

Doświadczenie granic terapii – wyzwanie codziennej praktyki lekarskiej

Szczepan Cofta

Katedra i **Klinika** Pulmonologii, Alergologii
i Onkologii Pulmonologicznej

Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* Uniwersytetu
Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań, dn. 11 października 2016 roku

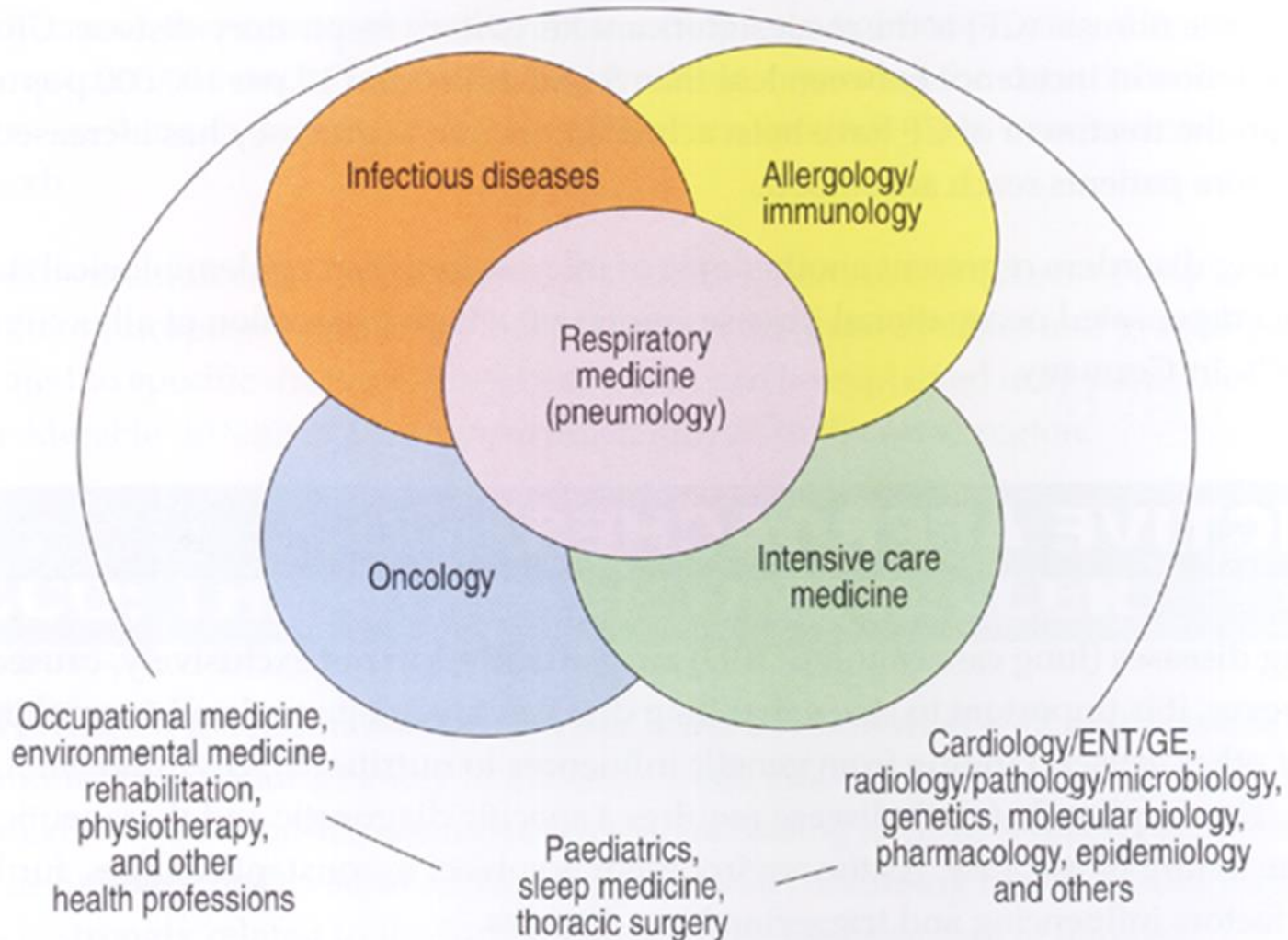
Granice terapii – wyzwanie codziennej praktyki lekarskiej

1. Doświadczenie pulmonologa
2. Doświadczenie naczelnego lekarza szpitala
3. Lekarskie poszukiwania kryteriów i zasad
4. Pytania debaty

Granice terapii – wyzwanie codziennej praktyki lekarskiej

1. Doświadczenie pulmonologa
2. Doświadczenie naczelnego lekarza szpitala
3. Lekarskie poszukiwania kryteriów i zasad
4. Pytania debaty

Granice terapii - doświadczenie pulmonologa



Granice terapii – doświadczenie pulmonologa

- dylematy intensywności diagnostyki
- dylematy intensywności terapii
 - rak płuca
 - niewydolność oddychania

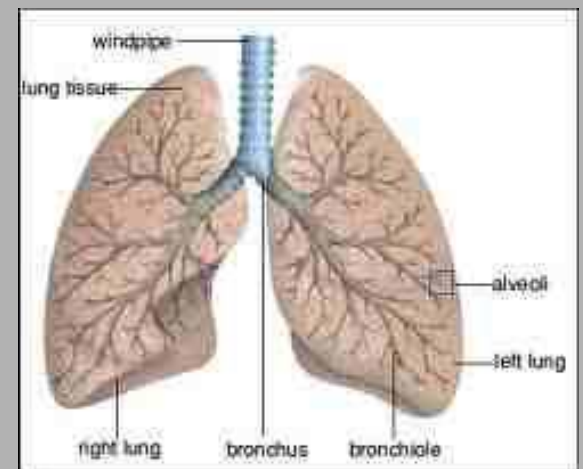
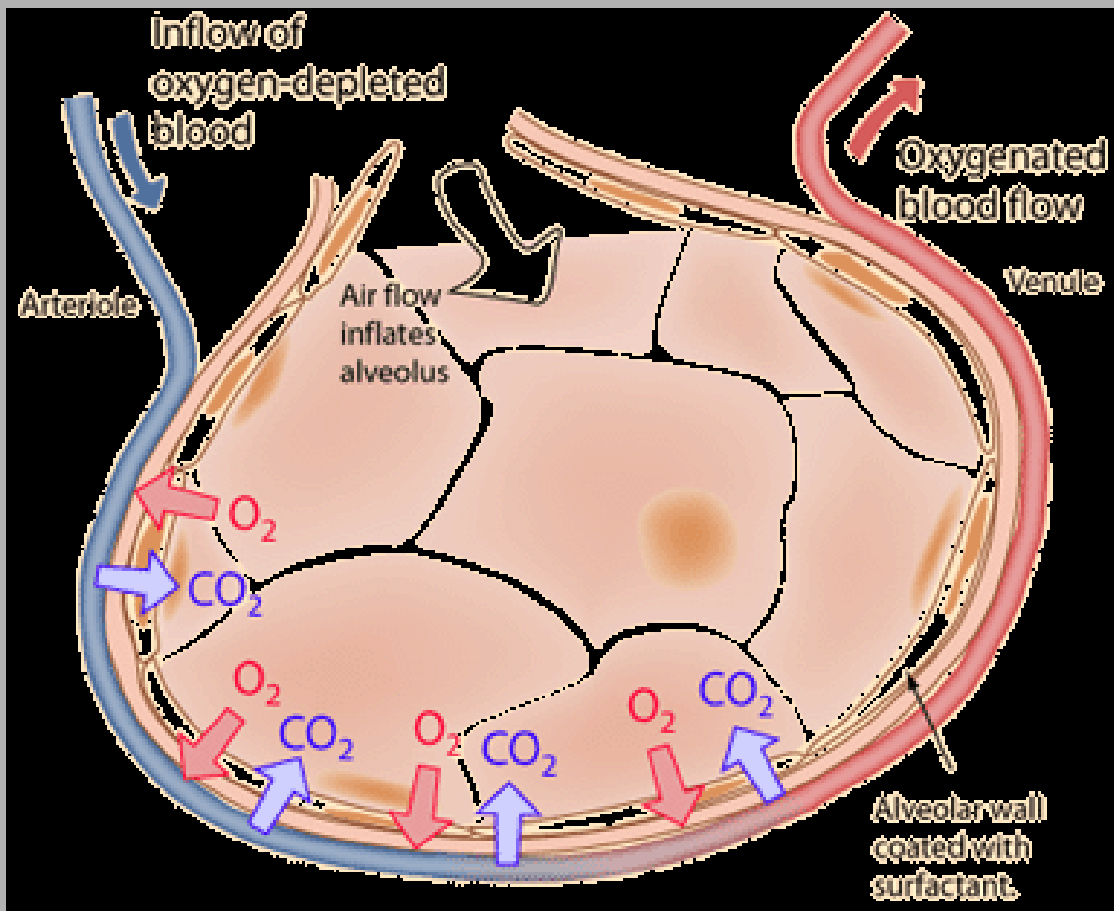
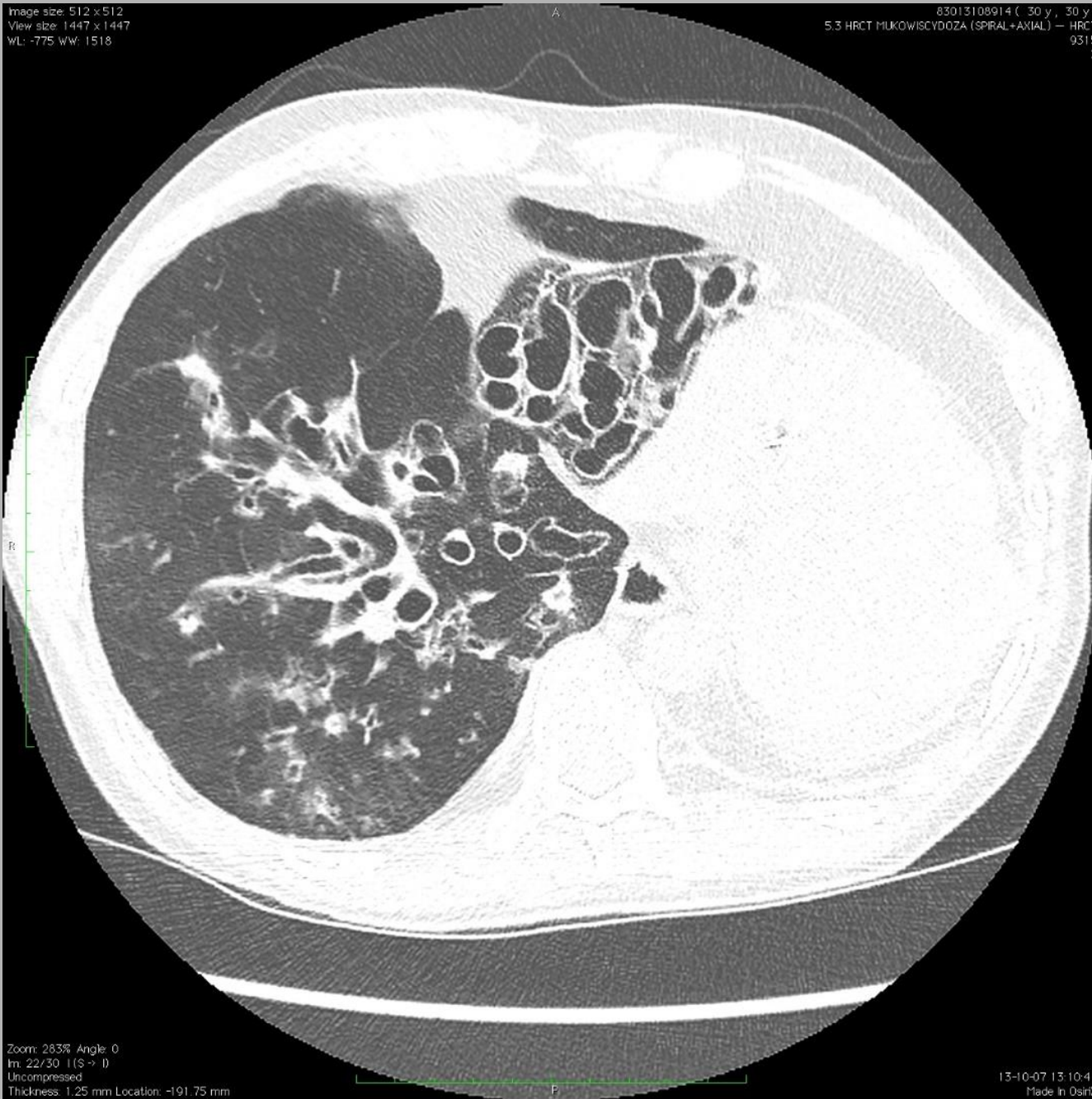


Image size: 512 x 512
View size: 1447 x 1447
WL: -775 WW: 1518

83013108914 (30 y, 30 y)
5.3 HRCT MUKOWISCYDOZA (SPIRAL+AXIAL) — HRCT
9315
3



Zoom: 283% Angle: 0
In: 22/30 I(S -> I)
Uncompressed
Thickness: 1.25 mm Location: -191.75 mm

13-10-07 13:10:41
Made in Osirix

HISTORIA NATURALNA OKRESU ZAAWANSOWANEJ CHOROBY

CHOROBA NOWOTWOROWA



CHOROBY DEMENCYJNE

POChP, **MUKOWISCYDOZA**, niewydolność serca)

Problemy końca życia

Niewydolność oddechowa przyczyną ponad 90% zgonów

zalecana opieka „mieszana”=

LECZENIE

objawowe (np. narkotyki)

+

przyczynowe (np. antybiotyki)

+

zapobiegawcze (np. witaminy)

wentylacja nieinwazyjna ?

wentylacja mechaniczna ?

TRANSPLANTACJA?

Robinson, Pediatrics, 1997, 100:205-9

Mitchel, Chest, 2008, 118:80-84

Tonelli, Annual, NACF Conference, 2000

PYTANIA KWALIFIKACYJNE TRANSPLANTACYJNE

- czy zaawansowanie schorzenia podstawowego kwalifikuje do zaproponowania transplantacji?
- czy zaawansowanie procesu patologicznego nie wyklucza skutecznej transplantacji?





Granice terapii – wyzwanie codziennej praktyki lekarskiej

1. Doświadczenie pulmonologa
2. Doświadczenie naczelnego lekarza szpitala
3. Lekarskie poszukiwania kryteriów i zasad
4. Pytania debaty



Granice terapii - doświadczenie naczelnego lekarza szpitala

- z punktu widzenia medycznego
 - granice czynnego postępowania onkologicznego
 - sposoby zaopatrywania tętniaków (sch.współistn.)
 - zastawki implantowane endowaskularnie
 - intensywność technik resuscytacji w kardiologii
 - intensywność terapii hematonkologicznej
- z punktu widzenia zarządzającego
 - pytanie o aspekt finansowy
 - drodzy pacjenci
 - meandry rozdziału pieniędzy

Doświadczenie granic terapii – kazu 1

EPIKRYZA

- Chory 34 letni przyjęty do OIT w trybie pilnym z oddziału hematologii w obrazie rozwiniętego wstrząsu poprzedzonego dynamicznie narastającą niewydolnością nerek, kwasicą metaboliczną, postępującym spadkiem ciśnienia tętniczego oraz narastaniem ostrej niewydolności oddechowej.
- W wywiadzie AML od 3 lat, przeszczep szpiku od dawcy niespokrewnionego przed 2 laty; od kilku tygodni przed przejęciem leczony gancyklovirem oraz foscavirem z powodu reaktywacji infekcji CMV.

Doświadczenie granic terapii – kazus 1

EPIKRYZA

- Bezpośrednio po przyjęciu do OIT chorego zaintubowano, wdrożono wentylację mechaniczną oraz terapię nerkozastępczą.
- Chory niestabilny hemodynamicznie wymagał podaży levonoru w dawkach supramaksymalnych.
- W kolejnych dwóch dobach udało się uzyskać względną stabilizację hemodynamiczną stanu chorego oraz normalizację parametrów laboratoryjnych. Jednocześnie obserwowano wykładniki centralizacji krążenia pod postacią utrzymującej się sinicy dystalnych części kończyn.
- W 3 dobie z powodu krytycznego niedokrwienia obu stóp przy zachowanym przepływie w tt. grzbietowych stopy i piszczelowych wykonano konsultacje chirurgiczne, w wyniku których zdecydowano o leczeniu zabiegowym.

Doświadczenie granic terapii – kazus 1

EPIKRYZA

- Przez cały okres leczenia stan chorego określano jako ciężki. Przy staranności utrzymania dobrostanu chorego okresy wybudzania chorego - chory pozostawał przytomny z zadawalającym kontaktem logicznym. Manifestował cechy polineuropatii stanu krytycznego oraz porażenie czterokończynowe.
- Chory pozostawał w pełni zależny od wdrożonych technik intensywnej terapii oraz czynności pielęgnacyjnych. Nieudane próby liberalizacji wentylacji mechanicznej. Wystąpiła konieczność wykonania tracheostomii.
- Niewydolność nerek - prowadzono cykliczne kursy terapii nerkozastępczej. Stan chorego nie pozwalał na transport poza szpital.

Doświadczenie granic terapii – kazuś 1

EPIKRYZA

- Z powodu dysfunkcji przewodu pokarmowego konieczne żywienie parenteralne. Wykładniki polekowego uszkodzenia wątroby. Wysłunięto podejrzenie GVHD, które nie zostało potwierdzone w trakcie konsultacji hematologicznych. Kontynuacja leczenia immunosupresyjnego.
- Profilaktyka oraz leczenie zakażeń zgodnie z zaleceniami prowadzącego hematologa oraz na podstawie posiewów bakteriologicznych. Masywne przetoczenia preparatów krwiopochodnych z dominującymi przetoczeniami KKP w celu korekty małopłytkowości.

Doświadczenie granic terapii – kazus 1

EPIKRYZA

- W trakcie całego leczenia chory wielokrotnie operowany z pierwotnym zamiarem maksymalnego oszczędzenia kończyn dolnych. Docelowo konieczność amputacji obu podudzi. Proces gojenia wydłużony z uwagi na konieczność kontynuacji leczenia immunosupresyjnego. W krańcowym okresie gojenie powikłane postępującą martwicą spowodowaną czopowaniem mikrokrążenia przez strzępki grzyba. Tworzenie się zmian martwiczych w miejscach wcześniej nie zmienionych chorobowo - amputacja palca II ręki lewej, martwica w obrębie uda prawego.

Doświadczenie granic terapii – kazu 1

EPIKRYZA

- Nie obserwowano pozytywnej odpowiedzi na wdrożone leczenie. Wysiłki lecznicze bezskuteczne. Stan chorego ulegał stopniowemu pogorszeniu. Rokowanie odległe określono jako złe. Czynnikiem determinującym jednoznacznie złe rokowanie stało się uogólnione zakażenie grzybicze (*Rhizopus Oryze*) i całkowity brak odpowiedzi na prowadzone leczenie spowodowane zaburzeniami odporności w przebiegu choroby zasadniczej oraz jej leczenia. Wyczerpano możliwości terapeutyczne. Obserwowano zdecydowane pogorszenie stanu chorego. Wdrożono leczenie paliatywne. Zgon w 72 dobie leczenia w obrazie niewydolności wielonarządowej.

Doświadczenie granic terapii – kazus 1

MOŻLIWE PYTANIA

POPSTĘPOWANIA

- Czy przyjąć do oddziału intensywnej terapii?
- Czy podjąć wentylację mechaniczną?
- Czy żywić parenteralnie?
- Czy proponować leczenie nerkozastępcze?
- Jak intensywnie stosować antybiotyki?
- Jak intensywnie leczyć przeciwgrzybiczo?
- W jakiej mierze podawać preparaty krwiozastępcze?
- Czy kontynuować leczenie hematologiczne?
- Czy proponować leczenie chirurgiczne?

Granice terapii – wyzwanie codziennej praktyki lekarskiej

1. Doświadczenie pulmonologa
2. Doświadczenie naczelnego lekarza szpitala
3. Lekarskie poszukiwania kryteriów i zasad
4. Pytania debaty

Lekarskie poszukiwanie kryteriów i zasad

Kryteria:

- godność człowieka
- dobro człowieka
 - dobro indywidualne
 - dobro wspólne

Lekarskie poszukiwanie kryteriów i zasad

Zasady:

- chronienia życia ludzkiego
- oceny stopnia ryzyka (przewaga szansy nad ryzykiem)
- prymatu etyki nad techniką
- ostrożności
- niezbędności postępowania (eksperymentu)

- dysponowania sobą samym
- zachowania integralności ludzkiej
- zachowania małżeństwa i rodziny

Granice terapii – wyzwanie codziennej praktyki lekarskiej

1. Doświadczenie pulmonologa
2. Doświadczenie naczelnego lekarza szpitala
3. Lekarskie poszukiwania kryteriów i zasad
4. Pytania debaty

Granice terapii

PYTANIA DEBATY

Pytania o:

- kryteria i zasady intensywność diagnostyki i terapii
- autonomię i uwarunkowania prawne decyzji lekarskich
- uwarunkowania finansowe decyzji lekarskich

- o testament życia
- o kryteria śmierci

Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, która przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta.

Granice terapii - wyzwanie codziennej praktyki lekarskiej

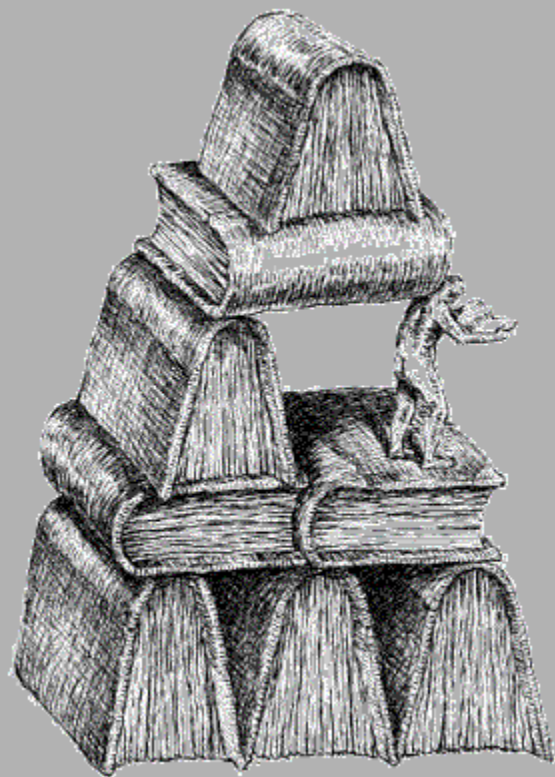
Wyzwanie:

- zachowanie indywidualizmu decyzji lekarskich zanurzonych w
 - godności pacjenta
 - dobru pacjenta

Chory przychodzi ze swym bólem, cierpieniem, wołaniem o pomoc. A lekarz, nie bacząc na lęk chorego (i swój własny), wiedząc, jak mało wie (zawsze za mało), mówi: Stanę przy tobie. Razem spojrzymy niebezpieczeństwu w twarz. I wtedy opadają wątpliwości, w jakie myśl nasza stroiła duszę przez wieki. Kore - dziewczynka pokazuje się nam w źrenicy chorego. Staje w blasku, jasna i wyrazista, w tej krótkiej chwili, gdy słyszy nasze przestanie: Będę z tobą. Nie opuszczę cię. Nie zostaniesz sam.



Szczeklik Andrzej, Kore. *O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny.*
Wydawnictwo Znak. Kraków 2007





http://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/show.html?id=46414

<http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2009/n200903/n20090314>

http://magazynfamilia.pl/drukuj/Granice_terapii_medycznych,625,76.html

Doświadczenie granic terapii – kazus 2

EPIKRYZA

- Chory lat 38 przekazany do OIT w trybie pilnym z Oddziału Transplantologii z powodu ostrej niewydolności oddechowej. W wywiadzie : ostra białaczka limfoblastyczna po alloBMT od dawcy niespokrewnionego(24.10.2013). W okresie po rekonstytucji granulopoezy pojawiły się stany gorączkowe (w rtg masywne zmiany zapalne). W dniu 04.12.2013 r. nastąpiło gwałtowne pogorszenie stanu ogólnego, szybko narastająca duszność ze spadkiem saturacji. Na podstawie badań genetycznych rozpoznano CMV-zapalenie płuc oraz toxoplazmozę. Rokowanie złe. Włączono leczenie celowane, antybiotyki szerokospektralne oraz zastosowano oddech zastępczy 100-80-60⁰% tlenem. Wobec utrzymującej się niewydolności oddechowej, w 9-ej dobie leczenia wykonano przezskórną tracheotomię.

Doświadczenie granic terapii – kazus 2

EPIKRYZA

- Od 10 doby konieczność wdrożenia ciągłej hemofiltracji żylna-żylna. Leczenie nerkozastępcze kontynuowano z kilkudniowymi przerwami przez cały czas hospitalizacji w OITS.
- W 16 dobie leczenia rozpoznano prawostronną samoistną odmę opłucnową, którą zaopatrzono drenażem ssącym w 19 dobie, po wystąpieniu rozedmy podskórnej. Próby wyłączenia drenażu skutkowały gwałtownym narastaniem rozedmy podskórnej, desaturacją, kwasica oddechowa. Mimo utrzymania drenażu opłucnowego obserwowano okresowe samoistne narastanie rozedmy podskórnej oraz wystąpienie odmy śródpiersiowej. W 41 dobie leczenia założono kolejny dren do prawej jamy opłucnej. Chory pod stałą opieką konsultującego torakochirurga.

Doświadczenie granic terapii – kazuś 2

EPIKRYZA

- Z uwagi na obserwowaną dysfunkcję przewodu pokarmowego główna suplementacja kaloryczna odbywała się drogą parenteralną z okresami podaży pokarmu drogą przewodu pokarmowego. Fizjoterapia, profilaktyka p/odleżynowa.
- Chory pod stałym nadzorem lekarza hematologa.
- Mimo podawania profilaktycznych dawek amfoterycyny, w 44 dobie leczenia rozpoznano u chorego aspergillozę płucną, rozpoczęto podawanie worikonazolu.

Doświadczenie granic terapii – kazuś 2

EPIKRYZA

- Infekcję CMV leczono gancyklovirem, a następnie Foscarnetem; po dwóch ujemnych wynikach badania genetycznego odstawiano leczenie anty-CMV. Terapię przeciw toxoplazmozie utrzymano mimo negatywizacji wyników badania genetycznego. W systematycznie wykonywanych posiewach bakteriologicznych nie wyhodowano żadnych bakterii, utrzymywano profilaktyczną podaż antybiotyków szerokospektralnych.

Doświadczenie granic terapii – kazuś 2

EPIKRYZA

- U chorego występowały laboratoryjne zaburzenia krzepnięcia manifestujące się klinicznie krwawieniem z przewodu pokarmowego, śluzówek, cewki moczowej. Przetaczano preparaty krwiopochodne, okresowo stymulowano czynność szpiku Neupogenem. W celu zwiększenia odporności chorego systematycznie przetaczano ludzkie immunoglobuliny.

Doświadczenie granic terapii – kazus 2

EPIKRYZA

- Stan chorego pomimo intensywnego leczenia ulegał systematycznemu pogorszeniu, narastała niewydolność wielonarządowa. Obserwowano pogarszające się parametry wymiany gazowej (narastanie $p\text{CO}_2$) oraz mechaniki oddechowej (krytyczny wzrost ciśnienia w drogach oddechowych). W ostatnim okresie leczenia konieczność podaży FiO_2 0.9, ciśnienie tętnicze utrzymywano wlewem katecholamin. Zgon w obrazie umierającego serca w 61 dobie leczenia.