

# Czy wykonywanie skazanej z góry na niepowodzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej jest zawsze niewłaściwe?

Robert D. Truog, MD

Departments of Anaesthesia and of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School; the Division of Critical Care Medicine, Children's Hospital Boston, Boston, USA

Is It Always Wrong to Perform Futile CPR?  
N Engl J Med. 2010;362:477-479

Tłum. dr n. med. Anna Bronowicz

Dział koordynowany przez prof. dr. hab. med. Tomasza Pasierskiego



Patient-Oriented  
Medicine

Wtoczącej się debacie nad typami opieki medycznej, do jakich uprawnieni są pacjenci, wszyscy są zgodni co do tego, że należy unikać postępowania nieprzynoszącego korzyści. Choć tego typu postępowanie trudno zdefiniować, w niektórych sytuacjach doświadczeni lekarze mogą być pewni, że próby podejmowania resuscytacji krążeniowo-oddechowej będą nieskuteczne. Wiele osób uważa, że w takich przypadkach szpitale powinny przyjąć strategię postępowania, która umożliwi lekarzom odmówienie podejmowania resuscytacji krążeniowo-oddechowej mimo nalegania rodziny.

Kilka lat temu opiekowałem się 2-letnim chłopcem, który urodził się z przepukliną mózgową. Przeszedł zabieg chirurgiczny, ale wystąpiły u niego zaburzenia neurologiczne dużego stopnia. Zespół kliniczny stale przekonywał rodziców, że u chłopca nigdy nie nastąpi znaczący rozwój neurologiczny. Zalecaliśmy zmianę jego leczenia, tak aby zapewnić mu komfort i opiekę paliatywną. Rodzice odrzucali wszystkie tego typu sugestie. Ponieważ chłopca często przyjmowano na oddział intensywnej opieki medycznej, gdzie pracuję jako lekarz, poznałem jego rodzinę dość dobrze. Mimo że nie ustawano w wysiłkach, by ją wspierać i uzyskać zgodę na ograniczenie agresywnego leczenia, rodzice wciąż nalegali, aby robiono wszystko, co możliwe.

Dobrze pamiętam wieczór, kiedy kilka minut po wywołaniu „błękitnego kodu” [*code blue* – natychmiastowe wezwanie zespołu reanimacyjnego praktykowane w szpitalach amerykańskich – przyp. red.] przez szpitalny interkom obserwowałem, jak przewożono tego małego chłopca przez drzwi oddziału intensywnej opieki medycznej. Był biały jak kreda i nie dawał oznak życia;

myślałem, że już prawdopodobnie nie żyje. Pamiętając jednak nieustępliwą odmowę jego ojca wydania zalecenia o niepodejmowaniu resuscytacji (DNR – *do not resuscitate*), poinstruowałem personel, by rozpoczął tę procedurę. Prowadziliśmy wentylację chłopca przez tracheostomię i podejmowaliśmy liczne nieudane próby uzyskania centralnego dostępu dożylnego lub doszpicowego. Po może 15 minutach poprosiłem personel o zakończenie resuscytacji i oświadczyłem, że chłopiec nie żyje. Po tym, co się właśnie wydarzyło, czuliśmy się źle. Jedna z pielęgniarek powiedziała mi później, że było to tak wstrząsające, że z trudem powstrzymywała odruchy wymiotne.

Poszedłem porozmawiać z rodzicami. Przybyli do szpitala wkrótce po wywołaniu „błękitnego kodu” i trzymali teraz w ramionach swojego chłopczyka. Byłem przekonany, że usłyszę pełną złości tyradę z oskarżeniami, że nie udało nam się utrzymać ich syna przy życiu. Zamiast tego atmosfera była nadzwyczaj spokojna i smutna, ponieważ zaczęli opłakiwać swoje utracone dziecko, jak czynią to wszyscy rodzice w takiej sytuacji. Najbardziej zaskoczyło mnie jednak, kiedy ojciec rozpiął koszulkę syna, odkrywając wszystkie ślady po nakłuciach i siniaki powstałe podczas nieudanych prób uzyskania dostępu do żyły podobojczykowej. Popatrzył na mnie i powiedział: „Chcę panu podziękować. Widzę, że naprawdę próbowaliście; nie poddaliście się bez walki, aby pozwolić mu umrzeć”.

Jest wiele powodów, dla których moja decyzja powzięta owego wieczoru, aby próbować resuscytacji, mogła być niewłaściwa. Mamy etyczne zobowiązania wobec pacjentów, nie wobec ich rodzin. Z pewnością nie powinniśmy nigdy wyrządzać krzywdy pacjentowi dla korzyści in-



nych osób. Wydaje się natomiast, że w tym przypadku właśnie tak postąpiliśmy – zaangażowani w daremne i brutalne wysiłki resuscytacyjne, aby zjednać sobie rodzinę, która nie akceptowała rzeczywistości takiej, jaką my widzieliśmy. Czy naszymi działaniami wyrządziliśmy dziecku krzywdę?

Nieustanne naleganie tej rodziny na wdrażanie wszystkich podtrzymujących życie form leczenia nie oznaczało, że nie potrafiliśmy doradzać w sprawie właściwego planu leczenia ich dziecka. Jesteśmy w tym tak samo dobrzy jak w resuscytacji. Czy byliśmy więc zobowiązani do niezważania na ich żądania i wycofania się z bezowocnych wysiłków resuscytacyjnych? Czy nasze przyzwolenie na ich nierozważne żądania mogło być mylącą informacją dla społeczeństwa sugerującą, że jesteśmy gotowi zmieniać nasze medyczne standardy i stosować bezużyteczne leczenie w zerknięciu z nieprzejednanymi rodzinami?

Jeśli weźmie się pod uwagę już i tak duże obciążenie pracą lekarzy i pielęgniarek, czy racjonalne jest odciąganie najstarszych i najbardziej doświadczonych lekarzy szpitala od ich obowiązków, aby angażować ich w „udawaną” procedurę, potencjalnie narażając innych pacjentów? Czy źle odegrałem swoją kierowniczą rolę na oddziale intensywnej opieki medycznej poprzez udział w działaniu, które stało się plagą współczesnej intensywnej opieki medycznej?

Zastanawiałem się nad tym wszystkim przez lata. Wiem, że nie potrafię przekonująco odpowiedzieć na większość z powyższych pytań. Rozumiem argumenty przeciwko temu, co zrobiłem. Po rozważeniu wszystkiego wciąż jednak wierzę, że tego wieczoru postąpiliśmy słusznie wobec tego pacjenta i jego rodziny.

Większość rodzin pragnie, aby ich ukochani bliscy mieli spokój i komfort, kiedy nadchodzi śmierć. Część pacjentów i ich rodziny nie podziela jednak tej wizji „dobrej śmierci”. Dla niektórych bardzo ważna jest wiara, że walczyli do samego końca. Może to dotyczyć zwłaszcza tych rodzin, które – jak ta opisana powyżej – mogą być zmuszone do szczegółowego opowiedzenia o śmierci swego ukochanego bliskiego przyjacielom i krewnym w częściach świata, gdzie nowoczesna intensywna opieka medyczna nie istnieje, dla których decyzja o „poddaniu się” mimo dostępności takich, mogłoby się wydawać, nieograniczonych technologii medycznych byłaby uznana za złą i nie do przyjęcia.

Choć interes pacjenta zawsze stanowi podstawową wartość, u kresu jego życia zdarza się, że zaczyna on schodzić na drugi plan, ponieważ wzmacnia się interes rodziny. U członków rodziny przez lata mogą być widoczne psychologiczne skutki decyzji podjętych w ostatnich chwilach życia ukochanej osoby i żal. W takich sytuacjach pragnienia rodziny pacjenta mogą mieć pierwszeństwo. Kiedy rozpoczynaliśmy resuscytację, wierzyłem, że to dziecko było już poza progiem cierpienia, podczas gdy psychologiczne po-

trzeby jego rodziców były istotne z klinicznego i etycznego punktu widzenia.

Czy z takiej historii można wyciągnąć jakąś lekcję? Opinie klinicystów i szpitali na temat etycznych aspektów wykonywania daremnej resuscytacji ze względu na dobro rodziny są podzielone. Nie ma spójności nawet wśród szpitali klinicznych należących do Harvard Medical School. W niektórych strategiach postępowania zezwalają lekarzom odmówić wykonywania resuscytacji krążeniowo-oddechowej, o której z góry wiadomo, że będzie nieskuteczna, podczas gdy w innych wyraźnie odrzuca się takie podejście i nalega na uzyskanie oświadczenia od pacjenta lub rodziny oznaczającego wolę niepodjęcia czynności resuscytacyjnych (DNR).

Każde podejście może być zbyt ograniczające. Nigdy nie należy wykonywać nieprzynoszącej korzyści resuscytacji, która spowoduje znaczące cierpienie, lub kiedy żądania rodziny stoją w sprzeczności z interesem pacjenta. Nie powinno się angażować pracowników szpitala w prowadzenie nieprzynoszącej korzyści opieki medycznej, jeśli istnieje realne zagrożenie dla zdrowia innych pacjentów. Co więcej, tak jak podczas każdej akcji reanimacyjnej lekarze powinni kierować się własną oceną sytuacji klinicznej i rozważyć przy podejmowaniu o długości i intensywności procedur resuscytacyjnych.

W medycynie podejmowanie decyzji prawdopodobnie stanie się jeszcze bardziej złożone, ponieważ na praktykę kliniczną w coraz większym stopniu będą wpływać algorytmy postępowania, wyniki badań naukowych i analizy porównawcze skuteczności określonych metod leczenia. Działania towarzyszące momentowi śmierci mają wymiar wysoce symboliczny i często członkowie rodziny pacjenta przywiązują do nich dużą wagę. Zgoda na daremną resuscytację nie oznacza, że lekarze mogą być zmuszani do wykonywania procedur sprzecznych z oceną medyczną, ale jest dla społeczeństwa sygnałem, że nasze szpitale traktują pacjentów i ich rodziny z szacunkiem i troszczą się o ich indywidualne potrzeby. Przesłaniem dla naszych kolegów lekarzy i pielęgniarek nie jest zatem to, że mogą być obligowani do przeprowadzenia u swoich pacjentów brutalnych i niepotrzebnych procedur, ale raczej, że – w niewielkiej liczbie przypadków – wykonywanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej z góry skazanej na niepowodzenie może być aktem szczerzej troski i współczucia. Daremna resuscytacja ma ograniczone, ale uzasadnione miejsce w praktyce medycznej.

Oświadczenie

Nie zgłoszono potencjalnego konfliktu interesów w związku z tym artykułem.

From The New England Journal of Medicine 2010;362:477-479. Translated and reprinted in its entirety by permission of the Massachusetts Medical Society. Copyright 2010 © Massachusetts Medical Society. All Rights Reserved.