

B1

stručně a přehledně

Tip: vytiskni a měj při ruce
nebo pověš na zeď

Symptomatická léčba dušnosti (nejen) u covid-19

Doporučení České společnosti
paliativní medicíny ČLS JEP



Doporučení České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP

- Dušnost patří mezi symptomy, které nejméně zhoršují kvalitu života.
- U pacientů, kteří nejsou indikováni k intenzivní péči a přístrojové podpoře dechu, je dobrá symptomová léčba dušnosti zásadní.
- Morfin je v této indikaci velmi efektivním a bezpečným lékem. Při správném dávkování nezpůsobuje depresi dechového centra ani nevede k zhoršení hladin krevních plynů.

Hodnocení dušnosti u pacienta, který není schopen komunikovat:

RDOS = Respiratory distress observation scale

- skóre 4 bodů a více by mělo vést lékaře k promptnímu podání medikace na dušnost

Respiratory distress observation scale	0 bodů	1 bod	2 body
Srdeční frekvence	< 90	90–109	> 110
Respirační frekvence	< 19	20–29	> 30
Neklid, neúčelné pohyby	ne	občas	často
Paradoxní pohyby břicha při nádechu	ne		ano
Zapojování pomocných dýchacích svalů	ne	mírně	významně
Chrápání na konci výdechu (hrdelní zvuky)	ne		ano
Mimovolní pohyby nosních křídel	ne		ano
Vyděšený vzhled (napjaté obličejové svaly, pokrčené čelo, zaťaté zuby, ...)	ne		ano

Management dušnosti u pokročilého onemocnění, kde není indikována přístrojová podpora

- 1. krok: oxygenoterapie** při hyposaturaci pod 90 %, obvykle 3–5 l O₂/min kyslíkovými brýlemi či maskou + **butylskopolamin** 20 mg p.o., s.c. à 6–8 hod (max. denní dávka 100 mg) ke snížení sekrece v dýchacích cestách u pacientů v závěru života
- 2. krok: morfin** 2,5–5 mg p.o., s.c., i.v., pokud nezabere opakovat po 30–45 minutách, dále à 4–6 hod (max. denní dávka není stanovena) CAVE! 3–4 dny u opioid naivního pacienta podávat souběžně antiemetika (1. volba **haloperidol** 5 kapek p.o. 3x denně nebo **haloperidol** 0,5–1 mg s.c. à 6–8 hod. nebo **metoklopramid** 10 mg p.o., s.c., i.v. 3x denně), max. po týdnu nauzea vymizí, souběžně s opioidy podávat laxativa k prevenci zácpy.
- 3. krok: morfin** 10 mg p.o., s.c., i.v. à 4–6 hod. + **midazolam** 2,5–5 mg p.o., s.c., i.v. à 4–6 hod. místo **midazolamu** lze použít **klonazepam** 0,5–1 mg p.o., s.c. à 12 hod. (max. denní dávka 4 mg)
- 4. krok: morfin** v kontinuální infúzi s.c. nebo i.v. v počáteční dávce 20–30 mg/24 hod., titrovat dle efektu
- 5. krok:** paliativní sedace: **midazolam** v kontinuální infúzi s.c., nebo i.v., počáteční dávka 20–60 mg/24 hod. (ev. + **morfin** dle spotřeby v kroku 3)

Dušnost u pacienta v závěru života

- u pacientů s očekávanou prognózou v řádu dní či hodin: morfin 5–10 mg s.c. dle potřeby po 30–60 minutách, ev. v kontinuální s.c. nebo i.v. infúzi v počáteční dávce 20–30 mg/24 hod., dávku titrovat dle efektu
- u neztišitelné dušnosti je adekvátním a eticky přijatelným řešením paliativní sedace, nejčastěji užívaným lékem k paliativní sedaci je midazolam – úvodní bolus 5 mg s.c. a dále 20–60 mg/24 hod. v kontinuální infúzi s.c. nebo i.v., dávku dle efektu titrovat

Literatura

- 1) Chan K.-S et al.: Dyspnoea and other respiratory symptoms in palliative care In: Oxford textbook of palliative medicine. Oxford University Press, USA, 2015, 421 – 434.
- 2) Dudgeon D.: Assessment and management of dyspnea in palliative care [on-line], UpToDate, last. updated 09 Mar 2020. [citováno 23. 3. 2020]. Dostupné z: https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-dyspnea-in-palliative-care?search=dyspnea%20palliative%20care&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
- 3) Scottish Palliative Care Guidelines/ Symptom control/ Breathlessness [on-line], Last Updated: 02 Dec 2019. [citováno 23. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/symptom-control/breathlessness.aspx>
- 4) Hallenbeck, J. (2012). Pathophysiologies of dyspnea explained: why might opioids relieve dyspnea and not hasten death?. Journal of palliative medicine, 15(8), 848-853.
- 5) Simon, S. T., Higginson, I. J., Booth, S., Harding, R., & Bausewein, C. (2010). Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non malignant diseases in adults. Cochrane database of systematic reviews, (1).
- 6) Higginson, I. J., Bausewein, C., Reilly, C. C., Gao, W., Gysels, M., Dzingina, M., ... & Moxham, J. (2014). An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. The Lancet Respiratory Medicine, 2(12), 979–987.

