

# H1

stručně a přehledně

Tip: vytiskni a měj při ruce  
nebo pověs na zeď

## Symptomatická léčba úzkosti

Doporučení České společnosti  
paliativní medicíny ČLS JEP



### Úvod

Strach a úzkost jsou v paliativní péči téměř všudypřítomné. Úzkost je kombinace negativních emocí zahrnující strach, zlé tušení a obavy. Její příčinu nelze přesně určit. Úzkost může mít vztah ke smrti a umírání, ale může být vyvolána i obavami z kvality dalšího života, obavami o blízké, ze ztráty důstojnosti či soběstačnosti nebo finanční nejistoty. Nemocní ji popisují jako pocit bezmoci, ztráty kontroly nad vlastním životem. Na druhou stranu u většiny nemocných tato úzkost nedosahuje diagnostických kritérií úzkostné poruchy. Ta se vyskytuje u méně než 10% pacientů s život-limitující/život-ohrožující chorobou. Screening na úzkost a depresi by měl být automatickou součástí vyšetření závažně nemocných. Odlišit úzkost a depresi může být obtížné, obé se může vyskytovat současně.

### Klinické symptomy

- pocity hrozícího nebezpečí či děsu, pocit ztráty kontroly
- strachy, obsese, pocity nejistoty a starostí
- kompulzivní nebo vyhybavé chování, psychomotorický neklid, dráždivost
- pocení, nevolnosti, bušení srdce, tachypnoe
- opakování otázek, projevy zmatenosti, nepozornosti

### Diagnostické skupiny

- Porucha přizpůsobení s úzkostnými rysy – jasně identifikovatelný stresor, obtížné vyrovnávání se/přijetí diagnózy, prognózy.
- Generalizovaná úzkostná porucha – nadměrné obavy ztěžující denodenní fungování pacienta.
- Panická porucha – epizody intenzivního strachu, které mohou trvat několik minut až hodinu, jsou provázeny bolestí na hrudi či dušností. Ataky jsou neočekávané, náhlé a výrazně zhoršují fungování pacienta. Vedou k vyhybavému chování.
- Posttraumatická stresová porucha – vtíravé myšlenky, noční děsy a záblesky vzpomínek z minulosti (flashback), které zhoršují spánek a narušují sociální fungování pacienta, mohou vést k interpersonální dysfunkci.

### Management

Základem managementu je kombinace nefarmakologického a farmakologického přístupu.

#### Nefarmakologický přístup:

- aktivní naslouchání
- respekt k vyjadřovaným obavám, jejich legitimizace
- zdůraznění společné práce k ovlivnění úzkosti
- poskytnutí dostateku srozumitelných informací
- objasnění cílů péče
- snaha o pravidelný režim – cvičení, pravidelný spánek
- nabídka praktické pomoci (fin. otázky, péče o blízké, naplánování rozloučení, pohřbu apod.)

Doporučované terapeutické přístupy: kognitivně behaviorální terapie, meditace, hypnóza, relaxační techniky, muzikoterapie. Také pravidelný režim, cvičení a spánková hygiena mohou nemocným ulevit.

#### Farmakoterapie:

Základem jsou benzodiazepiny. Měly by být podávány krátkodobě. Pro pacienty s delší anamnézou mohou být lékem volby SSRI.

## Příklady BDZ s krátkým poločasem:

Účinná látka/ aplikační cesta	Denní terapeutická dávka	Maximální denní dávka	Nástup/trvání účinku	Výhody
<b>oxazepam</b> p.o.	10 mg 1–3x denně	30 mg 4x denně	30 min./až 12 hod.	vhodný i u těžkého jaterního selhání
<b>alprazolam</b> p.o.	0,25–0,5 mg 3x denně	1 mg 4x denně	15 min./2–5 hod. SR tablety účinkují až 12 hod.	široká škála dávek
<b>midazolam</b> s.c., i.v., i.n.	2,5–5 mg 4–6x denně	200mg/den	2–5 min. (i.v., i.n. podání) 15 min. (s.c. podání)	rychlý nástup účinku, široká škála dávek, lze použít jako bolus nebo kontinuální infuzí

## Příklady BDZ s dlouhým poločasem:

Účinná látka/ aplikační cesta	Denní terapeutická dávka	Maximální denní dávka	Nástup/trvání účinku	Výhody
<b>diazepam</b> p.o., i.v., p.r.	5–15 mg/den	30 mg/den	0,5–2hod./24–48 hod.	rychlý nástup účinku

Pro pacienty s delší anamnézou mohou být lékem volby farmaka z řad antidepresiv:

## Příklady antidepresiv:

Účinná látka/ aplikační cesta	Denní terapeutická dávka	Maximální denní dávka	Výhody
<b>citalopram (SSRI)</b> p.o., i.v.	10–20 mg/den	20–40 mg/den	Lze využít u panické ataky a generalizované úzkostné poruchy
<b>escitalopram (SSRI)</b> p.o.	10 mg/den	20 mg/den	Lze využít u panické ataky a generalizované úzkostné poruchy
<b>venlafaxin (SNRI)</b> p.o.	75 mg/den	200– 375 mg/den	Lze využít i u neuropatické bolesti
<b>duloxetin (SNRI)</b> p.o.	30 mg/den	120 mg/den	Lze využít i u neuropatické bolesti
<b>mirtazapin (NaSSA antidepresivum)</b> p.o.	15 mg/na noc	30–45 mg/na noc	Lze využít u nespavosti a pruritu
<b>kvetiapin (MARTA, atyp. antipsychotikum)</b> p.o.	50 mg/den	150 mg/den	významně redukuje úzkost
<b>olanzapin (MARTA, atyp. antipsychotikum)</b>	5–10 mg/na noc	20 mg/na noc	vhodný také při nevolnostech a deliriu
<b>trazodon (ant. a inh. zpětného vychytávání serotoninu)</b> p.o.	50–75 mg/na noc	150–300 mg/na noc	Lze využít u nespavosti
<b>pregabalin (antiepileptikum)</b> p.o.	75 mg 2x denně	75–300 mg 2x denně	Lze využít i u neuropatické bolesti

## Literatura

- 1) Látalová K. et al.: Poruchy přizpůsobení, Med. praxi 2015; 12(4): 184-188
- 2) Oxford Handbook of Palliative Care, Oxford University Press, 2019
- 3) Palliative Care Formulary, Sixth Edition, Palliativedrugs.com, 2017
- 4) Irwin SA, Hirst JM: Overview of anxiety in palliative care. UpToDate, Mar 2020

**Autoři:** prim. MUDr. Irena Zavadová, Cesta domů, z.ú., Praha /  
MUDr. Denisa Mlčochová, VFN, Praha / Mgr. Tereza Fenclová,  
ÚHKT, Praha

Materiál byl vydán díky  
finanční podpoře NF Avast



nadační fond avast