

Komplexní přístup k léčbě bolesti v paliativní péči

MUDr. Jarmila Kušnírová

Centrum léčby bolesti, KARIM, Fakultní nemocnice Ostrava

Bolest představuje jeden z nejzávažnějších projevů pokročilého stadia nádorového onemocnění. V paliativní péči se s chronickou bolestí setkáváme sice i u pacientů v terminálním stadiu jiných onemocnění, největší podíl pacientů trpících chronickou bolestí však zůstává mezi pacienty s nádorovou bolestí. Jelikož zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života nevyléčitelně nemocných, jistě může být i častým důvodem návštěvy praktického lékaře s požadavkem na úlevu od bolesti. Článek přináší přehled jak farmakologických, tak i nefarmakologických možností terapie.

Klíčová slova: nádorová bolest, paliativní péče, opioidy, léčebné konopí, průlomová bolest, opioidy indukovaná obstrukce.

A comprehensive approach to pain management in palliative care

Pain is one of the most serious manifestations of an advanced stage of cancer disease. In the palliative care setting, chronic pain is encountered also in patients in the terminal stage of other diseases; however, the greatest proportion of patients suffering from chronic pain are among those with tumour-related pain. Since pain substantially affects the quality of life of incurably ill patients, it may certainly be a common reason for visiting a general practitioner with a request for pain relief. The article presents an overview of both pharmacological and non-pharmacological treatment options.

Key words: cancer pain, palliative care, opioids, cannabinoids for medical use, break-through pain, opioid-induced constipation.

Bolest u pacientů s onkologickým onemocněním může být způsobena:

- **přímo nádorem** – infiltrací měkkých tkání nádorem, obstrukcí dutých orgánů, kostními metastázami, infiltrací či kompresí nervových struktur,
- **onkologickou léčbou** – bolestivé syndromy po amputacích, po thorakotomii, mastektomii, krční discekt, plexopatie po radioterapii, periferní neuropatie po chemoterapii.

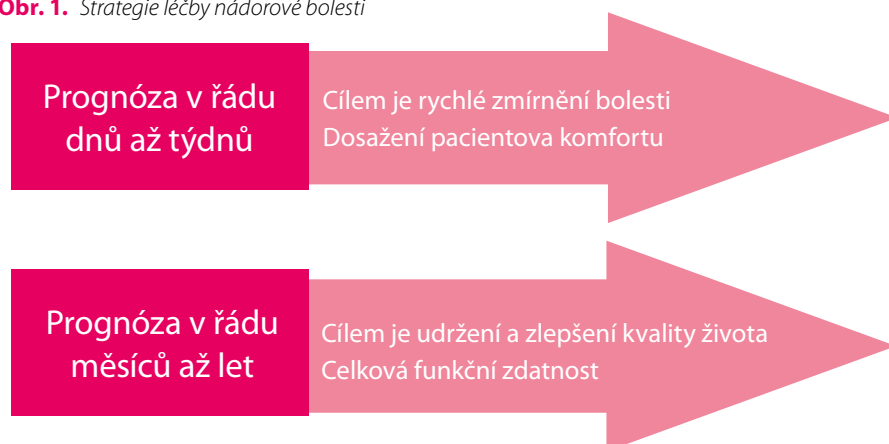
Pacienti v paliativní péči mohou navíc trpět jinou bolestí, která se základním onemocněním nespojuje, kupř. bolest při degenerativních změnách kloubů a páteře, s progresí nemoci se častěji mohou vyskytnout muskuloskeletální bolesti plynoucí z imobility, bolesti u dekubitů, chronických ran a podobně. Proto správné zhodnocení zdroje bolesti předpokládá důkladnou anamnézu a klinické vyšetření (1).

Pokud je pacient schopen komunikovat, cílenými dotazy zjišťujeme:

- **místo** bolesti: kde dominuje, kam se propaguje,
- **intenzitu** bolesti: na numerické škále bolesti 0–10, jaká je intenzita při záchvatu bolesti, po medikaci, jestli existuje úlevová poloha, zda je bolest intenzivnější v noci/přes den, v klidu/po námaze,
- **charakter** bolesti: tupá, pálivá, bodavá, svíravá, ostrá, průlomová... + vlastní popis pacientem,
- **délku** trvání bolesti: dny/měsíce/roky, záchvat bolesti trvá minuty/hodiny, vyskytuje se/nevyskytuje se ke konci dávkovacího intervalu, je intermitentní/trvalá...
- **spánek:** bolest budí/nebudí ze spánku, je/není přítomna nespavost (jako častý příznak deprese u pacientů s chronickou bolestí).

V situaci, kdy pacient není schopen komunikace (pacienti s demencí, s kvalitativní nebo kvantitativní poruchou vědomí, malé děti), je důležitá pečlivá monitorace neverbálních projevů bolestivého chování. U pacientů s pokročilou demencí není často bolest rozpoznána, a tedy je i nedostatečně léčena. Tito pacienti často nejsou schopni určit lokalizaci bolesti a ani pojmenovat bolestivé příznaky. Vizualní analogová škála ani numerická škála bolesti nejsou v takovém případě použitelné, místo nich se využívají stupnice, které spoléhají na pozorování pacienta ošetřující osobou a rozpoznání bolesti podle neverbální komunikace. V praxi se osvědčila škála PAINAD. Tato stupnice má 5 položek: dýchání nezávislé na vokalizaci, negativní vokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování. Každá položka je ohodnocena stupnicí od nuly do dvou bodů. Celkové skóre je počet bodů od 0 do 10 (2).

Obr. 1. Strategie léčby nádorové bolesti



Diagnostika chronických bolestivých stavů

Již při vstupu pacienta do ambulance lze orientačně zhodnotit schopnost chůze, celkovou mobilitu, všimnout si viditelné plegie nebo parézy končetin, jejich hybnosti. Také při vstupním rozhovoru lze zachytit případné poruchy řeči. Jestli se u takového pacienta bližším odebráním anamnézy zjistí diagnóza postihující centrální nervový systém (kromě nádorů i kupř. roztroušená skleróza, stav po cévní mozkové příhodě, stav po míšním traumatu nebo neurodegenerativní nemoc), nabízí se u bolestivých stavů diagnóza **centrální neuropatické** bolesti. Podle distribuce bolesti a poruchy citů můžeme orientačně určit postiženou etáž nervového systému.

Součástí vyšetření je detekce hyperalgických zón na kůži, dotazujeme se na provokaci bolesti chladem/teplem, pohybem, polohou, tlakem oděvu na kůži, případně na mravenčení, brnění, pálení. V případě, že se bolesti vyskytují izolovaně na jedné z končetin nebo v area nervinae některého z periferních nervů, jedná se o **periferní neuropatickou** bolest.

Dále svoji pozornost orientujeme na spouštěcí body, hypertonus při přetížení svalových skupin, deformity kloubů, otok, začervenání a změnu teploty kůže, kožní defekty, povrchové metastázy – tyto nálezy bývají zdrojem **nociceptivní** bolesti při degenerativních a onkologických onemocněních. Nociceptivní bolest bývá většinou ostrá, bodavá, nebo také tupá a přetrvávající a dělíme ji na somatickou a viscerální.

U pacienta si všímáme jeho mimiky. Případná plačtivost, anhedonie, únava, nám napovídají, že by se mohlo jednat o příznaky deprese, která může být zdrojem **psychogenní** bolesti.

Při podrobnějším rozhovoru s pacientem se občas dotýkáme i hlubších témat, jako je pa-

cientův pocit absence smyslu života s nemocí, rozvrat rodinných vztahů, obava ze ztráty důstojnosti, soběstačnosti – to vše pacient v situaci nemocného s nevléčitelným onemocněním může subjektivně vnímat jako bolest, v takovém případě se jedná o tzv. **spirituální** bolest.

V paliativní péči nezřídka zahrnuje bolest jak nociceptivní, tak neuropatickou, psychogenní nebo spirituální složku, nazýváme ji pak bolestí **celkovou**.

Pravidla farmakoterapie

Základním vodítkem je intenzita bolesti, kterou pacient udává. Dávku analgetik postupně zvyšujeme – titrujeme – až dosáhneme dobré úlevy při snesitelných nežádoucích účincích. Analgetika podáváme v pravidelných intervalech, ne pouze „podle potřeby“. Využíváme co nejméně invazivní způsob podání, přednostně transdermální formy nebo perorální formy léčiv s prodlouženým uvolňováním. Věnujeme se včas profylaxi a léčbě očekávatelných nežádoucích účinků. Aktivně také zjišťujeme, zda pacient netrpí průlomovou bolestí (3). Při nastavování farmakoterapie se také řídíme očekávanou prognózou u konkrétního pacienta (obrázek 1).

Přehled nejčastěji používaných typů medikace v léčbě nádorové bolesti

Slabé opioidy

Jsou indikovány při mírné a středně silné bolesti. Je výhodné podávat je v kombinaci s neopioidními analgetiky a koanalgetiky a nevyhnutelné dodržovat maximální denní dávku, jelikož další zvyšování není efektivní.

- Kodein p.o.
- Dihydrokodein SR p.o.

- Tramadol IR p.o., p.r., i.v., s.c.,
- Tramadol SR p.o.

Silné opioidy

Při nedostatečném účinku slabších analgetik přecházíme v léčbě nádorové bolesti na některý z následujících medikamentů, přičemž neexistuje univerzální silný opioid první volby. Vždy se řídíme aktuálním stavem a potřebami pacienta s vědomím velké interindividuální variability ve vnímavosti vůči analgetickému účinku, ale i k nežádoucím vedlejším účinkům medikace, které určují i maximální denní dávku u konkrétního pacienta. V paliativní péči se obvykle vyhýbáme intramuskulárnímu podání a volíme co nejméně invazivní formy. U pacientů s velmi pokročilým onemocněním je někdy třeba z původně perorálního nebo transdermálního podání přejít na podání formou kontinuální intravenózní nebo subkutánní infuze. Subkutánní přístup cestou podkožní kanyly, která může zůstat zavedena v jednom místě až týden, umožňuje i jednoduchou aplikaci dalších parenterálních léků (metoklopramid, midazolam, haloperidol a jiné) (1). Používané léky, jejich aplikační formy a obvyklá zahajovací dávka jsou (1):

- Morfin IR (s.c., i.v.): 5–10 mg à 4–6 hodin
- Morfin IR (tbl per os, supp. per rectum): 10 mg à 4 hodiny
- Morfin SR (tbl per os): 30 mg à 12 hodin
- Hydromorfon SR (tbl per os): 4–6 mg à 12 hodin
- Fentanyl TDS (náplast): 25 µg/hod, výměna každých 72 hodin
- Buprenorfin TDS (náplast): 35 µg/hod, výměna každých 84 hodin
- Tapentadol IR (tbl per os): 50 mg à 4–6 hodin
- Tapentadol SR (tbl per os): 50 mg à 12 hodin
- Oxykodon SR (tbl per os): 10 mg à 12 hodin

Relativně novou formou opioidu je Oxykodon IR s rychlým uvolňováním, který je indikován k léčbě zejména průlomové bolesti, ale také chronických bolestí, zejména s neuropatickou složkou. Je využitelný také u akutní pooperační a pouřazové bolesti. Je dostupný v tobolkách po 5, 10 nebo 20 mg podávaných per os (4).

Důležitou součástí při léčbě nádorové bolesti je i **aktivní léčba nežádoucích účinků opioidní medikace** (obstipace, nauzea, sedace).

Prevalence **obstipace** je u pacientů v paliativní péči vysoká, pohybuje se mezi 50–70 %, přičemž etiologie vzniku je multifaktoriální. Kromě chronické opioidní terapie se na jejím vzniku mohou podílet i další příčiny: přímý vliv nádoru, střevní obstrukce tumorem nebo zevním tlakem, poškození lumbosakrální míchy, dehydratace, imobilita apod. Zácpu bychom proto měli v paliativní péči předvídat a opakovaně aktivně zjišťovat. I při dodržování preventivních a režimových opatření potřebuje přibližně 80 % pacientů v paliativní a hospicové péči laxativa. Mezi nejčastěji používaná patří osmotická (hořečnaté soli, lactulosa) a stimulační (senna, bisacodyl). Terapii zahajujeme jedním lékem z těchto skupin a při neúčinnosti přidáme laxativum z druhé skupiny. Pokud nevedou tyto postupy k úlevné stolici, je vhodné zařadit aplikaci polyethylenglykolu v množství odpovídajícím závažnosti zácpy. Po selhání perorálních laxativ zařadíme po vyloučení kontraindikací do terapie laxativa rektální ve formě čípků (glycerin, bisacodyl) a klyzmat (sorbitol, fosfát sodný, dokusát sodný). Výjimku tvoří případy, když vyšetřením per rectum zjistíme konečník zaplněný stolicí a zadrženu stolicí, v takovém případě patří rektální laxativum k první linii léčby (1). **Nový preparát Moventig (účinná látka Naloxegol)** se jeví být účinným přípravkem v léčbě opioidy navozené dysfunkce GIT. Je indikován při selhání léčby laxativy. Naloxegol je neutrálním antagonistou μ -opioidních receptorů v gastrointestinálním traktu a tím působí na příčiny způsobující opioidy indukovanou zácpu (snížená motilita GIT, hypertonicita a zvýšená absorpce tekutin). Snižuje tím obstipační účinky opioidů bez ovlivnění jejich analgetického účinku na centrální nervový systém. Nemá se používat s jiným opioidním antagonistou (např. naltrexonem, naloxonem) z důvodu potenciálu pro aditivní antagonistický účinek na opioidní receptory a zvýšeného rizika rozvoje syndromu z odnětí opioidů. Mezi nejdůležitější kontraindikace patří známá nebo podezřelá obstrukce gastrointestinálního traktu z důvodu možnosti vzniku gastrointestinální perforace. Doporučená dávka Moventigu je 25 mg jednou denně. Po zahájení terapie přípravkem Moventig se doporučuje přerušit veškerou dosavadní udržovací terapii laxativy až do té doby, než bude posouzen klinický účinek naloxegolu. Preskripce léku je omezena specializací předepisujícího lékaře v oborech algeziologie, paliativní medicína,

klinická a radiační onkologie, vnitřní lékařství, geriatric a další, dohledatelné v Souhrnu údajů o přípravku (SPC).

Nauzea a zvracení jsou častými doprovodnými jevy při zahájení léčby opioidy u vnímavých jedinců. U pacientů v paliativní péči může být etiologie nauzey multifaktoriální a pacient by měl mít k dispozici antiemetikum. Vhodný je metoklopramid, haloperidol, thietylperazin, při nedostatečné účinnosti je možné využít i inhibitory receptorů 5-HT₃: ondasetron, tropisetron, granisetron.

Léčba průlomové bolesti

U pacientů chronicky léčených opioidy se může objevit náhlé, přechodné vzplanutí bolesti, které nastupuje během několika vteřin až minut a trvá krátce (do 30 minut). Takové vzplanutí bolesti nazýváme průlomovou bolestí a vyžaduje si podání záchranné medikace s rychlým nástupem a krátkou dobou účinku.

Jeden ze základních a nejrozšířenějších medikamentů používaných v léčbě epizod průlomové bolesti je morfin v perorální lékové formě tablet s rychlým uvolňováním (Sevredol), nebo ve formě injekční, s aplikací i.v. nebo s.c. Jednotlivá záchranná dávka se pohybuje v rozmezí 10–20 % celkové denní dávky. Nástup účinku je 5–10 minut u podání i.v., 15 minut u podání s.c. a 30–40 minut při perorálním podání (1). Existuje i možnost podání ve formě magistraliter vyráběných kapek, sirupu nebo čípků. Jednotlivé formy se mohou lišit farmakokinetikou a biologickou dostupností, ale také praktickými možnostmi podání. Pokud jde např. o pacienta v péči mobilní hospicové jednotky, volíme takovou formu léku, kterou je schopen bezpečně podat nemocnému ošetřující člen rodiny v domácím prostředí.

V současné době k tomu lze využít také transmukózní formy fentanylu, které se vyznačují rychlým nástupem a krátkou dobou účinku. K dispozici jsou aplikační formy:

- **Sublingvální tablety:** fentanyl podaný sublingválně se rychle a spolehlivě absorbuje a jeho plazmatické koncentrace jsou úměrné podané dávce. Podléhá metabolismu prvního průchodu játry.
- **Bukální efervescentní tablety:** tablety se aplikují mezi dásně a tvář. Měly by být vyjmuty z obalu až těsně před podáním. Obvykle se rozpustí ve 14–25. minutě a uvolňují účinnou látku, která se vstřebává sliznicí přímo do krevního řečiště.

■ **Bukální film:** při aplikaci přilne k vlhké bukalní sliznici. Bioadhezivní vrstva obsahuje fentanyl citrát a po několika minutách po aplikaci se začne rozpouštět. Při dostatečné vlhkosti bukalní sliznice je během 15–30 minut zcela rozpuštěn.

■ **Nosní sprej:** Intranazální aplikace je umožněna díky vysoké propustnosti nosní sliznice pro lipofilní látky, s celkovým objemem nosní dutiny 15–20 ml a povrchem nosní sliznice 150–180 cm². Výhodou je tato aplikační forma u nemocných s xerostomií nebo mukozitidou dutiny ústní (5).

Tyto lékové formy lze bezpečně podat u pacientů, kteří již mají určitý stupeň tolerance na opioidy. Dle SPC je možné transmukózní fentanyl podat u pacientů léčených ekvivalentem ≥ 60 mg perorálního morfinu/den. Neexistuje zde korelace mezi velikostí bazální dávky a velikostí záchranné dávky. Účinnou záchrannou dávkou je proto potřeba vždy individuálně vytitrovat.

Z neopioidních analgetik lze využít paracetamol v dávkách 650–1000 mg, kombinované formy tramadol/paracetamol (i v efervescentní formě), nesteroidní antiflogistika ibuprofen (400–600 mg), diklofenak (50 mg) a metamizol (500–1000 mg). Nevýhodou je však relativně pomalý nástup účinku (20–40 minut) a omezený analgetický efekt (6).

Dalším krokem v terapii průlomové bolesti může být optimalizace pravidelné bazální analgetické medikace (pokud se průlomová bolest vyskytuje pravidelně vícekrát za den, může se jednat o bolest na konci dávkovacího intervalu nebo o nedostatečnou dávku základní analgetické medikace). Významnou úlevu může přinést také kauzální protinádorová terapie ve formě:

- zmenšení nebo odstranění nádoru: chirurgický zákrok (přímé odstranění nádorů nebo stabilizace patologických fraktur), chemoterapie, hormonální léčba, radioterapie
- snížení jeho biologické aktivity: paliativní radioterapie – ozaření bolestivých kostních metastáz, biologická léčba...

Mezi nové možnosti farmakoterapie patří také předpis **léčebného konopí**.

Kanabinoidy jsou bioaktivní molekuly, které interagují s kanabinoidními receptory lidského endokanabinoidního systému (7, 8) a lze je rozdělit do tří kategorií:

- Endokanabinoidy – přirozeně se vyskytují v lidském těle a jsou součástí endokanabinoidního systému.
- Fytokanabinoidy – vykazují typickou chemickou strukturu a jedná se o specifické sekundární metabolity nacházející se výhradně v rostlině konopí. Extrahované směsi z rostlin konopí obsahující standardizovaná množství zejména THC (delta-9-tetrahydrokanabinol) a CBD (kanabidiol), ale i další obsahové látky, se nazývají nabiximoly.
- Syntetické kanabinoidy – patří mezi ně léčiva, které mají stejnou chemickou strukturu jako THC (např. dronabinol), nebo jsou to analogy (např. nabilon). Dále existuje široká škála syntetických sloučenin bez typické fytokanabinoidní struktury, které interagují s kanabinoidními receptory jako agonisté, parciální agonisté či antagonisté (9).

Lékové formy léčebného konopí jsou různé, při léčbě chronické bolesti v paliativní praxi využíváme nejčastěji perorální podání individuálně podávaných léčivých přípravků s obsahem sušené konopné drogy ve formě tvrdých želatinových tobolek. V České republice nejsou momentálně z legislativních důvodů dostupné formy olejového konopného extraktu či měkkých želatinových tobolek. Mezi indikační kritéria pro předpis léčebného konopí patří diagnóza Chronická neztišitelná bolest (v MKN označena R52.1), zejména v souvislosti s onkologickým onemocněním, s degenerativním onemocněním pohybového systému, systémovým onemocněním pojiva a imunopatologickými stavy, neuropatická bolest a bolest při glaukomu. Při léčbě onkologického onemocnění se využívá také k stimulaci apetitu a k potlačení nauzey a zvracení. Konopí pro léčebné účely lze předepisovat pouze na elektronický recept s omezením. Na jeden recept může lékař předepsat dávku maximálně na 1 měsíc (5).

Při nasazování léčby se obvykle podává pacientovi jedna tobolka s obsahem 0,0625 g teplem dekarboxylovaného konopí na den, obvykle večer. Účinky perorálních lékových forem pacient často pocítí po 1–2 hodinách po aplikaci, někdy i později. Efekt může přetrvávat 6–8 hodin i déle. Následně podle efektu a tolerance navyšujeme dávku na 0,125 g teplem dekarboxylovaného konopí/tobolku v dávce 1 tobolka 1 až 2x denně co 12 hodin. Součástí nasazování léčby je podrobné poučení pacienta o možných účincích na pozornost a kon-

centraci a s tím související potřeba zdržet se řízení automobilu minimálně 12 hodin od užití. Obecně lze uvést, že po cca 12 hodinách od podání i déle působící perorální dávky je obsah psychoaktivní látky (tj. delta-9-THC) nižší než zákonem povolená hladina 2 ng/ml. Z orientačních testů ze slin nebo moči se dají stanovit pouze kvalitativně metabolity, které nejsou psychoaktivní, a neomezují tedy v řízení auta. Jsou jen důkazem o požití konopí či THC. Hladinu THC lze stanovit jedině z krevního odběru, na kterém je třeba z forenzního hlediska trvat při pozitivitě orientačního testu ze slin nebo moči (5). Vhodné je vydat pacientovi průkaz o léčbě konopím s identifikací předepisujícího lékaře a pracoviště a s pacientem sepsat informovaný souhlas s preskripcí konopí pro léčebné účely.

Adjuvantní farmaka (koanalgetika) jsou preparáty, které svým původním určením nejsou indikovány primárně pro léčbu bolesti, ale uplatňují se jako léky potencující účinek klasických analgetik, často působí synergicky nebo aditivně a svým působením tak napomáhají léčbě chronické bolesti. Lze je mimo jiné využít i u krutých nádorových bolestí. Použití adjuvantních farmak je nutné pečlivě indikovat nejen z hlediska farmakologických interakcí (žádoucích i nežádoucích), ale i na základě konkrétní diagnózy a léčebného cíle. Stručný přehled léčiv nejčastěji využívaných jako koanalgetika:

- Antidepresiva: tricyklická antidepresiva, inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI)
- Antikonvulziva: karbamazepin, gabapentin, pregabalin, klonazepam
- Anxiolytika: benzodiazepiny alprazolam, tetrazepam
- Neuroleptika: sedativní (levomepromazin), incizivní (haloperidol), atypická (klozapin)
- Lokální anestetika: lidocain v náplastích, tri-mekain v analgetických infuzích, bupivacain u svodných technik
- Kortikosteroidy mají protizánětlivý a anti-edematózní efekt, využívají se i u invazivních technik
- Ketamin v subanestetických dávkách byl s dobrým adjuvantním analgetickým efektem použit v kombinaci s opioidy u onkologických pacientů v několika studiích, také lze využít jeho efekt při léčbě opioidní hyperalgie a zpomalení rozvoje tolerance u chronické opioidní medikace (5).

Při nedostatečném účinku farmakoterapie je potřebné zvážit možnosti **invazivních postupů**. Obecně nejsou vhodné pro každého pacienta, ale mohou být účinné tam, kde klasická medikamentózní terapie nestačí. Samotný výkon indikuje a provádí anesteziolog/algeziolog, v případě neurolyzy ve spolupráci s intervenčním radiologem. Společným principem je aplikace anestetik nebo neurolytických směsí do blízkosti nervových struktur s cílem trvale nebo přechodně přerušit vedení bolestivých stimulů. Příklady indikací nejčastěji využívaných invazivních metod v paliativní péči:

- epigastrická bolest kupř. při karcinomu pankreatu – **neurolyza ganglion coeliacum** v režii invazivního radiologa pod CT kontrolou,
- silné bolesti v oblasti dolních končetin nebo pánve – **zavedení epidurálního katétru** k pokračující analgetizaci, intratekální podání opioidů,
- plexopatie kupř. plexus brachialis při útlaku tumorem – **periferní kontinuální blokády**.

Nefarmakologické postupy v léčbě bolesti

Vzhledem k celkové náročnosti zvládnání těžké nevléčitelné nemoci může být pro pacienta užitečná **dispenzarizace klinickým psychologem**. Vhodnými doplňkovými postupy v léčbě chronické bolesti nádorové i nenádorové etiologie mohou být relaxační techniky, autogenní trénink, Jacobsonova progresivní svalová relaxace, desenzibilizace, kognitivně-behaviorální psychoterapie s prvky mindfulness (všímavost), z angl. „mindfulness-based cognitive-behavior therapy“. Mimo nácviku relaxace patří tyto techniky do kompetence psychologa a jejich použitím je možné zlepšit „coping“ (zvládnání) chronické bolesti pacientem.

Cílem **rehabilitace** v paliativní péči bývá co nejdelší zachování soběstačnosti pacientů, tomu se přizpůsobuje také výběr vhodných rehabilitačních procedur a cvičení. V indikovaných případech využíváme ke zmírnění bolesti masáže, TENS (transkutánní elektrickou nervovou stimulaci), ortézy (1).

Závěr

Praktičtí lékaři často sehrávají důležitou úlohu prvního kontaktu s pacientem trpícím silnou bolestí vázanou na diagnózu nevléčitelného progredujícího onemocnění. Jejich informovanost

a orientace v aktuálních možnostech léčby bolesti v paliativní péči je proto nenahraditelná pro kvalitu života umírajícího pacienta. Nezávisle od technických a preskripčních možností jakékoliv ambulance praktického lékaře lze v každé z nich:

- **naslouchat** pacientovi – sám často charakterizuje typ bolesti a podle popisu se dají rozpoznat jednotlivé komponenty bolesti,
- **věřit mu** jeho bolest,
- **informovat ho** o možnosti vyšetření v ambulanci léčby bolesti, o možnosti paliativní péče cestou mobilního nebo lůžkového hospicu,

■ při nejistotě **konzultovat kombinace** a vhodnost analgetik/anodyn s algeziologem.

V roce 2018 byla vydána stručná publikace Desatero paliativní péče pro praktické lékaře, shrnující nejdůležitější aspekty péče o pacienta v závěru života. Je k dispozici volně ke stažení: <https://paliativnicentrum.cz/aktuality/desatero-paliativni-pece-pro-prakticke-lekare>

Jako příklad snahy komplexně řešit potřeby pacienta v paliativní péči vznikla kupř. ve Fakultní nemocnici v Ostravě Ambulance paliativní a podpůrné péče, která úzce spo-

lupracuje s Centrem léčby bolesti a Nutriční ambulancí. Součástí paliativního týmu je anesteziolog/algeziolog, paliatr, onkologové, psycholog, paliativní sestra, sociální sestra a nemocniční kaplan. U hospitalizovaných pacientů formou konzilia lze podchytit nejzávažnější bolestivé stavy a nastavit základní analgetickou medikaci ještě před propuštěním do domácího ošetření. U pacienta s bolestmi při progresi nevléčitelného onemocnění je tak umožněno detekovat a plnit potřebu úlevy od bolestí, potřeby psychického, sociálního i spirituálního charakteru.

LITERATURA

1. Sochor M, Závadová I, Sláma O. Paliativní péče v onkologii. Mladá fronta 2019.
2. Volicer L, Kršiak M. Rozpoznání a měření bolesti u pacientů s pokročilou demencí. Bolest 2006; 1: 8–13.
3. Rokyta R, et al. Bolest. Přepřacované doplněné vydání. Tigris 2012.
4. Fricová J. Oxykodon IR: nová forma opioidu s okamžitým uvolňováním. Acta medicae 2019; 4: reprint.
5. Kozák J, Lejčko J, Vrba I, a kol. Opioidy. Mladá fronta, editce Aeskulap 2018.
6. Hakl M. Léčba bolesti. Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. Mladá fronta 2019.
7. El Sohly M. Chemical constituents of Cannabis. In: Cannabis and Cannabinoids – Pharmacology, Toxicology and Therapeutic Potential. The Haworth Press 2002.
8. Grotenhermen F. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids. Clin Pharmacokinet 2003; 42(4): 327–360.
9. Příručka Konopí pro léčebné použití 2019.