýchacích cestách. PNO vzniká nejčastěji poraněním plíce (např. fragmentem zlomeného žebra) či iatrogeně (při zavádění centrálního žilního katetru (CŽK), při punkci). Někdy může vzniknout spontánně při ruptuře cysty či emfyzémové buly na plicích. Důsledkem PNO může být kolaps plíce se stlačením velkých cév, což je život ohrožující stav [3, 9, 19].

Druhy PNO

- Podle mechanismu vzniku:
 - **Spontánní PNO** (primární, sekundární)
 - **Indukovaný PNO** (úraz či iatrogenní poškození)
- Podle rozsahu plicního kolapsu:
 - **Uzavřený PNO** (vzduch vnikl do pleurální dutiny jednorázově)
 - **Otevřený PNO** (trvajícím komunikace se vzduchem) [9]

Tenzní PNO je velmi nebezpečný druh PNO, jehož podkladem je přítomnost opakovaného inspiračního nasávání vzduchu otvorem v pleuře směrem do pleurální dutiny s následnou expirační obstrukcí otvoru. Objem vzduchu se zvyšuje a v intrapleurálním prostoru vzniká progresivně rostoucí přetlak, který vede ke kompresi a posunu mediastina k nemocné straně. Posun mediastina způsobuje mnoho komplikací (utlačení plic, defigurace trachey, komprimace horní duté žíly, angulace kavoatriální junkce, útlak pravé síně) a následně dochází k poklesu srdečního výdeje, k hypotenzi, k tachykardii, a nakonec k elektrické aktivitě bez pulzu [9].

Klinické projevy

Závisí na typu a rozsahu PNO, na stavu plic, na věku a přidružených chorobách [9].

Mohou sice existovat zcela asymptomatictí nemocní, typickými projevy však jsou:

- Bolest na hrudi
- Dušnost
- Suchý dráždivý kašel
- Vzácně hemoptyza a cyanóza [9, 19]

U tenzního PNO jsou hlavními příznaky progredující dušnost při ortopnoické poloze, tachypnoe, tachykardie, zvýšená náplň krčních žil, cyanóza a rozvoj šoku při útlaku velkých žil [19].

Diagnostika

U většiny nemocných lze v anamnéze zjistit úraz, lékařský zákrok v oblasti hrudníku (iatrogenní poškození) či plicní chorobu. Při fyzikálním vyšetření je přítomno oslabené až neslyšné sklípkovité dýchání a hypersonní (silně znějící) až bubínkový poklep. Základem diagnostiky je **skiagram hrudníku**, který umožňuje posoudit rozsah a lokalizaci PNO. Ve sporných případech pomáhá upřesnit lokalizaci **CT hrudníku** [9].

Léčba

Cílem léčby PNO je rychlé a bezpečné dosažení trvalého rozvinutí plíce na postižené straně a zabezpečení prevence vzniku recidivy PNO [9].

- Klidový režim, aplikace vysokoprůtokového O₂
- Odsátí vzduchu (jednorázová jehlová aspirace)
- Hrudní drenáž (otevřený PNO)
- Torakoskopie, Videoasistovaná torakoskopie
- Torakotomie s resekci postižené části plíce

U tenzního PNO je nutné urgentní převedení na otevřený PNO. Definitivní léčbou je hrudní drenáž s aktivním sáním. Drén se ponechává do úplného rozpětí plíce. Poté se uzavře na 24 hodin a pokud je plíce dobře rozvinutá (po RTG kontrole), lze drén odstranit [9, 19].

2.3.6 Fluidotorax

Fluidotorax je označení pro nahromadění tekutiny v pleurální dutině. Tekutina může vzniknout v souvislosti se zánětem plic, zánětem pleury, při nádorovém onemocnění či jako reakce na onemocnění, které probíhá v břišní dutině. Fluidotorax může také vznikat při hypoproteinémii u jaterní cirhózy a při plicním edému u srdečního selhávání [19].

Klinické projevy

- Dušnost, bolest na hrudi
- Poslechově oslabené až vymizelé dýchání
- Rozvoj respirační insuficience [19]

Diagnostika

Diagnostika spočívá v RTG plic a CT hrudníku [19].

Léčba

- Punkce
- Hrudní drenáž (při větším množství výpotku)
- Vyšetření výpotku (K+C, cytologie, biochemicky) [19]

Pokud se fluidotorax vyskytuje u pacienta, který trpí nevléčitelným onemocněním (metastatické poškození plic, cirhóza jater s portální hypertenzí), provádí se torakoskopicky pleurodéza („přilepení“ plíce k hrudní stěně) – chemicky (talkáš), bakteriologicky nebo mechanicky [19].

2.3.7 Akutní respirační selhání

O respiračním selhání mluvíme, je-li narušena funkce respiračního systému v jedné či obou základních funkcích. Tedy je-li porušena dodávka kyslíku do krve (hypoxemie: < 8 kPa) a/nebo vylučování oxidu uhličitého z krve (hyperkapnie: > 8 kPa). Z hlediska tělních pochodů je závažnější hypoxemie a to z důvodu snížení či zástavy aerobního metabolismu, což poškozuje přímo buňky. Při nastolení terapie by právě z tohoto důvodu mělo na prvním místě stát zhodnocení oxemie a v případě zjištění hypoxemie její rychlé odstranění. Selhání těchto funkcí je definováno jako respirační insuficience [4, 27].

Dělení

Respirační insuficienci rozdělujeme na akutní, kdy brzy přichází klinické obtíže a kompenzační mechanismy nejsou ještě plně rozvinuty a chronickou, kde se již na řešení situace podílejí kompenzační mechanismy, zejména při metabolické korekci respirační acidózy. Dále ji můžeme dělit na latentní (při zvýšené námaze) a manifestní, kde se příznaky projevují i v klidu [27].

Symptomatologie

Mezi objektivní příznaky respiračního selhání se řadí – tachypnoe, cyanóza, tachykardie, hypoxemie či hyperkapnie [27].

Léčba

Mezi základní kroky terapie respirační insuficience patří odstranění základního onemocnění, které ji způsobuje a oxygenoterapií s optimální frakcí O₂ a pozitivním tlakem v dýchacích cestách (DC) – umělou plicní ventilací včetně neinvazivní ventilace za použití PEEP, prodlouženého inspiračního apod. – což umožňuje znovuotevření zkolabovaných sklípků, zlepšuje transport O₂ přes alveolokapilární membránu a tím nepoměr mezi ventilací a perfuzí [27].

Příčiny vzniku

- Syndrom akutní dechové tísně (ARDS)
- Různé druhy plicního edému
- Kontuze plic
- Krvácivé stavy (Goodpastureův syndrom)
- Plicní embolie
- Plicní atelektázy
- CHOPN [27]

2.3.8 Septický šok

Septický šok je definován těžkou sepsí s hypotenzí nereagující na odpovídající volumoterapii a s ním spojené známky orgánové hypoperfuze [4].

Diagnostika

Nejprve je třeba udělat odběr hemokultur před podáním první dávky ATB (1x z periferního vstupu a pak 1x z ostatních invazivních katetrů zavedených do 48 hodin). Následuje mikrobiologické vyšetření, tedy odběr biologického materiálu (stěry z ran, moč, sputum a mozkomíšní mok). Ze zobrazovacích metod je to pak RTG hrudníku, echokardiografie a ultrasonografie břicha a suspektních měkkých tkání nebo CT břicha a hrudníku [4].

Léčba

Hlavními body terapie septického šoku je specifická léčba vyvolávající příčiny sepse (antibiotika) a udržení optimální tkáňové perfuze. Podle doporučených postupů Surviving Sepsis Campaign při léčbě sepse jsou to:

- **Kontrola zdroje infekce** (pomocí antibiotik nejlépe do 1 h od zjištění diagnózy (nutnost zohlednit působnost na určité patogeny a prostup léčiva k místu infekce), první dávku i.v. ve větším objemu kvůli většímu distribučnímu prostoru, v případě neznámé agens a nejistém původu musí antibiotika (ATB) krýt grampozitivní i gramnegativní agens a zohlednit též možnost nozokomiální infekce či imunokompromitovanost pacienta)
- **Iniciální volumoresuscitace** (cílem je dosažení optimálních hodnot – centrální žilní tlak: 8 – 12 mmHg, střední arteriální tlak: ≥ 65 mmHg, diuréza: $\geq 0,5$ ml/kg/h, saturace krve z centrálního žilního katetru: ≥ 70 %)
- **Vazopresory a inotropika**
- **Hrazení kortikosteroidy** (u pacientů nereagujících na volumoterapii a vasopresory pomáhá k rychlejšímu zlepšení hemodynamické nestability hydrokortison: 200–300 mg/24 h po dobu 7 dní)
- **Korekce metabolické acidózy** (koriguje se pouze při acidóze s pH $< 7,15$ a to hydrogenuhličnanem)
- **Kontrola glykémie** (snaha o udržení glykémie < 10 mmol/l a vyvarování se hypoglykemického stavu)
- **Krev a krevní deriváty** (slouží k udržení hodnot hemoglobinu > 70 g/l, dále se využívají pro korekci koagulopatie a předcházení diseminované intravaskulární koagulopatie)
- **Analgesedace a myorelaxace**
- **Orgánová podpora** (kvůli prevenci ARDS naordinování plicní ventilace s hodnotami – dechové objemy: 6 ml/kg, vrcholový tlak v DC: do 30 cm H₂O, vyšší PEEP (pozitivní endexpirační tlak v DC), FiO₂ (inspirační frakce O₂): $< 0,6$; nutnost nahradit renální funkce) [4]

3 CÍLE PRÁCE

Cílem bakalářské práce je poukázat na důležitost paliativní péče jako na nedílnou součást komplexní péče o pacienta. Základním cílem bylo tedy podat ucelený přehled konzilií paliativního týmu v péči o pacienta od začátku hospitalizace po překlad, propuštění či úmrtí. Dílčím cílem pak bylo poukázat na holistický přístup a odlišnosti v intervenci paliativního týmu na základě diagnózy pacienta, věku, pohlaví a náboženského přesvědčení.

4 METODIKA

Teoretickou část bakalářské práce jsem začal psát na základě vícezdrojové rešerše vytvořené v Národní lékařské knihovně v Praze. Rešerše byla zadána v listopadu 2018, časově jsem požadavek vymezil na roky 2008-2018. Klíčová slova jsem zadal jak v češtině, tak v angličtině. Rešerše byla vyhotovena během tří týdnů a celkově bylo nalezeno 20 monografií (z nichž jsem pro svou práci využil 5) a 37 odborných článků (z nichž jsem pro svou práci využil 10). Vzhledem k malému množství relevantních zdrojů jsem vyhledával další zdroje v lékařských knihovnách. Požadované informace jsem našel v knihách z oborů intenzivní medicíny, chirurgie, vnitřního lékařství a paliativní medicíny.

Pro praktickou část bakalářské práce jsem zvolil metodu případové studie. O nahlížení do zdravotnické dokumentace jsem písemně požádal etickou komisi vybraného zdravotnického zařízení, jehož název v rámci zachování anonymity nebude zveřejněn. V žádosti jsem uvedl, že osobní údaje pacientů rovněž nebudou zveřejněny a některé údaje pozměny, aby nemohlo dojít k jejich identifikaci. Na základě souhlasu etické komise a spolupráce s týmem zdravotníku z tohoto zařízení jsem si následně vybral konkrétní tři pacienty. Pacienti byli vybráni záměrně tak, aby byla odlišná jejich základní diagnóza, pohlaví, věk a vyznání.

V podkladu bakalářské práce jsem zmiňoval, že bude použita metoda ošetrovatelského procesu, nicméně vzhledem ke zjištění, že paliativní intervenci u pacientů, vyžadujících intenzivní péči neprovádí personál pracující na ARO/JIP, ale konziliární paliativní tým, je použitou metodou podrobné zpracování vizit paliativního týmu.

V celé bakalářské práci je použit citační styl podle normy ISO 690.

5 PRAKTICKÁ ČÁST

5.1 Kazuistika č. 1 (základní diagnóza: CHOPN)

5.1.1 Základní informace o pacientovi

Pohlaví: Muž

Věk: 71

Rodinný stav: Ženatý, dvě děti

Náboženské vyznání: Ateista

Důvod přijetí: Zhoršení dušnosti u CHOPN – IV. stádium na DDOT

5.1.2 Anamnéza

Osobní anamnéza: CHOPN (IV. stádium na DDOT), arteriální hypertenze (diagnostikována v roce 1998), benigní hyperplazie prostaty, heterogenní ložisko při hilu jater (2018), inkompetence kardie, stav po abscesu pravé plíce v terénu rozsáhlé bronchopneumonie (2013, řešeno konzervativně).

Rodinná anamnéza: Matka zemřela v 78 letech na infarkt myokardu, léčila se také s hypertenzí, otec zemřel tragicky ve 46 letech, sestra prodělala cévní mozkovou příhodu, má dvě děti – zdravé.

Farmakologická anamnéza: Monosan 20 mg tbl. 1-0-0, Nitresan 20 mg tbl. 1-0-0, Ventolin inhaler N inh. (1-2 vdechy podle potřeby), Euphylin CR N 300 cps. 1-0-1, Lexaurin 1,5 tbl. (podle potřeby), Spiolto respimat 2,5 mg inh. (2 vdechy ráno), Symbicort turbuhaler 200 µg/6 inh. (2 vdechy ráno a večer), Omeprazol AL 20 mg cps 1-0-0, Duodart 0,5 mg cps. 0-0-1.

Tabulka 3 - Chronická medikace pacienta s CHOPN

| Název léku | Způsob podání | Léková skupina | Základní indikace |
|--------------------------------------|---------------|--|---|
| Monosan 20 mg | p.o. | Vazodilatans | Podpůrná léčba chronické srdeční insuficience |
| Nitresan 20 mg | p.o. | Vazodilatans, antihypertenzivum | Léčba esenciální hypertenze |
| Ventolin inhaler N | inh. | Bronchodilatans | Status asthmaticus a jiné formy těžkého bronchospazmu |
| Euphylin CR N 300 | p.o. | Bronchodilatans | Léčba CHOPN a emfyzému |
| Lexaurin 1,5 | p.o. | Anxiolytikum | Krátkodobá symptomatická léčba závažných stavů úzkosti |
| Spiolto respimat 2,5 mg | inh. | Sympatomimetikum | Udržovací bronchodilatační léčba ke zmírnění symptomů CHOPN |
| Symbicort turbuhaler 200 µg/6 | inh. | Inhalační kortikosteroid a bronchodilatans | Symptomatická léčba těžké formy chronické CHOPN |
| Omeprazol AL | p.o. | Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy | Léčba peptického vředu, refluxní ezofagitidy |
| Duodart 0,5 mg | p.o. | Urologikum | Léčba příznaků hyperplazie prostaty |

Toxikologická anamnéza: Ex-kuřák od roku 2016, alkohol příležitostně (pivo)

Alergologická anamnéza: 0

Pracovní anamnéza: Pracoval jako strojní dělník, později jako námořník.

Sociální anamnéza: Bydlí s manželkou a jezevčíkem v domě, má dvě děti a tři vnoučata.

Úrazy: 0

Operace: Stav po operaci močového měchýře pro benigní polyp (sledován na urologii).

Nynější onemocnění: CHOPN (IV. stádium na DDOT), arteriální hypertenze, klidová plicní hypertenze, pacient přichází pro zhoršení klidové dušnosti od včerejšího večera, dnes přivezen ZZS na SPIN (společný příjem interně nemocných).

5.1.3 Zhodnocení stavu při přijetí (včetně vstupních vyšetření)

Subjektivně: Pacienta trápí klidová dušnost a zhoršení kašle, bolesti nemá, na teplotu se necítí, vylučování i vyprazdňování v normě.

Objektivně: TK: 157/95 mmHg, P: 99/min., DF: 14/min., TT: 36,2 °C, SpO₂: 97 %, váha: 61,6 kg, výška: 185 cm (BMI: 18 – podváha)

Pacient je při vědomí, orientován, spolupracuje, mobilní, habitus výrazně kachektický (zhubl 15 kg za 2 měsíce), bez ikteru a cyanózy, na kůži četná sušší ložiska, výrazné zčervenání v obličeji a na chodidlech, bez zjevných známek traumatu.

Hlava: Poklepově nebolestivá, bulby ve středním postavení, hybné, bez nystagmu, spojivky růžové, skléry bílé, zornice izokorické, fotoreakce přímá/nepřímá +, uši a nos bez výtoku, hrdlo zarudlé, tonzily bez čepů, jazyk vlhký, plazí středem, chrup kariézní.

Krk: Karotidy tepou symetricky, bez šelestu, náplň krčních žil nezvýšená, štítná žláza nezvětšena.

Hrudník: Symetrický, poklep plný, dýchání sklípkové, ale oslabené, chrůpky při bazích, suché fenomény, akce srdeční (AS) nepravidelná, 2 ozvy, šelest nediferencovaný.

Břicho: Pod niveau, poklep diferencovaně bubínkový, palpačně nebolestivé, játra a slezina pravděpodobně nezvětšeny, ale v epigastriu nepříliš ohraničená rezistence, peristaltika slyšitelná, bez peritoneálního dráždění.

Dolní končetiny: Bez otoků bilaterálně, lýtka měkká, nebolestivá, pulzace hmatné až do periferie, akra teplá, bez defektů, zčervenání na chodidlech

Vstupní EKG: Rytmus sinusový: 88/min, ireg. pro mnohočetné KES, osa lehce doleva, PQ: 140 ms, QRS: 115ms, QTc: 513 ms, zdvojené P, patologický kmit Q ve aVR, V2, V3, oploštělé T, Z: četné KES, prodloužené QT, bez AKS

Stěžejní laboratorní výsledky: Minerály: Na: 139, **K: 2,7**, Cl: 92, Jaterní testy: Bilirubin: 18,6, Bilirubin přímý: 6,8, ALT: 2,9, AST: 1,39, **GGT: 13,61**, ALP: 3,15

Terapie na SPIN: Kalnormin 2 tbl p.o., FR 500 ml + 20 ml 7,5 % KCl

Závěr: Progrese dušnosti při CHOPN + plicní hypertenze, hypokalemie kombinované etiologie (v.s. po dlouhodobé kortikoterapii), četnější KES v.s. při hypokalemii. Dle aktuálních výsledků zobrazovacích metod (RTG, UZ, CT) suspektní nádorový proces s generalizací (ložisko v plicích, metastázy v játrech).

Doporučení: Nastavení léčby CHOPN, substituce K+, hospitalizovat pacienta na plicním oddělení.

Poznámka: Krátce po přijetí pacienta na plicní oddělení, došlo k prudkému zhoršení stavu pacienta a k progresi dušnosti, pacient byl následně přeložen na JIP.

Terapie na JIP: Galileo NIV PEEP 6+12, FiO₂ 0,5, následně úprava na NIV 6+10, 0,4 FiO₂ + Morphin 5 mg i.v., na tom dobrá tolerance NIV, DF: 16/min, VT cca 550 ml, postupně oběhová stabilizace, úprava hypertenze a tachykardie.

Vzhledem k anamnéze a klinickému stavu pacienta (IV. stádium CHOPN, nádorový proces – metastázy na játrech, tumor plic, kachektizace) je cílená onkologická terapie nemožná. Prognóza quoad sanationem (z hlediska uzdravení) nemožná, quoad vitam (z hlediska života) infaustní. Pacient je vedle podpůrné terapie exacerbace CHOPN indikován k paliativní terapii.

5.1.4 Konzilia vedena týmem paliativní péče

Pacient zůstává nadále hospitalizován na JIP, vzhledem k jeho zdravotnímu stavu je však vedle intenzivní péče indikované také odborné konzilium týmem paliativní péče (přítomen doktor a sestra).

1. konzilium (2. den hospitalizace na JIP – středa)

Konzilium probíhá v přítomnosti pacientovy manželky z důvodu domluvy stran organizace další péče.

Vstupní anamnéza: Pacient s pokročilou CHOPN, na dlouhodobé domácí oxygenoterapii, přijat na plicní oddělení pro neinfekční exacerbaci, během hospitalizace progresse stavu, globální respirační insuficience, přeložen na JIP, NIV s částečným zlepšením. Nově oboustranná aspirační pneumonie a zjištěn susp. bronchogenní karcinom, dle UZ aktuálně zjištěna progresse do jater. Status DNR.

Sociální vazby: Pacient žije v rodinném domě s manželkou a jezevčíkem. Společně mají dvě děti a tři vnoučata, se kterými se nestýkají. Manželka je velmi aktivní a zajišťuje veškerou péči o nemocného. Péče o chalupu je komplikována soudními spory s dětmi. Manželka je otevřená a komunikativní, někdy až zabíhavá, z tohoto důvodu jsou možnosti pacienta vyjádřit se k otázkám spíše omezené.

Prognóza onemocnění: Velmi závažná až infaustní

Informovanost pacienta o diagnóze: Nemocný je informován částečně, o CHOPN ví, prozatím není informován o nově zjištěné malignitě.

Aktuální stav pacienta: Před současnou hospitalizací posedával většinou doma v křesle, či na židli před chalupou. Výjimečně vycházel na procházky s holemi. Nyní se cítí špatně, sice lépe než včera, ale dobře se necítí. Stav, který vedl k překladau na JIP si nepamatuje.

Potřeby: Děti ani vnoučata vidět nechce, spíše se chce uzdravit a vrátit se domů. Radost má z manželky a z jejich jezevčíka. Velkou starost má o své i manželčino zdraví. Plánuje vydědit děti i vnoučata pro dlouhodobý nezájem a spory – potřeboval by sehnat notáře, aby mohl sepsat závěť.

Somatická a nesomatická problematika: Hypoxie, dušnost, ortopnoe

Návazná péče: Nemocný i jeho manželka předpokládají, že po zvládnutí aktuálního stavu se bude moci pacient přesunout do nejmenovaného centra následné péče, kde mají rodinného známého a zařízení má dobré reference.

Psychosociální podpora: Vyslechnutí manželky a její podpora, v plánu příště rozhovor (za dva dny) s pacientem bez přítomnosti manželky, s pacientem bylo obtížné komunikovat přes její strasti a problémy.

Nutrice: Proběhlo konzilium nutriční sestry, doporučena úprava stravy, sipping.

Doporučení: Příští pohovor v pátek, BEZ přítomnosti manželky.

2. konzilium (4. den hospitalizace na JIP – pátek)

Konzilium probíhá bez přítomnosti manželky z důvodu možnosti pohovořit otevřeně pouze s pacientem.

Subjektivně: Po zdravotní stránce se lépe necítí, stále je dušný a nemá sílu kašlat (nejhorší je to vždy po ránu). Před dvěma dny sepsal závěť podle svého přání, ale manželce to prozatím neřekl (doporučujeme sdělit).

Objektivně: Dnes navazujeme s pacientem mnohem lepší kontakt, používá delší věty, projevuje emoce, je velmi zdvořilý. I přes závažný stav se zdá být klidnější, vyrovnanější a smířenější než při minulém konziliu. Konzultaci s psychologem či duchovním prozatím odmítá.

Doporučení: Příští pohovor v pondělí, pokud bude pacient chtít může být přítomna manželka.

3. konzilium (7. den hospitalizace na JIP – pondělí)

Subjektivně: Pacient se necítí dobře, cítí, že se nemoc prohlubuje. Má obavy z udušení. Starosti mu přiděluje také manželka, která stále pláče.

Objektivně: V průběhu víkendu nedošlo ke zlepšení stavu. Pacient si uvědomuje svůj zdravotní stav a je schopen komunikovat.

S pacientem rozebíráme možnosti terminální péče. Invazivní metody nechává na rozhodnutí lékařů, do hospice však nechce, upřednostňoval by spíše zařízení následné péče. O možnosti domácího hospice nikdy neslyšel. Dále se domlouváme, že manželku (stran možnosti terminální péče) budeme informovat my příště.

Doporučení: Příští pohovor ve středu za přítomnosti manželky.

4. konzilium (9. den hospitalizace na JIP – středa)

Telefonická konzultace s manželkou před konziliem: Manželka volá dopoledne před plánovanou schůzkou s manželem a týmem paliativní péče. Verbalizuje své obavy z dnešního setkání. Obsáhle hovoří o manželovi a jejich společném životě. Sama si uvědomuje terminální stádium manželova onemocnění. Dle jejích slov si je manžel také vědom konečného stádia své nemoci. Oba to vědí, ale nejsou schopni společně komunikovat na toto téma. Manžel ochraňuje manželku a naopak. Proto oba uvítali společné setkávání a konzilia s paliativním týmem vnímají jako prostředníky v jejich komunikaci. Manželka je extrovert a pacient je spíše introvert. Nakonec se domlouváme, že další plán vytvoříme až společně na dnešní schůzce. Během hovoru se manželka často omlouvá, pláče a děkuje za péči.

Plánované konzilium probíhá za přítomnosti manželky.

Subjektivně: Pacient se necítí dobře, uvědomuje si, že se již neuzdraví.

Objektivně: V průběhu hospitalizace pozvolné zlepšování stavu, změněn režim NIV, weaning (odpojování), ATB léčba již nebude navyšována.

S pacientem i jeho manželkou rozebíráme možnosti paliativní péče (hospic odmítají, preferují konkrétní centrum následné péče, které v rozhovoru již dříve několikrát zmiňovali). Oba mají od léčebny spíše nereálné očekávání, proto je upozorňujeme, že to není nejlepší volba. Přes upozornění na daném zařízení trvají. Kontaktujeme tedy vybrané zařízení, přesun by byl možný po neděli, ale nemají NIV. Z opakovaných rozhovorů máme pocit, že otevřená komunikace mezi manželi není úplně běžná a přirozená. Manželka zajistila notářku, která přišla do nemocnice a s pacientem sepsala jeho poslední vůli.

Manželka nás při odchodu o samotě žádá, zda by bylo možné při příštím setkání zjistit přání nemocného stran pohřbu.

Doporučení: Příští konzilium v pátek, kde budeme společně hodnotit, zda pacienta přesunout do centra následné péče či najdeme jinou možnost.

5. konzilium (11. den hospitalizace na JIP – pátek)

Nejprve proběhlo konzilium pouze s pacientem, později se připojila i manželka.

S pacientem společně shrnujeme, co jsme společně s ním a manželkou stihli za naše návštěvy probrat. Dle jeho slov má o své nemoci a následném plánu péče dostatečné informace. Shodli jsme se, že témata byla „těžká“, ale je rád za otevřenou komunikaci. Po shrnutí našich setkávání otevíráme (na přání manželky) otázku konce života. Pacient s klidem odpovídá, že nechce žádný obřad a byl by rád, kdyby byl jeho popel rozptýlen v řece v jeho rodném městečku. S manželkou o tom mluvit nechce, ale byl by rád, kdyby se k ní tyto informace dostaly od nás. Také je pro něj velmi důležité, že stihl sepsat závěť tak, jak chtěl. Dále spontánně hovoří o tom, že „život na nemocničním lůžku“ pro něj není. Není tak akční jako manželka, ale byl celý život zvyklý manuálně pracovat. Vzpomíná, že při propuknutí nemoci (přibližně před 3 lety) se na něj manželka zlobila kvůli snížené výkonnosti, myslela si, že simuluje a nechce se mu již pracovat. Je však rád, že brzy pochopila, že zkrátka nemůže.

Subjektivně: Pacient se cítí stále stejně, je si vědom toho, že se jeho stav už nezlepší.

Objektivně: Dnes pacient nezvládl rehabilitaci, pouze dechová cvičení, při stožení vedle lůžka se mu točila hlava a nebyl schopen se udržet na nohou. Ráno ještě potřeboval NIV, po inhalaci se mu dýchalo lépe.

Během loučení pacient srdečně děkuje za péči a pokud nebude po neděli přeložen do vybraného centra následné péče, uvidíme se společně v úterý.

Na druhé konzilium přicházíme později, to je již přítomna i manželka, která pacienta umyla a oholila. Při hygienické péči zvládl být krátce bez O₂. Během společného rozhovoru se stav pacienta prudce zhoršuje a je nutné podat NIV – bez zlepšení, tak podána kyslíková maska, dochází k tachypnoe a neklidu pacienta. Podána infuze obsahující 3 mg Morfinu, po které dochází ke zklidnění dechu (bez poklesu saturace) a celkového stavu pacienta.

Doporučení: Překlad do vybraného centra následné péče velmi otazný, příští konzultaci doporučujeme v úterý.

6. konzilium (15. den hospitalizace na JIP – úterý)

Konzilium probíhá za přítomnosti manželky.

Subjektivně: Kromě dušnosti pacienta obtěžují i bolesti břicha, spíše křečovitého charakteru (zřejmě v souvislosti s distenzí jaterní kapsuly při pravostranném kardiálním selhání a metastatickém postižení).

Objektivně: Ze stran ošetřujících lékařů dochází k další limitaci péče, podávání 5 mg Morfinu s.c. k tišení bolesti a utrpení pacienta do limitované maximální dávky (při dušnosti).

Pacient ani jeho manželka již nepotřebují nic důležitého zajistit, vše mají vyřízené. Pacient je klidný a smířený, manželka je v problematice plně orientovaná a reaguje adekvátně.

Doporučení: Příští pohovor na zavolání ošetřujícího lékaře.

7. konzilium (1. den hospitalizace na standardním oddělení)

Konzilium probíhá za přítomnosti manželky.

Dnes byl pacient přestěhován z JIP na standardní oddělení.

Subjektivně: Je velmi unavený, necítí se dobře, má strach z udušení.

Objektivně: Pacient je velmi slabý, ale komunikuje.

S pacientem se domlouváme na kontinuálním podávání „léků na dušnost“ (Morfin) i za cenu určitého utlumení. Pacient i jeho ošetřující lékař souhlasí.

Manželka sděluje, že by se dcera ráda přišla na tatínka podívat, ale manželka z toho má velké obavy. Dále opět dlouze sděluje své životní zkušenosti a příčiny nesouladu se svými dětmi a vnuky.

Doporučení: Příští pohovor na zavolání ošetřujícího lékaře.

8. konzilium (2. den hospitalizace na standardním oddělení)

Konzilium probíhá za přítomnosti manželky a nečekaně i jejich dcery.

Pacient ani jeho manželka nečekali, že jejich dcera skutečně přijde a je vidět, že jsou oba její přítomností zaskočení. Dcera se nám v krátkosti představuje a vysvětluje jejich rodinnou situaci. Rodičům se omlouvá za všechny problémy, které jim způsobila a žádá je o odpuštění. Po dlouhém a emotivním rozhovoru chce pacient svou dceru obejmout a s pláčem přijímá její omluvu.

Dcera se loučí a odchází, konzilium dokončujeme bez její přítomnosti.

Pacient přiznává, že se mu ulevilo a je rád, že svou dceru viděl. Následně vedeme ještě dlouhý rozhovor ohledně rodinných vztahů za přítomnosti psychologa.

Při loučení se pacient usmívá a je pozitivně naladěný, za vše nám děkuje. Ještě by si rád promluvil o samotě s manželkou.

5.1.5 Závěr

Další konzilium s týmem paliativní péče se již neuskutečnilo, pacient následující den v dopoledních hodinách poklidně zemřel.

Průběh hospitalizace: 71letý pacient s CHOPN (IV. stádium) s chronickou respirační insuficiencí (DDOT, průtok 2 l/min od 2/2018) přijat via SPIN pro neinfekční exacerbaci s progresí dušnosti. Zahájena standardní terapie exacerbace (podání kortikoidů, nebulizace), při nízkých parametrech zánětu (CRP: 3,2 mg/l, leukocyty: 5,8 tis.) zatím bez ATB terapie. Pro hypokalémii – substituce, dále laboratorní elevace jaterních enzymů, UZ břicha se susp. metastázami jater. Dále dle aktuálního CT lymfadenopatie bez vývoje, progresse ložiska v pravém horním plicním poli (34x30 mm) oproti CT před půl rokem. Cestou ošetřujícího pneumologa doporučená diagnostická hospitalizace, která však neproběhla pro špatný zdravotní stav pacienta s nutností hospitalizace na JIP, kde na NIV výrazné zlepšení stavu, ústup hyperkapnie. Vzhledem k celkovému stavu pacienta je kontraindikována aktivní onkologická léčba, po dohodě se supervizorem intenzivní péče stanovujeme limitaci péče a

pacient je přeložen na standardní oddělení. Třetí den hospitalizace na standardním oddělení v 11:00 pacient nalezen v hlubokém bezvědomí (GCS: 3), dýchání s apnoickými pauzami, resuscitace nezačata. V 11:30 konstatujeme klidný exitus letalis.

Souhrn diagnóz:

- Exitus letalis
- Akutní respirační insuficience – globální, manifestní
- CHOPN (IV. stádium) – bronchoticko-emfyzematický fenotyp
- Nejasný plicní nález v pravém horním plicním poli
- Susp. metastázy jater (dle UZ + odpovídající elevace jaterních testů)
- Arteriální hypertenze (diagnostikována v roce 1998)
- Hypokalemie (vstupně)
- Benigní hyperplazie prostaty
- Inkompetence kardie

Medikace za hospitalizace na JIP: Morfin 15 mg rychlostí 6ml/hod., Furorese 20 mg 2 amp. i.v., Durogesic 25 µg/hod. á 72 hod., ACC inject 1 amp. 2x denně

Tabulka 4 - Medikace v průběhu hospitalizace u pacienta s CHOPN

| Název léku | Způsob podání | Léková skupina | Základní indikace |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--|
| Morfin 15 mg | i.v. | Analgetikum – anodynum | Léčba silné akutní bolesti |
| Furorese 20 mg | i.v. | Diuretikum | Edémy nebo ascites vyvolané onemocněním srdce nebo jater |
| Durogesic 25 µg | tdr. | Opioidní analgetikum | Tlumení chronických a úporných bolestí |
| ACC inject 300 mg | inh. | Expektorans, mukolytikum | Léčba akutních i chronických onemocnění dýchacích cest |

Doporučení: Pohřeb v zákonné lhůtě, pitvu nepožadujeme. Rodina informována.

5.2 Kazuistika č. 2 (základní diagnóza: ALS)

5.2.1 Základní informace o pacientovi

Pohlaví: Muž

Věk: 69

Rodinný stav: Ženatý, tři děti

Náboženské vyznání: Římskokatolické

Důvod přijetí: Celkové zhoršení stavu a nemožnost polykání při ALS

5.2.2 Anamnéza

Osobní anamnéza: ALS (bulbární forma, první příznaky 2016), Tranzitorní ischemická ataka (TIA) – 2018, dušnost, otoky dolních končetin

Rodinná anamnéza: Nevýznamná

Farmakologická anamnéza: Trombex 75 mg tbl. 1-1-0, Digoxin 0,125 tbl. ½-0-0, Verospiron 25 mg cps. 1-0-1

Tabulka 5 - Chronická medikace pacienta s ALS

| Název léku | Způsob podání | Léková skupina | Základní indikace |
|----------------------|---------------|-------------------------|--|
| Trombex 75 mg tbl. | p.o. | Protidestičkové léčivo | Prevence aterotrombotických příhod |
| Digoxin 0,125 tbl | p.o. | Kardiotonikum | Srdeční selhávání |
| Verospiron 25 mg cps | p.o. | Antagonista aldosteronu | Edematózní stavy spojené s hypokalémií |

Toxikologická anamnéza: Nekuřák, alkohol příležitostně

Alergologická anamnéza: 0

Pracovní anamnéza: Pracoval jako kameraman a fotograf u filmu

Sociální anamnéza: Žije s manželkou v bytě, má dvě děti a tři vnoučata

Úrazy: 0

Operace: 0

Nynější onemocnění: ALS (bulbární forma, rychle progredující), akutní respirační/ventilační selhání (v rámci základního onemocnění), porucha vědomí, hyperkapnie, těžká dysfagie (indikován PEG), dysgrafie, dysartrie

5.2.3 Zhodnocení stavu při přijetí (včetně vstupních vyšetření)

Objektivně: TK: 130/80, P: 80/min., DF: dyspnoe, TT: 36,4 °C, SpO₂: 70-80 % (s O₂ maskou 90 %), váha: 55 kg, výška: 170 (BMI: 19 – norma)

Pacient je prakticky nevyšetřitelný, sopor, spolupracuje minimálně nebo vůbec, oční štěrbinu symetrické, zuby nevyční, jazyk nevyplázne, anartrie, dysfagie, končetiny bez lateralizace, jinak nelze, před ETI progresse poruchy vědomí – GCS: 3.

Hlava: Mesocefalická, bez známek traumatu, uši a nos bez výtoku, ústa čistá, kariézní chrup

Krk: Štítná žláza nezvětšena, uzliny nehmatné, náplň karotid nezvětšena, karotidy bez šelestu

Hrudník: Symetrický, poklep plný jasný, dýchání čisté sklípkové, srdeční ozvy 2 ohraničené

Břicho: Pod niveau hrudníku, měkké, dobře prohmatné, bez hmatné rezistence, peristaltika přítomna, per rectum nevyšetřen

Dolní končetiny: Kolem kotníku perimaleolární otoky, návrat normální

Vstupní EKG: Sinusový rytmus, osa srdeční 30, TF: 96, PQ: 160 ms, QRS 81 ms, QTc 390 ms

Vstupní RTG hrudníku: Bránice jsou hladké a klenuté, úhly mají ostré, srdce je nezvětšené, plíce bez městnání, infiltrativní či jiné ložiskové změny v parenchymu neprůkazné. Sytá elongová aorta, hily a mediastinum obvyklé konfigurace.

Závěr: ALS bulbární forma, Akutní respirační selhání při základním onemocnění, porucha vědomí, hyperkapnie, těžká dysfagie, dysartrie (indikován PEG).

Doporučení: Monitorace a observace na JIP, rehydratace, nutrice, zavedení nazogastrické sondy (NGS), na příští týden objednan PEG.

5.2.4 Konzilia vedená týmem paliativní péče

Pacient je nyní předán na JIP neurologického oddělení, kde si ošetřující lékař vyžádal odbornou paliativní péči zajišťovanou specializovaným konziliárním týmem.

1. konzilium (7. den hospitalizace na JIP – čtvrtek)

Vstupní anamnéza: Pacient s rychle progredující bulbární formou ALS, aktuálně respiračně selhání v.s. kombinované etiologie (svalová slabost + aspirace do DC). Pacient byl recentně v kontaktu s ALS a dlouhodobě odmítá PEG. Pro intoleranci specifická terapie nezavedena.

Sociální vazby: Pacient žije v bytě s manželkou. Společně mají dvě dcery a tři vnoučata. Dále v rodině z prvního manželství syn.

Prognóza onemocnění: Velmi závažná, progredující, infaustní

Informovanost pacienta o diagnóze: Dle rodiny pacient znal závažnost onemocnění.

Aktuální stav pacienta: Pacient aktuálně na plně řízené umělé plicní ventilaci (UPV), při redukci propofolu skousává ETK. Hojně se odsává z ETK. Nasazena ATB kvůli pneumonii s postupným poklesem zánětlivých parametrů.

Dle manželky si byl pacient vědom vážnosti onemocnění. Stále mluvil o tom, že zemře a přemýšlel, kolik času zbývá. Až bude nejhůře, chtěl by odjet na chalupu a tam poklidně dožít.

Psychosociální podpora: Rozhovor s manželkou, kde podávány informace o stavu a orientaci v onemocnění. Jsou probírány alternativy vývoje (dlouhodobá závislost na UPV, rozvoj komplikací, úmrtí na novou komplikaci, tracheostomie, domácí péče o tracheostomii, OCHRIP). Emoce jsou stabilizované, probíhá podpůrný rozhovor, pomáháme jí pracovat s vinou a celý rozhovor probíhá bez kritické dysbalance v kontextu onemocnění člena rodiny.

Cíle: Společně stanovujeme cíl péče. V nejbližší době proběhne terapeutický pokus s ATB léčbou a snahou o odpojení pacienta od UPV v horizontu týdne. Cílem je obnovení schopnosti komunikovat s pacientem a zjištění jeho preferencí. V případě komplikací při odpojování lékaři zvažují časný přechod na tracheostomii, bude-li limitem odvykání nemožnost vysazení sedace a tolerance ETK. Zároveň společně s ošetřujícím lékařem stanoven limit terapie. V rámci tohoto ustanovení nebude zahajována kardiopulmonální resuscitace (KPR), nebude rozšiřována orgánová přístrojová podpora a nebude kauzálně intervenována nová závažná komplikace. Takto poskytovanou péči považujeme za nepřiměřenou v kontextu s onemocněním a pacientovými hodnotami, pouze bychom prodlužovali umírání.

Doporučení: Opakovaný kontakt s paliativním týmem v příštím týdnu, eventuálně dříve podle vývoje stavu.

2. konzilium (12. den hospitalizace na JIP – pondělí)

Konzilium probíhá bez přítomnosti manželky. Cílem dnešního konzilia je rozhovor o cílech a plánech péče v kontextu komplikace průběhu ALS. Rozhovor probíhá s ošetřujícím lékařem, paliatrem a sestrou paliativního týmu. S pacientem komunikujeme s pomocí psací tabulky.

Aktuálně: Pacient tracheostomován pro obtížný weaning (v souladu s předešlým nastavením plánu péče). Vědomí obnoveno, plná orientace, schopen kompetentní komunikace.

Subjektivně: Pacient popisuje kolísání nálady zejména kvůli pocitu dušnosti při kumulaci hlenů v dýchacích cestách.

Objektivně: Emoce jsou stabilní, bez dysbalance. Pacient rozumí aktuálnímu průběhu onemocnění, léčbě infekční komplikace a obavě o obnovu možnosti dýchat bez pomoci dýchacího přístroje, včetně závislosti na tracheostomii pro udržení přístupu pro toaletu dýchacích cest.

Společně probíráme alternativy vývoje, riziko závislosti na UPV a velmi obecně možnosti ústavní či domácí péče. Základní hodnotou pro pacienta je život v kontaktu s blízkými, ideálně v domácím prostředí. Zároveň pacient spíše odmítá dlouhodobou podporu dýchacím přístrojem. Dosud nepromýšlel nad výběrem mezi dlouhodobou UPV a úmrtím při progresi onemocnění.

Aktuální potřeby: Pacient nás poprosil o možnost intenzivnější rehabilitace s vertikalizací (což jistě podpoříme) a o plnou informovanost svoji a manželky, dcerám dle jejich vyžádání a potřeb.

Cíle a plány péče: Snaha o obnovu spontánního dýchání bez závislosti na dýchacím přístroji v horizontu 1-2 týdnů při intenzifikaci rehabilitace a optimální ATB léčby.

Doporučení: Opětovná schůzka bude naplánována v horizontu týdne. Předáme prosbu o intenzivnější rehabilitaci a ošetřující lékař bude komunikovat s rodinou.

3. konzilium (15. den hospitalizace na JIP – čtvrtek)

Konzilium probíhá bez přítomnosti manželky. Přítomen je pacient, paliatr a sestra paliativního týmu.

Aktuálně: Weaning UPV zatím neúspěšný, střídají se režimy IPPV a PSV. V posledních dnech kumulativně zvýšená bilance. ATB terapie s poklesem zánětlivých parametrů.

Subjektivně: Pro pacienta se zdá být situace lepší. Míra komfortu pacienta je závislá na množství sputa v dýchacích cestách a jeho odsávání (v jednání je zajištění cough assist).

Objektivně: Orientace v situaci je adekvátní. Pacient adekvátně řeší otázku symptomové péče a je informován o možnosti adekvátní medikace včetně paliativní sedace v nemocnici či doma (domácí hospic).

S pacientem rozebíráme alternativy vývoje onemocnění – závislost na UPV via TS v nemocnici či v domácím prostředí; závislost na TS s asistencí odkašlání (cough assist) a odsávačkou; spontánní ventilace bez TS s alternativami místa péče (doma, nemocnice, jiná instituce); zmiňujeme i možnost hospicové péče.

Cíle a plány péče: Budeme provádět pokus o obnovu ventilace bez UPV s možností propuštění do domácí péče s dopomocí asistenta odkašlávání a odsávačky reálně v horizontu 1-2 týdnů. Domluvíme schůzku s rodinou pacienta – pacient souhlasí s plnou informovaností směrem k rodině. Zároveň stanovujeme snahu o úplnou orientaci v alternativách a možnostech péče v domácím prostředí.

Aktuální potřeby: Pacient i nadále stojí o otevřenou komunikaci včetně případného časového očekávání.

Doporučení: Další schůzku s paliatrem plánujeme na příští týden, kde bude provedena reformulace plánu péče. Somaticky je potřeba negativní tekutinové bilance a standardní inhalační terapie. Domluvíme schůzku s manželkou a případně dcerami v rámci centra podpůrné a paliativní péče (CPPP).

4. konzilium – sesterské (16. den hospitalizace na JIP – pátek)

Konzilium probíhá u pacienta za přítomnosti pacienta a sestry paliativního týmu.

Subjektivně: Děkuje za včerejší otevřený rozhovor s lékařem a sestrou CPPP. Zároveň sděluje, jak je pro něj důležité mít nejen informace, ale i plán do budoucna. Sám se cítí lépe zvláště potom, co ho jeho ošetřující lékař informoval o zlepšeném nálezu na průduškách a poklesu zánětu. Zároveň se cítí být méně zahleněný a má i dobrý pocit z dnešní rehabilitace.

Objektivně: Při mém příchodu je pacient dobře naladěný. Usmívá se na pozdrav, podává ruku a ihned se natahuje po psací tabulce.

Po informování pacienta o plánu dnešního setkání s manželkou nám sděluje obavy z tohoto setkání. Dělá si starost o manželku a chce, aby měla všechny informace, ale pomalu. Pokračujeme v rozhovoru, kde nám pacient vypráví o svém dosavadním životě u filmu jako kameraman a fotograf. Dále nám sděluje, že dnes se natáčí posledního dílu jeho seriálu, který se celý natáčí na Šumavě, ke které má velmi silnou vazbu, neboť odtud pocházela celá jeho rodina kovářů. Svou práci miloval. S úsměvem na rtech nám sděluje, že byl prý celý život ukecaný a teď se musí vyjadřovat stručně, písemně.

Pacient se těší na další setkání, které proběhne v dalším týdnu.

5. konzilium – opakované (16. den hospitalizace na JIP – pátek)

Dopoledne proběhlo konzilium pouze se sestrou paliativního týmu a s pacientem. Odpoledne se připojuje paliatr, ošetřující lékař neurolog a manželka i s oběma dcerami na přání pacienta.

Rodinu informujeme o stavu pacienta. Postupně hovoříme o přetrvávající závislosti na UPV a že proběhl rozhovor s pacientem se stanovením cíle a plánu péče, a to čekání v horizontu týdne na vývoj stavu. Předkládáme již s pacientem dříve probírané alternativy vývoje – závislost na UPV, závislost na odkašlávacím asistentovi, dostatečná spontánní ventilace a nepokračování v UPV navzdory závislosti a úmrtí v krátkém časovém horizontu. Rodina stále trvá na respektování pacientových představ i v případě, že by umožnily přirozený průběh nemoci a doba přežití by byla krátká.

Subjektivně: Rodina je vděčná za rozhovor a vnímá ho jako stabilizující a podpůrný.

Objektivně: Emoce rodiny jsou stabilní a adekvátní v kontextu se smutkem z úvah o krátkém přežití.

Objevily se obavy spojené s případnou trvalou domácí péčí. Manželka je sestra v ordinaci lékařky bez zástupu a obě dvě dcery mají své rodiny. Edukovali jsme rodinu o možnostech podpory ze strany systému – příspěvek na péči, ošetrovací volno, domácí péče, hospic, domácí hospic.

Doporučení: Orientace v možnostech péče ze strany rodiny s ohledem trvajících respektu k jakémukoliv rozhodnutí pacienta a komunikace alternativ.

6. konzilium – sesterské (22. den hospitalizace na JIP – čtvrtek)

Konzilium probíhá za přítomnosti pacienta a sestry paliativního týmu.

Dnes je u pacienta v plánu zavedení PEG

Subjektivně: Má strach z dnešního zavádění PEG.

Objektivně: Hned po vstupu na box nám mává a píše na tabulku, jak je nervózní ze zavádění PEG.

Vysvětlujeme mu v rychlosti postup a ověřujeme u personálu možnou analgosedaci, což ho alespoň trochu uklidnilo. Dále nám rychle píše, že neví, jak je to s jeho „hleny“ a že manželka už zařídila kašlacího asistenta, který by měl zítra přijít. Modlí se, aby to všechno k něčemu bylo.

Setkání musíme předčasně ukončit, neboť přichází tým na zavedení PEG. Při odchodu se cítí dobře a těší se z návštěv rodiny.

7. konzilium (26. den hospitalizace na JIP – pondělí)

Konzilium probíhá u lůžka pacienta za přítomnosti paliatra a sestry paliativního týmu.

Dnešní plán paliativního konzilia je řešení symptomů, další plán péče a psychologická a spirituální podpora.

Subjektivně: Pacient udává bolesti břišní stěny od zavedení PEG.

Objektivně: Emoce jsou adekvátní, i ve smutku je pacient dobře laděný a vděčný za rozhovor. Těší se na další setkání.

S pacientem probíráme další alternativy péče v závislosti na vývoji a průběhu onemocnění. Předpokládáme rozhodnutí společně s pacientem v řádu dnů. Reálné varianty pro pacienta – setrvání na UPV a TS či ukončení ventilační podpory a úmrtí v horizontu hodin či dnů. Dále probíhá adekvátní rozhovor o životních hodnotách. Ve vzpomínkách se pacient vrací ke své zemřelé mamince. Podporujeme aktuální vztahy, načež pacient stojí o vzkaz, že

má ženu a děti rád. Domlouváme možnost péče kaplankou, což pacient velmi vítá. Pacient mluví o „osudu“, kdy při rozdělování zdraví stál na „špatném místě“. Společně formulujeme, že při rozdělování ženy a dětí stál na „dobrém místě“.

Doporučení: Pokračovat ve snaze o weaning a ve čtvrtek rozvaha společně s neurologem. Zajistíme spirituální péči kaplankou. Další péče týmem CPPP dle zavedeného plánu.

Farmakoterapie: Zahájení a nevysazování analgetické terapie – jak doporučeno opioid v malé dávce (příklad: Sufentanil 50 µg/50 ml na 24 hodin). Pravidelně též podávat neopioidy – Novalgin inj. 1 g po 6 hodin.

8. konzilium – sesterské (28. den hospitalizace na JIP – středa)

Konzilium probíhá u lůžka pacienta za přítomnosti sestry paliativního týmu.

Subjektivně: Dnes opět skvěle naladěný. Potěšila ho zpráva, že manželka našla kupce na jeho auto a zítra se uskuteční jeho prodej. Také ho potěšilo setkání s kaplankou, které se dnes opět uskuteční. Objevil s ní další „rozměr“ života.

Objektivně: Zvládne sedět na lůžku s nohama dolů.

Těší ho naše pravidelné setkávání. Uvádí, že mu nemoc hodně vzala, ale také hodně nového dala. Prožívá nové situace, poznává nové lidi, se kterými by jinak neměl možnost se potkat a celkově přehodnotil priority. Před půl rokem by si nedovedl představit život na přístroji, ale nyní to pro něj není velkou překážkou a pociťuje drobná zlepšení, což potvrzují lékaři lehkým snížením podpory. Velkým pomocníkem mu je kašlací asistent. Uvádí, že ho občas tíží černé myšlenky, které však rychle „převálcuje“ optimistickými zdroji. Má chuť na smetanovou zmrzlinu. Pro poruchu polykání se domlouváme na vytírání dutiny ústní štětičkou namočenou ve zmrzlině.

Další schůzka je naplánována zítra, a to za přítomnosti paliatra.

9. konzilium (29. den hospitalizace na JIP – čtvrtek)

Konzilium probíhá u lůžka pacienta za přítomnosti paliatra a sestry paliativního týmu.

Dnešní plán paliativního konzilia je stanovení cíle a plánu péče

Aktuálně: Při odpojení od UPV a připojení na asistenta odkašlávání sledujeme pokles saturace a retence CO₂. Dle ošetřujícího lékaře i navzdory optimálním podmínkám neodpojitelný od UPV.

Subjektivně: Myslí na své blízké, aby se netrápili příznaky terminálního stavu.

Objektivně: Orientace v situaci je adekvátní. Pacient je motivovaný ve snaze o zlepšení.

Při současném zlepšení klinického stavu se domlouváme na další rozvaze začátkem příštího týdne. Komunikujeme alternativy – UPV a oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (OCHRIP) či nepokračování UPV a krátké přežití (i jen v řádu hodin). Opakovaně jsme dotazováni na průběh při přechodu na terminální paliativní péči. Ujišťujeme ho o adekvátní terapii dušnosti včetně paliativní sedace, což vnímá jako adekvátní ujištění. Řešíme s ním též, kolik času by zbývalo při nepokračování UPV.

Doporučení: Pokus o odpojení UPV a pod dozorem lékaře sledování vývoje. Přehodnocení stavu začátkem příštího týdne. Zítra schůzka s rodinou (manželka a obě dcery). Rozvaha o dalším místě péče a dalším postupem dle vývoje stavu.

10. konzilium – sesterské (34. den hospitalizace na JIP – úterý)

Konzilium probíhá u lůžka pacienta za přítomnosti sestry paliativního týmu.

Dnešní plán paliativního konzilia je řešení symptomů, další plán péče a psychologická a spirituální podpora.

Subjektivně: Cítí se dobře, raduje se z maličkostí.

Objektivně: Pacient poctivě rehabilituje a zvládne stoj, podřep u lůžka a mírně přešlapovat.

Kolegové z práce mu vytvořili knihu s fotkami z natáčení nejmenovaného seriálu, na jehož natáčení se podílel a dříve zmiňoval při setkání. Spolu si ji prohlížíme. Vzpomněl si, že jedna z hereček mu začala nosit mixovanou stravu, když mu začaly problémy s polykáním.

Nyní přijímá stravu přes PEG, čímž přichází o prožitek z chutí oblíbených jídel, ale tento způsob je pro něj přijatelný. Manželka v pořádku prodala auto. O víkendu vydržel na ventilátoru s nízkou podporou přibližně 3–5 hodin, ale dle ošetřujícího lékaře byl úplně vyčerpaný s útlumem dechu.

Opakované setkání plánováno v tomto týdnu.

11. konzilium (35. den hospitalizace na JIP – středa)

Konzilium probíhá u lůžka pacienta za přítomnosti paliatra a sestry paliativního týmu.

Dnešní plán paliativního konzilia je vyřešení plánu další péče.

Aktuálně: Weaning UPV neúspěšný navzdory optimálním podmínkám. Pacient preferuje pokračování ventilační podpory i v případě přeložení na další pracoviště – konzultována možnost překlady na OCHRIP.

Subjektivně: Vnímá možnost zlepšení ventilace do úrovně odpojení od UPV a pozitivní efekt rehabilitace (dosud vertikalizace do stoje s podporou).

Objektivně: Emoce jsou stabilní, optimistický postoj pacienta.

V tuto chvíli pacient akceptuje život s přístrojem a nevyklučuje v horizontu měsíců znovu otevření tématu širě indikované terapie. V tuto chvíli odmítá rozhovor o limitaci péče v případě rozvoje závažné komplikace. Naopak chce vyzkoušet možnosti OCHRIP a chce počkat na vývoj onemocnění.

Doporučení: V plánu překlad na OCHRIP. Doporučuji výměnu TSK za kanylu s možností odsavu nad manžetou. Kontakt s paliativním týmem bude probíhat i nadále v průběhu současné hospitalizace. Po překlady je možné tým kontaktovat dále dle potřeby – manželka vybavena kontaktními daty.

12. konzilium – sesterská (37. den hospitalizace na JIP – pátek)

Konzilium probíhá u lůžka pacienta za přítomnosti sestry paliativního týmu.

Dnes přicházím jen pozdravit a rozloučit se před překladem na OCHRIP do nejmenované nemocnice. Pacient překlad hodnotí jako dobrý plán, neboť dle jeho názoru budou mít plíce čas na zotavení.

Pokud zde bude pacient i po neděli, ještě jednou se setkáme.

5.2.5 Závěr

Další konzilium s týmem paliativní péče se již neuskutečnilo, pacient byl v nedělních dopoledních hodinách přeložen na OCHRIP a informace o dalším vývoji jeho zdravotního stavu již nemáme k dispozici.

Průběh hospitalizace: 69letý pacient s bulbární formou ALS, diagnostikován od roku 2016, verifikováno dle kliniky a EMG, jiná patologie vyloučena. Přijat 21. 9. 2018 pro celkové zhoršení stavu při nemožnosti polykání. OD 19. 9. 2018 dušný, objevily se otoky dolních končetin, vyšetřen praktickým lékařem, nasazena malá dávka Digoxinu a Verospironu. Dne 21. 9. 2018 pro progresi dysfagie doplněno logopedické vyšetření a doporučen PEG a pro celkově špatný stav přijat přes ambulanci na neurologický JIP. Při příjmu na JIP pacient vyčerpaný, respiračně selhávající, dysfagický, anartrický. Pacient neměl podepsané dříve vyslovené přání. Indikujeme OTI a UPV. Na analgosedaci nutná vyšší katecholaminová podpora, hydratace. Dne 25. 9. 2018 bedside UZ s nekolabující vena cava inferior, kontraktilita myokardu orientačně dobrá. Postupně stabilizace klinického stavu, nutná ale substituce albuminu, opakovaně podávány erymasy, při měštnání v malém oběhu podávána diuretika. Další průběh hospitalizace komplikován recidivujícími respiračními infekcemi, opakovaně proveden RTG hrudníku, bronchopneumonie přeléčeny antibiotiky (Invanz, Biseptol, Amikacin, Ciphin, Tazocin, Piperacillin/Tazobactam). Za hospitalizace opakované bronchoskopie (poslední 17. 10.) pro tendenci tvorby hlenových zátek s poklesem saturace, od přijetí setrvale nutný režim s vyšší hodnotou PEEP. Dne 1. 10. provedena tracheostomie, od 19. 10. cough assist, následované snížením počtu epizod hyposaturací, rovněž subjektivně zlepšení. Další komplikací otoky v oblasti genitálu – pravděpodobně vliv hypostázy a hypoalbuminémie. Dne 18. 10. provedení PEG, bez komplikací, od 26. 10. ukončena parentrální aplikace. V oblasti genitálu intertrigo candidomy cetica, dermatologické konzilium, doporučena lokální terapie. V průběhu hospitalizace kontaktován paliativní tým stran dalšího postupu, pravidelné schůzky, pohovory o pacientových preferencích, toho času pacient preferuje pokračování ventilační podpory. Neurologicky při překladu smíšený

bulbární syndrom – ojediněle spontánní fascikulace na bradě, na hrudi a stehnech, atrofie a fascikulace masivně na jazyku, komunikuje nonverbálně (gesta, dopisuje). Na končetinách smíšená kvadruparéza velmi lehkého stupně. Pro obraz zánětlivých změn na RTG hrudníku a pozitivní kultivační nález v krku, sputu, a moči od 1. 11. znovu nasazeny antibiotika. Tienam a Biseptol, toto s efektem. Při překladu TK 110/70 mmHg, TF 76 bpm, afebrilní. Rodina informována. O překladu informován i paliativní tým, dle potřeby ho lze telefonicky kontaktovat.

Medikace při překladu: Lacrisyn gtt á 4 hodiny mezi 6 a 21, Seropram 20 mg tbl. 1-0-0, Mirtazapin 30 mg tbl. 0-0-1, Kalnormin 1 g tbl 1-0-1, Euphyllin CR N 300 mg cps. 1-0-1, Furon 40 mg tbl 1-0-0, Novalgin 500 mg tbl. 1-1-1, Fraxiparine 0,4 s.c. 0-0-1. ATB: Tienam 1 g ve 100 ml fyziologického roztoku (30 minut) 1-1-1, Biseptol 960 mg ve 250 ml fyziologického roztoku (60 minut) 1-0-1.

Tabulka 6 - Medikace při překladu pacienta s ALS

| Název léku | Způsob podání | Léková skupina | Základní indikace |
|-----------------------------------|---------------|----------------------------|---------------------------------------|
| Lacrisyn gtt. | PEG | Oftalmologicum | Podpůrná léčba při snížené tvorbě slz |
| Seropram 20 mg tbl. | PEG | Antidepressivum | Léčba deprese |
| Mirtazapin 30 mg. tbl. | PEG | Antidepressivum | Depresivní epizody |
| Kalnormin 1g tbl. | PEG | Kaliový přípravek | Prevence a léčba hypokalemie |
| Euphyllin CR N 300 mg cps. | PEG | Bronchodilatans | Léčba nebo prevence symptomů astmatu |
| Furon 40 mg tbl. | PEG | Diuretikum | Edémové stavy |
| Novalgin 500 mg tbl. | PEG | Analgetikum, antipyretikum | Silná akutní nebo chronická bolest |
| Fraxiparine forte 0,4 | s.c. | Antikoagulans | Léčba tromboembolické choroby |

Souhrn diagnóz:

- Akutní respirační selhání + septický šok při aspirační bronchopneumonii
- Recidivující bronchopneumonie
- Uroinfekce
- ALS (bulbární forma, první příznaky 2016, dosud bez adekvátní dispenzarizace)
- Deprese
- Malnutrice, kachektizace
- Hypokalémie

5.3 Kazuistika č. 3 (základní diagnóza: KR-CA)

5.3.1 Základní informace o pacientovi

Pohlaví: Žena

Věk: 37

Rodinný stav: Vdaná, jedno dítě

Náboženské vyznání: Ateistka

Důvod přijetí: Progrese dušnosti při levostranném fluidotoraxu

5.3.2 Anamnéza

Osobní anamnéza: Karcinom rekta (diagnostikován v roce 2014), celiakie (od roku 2002 – dispenzarizovaná), explantace PICC – komplikováno flebitidou, po ATB terapii ústup (11/2018), 12/2018 zaveden PICC vpravo (dle CT venografie z 1/2019 výrazná perikatetrální trombóza axillárně a podklíčkově vpravo, štěrbinovitě zúžená dolní část horní duté žíly (HDŽ) na podkladě extramulárního útlaku při infiltraci mediastina, perikardiální výpotek, pleurální výpotek bilaterálně (vlevo přes 45 mm), mnohočetné metastatické postižení plic, metastatické postižení těla obratle Th5 a Th10.

Rodinná anamnéza: Nevýznamná

Farmakologická anamnéza: Biologická léčba + chemoterapie každé dva týdny (naposledy před šesti dny), náplast fentanyl 12,5 µg (další výměna v plánu zítra odpoledne)

Gynekologická anamnéza: 1x přirozený porod (2007), menstruace pravidelná (od 15 let)

Toxikologická anamnéza: Nekuřačka, alkohol příležitostně

Alergologická anamnéza: Penicilin, Augmentin, nesnášenlivost lepku

Pracovní anamnéza: Pracovala jako úřednice v bance, nyní v invalidním důchodu.

Sociální anamnéza: Vdaná, žije s manželem, synem a se psem, dosud soběstačná.

Úrazy: 0

Operace: Stav po ileostomii (2014), stav po resekci rekta – histologicky: exulcerovaný karcinom (2015), stav po operaci na spondylochirurgii pro nález metastatického ložiska v Th1 (2018).

Nynější onemocnění: Generalizovaný karcinom rekta s ileostomií, po chemoterapii, po stabilizaci páteře, mnohočetné metastatické postižení plic, PICC vpravo s trombózou HDŽ a syndromem HDŽ, celiakie, pacientka přijata na plicní JIP přes SPIN pro progresi dušnosti při levostranném fluidothoraxu.

5.3.3 Zhodnocení stavu při přijetí (včetně vstupních vyšetření)

Subjektivně: Pacientka trpí dlouhodobě sníženou výkoností, zvýšenou únavou, nechutenstvím a bolestmi zad. Před dvěma měsíci měla otok a zarudnutí levé horní končetiny, které po vytažení PICC a týdnů aplikace nízkomolekulárního heparinu (LMWH) odeznělo. Dále v LMWH nepokračováno a zaveden PICC vpravo bez komplikací. Chemoterapii toleruje celkem dobře, ale trpí nechutenstvím (zhubla 18 kilo za poslední tři měsíce), polyká volně. Množství odpadu stomie nezvětšeno. Dlouhodobě trpí suchým kašlem, poslední týden výrazně zhoršen. Asi 3 týdny pozoruje bulky na krku, před třemi dny si všimla také otoku krku a obličeje. Dušnost při malé námaze, někdy i v klidu, kolaps doposud nebyl.

Objektivně: TK: 120/80 mmHg, P: 55/min., DF: 16/min., TT: 36,4 °C, SpO₂: 95 %, váha: 52 kg, výška: 175 cm (BMI: 17 – podváha)

Pacientka je při vědomí, orientovaná, spolupracuje, mobilní, eupnoe, habitus kachektický (zhubla 18 kg za 3 měsíce), třesavka (ale bez vstupní teploty, spíše rozrušením), hydratace snižená, anemický kožní kolorit, lehká cyanóza rtů.

Hlava: Pokleповě nebolestivá, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, bez nystagmu, zornice izokorické, skléry anikterické, spojivky bledé, mírně patrný otok očních víček, mírný otok obličeje. Hrdlo klidné, jazyk vlhký, bez povlaku, plazí ve střední čáře, uši a nos bez výtoku.

Krk: Volný, náplň krčních žil výrazně zvýšená, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, štítná žláza nezvětšena, uzliny nezvětšeny.

Hrudník: Symetrický, jizva po stabilizaci páteře ventrálně klidná, plíce: poklep příkrácen vlevo v dolní polovině, vpravo basálně, dýchání vpravo čisté, vlevo neslyšné, srdce: akce srdeční pravidelná, urychlená, dle monitoru sinusový rytmus (SR), 2 ohrazené ozvy.

Břicho: Pohmatově nebolestivé, aperitoneální, stomie odvádí dobře, játra a slezina nezvětšeny, peristaltika zvýšená.

Dolní končetiny: Bez otoků, bez známek zánětu nebo trombózy

Vstupní EKG: Sinusový rytmus, frekvence: 101, intermediální sklon srdeční osy, PR: 136 MS, QRS: 78 MS, ST úsek bez denivelizace. Závěr: sinusová tachykardie.

Diagnózy při přijetí:

- Syndrom horní duté žíly (při perikatetrální trombóze a extramulární stenóze distální části HDŽ)
- Pleurální výpotek (bilaterálně)
- Generalizovaný karcinom rekta (diagnostikovaný v roce 2014)
- Celiakie (od roku 2002)

Doporučení + závěr: Punkce výpotku dnes, LMWH, kortikoidy, Aescin. Konzultace s angiologem: je-li katétr funkční, lze jej ponechat a nasadit plnou dávku LMWH, konzultace zítra, stran další případné intervence (stentáž HDŽ). Hospitalizace pacientky na plicní JIP.

5.3.4 Konzilia vedená týmem paliativní péče

Pacientka zůstává nadále hospitalizována na plicní JIP, vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu je však vedle intenzivní péče indikované také odborné konzilium týmem paliativní péče (přítomen doktor, sestra, klinický psycholog).

1. konzilium (2. den hospitalizace na JIP – pátek)

Konzilium probíhá v přítomnosti manžela pacientky.

Vstupní anamnéza: Pacientka s generalizovaným karcinomem rekta s ileostomií, po chemoterapii, po stabilizaci páteře pro metastáze, mnohočetná generalizace plíce, hubnutí. Recentně trombóza HDŽ při zavedení PICC, řešena implantací stentu, dušnost při fluidothoraxu a perikardiálním výpotku.

Aktuální stav pacientky: Pacientka hospitalizována na JIP plicní kliniky pro dušnost a řešení komplikací, pokračuje onkologická terapie, ovšem s progresí onemocnění.

Prognóza onemocnění: Infaustní, vzhledem k povaze onemocnění t.č. časovou prognózu nespecifikujeme pro nedostatek informací, nutná konzultace s onkologem.

Rozhovor paliativního týmu s ošetřujícím lékařem: Intervence týmu na základě přání manžela a ošetřujícího lékaře, ovšem **nesmí se t. č. používat označení paliativní**. Dle ošetřujícího lékaře pacientka odmítá antidepressivní medikaci.

Rozhovor paliativního týmu s pacientkou: Představení členů a možností týmu, orientace v onemocnění (pacientka zná povahu onemocnění – generalizovaný karcinom).

Dominantní problematika: Pro pacientku je v tuto chvíli největší problém vztah s dítětem (syn, 11 let) a jeho psychický stav (sociální izolace v kolektivu – onemocnění matky od 6 let věku syna, proběhla návštěva u dětského psychologa, ovšem bez efektu, naopak větší prohloubení nedůvěry dítěte ve zdravotnický personál, nyní v péči školního psychologa).

Emoce pacientky: V tuto chvíli stabilní, adekvátní, smutek zejména kvůli obavě o rozvoj a růst syna, jeho vztahový svět a současné závažné psychické projevy.

Sociální zázemí: Žije v bytě s manželem a synem. Manžel je sám dlouhodobě v psychiatrické péči pro hluboké deprese. Rodiče jsou pro pacientku velkou psychickou i finanční oporou. Dříve pracovala v bance, nyní je v invalidním důchodu.

Po stentáži HDŽ a drenáži fluidothoraxu – ústup hlavní symptomatiky (tlak v hlavě, dušnost), zůstává však nadále bolest (tolerovatelná) v oblasti zavedení hrudního drénu (pro PNO jako komplikace drenáže výpotku).

Závěr a plán: Po dohodě s pacientkou bude následovat další kontakt s paliativním týmem v pondělí. Zajistíme kontakt pacientky s dětskou psycholožkou. V tuto chvíli bez další symptomové intervence. Navázání vztahu paliativního týmu s pacientkou. Potřeba konzultace paliatra s onkologem stran terapeutické a prognostické rozvahy.

2. konzilium (5. den hospitalizace na JIP – pondělí)

Konzilium probíhá bez přítomnosti manžela.

Pacientka má stále zavedený drén. Vzhledem k onkologickému onemocnění pacientky a pravděpodobné recidivě dalšího výpotku ošetřující lékař uvažuje o pleurodézě talkem (talkáži).

Subjektivně: Cítí se celkem dobře, snaží se jíst, spala celou noc. Nyní je bez kyslíku a bolesti jsou snesitelné.

Objektivně: Fyzický stav pacientky je zlepšen, psychický spíše zhoršen.

O víkendu byl u pacientky na návštěvě pouze manžel, synovi se pokoušela alespoň zatelefonovat – bohužel neúspěšně.

Dle dohody pacientka kontaktovala dětskou psycholožku, ale přála by si synovy problémy řešit až doma, a ne z nemocnice.

Při dnešním konziliu navrhujeme alternativu – konferenční hovor pacientky, jejího manžela a dětské psycholožky. Pacientka souhlasí, ale musí se nejprve poradit s manželem. Přístup jejího syna ji teď trápí nejvíce, bude ráda za jakoukoliv pomoc. Nakonec pacientka souhlasí, že mu napíše vzkaz a pokusí se ho poslat po manželovi.

Pacientka se nám svěřuje, že o víkendu byl na JIP velký chaos. U pacientky na vedlejší lůžku (se stejným základním onemocněním) došlo k srdeční zástavě, po které následovala neúspěšná KPR a pacientka následně zemřela. Po této nepříjemné události pacientka nepřemýšlela celý den nad ničím jiným, než nad smrtí, a dokonce ji napadla i myšlenka ohledně eutanázie. Hledáme tedy společně relaxační techniky – dechová cvičení, poslech hudby, sledování oblíbených seriálů. Pacientka sděluje že jí manžel přinesl sluchátka a přehrávač s oblíbenými skladbami a slibuje, že odpoledne relaxaci vyzkouší.

Pacientka moc děkuje za návštěvu a domlouváme společné další setkání, tentokrát za přítomnosti jejího manžela (ve středu).

3. konzilium (7. den hospitalizace na JIP – středa)

Konzilium probíhá za přítomnosti manžela a maminky pacientky.

Subjektivně: Cítí se v rámci možností dobře, moc si přeje jít domů za synem. Trvá zvýšená únava při běžných činnostech, dušná se ale již necítí. Kašel nemá, bolesti v tuto chvíli neguje. Chut' k jídlu se celkově zlepšila.

Objektivně: Aktuálně zlepšen klinický stav, dle pneumologa je možné pacientku propustit do domácí péče.

Rozhovor s ošetřujícím onkologem: Dle onkologa je možné zvážit novou chemoterapii v paliativním režimu, ovšem efekt prodloužení života je otazný (prognóza je infaustní).

Při rozhovoru s pacientkou a její rodinou nám pacientka sděluje, že nestojí o podrobné medicínské informace (i doposud se zajímala pouze o terapeutické možnosti vedoucí k jejímu uzdravení). Konzultace s týmem paliativní péče jsou pro ni důležité a ráda by je absolvovala i ambulantně po propuštění do domácího ošetření. Domlouváme tedy orientační termín v horizontu dvou týdnů. Pacientka souhlasí s tím, že její manžel i maminka budou dostávat informace o jejím zdravotním stavu v plném rozsahu, i když ona sama je vědět nechce.

Očekávání pacientky: Po návratu domů pacientka očekává zlepšení vztahů se synem, který jí vyčítá, že není doma. Měla by být zahájena psychologická či psychiatrická konzultace se synem dle našeho doporučení a vydaného kontaktu.

Aktuální potřeby: Pacientka velmi stojí o probrání dalších potřeb s psychologem, ovšem v užším kruhu, nyní své potřeby nechce verbalizovat. Stojí o doporučení analgetické medikace „na doma“. Opakuje, jak je vděčná za možnost komunikace s paliativním týmem.

Emoce: V tuto chvíli stabilní, psychologická podpora týmu velice efektivní, své obavy nyní před rodinou nechce projevovat – tiše zmiňuje starost o maminku a její psychický stav.

Rozhovor s manželem: Manžel pacientky stojí o komplexní informace o onemocnění, terapii i prognóze. V informacích ohledně onemocnění se orientuje, je si vědom terminality maligního onemocnění. Očekávání prognózy je adekvátní (v řádech měsíců), adekvátně zvažuje také různé scénáře a vývoje, stojí o návrh plánu péče a je přístupný různým alternativním řešením. Nyní je jeho očekávání takové, že se vrátí domů a budou se snažit fungovat samostatně jako rodina s podporou domácí péče a s dobrou analgetickou strategií. Domlouváme se společně na opakování ambulantních konzultací s týmem paliativní péče a při zhoršení stavu na rehospitalizaci na JIP (případně i cestou záchranné služby). Manžel pacientky je sám v péči psychiatra (depresivní syndrom), efekt adekvátní, v tuto chvíli je jeho léčba pouze podpůrná. Svěřuje se nám se svou zkušeností se smrtí (úmrtí maminky na karcinom slinivky v hospicu) a je ochoten nabídnout případné doprovázení manželky v závěru života v domácím prostředí – s pacientkou se o tom zatím nebavili.

Medikační intervence: Náplast Fentanyl 25 µg, Sevredol tbl. 5 mg při průlomové bolesti, Lactulóza sirup při zácpě 20 ml 3x denně.

Závěr a doporučení: Dnes bude pacientka propuštěna do domácí péče, následná péče dle doporučení (pneumolog, onkolog). Opakovaný kontakt s paliativním týmem v horizontu dvou týdnů – manžel pacientky sjedná konkrétní termín telefonicky – kontakt předán. Od zítra zahájení domácí péče. Konzultace sociální pracovnice zajistíme a předáme potřebné informace manželovi pacientky.

Celá rodina je velmi vděčná za naši péči, při loučení za vše děkují a těší se na příští návštěvu.

5.3.5 Závěr

Průběh hospitalizace: Po přijetí na JIP byla provedena pleurální punkce vlevo, získáno 1100 ml nažloutlého výpotku bez příměsi krve, bez aspirace vzduchu, ukončeno pro dráždění ke kašli. Oběhově stabilní, sklon k hypotenzii odpovídá chronickým hodnotám TK, bez klinických známek tamponády – nasazen LMWH. Druhý den provedena další hrudní punkce a odsáto 1000 ml, poté se na RTG i UZ potvrzuje vznik iatrogenního PNO – zaveden hrudní drén. Implantován stent do stenotické HDŽ, ale stále zůstává reziduální stenóza 20-30 %. Klinicky: stentáž se zřetelným efektem. Pro výraznou perikatestrální trombózu PICC axilárně a podklíčkově vpravo započata plná heparinizace, provedeno ECHO s potvrzením většího parikardiálního výpotku, zatím ke konzervativní terapii. 4. den hospitalizace pociťovala pacientka nauzeu a zvracela při dráždivé medikaci. Dle SONO výpotek bez progresu. 5. den hospitalizace kontrolní ECHO s částečným zlepšením. 6. den hospitalizace klesají odpady z hrudního drénu, konzultován ošetřující onkolog (proti případné pleurodóze neměl námitek, pacientka nadále pokračovala v onkologické léčbě). 7. den hospitalizace po 24 hodinách zaštipnutí drénu na RTG obě plíce expandované, bez PNO – hrudní den extrahován. Pacientka byla 7. den hospitalizace propuštěna (afebrilní a za uspokojivého zdravotního stavu) do domácí péče. Nadále zůstává v kontaktu s týmem paliativní péče.

Souhrn diagnóz:

- Syndrom horní duté žíly (stav po katetrizaci během hospitalizace, PTA HDŽ s implantací stentu s reziduální stenózou 20-30 %)
- Fluidotorax bilaterálně (stav po punkci, s komplikací PNO na levé straně)
- Iatrogenní pneumotorax (na levé straně, hrudní drenáž celkem 6 dní)
- Perikardiální výpotek (vstupní ECHO – známky počínající tamponády, kontrolní ECHO po 5 dnech – lepší se nález, bez indikace k další intervenci)
- Generalizovaný karcinom rekta
- Celiakie (od roku 2002)

Plán a doporučení: Ambulantní kontrola fluidotoraxu za týden, při kontrole kontaktovat paliativní tým. Kontrolní ECHO rovněž za týden. Plná antikoagulace pro kombinovanou stenózu HDŽ řešenou stentáží. PICC katetr ponechán a lze jej nadále používat. Kontrola na onkologii dle domluvy s ošetřujícím onkologem s kontrolními odběry. V den propuštění zajistit domácí péči.

Doporučená medikace: Helicid 20 mg cps. 1-0-0, Nitrazepam 15 mg 0-0-1, Sevredol 5 mg tbl. (při průlomové bolesti, opakovat po hodině do efektu, maximálně 20 mg denně), Lactulosa sirup 20 ml, Fraxiparine forte 0,4 ml 1x denně v 18 hodin. Náplast Fentanyl 25 µg tdr. (měnit po 72 hodinách, výměna zítra v 16 hodin).

Tabulka 7 - Doporučená medikace při propuštění pacientky s KR-CA

| Název léku | Způsob podání | Léková skupina | Základní indikace |
|------------------------------|---------------|--|---|
| Helicid 20 mg cps. | p.o. | Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy | Léčba peptického vředu, refluxní ezofagitidy |
| Fentanyl 25 µg | tdr. | Opioidní analgetikum | Tlumení silné chronické bolesti, kterou lze zvládat pouze opioidními analgetiky |
| Nitrazepam 15 mg | p.o. | Anxiolytikum | Úzkost, napětí, panický strach |
| Sevredol 5 mg tbl. | p.o. | Analgetikum, anodynum | Tlumení silné bolesti |
| Lactulosa sir. | p.o. | Digestivum, laxativum | Chronická obstipace |
| Fraxiparine forte 0,4 | s.c. | Antikoagulans | Léčba tromboembolické choroby. |

Závěr: Na schůzku s paliativním týmem dorazila pacientka v doprovodu manžela dle plánu. Necítí se moc dobře, trpí nechutenstvím, zvracením a bolestmi v oblasti bederní páteře a třísel. Dále ji trápí pocit viny z nedostatečně plněné role maminky, manželky a dcery. Velkou obavu jí dělá komunikace s malým synem o riziku úmrtí. Celkově se však vztah se synem výrazně zlepšil – dochází k nim pravidelně dětská psycholožka, se kterou si syn pacientky velmi rozumí. Po dlouhém rozhovoru s celým paliativním týmem (lékař, sestra, psycholog), pacientkou, jejím manželem a maminkou je zvolena možnost domácí hospicové péče. Po 3 týdnech kontaktuje manžel paliativní tým s informací, že manželka zemřela poklidně v domácím prostředí v kruhu celé své nejbližší rodiny a děkují za veškerou péči.

6 DISKUZE

V rámci přípravy na psaní své bakalářské práce jsem našel několik prací napsaných na téma „Využití paliativní péče v intenzivní medicíně“ (z některých z nich jsem také čerpal informace). Většina prací však byla čistě teoretického charakteru a zabývala se pouze obecnými principy využití paliativní péče v intenzivní medicíně. Žádná z těchto prací však neobsahovala praktickou ukázkou práce paliativního týmu s pacientem. Jeden z odborných článků sice obsahoval několik klinických případů pacientů, u kterých byla prováděna péče konziliárního paliativního týmu, nicméně onemocnění pacientů bylo shrnuto pouze v několika málo větách a chyběl tak ucelený přehled o klinickém projevu onemocnění, jeho diagnostice, léčbě či prognóze. Rovněž intervence paliativního týmu byla velmi zkrácena.

Na základě těchto zjištění jsem se proto rozhodl ve své práci zaměřit na všechny výše jmenované aspekty. Teoretická část proto obsahuje jak informace o paliativní péči (se zaměřením na paliativní péči v intenzivní medicíně), tak o diagnózách pacientů. Pro lepší přehlednost jsem se vedle základních onemocnění vybraných pacientů zabýval také diagnózami vedlejšími, které bývají často přidružené k základním.

Mým cílem je právě podání ucelených informací o pacientovi tak, aby byla zcela zřejmá závažnost onemocnění, možnosti léčby a vliv přidružených onemocnění na jeho celkový stav. Současně také vyzdvihuji důležitost intervence paliativního týmu u těchto pacientů, jejichž prognóza je infaustní.

Ačkoliv jsou v dnešní době pojmy paliativní péče a intenzivní medicína vnímány v protikladném významu, snaha lékařů z paliativního týmu je nabízet komplexní paliativní péči i pacientům, kteří zároveň vyžadují péči intenzivní. Mezi základní aspekty paliativní péče řadíme: tišení bolesti, mírnění tělesného i duševního utrpení a zachování důstojnosti pacienta. Z toho je patrné, že není cílem neléčit pacienta, ale poskytovat souběžně s péčí intenzivní i to, co intenzivní medicína nabídnout nedokáže.

V České republice je velkým problémem, že zatím ani lékaři nemají úplně jasno v tom, pro koho je vlastně paliativní péče určena. Paliativní péče se totiž týká nejen onkologických pacientů v terminálním stádiu, ale také pacientů s pokročilou Alzheimerovou chorobou, s orgánovým selháním, CHOPN či jakoukoliv další nemocí, na jejíž vyléčení je medicína krátká [28].

Celosvětově se dnes potýkáme s ohromným množstvím chybějícího zdravotnického personálu v nemocnicích. V praxi to pak vypadá tak, že jedna zdravotní sestra na oddělení intenzivní péče má na starosti více pacientů souběžně. Obdobně jsou na tom i lékaři. Práce s pacientovým nitrem, nevyřešenými otázkami, strachem ze smrti či o rodinu a příbuzné, zvláště na konci pacientova života, tak není v silách ani zdravotních sester ani lékařů, zajistit adekvátně. Může se tak stát, že pacient umírá sice bez bolesti tělesné, ale s bolestí duševní, přestože by dle výzkumu zveřejněného na internetovém portálu www.zdravotnickydenik.cz z paliativní péče profitovalo zhruba 70 tisíc z celkového počtu 110 tisíc pacientů, kteří zemřou ve zdravotnickém zařízení [28].

Paliativní péče probíhá od oznámení diagnózy pacientovi, přes jeho hospitalizaci, ale nekončí smrtí pacienta, jak si někteří odborníci i laici mylně myslí, nýbrž pomáhá rodině s vypořádáním se se smrtí blízkého a pomáhá zajistit i další potřebné náležitosti (pohřeb).

Jedním ze základních aspektů při poskytování paliativní péče je právě pohovor s pacientem, kdy se zjišťuje, co je pro něj důležité a jakou léčbu by si on sám přál. Dle výzkumu, který proběhl na 170 rodinách je zřejmé, že pro pacienty i jejich rodiny je na prvním místě důležité mít důvěru v ošetřujícího lékaře, dále nebýt uměle udržován při životě, třetí nejdůležitější je upřímná a pravdivá komunikace o onemocnění. Až na sedmém místě figuruje zmírnění symptomů [28].

Také dořešení tíživých myšlenek je pro pacienta cestou k pokojnému odchodu. Tento aspekt paliativní péče, tedy nápomoc při řešení těchto problémů názorně ukazují v praktické části konkrétně u první kazuistiky.

V první kazuistice byl zkoumaným pacientem 71letý muž, ateista, ženatý (dvě děti) se základní diagnózou CHOPN (IV. stádium na DDOT), který byl přijat na plicní JIP z důvodu zhoršení dušnosti. Pacient byl na JIP hospitalizován celkem 15 dní. Intervence konziliárního paliativního týmu začala od druhého dne hospitalizace. Na prvním setkání byla přítomna také manželka pacienta, která však vyzdvihovala v první řadě své problémy a nedávala svému nemocnému manželovi prostor pro jeho strasti. Ačkoliv je rodina pro pacienty mnohdy velkou oporou, v tomto případě tomu tak zpočátku nebylo. Manželka byla úzkostná a plačtivá a své emoce přenášela také na pacienta. Vzhledem k tomu, že paliativní tým neměl prostor pro pohovor s pacientem, následující konzilium probíhalo bez přítomnosti manželky. Na tomto konziliu se pacient velmi rozpovídal a řešil také věci, které před svou manželkou řešit

odmítal. Dále bylo respektováno přání pacienta, na kterých setkáních chtěl, aby byla jeho manželka přítomna a na kterých nikoliv. Paliativní tým sloužil v tomto konkrétním případě mimo jiné také jako prostředník pro komunikaci mezi pacientem a jeho manželkou. Oba byli na základě intervence schopni probírat důležité věci, které pro ně doposud byly tabu. Od počátku si také pacient stěžoval na špatné rodinné vztahy s dětmi i vnoučaty a tvrdil, že ho to vůbec netrápí a vidět nikoho z nich nepotřebuje. Už při první zmínce paliativní tým vyzoroval, že tuto otázku pacient nemá vyřešenou ani sám se sebou. Z dostupné literatury je zřejmé, že u pacientů v terminální fázi onemocnění je velice důležité mít před smrtí vyřešené právě neshody v rodinných vztazích. Paliativní tým se tedy zaměřil také na otázku nevyřešené rodinné situace. Po překládu pacienta na standardní oddělení nečekaně přišla jeho dcera, vše si vyříkali, došlo k oboustranné omluvě a pacient své dceři odpustil. Následující den pokojně a smířeně zemřel.

Nejen na základě této kazuistiky, ale také dle slov MUDr. Marie Svatošové z knihy *Neboj se vrátit domů*, která se den, co den s otázkou pokojné smrti zabývá ve svých zbudovaných hospicích, se s námi podělila o případy umírajících, kteří si vše na konci svých dnů vyřešili, a když potom nastal jejich čas, uviděla u nich úsměv na rtech. Když pomůžeme úplně odstranit či alespoň omezit na minimum bolest a další negativní aspekty nemoci, pomůžeme nemocnému uspokojit všechny jeho potřeby a citlivě ho podpoříme k dospění do fáze, které se říká akceptace, pak můžeme vidět na tváři pacienta úsměv a výraz, který jako by říkal „Děkuji, dokonáno jest, nyní mohu pokojně odejít.“ [21].

Ve druhé kazuistice byl zkoumaným pacientem 69letý muž, římskokatolického vyznání, ženatý (dvě děti), se základní diagnózou ALS (bulbární forma) přijatý na neurologický JIP z důvodu celkového zhoršení stavu při nemožnosti polykání. Pacient byl hospitalizován celkem 16 dní. Intervence paliativním týmem byla zahájena u pacienta 7. den hospitalizace na neurologickém JIP. Jelikož byl pacient sedován, konzilium probíhalo za přítomnosti manželky, dcery, ošetřujícího lékaře a paliativního týmu. Od manželky jsme se dozvěděli jednu ze základních informací o pacientovi a to, že už dříve otevřeně mluvil o smrti a byl smířený se svou diagnózou. Při druhém konziliu, tedy prvním, kdy byl pacient při vědomí a plně orientován, se dozvídáme také o příslušnosti k římskokatolické církvi. Snaha paliativního týmu v tento moment bylo zajištění návštěvy kaplana, kterou pacient vřele uvítal a hojně využíval. Během konzilií rád vzpomínal na svou práci, kterou bral spíše jako poslání, a ve které měl možnost se setkat s mnoha různými lidmi, kteří ovlivnili jeho život malými

gesty, které si vryl do paměti. Možná právě proto během své hospitalizace zaháněl smutek radostí z maličkostí. I přes velmi vážnou diagnózu bral pacient své onemocnění s nadhledem a se smrtí byl od začátku smířený. Celý paliativní tým překvapil jeho někdy až neúměrně pozitivní přístup k nemoci. Podíl na jeho optimistickém přístupu byla nejen jeho fungující rodina, která mu byla oporou, ale právě také náboženské vyznání.

MUDr. Marie Svatošová ve své knize *Hospice a umění doprovázet* zmiňuje, že věřícím lidem se obecně odchází lépe, neboť věří, že jejich život smrtí nekončí, ale naopak začíná a pravý smysl života je teprve před nimi. Dle jejích slov ale každý člověk (ať už věřící, či nevěřící) potřebuje vědět, že mu před smrtí bylo odpuštěno a že jeho život měl a do poslední chvíle má smysl.

Ve třetí kazuistice byla zkoumanou pacientkou 37letá žena, ateistka, vdaná (11letý syn) se základní diagnózou KR-CA, která byla přijata na plicní JIP z důvodu progresu dušnosti při levostranném fluidotoraxu. Pacientka byla na JIP hospitalizována celkem 7 dní. Intervence konziliárního paliativního týmu začala od druhého dne hospitalizace. Dominantním problémem u této pacientky byl jednoznačně její malý syn, který jí nepřítomnost doma zazlival a nedokázal pochopit, proč s ním maminka není doma. Situace došla dokonce tak daleko, že s pacientkou její syn odmítal komunikovat a nechtěl za ní do nemocnice přijít. Pacientka proto měla pocit, že dostatečně neplní roli matky a ani manželky. Dalším problémem byl právě pacientky manžel, který byl sám v péči psychiatrů pro těžkou depresivní poruchu. I přes své zdravotní problémy však zůstával své ženě oporou a počítal s jejím doprovázením až do samotného konce života. Pacientka si za každou cenu přála odejít co nejdříve domů a nezemřít v nemocnici. Jejímu přání bylo samozřejmě vyhověno a na základě těchto skutečností byla zvolena možnost domácího hospicu. Pacientka nakonec zemřela poklidně podle svého přání v domácím prostředí za přítomnosti celé své rodiny. Životní příběh poslední pacientky byl velmi silný, a to nejen z důvodu velmi závažných diagnóz, ale především, že umírala velmi mladá a celý život měla před sebou. Zajímavostí navíc bylo, že pacientka si nepřála znát kompletní informace o svém zdravotním stavu, ale souhlasila s podáním plného rozsahu informací o svém zdravotním stavu jejímu manželovi a mamince.

Pacientka ze třetí kazuistiky během hospitalizace před paliativním týmem zmínila, že uvažovala i o eutanázii. MUDr. Marie Svatošová upozorňuje, že pokud pacient požádá o urychlení smrti, nedostává se mu zpravidla správné a všestranné péče [22]. Paliativní tým

v tomto případě naštěstí včas a správně zareagoval a pacientka nikdy více tuto možnost nevyslovila.

V dnešní době se paliativní péče dostává stále více do popředí, neboť k základní terapii poskytuje ještě „něco“ navíc. Právě to „něco“ navíc je v prostředí intenzivní medicíny poskytováno specializovanými paliativními týmy, které se zaměřují na základní potřeby člověka a na zajištění důstojného umírání.

Na základě získaných kazuistik pacientů a jejich následném porovnání s odbornou literaturou, jsem došel k názoru, že konkrétní paliativní tým ve všech třech případech postupoval podle všech etických a morálních hodnot paliativní péče zcela správně. A přesně takto by podle mého názoru měla probíhat péče o pacienty ve všech zdravotnických zařízeních.

Ve snaze rychle se rozhodnout pro správnou léčbu často zapomínáme na důležitost důvěrného vztahu s pacientem a pacient si tak může připadat opomíjeným. Na základě zjištění bakalářské práce lze říci, že ve všech třech případech pacientů byl správně vytvořen vztah mezi pacientem a paliativním týmem a ve všech případech byl rovněž pro pacienta prospěšný. Paliativní tým respektoval za každých okolností pacientovy potřeby a individualitu a přizpůsobil tomu plán péče.

Dle výsledků projektu *ODDICUS*, který se zaměřil na kvalitu péče o umírající je zřejmé, že 90 % úmrtí se očekává, přičemž ke 42 % dochází v intenzivní medicíně. Projekt dále přichází s výsledkem, že pouze v 94 případech z tisíce byla poskytnutá péče umírajícímu hodnocena jako adekvátní, zachovávající důstojnost a zároveň proběhla se zapojením celé rodiny [28].

Ze své vlastní zkušenosti vím, že čas zdravotníků v nemocnicích (zvláště pak v intenzivní medicíně) není nekonečný a často není dost prostoru na to si s pacientem popovídat o tom, co ho trápí. Řešením tohoto problému by proto mohlo být zavedení paliativních týmů nejen ve fakultních nemocnicích ale též v oblastních, kde jsou zdravotníci „nedostatkovým zbožím“. Dle studií dostupných na internetovém portálu www.umirani.cz je zveřejněno, že laická (73 %) i odborná (74 %) veřejnost se shodnou na tom, že lékaři na vážný rozhovor s pacientem a jeho rodinou nemají čas. S tím, že v nemocnici není dostatek soukromí a času pro vážný rozhovor s pacientem paradoxně souhlasí více zdravotníci (85 %) než běžná populace (67 %).

Při dotazování zdravotnického personálu, zda by se lékařům pracovalo lépe, kdyby mohli využívat konzilií s paliativním týmem, odpovědělo 58 % rozhodně ano, 38 % spíše ano, 4 % neodpověděli a pouhé 2 % všech dotazovaných vyjádřilo svůj jasný nesouhlas [24]. Na základě této skutečnosti proto lze říci, že pravděpodobně i lékaři by ocenili možnost úzce spolupracovat s konziliárními paliativními týmy.

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce přináší ucelený přehled o využití paliativní medicíny v intenzivní péči a poukazuje na její nedílnou součást při snaze zajistit komplexní péči o pacienta.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabývám paliativní péčí, jejími cíli, historií a dělením. Dále jsou zde vyjmenovány nejčastější skupiny pacientů, kteří vyžadují paliativní péči. Mimo jiné se zabývám také správnou komunikací s pacientem a jeho rodinou. Dostatečný prostor je věnován konkrétně paliativní péči v intenzivní medicíně. Podrobně jsou zde rozebrány základní diagnózy zkoumaných pacientů (chronická obstrukční plicní nemoc, kolorektální karcinom, amyotrofická laterální skleróza). Věnuji se zde však i vedlejším diagnózám těchto pacientů, neboť často souvisí s diagnózami hlavními a v prostředí intenzivní medicíny je nutné jim věnovat zvýšenou pozornost (např. hypokalemie, dušnost, akutní respirační selhání, septický šok). V praktické části se zabývám třemi konkrétními pacienty, kteří byli záměrně vybráni tak, aby byli odlišné jejich základní diagnózy, věk, pohlaví i náboženské vyznání. Každá kazuistika je rozdělena do několika podkapitol – první podkapitola obsahuje základní informace o pacientovi (pohlaví, věk, rodinný stav, náboženské vyznání a důvod přijetí na JIP). Další podkapitola podrobně rozebírá anamnézu pacienta. Třetí podkapitolou je zhodnocení stavu při přijetí, kde se zabývám mimo jiné také vstupními vyšetřeními, která byla u pacienta provedena bezprostředně po jeho přijetí. Stěžejní je podkapitola, ve které se podrobně zabývám konzilií vedenými paliativním týmem. Zde je kladen důraz na jedinečnost každého pacienta a individuální přístup celého týmu. V závěru pak popisuji průběh celé hospitalizace pacienta na JIP, uvádím medikaci pacientů při překladech/propuštění/za hospitalizace, která je pro přehlednost zpracována formou tabulek, které obsahují způsob podání, lékovou skupinu a základní indikaci podání. Na závěr je vždy uveden souhrn diagnóz každého pacienta.

Bakalářská práce ukazuje, jak odlišně může probíhat intervence paliativního týmu na základě hlavní diagnózy pacienta, jeho věku, individuálních potřeb či životní situace. Zároveň však zdůrazňuje důležitost konzilií paliativního týmu u všech těchto pacientů a jejich jednoznačně pozitivní vliv na psychický stav.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACTH – adenokortikotropní hormon

AKS – akutní koronární syndrom

ALS – amyotrofická laterální skleróza

amp. – ampule

ARDS – syndrom akutní dechové tísně

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

AS – akce srdeční

ATB – antibiotika

BMI – body mass index (index tělesné hmotnosti)

CMP – cévní mozková příhoda

CO₂ – oxid uhličitý

CPPP – centrum podpůrné a paliativní péče

cps. – kapsle

CT – computer tomography (výpočetní tomografie)

CŽK – centrální žilní katetr

DC – dýchací cesty

DDOT – dlouhodobá domácí oxygenoterapie

DF – dechová frekvence

DNR – Do not resuscitate

ECT – extracelulární tekutina

ECHO – echokardiografie

EKG – elektrokardiografie

EMG – elektromyografie

ETI – endotracheální intubace

ETK – endotracheální kanyla

FiO₂ – inspirační koncentrace kyslíku

FR – fyziologický roztok

GCS – Glasgow Coma Scale (stupnice hloubky bezvědomí)

gtt. – kapky

HDŽ – horní dutá žíla

HRCT – high resolution computer tomography (výpočetní tomografie s vysokým rozlišením)

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

i.m. – intramuskulární

i.v. – intravenózní

ICT – intracelulární tekutina

inh. – inhalační

inj. – injekční

JIP – jednotka intenzivní péče

K⁺ – kalium (draslík)

KCl – chlorid draselný

KES – komorová extrasystola

KHCO₃ – hydrogenuhličitan sodný

KPR – kardiopulmonální resuscitace

KR-CA – kolorektální karcinom

LH – luteotropní hormon

LMWH – nízkomolekulární heparin

MR – magnetická rezonance

NGS – nazogastrická sonda

NIV – neinvazivní plicní ventilace

OCHRIP – oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče

OPP – oddělení paliativní péče

OTI – orotracheální intubace

P – puls

p.o. – per os

PEEP – Positive End-Expiratory Pressure (pozitivní přetlak na konci výdechu)

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PICC – periferií implantovaný centrální katetr

PNO – pneumotorax

PTA – perkutánní transluminální angioplastika

RTG – rentgenové vyšetření

s.c. – subkutánní

SPIN – společný příjem interně nemocných

SpO₂ – saturace krve kyslíkem

SR – sinusový rytmus

STH – somatotropní hormon

tbl. – tableta

tdr. – transdermální

TIA – tranzitorní ischemická ataka

TK – krevní tlak

TS – tracheostomie

TT – tělesná teplota

UPV – umělá plicní ventilace

UZ – ultrazvukové vyšetření

ZZS – zdravotnická záchranná služba

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- [2] AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, c2006. ISBN 80-7262-433-4.
- [3] BÁRTOVÁ, Jarmila. *Přehled patologie*. V Praze: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2745-8.
- [4] BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Výbrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.
- [5] BOŘKOVÁ, Jana, Lenka KAŠPAROVÁ, Hana NOVOTNÁ a Alena TROJÁČKOVÁ. *Breviř*. 24. Praha: MEDICAL TRIBUNE, 2015. ISBN 978-80-87135-62-4
- [6] *Center to Advance Palliative Care* [online]. New York. 2019 [cit. 2019-03-16]. Dostupné z: <https://www.capc.org/about/palliative-care/>
- [7] CVACHOVEC, Karel, Vladimír ČERNÝ, Ondřej DOSTÁL, et al. Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. *Urgentní medicína*. 2009, **12**(2), 38-41. ISSN 1212-1924. Dostupné také z: http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM_2009_02.pdf
- [8] ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, Renata. Aktuální etické otázky intenzivní péče. *Postgraduální medicína*. 2016, **18**(5), 534-538. ISSN 1212-4184. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/postgradualni-medicina/>
- [9] ČEŠKA, Richard, TESAŘ, Vladimír, Petr DÍTĚ a Tomáš ŠTULC, ed. *Interna*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-423-0.

[10] DRÁBKOVÁ, Jarmila. Lékařem asistovaná sebevražda a eutanazie v intenzivní péči – stále téma zcela zásadních diskusí. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Supplementum 1: Medicínsko-etická dilemata v současné intenzivní medicíně. 2017, **64**(1), 45-49. ISSN 1212-3048. Dostupné také z: <https://nlk.cz/zdroje/publikace-nlk/anesteziologie-resuscitace-a-intenzivni-medicina/>

[11] DRÁBKOVÁ, Jarmila. Rozhodování o intenzitě léčby, podporující základní a další významné životní funkce a o péči v závěrečné fázi života. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Supplementum: Brusel 2013 Aktuální problematika intenzivní péče a urgentní medicíny – vybrané kapitoly [online]. 2013, **60**(4), 87-106 [cit. 2018-12-19]. ISSN 1212-3048. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00011085-4d5ef15e-e10d-4227-b08f-ec78f2c730f3>

[12] KISVETROVÁ, Helena. Umírání a smrt v prostředí intenzivní medicíny. In: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve. 2011, s. 177-182. ISBN 9788089544004. Dostupné také z: <https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Pracoviska/ustav-osetrovatelstva/Konferencia-zbornik-program/2011-konferencia-fulltext-web.pdf>

[13] KRISTOVÁ, Jarmila a Vlasta ZÁVODNÁ. Saturácia potreby komunikácie u pacienta s infaustnou prognózou. In: Jihlavské zdravotnické dny 2011. 2011, s. 347-351. ISBN 9788087035375. Dostupné také z: https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf

[14] MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

[15] PAŘÍZKOVÁ, Renata. Paliativní léčba v intenzivní medicíně. Intervenční a akutní kardiologie. Právní a etické problémy u kriticky nemocných. 2011, **10**(Suppl. B). ISBN 978-80-87327-62-3. ISSN 1213-807X. Dostupné také z: <http://www.iakardiologie.cz/archiv.php>

[16] PFEFFEROVÁ, Eva a Alena PISTULKOVÁ. Smrt a umírání na ARO. Florence. 2011, **7**(5), 9-11. ISSN 1801-464X.

[17] PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.

[18] RUSINOVÁ, Kateřina, Markéta ČERVENKOVÁ, Zuzana ČEPELÍKOVÁ a Ondřej KOPECKÝ. Perioperační paliativní péče: role mezioborového konziliárního týmu v perioperačním období a v prostředí intenzivní péče. *Časopis lékařů českých*. 2018, **157**(1), 30-33. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/perioperacni-paliativni-pece-role-mezioboroveho-konziliarniho-tymu-v-perioperacnim-obdobi-a-v-prostredi-intenzivni-pece-63253>

[19] SCHNEIDEROVÁ, Michaela. Perioperační péče. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.

[20] SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

[21] SVATOŠOVÁ, Marie a Aleš PALÁN. *Neboj se vrátit domů*. Praha: Kalich, 2018. Rozhovory (Kalich). ISBN 978-80-7017-249-0.

[22] SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

[23] ŠIMEK, Jiří. Kriticky nemocný z hlediska lékařské etiky. *Intervenční a akutní kardiologie*. Právní a etické problémy u kriticky nemocných. 2011, **10**(Suppl. B). ISBN 978-80-87327-62-3. ISSN 1213-807X. Dostupné také z: <http://www.iakardiologie.cz/archiv.php>

[24] *Umírání.cz: informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. 2019 [cit. 2019-05-06]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/data>

[25] VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ a Lucie DOLEJŠÍ. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-247-2747-9.

[26] VLČKOVÁ, Eva. Amyotrofická laterální skleróza. *Neurologie pro praxi*. 2016, 17 (6), 362-365. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2016/06/06.pdf>

[27] ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2099-9.

[28] *Zdravotnický deník: zdravé je vědět* [online]. Praha: Media Network, 6.5.2017 [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2017/05/kvalite-nemocnicni-paliativni-pece-cr-chybi-data-dle-studie-vfn-se-dobra-pece-dostane-desetine-pacientu/>

10 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 - Přehled výkonů péče poskytované paliativním týmem..... | 21 |
| Tabulka 2 - Klasifikace CHOPN podle tíže..... | 22 |
| Tabulka 3 - Chronická medikace pacienta s CHOPN..... | 42 |
| Tabulka 4 - Medikace v průběhu hospitalizace u pacienta s CHOPN..... | 51 |
| Tabulka 5 - Chronická medikace pacienta s ALS..... | 52 |
| Tabulka 6 - Medikace při překladech pacienta s ALS..... | 64 |
| Tabulka 7 - Doporučená medikace při propuštění pacientky s KR-CA..... | 73 |