

Paliativní léčba v intenzivní medicíně

Renata Pařízková

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, LF UK a FN Hradec Králové

V posledních desetiletích došlo k významnému rozvoji medicíny díky aplikaci nových technologií ve všech lékařských oborech včetně intenzivní medicíny, což umožňuje nejen příznivé ovlivnění dříve neřešitelných stavů, ale nese sebou nové problémy medicínské, etické i ekonomické. Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je uplatňován princip přechodu z intenzivní na paliativní léčbu/péči s cílem vyloučení bolesti, dyskomfortu a strádání se zachováním lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb. Paliativní péče/léčba se stává důležitou a nedílnou součástí intenzivní medicíny, která je v souladu s medicínskými, právními a etickými principy.

Klíčová slova: intenzivní medicína, kriticky nemocný, paliativní péče.

Palliative care in intensive medicine

In the recent years, there has been a significant progress in medicine with new technologies being applied in all branches of medicine including intensive medicine, which not only allows to favourably affect previously unmanageable conditions, but also poses new medical, ethical and economic problems. A widely accepted goal of intensive care is to preserve the life and health of the patient. When these goals cannot be achieved, the principle of transition from intensive to palliative care/treatment is followed, aimed at eliminating pain, discomfort and suffering while preserving human dignity and meeting the physical, mental, social and spiritual needs. Palliative care/treatment is becoming an important and integral part of intensive medicine that is in accordance with medical, legal and ethical principles.

Key words: intensive medicine, critically ill, palliative care.

Interv Akut Kardiol 2011; 10(Suppl. B): 15–17

Úvod

V posledních desetiletích došlo k významnému rozvoji medicíny díky aplikaci nových technologií ve všech lékařských oborech včetně intenzivní medicíny. Zavedení nových diagnostických a terapeutických postupů zvýšilo možnost přežití mnoha nemocným a významně ovlivnilo naše vnímání orgánového selhávání. Rozmach intenzivní medicíny sebou přinesl nejen možnost příznivého ovlivnění dříve neřešitelných stavů, současně ale sebou přinesl zcela nové problémy medicínské, etické i ekonomické. Část zdravotnické a laické veřejnosti nabyla falešného optimismu, že možnosti medicíny jsou neomezené, že lze lidský život prodlužovat téměř do nekonečna, aniž by byly zohledňovány další aspekty, jako je kvalita života a zejména přání nemocného.

Paliativní léčba/péče jako součást intenzivní medicíny

Každý pacient má právo na náležitou odbornou úroveň zdravotní péče, to znamená, že každému pacientu musí být poskytnuta léčba a péče, které jsou adekvátní jeho zdravotnímu stavu a jsou v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky. Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče (IP) je vždy **zachování života a zdraví pacienta** – odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů

orgánové podpory/náhrady u nemocných s reverzibilním (nebo potenciálně reverzibilním) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi takovou péči, která zabezpečí eliminaci bolesti, dyskomfortu a strádání, zachování důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb. Jakýkoliv léčebný postup, kde není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou (3, 4). Nepokračování v této léčbě je prováděno ve všech oborech medicíny, v intenzivní péči je u kriticky nemocných v terminálním stadiu jejich onemocnění tento postup s narůstající měrou uplatňován (6, 7). Cílem nenasazení, či vysazení některého léčebného postupu není v žádném případě urychlení procesu umírání či navození smrti, ale pouze nepokračování v těch postupech, které jsou z odborného medicínského hlediska považovány za zcela marné, neúčelné a tedy neindikované. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdra-

votní péče. V odborné literatuře i klinické praxi se objevuje nový termín – paliativní léčba/péče, který byl uplatňován v souvislosti s onkologickými onemocněními, následně u chronických progredujících onemocnění např. plicních, neurologických aj. Až v posledním desetiletí se otevřeně i v české literatuře hovoří o terminálně nemocných pacientech s nutností limitace léčby i v ostatních oborech medicíny včetně oblasti intenzivní péče (1, 2). Počátkem roku 2009 bylo zveřejněno „Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním“, které bylo vypracováno skupinou autorů lékařů, právníků, etiků a teologů a které bylo podpořeno mnoha odbornými lékařskými společnostmi (3). V dalším vývoji byl tento dokument předložen České lékařské komoře (ČLK), která po dalších úpravách v tomto roce vydala „Doporučení předsednictva ČLK k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli“ (4). Paliativní léčba představuje léčbu, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevyléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta. Paliativní léčba se stává jednou z nedílných součástí oboru intenzivní medicína a je v souladu s medicínskými, právními a etickými principy. Sjednání terminologie a vymezení pojmů, jako je neúčelná a marná léčba, nezahajování

či nepokračování léčby včetně postupů orgánové podpory (katecholaminy, hemodialýza, ventilační podpora), paliativní léčba a současně odmítnutí eutanázie jsou základním předpokladem realizace paliativní péče. Právě zaměňování a směřování pojmů a postupů s eutanázií činí nejen mezi veřejností, ale i mezi zdravotníky řadu nedorozumění. Současně je zdůrazněn aspekt, že život je konečný, a to i v oblasti intenzivní medicíny. Na pokračování v léčebných postupech, které se jeví jako marné a neúčelné, nelze nahlížet jako na poskytování všech dostupných prostředků k zachování života a zdraví jedince, ale jako na umělé prodlužování umírání s utrpením a strádáním nemocného, což je v přímém rozporu s etickými principy medicíny a „Chartou práv umírajících“ (5).

Změna léčby intenzivní na léčbu paliativní neznamená, že pacient je omezen na svých právech, které může „omezení“ léčby implikovat. Naopak je nutné zdůraznit, že přestože je stav nezvratitelný, lékař a celý zdravotnický tým nadále pečují o potřeby nemocného se zajištěním maximálního komfortu a eliminaci dyspanázie, dušnosti, bolesti, hladu a žízně, zajištění důstojnosti při umírání s přítomností rodiny a blízkých s maximálním soukromím, jak to jen prostředí intenzivní péče dovoluje. Zachování empatického a současně profesionálního přístupu je důležitou součástí chování erudovaného lékaře a ošetřujícího personálu, kdy vedle péče o potřeby pacienta se do popředí dostává i péče o potřeby rodiny a blízkých.

Základní atributy paliativní péče u pacientů v kritickém stavu

Rozhodovací procesy v terapii a diagnostice jsou běžnou součástí denní klinické praxe (rozhodujeme o nasazení antibiotik, provedení invazivních či méně invazivních postupů aj. vždy s ohledem na jejich předpokládaný přínos). Nenasazení či nepokračování některého druhu terapie v jakémkoliv oboru musí být vždy (pokud se nejedná o odmítnutí postupu pacientem) **odborné, medicínské rozhodnutí o rozsahu poskytnuté péče/léčby**. Nemocný má právo (pokud je v rámci svého onemocnění a zdravotního stavu schopen rozpoznat závažnost a všechny okolnosti stavu) na základě poskytnutí pravdivých a srozumitelných informací odmítnout nabízenou léčbu, a to i v případech, kdy neposkytnutí této léčby může mít za následek smrt nebo poškození jeho zdraví (princip autonomie). O těchto skutečnostech ale musí být plně informován a musí být s nimi srozuměn. V intenzivní péči se s rozhodováním

o nepokračování léčby u kompetentních pacientů setkáváme pouze zřídka, ve většině případů se jedná o nemocné neschopné posouzení situace a rozhodování o své osobě z důvodů poruchy vědomí (organické poškození mozku, analgosedace). Zpravidla se jedná o nemocné s multiorgánovým selháním různé etiologie, jehož příčina a progresse není léčebně ovlivnitelná či o nemocné v hlubokém bezvědomí bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí.

Kriticky nemocný v intenzivní péči

Na oddělení ARO/JIP by měli být přijímáni nemocní, u kterých lze předpokládat přínos intenzivní péče. U pacientů v terminálním stadiu jejich nevyčlelitelného onemocnění, které je plně dokumentováno, je rozhodnutí o nerozšiřování léčby a tedy i nepřijetí do intenzivní péče při dalším zhoršení jejich stavu indikováno. Lékaři v intenzivní péči se ale často setkávají s pacienty v urgentním stavu (náhlé zhoršení stavu, srdeční zástava, akutní respirační insuficience), aniž znají plné informace o jejich zdravotním stavu. Zde by mělo platit základní pravidlo – **pokud nemám dostatečné informace o zdravotním stavu pacienta, jsem povinen zahájit veškerou léčbu s cílem zachránit život a obnovit zdraví pacienta včetně jeho přijetí na IP**. V následujícím období po zajištění vitálních funkcí pacienta získáváme další informace o současném stavu a jeho příčině a také o anamnéze a všech komorbiditách, které mohou vést k přehodnocení rozsahu poskytované léčby. Vzhledem k tomu, že se jedná o zcela zásadní rozhodování, je nutné vždy mít dostatek informací o nemocném, v trendu hodnotit vývoj zdravotního stavu a především odpověď na poskytovanou léčbu. Rozhodně neznamená, že pacient např. s onkologickým onemocněním včetně metastatického rozsevu nemůže být přijat a léčen v intenzivní péči, pokud je příčinou reverzibilní stav, který se základním onemocněním nespojuje či skýtá naději, že bude tato příčina odstraněna a nemocný bude žít se stávající kvalitou života. Např. nemocný s nádorovým onemocněním a metastázami do plic přichází s těžkou dušností při pneumonii, jiný nemocný se stejným onemocněním přichází se stejnými příznaky, nicméně bez průkazu infekčního onemocnění a nárůst dušnosti je důsledkem progresse základního onemocnění. Ke zjištění těchto skutečností potřebujeme čas k získání anamnestických údajů, výsledků laboratorních vyšetření, zobrazovacích technik apod. Nemocný je přijat na ARO/JIP, rozhodnutí o rozsahu léčby musí být přehodno-

cováno v závislosti na získání všech informací, zdravotním stavu, reverzibilitě příčiny, a to vše v kontextu základního onemocnění a předpokládané doby přežití. V některých případech je vhodné multioborové posouzení vývoje a prognózy stavu (anesteziolog/intenzivist, onkolog, pneumolog apod.), nicméně konečné rozhodnutí o rozsahu léčby a jejích cílech je záležitostí a odpovědností ošetřujícího lékaře.

V intenzivní péči se z hlediska rozhodování o rozsahu terapie setkáváme s následujícími skupinami nemocných

- Pacienti v kritickém stavu se selháváním orgánových funkcí, kteří **reagují příznivě** na poskytovanou terapii, kde při použití postupů orgánové podpory a terapii základní příčiny lze odůvodněně předpokládat reverzibilitu stavu, jsou ideálními pacienty pro poskytování léčby/péče v plném rozsahu a zvládnutí těchto stavů je cílem a očekávaným výsledkem intenzivní péče.
- Pacienti v kritickém stavu se selháváním orgánových funkcí, kteří **nereagují příznivě** na poskytovanou terapii, kde s využitím všech dostupných postupů léčba selhává, dochází k progresi orgánových funkcí s dominujícím selháním oběhu (nemocní s polytraumaty s neřešitelným krvácením, kardiogenní šok s progredující hypotenzí při vyřešení či naopak neřešitelnosti základní příčiny). Právě **absence reakce na terapii a vyčerpání všech terapeutických možností** je důvodem rozhodnutí nepokračování v léčbě, např. nezahájení kardiopulmonální resuscitace při srdeční zástavě, ukončení podávání dalších dávek katecholaminů, hemodialýzy, ventilační podpory a podobně.
- Obtížnou skupinou pacientů z hlediska rozhodování o rozsahu poskytované léčby nemocní, kteří pobývají dlouhou dobu v intenzivní péči z důvodu současného zdravotního stavu, přidružených komorbidit a komplikací. Délka pobytu na IP je spojena nejen s nárůstem komplikací (např. nozokomiální infekce), ale i s dalšími negativy, jako je dyskomfort, možnost bolesti a strádání, **nicméně doba pobytu není zásadním kritériem pro rozhodování o dalším postupu**. Typickou skupinou jsou pacienti s chronickou obstrukční plicní nemocí ve vysokém stadiu jejich onemocnění, u nichž je velice obtížné rozhodnout, že se již jedná o terminální stav jejich onemocnění, který je nezvratitelný. Výsledkem mnohatýdenní

péče o tyto nemocné může být skutečně návrat do domácího prostředí s přijatelnou kvalitou života včetně například dlouhodobé domácí oxygenoterapie či ventilační podpory. V těchto případech stejně tak jako v případech organického poškození mozku je při nejistotě vždy na místě maximální zdrženlivost a pečlivé posouzení každého individuálního pacienta. Současné jsou známé stavy, kdy již po několika desítkách hodin od prvotní příčiny je zcela jasné a diagnostickými postupy prokazatelné, že nemocný nemá reálnou naději na obnovení vědomí ani za dlouhý čas a neodůvodněné čekání na „nějaký“ časový interval lze považovat za zcela neetické, prodlužující umírání nemocného.

Nenasazení léčby, pokud není indikována, je postup, o kterém **rozhoduje lékař na základě odborného posouzení stavu**, jako např. zahájení hemodialýzy u nemocného se selháním ledvin z důvodu ireverzibilního kardiogenního šoku, kdy náhrada funkce ledvin u nemocného s terminálním selháním funkce myokardu nemůže ovlivnit jednoznačně nepříznivý klinický výsledek. Postupy ukončování či nepokračování léčebných postupů mohou být vnímány jako neoprávněné ukončování něčeho, na co má nemocný právo. Opak je ale pravdou, neboť pacientovi musí být poskytována léčba a péče odpovídající jeho zdravotnímu stavu a je v souladu s nejnovějšími lékařskými poznatky. Jedná se tedy o odborné posouzení a rozhodnutí, který postup a léčba budou aplikovány v zájmu zachování zdraví a kvality života nemocného. Ukončování (vysazení, odejmutí) ventilační podpory je chápáno jako součást komplexního pojetí ukončování postupů orgánové podpory u nemocných, kde došlo k ireverzibilnímu selhání životních funkcí (2). Z právního i etického hlediska není rozdíl mezi nezahájením či vysazením jednotlivých postupů orgánové podpory (katecholaminy, hemodialýza, ventilační podpora u nemocných s umělou plicní ventilací) (2).

Doporučení do klinické praxe

Kompetentní nemocný v terminálním stadiu svého onemocnění by měl být (pokud si to přeje) plně informován o svém zdravotním stavu a prognóze. Umírající pacient má dle dostupné

literatury i dle Charty práv umírajících největší obavy při umírání z bolesti, dušnosti, sociální izolovanosti, ztráty kontroly nad sebou sama a ztráty důstojnosti. Při znalosti těchto aspektů, dostatečné empatii a profesionálním přístupu se zaměřením se na tyto obavy lze většinu z nich eliminovat či maximálně zmírnit, a to i v prostředí intenzivní péče.

Základní principy přechodu z intenzivní na paliativní péči (3, 4)

- Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoli z ošetřujícího zdravotnického týmu.
- Kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.
- Rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné.
- Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared approach to end-of-life decision making“ model).
- Za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař. V době ústavní pohotovostní služby nese odpovědnost za rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče lékař, který je odpovědný za konkrétní úsek v rámci výkonu ústavní pohotovostní služby a za lékařskou péči o příslušného pacienta.
- Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče, by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče.
- Cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány

a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí může být v odůvodněných případech změněno.

- Prioritou paliativní péče je odstranění bolesti, dyskomfortu a strádání.
- Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

Závěr

Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je uplatňován princip přechodu z intenzivní na paliativní léčbu/péči s cílem vyloučení bolesti, dyskomfortu a strádání se zachováním lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb. Paliativní péče/léčba se stává důležitou a nedílnou součástí intenzivní medicíny, která je v souladu s medicínskými, právními a etickými principy.

*Podpořeno částečně
Výzkumným záměrem MZO 00179906.*

Literatura

1. Černý V, Pařízková R, Nalos D, Jahodářová R. Etické a právní aspekty „kategorizace nemocných“ v intenzivní péči. Anesteziologie a neodkladná péče 2000; 11(Supl 1): 37–39.
2. Černý V, Pařízková R, Jahodářová R, Herold I, Nalos D. Ukončování ventilační podpory u nemocných v intenzivní péči. Anesteziologie a neodkladná péče 2001; 12(2): 64–68.
3. Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním (ČSARIM ČLS JEP, ČSJM ČLS JEP). Ed. Černý V. Anesteziologie a intenzivní medicína 2009; 20(4): 64–68.
4. <http://www.lkcr.cz/>: Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.
5. <http://www.umirani.cz/>: Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“.
6. Luce JM. Withholding and withdrawal of life support: ethical, legal and clinical aspects. New Horizons 1997; 5: 30–37.
7. Truog RD, Cist AFM, Brackett SN, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2001; 29: 2332–2348.

Renata Pařízková

*Klinika anesteziologie, resuscitace
a intenzivní medicíny, LF UK a FN Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
parizkova@fnhk.cz*