

Etické otázky umelej enterálnej výživy v paliatívnej starostlivosti

Mgr. BeLic. Pavlína Dobáková

Ústavná lekáreň, Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie, Vyšné Hágy

Článok poukazuje na etické aspekty enterálnej výživy nutričnými sondami v špecifickom prostredí paliatívnej starostlivosti. Snaží sa objasniť dôležité momenty pri hľadaní primeraných prostriedkov na dosiahnutie dobra pacienta v jeho celistvosti a spolu s krátkym prehľadom učenia cirkvi o terminálnej fáze života človeka má za cieľ pomôcť etickému uvažovaniu v súvislosti so zavádzaním vyživovacích sond u pacientov v konečnom štádiu.

Kľúčové slová: enterálna výživa nutričnými sondami, paliatívna starostlivosť, primerané liečebné procedúry, učenie cirkvi.

Ethical questions of artificial enteral feeding in palliative care

This article points at ethical aspects of enteral tube feeding in specific environment of palliative care. We are going to clarify vital moments while looking for proportionate means of reaching what is the best for a patient in his/herself complexity. Also we will mention some short teachings of Church about a final stage of human life. Together they will help us to think about feeding tubes used for patients in their final stage from ethical point of view.

Key words: enteral tube feeding, palliative care, proportionate medical procedures, teaching of church.

Paliat. med. liec. boles., 2015; 8(1e): e13–e15

Úvod

V starostlivosti o chorého sa veľmi často objavuje problém prijímania potravy, čo následne vedie k patologickému stavu spôsobenému nedostatkom živín, čiže k malnutriácii. U pacientov s nevyhnutným progredujúcim ochorením sa vyskytujú viaceré stravovacie problémy, ktoré prispievajú k nedostatočnému príjmu živín: nechutenstvo, odpor k jedlu alebo k niektorým druhom potravy, suchosť v ústach, zápal sliznice ústnej dutiny. Stav výživy týchto pacientov je závislý aj od zvládania symptómov, ako sú bolesť, zápcha, nauzea a vracanie, úzkosť, strach a depresia. Eliminácia a zmiernenie týchto príznakov môžu pomôcť zvýšiť príjem potravy. Zhodnotením stavu výživy anamnézou, fyzikálnym vyšetrením a subjektívnym globálnym hodnotením je snaha o udržanie optimálneho príjmu energie, o zaistenie príjmu vysokohodnotných proteínov, lipidov a glukózy. Pre pacientov v terminálnom štádiu má výživa význam nie vzhľadom na predĺžovanie života, ale na zlepšenie kvality života pacienta a na zmiernenie komplikácií, akými sú dekubity či chronické rany. Pri neschopnosti prijímať stravu normálnym spôsobom sa pristupuje k umelelemu vyživovaniu. V paliatívnej starostlivosti má nutričná podpora pacienta svoje špecifiká, z ktorých pramenia rôzne kontroverzie. Tie môžu viesť k vážnym pochybnostiam pri zvažovaní indikačnej vhodnosti umelej enterálnej výživy.

Umelá enterálna výživa

Enterálna výživa ako jedna z foriem umelej výživy predstavuje kompletnú a vyváženú tekutú stravu, ktorá obnoví plnohodnotný príjem energie a živín v jej optimálnom pomere. Podmienkou jej zavedenia je zachovaná funkčnosť tráviaceho traktu z hľadiska trávenia a vstrebávania živín. Enterálna výživa sa môže podávať perorálnou cestou (tzv. sipping – popíjanie špeciálnej modifikovanej výživy, ktorá má definované množstvo energetických substrátov, bielkovín, minerálov a vitamínov) alebo nutričnými sondami; a to jejunálnou cestou (priamo do čreva prostredníctvom nazojejunálnej sondy či punkčnej jejunostómie) alebo gastrickou cestou, do žalúdka (1). Pre krátkodobú podporu v trvaní menej ako 30 dní je odporúčaná **nasogastrická sonda**, pre dlhodobú výživu sa používa **gastrostómia**, ktorá môže byť zavedená peroperačne alebo endoskopicky; v poslednom uvedenom prípade ide o perkutánnu endoskopickú gastrostómiu. Mechanickými komplikáciami tejto formy výživy sú obštrukcia alebo vysunutie sondy. Klinickými komplikáciami môžu byť aspiračná pneumónia, nauzea, vracanie, nafúknutie brucha, hnačka pri hyperosmolárnej alebo veľkoobjemovej výžive, zápcha predovšetkým pri liečbe opioidmi, metabolické komplikácie sú vzácne (2).

Perkutánna endoskopická gastrostómia (PEG) je kombinované chirurgické a endoskopické zavedenie vyživovacej sondy do žalúdka cez

brušnú stenu. Od svojho uvedenia do praxe v 80. rokoch 20. storočia sa táto metóda stala veľmi používanou formou zaistenia umelej enterálnej výživy a počet pacientov vyživovaných PEG-om stále narastá. Indikáciami na zavedenie PEG-u sú: mechanicky podmienená dysfágia, neurologicky podmienená dysfágia, stratové poranenia a mutilujúce výkony v orofaciálnej oblasti, kraniocerebrálne poranenia, polytraumy, tracheoezofageálna fistula, starecké a nádorové kachexie, psychiatrické ochorenia (demencie), potreba nutričného a elektrolytového príjmu, žalúdočná dekompresia (3). Naopak, PEG nemá byť indikovaný u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia s očakávanou dĺžkou života menej ako 1 až 2 mesiace, s rýchlo rastúcim tumorom či vážnou malnutríciou (4). Úspešnosť zavedenia gastrostomickej sondy je veľmi vysoká. Najčastejšími komplikáciami sú kožné v mieste stómie, napríklad absces a kožná granulácia. Ďalej sa môžu objaviť gastrointestinálne komplikácie ako vracanie, ileus či ezofageálny reflux alebo pľúcne komplikácie, napríklad aspiračná pneumónia a bronchorea (5).

Terminálna fáza ľudského života a etické princípy

V eticky sporných situáciách vznikajúcich pri starostlivosti o terminálne chorého je najčastejšie zaznievajúci princíp „robiť dobre“ spolu s princípom „neškodiť“. Otázka však znie, ako nachádzať v nejasných a komplikovaných situ-

áciách „dobro“ pacienta? Základom tohto hľadania by mala byť **snaha o skutočné dobro tejto konkrétnej osoby** ležiacej pred zdravotníkom; snaha o komplexné dobro – fyzické, psychické a duchovné. To so sebou prináša dôrazné **NIE pasívnemu minimalizmu**, teda zanedbaniu starostlivosti o pacienta, pretože veríme, že aj posledná etapa života má svoj význam, že je jeho vyvrcholením a aj odkazom pre blízkych umierajúceho. Na druhej strane tu zaznieva dôrazné **NIE úpornej terapii** a neprimeraným prostriedkom, ktoré by pacienta nadmerne zaťažovali a umelo by predlžovali jeho umieranie.

Isté nasmerovanie v tejto problematike možno nájsť aj v katolíckej tradícii a v náuke cirkvi. Tie sú v dnešnej spoločnosti niekedy mylne stotožňované s „vitalizmom“. V tradícii, konkrétne v diele Francisca De Vitoria zo 16. storočia, sa nachádza zmienka o morálnej povinnosti používať všetky prostriedky nevyhnutné pre zdravie. Avšak táto povinnosť nie je absolútna. Autor píše: „...ak chorý môže prijímať potravu s nejakou nádejou na život, musí tak urobiť. ...ak to nie je možné z nejakého dôvodu, ...je oslobodený od tejto povinnosti, predovšetkým ak nádej na život je malá alebo žiadna“ (preklad autorky). **Morálna povinnosť využiť všetky prostriedky potrebné na zachovanie života a zdravia teda nie je absolútna**, pretože ide o povinnosť niečo vykonať, čo je povinnosť pozitívna. Tá vo všeobecnosti nezaväzuje človeka stále, na rozdiel od povinnosti niečo nevykonať, ktorá je záväzná vždy. Môžu existovať rôzne situácie, ktoré znemožnia vykonanie pozitívnej povinnosti. Nemožnosti, ktoré tomu zabránia, môžu byť fyzické, psychické a aj morálne. Môže ísť napríklad o príliš komplikovaný lekársky zákrok u terminálne chorého pacienta. V článku 2278 Katechizmu Katolíckej cirkvi sa uvádza: „Prerušenie nákladných, nebezpečných, mimoriadnych alebo vzhľadom na očakávané výsledky neúmerných liečebných procedúr môže byť oprávnené. Je to odmietnutie „liečby za každú cenu“. Nechce sa tým spôsobiť smrť, iba sa prijme, že jej nemožno zabrániť“. Podobne aj Deklarácia o eutanázii, zverejnená v roku 1980 Kongregáciou pre náuku viery, v časti IV. uvádza: „V blízkosti nevyhnutnej smrti napriek použitým prostriedkom je povolené prijať vo svedomí rozhodnutie upustiť od postupov, ktoré by zaistili len nieistú a strastiplnú predĺženie života, bez prerušenia normálnej starostlivosti prináležiacej chorému v podobných prípadoch“. Otázkou ostáva, ako definovať normálnu starostlivosť.

Dilemu, či podávanie umelej výživy patrí medzi terapeutické postupy alebo ide o normálnu starostlivosť prináležiacu chorému, sa

snažia riešiť viaceré dokumenty, medzi iným dokument nazvaný „Etické otázky týkajúce sa vážne chorých a umierajúcich“, ktorý vydala Pápežská rada Cor unum v roku 1981. V odstavci 2.4.4. uvádza: „*Nadalej však ostáva striktné záväzné za každú cenu pokračovať v aplikovaní takzvaných „minimálnych“ prostriedkov, teda tých, ktoré sú normálne a v bežných podmienkach určené na udržanie života (výživa, transfúzia krvi, injekcie atď.)*“. Podobne sa v Charte zdravotníckych zamestnancov, v článku 120, vyjadrila aj Pápežská rada pre pastoračiu v zdravotníctve: „**Výživa a podávanie tekutín, i keď sa podávajú umelo, patria k normálnej starostlivosti, ktorá chorému prináleží vždy, ak mu to nespôsobuje vážne ťažkosti: ich nenáležité prerušenie (zastavenie) môže mať znak pravej a vlastnej eutanázie**“. Existujú však situácie, v ktorých sa aj normálna starostlivosť môže stať neprimeraným prostriedkom. Kongregácia pre náuku viery v odpovedi na otázky Konferencie biskupov USA v súvislosti umelého vyživovania a prísunu tekutín uviedla: „**Kongregácia tvrdí, že podávanie výživy a tekutín je v súlade s danou zásadou morálne záväzná, nevylučuje, ... že pre dodatočné komplikácie pacient možno nebude môcť stráviť výživu a tekutiny, a preto sa ich podávanie stane celkom neužitočné**. Napokon sa vôbec neodmieta možnosť, že v niektorých zriedkavých prípadoch môže podávanie výživy a tekutín znamenať pre pacienta výnimočnú príťaž alebo vážne zhoršenie fyzického stavu, napríklad komplikácie pri používaní inštrumentálnych pomôcok.“

Vo všeobecnosti je pri rozlišovaní vhodnosti istej liečebnej procedúry u konkrétneho pacienta potrebné zvážiť, či ide o **liečebné prostriedky primerané alebo neprimerané** (proporcionati/sproporcionati). Takto koncipované rozlišovanie dnes nahradilo predošlé delenie liečebných postupov na bežné a mimoriadne (ordinari/straordinari). Vyžiadala si to súčasnosť poznačená prudkým rozvojom technológií, ktoré neustále posúvajú hranice možností medicíny. Rozlíšenie postupov na primerané a neprimerané nedovoľuje definovať presné a podrobné postupy v paliatívnej medicíne. Nepochybne však lepšie zodpovedá požiadavkám individuálneho prístupu k umierajúcemu. Kľúčovým momentom citlivého rozlišovania primeranosti je **zvázenie prínosu a záťaže vyplývajúce z liečebného postupu, a to tak z objektívneho pohľadu, ako aj z pohľadu pacienta**. V stave objektívne zhodnotiť pomer prínosu a záťaže je práve lekár, zdravotná sestra či iný člen hospicového tímu. Toto hodnotenie vychádza z vedeckej literatúry a zo skúseností zdravotníka. Za objektívny prínos môže byť považovaná pravdepodobnosť

úspechu danej procedúry, čas prežívania, kvalita života a podobne. Objektívnou záťažou môže byť riziko, ktoré z toho vyplýva, jeho komplikácie, vzniknuté utrpenie, náklady, priestorové a personálne investície a podobne. Pacient ako prínos hodnotí dôležitosť času a chuť do života, ktoré mu zásah môže priniesť. Subjektívnou záťažou je pre neho strach, obavy, fyzické a psychické utrpenie či pocit poníženia. Pri zvažovaní vhodnosti postupu najdôležitejšie vždy ostane spojiť tieto dva komponenty, objektívny a subjektívny, a vytvoriť tak „terapeutickú alianciu“ medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom. Bez tohto spojenia možno veľmi ľahko nenájsť hľadané „dobro“ pacienta. Pri chýbajúcom subjektívnom komponente sa dá sklznúť k úpornej terapii či eutanázii. Naopak, ak zlyháva objektívny komponent hodnotenia, mohlo by dôjsť k zanedbaniu starostlivosti.

Špecifická enterálnej výživy v paliatívnej starostlivosti

Z odbornej literatúry zaznieva potreba zvýšiť vzdelanosť lekárov, pacientov a ich rodinných príslušníkov v súvislosti s dlhodobou enterálnou výživou nutričnými sondami, nevynechajúc etický aspekt problému. Prieskum vykonaný medzi lekármi podčiarkol nesúlad medzi odpoveďami lekárov, klinickou praxou a dostupnou literatúrou v oblasti rozhodovania o zavedení nutričnej sondy. Vo všeobecnosti sa ukázalo preceňovanie účinnosti PEG-u u pacientov s demenciou. Vysoké percento lekárov bolo presvedčených, že PEG redukuje aspiračnú pneumóniu, zlepšuje hojenie rán, nutričný a funkčný status pacienta, napriek chýbajúcej podpore v literatúre. Viac ako polovica opýtaných uviedla, že PEG-výživa predstavuje štandard v starostlivosti o pacienta s demenciou. Podobne je to aj medzi rodinnými príslušníkmi, ktorí žiadajú dlhodobú umelú výživu pre zvýšenie komfortu pacienta či predĺženie života (6). Umelú výživu vnímajú ako základnú zdravotnícku starostlivosť, ktorá nemôže byť nikdy odoprená žiadnemu pacientovi. Rodina chorého cíti ako nevyhnutnosť začať podávanie umelej výživy, pretože sa obáva hladovania svojho blízkeho. Vo všeobecnosti je však možné konštatovať, že u terminálne chorého pacienta je jeho základné ochorenie, ktoré navodzuje smrť, nie malnutícia.

Z etického hľadiska je v prvom rade nevyhnutné demonštrovať, že zavedenie vyživovacej sondy bude znamenať skutočný benefit pre umierajúceho človeka. Napríklad **dlhodobé enterálne vyživovanie nutričnými sondami u pacientov s demenciou** v pokročilom štádiu

ochorenia sa dnes považuje za kontroverzné. Hoci dosiaľ neboli vykonané prospektívne randomizované štúdie u pacientov s demenciou, ktoré by zhodnotili prežívanie, aspiráciu, nutričný stav či kvalitu života u pacientov s enterálnou výživou v porovnaní s pacientmi, ktorí prijímajú stravu normálne, závery retrospektívnych štúdií však naznačujú, že zavedenie PEG-u pacientovi s pokročilou demenciou nemá pozitívny vplyv na jeho prežívanie (7).

Podobná situácia nastáva pri onkologických pacientoch so syndrómom anorexie kachexie, keď môže byť zavedenie PEG-u neprimeraným prostriedkom. Efekt nutričných intervencií v takejto situácii je spochybnený aj v zmysle zlepšenia celkového prežívania. Kachexia pri pokročilom nádorovom ochorení je multifaktoriálne podmienený syndróm charakterizovaný progresívnou stratou svalovej hmoty, ktorú nie je možné zvrátiť konvenčnou nutričnou podporou a vedie k progredujúcemu funkčnému zhoršovaniu. Nádorovú kachexiu je potrebné riešiť skôr, než prejde do refraktérneho štádia. Je možné zabrániť hmotnostnému úbytku najmä v štádiu prekachexie, teda u pacientov, ktorí mali hmotnostný úbytok za posledných 6 mesiacov nižší ako 5 % alebo u tých, ktorí nemali zvýšené CRP. **Pacient v refraktérnom štádiu kachexie už nebude benefitovať z podávanej výživy,** pretože nie je schopný utilizovať substráty. Pri indikácii umelej enterálnej výživy je preto dôležité prihliadať na stav základného ochorenia a tým aj na podiel nádorovej kachexie so zmeneným

metabolizmom (8). V spomenutých situáciách nezaviesť pacientovi nutričnú sondu nie je odprieť mu výživu či starostlivosť, na ktorú má nárok, ale znamená nevystavovať pacienta neprimeranej záťaži.

V paliatívnej praxi nastávajú rôznorodé klinické situácie, ktoré si nepochybne vyžadujú individuálny prístup. Pri rozhodovaní v súvislosti so zavedením alebo nezavedením či prerušením enterálnej výživy môže byť pre hospicový tím istým nasmerovaním **súbor otázok, ktoré by sa mali klásť v eticky sporných momentoch.** Odpovede na tieto otázky môžu pomôcť nielen špecifikovať a analyzovať etický problém, ale často môžu aj naznačiť riešenie danej situácie. Na istej americkej klinike vypracovali zoznam takýchto otázok, ktoré sa týkajú štyroch hlavných tém; indikácie, pacientových preferencií, kvality života a súvisiacich záležitostí (finančných, náboženských, kultúrnych) (6).

Záver

Umelá enterálna výživa sa môže považovať za normálnu starostlivosť poskytovanú pacientovi, ktorý nie je schopný prijímať stravu prirodzeným spôsobom. V paliatívnej starostlivosti však nastávajú situácie, kedy sa môže stať neprimeranou procedúrou, a teda jej podanie bude v danom prípade morálne nezaväzujúce. Zhodnotenie primeranosti zavedenia výživových sond musí v sebe zahŕňať nevyhnutne objektívny aj subjektívny komponent. Pre riešenie sporných situácií môže byť nápomocné

vytvorenie súboru otázok, ktoré je potrebné si zodpovedať. Dôležité je, aby to vykonával tím ľudí, ktorých prioritou je nájdenie fyzického, psychického a duchovného dobra umierajúceho človeka.

Literatúra

1. Argayová I. a kol. *Komplexná ošetrovateľská starostlivosť u onkologického pacienta s enterálnou výživou* In: Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť – základný predpoklad kvality života pacientov. Prešovská univerzita Fakulta zdravotníctva, Prešov: 2010. p.161–164.
2. Detvay J, Čechová M. Význam enterálnej výživy u onkologického pacienta. *Onkológia (Bratisl.)*. 2008;3(4):250–252.
3. Hudáková A, Obročníkova A. *Kvalita starostlivosti o pacientov s PEG* In: Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť – základný predpoklad kvality života pacientov. Prešovská univerzita Fakulta zdravotníctva, Prešov: 2010. p. 46–49.
4. Floyd A, Burakoff R. The Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube: Medical and Ethical Issues in Placement. *Am.J.of Gastroenterology*. 2003;98(2):272–277.
5. Bourdel-Marchasson I a kol. Audit of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Long-term Enteral Feeding in a Nursing Home. *Int.J.for Quality in Health Care*. 1997;9(4):297–302.
6. McMahon MM a kol. Medical and Ethical Aspects of Long-term Enteral Tube Feeding. *Mayo Clin Proc*. 2005;80(11):1461–1476.
7. Lynne M M a kol. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Does Not Prolong Survival in Patient With Dementia. *Arch Intern Med*. 2003;163(9):1351–1353.
8. Škripeková A. Malnutriícia u onkologického pacienta – možnosti ovplyvnenia, praktické a etické otázky. *Onkológia*. 2013;8(4):246–249.

Mgr. BeLíc. Pavlína Dobáková
Ústavná lekáreň NÚTPCHaHCH,
Vyšné Hágy
pdobakova@gmail.com
