

Když rozhodnutí o setrvání v paliativním léčebném režimu vyžaduje zkušenosti i odvahu

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Ústav ošetrovatelství FZV UP Olomouc

Hospic na Svatém Kopečku

Osmdesátiletá diabetička s onkologickou duplicitou (akutní myeloidní leukemie a karcinom žaludku) byla přijata do hospice k paliativní léčbě. Při známkách zvýšené krvácivosti došlo při malém úrazu hlavy k vytvoření podkožního hematomu v oblasti hlavy včetně obličeje. Pro narůstající celkovou slabost byla na doporučení hematologa odeslána do nemocnice k ambulantnímu provedení krevní transfuze. Navzdory terminální fázi onkologického onemocnění podstoupila řadu vyšetření zobrazovacími metodami. Autor diskutuje o dubiózní indikaci uvedených vyšetřovacích metod u nemocné, jejíž zdravotní stav vedl k paliativnímu léčebnému postupu bez ohledu na charakter získaných nálezů.

Klíčová slova: hospic, paliativní medicína, náklady.

When decision to insist on the palliative care needs experiences and courage

80yers old diabetic female was admitted to hospice with diagnosis of the acute myeloid leukaemia and carcinoma of the stomach. Due to increased predisposition to bleed subcutaneous haematomas on the head and in the face have arised after minor injury. After consultation of the haematologist the patient was transfered to the hospital for the blood transfusion. Despite of the terminal stage of the oncological disease a lot of diagnostic methods was used there. The author discusses dubious indications of diagnostic and therapeutic methods in the cases of terminal cancer patients.

Key words: hospice, palliative medicine, cost effectiveness.

Interní Med. 2012; 14(5): 227–228

Paliativní péče poskytovaná v lůžkových hospicových zařízeních poskytuje komplexní služby zaměřené na biologické, psychologické, sociální i spirituální potřeby nemocných. Správně indikovaná a vhodně načasovaná paliativní péče ušetří v rozpočtu zdravotnictví nemalé finanční částky. Tyto úspory však v žádném případě nejsou na úkor nemocných. Paliativně vedená léčba zamezí provádění zbytečných nákladných vyšetření, která pro nemocné v pokročilých fázích onkologického onemocnění z hlediska volby dalších terapeutických postupů již nemají žádný přínos. O nepochopení principů paliativní péče ze strany lékařů poskytujících akutní péči svědčí kazuistika nemocné, kterou jsme měli možnost léčit.

Kazuistika

Osmdesátiletá diabetička léčená inzulinem byla přijata do hospice s příznaky anémie a kachexie při diagnóze karcinomu žaludku, pro kterou byla před více než rokem provedena totální gastrektomie, splenektomie a esofagojunoanastomóza. Komplexní hematologické vyšetření prokázalo na základě vyšetření kostní dřeně akutní myeloidní leukemii. Indikována byla paliativní terapie. Nemocná byla přijata do hospice pro známky celkové slabosti, zvládala však s dopomocí druhé osoby chůzi po pokoji.

Hematologem byly ještě před přijetím do hospice doporučeny krevní transfuze v závislosti na vývoji krevního obrazu a celkového klinického stavu. Při přijetí do hospice byly hodnoty krevního obrazu následující: hemoglobin 78, počet erytrocytů $2,93 \times 10^{12}/l$, počet leukocytů $9,72 \times 10^9/l$, počet trombocytů $24 \times 10^9/l$. Již v prvních dvou týdnech hospitalizace projevy celkové slabosti rapidně narůstaly. Veškeré vpichy sloužící k měření glykemií a aplikaci inzulinu vedly k tvorbě plošných hematomů, řada hematomů se vytvářela spontánně bez zjevné příčiny. V prvních dnech po přijetí se rovněž objevila makroskopická hematurie. V kontrolním krevním obraze byly zjištěny hodnoty hemoglobinu 75, počet erytrocytů $2,78 \times 10^{12}/l$, počet leukocytů $38,6 \times 10^9/l$ a počet trombocytů $63 \times 10^9/l$. Každým dnem se projevy podkožního krvácení výrazně zhoršovaly, postihovaly i hlavu včetně obličeje. Po třech týdnech pobytu v hospici se nemocná, ač byla poučena o nutnosti přivolat si ošetrovatelku, sama pokusila dojít na WC. Vedle lůžka upadla a udeřila se do hlavy. Atributy mozkové komoce zjištěny nebyly, ale trauma vedlo k vytvoření brýlovitého hematomu. Zhoršující se celkovou slabost přičítala anémii, proto se dožadovala převozu do nemocnice k provedení transfuze. Známky klidové dušnosti se však u ní neprojevovaly. Přestože se hodnoty počtu

erytrocytů a hemoglobinu ve srovnání s nálezem před přijetím do hospice příliš nezměnily, nemocná na provedení krevní transfuze trvala. Telefonicky byl konzultován hematolog, který (ač zdravotní stav nemocné označil za infaustní) vyslovil s krevním převodem souhlas. Po příjezdu do nemocnice bylo vzhledem k podkožním hematomům v oblasti čela a očí provedeno rtg lbi, které vyloučilo traumatické změny na skeletu. Poté bylo provedeno CT vyšetření mozku s nálezem nevelkého interhemisferálního subdurálního hematomu a drobné prokrvácené kontuze v levém parietálním laloku mozku. Bylo rovněž provedeno rtg krční páteře a pánve, vše z hlediska traumatologického s negativním nálezem. Rtg nález na plicích, srdci a skeletu hrudníku byl v mezích normy. Sonografické vyšetření břicha kromě stavu po splenektomii prokázalo normální nález.

Vzhledem k nálezu zjištěnému při CT vyšetření mozku byla nemocná odeslána na neurochirurgické pracoviště. Neurochirurg konstatoval, že z hlediska nálezů hematologického by případná operace nebyla proveditelná, protože byla zjištěna těžká trombocytopenie (počet trombocytů $37 \times 10^9/l$). Ve svém rozhodnutí nemocnou neoperovat rovněž významně zohlednil onkologická onemocnění pacientky. (Zjištěný CT nález však nebyl natolik závažný, aby i v případě, že by

hemokoagulační parametry byly příznivé, bylo nutno neurochirurgicky zasahovat.) Po telefonické konzultaci neurochirurga s lékařem našeho hospice byla nemocná odeslána ve stejný den, kdy byly podány transfuze a provedena výše uvedená vyšetření, zpět do hospice, kam byla dopravena zcela vyčerpaná, plně závislá na pomoci druhé osoby ve všech základních úkonech a schopna pouze bazálního verbálního kontaktu. V následujících 3 dnech se stav vědomí postupně zhoršoval, třetí den po provedení transfuzí upadla do komatu, ve kterém zemřela.

Diskuze

Transfuzní léčba je důležitou součástí paliativní péče u hematologických pacientů. Podávání transfuzí v zařízeních hospicového typu není běžným standardem, ale v indikovaných případech lze tento výkon zajistit zpravidla bez větších problémů v blízkém zdravotnickém zařízení. Krevní převod je nezdědka vhodné provést i při sporné indikaci, kdy se podle stupně dosaženého efektu můžeme snáze rozhodovat o dalším léčebném postupu. V každém případě s nemocným vždy podrobně rozebíráme cíle a možnosti paliativní léčby a snažíme se dosáhnout shodného postoje.

Námi léčená nemocná byla čtyři dny před exitem odeslána na základě doporučení hematologa a na svou vlastní velmi důrazně formulovanou žádost z hospice do nemocnice k provedení krevní transfuze. Lékař-paliatolog navrhoval nemocné, aby upustila od tohoto záměru, což odůvodňoval stacionárním nálezem v krevním obraze, který se nelišil od hodnot získaných v době, kdy se nemocné subjektivně dařilo lépe. Nemocná si však krevní převod výslovně přála (rovněž jí v minulosti byly hematologem transfuze doporučovány), proto byl ze strany lékařů v hospici učiněn „ústupek“, přání nemocné bylo respektováno a ke krevnímu převodu byla ode-

slána. Jiné léčebné ani diagnostické výkony nebyly ze strany lékařů hospice požadovány, ač si byli vědomi případné krvácivé nitrolebeční komplikace, kterou by však v případě jejího zjištění pokládali za kauzálně neřešitelnou. Lékař – hematolog však indikoval celou sérii zobrazovacích vyšetření, která by v případě libovolného nálezu vzhledem k preterminálnímu stavu nemocné nemohla vést ke změně paliativního léčebného postupu. Provedení těchto vyšetření lze jednoznačně pokládat za zbytečné. Nemocní a jejich příbuzní očekávají vysokou úroveň zdravotní péče, kterou spatřují ve využití dostatečného množství zpravidla těch nejmodernějších technologií. Lékaři, kteří se obávají obvinění z nedbalosti, se snaží těmto představám vyhovět, což výrazně prodražuje poskytovanou zdravotní péči, aniž by ji činilo smysluplnou.

Časopis České lékařské komory Tempus medicorum přinesl Doporučení představenstva ČLK k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli (1).

V uvedeném dokumentu je uvedeno, že:

Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stadiu neléčitelného onemocnění a/anebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.

Dále cituji:

Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je

v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících.

Výše uvedený dokument však v oblasti paliativní hospicové péče nelze uplatnit bez výhrad. Námi léčená nemocná byla ve chvíli rozhodování o indikaci transfuze plně orientovaná. Bylo tedy povinností ošetřujících lékařů její přání zohlednit, a to navzdory všem pochybnostem o účelnosti tohoto jednání.

Závěr

Rozhodnutí o okamžiku, ve kterém léčení závažného onemocnění selhává, je prubířským kamenem zkušenosti pečujícího lékaře. Oznámení této skutečnosti nemocnému často vyžaduje osobní statečnost. Rozhodnout o zahájení paliativního léčebného postupu může být někdy pokládáno za příliš předčasné a poráženecké. Alibistické indikování dalších diagnostických a terapeutických postupů u preterminálních nemocných s generalizovaným onkologickým onemocněním není výjimkou. Odstoupení od intenzivní léčby a indikování paliativní péče je však v těchto případech plně na místě a nemá nic společného s eutanazií.

Literatura

1. 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. Tempus Medicorum 2010, 19(3): 2–4.

Článek přijat redakcí: 24. 10. 2011
Článek přijat k publikaci: 5. 1. 2012

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.
Hospic na Svatém Kopečku
Sadové náměstí 24
772 00 Olomouc – Svatý Kopeček
miroslav.kala@hospickopecek.charita.cz

