

PROBLEMATIKA BOLESTI U PACIENTŮ VYŠŠÍHO VĚKU S KOGNITIVNÍ PORUCHOU

PAIN IN OLDER PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT

IVA HOLMEROVÁ, MICHAELA BAUMANOVÁ

Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče FHS UK a Gerontologické centrum

SOUHRN

V článku upozorňujeme na skutečnost, že chronická bolest a syndrom demence se často vyskytují společně zejména u pacientů vyššího věku, protože jejich prevalence výrazně narůstá s věkem. Přesto není demence velmi často správně diagnostikována. Obdobně je tomu s bolestí, a to především u pacientů s kognitivní poruchou. Analgetika mohou mít významný vliv na zlepšení kvality života lidí žijících s demencí (a jejich rodinných příslušníků) a mohou také snížit potřebu antipsychotik, léků, které mají mnoho vedlejších účinků a u lidí s demencí by se měly používat jen uvážlivě a přísně indikovaně. Prezentujeme dvě kazuistiky pacientů vyššího věku: pacienta s Parkinsonovou chorobou a kognitivní poruchou, po traumatu, kdy analgetická terapie umožnila rehabilitaci. Dále kazuistiku pacientky s pokročilou (a přesto dosud nediodagnostikovanou) demencí a poruchami chování, kdy nastavením analgetické terapie došlo ke zlepšení celkového stavu, spolupráce a zmírnění neuropsychiatrických příznaků, které byly přisuzovány demenci.

Klíčová slova: bolest, demence, neuropsychiatrické příznaky, analgetika, antipsychotika

SUMMARY

The article highlights how chronic pain and dementia are highly prevalent with age and therefore often occur together in older patients. However, both dementia and chronic pain are frequently underdiagnosed, particularly in patients with cognitive impairment. Proper use of analgesics may have an important impact on the quality of life of persons living with dementia (and their family caregivers), and may also lead to a reduction in the prescription of antipsychotic drugs, which are known to have many side-effects, and which should be used cautiously and only when necessary, especially for persons with dementia. Two case studies of older patients are presented: A man with Parkinson's disease and cognitive impairment who suffered a trauma and for whom appropriate analgesic medication helped to facilitate his successful rehabilitation. The second case is a lady with advanced (yet undiagnosed) dementia with neuropsychiatric symptoms. Appropriate analgesic medication improved her quality of life, as well as the neuropsychiatric symptoms that were originally attributed to dementia.

Key words: pain, dementia, neuropsychiatric symptoms, analgesics, antipsychotics

Skutečnost, že naše populace stárne, je mnohokrát opakovanou pravdou. Méně známé jsou však možná některé souvislosti tohoto fenoménu. Jde zejména o to, že nejrychleji přibývající skupinou lidí budou ti nejstarší, tedy lidé starší 80 let, jejichž počet bude již v polovině tohoto století kolem 10 % (Burcin a Kučera, 2010). Samo stárnutí populace však nepředstavuje problém, naopak bychom je měli považovat za dobrý výsledek a úspěch lepší zdravotní péče, zdravějšího životního stylu, ale především skutečnosti, že žijeme v bohatší části světa a naše území již po mnoho let nezastihl válečný konflikt či jiná katastrofická situace. Za problém v souvislosti se stárnutím však můžeme považovat skutečnost, že přestože se prodlužuje průměrná délka života (naděje dožití), která dosahuje v současné době téměř 79 let u mužů a 82 let u žen, nedochází k prodloužení tzv. zdravého dožití (healthy life expectancy), doby života, kterou prožijeme ve zdraví. Toto období trvá zpravidla do 63–65 let (u obyvatel České republiky), a znamená to tedy, že mnoho lidí bude žít téměř čtvrtinu svého života v situaci chronické nemoci, která bude často omezovat i soběstačnost. Populace starších lidí je velmi heterogenní (European Commission, 2013). Patří sem jak lidé

zcela zdraví, aktivní, s dobrou adaptační schopností a nadprůměrnou výkonností (kteří zpravidla nepotřebují žádná zvláštní opatření ani ve zdravotní péči a v případě akutního onemocnění profitují z orgánově zaměřené moderní medicíny), tak na druhé straně lidé s komplexní zdravotní problematikou a zpravidla omezenou soběstačností v důsledku chronických onemocnění či syndromů, kteří potřebují specializovanou péči geriatrickou nebo dlouhodobou (European Commission, 2014).

Přestože žádné onemocnění, včetně onemocnění degenerativních či neurodegenerativních, není důsledkem pouhého stárnutí, mnohá onemocnění se vyskytují ve stáří významně častěji, a proto je velmi častou situací vyššího věku multimorbidita a přítomnost komplexních geriatrických syndromů (Mátl a Mátllová, 2015). Patří sem i chronická bolest, která je zejména ve vyšším věku velmi komplexním biopsychosociálním problémem zahrnujícím disabilitu, jež je důsledkem omezení mobility, redukci aktivit a pasivitu se všemi dalšími následky, včetně sociální izolace, zvýšené riziko pádů, v psychické oblasti pak nejen depresivitu a úzkost, ale i zhoršení kognitivních funkcí, horší průběh onemocnění, rehabilitace a rekonvalescence. Prevalence chronické bolesti narůstá

s věkem a přístup k ní by měl být komplexní, tedy vycházet z podrobné evaluace nejen bolesti, ale celé situace pacienta, a to nejen z pohledu čistě lékařského, ale také s ohledem na disabilitu, respektive možnosti zlepšení funkčního stavu a na zdroje, kterými pacient disponuje i ve svém okolí, včetně zajištění péče a podpory. Z tohoto vyhodnocení by měl vycházet komplexní management daného problému (chronické bolesti) tak, jak je tomu při správném managementu i jiných geriatrických syndromů (Samsi a Manthorpe, 2014). Vypracování plánu péče a postup domluvený s pacientem a jeho blízkými by měl zahrnovat zejména psychosociální intervence, a to jak ve smyslu kognitivně-behaviorálním, tak (zejména u poruch pohybového aparátu, osteoporózy, sarkopenie, frailty) i přiměřený pohybový režim. Adekvátní farmakoterapie je velmi důležitá, ale představuje jen součást řešení daného problému. V praxi se však opakovaně setkáváme s tím, že bolesti není věnována dostatečná pozornost, a to nejen s ohledem na psychosociální intervence, ale i na samotnou farmakoterapii. Zejména tomu je u pacientů s komorbiditami neurologického typu (neurodegenerace), kteří nepochybně trpí bolestí stejně často jako jejich vrstevníci (Husebo et al., 2008), ale bolest je v celém spektru problémů upozaděna, možná se považuje za méně důležitou či se na její přítomnost zapomíná, přestože její zmírnění může velmi výrazně ovlivnit nejen momentální kvalitu života pacienta, ale i proces rehabilitace a rekonvalescence. To dokumentujeme na dvou nedávných kazuistikách z našeho oddělení.

Z dat našeho oddělení je patrné, že léčba bolesti je u pacientů s kognitivní poruchou velmi často nedostatečná. Na našem rehabilitačním lůžkovém oddělení pro pacienty s kognitivní poruchou bylo u 228 pacientů v období od ledna 2014 do září 2015 sledováno užívání analgetik. Jedná se o pacienty se střední až těžkou kognitivní poruchou, průměrná hodnota jejich MMSE byla 13,1 bodu. Průměrná doba hospitalizace byla 26,3 dne. Z celkových 228 pacientů bylo 71,5 % přijato z domova na základě doporučení praktického lékaře, 28,5 % bylo přijato překladem z akutních lůžek (převážně ortopedie, interna, neurologie). Při přijetí užívalo analgetika, včetně volně prodejných preparátů, pouze 13,5 % pacientů. Při propuštění užívalo analgetika 48,2 % pacientů. Ze skupiny pacientů, kterým se analgetika nově nasazovala nebo se zvyšovala původní dávka, byla u více než třetiny z nich (konkrétně 38 %) redukována dávka antipsychotik nebo byla antipsychotika vysazena zcela. Je pravděpodobné, že u části pacientů nebyla správně (a relativně dlouhodobě) rozpoznána bolest, to mohlo způsobit změny chování, pro které byla předepisována antipsychotika. Správnou diagnostiku bolesti považujeme za velmi důležitou, protože nastavení analgetické terapie vede jednak ke zlepšení kvality života pacientů s demencí (i jejich rodinných příslušníků) a jednak je jedním z faktorů, které mohou vést ke snížení preskripce antipsychotik, léků, jež mají mnoho závažných nežádoucích účinků a které by měly být u pacientů s demencí užívány jen obezřetně a přísně indikovaně.

Kazuistika 1

Sedmdesátiletý pacient s Parkinsonovou chorobou byl přijat na naše oddělení na doporučení ošetřujícího neurologa k rehabilitaci po pádu. Při pádu luxace pravého ramene

s frakturou a dislokací glenoidu, ošetřen v ambulantním režimu na ortopedii, v celkové anestezii provedena repozice, naložen Dessaultův obvaz.

V osobní anamnéze má pacient mnoho let Parkinsonovu chorobu. Je v péči klinického pracoviště, podle ošetřujícího neurologa v poslední době zhoršení kompenzace, výraznější výkyvy hybnosti, pády, pseudohalucinace. Dále trpí vertebrogenním algickým syndromem LS páteře. Alergická anamnéza negativní. Léková anamnéza: Madopar 250 mg tbl. 4× 1, Comtan tbl. 1-1-1/2-1/2, Requirb monotab 8 mg tbl. 1-0-0, Motilium tbl. 1-1-0, Seroquel 25 mg tbl. 0-0-0-1, Finpros tbl. 0-0-1. Pacient je rozvedený, poslední dva roky bydlí se synem a jeho rodinou, syn pečuje, celkem má pacient tři dospělé děti, dříve pracoval jako technolog.

Při přijetí na naše oddělení si pacient stěžuje na pobolívání ramene, říká, že „o ruce pořád ví“, dále mívá občas bolesti celé páteře, analgetika žádná neužívá, jiné obtíže nemá, chuť k jídlu dobrá. Osobou je orientovaný, místem a časem orientovaný rámcově, situaci orientovaný není, na jednoduché dotazy odpovídá přiléhavě. Vzhledem k Dessaultově obvazu je pacient v sebeobsluze odkázaný na pomoc personálu, snaží se být v rámci svých možností co nejvíce soběstačný, spolupracuje. Sám se z lehu na lůžku posadí, postaví se, stojí a chůze nestabilní, výrazně snížené psychomotorické tempo, chybí koordinace. Ostatní klinický náález bez výraznější patologie, TK 100/60, váha 60 kg. Vstupní MMSE 19 bodů (+2 body nelze hodnotit vzhledem k omezení hybnosti PHK, nicméně i tak odpovídá výsledek kognitivní poruše). Škála bolesti 1-2/10. Inkontinentní.

Do medikace přidána analgetika, započata rehabilitace. Vzhledem ke kognitivní poruše nasazujeme po domluvě s pacientem a jeho rodinou a se souhlasem ošetřujícího neurologa rivastigmin (kognitivní porucha specifikována jako demence při Parkinsonově chorobě). Základní laboratorní vyšetření v normě. Za hospitalizace provedeno kontrolní ortopedické vyšetření, sejmuto Dessaultův obvaz, pokračujeme v rehabilitaci, rhh zaměřena na rozcvičování pravého ramenního kloubu. Během hospitalizace se hybnost pravého ramene upravila, pravá HK je funkční, zlepšena stabilita ve stoji i při chůzi, zlepšena i celková kondice pacienta, výstupní MMSE 24 bodů. Pacient propuštěn zpět do domácího prostředí.

Bolest je ve vyšším věku velmi častá, je pravidelným průvodcem poranění, ale přesto na ni málo myslíme. Mnozí starší pacienti ji nedostatečně signalizují, to se týká zejména pacientů s kognitivní poruchou. Analgetika mohou nejen zlepšit kvalitu života pacienta, ale i spolupráci a rehabilitaci.

Kazuistika 2

Pětaosmdesátiletá pacientka byla přijata na naše oddělení na doporučení praktického lékaře k rehabilitaci a k pokusu o zlepšení soběstačnosti. V doporučení bylo uvedeno: „Pacientka převážně ležící, nesnaží se, téměř necvičí, interní náález vcelku přiměřený, nají se sama, nesoběstačná, vše s pomocí druhé osoby.“

Pacientka je vdaná, bydlí s manželem a se synem, manžel se stará o domácnost, syn vaří a pečuje o pacientku, zajišťuje hygienu, pomáhá s oblékáním, pomáhá s přesuny z lůžka a do lůžka, denně docházejí pracovnice pečovatelské služby

na pomoc s celkovou hygienou. Pacientka pobírá příspěvek na péči III. stupně.

V osobní anamnéze je stav po zlomenině levého femuru v minulosti řešené osteosyntézou, pacientka je po operaci LS páteře pro spinální stenózu L3–5 před 10 lety, po operaci karpálního tunelu vlevo před mnoha lety, oboustranná koxartróza, močová inkontinence. Kardiální anamnéza negativní. Několik let zhoršování paměti, dezorientace v čase, postupná ztráta soběstačnosti, nikde vyšetřována nebyla. Alergická anamnéza negativní. Žádné léky neužívá. Podle informací od syna má pacientka dlouhodobě (asi 5 let) problémy s chůzí vzhledem k artróze kyčelních kloubů, v posledních týdnech další zhoršování mobility, odmítá chodit, dříve chodila velmi obtížně po pokoji s přidržováním se okolního nábytku, na WC ji doprovázel manžel, nyní dominuje pasivita, pacientka odmítá s rodinou spolupracovat, je slovně i verbálně agresivní, „škrábe, kouše“, zejména při přesunech z lůžka do židle, nyní již převážně ležící. Rodina se obává, že přestává péči o pacientku zvládat a že bude potřeba pacientku umístit do zařízení sociální péče.

Subjektivně si na bolesti pacientka nestěžuje, na cílený dotaz bolesti připouští, při manipulaci, při změně polohy z lehu do sedu, při hygieně, při výměně plen reaguje bolestivě. Objektívni nálezy: s pomocí se posadí, sed nestabilní, nutná opora zad, s nízkým chodítkem a pomocí dvou osob schopna stoje, chůze schopna není, zpomalené psychomotorické tempo, osobou orientovaná, místem rámcově, časem orientovaná není, nespolupracuje, odpovídá s latencí, deficit krátkodobé paměti, sarkopenie, hlava a krk bez patologického nálezu, dýchání sklípkové, čisté, AS pravidelná, klidná, břicho bez patologického nálezu, DK bez otoků, omezený kloubní rozsah v kyčelních i kolenních kloubech, na obou předloktích a zápěstích vstřebávající se hematomy. TK 135/73, váha 62 kg, MMSE 18 bodů, ADL 25 bodů.

Vzhledem k bolestem nasazujeme analgetika, začínáme paracetamolem 500 mg 2× denně, který i v této dávce s překvapivým efektem. Započata šetrná rehabilitace na lůžku, postupně během čtyř týdnů nácvik přesunů do židle, nácvik chůze s nízkým chodítkem a pomocí fyzioterapeutky. Pacientka agresivní není, rehabilitaci neodmítá, pod vedením se snaží spolupracovat, ale výrazná dekonidice, s pomocí ošetřujícího personálu pomalým tempem s nízkým chodítkem ujde po chodbě asi 10 metrů. Syn fyzioterapeutkou poučen, jak s pacientkou zvládat přesuny a chůzi, zlepšena i spolupráce pacientky s rodinou. Pacientka propuštěna domů, kde o ni chce syn nadále pečovat s pomocí terénních služeb, zapůjčeno domů nízké chodítko, pacientka objednána do ambulance pro pacienty s kognitivní poruchou.

Get up and go test: při přijetí 2/12 ... při propuštění 6/12, ADL při propuštění 40 bodů.

U pacientů s pokročilou demencí a u pacientů s fatickou poruchou může být léčba bolesti velmi snadno opomenuta, protože nedokážou bolest adekvátně signalizovat (Miu a Chan, 2014). U takových pacientů je třeba na bolest myslet a aktivně po ní pátrat. Bolest se může projevovat různými neverbálními projevy, jako je odmítání pohybu a rehabilitace, zaujímání úlevových poloh, bolestivé grimasy, sténání, pláč, neklid, agresivita, nespavost, nebo naopak pasivita, dysforická nálada. I zde je důležitá vzájemná spolupráce

celého zdravotně-ošetrovatelského týmu, nezastupitelná je role ošetrovatelů, sanitářů a pracovníků v přímé péči. K posouzení bolesti pacientů s výraznější kognitivní poruchou (ale někdy i mírnější, jak bylo ukázáno v první kazuistice) mnohdy vizuální škála bolesti nestačí, proto využíváme různé nástroje vycházející z pozorování pacienta (PAIN-AD) (Vanková, 2012), respektive z pozorování reakcí pacienta na běžné výkony péče, například při provádění celkové hygieny (MOBID) (Holmerová et al., 2009).

Článek byl připraven v rámci řešení výzkumného úkolu 15-32942A-P09 AZV Ministerstva zdravotnictví České republiky „Case management jako komplexní intervence u pacientů s demencí, její vliv na užití zdrojů a kvalitu života pacientů a pečujících“.

Literatura

1. Burcin B, Kučera T. Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008–2070. Praha: Rada vlády pro seniory a stárnutí populace; 2010.
2. EC. Long-term care in ageing societies – Challenges and policy options. Brussels: European Commission; 2013. Contract No.: 41.
3. EC. Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. Luxembourg: Social Protection Committee and the European Commission; 2014.
4. Mátl O, Mátllová M. Zpráva o stavu demence: Česká alzheimerská společnost; 2015.
5. Samsi K, Manthorpe J. Care pathways for dementia: current perspectives. *Clinical interventions in aging* 2014;9:2055–63.
6. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilsen R, Husebo SB, Aarsland D, Ljunggren AE. Who suffers most? Dementia and Pain in Nursing Home Patients: A Cross-sectional Study. *Journal of the American Medical Directors Association* 2008;(9):427–33.
7. Miu DKY, Chan KC. Under-detection of pain in elderly nursing home residents with moderate to severe dementia. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics* 2014;5(1):23–7.
8. Vanková H. Pain-AN important problem in the long-term care of persons with dementia. Vienna: Symposium and proceedings of the 22nd Alzheimer Europe Congress; 2012.
9. Holmerová I, Baumanová M, Jurašková B, Vaňková H. MOBID 2 – Praktická škála bolesti vhodná nejen u lidí s demencí. *Čes Ger Rev* 2009;7(2):79–81.

*Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
Centrum pro studium dlouhověkosti
a dlouhodobé péče FHS UK
a Gerontologické centrum
E-mail: iva.holmerova@gerontocentrum.cz*

*Do redakce přišlo: 3. 9. 2018
K publikaci přijato: 8. 11. 2018*