

Terminální fáze Alzheimerovy choroby u 74-leté pacientky

MUDr. Věra Havlénová, MUDr. Ladislav Kabelka, PhD.

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad

Autoři popisují případ terminální fáze Alzheimerovy choroby u 74-leté pacientky. Poukazují na význam paliativní a symptomatické péče, kdy je nutné vidět, že pacient je jedinečným individuem a zaslouží si ohled a pozornost, a tedy i kvalitní a citlivou péči, jejímž cílem je zlepšení kvality jeho života a života jeho rodiny.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, terminální fáze onemocnění, paliativní péče, komplexní ošetrovatelská péče.

Terminal phase of Alzheimer's disease in 74 years old woman

The casuistry describes end-stage Alzheimer's disease in 74 years old woman. Highlight the importance of palliative and symptomatic care, when it is necessary to see, that patient is a unique individual and deserves consideration and attention, and thus quality and sensitive care, aimed improve the quality of his life and life of his family.

Key words: Alzheimer's disease, terminal phase of illness, palliative medicine, comprehensive nursing care.

Paliat. med. liec. boles., 2010, 3(2): 66–68

Úvod

Alzheimerova nemoc je progresivní neurodegenerativní onemocnění s dominujícími mnestickými a intelektovými poruchami a výrazným úpadkem osobnosti. V současné době je Alzheimerova choroba nevléčitelná, léčbou lze její průběh pouze zpomalit a zlepšit kvalitu života postižených. Nezbytná je však včasná diagnostika se zahájením léčby. I tak ale není možné vyhnout se přechodu nemoci do poslední terminální fáze, kdy je nutné nemocnému nabídnout léčbu paliativní.

Vlastní pozorování

Žena, 74 let, byla dispenzarizovaná na Neurologické klinice Fakultní nemocnice Brno pro Alzheimerovu chorobu. V rodinné anamnéze nebyly zmínky o poruchách kognitivních funkcí, v osobní anamnéze časté synkopy, pro které byl implantován v roce 2002 EKG monitor, a v posledních letech opakované uroinfekce a bronchitidy. Jednalo se o pacientku s dobrým rodinným zázemím, žila s manželem, měla 2 dcery. Byla středoškolsky vzdělaná, pracovala jako administrativní pracovnice.

V červenci 2007 došlo k progresivnímu zhoršení Alzheimerovy choroby, rozvinul se těžký extrapyramidový hypokineticko rigidní syndrom a kvadruypyramidový syndrom s flekčními kontrakturami, těžký kognitivní deficit MMSE (Mini-Mental State Examination) 2 body a sopor. Konstatován byl přechod do pozdní fáze nemoci a bylo ukončeno sledování a další terapie

na Neurologické klinice Fakultní nemocnice Brno. Další péči o pacientku zajišťovala Nemocnice Tišnov, příspěvková organizace, kam byla z Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Brno přeložena. Trávila tam dobu asi půl roku střídavě na oddělení LDN a interním oddělení, na něž byla z LDN překládána pro opakované uroinfekce a bronchitidy. Dle dostupné dokumentace byla pacientka apatická, nekomunikující.

V lednu 2008 se uskutečnil překlad do DLBSH Rajhrad (Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa), pacientka byla na přechodu pozdní a terminální fáze nemoci, se zavedeným permanentním močovým katétre a nasogastrickou sondou (NGS). Zavedení gastrostomie nebylo pro celkově špatný stav a prognosu indikováno.

Při přijetí na lůžko hospice byla pacientka při vědomí, pro těžký kognitivní deficit s ní nebylo možné navázat adekvátní kontakt (MMSE 2). V somatickém nálezu pak patrná těžká kachexie, pacientka zcela imobilní s rozvinutým hypokineticko rigidním kvadruypyramidovým syndromem a flekčními kontrakturami, bez známek projevů bolesti či jiných potíží, se sklonem k hypotenzii. Kůže na predilekčních místech byla postižena dekubity I. stupně. Při přijetí se nastavila komplexní ošetrovatelská péče o pacientku, citlivý individuální přístup a komunikace s rodinou nemocné.

Asi po týdnu hospitalizace na lůžku hospice došlo k mírnému zlepšení reaktivity pacientky, které se projevilo schopností fixovat pohledem a změnami mimiky. Pro riziko rozvoje dekubitu při dlouhodobém zavedení NGS byla tato vytažena

a zkoušen příjem stravy ústy. K překvapení všech zúčastněných pacientka zvládla sníst p. o. (per os) 80 % denní porce, zbytek se doplnil sippingem. Po vytažení NGS se zlepšila reaktivita pacientky – začala se projevat i verbálně. Úroveň komunikace značně kolísala, některé slovní projevy byly srozumitelné (jednoslovné či velmi krátké odpovědi na dotazy), ale většinou se jednalo o nesrozumitelnou verbální produkci. Po celou dobu hospitalizace byla pacientka klidná, bez delirantních stavů.

I přes komplexní ošetrovatelskou péči a polohování se u pacientky rozvinul dekubit v sakrální oblasti, který byl následně ošetřován ve spolupráci s konziliárním chirurgem. Pro bolesti jsme nastavili analgezii, nejprve slabými opioidy p.o. (tramadol), později formou transdermální (buprenorfin). I přes mírné zlepšení reaktivity pacientky se jednalo o terminální fázi nemoci, což bylo průběžně diskutováno s rodinou nemocné. Pro rodinu byla velmi důležitá možnost navázat alespoň částečný kontakt s nemocnou.

V průběhu následujících týdnů se stav začal postupně zhoršovat, rozvinula se somnolence. Bylo nutno zredukovat p.o. medikaci, která se pro pacientku stala nevyhovující a zatěžující. Analgezii jsme nastavili pomocí transdermálního buprenorfinu. Cílem péče v této době již nebylo udržení kontaktu pacientky s rodinou nemocné, ale zajištění dostatečné analgezie a klidného průběhu konce života. S rodinou bylo vše průběžně probíráno.

Na konci života pacientky se rozvinula terminální bronchopneumonie. Pro špatné prokrvení

periferie jsme převedli transdermální analgezii na parenterální morfin, který lépe zajistil analgezi a současně zmínil dušnost nemocné. Teploty byly řešeny symptomaticky antipyretiky. Rodina byla srozuměna se symptomatickou léčbou a informována o možnosti doprovázet nemocnou u lůžka v posledních chvílích jejího života, čehož využila. Nemocná zemřela v klidu při nastavené analgosedaci a v přítomnosti své rodiny.

Po dobu hospitalizace se na péči o pacientku podílel multidisciplinární tým složený z lékařů, sester, pečovatelek, ošetřovatelek, psychologů a sociálních pracovníků. Do péče byla též zapojena rodina nemocné, ke které v podstatné míře směřovala podpora personálu vzhledem k těžké kognitivní poruše u pacientky. Později na tuto péči navázala péče o pozůstalé.

Diskuse

Alzheimerova choroba (Alzheimer disease – AD) je progresivní neurodegenerativní porucha vyznačující se minimálně 6-měsíčním obdobím narušení paměti, spolu s deficitem v nejméně jedné jiné oblasti kognice, což narušuje pacientův sociální a pracovní život (1).

Byla poprvé popsána na počátku 20. století německým lékařem Aloisem Alzheimerem. Dle statistik dnes Alzheimerovou chorobou trpí každý dvacátý člověk starší 65 let a po 85. roce věku jí onemocní každý pátý člověk. Je to dnes 17 – 25 miliónů nemocných na světě, z tohoto počtu připadá cca 70 – 90 000 na Českou republiku.

Etiopatogeneze dosud není zcela objasněna. Je prokázáno, že dochází k zániku některých mozkových buněk a ke změně látkové výměny v mozku (3).

Patologickoanatomickým podkladem je depozice amyloidu s apoptózou neuronů s patofyziologickým obrazem daným centrální cholinergní insuficiencí (8).

K těmto změnám dochází postupně v různých oblastech mozku, nejvíce však v mediálním temporálním laloku, ale nejvýraznější atrofie je nalézána v amygdale a hippokampu (centrum paměti) a v mozkové kůře (má rozhodující roli v našem logickém uvažování a rozhodování, paměťových i řečových schopnostech a časové i prostorové orientaci) (4).

Alzheimerova choroba se vyskytuje ve dvou formách:

- pokud se projevy onemocnění objeví před 65. rokem věku, mluvíme o presenilní Alzheimerově demenci (s časným začátkem);
- pokud se projeví po 65. roce věku, jedná se o senilní Alzheimerovu demenci (s pozdním

začátkem). Tato forma má na svědomí cca 80 % všech případů (3).

Průběh demence u Alzheimerovy choroby lze dělit do pěti stadií:

1. Prodromální stadium nemoci: Charakteristickým rysem je zapomnětlivost, která převyšuje běžné stařecké zapominání. Dále se objevují první změny osobnostních rysů.

2. Časné stadium: Zapomínání je zcela zjevné, kvalitativně nové a odlišné. Je porušena plynulost řeči, nastávají emoční změny. Nemocný je nápadný především obtížným vybavováním si jmen, dat a událostí. Prostorová orientace bývá zachována.

3. Intermediální stadium nemoci: Dochází k výraznému narušení osobnostních rysů, je narušena orientace časová i prostorová, nemocný zapomíná nejen jména a data, ale i tváře. Řeč je obsahově chudá, objevují se perseverace, konfabulace a fatické poruchy.

4. Pozdní stadium: Nemocný prakticky nekomunikuje s okolím, paměť je výrazně narušena, jsou přítomny dezorientace ve všech kvalitách, echolálie a neologismy, opakovaně se vyskytují deliria. Je zřetelná neurologická symptomatika – poruchy chůze a hybnosti, jsou zvýrazněny axiální reflexy.

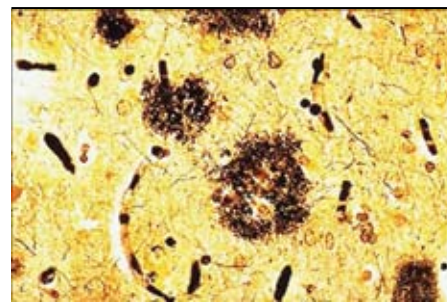
5. Terminální, konečné stadium: Nemocný je zcela imobilní, inkontinentní, paměťové schopnosti jsou zcela narušeny, emočně je zcela plochý, řeč je nesrozumitelná.

Postižený umírá většinou na některé přidružené onemocnění, může to být bronchopneumonie, ale i následek drobného traumatu. Nemoc trvá řádově roky. Několikaměsíční průběh onemocnění je vzácný, stejně tak přežívání více než 12 let od počátku není časté (2, 5, 9).

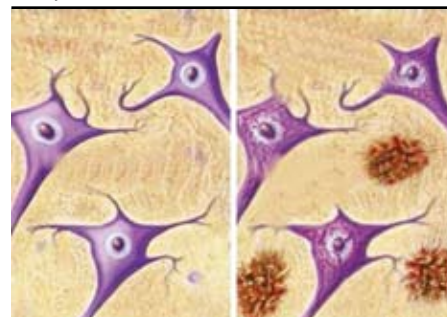
Diagnostika Alzheimerovy choroby není jednoduchá, protože její diagnózu lze stanovit pouze histologicky, tedy až po smrti nemocného.

Za života pacienta se při diagnostice postupuje tak, že lékař vyloučí všechny jiné možné příčiny demence. Nezbytná je anamnéza od nemocného, ale také od jeho rodiny či pečovatelů. Dále psychiatrické a neurologické vyšetření pro vyloučení onemocnění nervového systému. Důležitou součástí diagnostiky jsou psychologické vyšetřovací metody – testy, pomocí nichž se zjistí stupeň postižení. Nejznámějším a nejvíce používaným testem je Mini-Mental State Examination (MMSE), díky němuž je možno otestovat paměť, orientaci, schopnost reakce apod. K určení diagnózy může také pomoci DAD dotazník (dotazník soběstačnosti, vznikl překladem anglické originální škály The Disability Assessment for Dementia), do kterého pečo-

Obrázek 1. Mikroskopický pohled na mozkovou tkáň postiženou Alzheimerovou chorobou. Tmavé skvrny jsou amyloidové plaky. (Zdroj: www.stari.cz)

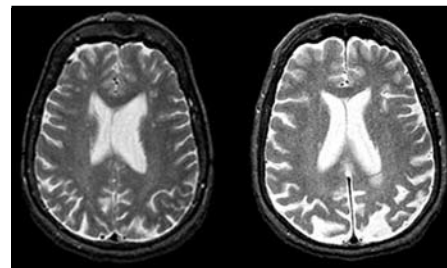


Obrázek 2. Amyloidové plaky v okolí neuronů (Zdroj: www.stari.cz)



Normální mozková tkáň s nervovými buňkami Mozková tkáň pacienta s Alzheimerovou chorobou

Obrázek 3. Vyšetření mozku metodou magnetické rezonance (Zdroj: www.stari.cz)



MR zobrazení normálně stárnoucího mozku MR vyšetření mozku postiženého Alzheimerovou chorobou

vatel zaznamenává činnosti, které je postižený schopen vykonávat. Laboratorní vyšetření pomohou vyloučit jiné možné příčiny demence. Nelze též zapomenout na zobrazovací metody, které nám umožní vyšetření mozku – CT (computed tomography – počítačová tomografie), NMR (nukleární magnetická rezonance), PET (pozitronová emisní tomografie), EEG (elektroencefalografie) – a vyšetření mozkomíšního moku pro stanovení markerů (7).

Pozornost se však dnes soustředí na cílenou diagnostiku Alzheimerovy nemoci, která spočívá v průkazu proteinu τ , Apo E spolu s pokročilými zobrazovacími metodami (MRI – magnetic resonance imaging, fMRI – functional magnetic resonance imaging, 3D zobrazení, PET, SPECT – single photon emission computed tomography).

Základom péče o pacienty s demenciou je spolupráca lekárov prvého sledu s odborníkmi špecializujúcimi sa na demencie (neurolog, psychiater, geriatr). Specialista by mal pacienta sledovať v pravidelných intervaloch za účelom 1) stanovenia diagnózy, 2) zhodnotenia kognitívnych a hybných príznakov, poruch chovania a nálady a posúdenia miery sobešťačnosti, 3) výberu vhodnej liečby základného ochorenia, 4) zajištenia liečby komorbidít a komplikácií základného ochorenia, 5) informovania o možnostiach pomoci v starostlivosti o pacienta (kontakty na pečovateľské služby, Alzheimerovskú spoločnosť, dennú stacionáru atď.) (6).

V liečbe sa používajú na prvom mieste inhibitory acetylcholinesterázy. Patrí medzi prvé lieky schválené pre špecifickú symptomatickú terapiu Alzheimerovej choroby. V súčasnosti sú k dispozícii donepezil, rivastigmin a galantamin. Jejich účinnosť bola potvrdená mnohými randomizovanými, placebo kontrolovanými klinickými štúdiami. Zlepšili nejen kognitívnu funkciu a funkčný stav pacientov, ale tiež príznakov a psychické príznaky, a to vo všetkých štádiách demencie (10, 11).

Dalším liekom na liečbu Alzheimerovej choroby je memantín.

Velmi významnou súčasťou terapie je liečba behaviorálnych a psychiatrických symptomov demencie (BPSD – behavioral and psychological symptoms of dementia). Tieto symptomy často zaťažujú pacienta a pečovateľa viac než kognitívny deficit a môžu si vyžadovať i urgentnú intervenciu. Nezbytná je tiež liečba depresie, ktorá často provokuje demenciu (12). Velmi dôležité je

zapojiť psychosociálnu a behaviorálnu intervenciu, s asistenciou Alzheimerovskej spoločnosti alebo pečovatelských služieb.

Pri prechode nemocného do terminálnej fázy choroby je v popredí citlivá komplexná ošetrovateľská starostlivosť, liečba symptomatická a paliatívna s čo najmenšou invazívnosťou a zaťažujúcimi postupmi pre nemocného. Dôležitou súčasťou starostlivosti je mimoto komunikácia s rodinou nemocného.

Záver

V súčasnej dobe sú stanovené kritéria k usnadneniu časných diagnostických Alzheimerovej choroby, navyše sa choroba viac dostáva do povedomí lekárov tak i laickej verejnosti. Stále však platí, že táto choroba je len liečiteľná, nie vyliečiteľná. Navyše je dôležitá včasná diagnostika so zahájením adekvátnej terapie, ať už farmakologickej či psychosociálnej a behaviorálnej intervencie. Terminálna fáza choroby je spojená s ťažkým postihom – pacient je z celého pohľadu imobilný, inkontinentný, jeho pamäťové schopnosti sú z celého narušené, emocionálne je ploché, keďže je nerozumiteľná. Umiera väčšinou na niektoré pridružené ochorenia či komplikácie – môže to byť bronchopneumónia, rozvoj dekubitálnych sepe, ale i následok drobného traumatu. Nezbytná je v tejto fáze komplexnosť liečby zajištná multidisciplinárnym tímom, ktorá sa obracia ako k nemocnému, tak k jeho príbuzným.

Literatura

1. Audit Commission. Forget Me Not – Mental Health Services for Older People. London, 2000.
2. Gauthier S. Alzheimer's disease. Martin Dunitz, London 2001. 386 s.

3. Jiráček R, et al. Demence. Praha: Maxdorf 1999. ISBN 80-85800-44-6.

4. Zvolský P. Diagnóza Alzheimerovej choroby pomocou škálovacích metód. Psychiatr. pro Praxi 2001; 2: 69–72.

5. Jiráček R, et al. Demence. Olomouc: Maxdorf 2000. 226 s.

6. Sheardová K, Hort J, Rusina R, Bartoš A, Líně V, Rössner P, Rektorová I. Sekce kognitivní neurologie České neurologické společnosti ČLS JEP. Doporučené postupy pro léčbu Alzheimerovy choroby a dalších onemocnění spojených s demenciou. I. neurologická klinika LF MU, FN u sv. Anny, Brno.

7. Vučkova, et al. Demence Alzheimerova typu [online]. [cit. 2010-05-09]. Dostupné na www: <http://szs.tabor.indos.cz/Projekt/projekt/ose/Data/Text_Demence_Alzheimerova_typ.doc>.

8. Alzheimerova choroba je čtvrtou až pátou nejčastější příčinou úmrtí [on-line]. Zdravotnické noviny 2001. Dostupné na www: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnické-noviny/alzheimerova-choroba-je-ctvrtou-az-patou-nejcastejsi-pricinou-umrti-139027>.

9. Růžička E, et al. Diferenciální diagnostika a léčba demencí. Praha: Galén 2003. 176 s.

10. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Subbiah P, Whalen E. Donepezil MSAD Study Investigators Group. A 24-week, randomized, double-blind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease. Neurology 2001; 57: 613–620.

11. Seltzer B, Zolnouni B, Nunez M, et al. Donepezil „402“ study group. Efficacy of donepezil in early-stage Alzheimer disease: a randomized placebo-controlled trial. Archives of Neurology 2004; 61: 1852–1856.

12. McKeith IG, Cummings J. Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. Lancet Neurology 2005; 4: 735–742.

MUDr. Věra Havlénová

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
Jiráčkova 47, 664 61 Rajhrad
V.Havlenova@seznam.cz



MANUÁL- Lieky registrované v Slovenskej republike 2010

Objednávacia kupón

Meno.....
 Priezvisko.....
 Spoločnosť.....
 IČO.....
 IČ DPH.....
 Adresa.....

 Tel.....
 Email.....
 počet.....ks

Objednávku pošlite na adresu:
 BE TRADE spol. s r.o.
 Röntgenova 14
 851 01 Bratislava

Príjem objednávok aj na **www.slais.sk**
 vyplnením formulára



Spoznali, zachceli, majú. Manuál teraz prezeraajú.

Z obsahu:

- referenčné názvy liekových foriem v humánnej medicíne
- zoznam zdravotných poisťovní
- zoznam skratiek odborností lekárov
- bezpečnosť pacientov pri farmakoterapii
- dávkovanie liekov u detí
- humánne HVLV – registre liekov podľa liečiva, ATC, IS a abecedy
- homeopatické lieky – registre podľa IS a podľa abecedy