

Paliativní medicína z pohledu klinického farmaceuta

Jana Gregorová

Oddělení klinické farmacie FN Na Bulovce, Praha

Farmakologie paliativní medicíny je zajímavá, a to nejen nejčastěji používanými farmakoterapeutickými skupinami léčiv, ale velmi často těžkým stavem pacienta. V paliativní medicíně je v rámci multidisciplinárního týmu místo pro klinického farmaceuta, který může pomoci v optimalizaci lékových režimů pacientů.

Klíčová slova: paliativní medicína, klinický farmaceut, farmakologie.

Palliative medicine from the perspective of a clinical pharmacist

Pharmacology of palliative medicine is not only interesting of most frequently used drugs groups, but often severe condition. In palliative medicine is a multidisciplinary team in place for clinical pharmacists, who can help in optimizing drug regimens of patients.

Key words: palliative medicine, clinical pharmacist, pharmacology.

Prakt. lékař. 2011; 7(4): 180–181

Při práci na onkologickém oddělení se klinický farmaceut setkává s pacienty, kteří mají různě závažnou prognózu. Podle tohoto kritéria je terapie v onkologii rozdělena na:

- **kurativní** s cílem pacienta vyléčit
- **paliativní** s cílem zmírnit průběh onemocnění, zajistit lokální kontrolu nádoru, pozastavit onemocnění, a tak prodloužit přežití pacienta

K léčbě se používají chirurgické, radioterapeutické a chemoterapeutické metody a nejčastěji jejich kombinace. Protože jde o vyléčení nebo prodloužení života pacienta, jsou postupy co nejradikálnější, což s sebou nese řadu nežádoucích účinků a přechodné zhoršení kvality života, které je často velmi výrazné.

Pokud jsou vyčerpány všechny možnosti onkologické léčby (jak kurativní, tak paliativní) a onemocnění progreduje, pacient přechází do tzv. **paliativního režimu péče**. Na onkologickém oddělení se s těmito pacienty klinický farmaceut určitě setká. Jsou to většinou pacienti, u kterých dojde náhle ke zvratu v průběhu základního onemocnění a vzhledem k rychlé progresi se překlad do hospicového zařízení nestihne.

Paliativní medicína není ovšem určena pouze pro onkologicky nemocné, ale pro všechny pacienty, pro něž tzv. „**vítězná medicína**“ nemá další možnosti, které by vedly k jejich vyléčení nebo prodloužení života. Hlavní snahou je **zajistit pacientovi v paliativním režimu péče co největší kvalitu života**, proto se řeší „**pouze**“ symptomy a syndromy, které progresi onemocnění přinášejí. Období, kdy je pacient v paliativním

režimu péče, může být různě dlouhé (dny, týdny, někdy i měsíce).

Principy paliativní medicíny mohou být aplikovány v domácím prostředí, což je pro pacienta vždy nejlepším řešením, nebo ve specializovaných hospicích, ale měly by být použity na každém lůžku zdravotnického zařízení, pokud je to třeba.

Klinický farmaceut je odborníkem, který zajišťuje na odděleních optimalizaci lékového režimu, to u pacienta v paliativním režimu péče znamená, že v lékové anamnéze budou aplikovány poznatky paliativní medicíny (farmakologie paliativní medicíny) a budou minimalizovány postupy „vítězné medicíny“. Ve farmakologii paliativní medicíny nelze akceptovat přístup: „...**tady nemá cenu nic podávat, dáme to nejlevnější, uspíme**“. Farmakologie paliativní medicíny je velmi zajímavá a rozhodně není nudná, když si uvědomíme, jaké farmakoterapeutické skupiny se převážně používají. Jsou to opioidy, antipsychotika, antidepresiva, anxiolytika, hypnotika, antikonvulziva, antiemetika a kortikoidy. Tedy skupiny, které k pochopení farmakologických vlastností patří k nejobtížnějším. V paliativní medicíně se využívá jednak jejich hlavních farmakodynamických účinků, ale často i jejich přídatných (vedlejších) účinků. Použití těchto léčiv je často komplikováno stavem organismu, se změnami renálními, hepatálními funkcemi, alterovanou hemodynamikou, všemi následky obstrukcí močových, dýchacích, žlučových cest, trávicího ústrojí, změnami vnitřního prostředí, změnami psychiky v důsledku mozkových nádorů nebo metastáz, dopaminergním deficitem, demencí atd.

Existuje „pracovní“ zúžení seznamu používaných léčiv v paliativní medicíně, kterými se velmi dobře postihne řada symptomů: morfin, metoklopramid, haloperidol, midazolam, klonazepam a dosulepin, v terminálním stadiu je možné zúžení ještě větší. Pravděpodobně se ale bude seznam léčiv používaných v paliativní medicíně rozrůstat o novější léčiva hlavně z řady psychofarmak, kde je mnoho látek se zajímavými farmakologickými vlastnostmi. Výběr těchto léčiv pro použití v paliativní medicíně by se neměl provádět naslepo, ale s cílenějším záměrem, ve kterém může pomoci klinický farmaceut.

Pro paliativní medicínu je charakteristické, že používá řadu off label postupů ve farmakologii. Off label postup není non lege artis použití léčiva, někdy je to jediná možná alternativa. Jedná se o podání léčiva mimo stanovené indikace, v jiné dávce, jinou aplikační cestou nebo jiné věkové kategorii, než je uvedeno v SPC. Podání léčiva off label s sebou nese svá rizika, proto bychom měli vždy sami vědět, která léčiva takto používáme (některá léčiva jsou off label podávána rutinně), vždy by to mělo být zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci a zdůvodněno proč, měl by být informován pacient a případně rodina. Podávání léčiv v souladu s SPC má garantovat účinnost a bezpečnost, ale i podání jinak než jak uvádí SPC, musí být účinné a bezpečné, to v souvislosti s farmakoterapií vyžaduje hluboké znalosti farmakologických vlastností léčiv, proto i zde vidím úlohu klinického farmaceuta jako spolugaranta off label postupů souvisejících s farmakoterapií.

V paliativní medicíně se velmi často řeší bolestivé stavy a dále řada symptomů a syn-

dromů – jako např. anorexie, nauzea, zvracení, syndrom maligní střevní obstrukce, škytavka, ascites, dušnost, kašel, hemoptýza, svědění, paraneoplastická horečka, pocení, syndrom míšní komprese, syndrom horní duté žíly, epilepsie atd. Je třeba si uvědomit, že tíže těchto symptomů a syndromů je někdy těžko představitelná.

Na následujících dvou kazuistikách bude naznačen přístup k lékovému režimu dvou onkologických pacientů stejné věkové kategorie, s podobnými vedlejšími diagnózami, ale s rozdílnými prognózami. První pacientka má lepší prognózu, je schopna se o sebe v domácím prostředí starat, má chuť k jídlu, při úpravě medikace uplatňujeme geriatrický, nikoli paliativní přístup. Druhý pacient má špatnou prognózu, není schopen se o sebe starat, příjem jídla je minimální, bude přeložen do hospicového zařízení, proto při úpravě medikace uplatňujeme paliativní přístup.

I. kazuistika

Pacientka (1928) byla přijata k ozáření recidivy tumoru v poševním pahýlu, v plánu je 10x3 Gy. Nyní v paliativním režimu léčby, po ozáření bude propuštěna domů, kde je schopna se o sebe přiměřeně svému věku a s pomocí rodiny starat.

Tabulka 1. Chronická medikace při nástupu na onkologické oddělení

Monosan tbl 40 mg	1 – 1 – 0
Anopyrin tbl 100 mg	0 – 1 – 0
Agen tbl 10 mg	0 – 0 – 1/4
Milurit tbl 100 mg	0 – 1 – 0
Moduretic tbl	1 – 0 – 0
Simgal tbl 20 mg	0 – 0 – 1
Cilkanol tbl	1 – 0 – 1
Apo-ome cps 20 mg	1 – 0 – 0
Metoprolol tbl 100 mg	1/4 – 0 – 1/4
Diaprel tbl 30 mg	2 – 0 – 1
Euthyrox tbl 75	1 – 0 – 0
Kalium chloratum tbl	0 – 1 – 0
Insulin Lantus	14j – 0 – 0

Pacientka velmi lpí na své medikaci, má velmi starostlivou rodinu, která sleduje, zda maminka a babička dostane každou tabletu, na kterou má nárok. Pacientka se motá a rodina vyžaduje neurologické konzilium. Následuje práce ošetřujícího lékaře a klinického farmaceuta na úpravě medikace, která přináší zlepšení stavu pacientky.

Úpravy jsou uskutečňovány pomalu, se souhlasem pacientky a výsledná medikace při propuštění je kompromisem toho, co by bylo ještě možno změnit, a toho, co si přeje pacientka.

Tabulka 2. Medikace pacientky při propuštění do domácího prostředí

MonoMack Depot tbl 100	1/2 – 0 – 0
Anopyrin tbl 100 mg	0 – 1 – 0
Egilok tbl 25 mg	1 – 0 – 1
Hydrochlorothiazid tbl 25 mg	1/2 – 0 – 0
Simgal tbl 10 mg	0 – 0 – 1
Euthyrox tbl 75	1 – 0 – 0
Diaprel tbl 30 mg	1 – 0 – 0
Insulin Lantus	14j – 0 – 0

II. kazuistika

Pacient (1926) byl přijat k symptomatické léčbě, sociálnímu šetření, žije sám. Byl mu zaveden permanentní močový katétr, byla podána žádost o hospic. V roce 1998 byla provedena nefrektomie pro karcinom levé ledviny, v roce 2008 generalizace do pravé ledviny, plicе, skeletu, intolerance interferonu, v únoru 2009 generalizace do centrální nervové soustavy, pacient odmítl radioterapii. Mezi vedlejší diagnózy patří ischemická choroba srdeční, fibrilace síní, hypertenze, chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), diabetes melitus II. typu na léčbě perorálními antidiabetiky.

Tabulka 3. Chronická medikace v den příjmu pacienta

Siofor tbl 500 mg	1 – 1 – 1
Euphyllin cps 200 mg	0 – 0 – 1
Foradil inh	1vd – 0 – 1vd
Miflonid inh 200	1vd – 0 – 1vd
Citalec tbl 20 mg	1 – 0 – 0
Moduretic tbl	1 – 0 – 0
Glimepirid tbl 3 mg	1 – 0 – 0
Presid tbl 10 mg	1 – 0 – 0
Simvor tbl 20 mg	0 – 0 – 1
Anopyrin tbl 100 mg	1 – 0 – 0
Digoxin tbl 0,125 mg	1 – 0 – 0
Cardilan tbl	1 – 0 – 0

Ve spolupráci ošetřujícího lékaře a klinického farmaceuta dochází k úpravě medikace. Přestože tady postupujeme radikálněji než u předchozí pacientky s lepší prognózou, i tento pacient

musí úpravu medikace vnímat jako svoje dobro, proto je úprava medikace vždy o komunikaci s pacientem, musí být ale vedena velmi citlivě a je dobré, pokud ji vede jeden z týmu. Pacient je v paliativním režimu péče, ale není v terminálním stadiu, proto v lékové anamnéze zůstává prozatím citalopram, teofylin (tady z důvodu CHOPN indikován) i digoxin.

Tabulka 4. Medikace pacienta, se kterou odjíždí do hospicového zařízení

Foradil inh	1vd – 0 – 1vd
Miflonid inh 200	1vd – 0 – 1vd
Euphyllin cps 20 0mg	0 – 0 – 1
Citalec tbl 20 mg	1 – 0 – 0
Digoxin tbl 0,125 mg	1 – 0 – 0

Závěrem

Principy paliativní medicíny prolínají do celé řady oborů – onkologie, neurologie, geriatrie, interní medicína, chirurgie atd. – je proto třeba, aby klinický farmaceut tyto principy znal a uměl uplatňovat tak, aby vhodně a plnohodnotně doplňoval terapeutický tým – lékař a zdravotní sestra.

Klinická farmacie začala s oborem paliativní medicína úzkou spoluprací už v roce 2007 v oblasti postgraduálního vzdělávání lékařů a zakotvila se v jejich vzdělávacím programu. V roce 2009 byla v rámci odborné společnosti paliativní medicíny založena a ustavena pracovní skupina klinické farmacie, v roce 2010 bylo klinické farmácii umožněno stážování klinických farmaceutů v předatestační přípravě na půdě hospicového zařízení, kde kolegové mohou získávat zkušenosti jak od lékaře, tak od klinického farmaceuta.

Literatura

1. Vorlíček J, Sláma O, Kabelka L. Paliativní medicína pro praxi. Galén 2008.
2. Kabelka L, Sláma O. Paliativní medicína pro lékárníky. Praktický lékáren 2009, 5(5): 270–273.
3. Sláma O. Mírnění bolesti u umírajících nemocných. Klinická farmakologie a farmacie 2007, 21(2): 59–61.

Článek přijat redakcí 18. 4. 2011

Článek přijat k publikaci 16. 6. 2011

Mgr. Jana Gregorová

Oddělení klinické farmacie FN Na Bulovce
Budínova 2, 180 00 Praha 8
jana.gregorova@fnb.cz