

Anna Nowarska

Departament Współpracy Międzynarodowej, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, Polska

Karmić czy nie karmić? Kliniczne aspekty niepodjęcia lub zaprzestania podawania pokarmów i płynów u kresu życia

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2011; 10: 3–10

Streszczenie

Problem niepodjęcia lub zaprzestania klinicznie wspomaganego odżywiania i nawadniania (CANH) u pacjentów znajdujących się w obliczu nieuchronnej śmierci jest bardzo kontrowersyjny. Klinicyści nie są zgodni w tej kwestii i rezygnacja z CANH jest przedmiotem ostrej, czasami emocjonalnej debaty.

Niniejszy artykuł stanowi próbę zbadania pokrótce aktualnych dowodów klinicznych dotyczących niepodjęcia lub zaprzestania CANH u kresu życia. Autorka stara się ocenić, czy zapewnienie CANH jest zawsze korzystne dla pacjenta, czy też może czasami przynieść więcej szkody niż pożytku. Dąży także do odpowiedzi na pytanie, czy rezygnacja z CANH u niektórych pacjentów znajdujących się w obliczu nieuchronnej śmierci jest zgodna z zasadami opieki paliatywnej. Z tego powodu odmawianie lub wycofywanie CANH zostanie przeanalizowane w kontekście podstawowych założeń opieki paliatywnej przedstawionych w definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2011; 5, 2: 33–39

Słowa kluczowe: klinicznie wspomagane odżywianie i nawadnianie, niepodjęcie lub zaprzestanie podawania pokarmów i płynów, umieranie

Wstęp

Zdolność przyjmowania pokarmów i płynów oraz chęć jedzenia i picia zwykle słabną w trakcie procesu umierania. Kiedy stan pacjenta pogarsza się tak, że nie może on przyjmować pokarmów i płynów doustnie, istnieje możliwość zapewnienia odżywiania i nawadniania innymi sposobami, które w niniejszym artykule zostaną opisane jako klinicznie wspomagane odżywianie i nawadnianie (CANH, *clinically assisted nutrition and hydration*) (termin „klinicznie wspomagane odżywianie i nawadnianie” wprowadzono niedawno w wydanych w Wielkiej Brytanii nowych wskazówkach *General Medical Council** — „*Treatment and*

care towards the end of life: good practice in decision making” [1]. Nowego terminu używa się zamiast sformułowania „sztuczne odżywianie i nawadnianie lub karmienie przez sondę”. Ta subtelna zmiana oznacza, że odżywianie i nawadnianie za pomocą sondy nie jest traktowane jako „sztuczne”, ale raczej jako „wspomagane” metodami klinicznymi).

Niepodjęcie lub zaprzestanie CANH u pacjentów w schyłkowym etapie życia, to znaczy w momencie, kiedy zgon jest nieuchronny i spodziewany w ciągu dni lub godzin, wzbudza wiele obaw. Są one zgłaszane nie tylko przez społeczeństwo, etyków czy rodziny pacjentów, ale także przez personel medyczny. Co ciekawe, opinie środowiska medycznego są

Adres do korespondencji: Anna Nowarska, MA in Bioethics
Departament Współpracy Międzynarodowej, Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa
e-mail: anna@nowarska.pl
Tłumaczenie: Joanna Mrówczyńska



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2011; 5, 2: 33–39
Copyright © Via Medica, ISSN 1898-0678

w tej kwestii podzielone. Klinicyści są jednak zgodni, że potrzeba więcej badań w tym kierunku, ponieważ dowody medyczne nie są jednoznaczne [2, 3].

Żywienie i nawadnianie uważa się powszechnie za składowe podstawowej opieki. Jedzenie i picie to podstawowe ludzkie potrzeby i ich znaczenie jest powszechnie akceptowane. Mają one wiele społecznych, kulturowych i religijnych konotacji. Dlatego brak CANH postrzega się często jako równoznaczny z pozbawianiem pożywienia i wody, które skutkuje wycieńczeniem i odwodnieniem, oraz intuicyjnie może być odbierany jako okrutny i niehumanitarny.

Korzyści, obciążenia i ryzyko związane z zapewnieniem CANH u kresu życia często nie są w pełni rozumiane. Stosunek do odżywiania i nawadniania innego niż doustne jest czasami kształtowany przez głęboko zakorzenione przekonania, błędne wyobrażenia i nieporozumienia. Dlatego zgłębienie klinicznych aspektów rezygnacji z CANH ma ogromne znaczenie dla najlepiej pojętego interesu pacjenta oraz dobrej komunikacji i relacji między chorymi, ich rodzinami i personelem medycznym.

Definicja opieki paliatywnej według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization)

Według WHO [4] opieka paliatywna to podejście, które poprawia jakość życia pacjentów i ich rodzin stojących w obliczu problemów związanych z chorobami zagrażającymi życiu. Polega głównie na zapobieganiu oraz przynoszeniu ulgi w cierpieniu poprzez wczesne zidentyfikowanie, bezbłędną ocenę i leczenie bólu. Powinna zajmować się także innymi problemami — fizycznymi, psychologicznymi czy duchowymi. Aby to osiągnąć, opieka paliatywna między innymi:

- zapewnia niesienie ulgi w bólu i innych przykrych objawach;
- afirmuje życie, uznaje umieranie za normalny proces i nie ma na celu ani przyspieszania, ani odraaczania śmierci;
- oferuje system wsparcia, aby pomóc rodzinie radzić sobie w czasie choroby pacjenta oraz w okresie osierocenia.

Opieka paliatywna zapewnia niesienie ulgi w bólu i innych przykrych objawach

Istnieją sprzeczne dowody dotyczące powiązania między objawami końca życia a deficytem pokarmów i płynów u pacjentów znajdujących się

w obliczu nieuchronnej śmierci. Z jednej strony, w wielu badaniach odkryto wysoki poziom uciążliwych objawów związanych z zapewnieniem odżywiania i nawadniania. Z drugiej zaś — przeprowadzono także badania, których wyniki tego nie potwierdziły.

Tę dwuznaczność należy traktować poważnie. Z klinicznego punktu widzenia najważniejsze są następujące pytania: czy brak CANH w schyłkowym etapie życia może wywołać przykre dla chorego objawy oraz czy zapewnienie odżywiania i nawadniania może im zapobiec lub je złagodzić, a także czy zapewnienie CANH może dodatkowo szkodzić umierającemu pacjentowi? Pytania te zostaną przeanalizowane w dalszej części artykułu.

Uśmierzenie bólu a CANH

Istnieje dowód na to, że w rezultacie odwodnienia terminalnego organizm produkuje ketony i inne substancje metaboliczne. Ważne jest, aby rozróżnić pacjentów, u których uzupełnianie płynów jest wskazane medycznie. Ten typ odwodnienia spowoduje gwałtowniejsze pogorszenie, zwykle w ciągu kilku dni, w sytuacji gdy przyczyna odwodnienia jest nagła, co wynika z historii choroby, na przykład poliuria, polidypsja z hiperkalcemią, wymioty wywołane niedrożnością jelit, biegunka, badania medyczne lub testy laboratoryjne. Takie nagłe zmiany różnią się od zmian występujących u umierających chorych, u których odwodnienie — zwane odwodnieniem terminalnym — przebiega stopniowo, trwa tygodnie/miesiące ze współistniejącymi objawami, takimi jak osłabienie, zmęczenie, utrata masy ciała i senność [5]. Ketony i inne substancje metaboliczne mają naturalny znieczulający wpływ na ośrodkowy układ nerwowy i powodują znaczne złagodzenie cierpienia [2, 6]. U kresu życia występuje także koncentracja opioidów i wzrasta produkcja naturalnych endorfin. To również redukuje ból, a tym samym maleje potrzeba analgezji [7]. Także niektórzy lekarze podkreślają znieczulające właściwości naturalnego odwodnienia terminalnego [8, 9]. Należy podkreślić, że odwodnienie terminalne zwykle nie jest bolesne dla pacjenta [3]. Ponadto zapewnienie CANH może być samo w sobie źródłem dodatkowego bólu dla chorego [10].

Jednak efekt znieczulający wywołany przez odwodnienie terminalne może być także połączony z sennością i zaburzeniami poznawczymi spowodowanymi przez nagromadzenie się metabolitów opioidów. Dla niektórych pacjentów może to być korzystne, ale inni mogą chcieć pozostać na tyle przytomni i sprawni umysłowo, jak to tylko możliwe. Jako że odwodnienie powoduje dezorientację i niepokój, może także przyczynić się do niewydolności nerek, a tym samym prowadzić do nagromadzenia

się metabolitów opioidowych (rezultatami są dezorientacja, mioklonie i ataki) [11, 12]. Aby uniknąć tych objawów, czasem może być wskazane zapewnienie klinicznie wspomaganego nawadniania (CAH). Istnieją badania, których wyniki potwierdziły korzyści płynące z nawadniania prowadzonego w celu złagodzenia wymienionych objawów [13, 14].

Sekrecja i CANH

W trakcie procesu umierania obniża się poziom płynów ustrojowych. Prowadzi to do redukcji sekrecji żółtkowej i płucnej. Dlatego brak CANH u umierających pacjentów zmniejsza nudności i wymioty, łagodząc jednocześnie inne objawy, takie jak kaszel, krztuszenie, przekrwienie i rzęzenie [2, 6, 7]. Jako że wymienione objawy są bardzo powszechne, drażniące i niepokojące dla umierających chorych, ich złagodzenie jest kluczową sprawą. Badania prowadzone przez Morita (uważane za pierwsze i największe badania wieloośrodkowe dotyczące omawianej kwestii) przeprowadzono w celu przeanalizowania związku między poziomem nawodnienia, odwodnieniem i objawami zatrzymania płynów u chorych na choroby nowotworowe będących u kresu życia. Ich wyniki ujawniły, że przy zapewnieniu CANH bardziej prawdopodobne jest nasilenie innych objawów związanych z przeciążeniem płynami, takich jak obrzęk obwodowy, wodobrzusze i wysięk opłucnowy w ostatnich 3 tygodniach życia [15]. Wyniki sugerowały także, że ogólne korzyści płynące z zastosowania aktywnego nawadniania są ograniczone przez możliwość wystąpienia dokuczliwych objawów przeciążenia płynami [15, 16].

Złagodzenie delirium a CANH

Delirium to powszechny objaw występujący w ostatnich dniach lub godzinach przed śmiercią [17]. Stan ten, na który składają się deficyt poznawczy i deficyt świadomości, razem z zaburzeniami zachowania i zmieniającą się aktywnością psychomotoryczną, jest często źródłem poważnego cierpienia zarówno dla chorych, jak i ich rodzin [18–20]. Najważniejszy wpływ delirium na pacjenta to halucynacje i inne zaburzenia percepcji, splątanie, dezorientacja i wzburzenie [21]. Uznaje się, że istnieje wiele przyczyn delirium, na przykład niedotlenienie, niewydolność narządowa, leki, takie jak opioidy i — co ważne w omawianym przypadku — brak równowagi płynów i elektrolitów [2].

Wyniki kilku badań sugerują, że nawadnianie może mieć korzystny wpływ, jeżeli chodzi o zapobieganie i leczenie delirium [17, 22], jednak badania te dotyczyły pacjentów chorych terminalnie oraz starszych osób (a nie osób, u których proces umie-

rania już się rozpoczął). W tych przypadkach ostre i podlegające leczeniu odwodnienie było przyczyną delirium, inaczej niż w sytuacji stopniowego odwodnienia związanego z procesem umierania.

Ważne jest zachowanie równowagi między możliwymi korzyściami a obciążeniami wynikającymi z nawadniania, jako że rehydratacja może nasilić cierpienia pacjenta i spowodować pogorszenie innych objawów, takich jak obrzęk obwodowy i sekrecja oskrzelowa. Zaleca się także, aby nie przeoczyć odwodnienia, które można leczyć, szczególnie u pacjentów w fazie przedterminalnej (ponieważ odwodnienie i nagromadzenie metabolitów opioidów może przyspieszyć ostry stan delirium), i rozważyć w takiej sytuacji zapewnienie nawadniania [23].

Dowody kliniczne związane z leczeniem delirium występującego u kresu życia są podzielone. W niektórych badaniach nie zalecano nawadniania w przypadku umierających pacjentów, ponieważ nie zaobserwowano korzyści będących następstwem podawania płynów w leczeniu delirium w terminalnej fazie choroby [15, 24, 25]. W innych badaniach stwierdzono, że nawadnianie może pomóc w ograniczeniu terminalnego delirium, ponieważ zapewnienie CAH zapobiega splątaniu, wzburzeniu, nadpobudliwości nerwowo-mięśniowej, neurotoksyczności oraz zmniejsza częstość występowania halucynacji, które mogą wystąpić zarówno jako część delirium, jak też niezależnie [13, 14].

Uśmierzenie głodu

Na pierwszy rzut oka można sądzić, że pozbawienie pokarmu może przynieść szkodę umierającemu choremu i w konsekwencji prowadzić do jego przedwczesnego zgonu. W tym przypadku śmierć, jak można stwierdzić, byłaby raczej wynikiem głodzenia niż nieuleczalnej, terminalnej choroby. Jakkolwiek pacjenci u kresu życia (szczególnie z zaawansowaną chorobą nowotworową) wydają się niedożywieni, ten rodzaj niedożywienia jest inny niż w sytuacji głodu u osoby zdrowej [26]. Należy podkreślić, że nie ma dowodów na to, iż wsparcie żywieniowe w istotny sposób przynosi ulgę umierającym chorym. Przeciwnie, istnieją dowody na to, że odżywianie powoduje wzrost nowotworu i w ten sposób nasilać jego miejscowe objawy [5].

Jak powiedziała Saunders, odpierając zarzuty wobec hospicyjnych zasad odżywiania i nawadniania: „[...] [pacjenci] nie umierają z głodu [...]. Umierają z powodu pogarszającego się funkcjonowania wszystkich układów: wprowadzanie dożylnego odżywiania i nawadniania prawdopodobnie ani nie przedłuży życia, ani nie poprawi jego jakości, za to może zwiększyć dyskomfort chorego” [27].

Niemniej jednak, niektórzy martwią się, że ich ukochane osoby umierając, odczuwają głód. Odbierają rezygnację z CANH jako dodawanie cierpienia pacjentom w ostatnich chwilach ich życia. Jednak wyniki kilku badań potwierdzają, że pacjenci na tym etapie przeważnie nie odczuwają głodu. U tych, którzy czuli głód, był on bardzo ograniczony i do jego uśmierzenia wystarczyły jedynie bardzo małe ilości pokarmu [28–30].

Gaszenie pragnienia i odwodnienie

Wśród najczęściej zgłaszanych obaw w odniesieniu do stosowania CANH u umierających chorych można wymienić te związane z pragnieniem i odwodnieniem. Nie ma w tej sprawie zgody między personelem medycznym, etykami i rodzinami pacjentów.

Uczucie pragnienia, występujące stosunkowo częściej niż omówione wcześniej uczucie głodu, postrzega się jako objaw nieswoisty, niezwiązany ze stanem nawodnienia umierających pacjentów [28].

Co ciekawe, pacjenci często nie rozróżniają pragnienia i objawu suchości w jamie ustnej. Oba terminy zwykle stosują wymiennie. Wyniki jednego z kluczowych i najczęściej cytowanych badań pokazują, że objawy pragnienia/suchości w jamie ustnej „ustąpiły całkowicie po podaniu kostek lodu, lądrynek, kilku łykach płynu, zastosowaniu nawilżacza do ust oraz dzięki pielęgnacji jamy ustnej” [28]. Te środki dostarczają dużo mniej płynu niż potrzeba do zachowania równowagi nawodnienia. Potwierdzono to w innym badaniu, którego wyniki wykazały wyraźnie, że podawanie płynów nie przynosi więcej korzyści niż pielęgnacja jamy ustnej [24].

Warto zauważyć, że w innym dużym badaniu pokazano, iż nasilenie pragnienia i innych objawów przeciążenia płynami (na przykład obrzęk, wodobrzusze) w połączeniu z ograniczonymi korzyściami wynikającymi z wyeliminowania tych objawów obserwowano często u umierających chorych, u których stosowano nawadnianie dożylnie [31].

Jeżeli chodzi o odwodnienie, w kilku badaniach stwierdzono, że w przypadku umierających pacjentów nie istnieje związek między zmniejszonym przyjmowaniem płynów a parametrami biochemicznymi krwi, które wskazują na odwodnienie (inaczej niż w sytuacji ostrego odwodnienia) [28, 32–34]. Na tej podstawie niektórzy twierdzą, że terminalne odwodnienie nie szkodzi osobom umierającym. Co więcej, uważają oni, że zaszkodzić może zastosowanie CAH [2, 3, 6, 35].

Są jednak także inne punkty widzenia. Craig, specjalista geriatry, twierdzi, że odwodnienie u pacjentów będących u kresu życia może prowadzić do

zapaści krążeniowej, niewydolności nerek, bezmocy i przedwczesnego zgonu. Zarzuca ona medycynie paliatywnej stosowanie sedacji w celu maskowania przykrych skutków odwodnienia [36]. Craig uważa, że każdy pacjent, bez względu na to, jak bardzo jest chory, powinien mieć prawo do otrzymania wody i powinno to być chronione prawnie [37] (nie jest ona osamotniona w tym poglądzie. Rosner uważa, że należy zawsze zapewnić jedzenie i płyny — niezależnie od tego, czy się je podaje doustnie czy „sztucznie”. Opisuje on odżywianie i nawadnianie jako „opiekę wspomagającą”, której powinno się udzielać „aż do samego końca”. Z tego obowiązku zwolnić może jedynie prośba samego pacjenta [38]). Wygląda na to, że nie akceptuje ona, iż terminalne odwodnienie ma inną etiologię niż ogólnie pojęte odwodnienie.

Jak wskazuje Dunlop, odpowiadając na argumenty Craig, objawami odwodnienia u zdrowej osoby są pragnienie, suchość w jamie ustnej, ból głowy, zmęczenie, zaburzenia poznawcze i uszkodzenie nerek. Sytuacja osób umierających jest, jak dowodzi autor, zupełnie inna niż ostre odwodnienie u pacjentów, u których przyczyny pogarszającego się stanu zdrowia można leczyć. Objawy występujące u umierających pacjentów, takie jak zmęczenie i senność, zwykle występują wcześniej niż zaprzestanie przyjmowania jedzenia i płynów i jest to proces stopniowy [5].

Rozróżnienie między ostrym odwodnieniem, którego przyczyny są odwracalne, a terminalnym odwodnieniem na końcu życia jest sprawą zasadniczą. O ile w stanach ostrych, których przyczyny są odwracalne, nawadnianie powinno się zapewnić w celu złagodzenia objawów, sytuacja w przypadku pacjentów tuż przed śmiercią może być inna. Odwodnienie u kresu życia może nie być dotkliwe i może nie być konieczności stosowania CAH przy założeniu, że zapewniono odpowiednią pielęgnację jamy ustnej [39].

Ashby, w innej odpowiedzi na argumenty Craig, podkreśla, że sedacja ma na celu złagodzenie cierpienia pacjenta i bólu emocjonalnego, którym nie można zaradzić w inny sposób. „Ale nie uznaje się za niezbędne nawadniania pacjentów poddanych sedacji w czasie procesu umierania, kiedy nie są w stanie przyjmować płynów doustnie, tak jak nie ma sensu próba leczenia przejściowo odwracalnego elementu ich ogólnego procesu umierania” [40].

W skrócie, braku CAH nie należy automatycznie postrzegać jako pozbawiania płynów prowadzącego do odwodnienia, a następnie do zgonu. Powinno się go raczej rozumieć w kontekście tego, że chory umiera i maleją jego potrzeby nawodnienia [41]. Jednak niektórzy pacjenci mogą odnieść ko-

rzyci z nawadniania. Dlatego też zapotrzebowanie każdego pacjenta na płyny wymaga starannej i indywidualnej oceny.

W opiece paliatywnej umieranie postrzega się jako normalny proces, a moment śmierci nie jest ani przyspieszany, ani odraczany

W opiece paliatywnej uważa się, że śmierć jest naturalnym końcem życia i się ją akceptuje. W sytuacji gdy zgon jest nieuchronny, podejmuje się wszelkie możliwe wysiłki nie po to, aby mu zapobiec, ale w celu zapewnienia jak największego komfortu umierania. Wymaga to znalezienia równowagi między walką o życie i zgodą na śmierć.

Panuje powszechne przekonanie, że wsparcie żywieniowe wzmacnia chorych i w konsekwencji zwiększa ich szanse przeżycia. W ten sposób, jak mogą twierdzić niektórzy, pozbawienie jedzenia i płynów przyspiesza zgon pacjentów zbliżających się do kresu życia. Możliwy korzystny wpływ CANH na przedłużenie życia uważano za najważniejszy powód, dla którego niektórzy chorzy i ich krewni decydowali się na zastosowanie tej metody [42, 43].

Co ciekawe, przekonanie, że CANH przedłuża życie, jest jednym z najsilniej dominujących błędnych wyobrażeń. Nie ma badań potwierdzających to założenie [10, 35, 44]. Na przykład wyniki dużego wielośrodkowego badania prospektywnego, w którym analizowano wpływy wsparcia żywieniowego na przeżycie poważnie chorych hospitalizowanych pacjentów, wykazały, że nie istnieje związek między przedłużeniem życia a CANH. Co więcej, podawanie CANH było związane ze zmniejszoną przeżywalnością chorych z niewydolnością wielonarządową, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, ostrą niewydolnością oddechową, posocznicą i marskością wątroby (zwiększoną przeżywalność odnotowano jedynie u pacjentów znajdujących się stale w stanie śpiączki) [45].

Niektórzy dowodzą, że chociaż zastosowanie CANH nie przedłuża życia, nie ma powodu, aby z niego rezygnować, ponieważ nie przedłuża także procesu umierania (opinię, że CANH przedłuża proces umierania i utrudnia zaakceptowanie stanu terminalnego, wypowiadają niektórzy przeciwnicy stosowania CANH u kresu życia [2]). Jest jeszcze inny ważny argument zwolenników stosowania CANH u umierających pacjentów, a mianowicie taki, że zapewnienie jedzenia, a w szczególności płynów, zaspokaja podstawowe ludzkie potrzeby. Mimo że CANH nie przedłuża życia, utrzymuje się, że powinno się podawać płyny jako minimalny standard opieki [12, 46, 47]. W tym kontekście zasadnicze pyta-

nie brzmi, czy CANH może zaszkodzić pacjentom u kresu życia? Po uwzględnieniu zaprezentowanych wcześniej dowodów klinicznych odpowiedź może być twierdząca. Wydaje się, że stosowanie CANH nie zawsze jest wskazane.

Inna kluczowa i istotna kwestia łączy się z możliwością odmowy przez pacjenta przyjmowania jedzenia i płynów. Niektórzy myśliciele [48, 49] traktują brak podawania CANH jako legalnie dostępną metodę wyboru śmierci na życzenie. Rodzaj alternatywy dla samobójstwa wspomaganego przez lekarza (PAS, *physician assisted suicide*) i eutanazji. Czasami uważa się, że odmowa jedzenia i picia w przypadku terminalnie chorych jest możliwa, aby przeprowadzić ukrytą formę eutanazji.

Ten punkt widzenia należy poważnie rozważyć, jako że opiekunowie terminalnie chorych nie mogą pozwolić, aby manipulowali nimi zwolennicy eutanazji. Ważne jest podkreślenie, że fundamentalną zasadą opieki paliatywnej jest akceptacja śmierci jako naturalnego procesu. W opiece paliatywnej nie przyspiesza się ani nie odracza momentu zgonu. Nie ma tu miejsca dla PAS ani dla eutanazji. Jakielkolwiek porównanie braku podawania CANH u pacjentów w okresie agonii (usprawiedliwionego przez akceptację nieuchronności śmierci, której towarzyszy chęć zapewnienia jak największego komfortu umierania) do PAS lub eutanazji (gdzie śmierć jest planowana, przyspieszana i powodowana świadomie) jest niedopuszczalnym nadużyciem i manipulacją.

Opieka paliatywna oferuje system wsparcia w celu pomocy rodzinie w radzeniu sobie w czasie choroby pacjenta oraz w okresie osierocenia

Rodzina pacjenta jest równie istotnym podmiotem opieki paliatywnej. To podejście, tak specyficzne i wyróżniające tę gałąź medycyny, ma szczególne konsekwencje. Rodzina pacjenta odgrywa ważną rolę i zawsze należy ją brać pod uwagę. Dobra praktyka opieki paliatywnej sugeruje, że decyzje dotyczące zastosowania (lub nie) CANH powinny zawsze angażować także rodzinę pacjenta i jego opiekunów [50].

W niektórych badaniach wykazano, że rodziny i opiekunowie doświadczają ogromnego cierpienia z powodu niezapewnienia pacjentowi CANH [51, 52]. Jako że jedzenie i płyny uważa się za sprawę bardzo podstawową i kluczową dla komfortu chorego, ich brak traktuje się jak zaniechanie opieki i przyczynianie się do pogorszenia stanu pacjenta. W jednym z badań rodziny porównywały odwodnienie do sytu-

acji osoby umierającej z pragnienia na pustyni i porównania te nie były rzadkie [51].

Oprócz kwestii medycznych związanych z CANH, niezbędna jest pamięć o tym, jakie znaczenie mają jedzenie oraz płyn z symbolicznego i psychologicznego punktu widzenia [3]. Są one postrzegane jako synonimy życia, współczucia i opieki. Dzięki karmieniu pacjentów rodziny czują, że robią coś pożytecznego. Wszystkich tych obaw trzeba starannie wysłuchać i specjalista opieki paliatywnej powinien podchodzić do nich z należytą uwagą. Otwarta dyskusja i edukacja rodziny mają zasadnicze znaczenie.

W tym kontekście dobrze jest przypomnieć słowa Saunders o tym, że „ważne, aby ani personel, ani rodzina nie czuli się winni w momencie, gdy następuje naturalny proces umierania spowodowany nieodwracalnym stanem terminalnym” [27].

Wnioski

Nie ulega wątpliwości, że śmierć z powodu braku pokarmu oraz nawodnienia jest przykra i bolesna dla pacjenta. Jednak u kresu życia, kiedy pacjent umiera z powodu choroby ograniczającej życie lub na skutek ogólnego osłabienia związanego z podeszłym wiekiem i pogarszającym się funkcjonowaniem wszystkich układów, sytuacja jest zupełnie inna. W tym drugim przypadku pacjent nie umiera z powodu braku pokarmu i nawodnienia. Pacjent umiera i w konsekwencji nie je ani nie pije.

U kresu życia znacząco spada chęć jedzenia i picia i stanowi to integralną część procesu umierania. Dlatego zasadniczą wagę ma rozróżnienie tych pacjentów, u których zdiagnozowano chorobę ograniczającą życie i/lub należy się spodziewać, że będą żyli jeszcze tygodnie lub miesiące, od tych, którzy zbliżają się do kresu życia, gdy śmierci oczekuje się w ciągu dni lub godzin. To, co byłoby nie do zaakceptowania w przypadku pierwszej grupy, może być w pełni dopuszczalne dla grupy drugiej.

Z jednej strony wydaje się usprawiedliwione twierdzenie, że zastosowanie CANH u pacjentów nieuchronnie zbliżających się do kresu życia, którzy na ostatnim etapie nie mogą przyjmować pokarmu i płynów, pod warunkiem że uważnie postawiono diagnozę i wykluczono wszelkie możliwe do identyfikacji i potencjalnie podlegające leczeniu przyczyny, najprawdopodobniej nie przyniesie istotnych korzyści. Dlatego też niepodjęcie lub zaprzestanie CANH w ostatnim etapie życia może być dopuszczalne, a czasem nawet wskazane. Z drugiej strony, CANH może przynieść korzyści niektórym pacjentom, jeżeli się je zastosuje w odpowiednich warunkach (ale wszyscy zaangażowani w opiekę nad

pacjentem muszą być świadomi tego, że CANH może także zaszkodzić).

W tym kontekście właściwa ocena kliniczna, diagnoza i regularnie przeprowadzana ocena każdej indywidualnej sytuacji są nie do przecenienia. Personel medyczny musi być przygotowany na przeprowadzenie poważnej i pozbawionej uprzedzeń oceny zasadności stosowania CANH dla każdego pacjenta. Biorąc pod uwagę ryzyko (nieważne jak małe) wynikające z postawienia błędnej diagnozy oraz to, że dowody kliniczne nie są jednomyślne i oczywiste, nie można przyjąć żadnych ogólnych arbitralnych zasad, według których powinno się lub nie powinno stosować CANH. Rozsądne jest zalecenie, aby w razie jakichkolwiek wątpliwości rozważyć wprowadzenie CANH na okres próbny, aby była możliwa dokładniejsza ocena sytuacji. W tym czasie należy ocenić, czy jest to korzystne czy uciążliwe dla pacjenta.

Integralną częścią procesu podejmowania decyzji dotyczącej wprowadzenia lub rezygnacji z CANH jest komunikacja z chorym i jego bliskimi. Należy uważnie wysłuchać wszystkich wyrażanych obaw. Od personelu medycznego oczekuje się, że poświęci należytą uwagę wątpliwościom, uznając znaczenie życzeń i wartości istotnych dla pacjenta. Otwarta dyskusja i wyjaśnienie korzyści, obciążeń i ryzyka wynikających z wprowadzenia CANH mają kluczowe znaczenie.

Jak przedstawiono wcześniej, kwestia niepodjęcia lub zaprzestania CANH na ostatnim etapie życia pozostaje nadal kontrowersyjna, mimo że rezygnacja z CANH wtedy gdy uważa się taką decyzję za korzystną dla umierającego pacjenta, wydaje się zgodna z założeniami opieki paliatywnej.

*Odpowiednik Naczelnej Rady Lekarskiej

Piśmiennictwo

1. General Medical Council. Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making. Guidance for doctors. 2010.
2. Dalal S., Del Fabbro E., Bruera B. Is there a role for hydration at the end of life? Curr. Opin. Support Palliat. Care 2009; 3: 72–78.
3. Ede S. Artificial hydration and nutrition at the end of life. Eur. J. Palliat. Care 2000; 7: 10–212.
4. World Health Organization. National Cancer Control Programs: Policies and Managerial Guidelines. Genewa 2002; 83–84.
5. Dunlop R.J., Ellershaw J.E., Baines M.J., Sykes N., Saunders C.M. On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? A reply. J. Med. Ethics 1995; 21: 141–143.
6. Fainsinger R. Nonoral hydration in palliative care. J. Palliat. Med. 2006; 9: 206–207.
7. Bavin L. Artificial rehydration in the last days of life: is it beneficial? Int. J. Palliat. Nurs. 2007; 13: 445–449.

8. Zerwekh J.V. Do dying patients really need IV fluids? *Am. J. Nurs.* 1997; 97: 26–30.
9. Printz L.A. Terminal dehydration, a compassionate treatment. *Arch. Intern. Med.* 1992; 152: 697–700.
10. Finucane T.E., Christmas C., Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA* 1999; 282: 1365–1370.
11. Fainsinger R.L., MacEachern T., Miller M.J. i wsp. The use of hypodermoclysis for rehydration in terminally ill cancer patients. *J. Pain Symptom Manage.* 1994; 9: 298–302.
12. Lanuke K., Fainsinger R., deMoissac D. Hydration management at the end of life. *J. Palliat. Med.* 2004; 7: 257–263.
13. Bruera E., Sala R., Rico M.A. i wsp. Effects of parenteral hydration in terminally ill cancer patients: a preliminary study. *J. Clin. Oncol.* 2005; 23: 2366–2371.
14. De Stoutz N.D., Bruera E., Suarez-Almazor M. Opioid rotation for toxicity reduction in terminal cancer patients. *J. Pain Symptom Manage.* 1995; 10: 378–384.
15. Morita T., Hyodo I., Yoshimi T. i wsp. Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. *Ann. Oncol.* 2005; 16: 640–647.
16. Morita T., Tsunoda J., Inoue S., Chihara S. Determinants of sensation of thirst in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 2001; 9: 177–186.
17. Lawlor P.G., Gagnon B., Mancini I.L. i wsp. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch. Intern. Med.* 2000; 160: 786–794.
18. Breitbart W., Gibson C., Tremblay A. The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics* 2002; 43: 183–194.
19. Morita T., Hirai K., Sakaguchi Y., Tsuneto S., Shima Y. Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics* 2004; 45: 107–113.
20. Bush S.H., Bruera E. The assessment and management of delirium in cancer patients. *Oncologist* 2009; 14: 1039–1049.
21. Lawlor P.G. Delirium and dehydration: some fluid for thought? *Support Care Cancer* 2002; 10: 445–454.
22. Inouye S.K., Bogardus S.T. Jr, Charpentier P.A. i wsp. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N. Engl. J. Med.* 1999; 340: 669–676.
23. Morita T., Tei Y., Tsunoda J., Inoue S., Chihara S. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J. Pain Symptom Manage.* 2001; 22: 997–1006.
24. Cerchiatti L., Navigante A., Sauri A., Palazzo F. Hypodermoclysis for control of dehydration in terminal-stage cancer. *Int. J. Palliat. Nurs.* 2000; 6: 370–374.
25. Morita T., Tei Y., Inoue S. Agitated terminal delirium and association with partial opioid substitution and hydration. *J. Palliat. Med.* 2003; 6: 557–563.
26. Esper D.H., Harb W.A. The cancer cachexia syndrome: a review of metabolic and clinical manifestations. *Nutr. Clin. Pract.* 2005; 20: 369–376.
27. Saunders C. Sustenance for dying. *The Tablet* 1986; 8: 255.
28. McCann R.M., Hall W.J., Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients: the appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994; 272: 1263–1266.
29. Scott A.G., Austin H.E. Nasogastric feeding in the management of severe dysphagia in motor neuron disease. *Palliat. Med.* 1994; 8: 45–49.
30. Sullivan R.J. Accepting death without artificial nutrition and hydration. *J. Gen. Intern. Med.* 1993; 8: 200–224.
31. Morita T., Shima Y., Miyashita M., Kimura R., Adachi I. Japan Palliative Oncology Study Group. Physician- and nurse-reported effects of intravenous hydration therapy on symptoms of terminally ill patients with cancer. *J. Palliat. Med.* 2004; 7: 683–693.
32. Eilershaw J.E., Sutcliffe J.M., Saunders C.M. Dehydration and the dying patient. *J. Pain Symptom Manage.* 1995; 10: 192–197.
33. Musgrave C.F., Bartal N., Opstad J. The sensation of thirst in dying patients receiving i.v. hydration. *J. Palliat. Care* 1995; 11: 17–21.
34. Burge F.I. Dehydration symptoms of palliative care cancer patients. *J. Pain Symptom Manage.* 1993; 8: 454–464.
35. Sanders A. The clinical reality of artificial nutrition and hydration for patients at the end of life. *NCBQ* 2009; 2: 293–304.
36. Craig G.M. On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? *J. Med. Ethics* 1994; 20: 139–143.
37. Craig G. Palliative care in overdrive: patients in danger. *Am. J. Hosp. Palliat. Care* 2008; 25: 155–160.
38. Rosner F. Why nutrition and hydration should not be withheld from patients. *Chest* 1993; 104: 1892–1896.
39. Twycross R., Wilcock A. Symptom management in advanced cancer. Radcliffe Medical Press Ltd, Abingdon 2001; 85–86.
40. Ashby M., Stoffell B. Artificial hydration and alimentation at the end of life: a reply to Craig. *J. Med. Ethics* 1995; 21: 135–140.
41. Baines M.J. Symptom management and palliative care. W: Evans J.G., Williams T.F. (red.). Oxford textbook of geriatric medicine. Oxford University Press, Oxford 1992; 693–696.
42. Mitchell S.L., Lawson F.M. Decision-making for long-term tube-feeding in cognitively impaired elderly people. *CMAJ* 1999; 160: 1705–1709.
43. Ouslander J.G., Tymchuk A.J., Krynski M.D. Decisions about enteral tube feeding among the elderly. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1993; 41: 70–77.
44. Inui A. Cancer anorexia-cachexia syndrome. *CA Cancer J. Clin.* 2002; 52: 72–91.
45. Borum M.L., Lynn J., Zhong Z. i wsp. The effect of nutritional supplementation on survival in seriously ill hospitalized adults: an evaluation of the SUPPORT data. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2000; 48 (supl.): S33–S38.
46. Dalal S., Bruera E. Dehydration in cancer patients: to treat or not to treat? *J. Support Oncol.* 2004; 2: 467–483.
47. Fainsinger R.L., Bruera E. When to treat dehydration in terminally ill patient? *Support Care Cancer* 1997; 5: 205–211.
48. Miller F.G., Meier D.E. Voluntary death: a comparison of terminal dehydration and physician-assisted suicide. *Ann. Intern. Med.* 1998; 128: 559–562.
49. Bernat J.L., Gert B., Mogielnicki R.P. Patient refusal of hydration and nutrition: an alternative to physician-assisted suicide or voluntary active euthanasia. *Arch. Intern. Med.* 1993; 153: 2723–2728.
50. Soden K., Hoy A., Hoy W., Clelland S. Artificial hydration during the last week of life in patients dying in a district general hospital. *Palliat. Med.* 2002; 16: 542–543.
51. Van Der Riet P., Good P., Higgins I., Sneesby L. Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life. *Int. J. Palliat. Nurs.* 2008; 14: 145–151.
52. Thompson G.N., McClement S.E., Daeninck P.J. "Changing lanes": facilitating the transition from curative to palliative care. *J. Palliat. Care* 2006; 22: 91–98.