

Etické hľadiská paliatívnej sedatívnej liečby

MUDr. Kristína Križanová

Oddelenie paliatívnej medicíny a klinickej onkológie, Národný onkologický ústav, Bratislava

Cieľom paliatívnej medicíny a paliatívnej starostlivosti je zmiernenie príznakov nevyliciteľného a progredujúceho ochorenia. Pripravenosť k liečbe bolesti a ostatných neznesiteľných príznakov je nielen medicínskym, ale aj morálnym imperatívom. Ako píše David Roy (1), bioetik z Kanady: „Oslobodzujúci princíp paliatívnej starostlivosti“ vyjadruje myšlienku, že „musíme urobiť, vedecky aj klinicky, všetko pre to, aby sme oslobodili zomierajúcich chorých od mučivej bolesti, ktorá ovláda a redukuje ich vedomie tak, že im nenecháva psychický ani rozumový priestor pre veci, na ktoré chcú myslieť a hovoriť o nich, kým zomrú“.

Kľúčové slová: paliatívna medicína, paliatívna starostlivosť, terminálny stav, paliatívna sedatívna liečba, dvojitý účinok.

Ethical aspects of palliative sedative therapy

The goal of palliative medicine and palliative care is to relieve suffering from symptoms of not curable and progressing illness. Readiness to treat pain and other unsufferable symptoms is not only the imperative of medicine, but also of morality. As the Canadian expert in bioethics David Roy (1) writes: „Emancipation principle of palliative care“ which states: „spare no scientific or clinical effort to free dying persons from twisting and racking pain that invades, dominates and shrivels their consciousness, that leaves them no psychic or mental space for the things they want to think and say and do before they die“.

Key words: palliative medicine, palliative care, terminal state, palliative sedation, double effect.

Medzi príznaky nevyliciteľného progredujúceho a pokročilého onkologického ochorenia, napriek pokrokom v protinádorovej liečbe, stále patria bolesť, únava a fyzická slabosť, dýchavica, kašeľ, nechutenstvo, nevoľnosť a vracanie, opuchy, ascites, fluidotorax, ikterus, poruchy pasáže tráviacim traktom, depresia, delirantné stavy, neurologické poruchy, krvácanie z rozpadnutých karfiolovitých nádorov v pošve, v konečníku, v bronchiálnom strome, v žalúdku, na koži a inde. Okrem fyzických príznakov, ktoré obmedzujú chorému výber aktivít, ale aj oddych a spánok, sa pridružuje existenciálne utrpenie spojené s vedomím konca života, s nutnou rozlúčkou s blízkymi, s neukončenými životnými aktivitami a s pocitom „bytia na ťarchu“.

Bolesti sme sa naučili v posledných tridsiatich rokoch liečiť tak, že väčšina pacientov má dostatočnú analgéziu aj pri progresii ochorenia a zvládame aj vedľajšie príznaky liečby bolesti, najmä opioidmi. Dôvodom žiadosti o aktívnu eutanáziu už nebýva neznesiteľná bolesť, ale v prvom rade to je existenciálne utrpenie a strata zmyslu života. Stáva sa však, že niektoré komplexné algické syndrómy spôsobené somatickou alebo viscerálnou bolesťou, ale aj neuropatickou zložkou a združené s inými somatickými ťažkosťami sa ťažko zvládajú a spôsobujú chorému utrpenie nielen z bolestí, ale aj z nežiaducich účinkov liekov, ktoré používame.

Dýchavica z progresie nádorového ochorenia v pľúcach, či už primárneho alebo metastatického, bez alebo s tvorbou fluidotoraxu,

s infiltráciou bronchiálneho stromu, s infekciami v pľúcach, so sprievodným kardiovaskulárnym ochorením a s príznakmi kardiálneho zlyhávania je najťažšie manažovateľná problematika v rámci paliatívnej medicíny.

Krvácanie z povrchových exulcerovaných karfiolovitých nádorov môže byť niekedy masívne a nezastaviteľné. Ošetrovanie týchto nádorov býva spojené s veľkými bolesťami, ktoré treba anticipovať a podať primeranú dávku opioidu vopred na ich zmiernenie. Prevencia zápachu a sekrécie nedovoľuje obmedziť ošetrovanie na jedenkrát za niekoľko dní, naopak, pri rozsiahlych nádorových plochách sa musí robiť aj dvakrát denne.

Metastatické postihnutie žalúdka a čriev, či už tenkého alebo hrubého, býva buď intraluminálne, alebo útlakom pri karcinóze peritonea. Poruchy pasáže tráviacim traktom, ktoré vyúsťia do ileózneho stavu, možno v určitej fáze zvládnuť chirurgicky. Ak dôjde ku progresii ochorenia po multimodálnej liečbe, vrátane chirurgického výkonu, niekedy už nie je možné chirurgicky zasiahnuť a je potrebná symptomatická liečba proti bolestivým spazmom, vracaniu a stálym bolestiam spôsobeným buď retroperitoneálnou lymfadenopatiou, alebo infiltráciou mezenteria a ischemizáciou črevných kľúčiek alebo venostázou, prípadne infiltráciou nervových pletení. **Terminálny, chirurgicky neliečiteľný ileózný stav** nedovoľuje chorému jesť, sotva piť, a bolesti ním spôsobené sa veľmi ťažko zvládajú. Efektívne, ale veľmi drahé,

je použitie oktreetidu na zmiernenie sekrécie tráviacich štiav a peristaltiky, na Slovensku je off label aj pri použití v nemocnici a prakticky vôbec sa nedá použiť v ambulantnej paliatívnej starostlivosti.

Pri postihnutí centrálného nervového systému nádorovými metastázami, ale aj u starých polymorbídnych pacientov bez metastatického postihnutia môže napokon dôjsť ku vzniku **akútnej zmätenosti**, ktorá, ak sa primerane nelieči, vedie rýchlo ku smrti chorého.

V paliatívnej medicíne sa snažíme konať aj preventívne, aby sme zmiernili utrpenie a udržovali nádej pri zomieraní. Úcta ku autonómii chorého je dôležitou súčasťou tejto starostlivosti.

V rámci komplexnej paliatívnej starostlivosti je nutné využívať všetky možnosti na zvládnutie utrpenia spôsobeného jednak fyzickými ťažkosťami, ale aj sociálnou izoláciou, duševným utrpením zoči-voči koncu života. Fyzické ťažkosti, napríklad aj tie vyššie uvedené, sa darí zvládnuť stále lepšie a takmer u všetkých chorých.

V našej praxi sa stretávame s chorými, ktorých nádorové ochorenie fyzicky trápi obzvlášť ťažko. Sú kachektickí, opuchnutí najmä od pása nadol, pripútaní na posteľ, niekedy majú dekubity, zhoršujú sa im funkcie hlavných orgánových systémov, napr. aj obličiek alebo srdca. To prináša aj vznik alebo zhoršovanie nežiaducich účinkov liekov, napríklad aj silných opioidov. Okrem bolestí, ktoré sa zhoršujú, sa pridáva aj intermitentné akútne delírium, poruchy spánku, myoklonus...

Paliat. med. liec. boles., 2009, 2(1): 24–25

Analgézia a sedácia so znížením vedomia

Napriek tomu, že máme adekvátne vzdelanie a dostatok skúseností v manažovaní vyššie uvedených ťažkostí, niekedy sú také, že ich nevieme zvládnuť obvyklými spôsobmi. V tejto fáze, keď nás pacient žiada o zmiernenie fyzického utrpenia a my sme vyčerpali dostupné možnosti, do úvahy príde analgézia a sedácia so znížením vedomia – paliatívna sedatívna liečba. Ide o **kontinuálne podávanie liekov s cieľom symptomatickej úľavy, ktorú niekedy dosiahneme až v stave sedácie pacienta**. Pri rozhodovaní sa riadime **kritériami**, ktoré pred takmer 15 rokmi vyslovili Cherny a Portenoy (2):

1. symptómy nemožno zvládnuť napriek intenzívnej snahe nájsť tolerovateľnú liečbu bez zníženia stavu pacientovho vedomia,
2. ďalšie neininvazívne alebo invazívne spôsoby liečby nie sú schopné priniesť žiaducu úľavu,
3. symptomatická liečba je spojená s nadmernou a neprimeranou akútnou alebo chronickou toxicitou a nedokáže priniesť úľavu v primeranom čase.

Výstižná je veta týchto autorov: „Žiaden pacient nesmie žiadať zabitie pre trvalo netišené bolesti a naopak žiadneho pacienta nemožno sedovať bez náležitého zváženia iných možností a bez informovaného súhlasu pacienta alebo jeho blízkych.“

Doktrína dvojitého účinku

Okrem toho máme na pamäti aj tzv. doktrínu dvojitého účinku, ktorou sa zohľadňuje fakt, že sa nemôžeme v určitej situácii vyhnúť škodlivým účinkom našej aktivity, hoci v úmysle máme jednoznačne len priaznivý účinok. Táto doktrína obsahuje **5 podmienok, ktoré musia byť splnené súčasne**:

1. plánovaný postup musí byť z morálneho hľadiska dobrý alebo aspoň neutrálny, v žiadnom prípade nesmieme použiť postup, ktorý je úmyselne zlý,
2. lekár musí mať dobrý úmysel a liečebný postup musí plánovať pre jeho predpokladaný dobrý, a nie pre zlý efekt,

3. musí byť prípustný vzťah medzi prostriedkom a účinkom, inými slovami: dobrý efekt sa nesmie dosiahnuť prostredníctvom zlého,
4. dobrý efekt musí primerane prevažovať zlý efekt alebo ho aspoň vyvažovať,
5. nesmie existovať rovnako efektívny, ale šetrnejší spôsob liečby bez nežiaducich účinkov.

K sedatívnej liečbe siahame napríklad aj v dobrom úmysle zmierniť pacientovi utrpenie z nepríjemného invazívneho vyšetrenia, kedy je sedatívna liečba krátka a plytká. Tento úmysel spraviť dobre pre pacienta, ktorý už aj tak dost trpí ochorením, nie je aby trpel aj pri vyšetrení, môže tiež viesť ku komplikáciám, ktorých si musí byť lekár vedomý a pri ich vzniku ich ihneď riešiť.

Podmienky, ktoré musia byť splnené pred začatím liečby (3)

Pred začatím sedatívnej liečby musíme splniť tieto podmienky:

1. *pacient sám musí zdefinovať závažnosť svojho utrpenia*, v žiadnom prípade si nesmieme my zdravotníci myslieť, že neznesiteľne trpí, ak to sám tak neformuluje,
2. musia byť *vyčerpané všetky dostupné liečebné postupy*, ktoré by viedli ku symptomatickej úľave bez zníženia stavu vedomia, vrátane psychoterapie, psychiatrickej liečby, duchovnej podpory a zmiernenia prípadného napätia v rodine,
3. musí ísť o *terminálnu fázu ochorenia*, kde príchod smrti odhadujeme na niekoľko dní,
4. s našim odhadom stavu terminálnej fázy života musí súhlasiť aj ostatný zdravotný personál,
5. každý člen tímu musí súhlasiť aj s podaním paliatívnej sedatívnej liečby, *musí mať možnosť povedať svoj názor a pri nesúhlase čo aj jedného člena musíme podanie paliatívnej sedatívnej liečby odložiť a počkať*, či sa napokon dosiahne konsenzus,
6. liečbu refraktérnych symptómov vykonávať tak, aby pacient pri podnetoch z okolia reagoval, prípadne ju prechodne zmierniť tak,

aby sa mohol rozlúčiť so svojimi blízkymi. *Efektivita liečby sa hodnotí podľa pacientových pocitov, a nie podľa stupňa sedácie*. Refraktérnosť príznakov má aj časový rozmer a oddych od nich môže byť dôvodom zníženia dávok liekov.

Napokon vždy zvažujeme, či ponechať parenterálnu hydratáciu na udržanie komfortu pacienta alebo ju nepodávame (napr. pre opuchový stav, chrčanie v dýchacích cestách, kardiálne zlyhávanie, zlyhávanie obličiek a i.), ale zabezpečujeme perorálny, i keď symbolický príjem stravy a tekutín – smrteľne chorý človek už aj tak prijíma perorálne veľmi málo. Dôležité je udržiavať vlhké sliznice ústnej dutiny a telesný komfort zomierajúceho chorého.

Záver

Mravná integrita všetkých poskytovateľov starostlivosti o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich je podstatou možnosti poskytnúť aj túto zriedkavú formu paliatívnej starostlivosti. Na rozdiel od aktívnej eutanázie nie je smrť prostriedkom na dosiahnutie žiaduceho efektu. Pacient zomiera na nevyliciteľné ochorenie a nie je možné (na základe súčasných medicínskych vedomostí) prinavrátiť mu zdravie. Starostlivé sledovanie pacienta, komunikácia s rodinou a medzi jednotlivými členmi tímu navzájom je základným predpokladom dobrej paliatívnej medicíny.

Veríme, tieto etické úvahy povedú k diskusiám o problematike paliatívnej sedatívnej liečby.

Literatúra

1. Roy DJ. Need they sleep before they die? (editorial). *J. Palliat. Care* 1990; 6 (3): 3–4.
2. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J. Palliat. Care* 1994; 10: 31–38.
3. Tulsky JA. Ethics in the practice of palliative care. in: Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, von Gunten CH. *Textbook of Palliative Medicine*. Edward Arnold Publishers Ltd, 2006. 1095.

MUDr. Kristína Krízanová
Oddelenie paliatívnej medicíny
a klinickej onkológie, Národný
onkologický ústav
Klenova 1, 832 01 Bratislava
kristina.krizanova@gmail.com



Časopis Paliatívna medicína a liečba bolesti vychádza v spolupráci so Slovenskou spoločnosťou pre štúdium a liečbu bolesti (www.pain.sk).