

Piotr Sobański

Oddział Kardiologii z Zakładem Diagnostyki Kardiologicznej Wojewódzkiego Szpitala im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy

# Czy chory z zaawansowaną niewydolnością serca zasługuje na opiekę paliatywną?

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2008; 7

## Streszczenie

Hinton, publikując w 1963 roku artykuł o cierpieniu towarzyszącym umieraniu, bynajmniej nie ograniczył swoich spostrzeżeń do chorych cierpiących na schorzenia onkologiczne. W pracy pojawia się wręcz stwierdzenie, że cierpienie pacjentów umierających z powodu niewydolności serca czy nerek jest większe niż osób w terminalnym okresie choroby nowotworowej [1]. W Wielkiej Brytanii artykuł ten zainspirował rozwój ruchów charytatywnych obejmujących opieką pacjentów onkologicznych. Dlatego też medycynę paliatywną wiąże się z osobami umierającymi z powodu choroby nowotworowej. Dopiero prawie pół wieku od daty publikacji pracy Hiltona odkrywa się po raz drugi zapomnianą część przesłania autora artykułu, by zdać sobie sprawę z faktu, iż nie określona choroba, a cierpienie daje umierającemu człowiekowi prawo do wołania o pomoc. Rozwój współczesnej medycyny paliatywnej opiera się na opiece nad pacjentami onkologicznymi, dlatego mimo że celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na pacjentów niechorujących na nowotwory, nie sposób ustrzec się odnoszenia ich problemów do pacjentów onkologicznych.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 2: 104–107

**Słowa kluczowe:** opieka paliatywna, niewydolność serca, choroba przewlekła

Opieka paliatywna adresowana jest do pacjentów zbliżających się do kresu swego życia. Każda niewyleczalna i postępująca choroba przewlekła może stać się przyczyną cierpienia, a ostatecznie śmierci. Rozpoznanie niewydolności serca oznacza dla chorego skrócenie oczekiwanego okresu przeżycia w stosunku do osób z populacji ogólnej. Wśród chorych z niewydolnością serca roczna śmiertelność wynosi 5–60% w zależności od stopnia zaawansowania choroby [2]. W odniesieniu do chorób prowadzących do śmierci stworzono pojęcie trajektorii umierania, czyli spodziewanego scenariusza końca życia. Chorzy z niewydolnością serca umierają z powodu postępującej dysfunkcji serca jako pompy, w mechanizmie nagłego zgonu sercowego lub z przyczyn niekardiogennych, związanych z chorobami

współistniejącymi. Rozkład przyczyn zgonów zależy od zaawansowania niewydolności serca. Pacjenci z mniej zaawansowaną postacią choroby umierają częściej w sposób nagły (ok. 60% zgonów) niż osoby w jej bardziej zaawansowanym stadium (23% zgonów). Odwrotna zależność występuje w przypadku śmierci spowodowanej narastaniem niewydolności serca jako pompy (28% zgonów w umiarkowanej niewydolności serca, 44% zgonów w zaawansowanych stadiach niewydolności serca) [3]. Zgon w mechanizmie niewydolności serca jako pompy niekoniecznie musi oznaczać stopniowe, systematyczne pogarszanie się wydolności serca. Zwykle w stabilnie progresywnym przebiegu choroby występują okresy zaostrzeń. Trudno przewidzieć, czy aktualne zaostrzenie objawów jest tylko kolejnym

**Adres do korespondencji:** dr med. Piotr Sobański

Oddział Kardiologii z Zakładem Diagnostyki Kardiologicznej  
Wojewódzkiego Szpitala im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy  
ul. K. Ujejskiego 75, 85–168 Bydgoszcz  
e-mail: psoban@wp.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008, 2, 3, 104–107  
Copyright © 2008 Via Medica, ISSN 1898–0678

Tabela 1. Częstość występowania objawów w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej oraz w niewydolności serca — umiarkowanej lub (\*) zaawansowanej [5, 13]

Objaw	Choroby nowotworowe	Niewydolność serca I/II stopnia wg klasyfikacji NYHA
Ból	78%	41% (78%*)
Duszność	61	83 (61%*)
Objawy psychiczne:		
obniżony nastrój	59	41 (59%*)
bezsenna	45	(45%*)
lęk	30	
Anoreksja	43	21 (43%*)
Zaparcia	37	12 (37%*)
Nudności/wymioty	32	17 (32%*)
Zmęczenie		82
Trudności w poruszaniu		65
Obrzęki		33

NYHA (New York Heart Association) — Nowojorskie Towarzystwo Kardiologiczne

epizodem czasowego nasilenia dysfunkcji układu krążenia, czy też jest epizodem kończącym życie chorego. Trajektoria stabilnego narastania objawów niewydolności serca aż do fazy terminalnej jest więc przerywana okresami zaostrzeń, a czasem niespodziewanym nagłym zgonem. Analiza losów chorych z zaawansowaną, przewlekłą niewydolnością serca wykazuje, że przebieg końcowego okresu ich życia, rozwój dolegliwości i poczucie jakości życia są trudne do przewidzenia i osobniczo bardzo zmienne. Stanowi to jeden z podstawowych problemów związanych z kwalifikowaniem chorych kardiologicznych do leczenia objawowego [4].

Objawy występujące u pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca często przypominają objawy spotykane u chorych na nowotwory. Nieliczne prace poświęcone osobom z zaawansowaną niewydolnością serca wskazują, że dolegliwości bólowe, duszność, zaburzenia snu, zmęczenie czy depresja są u nich przynajmniej tak częste jak w terminalnej fazie choroby nowotworowej (tab. 1). Niestety, objawowe leczenie skrajnej niewydolności serca przypomina aktualnie stan opieki nad chorymi onkologicznymi sprzed ery medycyny paliatywnej. Niesieniem pomocy pod koniec życia pacjentom z niewydolnością serca zajmują się zespoły karetek pogotowia ratunkowego, wzywane do kolejnych napadów duszności, omdleń spowodowanych spadkami ciśnienia tętniczego, terminalnych obrzęków płuc czy agonii chorych. Pacjenci trafiają w ramach pomocy doraźnej na oddziały kardiologii, z których po włączeniu leczenia typowego dla ostrej niewydolności serca, są wypisywani do domu, bez realnego planu dalszej opieki [5]. Pierwszym krokiem

w kierunku poprawy jakości leczenia chorych z zaawansowaną niewydolnością serca jest poprawa komunikacji z nimi, a następnie nauczenie się poszanowania ich woli („dowiedz się, jakie są potrzeby Twojego pacjenta, a następnie zastanów się, czy możesz je zaspokoić i jak możesz to zrobić”). Trzy podstawowe zasady, które kardiologowie powinni przejąć od specjalistów medycyny paliatywnej, to:

- aktywne słuchanie;
- umiejętność przekazywania złych wiadomości;
- dialog terapeutyczny [6].

W badaniu oceniającym jakość życia pacjentów z niewydolnością serca w ostatnich 48–72 godzinach ich życia — na podstawie relacji osieroconych rodzin — wykazano, że 66% chorych cierpiało z powodu poważnej duszności, 45% z powodu bólu, a 15% z powodu splątania. Aż ponad 40% osób w tym czasie poddano poważnej medycznej interwencji (żywieniu przez sondę dożołądkową, mechanicznej wentylacji lub reanimacji). Tak duża liczba interwencji jest szczególnie zatrważająca w zestawieniu z faktem, że większość chorych deklarowała chęć spokojnej śmierci, zamiast agresywnej walki o życie. Świadomi tych preferencji byli jednak członkowie rodziny, a nie zespół leczący [7].

Zasady prowadzenia leczenia paliatywnego zostały opracowywane dla chorych onkologicznych. Ponieważ sama terapia przeciwnowotworowa często jest powodem dolegliwości i pogorszenia jakości życia, dlatego jej zaniechanie może przynieść ulgę pacjentom w terminalnej fazie choroby onkologicznej. Trudno więc było ustrzec się przed przekonaniem, że podobna zamiana terapii powinna nastąpić u chorych z niewydolnością serca. Tymcza-

sem, zgodnie z aktualnie obowiązującymi standardami, leczenie przewlekłej niewydolności serca poza korzystnym wpływem na progresję choroby i/lub rokowanie odległe często powoduje także zmniejszenie nasilenia objawów niewydolności serca. Dlatego też rezygnacja z tego leczenia nie jest ani konieczna, ani celowa. Zamiana priorytetowego celu terapii z poprawy odległego rokowania i zahamowania progresji choroby na cele doraźne (poprawę komfortu życia i zmniejszenie dolegliwości) dopuszcza możliwość zastosowania leków, które skutecznie zmniejszają objawy niewydolności serca, nawet jeśli ceną za ich podawanie mógłby być niekorzystny wpływ na długość życia. W taki sposób działają preparaty zwiększające siłę skurczu mięśnia sercowego (inotropowo dodatnie: katecholaminy i inhibitory fosfodiesterazy). W wielu randomizowanych badaniach oceniających wpływ tych leków na postęp choroby wykazano, że powodują one zwiększenie ryzyka zgonu, pomimo skutecznego zmniejszenia dolegliwości spowodowanych niewydolnością serca. Kluczem do zaakceptowania zastosowania tych leków w kardiologii paliatywnej jest przyjęcie przez kardiologów zasady, że w ostatnich dniach życia może nie mieć już znaczenia walka o jego przedłużanie, a priorytetem staje się zmniejszenie cierpienia. Z takim zamysłem stosuje się u chorych ze skrajną niewydolnością serca wlewy z katecholamin, nawet w warunkach domowych. Wyniki nielicznych prac oceniających wpływ tych leków na objawy niewydolności serca w końcowym okresie życia są zachęcające i przemawiają za dopuszczeniem takiej możliwości w paliatywnym leczeniu kardiologicznym [8–11].

Wszczepiane urządzenia sterujące lub wspomagające pracę serca [stymulatory i stymulatory resynchronizujące (CRT, *cardiac resynchronisation therapy*)] i przerywające złośliwe zaburzenia rytmu [automatyczne kardiowertery-defibrylatory (ICD, *implantable cardioverter-defibrillator*)] stały się tak rozpowszechnione w populacji chorych z niewydolnością serca, że kontakt z umierającym pacjentem, któremu wszczepiono taki układ, powoli staje się codziennością. Wiele wątpliwości budzi utrzymywanie stymulacji lub aktywności ICD w okresie umierania. Często rodziny chorych pytają o zasadność dalszej stymulacji lub wyrażają obawy o niepotrzebne wydłużanie agonii przez urządzenia medyczne. Jeszcze większe emocje budzi deaktywacja ICD. Częste interwencje ICD u osób umierających mogą być dla samych chorych bardzo nieprzyjemne. Powodując niekontrolowane ruchy ciała, mogą być ponadto przyczyną niepokoju rodziny lub obawy o porażenie prądem. Pomimo ożywionej dyskusji

na temat wyłączenia funkcji omawianych urządzeń nie budzi wątpliwości fakt, że chory i prawdopodobnie jego najbliżsi mają prawo zażądać ich deaktywacji. Pacjent ma niekwestionowalnie prawo decydowania o swoim leczeniu. Może więc nie zgodzić się na rozpoczęcie nowej terapii, ale może także życzyć sobie zaniechania stosowanego już leczenia. Wyłączenie stymulatora czy ICD jest przykładem takiej właśnie decyzji [12]. Jeśli poczytalny chory wyraża świadome życzenie wyłączenia urządzenia, nikt nie ma prawa kwestionować takiej decyzji. Można zastanowić się, który moment jest najbardziej odpowiedni na przedyskutowanie z pacjentem aspektu zaniechania stymulacji lub wyłączenia detekcji zaburzeń rytmu przez ICD w przypadku zbliżającej się śmierci. Najbardziej logiczne wydaje się poinformowanie chorego o możliwości wyłączenia urządzenia podczas rozmowy poprzedzającej jego wszczepienie. Najważniejsze dla właściwej interpretacji decyzji o zaniechaniu działań leczniczych (w tym stymulacji czy aktywności ICD) u kresu życia jest zrozumienie, że przyczyną prowadzącą do śmierci jest skrajnie zaawansowana choroba, a nie określona interwencja medyczna. Istotą działania nie jest więc spowodowanie śmierci, lecz niezwiększenie cierpienia [12]. Decyzję o deaktywacji ICD można porównać z decyzją o niepodjęciu reanimacji. W przypadku procesu umierania spowodowanego skrajnie zaawansowaną, niewyleczalną chorobą podejmowanie reanimacji jest nie tylko nielogiczne, lecz wręcz kwestionuje umiejętność fachowej oceny sytuacji. Niestety, codzienną praktyką kliniczną jest nierespektowanie prośb chorych wynikające z obawy przed kwalifikacją etyczną takiego zachowania, wiary w możliwość odwrócenia pozornie nieuchronnego pogorszenia stanu chorego lub chęci powiedzenia osieroconej rodzinie (a może przede wszystkim sobie), że zostało zrobione absolutnie wszystko dla ratowania życia chorego.

Śmierć jest naturalnym kresem życia. Rozpoznanie nieuleczalnej, postępującej choroby wytycza czas i sposób zbliżania się do niej. Lekarze zafascynowani skutecznością współczesnej medycyny często zapominają, że nieuleczalna choroba w końcu osiąga etap, w którym śmierć staje się nieuchronna. Swoją misję widzą w zwalczaniu choroby, a nie w leczeniu chorego (leczenie nie jest synonimem wyleczenia!). Tymczasem niemała część personelu medycznego utożsamia umieranie pacjenta z niepowodzeniem terapii. Często towarzyszące poczucie klęski skłania lekarzy do unikania rozmowy na ten temat z chorym i jego rodziną. Taki stan rzeczy skutkuje niezrozumieniem choroby przez pacjentów i nieświadomością ich potrzeb wśród lekarzy. Znajomość przebiegu cho-

roby pozwala rozpoznać moment, kiedy dalsza heroiczna walka o przedłużenie życia pacjenta może pogorszyć komfort jego ostatnich dni. Dojrzałe towarzyszenie osobom cierpiącym na choroby postępujące powinno więc polegać na umiejętnej zmianie celu leczenia z poprawy rokowania na polepszenie jakości życia, a w końcu także na zapewnieniu komfortu umierania.

### Piśmiennictwo

1. Hinton J.M. The physical and mental distress of the dying. *Q. J. Med.* 1963; 32: 1–21.
2. Rose E.A., Moskowitz A.J., Packer M. i wsp. The REMATCH trial: rationale, design, and end points. *Ann. Thorac. Surg.* 1999; 67: 723–730.
3. Carson P., Anand I., O'Connor Ch. i wsp. Mode of death in advanced heart failure: The Comparison of Medical, Pacing, and Defibrillation Therapies in Heart Failure (COMPANION) Trial. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2005; 46: 2329–2334.
4. Gott M., Barnes S., Parker Ch. i wsp. Dying trajectories in heart failure. *Palliat. Med.* 2007; 21: 95–99.
5. Nordgren L., Sorensen S. Symptoms experienced in the last six months of life in patients with end-stage heart failure. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2003; 2: 213–217.
6. Ward C. The need for palliative care in the management of heart failure. *Heart* 2002; 87: 294–298.
7. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA* 1995; 274: 1591–1598.
8. Erlemeier H.H., Kupper W., Bleifeld W. Intermittent infusion of dobutamine in the therapy of severe congestive heart failure — long-term effects and lack of tolerance. *Cardiovasc. Drugs Ther.* 1992; 6: 391–398.
9. Marius-Nunez A.L., Heaney L., Fernandez R.N. i wsp. Intermittent inotropic therapy in an outpatient setting: a cost-effective therapeutic modality in patients with refractory heart failure. *Am. Heart J.* 1996; 132: 805–808.
10. Young J.B., Moen E.K. Outpatient parenteral inotropic therapy for advanced heart failure. *J. Heart Lung Transplant.* 2000; 19 (supl. 8): S49–S57.
11. Sindone, A.P. Sindone A.P., Keogh A.M., Macdonald P.S., Mccosker C.J., Kaan A.F. Continuous home ambulatory intravenous inotropic drug therapy in severe heart failure: safety and cost efficacy. *Am. Heart J.* 1997; 134: 889–900.
12. Mueller P.S., Hook C.C., Hayes D.L. Ethical analysis of withdrawal of pacemaker or implantable cardioverter-defibrillator support at the end of life. *Mayo Clin. Proc.* 2003; 78: 959–963.
13. Anderson H., Ward C., Eardley A. i wsp. The concerns of patients under palliative care and a heart failure clinic are not being met. *Palliat. Med.* 2001; 15: 279–286.