

Małgorzata Krajnik

Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (Chair and Department of Palliative Care, The Ludwik Rydygier University of Medical Sciences, Bydgoszcz, Poland)

Jak umierają chorzy na raka płuca?

Dying scenarios in lung cancer patients

Streszczenie

Przebieg choroby nowotworowej, w przeciwieństwie do innych schorzeń, w większości przypadków pozwala na przewidywanie zbliżania się okresu umierania. Wyniki prospektywnych badań jakościowych, dotyczących chorych na raka płuca w ostatnich miesiącach życia przemawiają za dokonującym się w nich procesem dojrzewania do śmierci. Proces ten może być ułatwiony lub utrudniony przez sposób prowadzenia pacjenta w okresie aktywnego leczenia onkologicznego. Wśród pacjentów onkologicznych chorzy na raka płuca odczuwają największy dyskomfort wywołany objawami somatycznymi. Najczęstszymi bezpośrednimi przyczynami ich śmierci są zapalenie płuc oraz niewydolności narządowe. Należy starać się przewidzieć i zapobiec trudnym scenariuszom umierania w przebiegu uduszenia lub masywnego krwotoku, a jeśli jest to niemożliwe — ustalić jasny plan postępowania. W artykule przedstawiono możliwości leczenia objawowego i wsparcia ze strony lekarzy dla umierających na raka płuca.

Słowa kluczowe: rak płuca, scenariusze umierania, leczenie objawowe

Abstract

Cancer trajectory, unlike many other diseases, enables us to predict approaching agony. Prospective qualitative studies including lung cancer patients in the last months of life suggest that they undergo specific adaptation to death. The way patients are attended during active anti-cancer therapy may facilitate or disturb the process. Among cancer patients, subjects with lung carcinoma suffer the highest distress as a result of the extensive symptoms they experience. The most common direct causes of death in these patients are pneumonia and organ failure. It is reasonable to predict and prevent the worst dying scenarios of suffocation and/or massive haemorrhage, and if this is impossible, to design a clear management plan. The article presents options for symptomatic treatment as well as methods of physician support in patients dying from lung cancer.

Key words: lung cancer, dying scenarios, symptomatic treatment

Wstęp

Nowotwory płuca i klatki piersiowej są najczęstszą przyczyną śmierci z powodu choroby nowotworowej w Polsce i innych krajach. Oprócz stałego wzrostu zachorowania rośnie także wskaźnik liczby zgonów. Z powodu późnego rozpoznania mniej niż 10% chorych przeżywa ponad 5 lat mimo wdrożonego leczenia onkologicznego [1]. W świetle tych danych epidemiologicznych zadziwia fakt, że piśmiennictwo

Introduction

In Poland, as in other countries, lung and chest neoplasms are the leading cause of death related to malignancy. The steady increase in morbidity has been accompanied by growing mortality. Despite adequate therapy, less than 10% of patients survive for 5 years as a result of late diagnosis [1]. The fact that the literature concerning dying scenarios in lung cancer patients is so scanty may be lost sight of in

Adres do korespondencji (Address for correspondence): dr med. Małgorzata Krajnik
Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej AM im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
e-mail: kizoppal@amb.bydgoszcz.pl



Polska Medycyna Paliatywna 2004, 3, 3, 281–299
Copyright © 2004 Via Medica, ISSN 1644–115X

dotyczące scenariuszy umierania chorych na raka płuca jest bardzo nieliczne. Szczególna uwaga, jaką poświęca się ostatnim tygodniom czy dniom życia chorego, wynika stąd, że okres umierania nie jest po prostu kontynuacją wcześniejszych etapów. Pojawiają się zupełnie nowe problemy i przyczyny cierpienia zarówno dla umierającego, jak i jego najbliższych. W tym okresie chorzy trafiają zazwyczaj pod opiekę lekarzy rodzinnych lub specjalistów medycyny paliatywnej. Onkolodzy i radioterapeuci rzadziej zajmują się umierającymi. Częściej dowiadują się o śmierci swoich pacjentów od ich rodzin, z prasy albo od innych lekarzy bądź też zauważają, że chory przestał przyjeżdżać na wizyty kontrolne. Dlaczego więc podejmuje się temat umierania w artykule skierowanym przede wszystkim do onkologów? Po pierwsze — opieka nad chorym na raka płuca jest pewnego rodzaju *continuum*. Wiele działań podjętych wcześniej (wybór metod onkologicznych, skuteczność leczenia bólu i innych objawów, wsparcie psychoduchowe) wpływa na fazę umierania. To, jak chory umiera, decyduje o ocenie poprzedniego okresu życia, dokonywanej przez niego i najbliższych. Chorzy umierający „źle” mają poczucie utraty sensu i wartości ostatniego okresu życia oraz bezsensowności walki z rakiem. Niełagodzone cierpienie w ostatnich dniach przed śmiercią chorego zapada głęboko w pamięć jego najbliższych na wiele lat. Osoby, u których rozpoznano nowotwór, niejednokrotnie nie chcą poddać się leczeniu onkologicznemu, argumentując, że ich bliskiego długo leczono, a potem i tak umierał w strasznych bólach. Po drugie — chorzy na raka płuca może umrzeć podczas leczenia onkologicznego. Po trzecie — nadal z różnych powodów (problemy socjalne, niedostateczny dostęp do ośrodków opieki paliatywnej) chorzy umierający są hospitalizowani na oddziałach onkologicznych. Nawet w krajach rozwiniętych 30–50% chorych na raka płuca umiera w szpitalu [2].

Ostatni rok życia chorych na raka płuca

„Ile mam jeszcze czasu?”

Śmierć w chorobie nowotworowej zazwyczaj poprzedzana jest stopniowo postępującym osłabieniem i ograniczaniem aktywności życiowej, a w ostatnim okresie choroby następuje przyspieszone pogarszanie się stanu zdrowia [3, 4]. Około roku przed śmiercią chory z nowotworem zazwyczaj funkcjonuje lepiej niż pacjent z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), niewydolnością serca, cukrzycą czy udarem mózgu [4]. Tylko około 14% chorych na raka ma w tym czasie trudności ze wstaniem z łóżka lub krzesła, w porównaniu z około 35% chorych na

the astounding epidemiological data. The special concern given to the last weeks and days of life results from the fact that the dying phase is not a mere continuation of the life before. It involves new problems and different reasons for suffering, both for the dying person and his or her relatives. At this stage patients are usually attended by their general practitioners or palliative medicine specialists and by this time oncologists and radiotherapy specialists are less frequently involved. They are usually notified of their patient's death by the family, learn it from an obituary notice or other doctors, or are simply aware that their patient no longer attends appointments. Why then is an article on dying scenarios intended for oncologists? Firstly, the care of a patient with lung cancer comprises a continuum, as many of previous therapeutic decisions (the choice of therapy, the efficiency of pain management and the treatment of other symptoms, psychotherapy and spiritual support) affect the dying phase. The way the patient dies determines the way he and his relatives evaluate his so far life. Patients dying a „bad” death are unable to see the meaning and value of the last period of their lives and their struggle with the disease. The uncontrolled suffering of a dying person cannot easily be forgotten by his or her relatives. In some cases patients with diagnosed cancer refuse therapy for the reason that a relative “died in pain despite long treatment”. Secondly, a patient with cancer may die in the course of therapy. Thirdly, dying patients are still admitted to departments of oncology for various reasons, such as social problems or lack of palliative care centres. Even in developed countries, 30% to 50% of patients with lung carcinoma die in hospital [2].

The last year of life of lung cancer patients

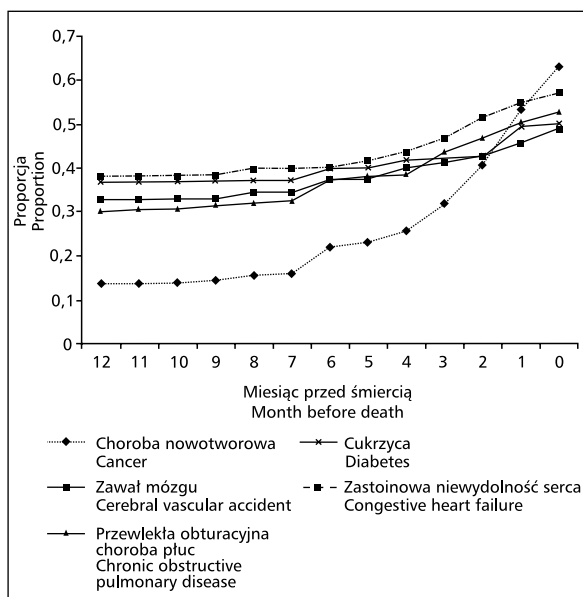
„How long have I got?”

In the case of malignancy death is usually preceded by a gradual and progressive debilitation as well as a restriction of the patient's everyday activity. At the end stage of the disease an accelerated deterioration in the patient's condition is usually observed [3, 4]. A year prior to death patients with malignant disease are in a better functional state than subjects with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), congestive heart failure, diabetes or stroke [4]. For example, only 14% of patients with cancer had difficulty getting out of bed or a chair, while in the case of the other diseases the rate was as high as 35%. However, from the 5th month prior

schorzenia wymienione wcześniej. Począwszy od 5. miesiąca przed śmiercią w chorobie nowotworowej dochodzi do znacznego przyspieszenia ograniczania aktywności życiowej — w ostatnim miesiącu życia chorzy onkologiczni funkcjonują gorzej niż pacjenci z innymi przewlekłymi chorobami (ryc. 1). Ten gwałtowny przebieg pogarszania się aktywności w chorobie nowotworowej może być zarówno dla lekarza, jak i dla samego pacjenta oraz jego rodziny zapowiedzią rozpoczynającego się umierania. Prognozowanie w chorobach nienowotworowych jest o wiele trudniejsze, a moment śmierci jest częściej nieprzewidywalny. Tę różnicę widać wyraźnie w 2 prospektywnych jakościowych badaniach, w których uczestniczyli pacjenci, ich rodziny i lekarze. W badaniach porównano ostatni rok życia chorych na raka płuca z tym samym czasem u chorych na niewydolność serca [5, 6]. W grupie osób z niewydolnością serca stopniowe pogarszanie się sprawności pacjenta przerywane było ostrymi, nagłymi epizodami, z których jeden okazywał się terminalny [5]. Nieprzewidywalność umierania oraz trudna do zdefiniowania faza terminalna powodowały słabe zrozumienie przez chorych zarówno rozpoznania, jak i rokowania. Główną troską umierających na niewydolność serca były kłopoty z organizowaniem pomocy dla nich w życiu codziennym i brak wsparcia socjalnego. Natomiast chorzy na raka płuca lepiej rozumieli istotę swojej

to death a substantial acceleration in the functional decline occurs, so that in the last month of life cancer patients are in a worse condition overall than is the case in other chronic diseases (Fig. 1). The rapid process of functional impairment may be a sign for a patient and his family that dying process has begun. In non-malignant diseases the prognosis proves much more difficult and so the moment of death is more often unpredictable. The difference has been shown to be quite clear in two qualitative interview studies of patients, their families and physicians, which compare the last year of life in lung cancer patients and in subjects with heart failure [5, 6]. In the latter a gradual functional decline was punctuated by acute episodes of deterioration, one of which proved fatal [5]. The unpredictability of dying and poorly defined terminal phase made understanding diagnosis and prognosis difficult for patients. Problems in organising help for themselves and lack of social support proved to be the prime concern for patients dying from heart failure, whereas cancer patients had a better understanding of the nature and symptoms of their disease. Having realized the inevitability of death when diagnosis was made, cancer patients entered a process of "maturation for death" and evaluation of their previous as well as present life. The question most frequently asked was "How long I got left?" Their emotions ranged from despair to hope. During chemotherapy or radiotherapy patients and their families were occupied with hospital appointments and coping with the adverse effects of treatment. Upon the cessation of active anti-cancer therapy patients felt lost, abandoned and unsupported [5]. The studies have shown that patients required help in coping with the prospect of dying already during active treatment, long before the terminal phase [5,6]. On the other hand, subjects with lung cancer admitted that they reluctantly raised spiritual issues with busy health professionals. They seemed to believe that spiritual care is not the doctor's role. Patients also complained of spiritual pain caused by medical staff who did not always respect their dignity and value as human beings. Patients did appreciate the opportunity to tell the story of their life if they were able to find a doctor who would listen. It is important to keep in mind that when a patient has lost self-respect and cannot see the meaning of his life, it is not always necessary to initiate antidepressants; a tactful attitude in addressing the issue of dying and helping a patient re-establish the value of his life may be the adequate measure.

The et al. have shown in a study which included Dutch patients with small cell lung carcinoma that



Rycina 1. Porównanie proporcji pacjentów mających problemy z wstaniem z łóżka lub krzesła w ostatnich 12 miesiącach przed śmiercią [4]. Za zgodą z: *Journal of Palliative Medicine*

Figure 1. Adjusted proportion of people with trouble getting in and out of bed or chair [4]. With permission of *Journal of Palliative Medicine*

choroby i jej objawy. Poczucie nieuchronności śmierci, pojawiające się w momencie postawienia diagnozy, rozpoczynało proces stopniowego dojrzewania do niej i stawiania pytań o sens życia, wcześniejszego i obecnego. Najczęściej zadawanym lub tylko nurtującym pacjentów pytaniem było: „Ile mam jeszcze czasu?”. Poziom emocji tych chorych wahał się pomiędzy rozpaczą a nadzieją. W czasie chemioterapii czy radioterapii życie pacjentów i rodzin wypełnione było wizytami w szpitalu oraz borykaniem się z niepożądanymi objawami leczenia. Zakończenie leczenia onkologicznego zwykle wiązało się z poczuciem przegranej, opuszczenia i utraty wsparcia [5]. Z badań wynikało, że już w okresie aktywnego leczenia chorzy potrzebowali pomocy w radzeniu sobie ze świadomością umierania na długo przed rozpoczęciem fazy terminalnej [5, 6]. Jednocześnie chorzy na raka płuca sami podkreślali, że unikali poruszania tematów „duchowych” z lekarzami, ponieważ uważali, że są oni zbyt zapracowani lub że zajmowanie się problemami duchowymi nie należy do ich obowiązków. Osoby chore zwracały też uwagę na to, że nieodpowiednie postępowanie personelu medycznego może być przyczyną niedocenia ich godności oraz wartości jako jednostki i bólu duchowego. Chorzy bardzo cenili sobie możliwość opowiedzenia historii swojego życia, jeśli mieli szansę spotkania lekarza, który ofiarował im czas i umiejętność słuchania. Warto również pamiętać, że w przypadku utraty poczucia własnej wartości i sensu nie zawsze konieczne jest zastosowanie leków przeciwdepresyjnych, często wystarcza wrażliwe podejścia do chorego próbującego poradzić sobie ze świadomością umierania i na nowo szukającego wartości swojego życia.

The i wsp. w badaniu obejmującym chorych na drobnokomorkowego raka płuca w Holandii zaprezentowali, w jaki sposób prowadzenie chorego w okresie aktywnego leczenia onkologicznego wpływa na jego przygotowanie do umierania [7]. Większość chorych na ten typ raka we wczesnym etapie leczenia, gdy dochodzi do szybkiej remisji po chemioterapii, charakteryzowała się wysokim stopniem „fałszywego optymizmu”. Nawet, gdy rokowanie dotyczyło kilku miesięcy życia, byli oni przekonani, że są wyleczeni. „Fałszywy optymizm” dotyczący wyleczenia wynikał zarówno z aktywności onkologa (planowanie leczenia, grafik kontroli lekarskich i badań dodatkowych), jak i ścisłego przestrzegania przez pacjenta kalendarza wyznaczonych wizyt. Obie strony skupiały się jedynie na doraźnych celach leczenia, zupełnie zapominając o celach długoterminowych. Lekarz informował pacjenta, jednak bez wygłaszania „wyroku”, którego chory nie do końca chciał usłyszeć. Stopniowo odkrywał on

the way a patient is managed during active anti-cancer therapy affects his preparation for dying [7]. After the early treatment phases the majority of patients with small cell lung cancer showed high rates of “false optimism” when remission was achieved. Even patients with a maximum life expectancy not exceeding several months seemed certain of being cured. “False optimism about recovery” was the result of activism by oncologists (therapy planning and visit and control test schedule) and the patient’s adherence to the treatment calendar. Both parties focused on immediate therapy goals without acknowledging long-term targets. The doctor discussed the prognosis with the patient although he did not actually pronounce a “death sentence”, which the patient did and at the same time did not want to hear. Patients gradually found out the facts about their poor prognosis, partly because of physical deterioration and partly through contacts with other patients who were in a more advanced stage of illness and were dying. Certainly, false optimism could sometimes help a patient endure the treatment phase but, as the study shown unequivocally, it makes him suffer more when he finally realises the truth. Moreover, it makes it more difficult to accept imminent death and complicates “saying farewell” and the making of necessary arrangements. Retrospectively, both patients and relatives regretted decisions based on illusions, wasting their last chance to handle important matters and spending the last period of their lives on appointments and check-ups. Patients unsusceptible to false optimism declared that, thanks to the extra time provided by the effects of chemotherapy, they were able to achieve their personal goals in a conscious way [7]. The recommended the involvement of third parties, “treatment brokers”, who were trusted by the doctor and the patient and who could help in clarifying the situation and specifying assumptions and expectations.

Symptoms in the last year of life

Of patients with malignancies, those with lung cancer suffer the greatest number of symptoms. More often than other patients in the terminal phase they are admitted to hospital to perform various interventions (such as pleural tap, antibiotic administration and symptomatic anti-cancer treatment). Prospective studies which have enrolled lung cancer patients have shown that in the last year of life they suffer many symptoms simultaneously, the intensity of which increases with the progression of the disease. The absolute majority of patients complain of fatigue, loss of appetite, cough, dyspnoea and chest

prawdę dotyczącą rokowania, częściowo z powodu pogarszania się stanu swojego zdrowia, a częściowo w wyniku kontaktów z innymi pacjentami, którzy byli w bardziej zaawansowanym stadium choroby i umierali. Oczywiście fałszywy optymizm mógł czasem pomóc w przejściu przez okres leczenia, ale częściej — jak jednoznacznie wskazywały wyniki tego badania — później odkryta prawda była dla pacjentów niezwykle bolesna. Co więcej, tego typu optymizm utrudniał akceptację nieuchronności śmierci, uniemożliwiał „pożegnanie się” oraz dokończenie ważnych dla chorego spraw. Retrospektywnie, chorzy i ich bliscy żałowali wielu podejmowanych decyzji opartych na złudnej nadziei, tego, że zmarnowali szansę na realizację ważnych dla nich celów, a ostatni okres życia wypełnili „kalendarzem wizyt i badań”. Pacjenci, którzy nie ulegli fałszywej nadziei, podkreślali, że dodatkowy czas, zyskany dzięki skutecznej chemioterapii, mogli wykorzystać w świadomy sposób dla osiągnięcia swoich osobistych celów [7].

Proponuje włączenie osób niezaangażowanych (*treatment brokers*), obdarzonych zaufaniem lekarza i pacjenta, do wyjaśnienia sytuacji oraz ukonkretniania założeń i oczekiwań.

Objawy w „ostatnim” roku życia

Wśród pacjentów onkologicznych chorzy na raka płuca cierpią na największą liczbę objawów somatycznych. Częściej niż inni w fazie terminalnej trafiają do szpitala, gdzie wdrażane są różne interwencje terapeutyczne (odbarczenie jamy opłucnej, antybiotykoterapia czy onkologiczne leczenie objawów). Badania prospektywne obejmujące chorych na raka płuca wykazały, że w ostatnim roku życia cierpią oni jednocześnie z powodu kilku nasilonych objawów, których intensywność narasta wraz z postępem choroby. Zdecydowana większość chorych skarży się na zmęczenie, brak apetytu, kaszel, duszność i ból w klatce piersiowej [8]. Krwioplucie obserwuje się u około 20% chorych, wówczas zwykle występuje codziennie.

Znaczenie dolegliwości somatycznych u chorych na raka płuca odzwierciedla nie tyle wskaźnik częstotliwości ich występowania, ile raczej stopień powodowanego przez nie dyskomfortu (*SD, symptom distress*). Z kilku badań wynika, że u chorych na raka płuca ten dyskomfort jest większy niż w przypadku innych nowotworów. Więcej jest przerażających chorego objawów, takich jak duszność czy krwioplucie. U chorych na raka płuca stopień nasilenia odczuwania objawów zależy od wielu czynników, począwszy od współistnienia POChP, przez zaburzenia nastroju, aktualne troski, aż do sytuacji materialnej [9, 10]. Cooley i wsp. w badaniu prospektywnym oceniali zmiany w odczuwaniu objawów w czasie leczenia

pain [8]. Haemoptysis is observed in approximately 20% of patients and if it occurs, it usually occurs daily.

The role of symptoms in lung cancer patients is reflected not by their frequency index but by the level of symptom distress generated by them. Several studies have shown that symptom distress is higher in lung cancer patients than it is in other malignancies. They suffer more frightening symptoms, such as dyspnoea and haemoptysis. The intensity of symptom perception in lung cancer patients is determined by several factors, such as coexisting COPD, mood disturbances, current concerns and economic situation [9, 10]. A retrospective study by Cooley et al. assesses changes in symptom perception during anti-cancer treatment over a 6-month period from diagnosis of lung carcinoma [11]. A symptom distress scale (SDS) designed specifically for lung cancer patients was used and this measured the discomfort associated with 11 of the most common symptoms typical for the disease. Even at the moment of confirmation of the final diagnosis symptom distress was relatively high, indicating the need to apply appropriate interventions. One such intervention proved to be providing patients with visits by a nurse at home during anti-cancer therapy. These patients had less distress and better tolerance of symptoms compared to subjects whose only contact with the oncology centre was during follow-up visits [11]. Symptom distress was largely influenced by the choice of treatment modality; patients undergoing surgery had the highest SDS during the peri-operative period, while at 3 and 6 months after the procedure it was reduced to levels significantly lower than in the population of subjects treated with radiation or combined therapy. This may suggest that patients in whom a surgical operation is to be performed require appropriate preparation and adequate symptomatic treatment, especially during the peri-operative period. In subjects treated with radiation, chemotherapy or a combination of the two, however, despite the initial reduction, symptom distress increased substantially from the 3rd month of therapy, necessitating the long-term use of symptomatic treatment, which in some cases may be life long. The latter patients should be supported early with psychosocial and spiritual guidance, for example, through the medium of palliative care. Several studies have shown that the level of symptom distress rises in more advanced stages of lung carcinoma [10, 12], primarily as a result of progression of the disease and partly due to the fact that debilitated patients have a poorer tolerance of the same symptoms. A patient who has turned down the offer of opioid administration in order to be able to

onkologicznego w okresie 6 miesięcy od rozpoznania raka płuca [11]. Autorzy posługiwali się wskaźnikiem wprowadzonym specjalnie dla chorych na raka płuca — SDS (*symptom distress scale*), który określał dyskomfort w znoszeniu 11 najczęstszych objawów występujących w tej chorobie. Już w momencie stawiania diagnozy raka wskaźnik SDS był dość wysoki i wskazywał na konieczność podjęcia odpowiednich interwencji. Jedną z nich okazało się zapewnienie choremu w czasie leczenia onkologicznego wizyt pielęgniarskich w domu. Ta grupa chorych istotnie mniej cierpiała i lepiej znosiła objawy niż chorzy, których kontakt z ośrodkiem onkologicznym opierał się jedynie na wizytach kontrolnych w poradni [11]. Wybór metod leczenia onkologicznego zasadniczo wpływał na późniejszy dyskomfort chorego wywołany dolegliwościami. U pacjentów, u których zastosowano leczenie chirurgiczne, w okresie okołoperacyjnym wskaźnik SDS był najwyższy, natomiast po 3 i 6 miesiącach od zabiegu był on istotnie niższy niż w grupie chorych poddanych radioterapii lub leczeniu skojarzonemu. Sugeruje to, że chorzy operowani wymagają dobrego przygotowania i postępowania objawowego najczęściej w okresie okołoperacyjnym. Natomiast w przypadku radioterapii, chemioterapii i leczenia skojarzonego, mimo początkowego zmniejszenia się dyskomfortu, od 3. miesiąca zaczyna on znacząco narastać, a leczenie objawowe na ogół prowadzi się dłużej, nawet do końca życia. Tym chorym powinno się wcześniej umożliwić wsparcie psychosocjalne i duchowe, na przykład w zakresie opieki paliatywnej. Z kilku badań wynika, że dyskomfort spowodowany objawami zwiększa się wraz ze stopniem zaawansowania raka płuca [10, 12]. Wynika to głównie z samej progresji zmian powodujących objawy, ale także z faktu, że słabsi chorzy gorzej znoszą te same objawy. Chory, który wcześniej odmówił przyjmowania leków opioidowych pomimo odczuwania bólu, ponieważ ważniejsza od idealnej kontroli tego objawu była dla niego możliwość prowadzenia samochodu, w okresie umierania ból o podobnym natężeniu może określać jako nie do zniesienia. Rozpoznając objawy, oprócz ich wymienienia i oceny intensywności, trzeba więc zapytać chorego, jak on je odczuwa, na ile mu przeszkadzają w życiu, co dla niego oznaczają.

Jak rozpoznać umieranie?

U chorego na raka, który zaczyna umierać, często jednocześnie pojawiają się następujące objawy [13–15]:

- bardzo znaczne osłabienie, zwykle pacjent nie wstaje już z łóżka i wymaga pomocy przy wielu czynnościach;

drive a car despite suffering pain, may, during the dying phase, report pain of the same intensity as unbearable. It is therefore important not only to identify symptoms and assess their intensity, but also to ask a patient about his perception of symptoms, how much they interfere with his everyday life and what, in fact, they mean to him.

How to diagnose the dying phase?

In cancer patients entering the dying phase the following symptoms often occur simultaneously [13–15]:

- extreme weakness; patients usually become bed-bound and need assistance;
- cachexia;
- lack of appetite and adiposy; patients have difficulty swallowing oral drugs;
- drowsiness or disturbed consciousness; patients have difficulty concentrating while sometimes becoming agitated (Fig. 2);
- lack of interest; patients show no interest in their environment.

The majority of symptoms develop gradually, most often over a period of a few weeks. If they emerge abruptly one should consider potentially reversible causes of deterioration such as bleeding, infection or hypercalcaemia.

In addition to the objective indicators of dying, there are some less studied subjective predictors of imminent death. Sometimes families report that the deceased realised he was dying even though nobody had told him. The patient may ask to be discharged sooner so that he can die at home or he says farewell to his doctor, declaring they are seeing one another for the last time. In the 90s the term "nearing death awareness" was introduced [16] to encompass various phenomena which convince a patient he is going to die. Most often the patients report seeing people close to them who have already died, usually making them feel comfortable, although some patients may be worried by the fact they are experiencing hallucinations. If a patient trusts his doctor enough to tell him about this, he can be reassured that it is absolutely normal and that other patients see the same things and, after all, he should not worry if a loved one is awaiting him...

In the last hours or days of life the pulse becomes less and less palpable and blood pressure drops gradually (it is not reasonable to take it repeatedly as it does not alter the management) [13, 17]. Breathing becomes shallow and slow and of variable amplitude, often of the Cheyne-Stokes pattern. As the patient is no longer able to control bladder and

- wyniszczenie;
- brak apetytu oraz pragnienia; trudności z połknięciem leków;
- senność lub zaburzenia świadomości, kłopoty ze skupieniem uwagi, czasami pobudzenie (ryc. 2);
- zmniejszone zainteresowanie otoczeniem.

Większość objawów rozwija się stopniowo, najczęściej przez kilka tygodni. Gdy ich pojawienie się ma charakter nagły, należy rozważyć przyczyny potencjalnie odwracalne, takie jak np. krwawienie, zakażenie czy hiperkalcemia.

Oprócz objawów obiektywnych istnieją także o wiele mniej poznane subiektywne wykładniki wskazujące na umieranie. Często rodziny w żałobie opowiadają, że ich bliski, mimo iż nikt z nim o tym nie rozmawiał, w pewnym momencie już wiedział, że umiera. Chory nagle może poprosić o szybszy wypis do domu, żeby zdążyć tam umrzeć, albo żegna się z lekarzem, „bo widzą się po raz ostatni”. W latach 90. wprowadzono pojęcie tzw. świadomości zbliżania się śmierci (*nearing death awareness*) [16]. Tą nazwą określa się różne zjawiska, które upewniają chorego, że będzie umierał. Najczęściej jest to widzenie zmarłych, bliskich mu osób. Działa to zazwyczaj uspokajająco na chorych, ale niektórzy pacjenci niepokoją się możliwością halucynacji. Jeśli chory ufa swojemu lekarzowi na tyle, żeby mu o tym powiedzieć, można go uspokoić, że inni też tak to odczuwają i nie jest to zjawisko nieprawidłowe i wreszcie, że to dobrze, że ktoś bliski tam na niego czeka...

W ostatnich godzinach życia, czasem dniach, tętno jest coraz słabiej wyczuwalne i stopniowo obniża się ciśnienie tętnicze (nie należy go ciągle mierzyć, bo nie zmienia to strategii postępowania) [13, 17]. Ponadto oddech się splyca, jest wolniejszy, zmienny w amplitudzie, często jako oddech Cheyne-Stokesa. W związku z utratą kontroli zwieraczy może dochodzić do nietrzymania moczu i stolca. Zazwyczaj powoli chory traci przytomność, mimo że oczy może mieć cały czas otwarte (wynika to z zapadnięcia gałek ocznych i niemożności domknięcia powiek). Skóra jest coraz zimniejsza i w dotyku lepka, może pojawiać się sinica na kończynach i wokół ust. Ostatecznie dochodzi do zatrzymania czynności układu krążenia oraz oddechowego i zaniku odruchu rogówkowego.

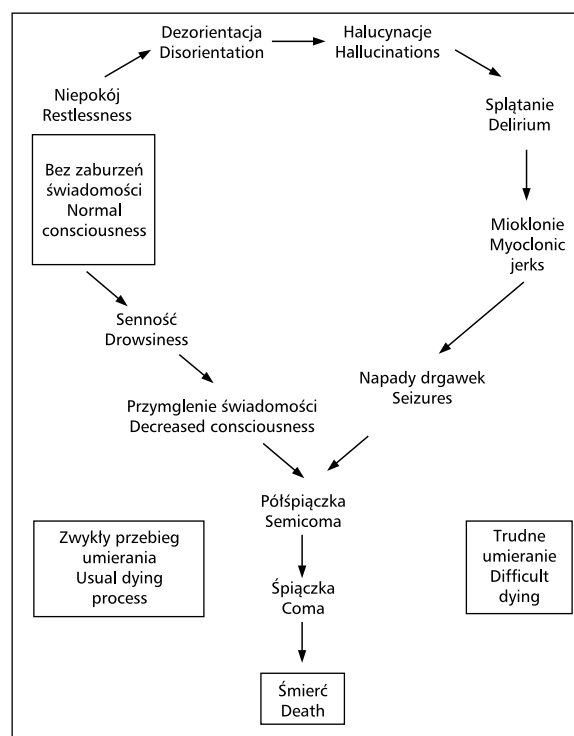
Ocena potrzeb umierającego na raka płuca w ostatnich dniach życia. Zasady postępowania

Znany jest aforyzm Hipokratesa, że „młodzi boją się śmierci, a starzy umierania” [18]. To powiedzenie nie sprawdza się jednak w przypadku chorych na

bowels, urinary or bowel incontinence may arise. The patient becomes slowly unconscious, even though he keeps his or her eyes open (due to retraction of the eyeballs and inability to close the eyelids). The skin becomes colder and sticky, with cyanosis appearing at the patient's extremities and lips. Finally, the circulatory and respiratory systems cease to function and corneal reflex vanishes.

Assessment of the needs in the last days of life of patients dying from lung cancer. Management strategies

Hippocrates stated that “the young are afraid of death, while the elderly are afraid of dying” [18] but this is not the case in cancer patients who more often fear dying than just death. The SUPPORT study (Study to Understand Patient Prognoses and Preferences for Outcome and Risks of Treatment), which enrolled several thousands of cancer patients, tried to establish what frightens patients most in the agony phase. Like other patients with malignancies, lung cancer subjects were primarily



Rycina 2. Zmiany świadomości w przebiegu umierania. Dwie „ścieżki” umierania: zwykła i trudna [13]. Uwaga — należy zastanowić się nad przyczynami splątania, poszukując tych potencjalnie odwracalnych **Figure 2.** Consciousness changes at dying. Two “path” of dying: usual and difficult [13]. Note: one should consider the causes of delirium, searching, for those potentially reversible

nowotwory, którzy o wiele częściej odczuwają lęk przed umieraniem niż przed samym zgonem. W badaniu SUPPPORT (*Study to Understand Patient Prognoses and Preferences for Outcome and Risks of Treatment*), obejmującym wiele tysięcy chorych na nowotwory, próbowano odpowiedzieć na pytanie, co przeraża chorych w fazie agonii. Chorzy na raka płuca, podobnie jak inni pacjenci nowotworowi, wyrażali przede wszystkim lęki związane z okresem umierania, począwszy od obaw przed utratą kontroli nad sobą i możliwości decydowania o sobie, aż do nadmiernych obciążeń finansowych dla rodziny [3]. Bali się z jednej strony uduszenia, „walki o oddech”, wykrwawienia czy splątania, a z drugiej — stosowania męczących zabiegów, w dodatku niepotrzebnie przedłużających umieranie [17].

Jak widać, cierpienie, którego chorzy się obawiają, jest wielowymiarowe. Nie na darmo Cecily Saunders wprowadziła pojęcie „ból totalny”, aby podkreślić, że ból może być doświadczany fizycznie, socjalnie, psychologicznie i duchowo. Wielowymiarowość cierpienia umierającego powoduje, że rozpoznając potrzeby pacjenta, lekarz nie może się ograniczać tylko do problemów somatycznych, ponieważ takie postępowanie jest nieskuteczne i nie przynosi ulgi cierpiącemu człowiekowi. Zresztą dotyczy to nie tylko umierających. Wielkie zaskoczenie wywołały rezultaty badania *American Pain Society*, obejmującego hospitalizowanych pacjentów, w którym to osobista modlitwa okazała się drugą co do częstości metodą leczenia bólu zaraz po doustnych środkach przeciwbólowych, a przed lekami parenteralnymi, zabiegami anestetycznymi czy fizjoterapią [19].

Opiekując się umierającym należy pamiętać, że chory może cierpieć somatycznie, psychicznie, socjalnie i duchowo, przy czym hierarchia ważności jego potrzeb może być zupełnie inna, niż ocenia to lekarz. Najczęściej występuje kilka objawów somatycznych jednocześnie, mogą się one wzajemnie potęgować (np. lęk i duszność), a łagodzenie jednego może nasilać drugi (np. morfina zastosowana w duszności może wywołać zaparcia, które z kolei zwiększą duszność). Objawy należy więc oceniać w kontekście innych dolegliwości. Powinno się ponownie rozważyć, co w danej sytuacji jest „dobrą równowagą” pomiędzy efektem łagodzenia dolegliwości a działaniami niepożądanymi leczenia. Z jednej strony w fazie umierania narasta toksyczność leków, z drugiej — coraz słabsi chorzy mogą gorzej znosić objawy i oczekiwać bardziej skutecznego łagodzenia dolegliwości. Trzeba ocenić, czy cele dotychczasowego leczenia są jeszcze realistyczne (np. stosowanie preparatów żelaza czy leków

afraid of the dying phase, when they would not be able to control and decide for themselves and would pose an additional financial burden for their families [3]. They feared suffocation, “struggling for air”, bleeding to death or being confused and, on the other hand, worrisome and futile procedures which prolong agony [17].

Apparently, the suffering that patients are afraid of is multidimensional and therefore Cecily Saunders developed a conception of “total pain” to emphasise the fact that pain can mean social, psychological and spiritual as well as physical suffering. The multidimensional nature of suffering in terminal conditions means that, in recognising patients’ needs, physicians should not focus only on somatic problems as this kind of approach is inefficient and does not bring relief to the dying. The results of a study performed in hospitalised patients by the American Pain Society proved to be a revelation, showing personal prayers to be the second most efficient method of relieving pain, next to oral painkillers and before parenteral analgesics, anaesthetic procedures and physiotherapy [19].

When caring for the dying it is important to keep in mind that patients can suffer somatic, psychological, social and spiritual pain and their gradation of their needs may differ from that of their doctors. Most often there are several symptoms present and these tend to augment each other (anxiety and dyspnoea, for example). Efforts to alleviate one of the symptoms may enhance another (for instance morphine used in dyspnoea may cause constipation, which in turn increases dyspnoea). It is always reasonable to consider one symptom in the context of other complaints, trying to balance symptom relief with the side effects of symptomatic treatment. The toxicity of drugs increases in the dying phase, while at the same time weaker patients tolerate symptoms even less and expect their doctor to relieve them efficiently. Physicians must reassess whether the goals of treatment and administration of the whole range of drugs (including, for example, iron supplementation and anti-hypertensive therapy) is still reasonable. More than half the patients cannot take oral medication before death, so medication should be administered using other routes, preferably subcutaneously with adequate adjustments in the dosing regimen. If a patient takes drugs with no parenteral equivalent (such as gabapentin or methadone) appropriate substitution employing alternative modes of administration should be planned in advance. Problems that may be encountered in the dying phase should be anticipated and, if possible, prevented (constipation, for instance,

przeciwnadciśnieniowych). Ponad połowa chorych przed śmiercią nie przyjmuje doustnych leków, dlatego należy w takim przypadku zmienić drogę ich podawania, najlepiej na podskórną, z odpowiednią modyfikacją dawkowania. Jeżeli pacjent przyjmuje leki, które nie mają swojego odpowiednika pozajelitowego (np. gabapentyna, metadon), należy odpowiednio wcześniej zaplanować zamienny lek, pozwalający na wykorzystanie innej niż doustna drogi podania. Trzeba starać się przewidzieć, jakie problemy mogą wystąpić w czasie umierania hospitalizowanych, jeśli to możliwe, zapobiegać im (na przykład nie doprowadzać do zaparc, które w okresie agonii mogą nasilać ból, duszność, wymioty lub splątanie).

Jakie dolegliwości somatyczne występują najczęściej w ostatnim tygodniu życia chorego na raka płuca? Edmonds i wsp. wymieniają przede wszystkim anoreksję (70%), duszność (69%), ból (64%), obniżony nastrój (49%), dolegliwości w obrębie jamy ustnej (46%), zaparcia (42%), kaszel (40%), bezsenność (40%), splątanie (33%) i wymioty (25%) [2].

Ból

W okresie umierania mogą się nasilić lub pojawić jako nowe:

- bóle powstające jedynie w czasie ruchu, wynikające ze sztywności w stawach i kurczu mięśni. Powinno się im przede wszystkim zapobiegać, planując wcześniej odpowiednią pielęgnację, zmianę pozycji ciała, ruchy w stawach. Jeśli to zaniebano, korzystne może być zastosowanie niewielkiej dawki benzodiazepin;
- ból kostny w przypadku zaprzestania podawania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), wtedy gdy chory przestał połykać, a preparaty te odstawiono. Można rozważyć podawanie NLPZ doodbytniczo lub podskórną albo też zwiększyć dawkę opioidów;
- ból związany z odleżynami, jeśli nie prowadzono właściwej profilaktyki. W takim przypadku zaleca się wybór najbezpieczniejszej metody postępowania, np. w formie miejscowo podawanej morfiny [21];
- ból z powodu złamania patologicznego, podczas podnoszenia pacjenta;
- ból przy przełykaniu w przypadku grzybicy jamy ustnej;
- ból z powodu zatrzymania moczu albo zaparcia.

Ważne jest, aby bolesne zabiegi pielęgnacyjne przeprowadzono w okresie maksymalnego działania przeciwbólowego leków lub po prewencyjnym podaniu dodatkowej dawki analgetyku. Lichter i Hunt zauważyli, że u chorych, leczonych z powodu bólu, zapotrzebowanie na analgetyki przed śmiercią albo

should be prevented as it may increase pain, dyspnoea, vomiting or confusion).

What symptoms occur most frequently in the final week of life of lung cancer patients? According to Edmonds et al. they experience anorexia (70%), breathlessness (69%), pain (64%), low mood (49%), mouth problems (46%), constipation (42%), cough (40%), insomnia (40%), confusion (33%) and vomiting (25%) [2].

Pain

In the dying phase various kinds of pain may increase or appear:

- pain present only while moving, caused by joint stiffness and myospasm. This should be prevented by carefully planned nursing, turning routines and passive exercises. If such management has been neglected, small doses of benzodiazepines may sometimes prove effective;
- bone pain arising with the discontinuation of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) when patients are no longer able to swallow. Rectal or subcutaneous NSAID administration should be considered or opioids may be adjusted upwards;
- pain caused by bedsores, if these could not be prevented. In such cases the safest method should be chosen, such as topical administration of morphine in gel [21];
- pain resulting from a pathological fracture that has occurred while lifting a patient;
- pain upon swallowing, resulting from oral candidiasis;
- pain caused by urine retention or constipation.

It is important to perform the most painful nursing procedures during the time when the intensity of analgesic action is at its maximum or after administration of an additional painkiller dose. As observed by Lichter and Hunt, the requirement for analgesics during the dying phase in patients previously receiving them has either increased (in 44%), remained unchanged (in 43%) and actually decreased in only 13% of patients. Pain is rarely an issue during the dying phase unless it has not been adequately relieved before. When patients are no longer able to communicate, their carers often assume that moaning, anxiety or grimaces mean that they are in pain; this may be the case but it is not always so. Before escalating analgesics it seems reasonable to make sure the patient's discomfort does not reflect urine or faecal mass retention. Patients may be groaning or trying to get out of bed while looking for a hand of a loved one and they can be easily appeased by the touch of someone close to them.

się zwiększało (u 44%), albo pozostało niezmienione (43%), a tylko u 13% chorych istniała potrzeba zmniejszenia dawek [22]. Ból rzadko stanowi większy problem w okresie umierania, pod warunkiem że wcześniej skutecznie go leczono. Pojękiwania, niepokój czy grymasy twarzy u chorych, którzy nie są już w stanie werbalnie zgłaszać swoich dolegliwości, opiekunowie interpretują jako wyraz bólu. Tak rzeczywiście bywa, ale nie zawsze. Zanim zwiększy się dawkę analgetyku, lepiej upewnić się, czy nie jest to raczej wyraz dyskomfortu wynikającego z przepełnionego pęcherza moczowego lub zalegania mas kałowych w odbytnicy. Chory może też pojękiwać, czy próbować wyjść z łóżka, po prostu poszukując ręki kochanej osoby i dotykanie go przez bliskich będzie go uspokajało. Czasami obserwuje się też tzw. reakcję na przeszkadzanie, zaskoczenie (*disturbance reaction*), która objawia się jęczeniem przy przewracaniu chorego, co sugeruje ból wywołany ruchem. Jednak jeśli chorego, nawet ze znacznymi zaburzeniami świadomości, uprzedzi się o podejmowanych wobec niego czynnościach, w czasie ich wykonywania zachowuje się on zupełnie spokojnie.

Duszność

Ten objaw chorzy na raka płuca znoszą bardzo źle. W okresie umierania najczęstszymi przyczynami duszności są:

- zajęcie samego mięszu płucnego przez guz, rozsiew, *lymphangitis carcinomatosa*;
- stridor wynikający z obturacji dróg oddechowych lub ucisku przez guz albo węzły chłonne;
- narastający płyn w jamie opłucnej;
- zapalenie płuc;
- zatorowość płucna;
- obrzęk płuc;
- lęk, napady paniki;
- płyn w jamie osierdziejowej z tamponadą;
- kwasica metaboliczna związana z niewydolnościami wielonarządowymi;
- osłabienie mięśni oddechowych w przebiegu wyniszczenia lub miopatii proksymalnej;
- bardzo suche powietrze;
- niedokrwistość.

Niektóre z metod leczenia stosowane we wcześniejszych stadiach choroby mogą być niewłaściwe w okresie umierania (np. odbarczenie jamy opłucnej). Inne wydają się korzystne aż do końca, jak pomoc fizjoterapeuty w odpowiednim oddychaniu i wykrztuszaniu płwociny.

Osłabienie mięśni oddechowych oraz lęk są niezależnymi czynnikami wpływającymi na nasilenie duszności u chorych na raka, a u umierających stają się one szczególnie ważne. Duszność w okre-

A disturbance reaction sometimes observed when a patient starts moaning, while being moved, may suggest that he or she is in pain. However, if they are informed in advance what is going to happen, even those with highly disturbed consciousness stay calm during nursing.

Dyspnoea

In lung cancer patients dyspnoea is poorly tolerated. The leading causes of breathlessness in the dying phase are:

- tumour expansion, metastases, carcinomatous lymphangitis;
- stridor caused by airway obstruction or compression by tumour mass or lymphatic nodes;
- newly developed pleural effusion;
- pneumonia;
- pulmonary embolism;
- pulmonary oedema;
- anxiety, panic attacks;
- hydropericardium and tamponade;
- metabolic acidosis associated with multi-organ failure;
- respiratory muscle weakness due to cachexia or proximal myopathy;
- inhalation of dry air;
- anaemia.

Some treatment modalities used in the earlier stages of the disease may be inappropriate in the dying phase (such as pleural tap), while others, such as a physiotherapist's help in breathing or expectoration, seem to be beneficial until the end. Respiratory muscle weakness and anxiety are two independent factors which increase the intensity of dyspnoea in cancer patients and they become particularly important in the dying.

Breathlessness may be significantly increased during the dying phase if proximal myopathy resulting from steroid administration is not appropriately addressed or if respiratory panic attacks are not identified early enough. In the latter case aminophylline administration further stimulates the respiratory centre and adrenergic system serves only to increase dyspnoea. A panic attack should be treated with benzodiazepines but good doctor — patient communication is the key element of therapy as respiratory panic often reflects the patient's painful experiences. Oxygen therapy is almost routinely employed in cancer patients with shortness of breath, even though its usefulness has been established only in hypoxia. The beneficial influence of oxygen observed in patients without hypoxia may be due to the effect of feeling safe and/or from airflow stimulation of the receptors present in the nasal part of the

się umierania może się znacznie zwiększyć, jeśli nie zareaguje się na rozwój miopatii proksymalnej w przebiegu steroidoterapii albo nie rozpozna dostatecznie wcześnie napadów paniki oddechowej. W tym drugim przypadku podawanie aminofiliny, poprzez pobudzenie ośrodka oddechowego oraz układu adrenergicznego, tylko nasila duszność. Napad paniki przerywa się podawaniem benzodiazepin, ale podstawą terapii jest dobra komunikacja lekarza z pacjentem, ponieważ panika oddechowa jest często wyrazem bolesnych przeżyć chorego. U hospitalizowanych chorych na raka, cier-

pharynx, which leads to slowing and deepening of the breath. In such cases cold airflow at the patient's bed may prove equally efficient. Systematically administered morphine titrated to effect remains the best treatment for the relief of breathlessness (Table 1) [23]. In a bedridden patient with advanced disease breathlessness at rest is usually associated with anxiety, so it may be useful to employ benzodiazepine as an adjuvant to morphine, preferably as a continuous subcutaneous infusion providing steady concentrations of the drugs (Table 2) [17, 24].

Tabela 1. Proponowane dawkowanie wstępne morfiny w duszności (Uwaga — nie ma schematów dawkowania. Jest ono indywidualne i wymaga dokładnego monitorowania przez lekarza) [23, 24]

Table 1. Proposed initial morphine regimen in dyspnoea (Caution: there are no established regimens. Dosage should be tailored to an individual patient and monitored closely by a physician) [23, 24]

Sytuacja kliniczna Clinical situation	Dawkowanie wstępne Initial dosing
Pacjent ambulatoryjny, nieprzyjmujący dotychczas opioidów, z dusznością umiarkowaną Outpatients, opioid naive, with moderate dyspnoea	2,5–5 mg morfiny szybko uwalnianej, doustnie co 4 godziny 2.5–5 mg rapid release morphine orally every 4 hours
Pacjent przyjmujący dotychczas doustnie lub podskórnie morfinę z powodu bólu, u którego pojawia się duszność Patients already on oral or subcutaneous morphine for pain with emerging dyspnoea	Zwiększenie dawki dotychczasowej o 25–50% (morfiny doustnej lub podskórnej) Increase morphine dosing of 25–50% (oral or subcutaneous route)
Pacjent przyjmujący dotychczas fentanyl TTS (lub inny silny opioid) z powodu bólu, u którego pojawia się duszność Patients already on fentanyl TTS (or any other strong opioid) for pain with emerging dyspnoea	Przy mniejszych dawkach fentanylu — odstawienie go z włączeniem morfiny Przy większych dawkach fentanylu — stopniowe ich zmniejszanie, przy równoczesnym dołączeniu i zwiększaniu dawek morfiny If on low doses of phentanyl, discontinue and initiate morphine If high doses of fentanyl have been administered, decrease step by step, at the same time initiating and adjusting morphine upwards
Pacjent przyjmujący dotychczas tramadol (lub inny słaby opioid) z powodu bólu, u którego pojawia się duszność Patients on tramadol (or any other weak opioid) for pain management with emerging dyspnoea	Odstawienie słabego opioidu, włączenie morfiny (np. 2,5–5 mg morfiny szybko uwalnianej doustnie co 4 godziny) Stop weak opioid, start with morphine (e.g. 2.5–5 mg rapid release morphine orally every 4 hours)
Pacjent z umiarkowaną i bardziej nasiloną dusznością spoczynkową z lękiem, uprzednio nieprzyjmujący silnych opioidów Patients with moderate to severe dyspnoea at rest with anxiety, who have not previously taken strong opioids	2,5–5 mg morfiny podskórnie, dalej do oceny, jaką dawkę podawać podskórnie co 4 godziny oraz w razie potrzeby. W duszności z lękiem warto również podać bolus midazolamu 2,5–5 mg podskórnie (domięśniowo). Dawkę midazolamu można podać powtórnie po 15–30 minutach W pompie podskórnie 10 mg morfiny z 5–10 mg midazolamu na dobę 2.5–5 mg morphine subcutaneously, with subsequent assessment of doses administered every 4 hours or as required. In the event of dyspnoea with concomitant anxiety, add a pulse of 2.5–5 mg midazolam subcutaneously (intramuscularly) The dose may be repeated after 15–30 minutes. Subcutaneous infusion with syringe driver of 10 mg morphine with 5–10 mg midazolam daily
Bardzo nasiloną duszność, np. w stanach terminalnych przy ucisku np. na tchawicę i inne Severe dyspnoea e.g. in terminal phase in the event of i.e. trachea compression	Dożylnie 1–2 mg morfiny co 10 minut do opanowania duszności Najprawdopodobniej wskazane podanie midazolamu (tab. 2) 1–2 mg morphine intravenously every 10 minutes until dyspnoea is decreased Midazolam should probably be added (Table 2)

piących z powodu duszności, prawie rutynowo stosuje się tlenoterapię, mimo że jej rolę udowodniono jedynie w przypadku hipoksji. Obserwowany u chorych bez hipoksji korzystny wpływ tlenoterapii może być w dużej mierze efektem placebo i wiązać się z jednej strony z poczuciem bezpieczeństwa, a z drugiej — z podrażnieniem przez strumień powietrza receptorów w nosowej części gardła, prowadzącym do zwolnienia i pogłębienia oddechu. W takim przypadku warto raczej zastosować równie skuteczny przepływ zimnego powietrza w pobliżu łóżka chorego. Podstawą leczenia objawowego pozostaje morfina miareczkowana do skutecznej dawki (tab. 1) [23]. U chorego w zaawansowanym stadium, który nie wstaje z łóżka, narastanie duszności spoczynkowej najczęściej wiąże się z dużym lękiem. Zazwyczaj warto w takim przypadku łączyć morfinę z benzodiazepiną, najlepiej w formie ciągłego wlewu podskórnego pozwalającego na zachowanie większej stabilności stężeń leków (tab. 2) [17, 24].

Rzężenia umierającego

U około 40% pacjentów z chorobą nowotworową w okresie umierania dochodzi do gromadzenia się wydzieliny w drogach oddechowych. Częstotliwość tego objawu wzrasta w przypadku chorych na raka płuca (67%), w zapaleniu płuc (68%) oraz w dysfagii (75%) [25]. Ze względu na złożoność etiologii wyróżnia się dwa rodzaje gromadze-

Death rattle

In approximately 40% of patients with malignancies an accumulation of airway secretion can be observed in the dying phase; this sign is most prevalent in lung cancer (67%), pneumonia (68%) and dysphagia (75%) [25]. Because of differences in aetiology, two types of death rattle can be distinguished: Type 1 — the classic or pure death rattle caused by aspiration of saliva, which cannot be swallowed by patients with dysphagia, as well as by difficult expectoration where there is cachexia.

Type 2 — a “pseudo-rattle”, which is a consequence of an inability to expectorate excess secretions produced by a tumour or resulting from infection, oedema or bleeding. A spurious death rattle may not be a sign of dying and anticholinergics are less efficient in such cases, as the relation to saliva secretion is less obvious.

Where the pure death rattle is present, management is based on informing the family about the nature of this sign, appropriate positioning of the dying patient and initiating anticholinergics (Table 3) [26, 27]. Guidelines presented in Table 3 should not be applied to patients who are still conscious enough to suffer discomfort from a dry mouth caused by the medication administered [26].

Dying scenarios in lung cancer patients

Patients with lung carcinoma die as a result of progression of the disease or the complications of

Tabela 2. Proponowane dawkowanie benzodiazepin w duszności połączonej z lękiem (Uwaga — nie ma schematów dawkowania. Jest ono indywidualne i wymaga dokładnego monitorowania przez lekarza) [24]
Table 2. Suggested benzodiazepine dosage in dyspnoea associated with anxiety (Caution: there are no established regimens. Dosing should be tailored to an individual patient and closely monitored by a physician) [24]

Sytuacja kliniczna Clinical situation	Dawkowanie Dosage
Pacjent ambulatoryjny, z napadami duszności połączonej z lękiem Outpatients with dyspnoea attacks associated with anxiety	Lorazepam 1–2,5 mg doustnie (szybsze działanie po podaniu podjęzykowym, wymaga rozkruszenia tabletki) 1–2.5 mg lorazepam orally (more rapid action after sublingual administration, requires cracking a tablet)
Pacjent przyjmujący leki doustnie, np. morfinę z powodu duszności stałej Patients taking oral drugs, e.g. morphine, due to permanent dyspnoea at rest	Lorazepam 1–2,5 mg doustnie 1–3 × na dobę oraz w razie nasilenia duszności 1–2.5 mg lorazepam orally 1–3 times daily and in the event of dyspnoea exacerbation
Pacjent przyjmujący leki podskórnie, np. morfinę z powodu duszności stałej Patients treated subcutaneously, e.g. with morphine, for permanent dyspnoea at rest	Dołączenie midazolamu początkowo 5–10 mg na dobę w pompie (lub w dawkach podzielonych) Można mieszać z morfiną w jednej strzykawce Add midazolam in an initial dose of 5–10 mg daily in a syringe driver (or in fractionated doses) Morphine may be co-administered in one syringe
Pacjent z bardzo nasiloną dusznością i lękiem (m.in. duszność terminalna, np. krwawienie do guza, nagłe powiększenie jego objętości i ucisk na tchawicę) Patients with severe dyspnoea and anxiety (e.g. terminal dyspnoea in the case of intratumour bleeding and its rapid enlargement with trachea compression)	Midazolam dożylnie 1–2 mg z ewentualnym powolnym powtórzeniem dawki 1 mg albo midazolam podskórnie 5 mg, z ponownym w razie potrzeby podaniem dawki po 15 minutach 1–2 mg intravenous midazolam slowly repeat dose of 1 mg or 5 mg midazolam subcutaneously, repeated as needed after 15 minutes

nia się wydzieliny. Typ 1, czyli klasyczne lub inaczej prawdziwe rżenia umierającego, są efektem zarówno aspirowania śliny, która nie jest polykana z powodu dysfagii, jak i trudności z wykrztuszeniem, najczęściej z powodu wyniszczenia pacjenta.

Typ 2, czyli pseudorżenia umierającego, są objawem niemożności wykrztuszenia nadmiaru wydzieliny wytworzonej w większej objętości przez guz lub powstającej w wyniku zakażenia, obrzęku bądź też krwawienia. Typ 2 niekoniecznie wiąże się z umiarem, a ponieważ w mniejszym stopniu zależy od wydzielania śliny, leki antycholinergiczne są tutaj mniej skuteczne.

W prawdziwych rżeniach umierającego podstawą postępowania jest przede wszystkim wyjaśnienie rodzinie, na czym polega istota objawu, odpowiednie ułożenie chorego i zastosowanie leków antycholinergicznych (tab. 3) [26, 27]. Przytoczone w tabeli 3 zalecenia nie powinny jednak obejmować pacjentów na tyle jeszcze świadomych, by mogli oni

anti-cancer treatment (especially in the first year of treatment) but their death may also result from other disorders unrelated to the malignancy. In cancer patients the leading cause of stroke is still atherosclerosis of the cerebral arteries and not cancer-cell emboli.

Death caused directly by malignancy results most often from infections, which constitute more than 50% of cases [28]. Massive bilateral pneumonia is frequently fatal in almost any kind of neoplasm, particularly in lung cancer. The second leading cause of death in malignancies is organ failure as a result of obstruction with tumour mass, replacement of normal tissue with infiltrations or infarctions due to thrombo-embolic events. Cachexia, often present in lung cancer patients, is another cause of death, as it leads to immunosuppression, immobility and respiratory muscle weakness, all of which increase the risk of complications such as pneumonia. Death may be precipitated by thrombo-embolic complications occurring as a result of hypercoa-

Tabela 3. Prawdziwe rżenia umierającego [26, 27]
Table 3. Pure death rattle [26, 27]

Postępowanie w prawdziwych rżeniach umierającego
Management of pure death rattle

- Wykluczyć obrzęk płuc (w takim przypadku ma sens stosowanie furosemidu)
Pulmonary oedema should be excluded (if confirmed furosemide is beneficial)
- Zmienić pozycję ciała pacjenta (np. na boku)
Reposition the patient (e.g. on his side)
- Wytłumaczyć rodzinie, że:
Explain to the family that:
 - to co słyszą, to wydzielina w kraniowej części gardła, której chory nie ma siły odkrztusić
the noise is produced by secretions in the laryngeal part of pharynx which can not be expectorated
 - o ile chory jest nieprzytomny, to rżenia zupełnie mu nie przeszkadzają i że on się „nie dusi”
if the patient is unconscious, he is not troubled by the rattle and it does not mean he is choking
 - nie zawsze leki są skuteczne w wyciszeniu rżeń
drugs may not be efficient
- Podać butylobromek hioscyny w dawce początkowej 20 mg podskórnie, a następnie we wlewie podskórnym 20–40 mg/dobę lub 20 mg co 8 godzin podskórnie. Niektórzy zalecają większe dawki 60–120 mg/dobę we wlewie podskórnym. W razie potrzeby można powtarzać dawki 20 mg s.c. Niektóre ośrodki stosują hydrobromek hioscyny
Administer hyoscine butylbromide in an initial dose of 20 mg subcutaneously; continue in subcutaneous infusion 20–40 mg daily or 20 mg every 8 hours subcutaneously. Some experts recommend higher doses of 60–120 mg daily in subcutaneous infusion. If required, 20 mg doses may be repeated subcutaneously. In some centres hyoscine hydrobromide is used
- Jeśli nie udało się wyciszyć rżeń:
If rattling does not subside:
 - przy oddechach powyżej 20/min ich zwolnienie może zmniejszyć objawy; w tym celu można podać małą dawkę morfiny (2,5–5 mg s.c. lub 1/6 dawki dobowej, jeśli chory otrzymuje ją już w pompie podskórnie). Dawkę można powtórzyć po 30 min, jeśli nadal chory oddycha szybciej niż 20 oddechów/min
if respirations are > 20/min, a slowing of respiration may reduce rattling; administer low dose morphine (2.5–5 mg subcutaneously or 1/6 of daily dose if already given in subcutaneous infusion). The dose may be repeated after 30 minutes if respirations persist > 20/min
 - jeśli odgłosy pochodzą z tylnej części gardła, a chory jest głęboko nieprzytomny, można odessać wydzielinę
if rattling is generated in the posterior part of pharynx and the patient is unconscious, secretions may be suctioned
 - podnieść zagłówek łóżka do 30% do góry po to, aby wydzielina spłynęła z gardła lub tchawicy do płuc
elevate a bolster 30% in order to make secretions flow from the throat or trachea into the lungs
- Wytłumaczenie rodzinie jest ważne, ponieważ powyższe postępowanie jest skuteczne tylko u 50% chorych
Reassuring the family is important as the above-mentioned management is efficient only in 50% of patients
- Jeśli chory sprawia wrażenie cierpiącego, niektórzy zalecają podanie małych dawek midazolamu
If the patient seems to suffer, low dose midazolam is recommended by some experts

odczuwać dyskomfort spowodowany suchością w jamie ustnej w wyniku podawania leków [26].

Scenariusze umierania w raku płuca

Śmierć chorego na raka płuca może być skutkiem samej choroby nowotworowej, powikłań po leczeniu przeciwnowotworowym (szczególnie w pierwszym roku choroby), ale także innych niezwiązanych z rakiem zaburzeń. U pacjentów nowotworowych nadal najczęstszą przyczyną zawału mózgu jest miażdżyca tętnic mózgowych, a nie zator komórkami nowotworowymi.

Śmierć spowodowana bezpośrednio chorobą nowotworową najczęściej wynika z zakażeń, które w ponad 50% przypadków są bezpośrednią przyczyną zgonu [28]. Masywne, obustronne odoskrzelowe zapalenie płuc jest często bezpośrednią przyczyną śmierci w nowotworach o praktycznie każdym umiejscowieniu, ale szczególnie w raku płuca. Drugą co do częstości przyczyną śmierci w chorobie nowotworowej są niewydolności narządowe. Wynikają one z obturacji masami guza, zastąpienia zdrowego mięszu naciekami nowotworowymi albo zawałów jako powikłań zatorowo-zakrzepowych. Kolejnym czynnikiem prowadzącym do śmierci jest wyniszczenie, bardzo częste wśród chorych na raka płuca. Prowadzi ono do immunosupresji, ograniczenia aktywności ruchowej chorego i osłabienia mięśni oddechowych, co zwiększa chociażby ryzyko zapalenia płuc. Śmierć może być także konsekwencją powikłań zakrzepowo-zatorowych, które wynikają z zaburzeń krzepliwości, ograniczonej ruchomości pacjenta oraz obecności guza uciskającego na naczynia żyłne lub rozwijającego się w świetle naczyń. Pacjent może również umrzeć z powodu krwotoku, w wyniku zaburzeń krzepnięcia i fibrynolizy lub zespołu wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, małopłytkowości (np. w naciekaniu szpiku) albo też nacieczenia naczynia krwionośnego przez guz. Masywny krwotok kończący życie stanowi przyczynę około 6% zgonów z powodu choroby nowotworowej [28]. Inne przyczyny bezpośrednio prowadzące do śmierci to zaburzenia metaboliczne (hiperkalcemia, hiponatremia, hipoglikemia), wzrost ciśnienia śródczaszkowego, tamponada lub zawał serca oraz nagła śmierć sercowa.

W medycynie paliatywnej używa się pojęcia „scenariuszy umierania”, czyli występowania pewnych powtarzających się objawów i problemów. Na przykład, scenariusze umierania mogą się wiązać z:

- terminalnym zapaleniem płuc;
- wzrostem ciśnienia śródczaszkowego;
- niewydolnością nerek lub wątroby;

gulability, immobilisation, tumour compression of the veins or its intravascular invasion. Coagulation and fibrinolysis disorders, disseminated intravascular coagulation, thrombocytopenia (for example, in bone marrow infiltration) or cancer invasion of the blood vessels may all contribute to fatal bleeding. In 6% of cancer patients fatal extensive haemorrhage is the cause of death [28]. Other direct causes of death include metabolic disturbances (hypercalcaemia, hyponatraemia or hypoglycaemia), raised intracranial pressure, cardiac tamponade, myocardial infarction or sudden cardiac death.

To describe certain complexes of signs and symptoms the term “dying scenario” is often used in palliative care medicine. For instance, a patient may be dying due to:

- terminal pneumonia;
- raised intracranial pressure;
- renal or hepatic insufficiency;
- ileus;
- sudden suffocation.

Predicting the way a patient is going to die may avoid “a bad dying scenario”.

Bad dying scenarios in lung cancer

Suffocation due to tumour invasion or compression of the respiratory tract or aspiration of blood in the course of pulmonary haemorrhage is probably the worst dying scenario. If a patient is attended by an oncologist all available methods are usually employed such as bronchoscopic interventions, surgical procedures, tracheostomy or radiation, and pharmacological treatment in case of haemoptysis. However, in some patients these may prove insufficient and referral to a palliative care specialist and/or hospice may be indicated in order to avoid “a bad dying scenario”. If a patient requires admission to an oncology department, clear managing protocol should be planned in advance where there is a risk of a difficult dying (Table 4) [29]. All the issues should be discussed extensively with the patient and his or her family. In a study conducted in the Cancer Research Center in Chicago, it was patients with dyspnoea and haemoptysis who wished to discuss dying phase management with an oncologist and, paradoxically, this kind of difficult conversation usually eased the anxiety [30]. If it has been decided that resuscitation will not be attempted, a major goal in the event of a massive haemorrhage should be to relieve airway obstruction so that the patient does not suffocate from blood or mucus aspiration. Positioning the patient in such a way that the bleeding bronchus is “at the

- niedrożnością przewodu pokarmowego;
- nagłym uduszeniem się.

Przewidywanie, jak chory może umierać, ma na celu przede wszystkim zminimalizowanie ryzyka „trudnego” scenariusza umierania.

Scenariusze „trudnego” umierania w raku płuca

Chyba najgorszym scenariuszem jest śmierć z uduszenia spowodowana guzem rozwijającym się w świetle dróg oddechowych lub na nie uciskającym albo w wyniku zachłyśnięcia krwią podczas krwotoku z płuca. Jeśli chory pozostaje pod opieką onkologa, najczęściej wykorzystuje się wszelkie dostępne metody terapii, takie jak leczenie wewnątrzośkrzelowe, chirurgiczne, tracheostomię czy radioterapię, a w przypadku krwioplucia — także farmakoterapię. Jednak u części chorych ich rezultaty nie są zadowalające. W sytuacji istnienia ryzyka „trudnego” umierania zaleca się skontaktowanie ze specjalistą medycyny paliatywnej i przekazanie chorego pod jego opiekę. Jeśli chory będzie przebywać na oddziale onkologicznym, należy ustalić jasny protokół postępowania na wypadek takiego umierania (tab. 4) [29]. Przede wszystkim należy porozmawiać o tym z chorym i jego rodziną. W badaniu obejmującym pacjentów *Cancer Research Center* w Chicago to właśnie szczególnie chorzy z dusznością i krwiopluciem odczuwali potrzebę rozmowy z onkologiem na temat postępowania w okresie umierania [30]. Paradoksalnie — po takich trudnych rozmowach lęk najczęściej jest mniejszy. Jeśli ustalono, że u chorego nie będą podejmowane zabiegi ratujące życie, to w przypadku masywnego krwotoku podstawowym celem staje się utrzymanie drożności dróg oddechowych, tak aby chory nie udusił się z zakrzuszenia krwią czy śluzem. Położenie chorego na boku, tak aby „na dole” znalazło się krwawiące oskrzele, zapobiega zarzucaniu krwi do zdrowego płuca. Inni

bottom” prevents blood regurgitation into the healthy lung. Other patients may feel better seated but the head should be stabilised in a position in which it is tilted forward with the chin down. Tilting the head backwards may increase bleeding and aspiration [31]. If a patient seems restless, midazolam may be administered parenterally [28]. Other medication such as antifibrinolytic treatment should be considered as well. Venous bleeding is usually stopped or decreased where there is hypotension. The doctor should stay with the patient and adequate management should be applied depending on the way the situation progresses. In the event of choking as a result of trachea compression by an abruptly enlarged tumour in the course of bleeding into the tissue or because of sudden obstruction of an airway by a tumour, midazolam and morphine should be administered parenterally in order to ease anxiety and dyspnoea, even though it may make the patient unconscious (Tables 1, 2) [23, 24, 31].

What is meant by “a good quality of dying”?

In 1998 the American Society of Clinical Oncology along with other American medical associations introduced core principles for end-of-life care in order to ensure a good quality of dying [32]. Many parameters for dying assessment have been established but the ones modified by Cohen et al. for uraemic patients in whom dialysis has been discontinued seem particularly valuable [33]. Their quality of dying APGAR (QODA) scale is concise and precise and it could be applied to cancer patients as well (Table 5). One criterion requires further discussion; the protraction of agony arises from the performance of useless heroic procedures aimed at not letting a patient die (such as intravenous fluid administration or dopamine infusion in the case of hypoten-

Tabela 4. Przygotowania na wypadek masywnego krwotoku u chorych terminalnych z ryzykiem „trudnego” umierania [29]

Table 4. Management protocol in the event of fatal massive haemorrhage risk in terminal patients [29]

Postępowania przygotowawcze Preparations

Rozmowa z chorym i jego rodziną na temat postępowania na wypadek krwotoku
Explain to the patient and his family the management planned in case of haemorrhage

Ustalenie jasnego „planu działania”
Design clear management protocol

Przygotowanie ciemnych ręczników i miednicy dostępnych przy łóżku pacjenta
Keep dark towels and a bowl handy near the patient’s bed

Przygotowanie „zestawu ratunkowego” z lekiem sedacyjnym, np. 5 mg midazolamu w strzykawce do podania podskórnie lub domięśniowo

Provide a “rescue kit” with a sedative, e.g. 5 mg midazolam, in a syringe for subcutaneous or intramuscular injection

chorzy czują się lepiej siedząc, ale zawsze należy im zapewnić stabilizację głowy, tak by była pochylona do przodu, a podbródek skierowany w dół. Każde pochylenie głowy do tyłu może bowiem nasilić krwawienie i zwiększyć krztuszenie się [31]. Jeśli chory jest niespokojny, korzystne może być podanie parenteralnie midazolamu [28]. Oczywiście należy rozważyć podawanie także innych środków (takich jak leki antyfibrynolityczne). Zazwyczaj krwawienie żyłne zmniejsza się lub zatrzymuje przy spadku ciśnienia tętniczego. Należy bezwzględnie pozostać przy chorym i odpowiednio postępować w zależności od rozwoju sytuacji. W przypadku duszenia się chorego na skutek ucisku na tchawicę przez guz nagle powiększony w wyniku krwawienia mięsaszowego albo nagłego zamykania się światła przez guz należy podawać parenteralnie midazolam oraz morfinę w celu zmniejszenia lęku i duszności, nawet jeśli miałyby to spowodować wyłączenie świadomości chorego (tab. 1, 2) [23, 24, 31].

Co to jest dobra jakość umierania?

W 1998 r. ASCO (*American Society of Clinical Oncology*) wraz z innymi amerykańskimi medycznymi towarzystwami naukowymi uzgodniły zalecenia, mające na celu zapewnienie chorym jak najlepszych warunków umierania (*core principles for end-of-life care*) [32]. Opracowano także wiele parametrów oceniających umieranie, ale warto przyjrzeć się tym, które Cohen i wsp. przystosowali dla pacjentów z moczną, u których zaprzestano dializoterapii [33]. Skala QODA (*quality of dying APGAR*) jest krótka i przejrzysta, a kolejne problemy dotyczą w pełni także chorych na raka (tab. 5). Jeden z punktów wymaga komentarza, a mianowicie uporczywe przeciąganie agonii. Dochodzi do tego najczęściej w wyniku „heroicznych” zabiegów medycznych,

Also unfinished issues such as faults still to be forgiven or the awaited visit of someone close may be other reasons. Sometimes agony may be prolonged due to refusal to let a patient die. This problem mainly concerns dying children whose parents do not want them to die and who keep permanent vigil, asking the child not to leave them or even forbidding him or her to do so. As it happens, the child may take the opportunity to die just when his parents have left for a few minutes. This often makes the parents feel remorse and guilty of not attending their child's death. Such situations may also arise in dying adults and they require a tactful and patient approach as well as good communication and psychological support.

Final considerations

Specialists in palliative medicine often complain, “if only oncologists had transferred the patient earlier!” or “Why do they promise so much to a patient and then I have to set things straight?” Anti-cancer treatment in the terminal phase also seems futile and questionable. In the USA more than 20% of patients are treated with chemotherapy in the last 3 months of life, regardless of tumour chemo-sensitivity [34]. Perhaps this is why the malevolent joke was coined: “Why do they put nails in the coffins of cancer patients? So the oncologist can't give any more chemotherapy!” [35]. Oncologists prescribe chemotherapy to relieve symptoms but equally often to give the patient and his or her family time to accept an unfavourable prognosis. This may be the reason why more than 50% of patients with chemo-resistant neoplasm receive the treatment only for a short period of less than 1 month [34]. These observations are inconsistent with the results of prospective qualitative studies. The real goal of both oncology and

Tabela 5. Skala jakości umierania QODA (*quality of dying APGAR*) [33]

Table 5. Quality of Dying APGAR (QODA) scale [33]

Parametry oceny jakości umierania
Quality of dying assessment criteria

Ból w ostatnim tygodniu życia
Pain in the last week of life

Inne objawy w ostatnim tygodniu życia
Other symptoms in the last week of life

Planowanie naprzód — czy wybór leczenia był zgodny z życzeniem chorego?
Planning in advance — was the choice of treatment consistent with the patient's wishes?

Pokój/godność (czy chory był świadomy, czy się pożegnał, dokończył niezakończone sprawy, zaspokoił swoje duchowe potrzeby, umarł tam, gdzie chciał, zostawił rodzinę połączoną)
Peace/dignity (was the patient conscious, did he say farewell, did he complete unfinished business, did he fulfil his spiritual needs, did he die where he had wished to, did he leave his family united?)

Czas umierania — czy agonía była przeciągana?
Dying phase — was agony protracted?

podejmowanych przez lekarzy tylko dlatego, aby zrobić wszystko, by chory nie umarł (np. parenteralne nawadnianie, wlew dopaminy przy spadku ciśnienia tętniczego). Inną przyczyną mogą być niezadowolone przez chorego sprawy, takie jak brak przebaczenia czy też oczekiwanie na czyjąś wizytę. Wreszcie umieranie może się wydłużać z powodu braku „zgody na odejście”. Dotyczy to przeważnie umierających dzieci, którym rodzice nie pozwalają umrzeć, czuwają przy nich, prosząc, aby ich nie zostawiali lub wręcz zabraniając im tego. Zdarza się, że dziecko wykorzystuje tzw. „okienko”, umierając akurat w ciągu tych kilku minut, kiedy rodzice na chwilę wyszli z pokoju. Staje się to często dla rodziców przyczyną wyrzutów sumienia, że nie byli przy śmierci swojego dziecka. Takie sytuacje obserwuje się także w przypadku umierających dorosłych. Ich rozwiązanie wymaga wiele taktu, cierpliwości, dobrej komunikacji, a często wsparcia psychologicznego.

Myśli na koniec

Specjaliści medycyny paliatywnej nieraz skarżą się na onkologów: „Gdyby tylko oni wcześniej przekazali mi...” albo: „Dlaczego onkolodzy tyle obiecują pacjentom, a potem ja muszę wszystko odkręcać...”. Wątpliwości budzi także stosowanie niektórych metod onkologicznych w okresie terminalnym. W Stanach Zjednoczonych ponad 20% pacjentów otrzymuje chemioterapię w ostatnich 3 miesiącach życia i to niezależnie od chemiooporności guza [34]. Stąd być może zrodziło się tam złośliwe powiedzenie: *„Why do they put nails in the coffins of cancer patients? So the oncologist can't give any more chemotherapy!”* („Dlaczego wbija się gwoździe w trumnę zmarłego na raka? Dlatego, żeby onkolog nie mógł już więcej podać chemioterapii.”) [35]. Oprócz stosowania chemioterapii w celu łagodzenia objawów lekarze również często zlecają ją po to, aby „dać czas” pacjentowi czy rodzinie na oswojenie się z niepomyślnym rokowaniem [34]. Stanowisko takie może tłumaczyć, dlaczego ponad połowa pacjentów z chemoopornym nowotworem otrzymała to leczenie bardzo krótko, krócej niż 1 miesiąc. Powyższe obserwacje pozostają w sprzeczności z wynikami prospektywnych badań jakościowych, oceniających potrzeby chorych na raka. Tak naprawdę zarówno onkologia, jak i medycyna paliatywna mają pomóc chorym, których nie da się wyleczyć, w spełnieniu ich największych potrzeb, w zrozumieniu historii swojego życia, w odkryciu na nowo swojej wartości, w poradzeniu sobie ze świadomością umierania. Czas zdobyty dzięki leczeniu onkologicznemu jest czasem zyskanym tylko wówczas, gdy umożli-

palliative care is to satisfy the needs of patients with incurable diseases and help them understand their life, re-discover their value and cope with the prospect of dying. If a patient gets the chance to complete personal goals and does not spend the last period of his or her life attending visits and tests and suffering, only then is the time gained thanks to anti-cancer therapy valuable.

Lung cancer patients are indeed a good reason for closer co-operation between oncologists and palliative medicine specialists. The disease carries poor prognosis, frequently requires palliative oncological therapies, has complex symptomatology with associated anxieties and fear of dying. Therefore, early contact between specialists mentioned is especially required. At the same time it should be noted that in lung cancer oncological treatment, such as radiation or bronchoscopic procedures, seems to be efficient in relieving symptoms. The palliative care specialist should therefore ensure good co-operation with the oncology centre in order to apply adequate symptomatic treatment in lung cancer patients. Experience of the close co-operation of both specialists may enable patients smooth the passage from active treatment to the terminal phase.

Let me share my personal reflection with you:

As a specialist in the field of medicine where mortality is almost 100%, I watch with great respect and envy my fellow-oncologists' efforts to cure patients or at least prolong their lives. However, when these efforts fail, maybe it is worthwhile to recall one of the rules of palliative medicine, explaining “what is this all for”:

“You can't die cured but you can die healed” [36]...

...and include good dying of one's patients in the list of personal and professional successes.

Piśmiennictwo

1. Parkin D.M. Global cancer statistics in the year 2000. *Lancet Oncol.* 2001; 2: 533–543.
2. Edmonds P., Karlsem S., Khan S., Addington-Hall J. A comparison of the palliative care needs of patients dying from chronic respiratory diseases and lung cancer. *Palliat. Med.* 2001; 15: 287–295.
3. McCarthy E.P., Phillips R.S., Zhong Z. i wsp. Dying with cancer: Patients' function, symptoms and care preferences as death approaches. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2000; 48 (supl.): S110–S121.
4. Teno J.M., Weitzen S., Fennell M.L. i wsp. Dying trajectory in the last year of life: Does cancer trajectory fit other diseases? *J. Palliat. Med.* 2001; 4: 457–464.
5. Murray S.A., Boyd K., Kendall M., Worth A., Benton T.F., Clausen H. Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community. *BMJ* 2002; 325: 929–934.
6. Murray S.A., Kendall M., Boyd K., Worth A., Benton T.F. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview stu-

wia choremu zrealizowanie ważnych dla niego celów, a nie gdy wypełniony jest „terminami wizyt i badań” oraz cierpieniem.

Chorzy na raka płuca stanowić mogą dobry przykład, aby zachęcić do ściślejszej współpracy onkologa i specjalisty medycyny paliatywnej. Jest to populacja pacjentów ze źle rokującą chorobą, u których często stosuje się paliatywne metody onkologiczne. To chorzy z bardzo bogatą symptomatologią — tej grupie osób towarzyszy wiele lęków dotyczących umierania. Byłoby więc korzystne, gdyby onkolog miał możliwość zaproszenia lekarza medycyny paliatywnej odpowiednio wcześniej do współpracy. Jednocześnie w raku płuca metody onkologiczne, przede wszystkim radioterapia czy leczenie wewnątrzskrzewowe, są bardzo skutecznymi sposobami łagodzenia wielu objawów. Specjalista medycyny paliatywnej powinien więc zadbać o właściwą współpracę z ośrodkiem onkologicznym, chociażby po to, aby móc prowadzić skuteczne leczenie objawowe chorych na raka płuca pozostających pod jego opieką. Wcześniejsza współpraca lekarzy obu specjalności pozwoli również na łagodniejsze przejście chorego z fazy aktywnego leczenia do okresu terminalnego.

I na koniec ośmielę się podzielić osobistą refleksją:

Jako przedstawiciel dziedziny medycyny, w której śmiertelność pacjentów zbliża się do 100%, z ogromnym szacunkiem i zazdrością patrzę na wysiłki moich kolegów onkologów, którzy starają się wyleczyć lub co najmniej wydłużyć życie. Ale jeśli się to nie udaje, to może warto pamiętać o jednej z zasad opieki paliatywnej, która tłumaczy „po co to wszystko”:

„*You can't die cured, but you can die healed*” („Nie można umrzeć wyleczonym, ale można umrzeć uzdrowionym”) [36]...

...i wpisać dobre umieranie swoich pacjentów na listę własnych sukcesów jako lekarza.

dy of patients and their carers. *Palliative Medicine* 2004; 18: 39–45.

7. The A.M., Hak T., Koëter, van der Wal G. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ* 2000; 321: 1376–1381.
8. Lutz S., Norrell R., Bertucio C. i wsp. Symptom frequency and severity in patients with metastatic or locally recurrent lung cancer: a prospective study using the Lung Cancer Symptom Scale in a community hospital. *J. Palliative Medicine* 2001; 4: 157–165.
9. McCorkle R., Benoliel J.Q. Symptom distress, current concerns and mood disturbance after diagnosis of life threatening disease. *Soc. Sci. Med.* 1983; 17: 431–438.

10. Sarna L. Correlates of symptom distress in women with lung cancer. *Cancer Pract.* 1993; 1: 21–28.
11. Cooley M.E., Short T.H., Moriarty H.J. Patterns of symptom distress in adults receiving treatment for lung cancer. *J. Palliative Care* 2002; 18 (3): 150–159.
12. Degner L., Sloan J. Symptom distress in newly diagnosed ambulatory cancer patients and as a predictor of survival in lung cancer. *J. Pain Symptom Manage* 1995; 10: 423–431.
13. Ferris F.D., von Gunten C.F., Emanuel L.L. Competency in end-of-life care: last hours of life. *J. Palliative Medicine* 2003; 6: 605–613.
14. Working Party on Clinical Guidelines in Palliative Care. *Changing Gear — Guidelines for Managing the Last Days of Life in Adults*. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, Land & Unwin Ltd, Northamptonshire 1997.
15. Krajnik M., Zylicz Z. Palliative care — care for the dying, home care, the last days of life. W: *Clinical Pain Management*. Cancer Pain. Sykes N., Fallon M.T., Patt R.B. Arnold, Londyn, 2003, 105–111.
16. Callanan M., Kelley P. *Final gifts*. Poseidon Press, New York 1992.
17. Fürst C.J., Doyle D. The terminal phase. W: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Doyle D., Hanks G., Cherny N., Calman K. (red.). Wyd. III. Oxford University Press, Oxford 2004: 1119–1133.
18. Hippocrates (460–357 BC/BCE), *Aphorisms translated by Chaucer*.
19. McNeill J.A., Sherwood G.D., Starck P.L. i wsp. Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. *J. Pain Symptom Manage* 1998; 16: 29–40.
20. Rousseau P. Management of symptoms in the actively dying patients. W: *Palliative Care and Supportive Oncology*. Berger A.M., Portenoy R.K., Weissman D.E. (red.). Wyd. 2. Lippincott Williams & Wilkins, 2002: 789–798.
21. Krajnik M., Zylicz Z., Finlay I., van Sorge A., Luczak J. Potential uses of topical opioids in palliative care — report of 6 cases. *Pain* 1999; 80: 121–125.
22. Lichter I., Hunt E. The last 48 h of life. *J. Palliative Care* 1990; 6: 7–15.
23. Krajnik M., Zylicz Z., Adamczyk A. Jak działają opioidy w duszności? (How do opioids work in dyspnea?). *Polska Medycyna Paliatywna* 2003; 2 (3): 183–190.
24. Krajnik M. Leki wpływające na ośrodkową regulację oddychania. W: *Postępy Medycyny Paliatywnej*. Krajnik M., Zylicz Z. (red.). Tom 1. Duszność w zaawansowanych stanach chorobowych — przyczyny i postępowanie. Jassem E. (red.). *Via Medica*, Gdańsk 2003: 157–176.
25. Morita T., Hyodo I., Yoshimi T. i wsp. Incidence and underlying etiologies of bronchial secretion in terminally ill cancer patients: a multicenter prospective, observational study. *J. Pain Symptom Manage* 2004; 27: 533–539.
26. Back I.N. *Palliative Medicine Handbook*. Wyd. 3. Cambrian Printers, Aberystwyth, Ceredigion 2001. dostępne na stronie: <http://www.pallmed.net/>.
27. *Palliative Care Formulary*. Twycross R, Wilcock A., Charlesworth S., Dickman A. Wyd. 2. Radcliffe Medical Press, Oxon 2002.
28. Hoskin P., Makin W. *Oncology for Palliative Medicine*. Wyd. 1. Oxford University Press 1998.
29. Gagnon B., Mancini I., Pereira J., Bruera E. Palliative Management of bleeding events in Advanced Cancer Patients. *J. Palliative Care* 1998; 14: 4: 50–54.

30. Lamont E.B., Siegler M. Paradoxes in cancer patients' advance care planning. *J. Pall. Med.* 2000; 3: 27–35.
31. Twycross R.G., Wilcock A. *Symptom Management in advanced cancer.* Radcliffe Medical Press, Oxon 2001.
32. Cancer care during the last phase of life. *J. Clin. Oncol.* 1998; 16: 1986–1996.
33. Cohen L.M., Poppel D.M., Cohn G.M., Reiter G.S. A very good death: measuring quality of dying in end-stage renal disease. *J. Palliat. Med.* 2001; 4 (2): 167–172.
34. Emanuel E.J., Young-Xu Y., Levinsky N.G., Gazelle G., Saynina O., Ash A.S. Chemotherapy use among Medicare beneficiaries at the end of life. *Ann. Internal Medicine* 2003; 138: 639–643.
35. Weissman D. Medical Oncology and Palliative Care: The intersection of end-of-life care. *J. Palliative Medicine* 2003; 6: 859–861.
36. Twycross R.G. The challenge of palliative care. *Jpn. Soc. Clin. Oncol.* 2002; 7: 271–278.