

Zagadnienia związane ze schyłkowym okresem życia

End of life issues

N. Sykes

European Journal of Cancer, 2008; 44: 1157–1162

Wprowadzenie

Chociaż odsetek chorych na nowotwory złośliwe przeżywających 5 lat jest coraz większy, to wskaźniki umieralności związanej z tymi chorobami pozostają bardzo duże.¹ W ciągu 5 lat umiera około połowa chorych na raka okrężnicy, a w przypadku raka płuca i trzustki – odpowiednio 93% i 97% chorych.² Na tych przykładach łatwo wykazać, że zagadnienia związane ze schyłkowym okresem życia (SOŻ) stanowią integralną część leczenia onkologicznego.

W omawianej dziedzinie praktyka często nie odpowiada potrzebom. W Wielkiej Brytanii 54% skarg wpływających do Healthcare Commission dotyczy doświadczanych (*przez chorych – przyp. red.*) niedoskonałości opieki sprawowanej w SOŻ. Komisja ta planuje przeprowadzenie szczegółowego przeglądu zarówno opieki paliatywnej, jak i tej w SOŻ, świadczonych przez National Health Service (*tj. w publicznych ośrodkach opieki zdrowotnej – przyp. kons.*) w latach 2008–2009.³ Od 2006 roku brytyjski rząd podjął działania w ramach programu End of Life Care Strategy, obejmującego między innymi zakres realizacji wytycznych Liverpool Care of the Dying Pathway (LCP) w placówkach opieki zdrowotnej. Zasady LCP zostały opracowane przez specjalistów opieki paliatywnej i dotyczą sposobów postępowania u chorych w SOŻ i są przeznaczone do stosowania przez pracowników systemu opieki zdrowotnej niespecjalizujących się w opiece paliatywnej, przede wszystkim w szpitalach, w celu przynie-

sienia korzyści chorym umierającym poza hospicjami.⁴ Uważa się, że przestrzeganie zasad LCP poprawia standard opieki, jednak stopień ich wdrożenia do praktyki jest różny – w skali kraju (*dotyczy Wielkiej Brytanii – przyp. red.*) zaledwie 10% umierających jest objętych opieką zgodną z regulami określonymi przez LCP.

Podstawową przyczyną niestosowania zasad LCP jest brak umiejętności personelu medycznego rozpoznawania procesu umierania, stanowiącego wskazanie do wdrożenia postępowania według LCP.⁵ Nie zawsze można łatwo stwierdzić, że chory właśnie umiera, ale w szczególności u chorych na nowotwory umieraniu towarzyszą z reguły charakterystyczne objawy.

Jak rozpoznać umieranie?

Ustalenie, że chory jest umierający jest ważne nie tylko dla wdrożenia odpowiedniego, zmodyfikowanego leczenia, ale również dlatego że można choremu (na jego życzenie) przekazać informacje o zaawansowaniu choroby (*zbliżającej się śmierci – przyp. kons.*), umożliwiając mu dokonanie wyboru co do leczenia w końcowej fazie życia.

Niewielki odsetek chorych chciałby umrzeć w szpitalu, z zastosowaniem wszelkich dostępnych technologii medycznych kontynuowanych aż do ostatniego tchnienia. Znaczna część chorych woli umrzeć w domu. Odsetek ten zmniejsza się wraz z postępem choroby, kiedy świadomość śmierci jest coraz bardziej realna zarówno u chorych, jak i ich bliskich, niemniej nigdy nie osiąga wartości niższej niż 50%.⁶ Mimo to większość chorych w krajach zachodnich umiera w szpitalu (w Wielkiej Brytanii 56%). Częściowo wynika to z niedostępności w miejscu zamieszkania skutecznej opieki w SOŻ. To jednak w znacznie mniej-

ZESTAWIENIE SKRÓTÓW: CACS – cancer anorexia-cachexia syndrome, LCP – Liverpool Care of the Dying Pathway, SOŻ – schyłkowy okres życia

szym stopniu dotyczy chorych na nowotwory niż na inne choroby, ze względu na ukierunkowanie większości specjalistycznych ośrodków opieki paliatywnej na chorych onkologicznych. Istotnych informacji dostarczył przeprowadzony ostatnio w szpitalach brytyjskich ogólnokrajowy audyt dotyczący opieki nad umierającymi chorymi, który wykazał, że spośród 2672 osób leczonych w 118 szpitalach jedynie 45% uzyskało od personelu medycznego informację, że umiera.⁷ Większość skarg dotyczących opieki nad umierającymi porusza tematykę niedoskonałości w zakresie komunikacji. Poprawę sytuacji można osiągnąć poprzez nabycie umiejętności zarówno porozumiewania się z zachowaniem odpowiedniej wrażliwości, jak i dokonywania wystarczająco dokładnej oceny klinicznej, pozwalającej na nabycie wiedzy o stanie chorego, którą należy się z nim podzielić.

Lekarze niezmiennie przeceniają spodziewaną długość życia swoich pacjentów. Co więcej bliższy kontakt z chorymi powoduje, że skłonność do przesadnego optymizmu w tej ocenie staje się jeszcze silniejsza.⁸ Wiadomo, że zły stan czynnościowy jest predyktorem przeżycia mniej niż 90 dni, jednak podobne znaczenie należy przypisać znacznemu pogorszeniu początkowo dobrego stanu sprawności chorego. W systematycznym przeglądzie piśmiennictwa wykazano, że innymi czynnikami predykcyjnymi są objawy uwarunkowanego chorobą nowotworową zespołu anoreksja-kacheksja (*cancer anorexia-cachexia syndrome* – CACS) oraz pojawienie się duszności lub majaczenia.⁹ „Rzężenia przedśmiertne”, spowodowane zaleganiem wydzieliny w drogach oddechowych na skutek niemożności odkrztuszenia, przepowiadają zgon w ciągu 48 godzin, występują jednak tylko w połowie przypadków.¹⁰

Chory, u którego stwierdza się co najmniej 2 spośród następujących 4 objawów, ma przed sobą średnio 2 dni życia: nieopuszczanie łóżka, stan przedśpiączkowy, możliwość przyjmowania jedynie małych łyków płynu i niemożność połknięcia tabletek.¹¹ Zauważono, że u chorych na nowotwór złośliwy, oddychanie połączone z ruchami żuchwy pojawia się średnio 8 godzin przed zgonem, sinica obwodowa – 5 godzin wcześniej, a brak tętna na tętnicy promieniowej – 3 godziny wcześniej. Jednak u większości chorych objawy te stwierdza się mniej niż 2,5 godziny przed zgonem. U 84% chorych upośledzenie świadomości występowało

24 godziny przed zgonem, a w przypadku 92% pacjentów – 6 godzin wcześniej.¹²

Wybór postępowania w schyłkowym okresie życia

Postępowanie w SOŻ obejmujące nie tylko podawanie właściwych leków w odpowiednich dawkach ma podstawowe znaczenie. W tym stadium choroby w opiece nad chorym na nowotwór złośliwy powinien uczestniczyć specjalistyczny zespół opieki paliatywnej. Jeżeli w danym zakładzie medycznym nie ma takiego zespołu, chorego powinno się skierować do odpowiedniej placówki. Trzeba się dowiedzieć, czy chory wyraził swoją wolę odnośnie do opieki w SOŻ albo czy można się skontaktować z jego opiekunem, który zna życzenia chorego. W różnych kręgach kulturowych istnieją różnice odnośnie do tego, czy informację o zbliżającej się śmierci trzeba najpierw przekazać choremu (jeżeli tego sobie życzy) czy też jego rodzinie. Stwierdzono, że przekazywanie choremu złych wiadomości w sposób zawołowany nasila jego pobudzenie, co generuje konieczność stosowania większych dawek leków sedatywnych w okresie umierania.¹³ Jednak główne uzasadnienie dla bezpośredniego przekazywania tej informacji stanowi potrzeba stworzenia choremu i jego rodzinie szansy na dokonanie dojrzałych wyborów w sprawie sposobu postępowania w SOŻ. Jeżeli chory chce pozostać w domu, należy zapewnić mu warunki umożliwiające zaopatrzenie we wszelkie konieczne leki i ich podawanie we właściwym czasie.¹⁴ Wymaga to całodobowej dostępności medycznego zespołu środowiskowego, którego członkowie potrafiliby przewidywać i łagodzić objawy.¹⁵ Konieczny jest również dostęp do usług pielęgniarstwa oraz środków pielęgnacyjnych w domu chorego. Nawet w takiej sytuacji większość czynności pielęgniarstwa wykonuje rodzina i przyjaciele, których wsparcie ma wielkie znaczenie. W krajach rozwiniętych umieranie w domu jest mniej prawdopodobne, jeżeli nie jest możliwe zaangażowanie do pomocy co najmniej 2 nieprofesjonalnych opiekunów (*np. członków rodziny – przyp. red.*) oraz zapewnienie współpracy lekarza rodzinnego.

Dostępność specjalistycznego oddziału opieki paliatywnej jest bardzo ważna, ponieważ umożli-

wia zwalczanie szczególnie uciążliwych objawów oraz zapewnienie opieki w SOŻ, jeżeli nie można tego uczynić w domu lub członkowie rodziny są już wyczerpani opieką. W tym ostatnim przypadku do odpowiedniego przebiegu procesu żałoby ważne jest zapewnienie rodziny, że otaczała chorego dobrą opieką przed przyjęciem go do szpitala i że teraz przyjęcie na oddział szpitalny stało się koniecznością. Nawet wówczas gdy zgon miał miejsce w hospicjum lub w szpitalu, zwykle ponad 80% czasu w ostatnim roku życia chory spędził w domu, a członkowie rodziny po jego śmierci mają odczucie, iż rzeczywiście się nim opiekowali.⁶

Po stwierdzeniu, że chory jest w stanie agonalnym, dalsze podawanie leków przeciwnowotworowych oraz wielu innych staje się bezcelowe i należy je przerwać. Przykładami są leki stosowane profilaktycznie, ale wymagające długiego czasu podawania w celu uzyskania pożądanego efektu (np. statyny) oraz środki zalecane w leczeniu stanów, których nasilenie prawdopodobnie się zmniejsza, takie jak leki przeciwnadciśnieniowe, doustne leki przeciwcukrzycowe, leki moczopędne lub stosowane w niewydolności serca. Lekami, których stosowanie staje się konieczne, są wszystkie środki łagodzące główne objawy występujące u chorych umierających.

Główne objawy w okresie umierania

Ból

Powszechnie się uważa, że ból stanowi poważny problem w okresie umierania. Tymczasem jeśli wcześniejsze postępowanie było poprawnie prowadzone (p. „Podstawowe zasady leczenia bólu u chorego na nowotwór oraz ból neuropatyczny” MP – Onkologia 6/2008, s. 57 oraz „Leczenie bólu w chorobie nowotworowej” MP – Onkologia 2/2009 s. 53 – *przypr. red.*), to ból nie stanowi problemu w SOŻ. Co więcej obserwuje się zmniejszenie jego nasilenia w ciągu ostatnich dni, a nawet tygodni życia.¹⁶⁻¹⁸ Zarówno chorzy, jak i ich bliscy się boją, że umieraniu będzie towarzyszyło nasilenie bólu i do końca życia konieczne będzie stosowanie odpowiednich środków służących do jego opanowania. Ze względu na to, że około 48 godzin przed zgonem u większości chorych pojawiają się trudności w połykaniu, konieczna jest zamiana leków doustnych na podawane pozajelitowo. Dotyczy to

zwłaszcza opioidów. Zarówno morfina, która pozostaje najczęściej stosowanym (i najtańszym) opioidem, jak i nowsze leki alternatywne (np. oksykodon) można podawać podskórnie (*W Polsce oksykodon w iniekcjach nie jest dostępny – przyp. kons.*). Jest to korzystne, ponieważ nie wymaga bezwzględnie udziału personelu fachowego (inaczej niż w przypadku stosowania dożylnego) (*Podawanie morfiny w przypadku bólu trudnego do uśmierzenia w ciągłej infuzji dożylniej, przy zastosowaniu infuzora bateryjnego, u chorych z portem naczyniowym może być prowadzone także w warunkach domowych po odpowiednim przeszkoleniu osób z rodziny chorego wspieranych przez zespół opieki paliatywnej – przyp. kons.*). Jeżeli ból leczono już, stosując przezskórnie fentanyl lub buprenorfinę, to postępowanie takie można kontynuować w SOŻ. Użycie wymienionych preparatów nie daje jednak możliwości odpowiednio elastycznych zmian dawkowania w przypadku zmiany zapotrzebowania na lek przeciwbólowy. Dlatego zaleca się wówczas zapewnienie możliwości podawania opioidu we wstrzyknięciu. W przypadku pogorszenia się wydolności nerek (*lub odwodnienia – przyp. kons.*) dochodzi do retencji wydalanych głównie z moczem aktywnych metabolitów opioidów, co powoduje nasilenie senności oraz pojawienie się mioklonii, zwłaszcza w razie obecności w organizmie chorego pochodnych fenotiazyny. Fentanyl, alfentanyl i sufentanyl, pochodne metylopiperydydy, nieposiadające aktywnych metabolitów, są w tej sytuacji lekami z wyboru. Należy jednak zauważyć, że w przebiegu niewydolności nerek może dojść również do niewielkiego nagromadzenia się leku macierzystego.¹⁹ W tabeli przedstawiono współczynniki konwersji niektórych często stosowanych opioidów.

Duszność

Zauważono, że pojawienie się duszności jest związane z początkiem umierania, niezależnie od tego, czy nowotwór zajął płuca. Zarazem jej stwierdzenie nie zawsze oznacza, że należy rozpocząć tlenoterapię (*Wskazaniem do podawania tlenu jest zmniejszenie saturacji krwi do 90%, co łatwo zmierzyć za pomocą pulsoksymetru – przyp. kons.*). U chorych na nowotwory, leczonych paliatywnie, tlen nie był bardziej skuteczny od sprężonego powietrza w łagodzeniu tego objawu. U chorych, któ-

Tabela. Współczynniki konwersji między opioidami w postaci doustnej a morfiną lub alfentanylem w postaci podskórnej

Opioid w postaci doustnej	Dawka morfiny s.c. – podzielić dawkę doustną przez:	Dawka alfentanilu s.c. – podzielić dawkę doustną przez:
morfina	2	30
tramadol	8	120
oksykodon	1	15
hydromorfon	pomnożyć przez 4	4

Uwaga: Współczynniki konwersji są zawsze przybliżone. Stanowią sugerowany punkt startowy. Niekiedy w trakcie terapii należy dawkę zwiększyć lub zmniejszyć, w zależności od reakcji na leczenie.

rzy wskazywali na korzystniejsze działanie tlenu, nie zawsze stwierdzano hipoksemię.²⁰ Na podstawie przeglądu systematycznego piśmiennictwa wykazano, że opioidy podawane doustnie albo we wstrzyknięciach w niewielkim stopniu zmniejszają nasilenie duszności.²¹ Powszechnie wiadomo, że opioidy należy stosować ostrożnie u osób z upośledzeniem oddychania, ze względu na ryzyko depresji ośrodka oddechowego. Jednak leki te, w postaci doustnej lub podskórnej, stanowią podstawowe środki używane w paliatywnym leczeniu duszności u chorych na zaawansowany nowotwór złośliwy. Wprawdzie w drogach oddechowych znajdują się receptory opioidowe, jednak nie dowiedziono korzystnego działania opioidów w postaci nebulizacji (w porównaniu z solą fizjologiczną). Wobec ścisłego związku pomiędzy dusznością i lękiem nie dziwi stwierdzenie, że leki przeciwłkowe mają znaczenie także w leczeniu duszności. Zastosowanie benzodiazepiny może wynikać między innymi z działania zmniejszającego napięcie mięśniowe. W SOŻ małe dawki midazolamu (2,5 mg w razie potrzeby lub 10 mg/d podskórnie) mogą uzupełniać działanie opioidów w łagodzeniu tego objawu.

Wydzielina

U około połowy umierających występuje tak zwane „ręzenie przedśmiertne” spowodowane niezdolnością do wykrztuszenia wydzieliny zalegającej w drogach oddechowych. Kiedy wydychane powietrze przechodzi przez zalegającą wydzie-

linę, powstaje charakterystyczny dźwięk. Jest on uciążliwy jedynie dla małego odsetka chorych w zaawansowanym stadium choroby, ale może być przykry dla członków rodziny i przyjaciół, zgromadzonych wokół łóżka chorego. Należy uspokoić tych ostatnich, wyjaśniając pochodzenie tego dźwięku. W 50–80% przypadków można co najmniej zmniejszyć nasilenie „rężenia przedśmiertnego” przez podanie leku przeciwocholinergicznego we wlewie, ale u pozostałych objaw ten utrzymuje się, prawdopodobnie w związku z zakażeniem.¹² Nie ma danych przemawiających za większą skutecznością któregoś z leków przeciwocholinergicznym. Bromek glikopirionium (0,6–12 mg/d s.c.) w porównaniu z hioscyną (1,2–2,4 mg/d s.c.) słabiej przenika przez barierę krew-mózg i ma działanie sedatywne albo wywołuje paradoksalne pobudzenie. (W *praktyce polskich ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej stosuje się zazwyczaj nieprzechodzący przez barierę krew-mózg środek zmniejszający sekrecję w drogach oddechowych, jakim jest butylobromek hioscyny w dawkach 20–40 mg co 4–6 h – przyp. kons.*)

Niepokój

Występujący często w ostatnich dniach życia uogólniony niepokój, który może być wywołany bólem lub lękiem, należy odróżnić od ogniskowych ruchów mioklonicznych. W celu jego opowania bardziej właściwe jest zastosowanie pochodnych benzodiazepiny (samych lub z opioidem) niż wyłącznie samego opioidu. Pochodne benzodiazepiny mają odpowiednie działanie anksjolityczne i rozkurczające mięśnie. Niepokój może być związany ze stanem ostrego splątania. Pojawia się u 15–20% chorych objętych opieką paliatywną.²² Według innych autorów może wystąpić nawet u 85% chorych, zwłaszcza w SOŻ.²³ U niewielu chorych niepokój i majaczenie przechodzą w pobudzenie, które nie ustępuje pomimo podawania pochodnych benzodiazepiny lub leków przeciwpsychotycznych. W rzadkich przypadkach stosowano w takich okolicznościach fenobarbital i propofol (wyłącznie drogą dożylną; lek ten jest nieodpowiedni dla wielu chorych, ponieważ nośnik leku zawiera substancje pochodzące z białka jaja kurzego).^{24,25} (Wyrażone przez Autora artykułu obawy dotyczące niekorzystnego działania nośnika propofolu i sugestie, że lek ten jest nieodpo-

wiedni dla wielu chorych, nie znajdują potwierdzenia w piśmiennictwie; z artykułu Lundstroma i wsp.²⁵ wynika, że propofol podawany w celu sedacji w opiece paliatywnej w ciągłej infuzji, w dawce 0,90–2,13 mg/kg/h jest środkiem bardzo efektywnym i bezpiecznym. – przyp. kons.) W ocenie zaburzeń psychicznych w tym okresie lekarz klinicysta powinien uwzględnić jako przyczynę objawy działania toksycznego opioidów (np. mioklonie, pobudzenie, sedację, urojenia i paradoksalne nasilenie bólu, często uogólnione). Zapobiega to błędnemu rozpoznawaniu pobudzenia przedśmiertnego zamiast pobudzenia wywołanego opioidami – co stanowi bardzo ważny element oceny stanu chorego. U niektórych chorych po stwierdzeniu skrajnego pobudzenia wymagającego zastosowania bardzo silnie działających środków (np. propofolu) istniało duże prawdopodobieństwo wystąpienia działania toksycznego opioidów. Właściwe rozpoznanie jest bardzo istotne. Z relacji chorych, u których ustąpiły objawy pobudzenia, wynika, że stan taki wywołuje silny lęk i stres pomimo podania leków sedatywnych.

Problemy etyczne

Uważa się, że opieka u schyłku życia wiąże się z poważnymi dylematami etycznymi. Częściowo wynika to z faktu legalizacji w Holandii i w Belgii eutanazji osób w SOŻ. Stale podejmowane są starania o wprowadzenie podobnych przepisów w innych krajach, zwłaszcza anglojęzycznych (*w Polsce tendencje te są wspierane przez niektórych etyków-filozofów w odróżnieniu od lekarzy – przyp. kons.*). Zarówno opinia publiczna, jak i personel medyczny mają poważne zastrzeżenia odnośnie do potencjalnego wpływu morfiny i leków sedatywnych na skrócenie życia. Mówiąc otwarcie, czy możliwe jest skuteczne łagodzenie objawów bez skrócenia życia? Często prowadzi się dyskusje nad założeniem moralnym, zwanym „zasadą podwójnego skutku” (*principle of double effect*). W częstych dyskusjach dotyczących etycznych podstaw postępowania lekarskiego opartych na zasadzie podwójnego efektu (*korzystnego [niesienie ulgi w cierpieniu po zastosowaniu silnie działających środków] i niekorzystnego [odebranie choremu świadomości i możliwość skrócenia życia]* – przyp. kons.) wyrażane są poglądy, że lekarze opiekujący się chorymi u schyłku życia poprzez działania

podejmowane z zamiarem łagodzenia dolegliwości często przyczyniają się do zgonu chorego.²⁶

W skrócie przywołana zasada oznacza, że interwencja, która powoduje poważne przewidywalne działania niepożądane (a nawet zgon), jest moralnie dopuszczalna, jeżeli podjęto ją z intencją niesienia pomocy choremu, a działanie niepożądane nie było warunkiem uzyskania korzystnego wyniku.²⁷ Stosowanie tej zasady było przedmiotem krytyki, bowiem zwykle trudno określić intencje innych osób, a czasem nawet własne. Co więcej, działania, które są przewidywalne, mogą także być zamierzone.²⁸ obrońcy „zasady podwójnego skutku” podkreślają, że jej założenie jest dobrze znane w prawie i stanowi rutynowy element oceny winy w przypadkach kryminalnych. Czynności podejmowane przez lekarza wskazują na jego intencje. Na przykład, czy zalecona przez niego ostateczna dawka morfiny wynikała ze stopniowego jej zwiększania w przebiegu zwalczania bólu, czy też zwiększenie dawki nastąpiło nagle i nieproporcjonalnie do tych podawanych wcześniej? Podkreśla się, że możliwość wystąpienia określonego skutku nie oznacza, że musiał on mieć miejsce. W pewnych sytuacjach mógł wcale nie zaistnieć.

Wyniki badań klinicznych wielokrotnie wskazywały na brak związku pomiędzy bezwzględną wielkością dawki opioidu lub dawek podawanych dodatkowo a czasem przeżycia chorych na nowotwory objętych opieką paliatywną.²⁹ Przeprowadzone badanie kliniczne z udziałem 725 przebywających w hospicjach chorych na nowotwory złośliwe, choroby płuc lub serca obejmowało najliczniejszą spośród dotychczas poddanych badaniom grupę uczestników.³⁰ W grupie tej stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy czasem trwania pobytu (*w hospicjum – przyp. red.*) a maksymalną dawką dobową opioidu, nawet gdy przekraczała 1,8 g/d.^{31,32} Ta ostatnia stanowi piętnastokrotną wartość średniej dawki podawanej takim chorym w Wielkiej Brytanii i Japonii.^{31,32} Nie zaobserwowano związku pomiędzy zmianą dawki, bezwzględną lub procentową, a czasem przeżycia. Analiza wielu zmiennych wykazała, że żadne skojarzenie czynników nie mogło wyjaśnić więcej niż 8% zmienności czasu przeżycia. Wynika stąd, że największy wpływ na czas wystąpienia zgonu miało nasilenie choroby u danego chorego.

Zastosowanie leków sedatywnych w SOŻ także budzi zastrzeżenia. Niekorzystne okazało się uży-

cie pojęcia „sedacja terminalna” (*terminal sedation*). Może ono sugerować, że sedacja jako taka przyspiesza zgon. Leki sedatywne są obciążone tą samą, co opioidy, cechą – przy ich użyciu można zabić człowieka. Zasadniczą sprawą jest odpowiedź na pytanie, czy musi dojść do zgonu jako ceny za odpowiednie łagodzenie objawów w ostatnich dniach życia? Istnieją uzasadnione obawy, że sedację można stosować jako zasłonę dla eutanazji. W ostatnich latach w Holandii zauważono niewielkie zmniejszenie liczby przypadków (zgodnej z prawem) eutanazji, czemu towarzyszyło zwiększenie stosowania (nieregulowanej przepisami) ciągłej głębokiej sedacji.³³ Nie uspokaja fakt, że – zgodnie z publikowanymi danymi – sedację stosuje się u 1³⁴–88%³⁵ chorych w SOŻ. Rodzi się podstawowe pytanie: kto (*i jak – przyp. red.*) w tych przypadkach rozpoznał etap „umierania”?

U osób, które umierają, lub u których proces ten się rozpoczyna, często występuje uciążliwy niepokój lub pobudzenie. W tym stadium choroby porozumienie się z pacjentem jest ograniczone lub niemożliwe. Jedynym praktycznym sposobem łagodzenia objawów jest zastosowanie pewnego stopnia sedacji. Nie oznacza to, że chory pod wpływem leczenia będzie nieprzytomny, pod warunkiem że lek sedatywny podaje się w sposób analogiczny do opioidowych leków przeciwbólowych (najpierw dawka minimalna, a następnie jej stopniowe zwiększanie aż do poziomu zapewniającego opanowanie objawu). Ważne, by zapewnić choremu komfort, przy czym stopień świadomości nie ma znaczenia. Jednym z powodów dużej rozbieżności w publikowanych danych dotyczących częstości stosowania sedacji jest to, że według niektórych autorów jej użycie ogranicza się do wywołania śpiączki (*farmakologicznej – przyp. red.*) w celu opanowania rzadko spotykanego wystąpienia ciężkich i nieustępujących objawów. Inni autorzy biorą pod uwagę wszelkie przypadki użycia leków o działaniu sedatywnym (taka sytuacja jest znacznie częstsza).³⁶

Na podstawie systematycznego przeglądu piśmiennictwa dotyczącego zastosowania sedacji u osób w SOŻ stwierdzono, że średnia ważona czasu trwania sedacji, obliczona na podstawie danych pochodzących z 10 badań klinicznych, wyniosła 2,8 dnia.³⁷ Na podstawie tego wyniku można wnioskować, że podawanie leków sedatywnych na ogół powoduje zgon w ciągu 72 godzin albo że

sedację stosuje się w odpowiedzi na objawy, które powstają w procesie umierania.

W celu rozróżnienia tych dwu możliwości w przywołanym w poprzednim akapicie artykule przeglądowym dokonano analizy 5 badań klinicznych, w których odnotowywano czas dzielący przyjęcie do szpitala od zgonu (w przypadku chorych hospitalizowanych) albo włączenie do opieki nad chorym zespołu wspomagającego opiekę i wystąpienie zgonu (w domu). Zarówno w przypadku leczenia w szpitalu, jak i w domu, czas przeżycia chorych przyjmujących leki sedatywne nie różnił się znamienne od czasu przeżycia chorych, którzy tych leków nie otrzymali. Tylko w jednym badaniu zaobserwowano wyraźną różnicę na korzyść grupy chorych przyjmujących środki sedatywne. Wyjaśnieniem tego spostrzeżenia może być wpływ wystąpienia majaczenia na załamanie się możliwości opieki w domu i wynikające z tego przyjęcie na specjalistyczny oddział opieki paliatywnej. Być może chorych cierpiących z powodu majaczenia przyjmowano we wcześniejszym stadium choroby w porównaniu z tymi, u których ono nie występowało (albo wcale, albo aż do chwili bezpośrednio poprzedzającej zgon).

Zastrzeżenia co do potencjalnego niewłaściwego stosowania leków sedatywnych w SOŻ przyczyniły się do opracowania zaleceń terapeutycznych, wskazujących, kiedy i w jaki sposób należy je podawać. Międzynarodowa grupa specjalistów w zakresie opieki paliatywnej przeprowadziła przegląd piśmiennictwa i podjęła próbę sformułowania definicji i zaleceń, opartych na opublikowanych danych.³⁸ Grupa ta wprowadziła pojęcie „paliatywnej terapii sedatywnej” (*palliative sedation therapy*), które oznacza leczenie objawów niemożliwych do opanowania w inny sposób niż z zastosowaniem leków sedatywnych. Jedynie personel medyczny posiadający odpowiednią wiedzę i doświadczenie może podjąć decyzję o konieczności podania leków w celu uzyskania sedacji. Istnieją dane przemawiające za tym, że zmęczeni lub niedoświadczeni w prowadzeniu terapii paliatywnej lekarze częściej stosują środki sedatywne przypuszczalnie w niewłaściwy sposób.³⁹ Jest to problem dotyczący wszystkich lekarzy z cechami „wypalenia zawodowego”, w tym specjalistów w zakresie opieki paliatywnej, którzy mogą siebie samych przekonać, że zastosowanie środka sedatywnego jest odpowiednim krokiem. Z tego powodu nawet doświadczeni lekarze powinni prosić o konsulta-

cję, kiedy mają trudności z łagodzeniem objawów u swoich pacjentów.

Podjmując decyzję o zastosowaniu paliatywnej terapii sedatywnej, należy uwzględnić opinię chorego i jego bliskich. Często się okazuje, że jej wdrożenie jest niemożliwe. Leczenie sedatywne wymaga stosowania leków sedatywnych, jak wspomniano wcześniej, a nie opioidów, które są niewystarczająco skuteczne do tego celu.

Głęboką, stałą sedację stosuje się dość rzadko. Wskazanie do jej użycia stanowi nieodwracalna i zaawansowana choroba ze spodziewanym zgonem w ciągu najbliższych godzin lub dni. W tych okolicznościach zwykle nie ma klinicznej potrzeby sztucznego nawodnienia chorego. Takie postępowanie mogłoby zwiększyć ryzyko wystąpienia nieprzyjemnych dźwięków związanych z obecnością wydzieliny w drogach oddechowych („rzężenia przedśmiertnego” – *przyp. red.*) oraz obrzęku płuc i obrzęków obwodowych, chociaż dane naukowe w tej kwestii są niejednoznaczne.⁴⁰ Sztuczne nawodnienie wdraża się na podstawie oceny klinicznej, której rola może być istotna w dowolnym końcowym stadium choroby, pozostając bez związku ze stosowaniem sedacji.^{41,42}

Warto powrócić do często przywoływanej „zasady podwójnego skutku” i zastanowić się, czy należy ją stosować podczas sprawowania opieki nad umierającymi chorymi. Dane naukowe wskazują na to, że nie. Nie chodzi jednak o kwestionowanie użyteczności tej zasady jako założenia etycznego. Istnieją sytuacje, w których leczenie podjęte w celu łagodzenia objawów przyspiesza zgon lub wywołuje go u osoby w stanie agonalnym. Czasami trzeba się odwołać do omawianej zasady w innych dziedzinach klinicznych, zwłaszcza w chirurgii stanów nagłych. Jednak sytuacja, w której lekarz musi często ją przywoływać w celu wyjaśnienia swojego postępowania w trakcie leczenia paliatywnego, powinna wzbudzić wątpliwości. Odpowiednio prowadzona opieka paliatywna nie jest ukrytą jedynie pod innym określeniem eutanazją i nie powoduje śmierci chorych.

Podsumowanie

Dobra opieka nad osobami umierającymi wymaga zwrócenia uwagi nie tylko na łagodzenie ob-

jawów, ale także na jakość porozumiewania się oraz uwzględnianie życzeń chorego co do sposobu i miejsca opieki. Wszystkie te elementy są ważne. Chodzi nie tylko o zapewnienie komfortu osobie umierającej, ale także o zbudowanie zaufania rodziny i przyjaciół chorego. Będą oni pamiętać, jak chory umierał i co poprzedzało zgon. Wpłynie to na ich późniejsze nastawienie do systemu (*i pracowników – przyp. red.*) ochrony zdrowia oraz ciężkich chorób u samych siebie i innych osób. Istnieje przekonanie, zarówno wśród opinii publicznej, jak i fachowych przedstawicieli systemu ochrony zdrowia, że skuteczne zwalczanie objawów często powoduje skrócenie życia. Dane naukowe dowodzą, że tak nie jest. Zarówno ze względu na medycynę paliatywną jako specjalność lekarską (*na sposób jej postrzegania – przyp. red.*), jak i na jasność debaty publicznej, należy odróżnić opiekę paliatywną od eutanazji. To ważne, żeby wymienione pojęcia się nie zacięły.

Oświadczenie o konflikcie interesów

Nie zadeklarowano.

Tłumaczył lek. Michał Tomaszewski

Konsultował prof. dr hab. med. Jacek Łuczak

Reprinted from *European Journal of Cancer*, 2008; vol. 44, N. Sykes, “End of life issues”, pp. 1157–1162, © 2008, with permission from Elsevier. The translation has not been reviewed by Elsevier prior to printing.

Piśmiennictwo

1. Brenner H.: Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: a period analysis. *Lancet*, 2002; 360: 1131–1135
2. Office for National Statistics. Cancer Survival, England, 1999–2004. <http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?id=861>
3. Healthcare Commission, 2007. http://www.healthcarecommission.org.uk/newsand-events/pressreleases.cfm?cit_id=4953&FAArea1=customWidgets.content_view_1&usecache=false
4. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying: a pathway to excellence. Oxford, Oxford University Press, 2003
5. Richards M.: End of life care strategy for adults – emerging themes. London: End of Life Care Strategy Advisory Board, 2007. http://www.networks.nhs.uk/uploads/07/10/eolc_advisory_board_paper_emerging_themes_051007.pdf
6. Hinton J.: Which patients with terminal cancer are admitted from home care? *Palliative Med.*, 1994; 8: 197–210
7. National care of the dying audit – hospitals (NCDAH). Royal College of Physicians: Summary Report, 5th December 2007
8. Glare P, Virik K, Jones M. i wsp.: A systematic review of physicians’ survival predictions in terminally ill cancer patients. *Br. Med. J.*, 2003; 327: 195–200
9. Maltoni M., Caraceni A., Brunelli C., Broeckaert B., Christakis N. i wsp.: Prognostic factors in advanced cancer patients: evidence-based clinical recommendations – a study for the Steering Committee of the European Association for Palliative Care. *J. Clin. Oncol.*, 2005; 23: 6240–6248

10. Wildiers H., Menten J.: Death rattle: prevalence, prevention and treatment. *J. Pain Symptom Manage*, 2002; 23: 310–317
11. Ellershaw J.E., Sutcliffe J.M., Saunders C.M.: Dehydration and the dying patient. *J. Pain Symptom Manage*, 1995; 10: 192–127
12. Morita T., Ichiki T., Tsunoda J., Inoue S., Chihara S.: A prospective study on the dying process in terminally ill cancer patients. *Am. J. Hospice Pall. Care*, 1998; 15: 217–222
13. Fainsinger R., Waller A., Bercovici M. i wsp.: A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliative Med.* 2000; 14: 257–265
14. Gregory A., Todd J., Wanklyn S.: Out-of-hours prescribing: a survey of current practice in the UK. *Palliative Med.*, 2007; 21: 575–580
15. Cantwell P., Turco S., Brenneis C., Hanson J., Neumann C.M., Bruera E.: Predictors of home death in palliative care cancer patients. *J. Pall. Care*, 2000; 16: 23–28
16. Fainsinger R., Miller M.J., Bruera E., Hanson J., Meceachem T.: Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J. Pall. Care*, 1991; 7: 5–11
17. Ellershaw J., Smith C., Overall S., Walker S.E., Aldridge J.: Care of the dying: setting standards for symptom control in the last 48 hours of life. *J. Pain Symptom Manage*, 2001; 21: 12–17
18. Mercadante S., Casuccio A., Fulfaro E.: The course of symptom frequency and intensity in advanced cancer patients followed at home. *J. Pain Symptom Manage*, 2000; 20: 104–112
19. Dean M.: Opioids in renal failure and dialysis patients. *J. Pain Symptom Manage*, 2004; 28: 497–504
20. Booth S., Kelly M.J., Cox N.P., Adams L., Guz A.: Does oxygen help dyspnea in patients with cancer. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 1996; 153: 1515–1518
21. Jennings A.L., Davies A.N., Higgins J.P., Broadley K.: Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2001: CD002066
22. Porter M.R., Musselman D.L., McDaniel J.S., Nemeroff C.B.: From sadness to major depression: assessment and management in patients with cancer. In: Portenoy R.K., Bruera E., eds: *Topics in palliative care*, vol. 3., New York, Oxford University Press, 1998: p. 193
23. Breitbart W., Chochinov H.M., Passik S.: Psychiatric aspects of palliative care. In: Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N., eds.: *Oxford textbook of palliative medicine*. 2nd ed., Oxford, Oxford Medical Publications, 1998: 937
24. Stirling L.C., Kurowska A., Tookman A.: The use of phenobarbitone in the management of agitation and seizures at the end of life. *J. Pain Symptom Manage*, 1999; 17: 363–368
25. Lundstrom S., Zachrisson U., Furst C.J.: When nothing helps: propofol as sedative and antiemetic in palliative cancer care. *J. Pain Symptom Manage*, 2005; 30: 570–577
26. Fohr S.A.: The double effect of pain medication: separating myth from reality. *J. Pall. Med.* 1998; 1: 315–328
27. Williams G.: The principle of double effect and terminal sedation. *Med. Law Rev.*, 2001; 9: 41–53
28. Quill T.E.: The ambiguity of clinical intentions. *N. Engl. J. Med.*, 1993; 329: 1039–1040
29. Sykes N.P., Thorns A.: The use of opioids and sedatives at the end of life. *Lancet Oncol.*, 2003; 4: 312–318
30. Portenoy R., Sibirceva U., Smout R. i wsp.: Opioid use and survival at the end of life: a survey of a hospice population. *J. Pain Symptom Manag.*, 2006; 32: 532–540
31. Thorns A., Sykes N.: Opioid use in the last week of life and implications for end-of-life decision-making. *Lancet*, 2000; 356: 398–399
32. Morita T., Tei Y., Inoue S.: Agitated terminal delirium and association with partial opioid substitution and hydration. *J. Palliative Med.*, 2003; 6: 557–563
33. Quill T.E.: Legal regulation of physician-assisted death – the latest report cards. *N. Engl. J. Med.*, 2007; 356: 1911–1913
34. Fainsinger R.L.: Use of sedation by a hospital palliative care support team. *J. Pall. Care*, 1998; 14: 51–54
35. Turner K., Chye R., Aggarwal G., Philip J., Skeels A., Lickiss J.N.: Dignity in dying: a preliminary study of patients in the last three days of life. *J. Pall. Care*, 1996; 12: 7–13
36. Porta Sales J.P.: Sedation and terminal care. *Eur. J. Pall. Care*, 2001; 8: 97–100
37. Sykes N.P., Thorns A.: The use of opioids and sedatives at the end of life. *Lancet Oncol.*, 2003; 4: 312–318
38. De Graeff A., Dean M.: Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J. Pall. Med.*, 2007; 10: 67–85
39. Morita T., Akechi T., Sugawara Y., Chihara S., Uchitmi Y.: Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: A nationwide survey. *J. Clin. Oncol.*, 2002; 20: 758–764
40. Morita T., Hyode I., Yoshima T. i wsp.: Artificial hydration therapy, laboratory findings and fluid balance in terminally ill patients with abdominal malignancies. *J. Pain Symptom Manage*, 2006; 31: 130–139
41. Craig G.M.: On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? *J. Med. Ethics*, 1994; 20: 139–143
42. Dunlop R.J., Ellershaw J.E., Baines M.J., Sykes N.P.: On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? A reply. *J. Med. Ethics*, 1995; 21: 141–143

Komentarz

Opublikowany w „Medycynie Praktycznej – Onkologii” bardzo potrzebny artykuł autorstwa doświadczonego lekarza hospicyjnego, Nigela Sykesa, zwraca uwagę na istotne, ale niejednokrotnie pomijane w podręcznikach medycyny i niedoceniane przez personel medyczny, zagadnienia związane z opieką nad chorymi u schyłku życia.

Opieka u schyłku życia nie jest tożsama z opieką paliatywną i hospicyjną, przeznaczoną nie tylko dla umierających, ale pomocną chorym z zaawansowaną chorobą nowotworową i innymi ograniczającymi życie schorzeniami, często we wcześniejszym stadium choroby (także w okresie równoczesnego stosowania leczenia onkologicznego i innego postępowania przedłużającego życie). Opieka u schyłku życia stanowi jednakże istotną składową opieki paliatywnej/hospicyjnej i znajduje zastosowanie w opiece nad chorymi bliskimi śmierci (tj. w ostatnich dniach lub tygodniach życia), jednak ciągle żyjącymi i wymagającymi bardzo starannej, profesjonalnej opieki i leczenia paliatywnego. Leczenie prowadzone w intencji przedłużenia życia stanowić może w tym czasie uporczywą, nieprzydatną i wręcz szkodliwą terapię. Używanie określenia „opieka nad chorym u schyłku życia” równoznacznie z opieką paliatywną i hospicyjną jest niewłaściwe (podobnie jak używanie określenia zastępczego o pejoratywnym wydźwięku – „opieka terminalna”).

W artykule zwrócono uwagę na zjawisko nierozpoznawania okresu umierania. Może to wynikać z niewiedzy (brak dostatecznej edukacji w zakresie opieki paliatywnej podczas studiów medycznych i staży przed- oraz podyplomowych) lub też braku należytej staranności w ocenie stanu ciężko chorego pacjenta. Jest to częste zjawisko wśród personelu medycznego, nie tylko w Wielkiej Brytanii, ale także w Polsce (rocznie w naszym kraju ponad 300 tys. osób umiera z powodu przewlekłych, postępujących, ograniczających życie chorób). Ten problem napotykają specjaliści medycyny paliatywnej, którzy konsultują chorych kierowanych do ośrodków opieki paliatywnej. Osobiście mogę to potwierdzić na podstawie mojej codziennej, wieloletniej praktyki klinicznej i pracy w charakterze konsultanta w kilku szpitalach klinicznych.

Drugim, częstszym prawdopodobnie w Polsce aniżeli w Wielkiej Brytanii, zjawiskiem jest maskowanie (zastanianie) umierania, przejawiające się mię-

dzy innymi unikaniem przez rodziny chorych i personel medyczny podejmowania rozmowy z chorym o niekorzystnym rokowaniu i zbliżającej się śmierci. Taka postawa uniemożliwia uzgodnienie z nim miejsca umierania i preferowanego sposobu opieki (ograniczenie działań lekarskich wyłącznie do zapewnienia ulgi w cierpieniach lub uporczywe stosowanie terapii). Z publikacji przedstawionej przez lekarzy Hospicjum św. Łazarza w Krakowie wynika, że omawiane zjawisko może dotyczyć ponad 60% chorych korzystających z domowej opieki paliatywnej.¹ Co więcej jego konsekwencją jest występowanie „samotności emocjonalnej” i pozbawienie chorego możliwości przeprowadzenia szczerzej rozmowy (opowieści o cierpieniu) z bliskimi i personelem medycznym, a także przygotowania się do umierania i śmierci. Umierający cierpi nie tylko somatycznie (z powodu przykrych objawów, zmiany wyglądu ciała i postępującej niedożywności), psychicznie (obawy związane z umieraniem i śmiercią), ale i duchowo (ból egzystencjalny – duchowy często przejawiający się poczuciem pustki, utraty godności, opuszczenia przez ludzi i Boga, „ogółoceniem” [kenosis] oraz poszukiwaniem sensu szybko przemijającego życia). Problem zakładania maski uniemożliwia choremu zagrożonemu bliską śmiercią, kiedy jeszcze ma zachowaną świadomość, dokonania zamknięcia (zbalansowania) życia, uregulowania spraw doczesnych ważnych również dla osób bliskich oraz sporządzenia testamentu duchowego, a także chociażby pożegnania się z bliskimi.

Z badań prowadzonych na szeroką skalę w USA z udziałem 5000 chorych umierających w najlepszych szpitalach oraz towarzyszących im członków rodzin,² wynika, że powszechnie obserwowano wyłącznie medyczne podejście do umierających (tzw. medykalizacja umierania) z pominięciem szczerzej rozmowy oraz wsparcia psychicznego i duchowego. Co więcej dostrzeżono skłonność do nierespektowania wyboru dokonanego przez chorego dotyczącego leczenia oraz tendencję do wdrażania wszelkich terapii przedłużających życie przy z reguły nie dość starannym leczeniu dokuczliwych objawów.

Ważną zaletą komentowanego artykułu jest podkreślenie znaczenia zarówno dla umierającego chorego, jak i jego bliskich **właściwego doboru leków** (tj. rezygnacji z podawania leków nieadekwatnych do stanu chorego, modyfikacji dawek i drogi podawania leków stosowanych w leczeniu objawowym) z naciskiem na kontynuację lub wprowadze-

nie *de novo* leków mających na celu niesienie ulgi w cierpieniu poprzez łagodzenie objawów występujących z reguły w schyłkowym okresie życia, takich jak ból, duszność i niepokój. W odróżnieniu od wytycznych opracowanych przez ekspertów European Association for Palliative Care³ zalecane przez autora 2-, a nie 3-krotnie mniejsze dawki leku przy zamianie morfiny doustnej na podskórną, może nasuwać wątpliwości (tab.).

Autor podkreśla znaczenie znajomości opracowanych w Liverpoolu zasad postępowania zalecanych w opiece u schyłku życia (Liverpool Care of the Dying Pathway) i korzyści wynikające z ich stosowania przez posługujący się nimi personel medyczny w szpitalach, gdzie nie ma specjalistycznych oddziałów opieki paliatywnej. Zasady te zastępują na przetłumaczenie i stosowanie także w polskich szpitalach zarówno onkologicznych, jak i wielospecjalistycznych. Materiały te stanowiąby cenne uzupełnienie zaplanowanego przez Ministerstwo Zdrowia programu szkolenia dla personelu medycznego (zespołów wspierających opieki paliatywnej), prowadzonego przez Katedrę i Klinikę Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, które dotyczyły ograniczonej liczby osób głównie z ośrodków onkologicznych.

Wiele miejsca poświęcono w artykule dylematom etycznym związanym ze stosowaniem sedacji w opiece paliatywnej w kojeniu cierpiących nie dających się opanować innymi rodzajami paliatywnej terapii. Ta uznana już metoda postępowania ma oprócz zwolenników także wielu oponentów, którzy określają ją mianem zawołowanej eutanazji. Autor w szerokiej dyskusji dotyczącej wskazań i motywacji do wdrożenia tego sposobu postępowania mającego znamiona działań o podwójnym skutku, podkreśla konieczność dokonania oceny klinicznej stanu chorego przez fachowy personel specjalistyczny opieki paliatywnej. Przytacza wiele dowodów z piśmiennictwa wskazujących na brak zależności między stosowaniem sedacji a czasem przeżycia chorych i formułuje zdecydowane stwierdzenie, że działania związane z opieką paliatywną nie powodują śmierci i są przeciwne eutanazji. Jest oczywiste dla personelu opieki paliatywnej i hospicyjnej, który na co dzień obcuje z cierpiącymi, umierającymi chorymi oraz towarzyszącymi im bliskimi osobami, że moralnym obowiązkiem jest zapewnianie im wszechstronnej opieki, w tym wykorzystywanie wszelkich możliwych działań (także sedacji), niosących ulgę w cierpieniu.

Nie można tolerować postaw wielu przedstawicieli personelu medycznego pozwalającego duszącym się chorym umierać z „zaciskającą się wolno pętlą na szyi”, dlatego że nie mają umiejętności w stosowaniu sedacji, a ponadto obawiają się posądzenia o spowodowanie śmierci umierającego pacjenta. **Działania te (sedacja) podejmowane być muszą jednak po wnikliwym ustaleniu wskazań, z należąca rozwagą i ostrożnością (rozpoczynanie od małych, stopniowo zwiększanych dawek leków), wymagają bezwzględnie uprzedniego zaakceptowania przez chorego i jego bliskich (po szczegółowym przedstawieniu im całej procedury, uwzględniającej także okoliczności umierania [„umieranie we śnie”]).** Podczas sedacji podaje się dodatkowo tlen, prowadzi monitorowanie wysycenia hemoglobiny tlenem (za pomocą pulsoksymetru) i podstawowych parametrów życiowych oraz ocenia skuteczność sedacji i dokonuje odpowiedniej modyfikacji dawki stosowanego środka (zalecenia te są starannie przestrzegane przez personel Hospicjum Palium w Poznaniu). Z reguły środkiem z wyboru podawanym w poznańskim ośrodku jest propofol, niebarbituranowy środek hipnotyczny o krótkim czasie działania i stosunkowo korzystnym marginesie terapeutycznym. Lek ten podawany jest dożylnie (o ile to możliwe przy użyciu centralnego dostępu żylnego) w dawkach wstępnych testowych, jednorazowych (5–10 mg), powtarzanych w odstępach 2–3 minut jako wprowadzenie do ciągłej infuzji przy użyciu infuzora w dawce co najmniej 30–70 mg/h. Wątpliwości nasuwa uwaga autora artykułu o przesadnym ryzyku podawania propofolu, powszechnie, rutynowo stosowanego środka u wielu chorych, nie tylko do wprowadzenia do znieczulenia, ale także w sedacji u chorych na oddziałach intensywnej terapii oraz – zdaniem wielu autorów – uznanego leku z wyboru w sedacji w opiece paliatywnej.

Omawiany artykuł stanowi cenny wkład w poszerzenie wiedzy z zakresu opieki nad chorym u schyłku życia i powinien wchodzić w skład materiałów przeznaczonych do szkolenia przed- i podyplomowego na uczelniach medycznych.

prof. dr hab. med. Jacek Łuczak
Kierownik medyczny Hospicjum „Palium” Szpitala Klinicznego im. Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, z Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Piśmiennictwo do komentarza

1. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk of Treatments (SUPPORT). JAMA, 1995; 274: 1591–1598
2. Grądalski T., Fiałkowski M.T., Rachtan J.: Domowa opieka hospicyjna nad chorymi umierającymi na nowotwory złośliwe w Hospicjum św. Łazarza w Krakowie w latach 1994–1997. Przegl. Lek., 2006
3. Berdine H.J., Nesbit S.A.: Equianalgesic dosing of opioids. J. Pain Palliat. Care Pharmacother., 2006; 20: 79–84

Nowe kryteria odpowiedzi na leczenie w przypadku guzów łitych cd. ze strony 42

odstąpiono od wymogu potwierdzania CR lub PR w kolejnym badaniu po upływie co najmniej 4 tygodni (z wyjątkiem badań bez randomizacji, w których pierwszoplanowym punktem końcowym jest odpowiedź na leczenie).

Czas trwania odpowiedzi jest liczony od momentu, kiedy po raz pierwszy uzyskano CR lub PR do daty progresji (w stosunku do „najlepszego” pomiaru uzyskanego w trakcie leczenia); z kolei czas trwania SD – od dnia randomizacji lub rozpoczęcia leczenia.

Najważniejsze zmiany wprowadzone w wersji RECIST 1.1, w porównaniu z wersją pierwotną, przedstawiono w tabeli 3.

Podsumowując, nowe kryteria RECIST uproszczono w porównaniu z poprzednią wersją, wyjaśniono też wiele niejasności obecnych w poprzednich zaleceniach. Ich wartość wymaga jednak ostatecznej weryfikacji w prospektywnych badaniach klinicznych.

Piśmiennictwo

1. Miller A.B., Hoogstraten B., Staquet M., Winkler A.: Reporting results of cancer treatment. Cancer, 1981; 47: 207–214
2. Therasse P., Arbuck S.G., Eisenhauer E.A. i wsp.: New guidelines to evaluate the response to treatment in solid tumours (RECIST Guidelines). J. Natl. Cancer Inst., 2000; 92: 205–216
3. Eisenhauer E.A., Therasse P., Bogaerts J. i wsp.: New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). Eur. J. Cancer, 2009; 45: 228–247