

## Kvalitní spánek a zejména léčba bolesti jsou klíčové komponenty kvality péče o hemodialyzované pacienty

Harris TJ, Nazir R, Khetpal R, et al. Pain, sleep disturbances and survival in hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2012;27:758–765.

Jen nečetné studie se podrobněji zabývají vnímáním bolesti u dialyzovaných pacientů a téměř nic není známo o důsledcích bolesti u těchto pacientů. Stejně tak jen málo prací studuje spánek a jeho porušenou kvalitu. Přitom bylo uveřejněno, že nejméně jedna pětina dialyzovaných pacientů vnímá bolest jako závažnou komplikaci svého života (Kimmel, 2003). Jiná studie uvádí výskyt bolesti dokonce u 50 % hemodialyzovaných pacientů, přitom polovina z těchto pacientů vnímá svou bolest jako závažnou (Davison, 2003).

Autoři komentované práce si položili otázku, zda porucha spánku či zvýšené vnímání bolesti může ovlivňovat nejen kvalitu života dialyzovaných pacientů, ale i jejich prognózu.

Prospektivně sledovaný soubor představuje celkem 127 hemodialyzovaných pacientů (77 mužů) ze dvou hemodialyzačních center (90 % Afroameričanů, 10 % HIV pozitivních, 48 % diabetiků) v USA (stát Washington). Průměrný věk byl 57,3 let (SD 13,8 let), průměrná délka dialyzačního léčení byla 39,9 měsíce (SD 40,9 měsíce). Vzhledem k tomu, že hemodialyzační procedura sama o sobě může být spojena s určitou bolestí (vpich do cévního přístupu), bylo sledováno odděleně vnímání bolesti v den dialýzy a ve dny mimo dialýzu.

Byly zkoumány dva klinické aspekty – bolest a spánek (v subjektivním vnímání), spolu s podrobnějším vyhodnocením kvality života (QOL – quality of life). Za tímto účelem byly použity validizované dotazníkové metody (například Beck Depression Inventory – validizovaná metoda orientačního rozlišení deprese), Karnofského škála (viz připojená tabulka), dotazník na zjištění bolesti (Pittsburgh Sleep Questionnaire) a dotazník na zjištění bolesti (McGill Pain Questionnaire), spolu s dotazníky určenými k vyhodnocení kvality života (nejznámější je SF-36, autoři ale použili komplexnější a sofistikovanější testy). Blížší informace o použitých dotazníkových nástrojích i odkazy na jejich primární zdroje jsou uvedeny v komentované publikaci. Vesměs jde o testy, které jsou nejen pevně definované (nikoli sestavené autory práce), ale i validizované, a to i pro populaci dialyzovaných osob. Výšetření provedla profesionálně vyškolená osoba na počátku studie, poté následovalo observační období (přibližně tříleté).

Přežívání pacientů bylo hodnoceno Kaplanovými-Mayerovými křivkami. Srovnávány byly podskupiny pacientů udávajících či neudávajících poruchu spánku, v grafech je uvedena délka sledování odpovídající více než třem letům prospektivního sledování. V případě poruch spánku nebyl mezi podskupinami zjištěn statisticky signifikantní rozdíl (byl však zjištěn rozdíl v ukazatelích kvality života i deprese). Závažnější důsledky však měla pacienty vnímaná bolest. I když přibližně dvě třetiny pacientů neudávaly výraznou bolest (tj. bolest nebyla univerzální obtíž), u ostatních měla často velkou intenzitu. Intenzita bolesti ani kvalita spánku nebyly v žádném vztahu se spokojeností pacientů s kvalitou péče ošetřujícího

### Karnofského škála

|  |
|--|
| <p><b>Kategorie A:</b> Po většinu času je pacient schopen vykonávat normální fyzickou aktivitu. Nepotřebuje žádnou zvláštní péči.<br/>Index 100 = normální, bez potíží, bez známek nemoci<br/>90 = schopen vykonávat běžné činnosti; menší známky nebo symptomy nemoci<br/>80 = s jistým úsilím schopen vykonávat běžné činnosti, má určité známky nebo symptomy nemoci</p>                                  |
| <p><b>Kategorie B:</b> Neschopen vykonávat zaměstnání, schopen žít doma. Soběstačný ve většině osobních potřeb. Potřebuje různý stupeň pomoci.<br/>Index 70 = postará se o sebe, ale není schopen vykonávat běžné činnosti a chodit do práce<br/>60 = potřebuje příležitostnou pomoc od druhých, ale je soběstačný ve většině potřeb<br/>50 = potřebuje značnou pomoc od druhých a častou lékařskou péči</p> |
| <p><b>Kategorie C:</b> Neschopen postarat se o sebe, potřebuje jak ústavní, tak nemocniční péči, choroba může rychle progredovat<br/>Index 40 = nemohoucí, potřebuje zvláštní péči a pomoc<br/>30 = značně nemohoucí, hospitalizace je indikovaná, ale smrt nehrozí<br/>20 = velmi vážný stav, hospitalizace je nezbytná, aktivní podpůrná léčba je nutná<br/>10 = umírající<br/>0 = mrtvý</p>               |

(Upraveno podle: Znojová, 2000)

Karnofského škála posuzuje fyzickou a mentální kapacitu pacienta tím nejjednodušším způsobem. Je kvantifikována na stupnici od 0 do 100. Hodnocení nula je totožné s úmrtím, hodnocení 100 je maximální a znamená plnou funkci a mentální kapacitu odpovídající zcela zdravému člověku. Skóre < 70 znamená potřebu přinejmenším částečné asistence druhé osoby. Jakýkoli pokles na škále znamená, že probíhá či proběhla komplikace a je vhodné pátrat nejen po její příčině, ale i doprovodných subjektivních symptomech (poznámka – průměrná hodnota bodů na Karnofského škále ve sledovaném souboru komentované práce byla 75).

personálu či s vybranými laboratorními ukazateli (hemoglobin, albumin) či s adekvátností hemodialyzační procedury. Vyšší intenzitu bolesti udávali ti pacienti, kteří měli pozitivní test detekce deprese. Mimochodem, autoři překvapivě zjistili, že v mimodialyzační dny udávají pacienti intenzivnější bolest. Přitom během hemodialýzy udávala bolest jedna třetina pacientů (ale tato bolest se nevztahovala k vpichům dialyzační jehly). Medián intenzity bolesti v den mimo dialýzu byl sice nula (tj. nejméně polovina pacientů neudávala bolest), ale průměrná intenzita byla 3,1 (ve škále od 0 do 10) a směrodatná odchylka byla 3,8 (což ukazuje velký rozptyl hodnot, tj. určitá část pacientů měla bolest velmi intenzivní). Bolest průměrně trvala 50 minut, ale i mnohem déle, jak ukazuje velký rozptyl hodnot (směrodatná odchylka 220 min). Nízké Karnofského skóre bylo spojeno se silnější a častěji se vyskytující bolestí.

Přežívání pacientů, kteří uváděli, že trpí bolestí v mimodialyzační dny, byla statisticky významně horší ( $p = 0,047$  pro frekvenci bolesti a  $p = 0,042$  pro intenzitu bolesti). To je nejdůležitější nález autorů.

Zjištění, že prognóza dialyzovaných pacientů je ovlivněna vnímáním bolesti, je nové (dosud v literatuře takovýto údaj nebyl uveden). Není však nové v běžné populaci. Bolest může být známkou nediagnostikované (dosud nepoznané) nemoci či asociovaná s psychickými problémy a stresem, obojí pak může přispět k horší prognóze (Unruh, 2012). U dialyzovaných pacientů podle některých zpráv mohou mít ve vnímání bolesti roli i prozánětlivé cytokiny (Cukor, 2007).

Jak autoři uvádějí v posledním odstavci své práce, v denní praxi je zjišťování symptomů u dialyzovaných pacientů podceňováno a léčba bolesti je (často) neodpovídající a nevyhovující (Claxton, 2010).

### ■ KOMENTÁŘ

Prof. MUDr. Sylvie Dusilová Sulková, DrSc.

Kvalita dialyzačního léčení je v současné době posuzována zejména z hlediska účinnosti jednotlivé hemodialyzační (eliminační) procedury a je zvykem tuto eliminaci indexovat do parametru

Kt/V. K tomu přibýly i další laboratorní veličiny, odvozené buď od prokázané, či předpokládané prognostické výhody určitých cílových rozmezí (hemoglobin, sérová koncentrace fosforu). Tyto ukazatele sice zřejmě ukazují kvalitu péče, avšak nikoli kvalitu výsledku, tj. kvalitu života dialyzovaných pacientů a jejich dlouhodobý osud.

Pro co nejlepší prognózu hemodialyzovaných (HD) pacientů samotná číselná kritéria nestačí. Řada komplikací a okolností, které těmto pacientům znesnadňují a dokonce i zkracují život, nespočívá v laboratorně změřené veličině, ale v tom, co celkově můžeme (byť málo výstižně) nazvat klinickým stavem. Klinický stav dialyzovaných pacientů všichni zkušení dialyzační lékaři umějí dobře odhadnout, avšak velmi špatně lze tento pojem definovat.

Je zásluhou autorů komentované práce (kterou přidružený editoral označuje jako průkopnickou) (Unruh, 2012), že obrací naši pozornost ke zcela běžným, až banálním problémům pacientů, jako je bolest a porucha spánku. V řadě lékařských oborů je již desetiletí doloženo, že podmiňují nejen kvalitu života, ale i prognózu. V dialyzační nefrologii si až v posledních letech našly cestu i práce sledující běžné denní aktivity a vnímání běžné denní zátěže. Bylo například dokumentováno, že pokud je pacientům v dialyzačním programu poskytnuta kvalitní sociální podpora, jejich prognóza se zlepšuje (Platinga, 2010). Dále bylo dokumentováno, že kvalita života dialyzovaných pacientů se v čase nezlepšuje, ba spíše zhoršuje, minimálně v některých komponentách, např. fyzické aktivitě a vnímání bolesti (Gabbay, 2010). Nyní

Harris a spol. dokumentují, že vnímání bolesti a nedostatečný či nekvalitní spánek jsou pro dialyzované pacienty nepříznivé, resp. prognosticky rizikové. Přitom v obou dimenzích jde o řešitelný problém – existují ověřené postupy, jak kvalitu spánku zlepšit, o léčbě bolesti to platí samozřejmě také.

Co si odnést z této čistě klinicky zaměřené práce? Pokud chceme, aby naši pacienti žili pokud možno spokojeně, resp. co nejméně komplikovaný život, máme se jich ptát, jak kvalitní je jejich spánek a zda nemají bolesti (nejrůznější lokalizace, charakteru i příčiny). V obou komponentách pak máme zajistit co nejvyšší podporu a úlevu. K posouzení těchto subjektivních stesků existují objektivní a verifikované dotazníkové nástroje. Dialyzační nefrolog by měl být seznámen přinejmenším s těmi nejjednoduššími (Karnofského škála, viz tab.).

#### Literatura

- Claxton RN, Blachall L, Weisberd SD, et al. Undertreatment of symptoms in patients on maintenance hemodialysis. *J Pain Symptom Manage* 2010;39:211–218.
- Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, et al. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as paradigmatic illness. *J Am Soc Nephrol* 2007;18:3042–3055.
- Davison SN. Pain in hemodialysis patients: prevalence, cause, severity and management. *Am J Kidney Dis* 2003;42:1239–1247.
- Gabbay E, Meyer KB, Griffith JL, et al. Health-related quality of life among hemodialysis patients in the United States. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010;5:261–267.
- Kimmel PL, Emont SL, Newmann JM, et al. ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs psychosocial factors and ethnicity. *Am J Kidney Dis* 2003;42:713–721.
- Platinga LC, Fink NE, Harrington-Levey R, et al. Association of social support with outcomes in incident dialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010;5:1480–1488.
- Unruh ML, Cohen LM. Sleep and pain management are key components of patient care in ESRD. *Nephrol Dial Transplant* 2012;27:2618–2620.
- Znojová M. Psychologické a sociální aspekty dialyzačního léčení. In: Sulková S, et al. Hemodialýza. Praha: Maxdorf Jessenius, 2000. 515 s.