

Setrony (ondansetron, granisetron) jsou antagonisté 5-HT₃ receptorů v n. vagus a CTZ. Používají se zejména v onkologii v léčbě CINV (chemotherapy-induced nausea and vomiting, chemoterapií indukovaná nauzea a zvracení) či nevolnosti způsobené radioterapií. Jejich použití v paliativní medicíně je také možné v případě průjmu u karcinoidu či u opioidy navozeného pruritu. Setrony mohou vyvolat cefaleu, třes a zácpu, vzácně prodloužit QTc interval. Ondansetron je dostupný ve formě tablety a injekčního/infuzního roztoku v dávce 8 mg. Granisetron je dostupný ve formě tablety a injekčního/infuzního roztoku v dávce 1 mg dvakrát denně nebo 2 mg jednou denně (25).

Zácpa

Zácpa patří mezi nejčastější symptomy u pacientů v paliativní péči. Její incidence se udává na 50–80 % nemocných s pokročilým onkologickým nebo chronickými neonkologickými onemocněními (např. srdeční selhání, renální selhání) (28).

Patogeneze je multifaktoriální. Zásadní roli hrají opioidy (opioidy indukovaná zácpa), dále imobilita, nedostatečný příjem tekutin a vlákniny, metabolické poruchy (hyperkalcemie, hypokalemie, hypotyreóza), kachexie a nežádoucí účinky léků (anticholinergika, diuretika, cytostatika) (29).

Neléčená zácpa je jednou z nejčastějších příčin deliria (30), dále může vést k bolestem břicha, nauze, zvracení, anorexii, retenci moči, rozvoji skybaly, v krajních případech až k subileu či ileu. Kromě somatického utrpení má neléčená zácpa významný dopad i na psychiku a kvalitu života pacientů. Proto je zácpa v paliativní medicíně chápána jako symptom vyžadující aktivní a systematickou léčbu nefarmakologickou (Tab. 5) i farmakologickou (viz Stručný přehled farmakoterapie v paliativní medicíně – část první) (31).

Samostatnou jednotkou je maligní střevní obstrukce, která představuje závažnou kom-

Tab. 5. Nefarmakologická léčba zácpy (upraveno dle 28)

Dostatečná hydratace	Přizpůsobit celkovému stavu, možnostem a prognóze pacienta
Zvýšení příjmu vlákniny	Jen u mobilních pacientů bez rizika střevní obstrukce
Podpora mobility a polohování	I minimální mobilizace může stimulovat střevní peristaltiku
Pravidelný defekační režim	Přizpůsobit stavu pacienta a prognóze
Masáž břicha	Stimulace gastrokolického reflexu

plikaci pokročilých nádorových onemocnění, nejčastěji nádorů vaječníků, kolorektálního karcinomu a peritoneální karcinomatózy. Výskyt se u těchto diagnóz pohybuje v rozmezí 10–50 %. Obstrukce může být mechanická, nebo se jedná o funkční poruchu pasáže střevního obsahu způsobenou přímou infiltrací tumorem, extramurální kompresí nebo difúzním peritoneálním postižením. Klinická manifestace při parciální obstrukci zahrnuje bolesti, distenzi, zvracení. V dalším průběhu se zhoršuje zvracení až typu *miserere*, dochází k poruše odchodu větrů a stolice. Cílem léčby v paliativní medicíně je zmírnění symptomů, nikoliv kauzální léčba obstrukce, což ale neznamená, že při první atace parciální či kompletní střevní obstrukce by neměla proběhnout konzultace s chirurgem či gastroenterologem se zvažováním chirurgického či endoskopického výkonu. Konzultace mohou být vhodné i u dalších atak. Pokud jsou tyto výkony kontraindikovány, v léčbě bolesti se uplatňují opioidy (typicky morfin), antisekreční a spasmolytická léčba (butylskopolamin a oktreetid), antiemetika (haloperidol, levomepromazin, setrony) a kortikoidy (dexamethason). U refrakterních obtíží je možné podat kontinuální subkutánní infuzi s obsahem morfinu, haloperidolu a butylskopolaminu (Buscopan). K úlevě může vést i zavedení nasogastrické sondy, přičemž v případě, že je to pro pacienta důležité, je možný i per os příjem tekutin a potravy (32).

Škytavka

Singultus vzniká nechtěnou synchronní kontrakcí bránice a mezižeberních svalů s následným uzavěrem hlasivek. Periferní příčiny

souvisí s iritací n. phrenicus či n. vagus, nejčastěji při gastroezofageálním refluxu, nádorech jícnu, žaludku či jater, při ascitu či střevní obstrukci. Další periferní příčinou škytavky mohou být nádory mediastina, pneumonie, perikarditida či aneurysma aorty. Centrální příčiny zahrnují postižení CNS, např. cévní mozkovou příhodu, nádory mozku, infekce, roztroušenou sklerózu, Parkinsonovu nemoc. Systémové příčiny zahrnují metabolické poruchy (uremie, hyponatremie, hypokalemie, hyperkalcemie), endokrinní onemocnění (Addisonova choroba, diabetes mellitus), toxické vlivy (alkohol), iatrogenní příčiny (opioidy, benzodiazepiny, dexamethason) (33, 34, 35).

Kachexie

Kachexie je multifaktoriální metabolický syndrom spojený se zkráceným přežitím charakterizovaný nechtěným úbytkem tělesné hmotnosti, zejména svalové hmoty, tedy negativní bílkovinou a energetickou bilancí, a to i při zachovaném příjmu potravy. Je spojena se zánětlivou odpovědí, hormonálními a metabolickými změnami, které nemohou být plně zvráceny a vedou ke zhoršení funkčního stavu. Vyskytuje se u 50–80 % pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním, dále u pacientů s pokročilým srdečním, plicním či renálním selháváním, v rámci syndromu geriatrické deteriorace, u neurodegenerativních onemocnění, demence, AIDS. Nemocný ztrácí chuť k jídlu a pocit hladu, což představuje zátěž nejen pro nemocné, ale i pro pečující (36).

Diagnostická kritéria kachexie nejsou jednotná. Obecně je většina autorů definuje jako

Tab. 6. Symptomatická léčba škytavky

Periferní etiologie	Centrální etiologie	Refrakterní škytavka
1. volba: metoklopramid 10 mg 1–2 tbl. 3–4x denně, nebo s.c., nebo i.v. 3–4x denně do dávky 80 mg/den (off-label); omeprazol, pokud je pravděpodobná etiologie reflux	1. volba: baklofen 5–15 mg tbl. 3x denně	1. volba: chlorpromazin 25–50 mg 3x denně, není dostupný v České republice
2. volba: baklofen 5–15 mg tbl. 3x denně nebo gabapentin 400 mg tbl. 3x denně	2. volba: gabapentin 100–400 mg tbl. 3x denně	2. volba: gabapentin 300 mg 3x denně
3. volba: methylfenidát 5–10 mg 2x denně, také např. midazolam, nimodipin, olanzapin, lidokain	3. volba: haloperidol, nifedipin 10–20 mg tbl. 3x denně	3. volba: baklofen 5 mg 3x denně
Škytavka v posledních dnech života: midazolam 10–60 mg s.c./24 hod.		