

Kezelés az élet végén

Graber Hedvig, Magyar Tamás

Az elmúlt évtizedben az orvosokat és a szakirodalmat sokat foglalkoztatta az élet végének problémája. A szerzők áttekintést adnak a haldoklók jogait, intézkedési lehetőségeit, és a halál előtti napokban adott kezelést elemző tanulmányokról.

A szerzők retrospektíven elemezték osztályukon 2001. október 1–2002. március 31. között elhunyt 103 betegük utolsó három napi gyógyszerelését. Nyugati adatokkal összehasonlítva a betegek talán több gyógyszert kaptak; feltehetően azért, mert Magyarországon talán (még?) nem szokás a beteg haldoklóvá nyilvánítása, és a szükségtelen gyógyszerek tudatos leállítás. Antibiotikumot viszont ritkábban javasoltak (28,1% szemben a külföldi irodalomban olvasható 42–88%-kal).

Az antibiotikumok nem a tüneti kezelés eszközei, de alkalmazhatók palliatív terápiaként, ha ily módon enyhíthető a terminális infekció okozta szenvedés. A szerzők javaslatokat tesznek az antibiotikum indikációjára és megfelelő választására az élet végén; rámutatnak a kérdés szakmai és etikai problémáira. Az orvos sokat tehet azért, hogy haldokló betegének emberi méltóságát megóvja, és lehetővé tegye, hogy az utolsó napok békések, testi-lelki szenvedéstől mentesek legyenek.

**haldokló beteg, terminális terápia,
antibiotikumok az élet végén**

END-OF-LIFE CARE

Recently, physicians and medical literature are more concerned about end-of-life care. A review is given of studies dealing with the rights of the dying patient, with advance directives and with possible treatments in the last days of life.

A survey was done in author's department on medical therapy of the terminal period of 103 inpatients, died between 01. 10. 2001. and 31. 03. 2002. Comparing these data with those of American, Finnish etc. authors, the treatments seem to be more generous – probably because in Hungary it is not (yet?) usual to "declare" end-of-life care and to withdraw active therapy. However, indication of antibiotics seems to be more clinical (28.1%, vs. 42%-88% given by similar foreign data).

Antibiotics are not palliative means, however, they may be administered in the last days, if the patient is suffering from a terminal infection. Indications and choice of antibiotics are suggested in these cases; medical and ethical problems discussed.

Physicians can relieve the physical and mental distressing symptoms of the dying patient and ensure human dignity and peace of the last days.

**dying patient, terminal care,
antibiotics in end-of-life care**

dr. Graber Hedvig (levelező szerző/correspondent): 1082 Budapest, Üllői út 66.
dr. Magyar Tamás: Péterfy Sándor Utcai Kórház, Budapest/Péterfy Sándor City Hospital, Budapest

Érkezett: 2003. január 20. Elfogadva: 2003. április 19.

Néhány évtizede a haldokló beteg ellátása többet foglalkoztatja az orvosokat, mint korábban, s a téma az irodalomban is gyakrabban szerepel. Leírására új kifejezések születtek: *end-of-life care*, *comfort care*. Megnőtt a palliatív orvoslás – azaz a halál előtti időszakban végzett tüneti kezelés – jelentősége, szinte az orvostudomány önálló szakágazatává fejlődött. A hospice-mozgalom az egész világon elterjedt, azzal a céllal, hogy javítsa a reménytelen betegek életminőségét; mintegy tíz éve nálunk is komoly eredményeket ért el: sok – elsősorban daganatos – betegnek könnyíti meg az elmúlás szomorú időszakát (1–5).

A haldokló beteg jogai

Az Egyesült Államokban 1991-ben vezették be a Patient Self-Determination Act (PSDA) nevű, legfelsőbb bírósági jogszabályt; ez törvényben biztosítja a

beteg önrendelkezési jogát. Eszerint a beteg joga, hogy előzetes utasításban (advance directives, AD) rögzítse, milyen kezelésekre járul hozzá, mit utasít vissza; milyen körülmények között nem kíván már harcolni az életéért, mikor nem érdemes a beavatkozások kényelmetlenségeit, mellékhatásait vállalnia – azaz mikor választja inkább a szenvedésmentes halált, mint a bármi áron hosszabbított életet. Ha viszont úgy intézkedik, hogy amíg csak lehet – még ha szenved is – tartsák életben, akkor ezt az előírást kell teljesíteni (6). Egy nagy létszámú (>30 000 főt érintő) felmérés adatai szerint a betegek 11–15%-a készített előzetes utasítást; gyógyíthatatlan betegség esetén 26%-uk nem óhajtott életmegg hosszabbító kezelést; 58%-uk nem kívánt olyan kezelést, aminek a terhe meghaladja a várható hasznot; mindössze 0,6%-uk ragaszkodott élete hosszabbításához *mindenáron*, költségre és gyógyulási esélyre való tekintet nélkül. Kívánatos, hogy az egészségügyi személyzet szorgalmazza a bete-

geknél az előzetes utasítás megírását; helyes, ha az orvos ismeri betegeinek ilyen irányú – akárcsak szóban kifejezett – kívánságait (7).

Más országokban mások a törvények. Ha egy amerikai beteg például Olaszországban óhajtana – előzetes utasításainak megfelelően – kizárólag tüneti kezelést, akkor az olasz orvost 15 éves börtönbüntetés fenyegetné (8).

Hollandiában egy országos felmérés szerint a terminális állapotú betegek mintegy harmadánál hozták meg az orvosok a *nem kezelni* döntést (ha lehet, a beteggel együtt); viszont a döntések 17%-ában sem a beteggel, sem hozzátartozóival nem beszéltek ezt meg, és nem is ismerték a beteg előző, az élet végére vonatkozó kívánságait. A *nem kezelni* elhatározás gyakrabban származott ápolási otthonok orvosaitól, ritkábban klinikai szakorvosoktól és háziorvosoktól (9). Egy másik felmérés végső stádiumban lévő, demenciában szenvedő betegek pneumóniájának kezelésére vagy nem kezelésére dolgozott ki kérdőívet és a döntést elősegítő ajánlásokat; az orvosok válasza arra utaltak, hogy inkább a könnyebb esetekben alkalmazták az ajánlott mércét, azaz inkább a *kezelni* elhatározást kívánták ezzel alátámasztani (10).

Magyarországon az 1997-ben elfogadott egészségügyi törvény foglalkozik a haldoklók jogaival; azokat korlátozhatatlannak és az általános betegjogokon túlmenőnek minősíti. A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe 1998-ban egy régebbi kamarai állásfoglalás alapján vezette be a *palliatív terminális medicina* fogalmát; ez a gyógyíthatatlan alapbetegségben szenvedő, halálhoz közeli beteg ellátását jelenti. Ha az aktív gyógyítás – például kemoterápia, műtét – már értelmetlen, akkor az orvos feladata a tüneti kezelés; gondoskodnia kell arról, hogy a beteg ne szenvedjen, életminősége a lehetőségekhez képest a legjobb legyen. A törvény nyomatékosan hangsúlyozza, hogy ez *nem eutanázia*, nem halálba segítés, csak annak a ténynek az elfogadása, hogy a végstádiumban lévő beteg gyógyulására az orvostudomány mai állása szerint nincs lehetőség.

A betegek jogairól megjelent könyv (11) említi a *living will*-t, a nyugati országokban egyre elterjedtebb rendelkezést az élet végétől, és ennek – a visszaélések kizárását biztosító – alaki kötöttségeit. Amennyire tudjuk, nálunk igen ritkák az ilyen rendelkezések.

Néhány összefoglaló közlemény az élet végét vizsgálta kórházi körülmények között. *Pantilat* szerint a kórházi orvos drámaian javíthatja az élet végső szakaszát, ha enyhíti a szenvedést okozó tüneteket (fájdalom, nehézlégzés, hányinger, hányás, delírium, depresszió), ha együttérzéssel és világosan beszél a beteggel és hozzátartozóival, lelki támogatást nyújtva ezzel. Így betegeiről végig, haldoklásukban is jól gondoskodik (12). Hasonlóan foglalja össze közleményének lényegét *Ellershaw* és *Ward*. A halál megkönnyítése, a „jó halál” akkor lehetséges, ha az orvos hatékonyan enyhíti a tüneteket, kellő pszichés támogatást ad, és segíti a gyász feldolgozását (13). *Chochinov* és munkatársai 213, terminális állapotú beteg *önértékelését* elemezték többféle kérdőíven, illetve skálán, olyan szempontok szerint, mint élni akarás, szoron-

gás, reménytelenség, teher-e másoknak, igényel-e szociális támogatást. Tizenhat beteg (7,5%) jelezte, hogy megviseli az emberi méltóság elvesztése; ezeket a betegeket egyéb pszichológiai problémák – rossz közérzet és a másoktól függés érzése – is gyötörték (14).

Gyógyszerelés az utolsó napokban

Több közlemény foglalkozik azzal, hogy milyen kezelést kaptak a betegek életük utolsó két-három napja alatt. Finn orvosok (500 háziorvos, 300 belgyógyász, 300 sebész, 82 onkológus) a hidratálást folytatták legtovább, és oxigént adtak; leggyakrabban a transzfúziókról és a trombózis megelőzéséről mondtak le. Az onkológusok hajlottak leginkább a kezelésekre abbahagyására; viszont őket is – akárcsak a többi kollégát – erősen befolyásolta a család véleménye, kívánsága (15).

Fins és munkatársai 200, kórházban meghalt beteg kórtörténete alapján elemezték a mai helyzetet: az elhunytak 72%-áról néhány nappal haláluk előtt orvosaik megállapították, hogy haldoklók; 77%-ukat nyilvánították nem resuscitálandónak, és meghatározták a *comfort care* – magyarul szenvedést enyhítőnek nevezhető – programot (16). A támogatott légzést 13%-uknál, a parenterális táplálást, illetve hidrállást 19%-uknál hagyták abba a halál előtt. A szerzők javaslata az, hogy az orvosok az aktív kezeléssel *objektív, mérhető tünetek alapján* térjenek át a szenvedést enyhítő ellátásra. *Goodlin* munkatársaival 100 kórtörténetet értékelt; hiányolja a szenvedést enyhítő ellátásban a pozitívumokat, azaz a *beteg jólétét elősegítő külön szolgáltatásokat*; szerintük ez a program inkább csak negatívumokat, korlátozásokat jelent (17).

A Péterfy Sándor Utcai Kórház A Belgyógyászatán – amely regionális onkológiai centrum – felmérést végeztünk elhunyt betegeink utolsó napjaiban alkalmazott gyógyszerrel kapcsolatban.

Átnéztük a 2001. október 1–2002. március 31. között meghalt 109 beteg kórtörténetét. Százhárom betegnél elemeztük az utolsó három nap terápiáját. Kihagytuk azt a hat elhunytat, akik 12 óránál kevesebbet töltöttek a kórházban. A betegek nem és életkor szerinti megoszlása és az ápolási napok száma az 1. táblázatban, a diagnosztikáé a 2. táblázatban látható. Mivel az osztály regionális onkológiai centrum, a dagantos betegek aránya szembeszökően nagyobb, mint más kórházakban.

A betegek életének utolsó három napja alatt alkalmazott kezelést a 3. táblázatban tüntettük fel. Az alkalmazott szerek többsége tüneteket enyhítő gyógyszer volt. A hidratálás, a kábító és nem kábító fájdalomcsillapítók, nyugtatók adása, a keringés javítása, az oxigénterápia egyértelműen a haldokló komfortér-

A terminális palliatív terápiában minden olyan esetben szerepet juthat az antibiotikumoknak, amikor a kialakult fertőzés miatt szenved a haldokló, és remélhető a szenvedés enyhítése.

1. TÁBLÁZAT

A 2001. október 1–2002. március 31. között elhunyt 103 beteg demográfiai adatai

Betegszám	Életkor (év) átlag±szórás	Ápolási napok átlaga
Összes beteg (n=103)	71,2±14,1	9,8
Férfi beteg (n=44)	68,7±14,7	9,7
Nőbeteg (n=59)	73,2±13,5	9,9

2. TÁBLÁZAT

Az elhunyt betegek (n=103) diagnózisai (alapbetegségek, valamint szövődmények)

Daganat	54
Keringési betegségek*	43
Pneumonia	18
Dementia	15
Diabetes mellitus	5
Cirrhosis hepatis	4

*A betegek többféle betegségben is szenvedtek.
hypertonia, stroke, ischaemiás szívbetegség, cardialis dekompenzáció

3. TÁBLÁZAT

A halál előtti három napban alkalmazott terápia

Infúzió (elektrolitoldat)	75
Keringésre ható szerek	56
Vízajtók	40
Glükózinfúzió	37
Fájdalomcsillapítók	34
Kábító fájdalomcsillapítók	30
Antibiotikumok*	29
Nyugtatók	23
Trombózisvédelem	13
Oxigénterápia	7
Transzfúzió	3
Egyéb	5

*A betegek (n=103) többféle kezelésben is részesültek.
* amoxicillin/klavulánsav: 18 esetben, ceftriaxon: 5 esetben, egyéb cefalosporin: 5 esetben, levofloxacin: 1 esetben, ciprofloxacín: 1 esetben, szulfonamid-trimetoprim: 1 esetben*

zését szolgálta; a transzfúziókat az alapbetegséghez társuló súlyos anaemia indokolta. Vitatható, szükséges volt-e a trombózisvédelem.

Huszonkilenc beteg kapott antibiotikumot: 18 esetben pneumonia indikációjával, a többi esetben pedig lázas állapot miatt.

A datainkat a külföldi, hasonló felmérésekkel összehasonlítva, a gyógyszereket – az antibiotikumok kivételével – inkább bőkezűbben adtuk, mint amerikai, holland vagy finn kollégáink. Úgy gondoljuk, ennek az az oka, hogy nálunk, kórházi körülmények között, a bete-

get kezelő orvoscsoporthoz közös, sokszor hallgatolagos döntése szerint építik le az aktív kezeléseket, és hagyják meg a szenvedést enyhítő szereket.

Magyarországon (még?) nem bevett szokás a terminális állapotú beteget hivatalosan *haldoklónak nyilvánítani*, amivel együtt jár az ebben az állapotban szükségtelennek tartott gyógyszerek tudatos visszavonása. Retrospektíven újraértékelve a betegek kórtörténetét, az esetek mintegy kétharmadában volt előre látható a közeli halál, e betegeket lehetett volna haldoklónak nyilvánítani.

Antibiotikum mint tüneti kezelés

Részben az irodalmi vélemények, részben saját adataink alapján óhatatlanul felvetődik a kérdés: lehet-e az antibiotikum tüneti kezelése?

Az antimikrobás kezelést a legtöbb szerző nem tekinti palliatívnek; nem is az, hiszen oki terápia: célja a kórokozó baktériumnak, a fertőzés okának a megsemmisítése. Ha azonban a *fertőzés az elhúzódó, halállal végződő betegség szövődménye*, akkor a fertőzés kezelése mégiscsak *tüneti kezelés*, mégpedig a betegnek szenvedést okozó tünet kezelése, azaz ilyenkor palliatív terápia.

Az élet végének terápiajával foglalkozó irodalomban antibiotikumokról kevés szó esik. A már idézett kutatás szerint (16) például a szenvedést enyhítő programban részesülő betegek 42%-a továbbra is kapott antibiotikumokat. *Abronsheim* (18), illetve *Evers* (19) és munkatársaik vizsgálták demens és daganatos betegek utolsó időszakát; a betegek 88, illetve 53%-a kapott szisztémás antibiotikumot, jórészt empirikusan – ezt mindkét szerzőcsoport túlzottnak tartja. Mint a 3. táblázatból látható, saját betegeink közül 29 (28,1%) kapott antibiotikumot, ami az idézett 42–88%-hoz (16, 18, 19) képest talán az antibiotikumok kritikussabb indikációjára utal.

Nagy-Agren és *Haley* összefoglalása nyolc tanulmány eredményeit, összesen 957 előrehaladott daganatos beteg fertőzéseinek kezelését dolgozta fel (20). A betegek 42%-ánál állapítottak meg fertőzést a végső stádiumban, leginkább akut osztályokon kezelt betegek esetében. Legtöbbször húgyúti, valamint légzőszervi infekciót észleltek; leggyakrabban *Staphylococcus aureus* és bélbaktériumokat tenyésztettek ki. A fertőzések okozta halálozás 19–39%-nak bizonyult. A szerzők mind orvosi, mind etikai szempontból nehéz kérdésnek tartják a végső fázis fertőzéseinek kezelését; további vizsgálatokat szorgalmaznak és a medikusok, orvosok ilyen irányú képzését.

Az antimikrobás szerek alkotják az egyetlen olyan gyógyszer-csoportot, amelynek a hatása nemcsak a gyógyszert szedő beteget érinti, hanem a környezetet is: minden antibiotikum-terápia növeli a rezisztens baktériumtörzsek számát. Ha tüneti terápiként adjuk, akkor különösen felelősek vagyunk a rezisztencia terjedéséért; hiszen kórházi törzsek válhatnak rezisztensé új, nagy hatású antibiotikumokra, s ez a többi beteg komoly veszélyeztetésével járhat (21). Felmerül tehát

az etikai kérdés: mi a teendő, ha ellentétes az egyén és a közösség érdeke; szabad-e a reménytelen beteg érdekében a közösséget veszélyeztetni?

Úgy gondoljuk, minden egyes eset egyéni mérlegelést kíván: *nem lehet vitás, hogy a beteg szenvedését enyhíteni kell.* Ugyanakkor az antibiotikum indikációja ilyenkor a szokásosnál is nagyobb körültekintést kíván, hogy a beteg ellátásának és a közösség érdekének összeegyeztetése a lehető legjobb legyen.

Ezért a következő gondolatokat *ajánljuk* a terminális állapotú beteg fertőzését kezelő orvos figyelmébe, esetleg vitaindítóként:

– Az otthon ápolat beteg akut fertőzését feltehetően nem rezisztens, kórházi törzs okozza, ezért a lehető leghatékonyabb spektrumú antibiotikum adása javasolt, például amoxicillin, szulfonamid-trimetoprim.

– Kórházban fekvő betegnek lehetőleg célzott antibiotikum-terápia adandó, mikrobiológiai vizsgálat – kenet, tenyésztés, antibiotikum-érzékenység – szerint.

– Ha a kórokozó a használatos antibiotikumok (aminopenicillinek, laktamázgátlót tartalmazó kombinációk, I.-II. generációs cefalosporinok) valamelyikére érzékeny, akkor azzal a hatékony antibiotikummal kell a beteget kezelni.

– Ha nincs mód mikrobiológiai vizsgálatra, vagy a kezelés megkezdésével nem várhatunk a vizsgálat eredményéig, akkor is az előző pontban felsorolt szerek egyikével kell a kezelést elkezdeni.

– Ha a kórokozó rezisztens a használatos antibiotikumokra, de érzékeny például III. generációs cefalosporinra vagy fluorokinolonra, és remélhető, hogy a beteg az akut fertőzésből meggyógyul, akkor a széles spektrumú szer *célzott* alkalmazása indikált.

– Ha a kórokozó multirezisztens és csak az utolsó lehetőségként szóba jövő antibiotikumra érzékeny – imipenem, meropenem, levofloxacin, moxifloxacin –, és

különösen akkor, ha a beteg kezelése nem ígérkezik sikeresnek – például az infekciót katéter, vénakatéter vagy más idegen test tartja fenn –, akkor a kezelés visszatartása etikailag indokolt lehet.

E bonyolult esetekben kérhető az etikai bizottság állásfoglalása is (21).

Összegzés

Több szerző utal arra, hogy még fejlett, jó anyagi háttérrel rendelkező egészségügy mellett sem megoldott a haldokló beteg emberi méltóságának megőrzése (12–17). A magyar kórházi viszonyok alapvető problémái mellett aligha várható, hogy a haldoklók ellátására jelentős összeget fordítsanak. Szeretnénk azonban felhívni a figyelmet arra, hogy *a szeretet, a jó szó nem kerül pénzbe* – ha orvosaink, ápolóink ezt nyújtani tudják az élete végén lévő betegnek, akkor már sokat tesznek az emberi méltóság megőrzéséért. Természetesen ehhez az is kellene, hogy az orvosok, ápolók kiegyensúlyozottan, nyugodt körülmények között dolgozhassanak, ami ma – enyhén szólva – kétséges.

A terminális palliatív terápiában minden olyan esetben *szerep juthat az antibiotikumoknak, amikor a kialakult fertőzés miatt szenved a haldokló*, és remélhető a szenvedés enyhítése. A feltételezett kórokozóra ható, leghatékonyabb spektrumú szer adása javasolt; új, nagy hatású szer alkalmazása a rezisztenciakeltés veszélye miatt csak kivételes esetekben, *célzottan* adható.

A halál az élet velejárója, elkerülhetetlen befejezése; Vörösmarty szavaival: „A földhöz minket baj s öröm kötöz, óhajtjuk és rettegjük a halált”. A jó orvos sokat tehet azért, hogy a beteg ne rettegjen a halál előtt, élete utolsó szakasza békés, testi-lelki szenvedéstől mentes legyen.

IRODALOM

- Hegedűs K. Az emberhez méltó halál: hospice. Budapest: Osiris Kiadó; 2000.
- Hegedűs K. A hospice-mozgalom tapasztalatai Magyarországon. LAM 1996;6:368-73.
- Muszbec K. Haldokló betegek pszichés gondozása. Medicus Anonymus 2000;8:43-6.
- Muszbec K, Graber H. Hospice: jog az emberhez méltó halálhoz. Acta Humana 2001;44/45:125-8.
- Polcz A. Ideje a meghalásnak. Budapest: Pont Kiadó; 1998.
- Kish SK, Martin CG, Price KJ. Advance directives in critically ill cancer patients. Crit Care Nurs Clin North Am 2000;12:373-83.
- Gross MD. What do patients express as their preferences in advance directives? Arch Intern Med 1998;158:363-5.
- Kinney ML, et al. Application of United States advance directives on Italian soil. Mil Med 1997;162:571-2.
- Groenewoud JH, et al. A nation-wide study of decisions to forego life-prolonging treatment in Dutch medical practice. Arch Intern Med 2000;160:357-63.
- van der Steen JT, et al. Decisions to treat or not to treat pneumonia in demented psychogeriatric nursing home patients: evaluation of a guideline. Alzheimer Dis Assoc Disord 2001;15:119-28.
- Poleczák M (ed). A betegek jogai. Budapest: Vince Kiadó; 1999. p. 134-41.
- Pantilat SZ. End-of-life care for the hospitalised patient. Med Clin N Am 2002;86:749-70.
- Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours and days. BMJ 2003;326:30-4.
- Chochinov HM, et al. Dignity in the terminally ill: a cross sectional, cohort study. Lancet 2002;360:2026-30.
- Hinkka H, et al. Factors affecting physician's decision to forgo life sustaining treatments in terminal care. J Med Ethics 2002;28:109-14.
- Fins JJ, et al. End-of-life decision making in the hospital: current practice and future prospects. J Pain Symptom Manage 1999;17:6-15.
- Goodlin SJ, et al. Death in the hospital. Arch Intern Med 1998;158:1570-2.
- Ahronheim JC, et al. Treatment of the dying in the acute care hospital. Arch Intern Med 1996;156:2094-100.
- Evers MM, et al. Palliative and aggressive end-of-life care for patients with dementia. Psychiatr Serv 2002;53:609-13.
- Nagy-Agren S, Haley A. Management of infections in palliative care patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2002;24:64-70.
- Reese RE, Betts RF, Gumustop B. Az antibiotikumok kézikönyve. A 3. kiadás magyar változata. Graber H, Magyar T (szerk.) Budapest: B+V Lap és Könyvkiadó; 2002. p. 228-9.