

Opieka paliatywna nad pacjentami z przewlekłą niewydolnością serca i przewlekłą chorobą płuc

Miriam J. Johnson,¹
Sara Booth²

¹ Senior lecturer in palliative medicine, Hull York Medical School; honorary consultant to St Catherine's Hospice, Scarborough, Wielka Brytania

² Macmillan consultant in palliative medicine, honorary senior lecturer, Cambridge University Hospitals, Wielka Brytania

Palliative and end-of-life care for patients with chronic heart failure and chronic lung disease
Clinical Medicine
2010;3(10):286-289

Tłum. lek. Piotr Niewiński



Opieka paliatywna nad pacjentami z chorobą nienowotworową

Specjalistyczna opieka paliatywna w Wielkiej Brytanii powstała z myślą o chorych umierających na nowotwory złośliwe, jednak pacjenci z chorobą nienowotworową również mogą wymagać leczenia paliatywnego ukierunkowanego na objawy.¹⁻³ Obejmuje się nim m.in. chorych z przewlekłą niewydolnością serca i przewlekłą chorobą płuc. Wbrew powszechnemu przekonaniu „umierający na raka niekoniecznie cierpieli najbardziej; u pacjentów umierających z powodu niewydolności serca, niewydolności nerek bądź obu tych chorób dolegliwości były bardziej nasilone”.⁴ W środowisku medycznym szybciej dostrzeżono potrzebę objęcia opieką paliatywną pacjentów z bardzo zaawansowaną chorobą nowotworową, natomiast pozostałych chorych nadal niechętnie kieruje się na takie leczenie. Mimo długiego utrzymywania się objawów chorobowych pacjenci z przewlekłą niewydolnością serca lub przewlekłą chorobą płuc mniej wiedzą na temat swojej choroby, mają mniejszy wybór, jeśli chodzi o opiekę paliatywną, i bardziej ograniczony do niej dostęp w porównaniu z pacjentami z chorobą nowotworową.^{3,5} Przyczyną tego może być trudny do przewidzenia przebieg choroby.⁶

Przewlekła choroba płuc

W przypadku przewlekłej choroby płuc rozpoznanie ustala się zwykle wtedy, gdy jest ona już w znacznym stadium zaawansowania i pacjent cierpi z jej powodu od wielu lat. Pacjenci często mają poczucie, że nie zasłużyli na to, by leczono u nich chorobę, która nierzadko jest spowodowa-

na paleniem papierosów, a pomocy szukają bardzo późno i zwykle nie zdają sobie sprawy, że schorzenie może zagrażać ich życiu.^{7,8}

Przewlekła niewydolność serca

W przebiegu naturalnym przewlekłej niewydolności serca dekomensacje krążenia z czasem występują coraz częściej, ale trudno przewidzieć, która z nich doprowadzi do zgonu. Ten fakt, w połączeniu z mylnym przekonaniem, że opieka paliatywna jest przeznaczona wyłącznie dla chorych umierających, prowadzi do „paraliżu prognostycznego”.⁶ Systematyczna poprawa w leczeniu przewlekłej niewydolności serca (np. za sprawą National Service Framework, National Institute for Health and Clinical Excellence guidance oraz Quality and Outcomes Framework) wpłynęła korzystnie na rokowanie, a stosowanie urządzeń wszczepialnych, takich jak kardiowerter-defibrylator (ICD – *implantable cardioverter-defibrillator*), zmniejszyło częstość nagłej śmierci sercowej.⁹ W związku z tymi zmianami postrzeganie przewlekłej niewydolności serca jako choroby terminalnej może być utrudnione. Z drugiej jednak strony pacjenci, którzy wcześniej umarliby z powodu nagłej śmierci sercowej, obecnie dożywają schyłkowej fazy przewlekłej niewydolności serca. Dlatego też dostępność opieki paliatywnej dla pacjentów z tej grupy jest tak ważna.

Częste problemy w leczeniu paliatywnym przewlekłej niewydolności serca i przewlekłej choroby płuc

Kompleksowa ocena aspektów medycznych, psychospołecznych oraz związanych z codzienną

Tabela 1. Postępowanie w przypadku przewlekłej, uporczywej duszności[†]

Sposoby postępowania	Swoiste formy leczenia
Niefarmakologiczne: skierowane do wszystkich chorych z dusznością	<ul style="list-style-type: none"> • Chłodzenie twarzy za pomocą niewielkiego, trzymanego w ręku wiatraka (skierowanego na obszar zaopatrzony przez V nerw czaszkowy – wokół ust, nosa i policzków)* • Aktywność fizyczna, programy ćwiczeń dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów • Ćwiczenia oddechowe • Techniki relaksacyjne i kontroli lęku • Wsparcie psychologiczne dla chorego i jego opiekunów (obserwowanie osoby z atakiem duszności może wywoływać lęk) • Wyjaśnianie obaw związanych z dusznością • Edukacja na temat objawów
Farmakologiczne: skierowane do chorych ze znaczną dusznością	<ul style="list-style-type: none"> • Leczenie paliatywne: opioidy podawane doustnie zmniejszają duszność o blisko 20% u wielu chorych. Zaczynaj od małej dawki, którą stopniowo zwiększaj, aby uniknąć działań niepożądanych: <ul style="list-style-type: none"> – U chorych z przewlekłą niewydolnością serca i przewlekłą chorobą płuc z przewlekłą dusznością, którzy nie otrzymywali wcześniej opioidów: zaczynaj od 1 mg morfiny/24h, zwiększaj powoli dawkę, o 1 mg co tydzień, aż do osiągnięcia dawki 5-10 mg morfiny o przedłużonym uwalnianiu 2 × 24h; stosuj dodatkową dawkę 2,5 mg morfiny krótko działającej w razie potrzeby – U chorych już przyjmujących opioidy: zwiększ dawkę o 25% i zachęcaj do stosowania dodatkowych dawek opioidów w razie duszności • W fazie terminalnej zalec ciąży podskórny wlew morfiny lub diamorfiny [w Polsce lek niedostępny – przyp. red.] z midazolamem: <ul style="list-style-type: none"> – U chorych nieprzyjmujących wcześniej opioidów: najczęściej 2,5-5,0 mg diamorfiny z 5-10 mg midazolamu na 24h – U chorych przyjmujących już opioidy: dołącz midazolam (5-10 mg) lub lewomepromazyne (6,25-12,5 mg lub więcej, jeśli dominuje lęk) • Doustne benzodiazepiny, np. lorazepam lub pochodne fenotiazyny, mogą być pomocne u pacjentów, u których nie można zastosować niefarmakologicznych sposobów redukcji lęku (dowody na takie postępowanie są ograniczone)

[†] Na podstawie pozycji piśmiennictwa.¹²

* Tlen: nie ma dowodów, że zastosowanie tlenu jest skuteczniejsze od powietrza (wiatrak) w leczeniu paliatywnym przewlekłej, uporczywej duszności w przebiegu zaawansowanych chorób, pod warunkiem że saturacja podczas aktywności fizycznej nie spada <90%.

opieką nad chorym dokonywana przez zespół leczący pacjenta odgrywa bardzo ważną rolę. Niezbędne jest też ustalenie optymalnego sposobu leczenia choroby podstawowej, dostosowanego do jej naturalnego przebiegu i indywidualnych preferencji pacjenta. Zespół leczący powinien rozwiązywać problemy ujawniające się podczas takiej oceny (np. kontrola objawów, wsparcie socjalne, informacje na temat rokowania) w porozumieniu z przedstawicielami podstawowej opieki zdrowotnej oraz zespołu opieki paliatywnej. Dzięki wspólnemu działaniu można podejmować odpowiednie interwencje terapeutyczne oraz prowadzić kontrolę objawów i udzielać pacjentowi szeroko pojętego wsparcia.

Specjalistyczna opieka paliatywna nie jest przeznaczona wyłącznie dla umierających chorych, kiedy zwykle za późno już na jakiegokolwiek inne działania lecznicze. Mogą z niej skorzystać również pacjenci ze złożonymi lub przewlekłymi problemami zdrowotnymi. Decyzja o objęciu opieką paliatywną będzie uzasadniona i podjęta w odpowiednim czasie, jeśli zastosuje się podejście oparte na problemach, a nie na rokowaniu. W przeciwnym razie terminalny okres choroby, kiedy potrzeba wsparcia i opieki paliatywnej się zwiększa, pozostaje często niezauważo-

ny mimo występowania czynników wskazujących na niekorzystne rokowanie. Ma to wpływ na możliwość zaplanowania terapii w zgodzie z wolą pacjenta, dzięki czemu można uniknąć niepotrzebnych hospitalizacji i prowadzić opiekę w domu lub hospicjum.

Postępowanie w przypadku najczęściej spotykanych objawów

Umiejętności potrzebne do opanowania objawów w przewlekłej niewydolności serca i przewlekłej chorobie płuc są takie same jak w przypadku pacjentów z chorobą nowotworową, co szczegółowo opisano w innych pracach.^{10,11} Najczęstsze objawy to duszność (tab. 1)^{12,13} i ogólne osłabienie. Ból, zazwyczaj spowodowany chorobami współistniejącymi, również może stanowić istotny problem. Częstym zaburzeniem, wspólnym dla przewlekłej niewydolności serca i przewlekłej choroby płuc, jest depresja. Wiąże się z gorszym rokowaniem, jeśli chodzi o umieralność czy konieczność hospitalizacji, wzrostem zachorowalności u opiekunów pacjenta i jego mniejszym zaangażowaniem w proces samoleczenia.

Tabela 2. Problemy swoiste dla chorych z przewlekłą chorobą płuc

Problem	Wpływ na postępowanie
Przewlekła niereagująca na leczenie duszność – występuje bardzo często (do 90% chorych z zaawansowaną przewlekłą chorobą płuc). Stwierdza się ją również często w przewlekłej niewydolności serca, choć duszność spoczynkowa lub przy minimalnym wysiłku nie stanowi zwykle istotnego problemu aż do rozwoju schyłkowej fazy choroby (klasa IV wg NYHA)	<ul style="list-style-type: none"> • Czynniki ryzyka hospitalizacji • Prowadzi do izolacji społecznej pacjenta i opiekunów będących często w podeszłym wieku • Częstsza potrzeba sedacji w fazie terminalnej choroby • Nierzadkie trudności w leczeniu paliatywnym • Powtarzające się stany lękowe u pacjenta i jego opiekunów, które zwiększają potrzebę otrzymywania pomocy „poza godzinami pracy” • Wymagające motywacji i pewnego wysiłku interwencje nefarmakologiczne stanowią najskuteczniejszą formę leczenia paliatywnego
Niewielkie możliwości leczenia choroby zasadniczej	<ul style="list-style-type: none"> • Nieuniknione pogarszanie się stanu pacjenta • Mniejsza nadzieja dla pacjenta i jego opiekunów • Zazwyczaj niedoceniana przez klinicystów rola leczenia nefarmakologicznego • Zbyt późne rozpoczynanie samoleczenia i brak zachęty do jego stosowania
Mniejsza wiedza na temat przewlekłej choroby płuc w społeczeństwie	<ul style="list-style-type: none"> • Ból wywołuje współczucie (za którym nie zawsze idzie dostateczna pomoc) • W pacjentach nasila się poczucie winy (świadomość, że choroba wynika z palenia papierosów, a więc została wywołana przez samego pacjenta) • Duszność nie jest postrzegana jako poważny objaw
Zespoły medyczne niechętnie rozpoznają schyłkową fazę choroby, co uniemożliwia stworzenie właściwego planu postępowania (<i>advance care planning</i>) (problem ten dotyczy również chorych z przewlekłą niewydolnością serca, którzy są rzadziej przyjmowani na oddziały intensywnej opieki celem wentylacji, jeśli wcześniej uzna się to za nieuzasadnione)	<ul style="list-style-type: none"> • Nieadekwatne zastosowanie metod intensywnej terapii, jak sztuczna wentylacja czy stymulacja układu oddechowego

NYHA – New York Heart Association

Problemy swoiste dla chorych z przewlekłą niewydolnością serca

W procesie leczenia kardiologicznego i jego optymalizacji bardzo ważną rolę odgrywają pielęgniarki specjalizujące się w opiece nad pacjentami z niewydolnością serca.

Urządzenia wszczepialne

Dla chorych z zaawansowaną przewlekłą niewydolnością serca niezwykle istotne może być zastosowanie urządzeń wszczepialnych (np. urządzeń wspomagających pracę lewej komory [LVAD – *left ventricular assist devices*]) lub przeprowadzenie interwencji zabiegowych, wśród których należy wymienić:

- terapię resynchronizującą (CRT – *cardiac resynchronisation therapy*),¹⁴
- zabiegi kardiologiczne z powodu wad zastawkowych,
- ablację z powodu migotania przedsionków,
- transplantację serca.

Nasilenie dolegliwości u takich pacjentów jest zwykle znaczne, toteż mimo możliwości prowadzenia tylko farmakoterapii, leczenie skojarzone z interwencjami zabiegowymi czy implantacją urządzeń często przynosi dodatkowe korzyści. W stadium terminalnym wszczepialny kardiowerter-defibrylator należy przeprogramować w tryb stymulacji na żądanie bez możliwości wyładowań, których wyzwalanie może powodować dodatkowe cierpienia.¹⁵ Należy też zapewnić chorego, że wyłączenie pewnych funkcji kardiowertera-defibrylatora nie oznacza „wyłączenia serca” i nie doprowadzi do natychmiastowego zgonu.

Leki moczopędne

Wraz z postępem niewydolności serca może się rozwinąć oporność na pętlowe leki moczopędne. Ich skuteczność można poprawić, podając diuretyk pętlowy we wlewie ciągłym.¹⁶ Dołączenie tiazydowego leku moczopędnego (np. bendroflumetazydu czy metolazonu [oba leki niedostępne w Polsce, dostępne u nas leki tej grupy to: hydrochloro-

tiazyd, indapamid, chlortalidon – przyp. red.]) może ułatwić korekcję przewodnictwa, ale w schyłkowej fazie choroby dzieje się to często kosztem pogorszenia czynności nerek. Leki z grupy antagonistów aldosteronu, np. spironolakton, jeśli są dobrze tolerowane, powinny stanowić element farmakoterapii. Stosowanie furosemidu w ciągłym podskórnym wlewie jest alternatywną drogą podawania leku, którą można wykorzystać w warunkach domowych.^{17,18}

Polipragmazja

Ponieważ w miarę postępu niewydolności serca pacjenci muszą przyjmować coraz więcej leków, mogą uznać to za uciążliwe, toteż wskazana jest racjonalizacja terapii. Jeśli wartości ciśnienia tętniczego na to pozwalają, należy kontynuować podawanie podstawowych leków stosowanych w terapii niewydolności serca (inhibitory ACE, sartany), nawet w zredukowanych dawkach, udowodniono bowiem, że ułatwiają one kontrolę objawów i wydłużają przeżycie. W przypadku wątpliwości co do korzyści z przyjmowania któregoś z leków należy skonsultować się z kardiologiem. Decyzja o kontynuowaniu lub zaprzestaniu przyjmowania warfaryny może być utrudniona z uwagi na obawy pacjentów związane ze zwiększonym ryzykiem udaru mózgu. Ze względu na postęp choroby i spowodowaną zastójem zaburzoną czynność wątroby kontrola INR staje się coraz trudniejsza, co wraz z upośledzeniem poruszania się i ryzykiem upadków niesie groźbę urazu głowy i krwawienia wewnątrzczaszkowego.

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

Powodzenie wcześniejszej resuscytacji krążeniowo-oddechowej, kiedy choroba była mniej zaawansowana, może rodzić fałszywe przekonanie, że takie postępowanie u pacjentów ze schyłkową niewydolnością serca również będzie skuteczne. Aktualne wytyczne nie obligują do przedyskutowania wcześniej z pacjentem kwestii podjęcia interwencji, które mogą nie zmienić przebiegu choroby i będą daremne. Jest jednak dobrym zwyczajem zapytać chorego i jego opiekunów podczas rozmowy na temat zaawansowania choroby i celów leczenia o ich oczekiwania co do możliwych opcji terapeutycznych.¹⁹ Taka dyskusja jest kluczowa przy planowaniu miejsca opieki i pozwala uniknąć niepotrzebnych hospitalizacji.

Problemy swoiste dla chorych z przewlekłą chorobą płuc (tab. 2)

Duszność

Najistotniejszym objawem u pacjentów z przewlekłą chorobą płuc jest duszność. Stanowi ona czynnik ryzyka hospitalizacji w trybie pilnym, sedacji w fazie terminalnej i jest źródłem niepokoju opiekunów. Podobnie jak problem bólu, który był niedostrzegany u pacjentów z chorobą nowotworową aż do drugiej połowy XX w., również duszność wydaje się „niewidzialna” lub „nie do uniknięcia”. Prowadzi to do nihilizmu terapeutycznego, który trwa aż do czasu, gdy wyczerpanie i niepokój chorego oraz jego rodziny staną się powodem przyjęcia na oddział szpitalny. Sytuację tę pogarsza fakt, że pacjenci z zaawansowaną przewlekłą chorobą płuc niechętnie idą do przychodni czy lekarza rodzinnego, co skutkuje nierozpoznaniami objawów aż do drastycznego ich nasilenia.⁷ Bar-

dzo ważne jest, aby wszystkie osoby zaangażowane w opiekę nad pacjentem z tej grupy pytały o duszność i ją leczyły (tab.1).

Osoby zajmujące się opieką paliatywną mogą łatwo rozpoznać duszność i udzielić pomocy zarówno w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych. Oprócz specjalistycznej porady na temat kontroli objawów mogą również zaoferować krótkie przyjęcie na oddział celem kontroli objawów, pobyt dzienny w hospicjum, opiekę wolontariuszy, pomoc na zasadzie „domowego hospicjum” oraz wsparcie dla opiekunów, a także pomoc w załatwieniu formalności pogrzebowych. W ramach opieki paliatywnej mogą funkcjonować zespoły ukierunkowane na leczenie duszności,²⁰ które współpracują z zespołami pulmonologicznymi, a ich celem jest zmniejszenie nasilenia tego uciążliwego objawu. Ważną rolę odgrywa edukacja pacjenta oraz jego opiekunów w zakresie postępowania w duszności (www.cuh.org.uk/breathlessness).

Jeśli ukierunkowana na objawy opieka paliatywna, w tym wsparcie socjalne, zostanie wdrożona dostatecznie wcześnie, kiedy duszność jest nienasilona i względnie mało uciążliwa, wówczas bliscy, którzy opiekują się chorym (często sami w podeszłym wieku i bez zapewnionego dostatecznego wsparcia), mogą funkcjonować i radzić sobie znacznie lepiej, niż gdy przyjmują postawę stoickiej akceptacji i muszą stawić czoło niewidocznemu dla otoczenia wyczerpaniu, desperacji i nieplanowanym przyjęciom do szpitala. Powinny istnieć lokalnie ustalone zasady, na podstawie których wybierano by z zespołu zajmującego się opieką paliatywną osobę najlepiej nadającą się do koordynacji tego typu działań.

Rozpoznawanie zbliżającej się śmierci może być trudne, dodatkowo istnieje ryzyko, że zostaną podjęte niepotrzebne i nieskuteczne zabiegi z zakresu intensywnej terapii, jak wentylacja mechaniczna czy pobudzanie układu oddechowego.

Kluczowe zagadnienia

Pacjenci z przewlekłą niewydolnością serca lub przewlekłą chorobą płuc mniej wiedzą na temat swojej choroby, mają mniejszy wybór, jeśli chodzi o opiekę paliatywną, i bardziej ograniczony do niej dostęp w porównaniu z pacjentami z chorobą nowotworową.

Większość problemów związanych z opieką paliatywną u tych chorych może rozwiązać zespół leczący pacjenta. Wszystkie osoby zaangażowane w terapię powinny opanować umiejętności i wiedzę z zakresu medycyny paliatywnej oraz mieć odpowiednie zdolności komunikacyjne.

Stwierdzenie złożonych i uporczywych problemów (np. nie reagujący na leczenie ból, ciężka duszność) powinno skłaniać do skierowania pacjenta do specjalisty z dziedziny opieki paliatywnej – nie dotyczy to wyłącznie chorych umierających.

Rozpoznawanie zbliżającej się śmierci może być trudne i wiąże się z ryzykiem niepotrzebnych i nieskutecznych interwencji.

Duszność jest lekceważonym i niezauważalnym objawem, który stanowi czynnik ryzyka hospitalizacji w trybie pilnym oraz źródło niepokoju u osób sprawujących opiekę nad chorym.

Wnioski

Wszystkie osoby zaangażowane w terapię chorych z przewlekłą niewydolnością serca lub przewlekłą chorobą płuc powinny opanować odpowiednie umiejętności i wiedzę z zakresu medycyny paliatywnej oraz mieć zdolności komunikacyjne. Konieczne jest przeprowadzenie pełnej oceny sytuacji chorego, a następnie zaangażowanie odpowiednich zespołów w celu udzielenia wsparcia i zapewnienia opieki paliatywnej. Mimo że u poszczególnych chorych można rozpoznać czynniki złego rokowania, to podejście oparte na problemach powinno zapobiec „paraliżowi prognostycznemu”. Większość problemów z zakresu opieki paliatywnej dotyczących pacjentów z zaawansowaną chorobą układu krążenia lub oddechowego powinien umieć rozwiązać zespół medyczny leczą-

cy chorego. Jednak gdy mamy do czynienia z problemami złożonymi lub uporczywymi (np. ból niereagujący na leczenie, ciężka duszność), należy skierować pacjenta do opieki paliatywnej. Zespoły opieki paliatywnej mogą udzielać pomocy doraźnej chorym z zaawansowaną chorobą układu krążenia lub oddechowego, ponieważ ich stan ciągle się zmienia, a zaostrzenia często można szybko opanować. Dzięki ciągłej współpracy zespołów opieki paliatywnej z zespołami kardiologicznymi i pulmonologicznymi chorzy mają zapewnioną najlepszą opiekę.

Adres do korespondencji: Dr M. Johnson, St Catherine's Hospice, Throxenby Lane, Scarborough, N Yorks YO12 5RE, UK. E-mail: miriam.johnson@hym.ac.uk

© Copyright 2010 Royal College of Physicians i Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

Piśmiennictwo:

1. Levenson JW, McCarthy EP, Lynn J, et al. The last six months of life for patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(5 Suppl):S101-9.
2. McKinley RK, Stokes T, Exley C, Field D. Care of people dying with malignant and cardiorespiratory disease in general practice. *Br J Gen Pract* 2004;54:909-13.
3. Murray SA, Boyd K, Kendall M, et al. Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community. *BMJ* 2002;325:929.
4. Hinton JM. The physical and mental distress of the dying. *Q J Med* 1963;32:1-21.
5. Rogers AE, Addington-Hall JM, Abernethy AJ, et al. Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study. *BMJ* 2000;321:605-7.
6. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005;330:1007-11.
7. Gysels M, Higginson IJ. Access to services for patients with chronic obstructive pulmonary disease: the invisibility of breathlessness. *J Pain Symptom Manage* 2008;36:451-60.
8. Gysels MH, Higginson IJ. Caring for a person in advanced illness and suffering from breathlessness at home: threats and resources. *Palliat Support Care* 2009;7:153-62.
9. Department of Health. The National Service Framework (NSF) for coronary heart disease (CHD): modern standards and service models. London: DH, 2000.
10. Johnson MJ. Management of end stage cardiac failure. *Postgrad Med J* 2007;83:395-401.
11. Cartwright Y, Booth S. Extending palliative care to patients with respiratory disease. *Br J Hosp Med* 2010;71:16-20.
12. Booth S. End of life care for the breathless patient. *General Practice Update* 2009;2:39-43.
13. Rucker G, Horton R, Currow D, et al. Palliation of dyspnoea in advanced COPD: revisiting a role for opioids. *Thorax* 2009;64:910-5.
14. Abdulla J, Haarlo J, Kober L, Torp-Pedersen C. Impact of implantable defibrillators and resynchronization therapy on outcome in patients with left ventricular dysfunction – a meta-analysis. *Cardiology* 2006;106:249-55.
15. Goldstein NE, Lampert R, Bradley E, et al. Management of implantable cardioverter defibrillators in end-of-life care. *Ann Intern Med* 2004;141:835-8.
16. Martin SJ, Danziger LH. Continuous infusion of loop diuretics in the critically ill: a review of the literature. *Crit Care Med* 1994;22:1323-9.
17. Goenaga MA, Millet M, Sanchez E, et al. Subcutaneous furosemide. *Ann Pharmacother* 2004;38:1751.
18. Verma AK, da Silva JH, Kuhl DR. Diuretic effects of subcutaneous furosemide in human volunteers: a randomized pilot study. *Ann Pharmacother* 2004;38:544-9.
19. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation: a joint statement from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. London: BMA, 2007.
20. Booth S, Farquhar M, Gysels M, Bausewein C, Higginson IJ. The impact of a breathlessness intervention service (BIS) on the lives of patients with intractable dyspnea: a qualitative phase 1 study. *Palliat Support Care* 2006;4:287-93.



Komentarz:

lek. Piotr Niewiński
Klinika Kardiologii, Ośrodek Chorób Serca, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław

Johnson i Booth opisują różne aspekty opieki paliatywnej nad pacjentem z zaawansowaną chorobą serca i płuc. Organizacja systemu opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii, czyli NHS (*National Health Service*), różni się znacząco od polskiej. W Wielkiej Brytanii planowanie opieki nad pacjentem ze złożonym problemem, wykraczającym poza ramy jednej specjalizacji (np. chorobą wymagającą opieki paliatywnej), rozpoczyna się już w szpitalu podczas konsyliów MDT (*multidisciplinary team*). W przypadku pacjentów ze schorzeniami wymagającymi opie-

ki paliatywnej biorą w nich udział przedstawiciele zespołów lekarskiego i pielęgniarskiego, fizjoterapeuci, dietetycy oraz pracownicy socjalni. Podjęte przez nich decyzje są realizowane po opuszczeniu przez chorego szpitala. Pacjent ma więc zapewnioną pomoc nie tylko medyczną, ale i związaną z różnymi potrzebami dnia codziennego. Jeśli jest to uzasadnione, organizuje się opiekę długoterminową w hospicjum czy domu opieki. Możliwe jest też uzyskanie pomocy w przystosowaniu do potrzeb opieki paliatywnej domu chorego (tóżko, odpowiednie urządzenia sanitarne itp.). Należy podkreślić szczególnie istotną rolę opieki pielęgniarskiej. W Wielkiej Brytanii pracują m.in. specjalnie przeszkolone pielęgniarki zajmujące się pacjentami z chorobą nowotworową (*Macmillan nurses*) oraz pielęgniarki wyspecjalizowane w prowadzeniu opieki w określonych stanach chorobowych (*specialist nurses*), jak np. niewydolność serca czy przewlekłe choroby płuc. Mają one wysokie kwalifikacje i dużą autonomię w podejmowaniu decyzji terapeutycznych (np. dawkowanie leków). Opieka ambulatoryjna opiera się więc na wspólnej pracy wielu zespołów, których koordynacją zajmuje się lekarz rodzinny (GP – *general practitioner*). Istnieją również ośrodki opieki dziennej, w których oprócz opieki medycznej można uzyskać wsparcie psychologiczne i duchowe.



Komentarz:
dr hab. med. Tomasz Zieliński
prof. nadzw. Instytutu Kardiologii
Klinika Niewydolności Serca
i Transplantologii, Warszawa

Redakcja „Medycyny po Dyplomie”, poświęcając sympozjum zagadnieniom medycyny paliatywnej, podjęła się niezwykle ważnego zadania – upowszechnienia zasad opieki paliatywnej nad pacjentami z nienowotworowymi chorobami przewlekłymi o złym rokowaniu, takimi jak niewydolność serca czy niewydolność oddechowa, i wskazania problemów, z jakimi mamy do czynienia w tym zakresie.

Przez wiele lat opiekę paliatywną jednoznacznie kojarzono z opieką nad chorymi w schyłkowej fazie choroby nowotworowej, w związku z czym większość metod postępowania i rozwiązań organizacyjnych wywodzi się z doświadczeń dotyczących tej grupy pacjentów. Współczesne rozumienie zadań medycyny paliatywnej nie ogranicza się do opieki terminalnej. Uważa się bowiem, że pewne działania z tego zakresu należy podjąć już w momencie rozpoznania zaawansowanej niewydolności serca, której leczenie przyczynowe jest niemożliwe.

W przypadku pacjentów z chorobą nowotworową istnieje zwykle ostra cezura czasowa między zaprzestaniem terapii, której celem jest ograniczenie rozrostu nowotworu (chemioterapia, radioterapia), a prowadzeniem tylko leczenia paliatywnego. Stosowane w terapii niewydolności serca leki, tj. inhibitory ACE, diuretyki czy antagoniści receptorów β -adrenergicznych, poprawiają przeżycie i łagodzą objawy choroby. Tylko w przypadku dożylnego podawania katecholamin złagodzenie objawów uzyskuje się kosztem ryzyka skrócenia przeżycia.

Bardzo trafna jest obserwacja autorek, że pacjenci z niewydolnością serca i ich rodziny zwykle niewiele wiedzą na temat rokowania, a przebieg choroby, w której objawy nasilają się okresowo, rodzi w nich nadzieję, że właściwa terapia może przywrócić wcześniejszą sprawność. Co więcej, z uwagi na to, że bardzo trudno jest określić moment, w którym niewydolność serca wchodzi w okres terminalny, pacjenci, ich bliscy, a nawet sami lekarze oczekują, że terapia doprowadzi nie tylko do złagodzenia objawów, ale też do wyleczenia.

Tej grupie chorych i ich rodzinom zbyt rzadko przedstawia się w sposób pełny ograniczenia leczenia przyczynowego i możliwości wykorzystania terapii paliatywnej. Brak właściwie zorganizowanej, fachowej opieki nad chorymi w warunkach domowych, minimalny dostęp do opieki hospicyjnej i trudne do

zaakceptowania objawy (głównie duszność) sprawiają, że rodzina chorego szuka pomocy w pogotowiu ratunkowym lub na oddziale szpitalnym. W Polsce pacjenci z niewydolnością serca spędzają ostatnie miesiące życia, podróżując między domem a szpitalną izbą przyjęć i salą szpitalną.

Ostatnio problemy związane z opieką paliatywną nad chorymi z niewydolnością serca w Polsce opisano nie tylko na łamach pism poświęconych medycynie paliatywnej,¹ ale również w podręczniku kardiologii² i monografii poświęconej niewydolności serca.³ Warto też przypomnieć, że nie istnieją już istotne ograniczenia administracyjne uniemożliwiające kierowanie chorych z niewydolnością serca do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wśród schorzeń, które mogą stanowić podstawę do skierowania, wymienione są kardiomiopatie (ICD 10 – I42, I43).⁴ Niestety, w praktyce dostępność tej opieki nadal jest minimalna.

Postęp cywilizacyjny powoduje, że zwiększa się liczba pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca, szczególnie w wieku podeszłym, u których możliwości terapii przyczynowej są ograniczone. Rodzi się też coraz więcej problemów z pogranicza etyki, prawa, medycyny i opieki paliatywnej, które trzeba rozwiązać. Wśród nich można wymienić: określenie przez chorego woli co do zakresu postępowania medycznego w przypadku niemożności podejmowania świadomej decyzji („testament medyczny”), określenie warunków podejmowania uporczywych działań podtrzymujących życie i ich zakresu (np. warunki wyłączenia funkcji defibrylacji wszczepionego kardiowertera-defibrylatora).

Na koniec pozwolę sobie przytoczyć podstawowe tezy zawarte w wykładzie profesor socjologii Julii M. Addington-Hall, wygłoszonym w trakcie konferencji European Union Geriatric Medicine Society w 2009 r. w Glasgow,⁵ charakteryzujące „dobrą śmierć”. Jest to śmierć, do której są potrzebne:

- wiedza, że nadchodzi;
- utrzymanie kontroli nad tym, co się dzieje, oraz zachowanie godności i prywatności;
- kontrola bólu i innych objawów;
- dostęp do informacji, duchowego i emocjonalnego wsparcia oraz hospicjum;
- decydowanie o tym, kto jest obecny;
- wyrażenie woli w formie decyzji, które będą respektowane;
- wystarczająca ilość czasu na pożegnanie;
- umiejętność odejścia, kiedy nadchodzi czas.

Spełnienie tych warunków powinno być jednym z celów opieki nad pacjentami w stanie terminalnym, w tym nad chorymi z niewydolnością serca.

Piśmiennictwo:

1. Sobański P, Stec S, Opolski G. Niewydolność serca jako cel dla medycyny paliatywnej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2009;3:2:69-73.
2. Szczeklik A, Tendera M. *Kardiologia*. Wyd. 1. Medycyna Praktyczna, Kraków 2010.
3. Podolec P, Jankowska EA, Ponikowski P, Banasiak W. *Przewlekła niewydolność serca*. Wyd. 1. Medycyna Praktyczna, Kraków 2010.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. *DzU* 139 poz. 1138.
5. Wiczerowska-Tobis K. *Medycyna paliatywna i opieka u schyłku życia u osób starszych*. *Geriatrics* 2009;3:133-138.



Komentarz:

dr hab. med. Adam Antczak

**Katedra i Klinika Pulmonologii i Alergologii,
UM, Łódź**

Artykuł, który Państwo przeczytali, poświęcony jest bardzo ważnemu problemowi opieki paliatywnej nad pacjentami z niewydolnością serca i przewlekłymi ciężkimi chorobami układu oddechowego. To tematyka zupełnie nieznaną w Polsce. Nawet opieka paliatywna w przypadku pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową nie jest w pełni dostępna, a objęcie nią innych pacjentów to już zupełna abstrakcja. A jak podkreślają we wstępie autorki, chorzy na przewlekłą niewydolność serca i przewlekłe choroby układu oddechowego mogą odczuwać niezwykle cierpienie. Sam w swej pracy klinicznej spotkałem się z prośbami o eutanazję chorych na ciężkie postaci przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), a rzadziej na chorobę nowotworową. Przewlekła ciężka niewydolność serca czy POChP wiążą się bowiem z uczuciem braku powietrza, które nie ustępuje mimo stosowania leków. Dusznosc stopniowo narasta, odbierając chorym resztki woli przetrwania.

Niestety, społeczeństwo i środowisko medyczne łatwiej odpowiadają na potrzeby chorych na nowotwór. Pozostawionych pacjentów natomiast nie kieruje się na leczenie paliatywne. W naszym kraju mają oni prawie całkowicie ograniczony do niego dostęp w porównaniu z pacjentami z chorobą nowotworową.

Artykuł opiera się na wiedzy i doświadczeniu zdobywanym w brytyjskich zakładach opieki zdrowotnej w ramach finansowania przez NHS (*National Health Service*). Tamtejszy system, choć często krytykowany, również przez bardzo licznych przybyszów z Polski, jest o wiele lepiej rozwinięty i, co najważniejsze, przyjazny dla pacjentów z przewlekłymi chorobami. System opieki ambulatoryjnej w Wielkiej Brytanii w dużym stopniu opiera się na działaniu potężnie rozwiniętych służb socjalnych ściśle współpracujących z ambulatoryjną opieką pielęgniarską. Ogromna rola przypada pielęgniarkom środowiskowym, specjalizującym się w opiece nad pacjentami z konkretną chorobą, np. POChP. Zadaniem lekarza jest prowadzenie optymalnej terapii choroby podstawowej.

Klucz do sukcesu, jakim jest ulżenie w cierpieniu pacjentowi z niewydolnością serca i przewlekłymi chorobami płuc, stanowi praca zespołu. Jego członkowie kontrolują objawy, rzetelnie edukują chorego i udzielają mu psychicznego i socjalnego wsparcia. Pojawiające się problemy powinny być rozwiązywane przez zespół leczący w porozumieniu z pracownikami podstawowej opieki zdrowotnej i zespołem opieki paliatywnej. Dzięki takiemu współdziałaniu możliwe jest prowadzenie odpowiedniego leczenia.

Autorki jakże trafnie piszą: „decyzja o skierowaniu do opieki paliatywnej będzie uzasadniona i podjęta w odpowiednim czasie, jeśli zastosuje się podejście oparte na problemach, a nie na rokowaniu”. To właśnie postępowanie paliatywne oparte na problemie, a nie rokowaniu, powinno determinować myślenie o pacjentach z ciężkimi postaciami chorób przewlekłych. Przesłanie tej pracy jest bardzo jasne: opieka paliatywna powinna być dostępna nie tylko dla umierających. Przewlekłe chorzy, którzy borykają się ze złożonymi i wymagającymi wsparcia problemami, również mają do niej prawo.