

INTENZIVNÍ MEDICÍNA

PŮVODNÍ PRÁCE

Postoj lékařů ARO/JIP k otázkám omezení rozsahu poskytované léčby u nemocných v intenzivní péči – národní studie

Pařízková R.¹, Černý V.¹, Cvachovec K.², Novák I.³, Šrámek V.⁴, Nalos D.⁵

¹Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny UK v Praze, LF v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

²Anesteziologicko-resuscitační klinika 2. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

³I. interní klinika UK v Praze, LF a Fakultní nemocnice, Plzeň

⁴Anesteziologicko-resuscitační klinika LF Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

⁵Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem

Souhrn

Cíl studie: Cílem studie bylo získání údajů o názorech lékařů pracujících na ARO/JIP v České republice k problematice omezování léčby u nemocných v intenzivní péči.

Typ studie: Prospektivní multicentrická studie.

Název a sídlo pracoviště: Resuscitační oddělení a JIP.

Materiál a metoda: Členům SIM ČSARIM byl zaslán dotazník s otázkami zjišťujícími názory lékařů na problematiku omezení rozsahu léčby.

Výsledky: Z 870 členů SIM odpovědělo 213 (26 %) lékařů. 90 % lékařů považuje u nemocných v terminálním stadiu jejich onemocnění za přijatelné omezení léčby, 51,4 % ukončení ventilační podpory a 19,1 % eutanazii. U pacientů nekompetentních považuje 205 (96 %) respondentů lékaře za hlavního činitele v rozhodovacích procesech, ošetřující sestra a rodina se účastní v 28,9 %, respektive ve 43 %. 36,9 % lékařů respektuje přání rodiny v případě neshody názorů. V případě omezení léčby souhlasí většina lékařů s ponecháním analgosedace a infuzní léčby, zápis do dokumentace je prováděn v 73 %. Nedostatek soukromí a neosobní prostředí jsou hlavní faktory bránícími zajištění důstojného umírání nemocných na ARO/JIP.

Závěr: Studie přináší doposud nepublikované údaje o postojích lékařů ARO/JIP v České republice k otázkám omezování rozsahu poskytované léčby. Koncept nerozšiřování či vysazení léčby je přijatelný pro většinu respondentů, vysazení ventilační podpory odmítá polovina dotazovaných. Analgosedace a infuzní léčba jsou nejčastější postupy ponechané v průběhu odnímání léčby. Nedostatek soukromí a neosobnost prostředí jsou hlavními překážkami zajištění „důstojného umírání“ v prostředí ARO/JIP.

Klíčová slova: omezení léčby – intenzivní péče

Abstract

Attitudes of intensivists to limiting therapy and end of life decision in the Czech Republic – a national study

Objective: The purpose of the study was to obtain information about the attitudes of doctors working on ICUs in the Czech Republic to limiting therapy and end of life decisions (EOLD).

Design: Prospective, multi-centre, observational study.

Setting: ICUs in tertiary care hospitals.

Materials and Methods: Questionnaires were posted to members of the Czech Society of Anaesthesiology and Intensive Care on their attitude to limiting therapy in patients admitted to ICUs.

Results: 870 posted questionnaires yielded a response rate of 26%. 90% of the physicians considered limiting therapy in terminally ill patients as acceptable, 51.4% agreed with terminal respiratory weaning and 19.1% with euthanasia. EOLD may be undertaken by the competent patients themselves. 96% of responders considered the physician as the key person in EOLD for the incompetent patient. 28.9% and 43% of physicians respectively would include the nurse and the family in the decision-making process and 36.9% of physicians would respect the family's wishes in cases of differing opinion. During withholding therapy most physicians would agree with the maintenance of analgesia, sedation and infusion therapy. A written EOLD order was recorded in the patient chart in 73%. Lack of privacy and the absence of family members were considered a key obstacle to assuring dignified death.

Conclusion: The study presents yet unpublished data regarding the attitude of the Czech Republic intensivists to the limitation of therapy and EOLD. Limitation of therapy was acceptable for the majority of responders whereas terminal respiratory weaning was refused by half of them. The absence of privacy and impersonal environment are the main obstacles to dignified dying in the ICU environment.

Key words: limitation of therapy – intensive care

Anest. intenziv. Med., 2006, 17, č. 5, s. 251–260.

Úvod

Problematika rozhodovacích procesů o rozsahu poskytované léčby u nemocných v intenzivní péči je nedílnou součástí denní klinické praxe, úvahy nad případným omezením rozsahu poskytované léčby zahrnují nejen otázku dalšího nerozšiřování stávajících postupů orgánové podpory, ale i jejich případné odejmutí či vysazení. Postoj lékařů k problematice omezování léčby se velmi liší, přestože z právního i etického hlediska není rozdíl mezi vysazením jednotlivých postupů léčby a z určitého pohledu není rozdíl mezi nerozšiřováním či vysazením postupů orgánové podpory [1]. Cílem studie bylo získání údajů o postojích a názorech lékařů pracujících na oddělení ARO/JIP v České republice k problematice „ukončování léčby“ u nemocných v intenzivní péči.

Soubor a metoda

Typ studie: Prospektivní dotazníková studie. Vzhledem k typu studie a charakteru zpracování dat nebyl souhlas etické komise vyžadován.

Lékařům-členům Sekce intenzivní medicíny České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP (SIM ČSARIM) byl zaslán dotazník s otázkami, které byly zaměřeny na zjištění názorů na problematiku omezení rozsahu poskytované léčby u nemocných v intenzivní péči. Obecná část dotazníku obsahovala vysvětlení pojmů a zjišťovala základní demografické údaje respondentů (obr. 1), vlastní dotazník se skládal z 10 otázek zjišťujících názory lékařů na jednotlivé typy omezení léčby včetně eutanazie (obr. 2).

Sledované údaje:

- Věk, pohlaví
- Typ oddělení – ARO, JIP
- Typ nemocničního zařízení – univerzitní, krajské, okresní, oblastní, jiné
- Oborová specializace
- Počet let praxe v intenzivní péči
- Víra (bez typu vyznání)

V grafech 1, 3, 4 představuje „ANO“ součet odpovědí „rozhodně ano“ a „spíše ano“ a „NE“ představuje součet odpovědí „rozhodně ne“ a „spíše ne“.

Statistické zpracování

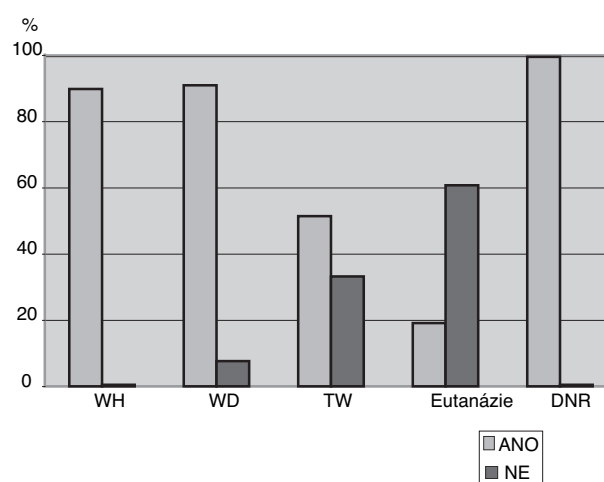
Ke statistickému zpracování byly použity deskriptivní metody, číselné údaje jsou uváděny jako absolutní počet (%) nebo průměr (rozmezí hodnot).

Výsledky

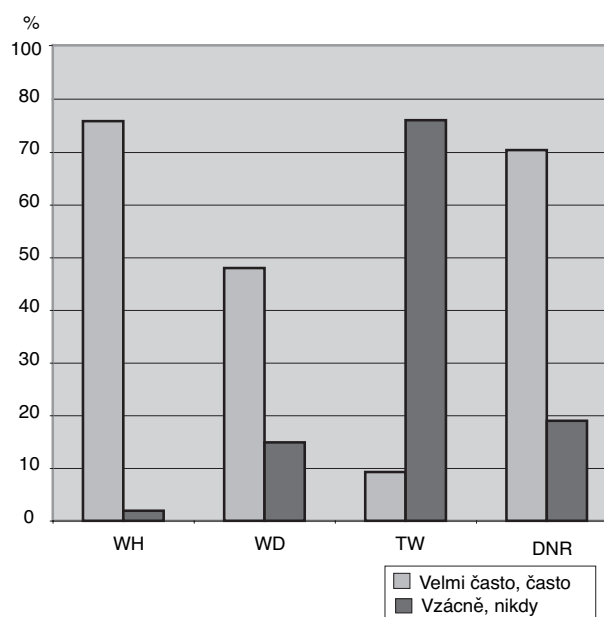
Dotazníky byly zaslány 870 členům SIM, celkem odpovědělo 213 respondentů (26 %), z toho 149 mužů (70 %) a 64 žen (30 %). Průměrný věk respondentů byl 40,2 let (rozmezí: 24–74), průměrná doba

klinické praxe 15 let (rozmezí: 0,5–56). 99 respondentů (46,5 %) udávalo pracoviště typu univerzitní nebo krajské nemocnice, okresní či oblastní nemocnice uvedlo 106 lékařů (49,8 %). 190 respondentů (89 %) uvedlo oborovou specializaci anesteziologie a resuscitace, 8 (3,8 %) interní lékařství, 8 (3,8 %) chirurgie, 3 (1,4 %) pediatrie a 4 (1,9 %) jinou.

90 % lékařů považuje nerozšiřování či vysazení léčby u nemocných v terminálním stadiu jejich onemocnění za přijatelné, 209 lékařů (99,5 %) souhlasí s postupem DNR (graf 1). Terminální „weaning“ považuje za přijatelný 107 respondentů (51,4 %), postup odmítá 70 lékařů (33 %). Eutanazii považuje za přijatelnou 39 dotázaných (19,1 %) a za nepřijatelnou 124 lékařů (60,7 %); odpověď „nevím“ vyplnilo 41 lékařů (20 %). Vlastní účast respondentů na jednotlivých postupech omezení terapie představuje graf 2. U kompetentního nemocného by se na rozhodovacích procesech měl podílet především nemocný spo-



Graf 1. Přijatelnost postupů



Graf 2. Vlastní účast na postupu

Obr. 1. Dotazník – obecná část

POSTOJ LÉKAŘŮ ARO/JIP K OTÁZKÁM OMEZENÍ ROZSAHU POSKYTOVANÉ LÉČBY U NEMOCNÝCH V INTENZIVNÍ PÉČI

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

dovolujeme si Vás požádat o přijetí účasti ve studii a vyjádření Vašeho názoru k otázkám, týkajícím se problematiky omezení rozsahu poskytované léčby u nemocných v intenzivní péči. V Obecné části dotazníku vyplňte prosím Vámi vybranou nejvíce příslušnou odpověď. Speciální část dotazníku vyplňte prosím jednou za Vaše pracoviště.

Velmi děkujeme

Pracovní skupina studie a výbor Sekce intenzivní medicíny

Vysvětlení pojmů:

Eutanazie

Postup s cílem vědomého ukončení života smrtelně nemocného člověka na jeho výslovné, nespochybnitelné přání.

Nemocný v terminálním stadiu onemocnění

Nemocný v intenzivní péči, kdy podstata jeho základního onemocnění není slučitelná se životem a kdy další pokračování terapeutických a diagnostických postupů se jeví jako zcela marné bez možnosti ovlivnění klinického výsledku, prognóza nemocného je považována za jednoznačně nepříznivou.

Nezpůsobilý (nekompetentní) nemocný

Nemocný s poruchou vědomí (organickou nebo farmakologickou), který není schopen posouzení a rozhodování o své osobě pro svůj aktuální zdravotní stav, není schopen informovaného souhlasu.

Formy omezení rozsahu poskytované léčby

Nerozšiřování léčby (tzv. withholding treatment)

Nenasazení či nerozšiřování léčby/postupů orgánové podpory (katecholaminy, ventilační podpora, hemodialýza apod.)

Vysazení léčby (tzv. withdrawing treatment)

Vysazení postupů orgánové podpory (katecholaminy, ventilační podpora, hemodialýza apod.)

Ukončování ventilační podpory (tzv. terminal weaning – TW)

Snížování ventilačních parametrů, odpojení od ventilátoru. Přestože TW je součástí withdrawing treatment, bývá někdy vnímán samostatně, a proto je uveden odděleně.

Nezahajovat resuscitaci (do not resuscitate, DNR)

Nezahájení kardiopulmonální resuscitace.

Prosím, uveďte některé Vaše osobní údaje pro statistické zpracování

Pohlaví	☐ Muž	☐ Žena	Věk ☐ ☐ let
Jste věřící	☐ Ano	☐ Ne	
Typ oddělení	☐ ARO	☐ JIP	
Zdravotnické zařízení	☐ univerzitní/krajská nemocnice	☐ okresní/oblastní nemocnice	
		☐ jiný typ zdravotnického zařízení	
Vaše specializace	☐ anesteziologie a resuscitace	☐ Vnitřní lékařství	
	☐ pediatrie	☐ chirurgie	
		☐ jiná	
Úvazek na pracovišti poskytujícím intenzivní péči	☐ < 50 % pracovní doby	Počet let praxe	
	☐ > 50 % pracovní doby	☐ ☐ let	

Obr. 2. Formulář dotazníku

1. Které z uvedených postupů považujete u nemocného v terminálním stadiu jeho onemocnění za přijatelné		Terminální weaning 5 4 3 2 1 DNR 5 4 3 2 1
	Rozhodně ano Spíše ano Nevím Spíše ne Rozhodně ne	
Nerozšiřování léčby	5 4 3 2 1	
Vysazení léčby	5 4 3 2 1	
Terminální weaning	5 4 3 2 1	
Eutanazie	5 4 3 2 1	
DNR	5 4 3 2 1	
2. Na kterém z uvedených postupů jste se u svých nemocných podílel/a		3. Kdo by měl rozhodovat o nerozšiřování/vysazení léčby u způsobilého (<i>kompetentního</i>) nemocného v terminálním stadiu jeho onemocnění
	Velmi často Často Občas Vzácně Nikdy	Rozhodně ano Spíše ano Nevím Spíše ne Rozhodně ne
Nerozšiřování léčby	5 4 3 2 1	Sám nemocný 5 4 3 2 1
Vysazení léčby	5 4 3 2 1	Lékař/i 5 4 3 2 1
		Sestra/y 5 4 3 2 1
		Jeho rodina 5 4 3 2 1
		Soud 5 4 3 2 1
		Etická komise 5 4 3 2 1

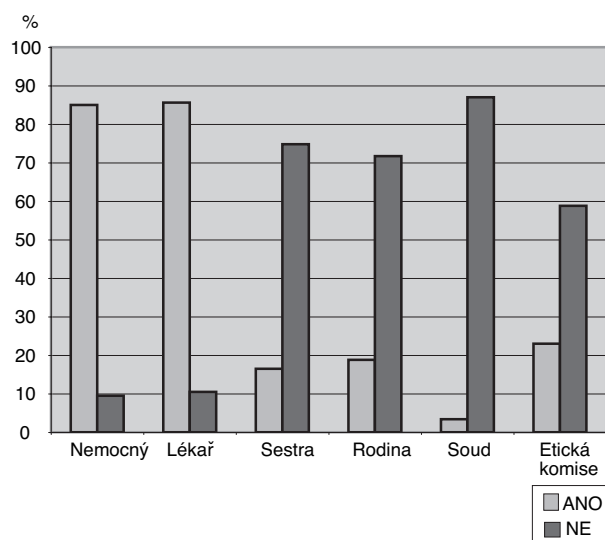
4. Kdo by měl rozhodovat o nerozšiřování/vysazení léčby u nezpůsobilého (<i>nekompetentního</i>) nemocného v terminálním stadiu jeho onemocnění		Jeho rodina 5 4 3 2 1
	Rozhodně ano Spíše ano Nevím Spíše ne Rozhodně ne	Soud 5 4 3 2 1
Lékař/i	5 4 3 2 1	Etická komise 5 4 3 2 1
Sestra/y	5 4 3 2 1	
Jeho rodina	5 4 3 2 1	
Soud	5 4 3 2 1	
Etická komise	5 4 3 2 1	
5. Kdo je na Vašem pracovišti zahrnut do rozhodování o nerozšiřování/vysazení léčby u nemocného v terminálním stadiu jeho onemocnění		6. V případě rozhodování o nerozšiřování/vysazení léčby u <i>nekompetentního</i> nemocného
	Velmi často Často Občas Vzácně Nikdy	Vždy Často Občas Zřídka Nikdy
Lékař/i	5 4 3 2 1	Rodině informace nesdělujete 5 4 3 2 1
Sestra/y	5 4 3 2 1	Sdělíte rodině vaše rozhodnutí 5 4 3 2 1
		Diskutujete s ní možnosti 5 4 3 2 1
		Dotazujete se na přání nemocného 5 4 3 2 1
		Respektujete přání rodiny při neshodě názoru 5 4 3 2 1

7. V případě legalizace eutanazie byste byl/a ochoten/ochotna ji poskytnout		Umělá plicní ventilace		☐ ☐
Rozhodně ano Spíše ano Nevím Spíše ne Rozhodně ne		Kardiopulmonální resuscitace		☐ ☐
Eutanazie		Infuzní léčba		☐ ☐
5 4 3 2 1		Oxygenoterapie		☐ ☐
8. Který z postupů orgánové podpory nebo součást péče by v případě odejmutí léčby měl být ponechán		Antibiotika		☐ ☐
ANO NE		Jiné.....		☐ ☐
Vazoaktivní látky		9. K zajištění důstojného umírání nemocných podle Vašeho názoru na Vašem pracovišti brání (zaškrtněte prosím i více možností)		☐ neosobní prostředí ☐ nedostatečnost soukromí ☐ nemožnost přítomnosti rodiny
Analgezie, sedace		☐ nevhodné chování lékařů ☐ nevhodné chování sester ☐ absence vzdělání v dané problematice		
Hemodialýza		10. V případě odejmutí léčby na Vašem pracovišti provádíte zápis do dokumentace		☐ provádíme v plné šíři ☐ neprovádíme vůbec ☐ nezapisujeme konkrétní kroky
Výživa				

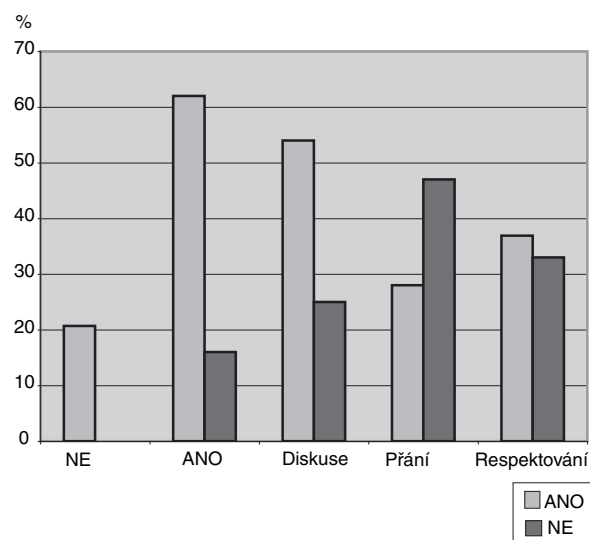
lečně s lékařem (graf 3), většina respondentů se vyjadřuje negativně k účasti sester, rodinných příslušníků, soudního řízení a etické komise. U pacientů nekompetentních považuje 205 respondentů (96 %) za hlavního činitele v rozhodovacích procesech lékaře (graf 4). Ošetřující sestra a rodina by měly být aktivně zahrnuty do rozhodovacích procesů pouze podle 57 (28,9 %), respektive 87 lékařů (43 %). 60 osob (30 %) považuje za rozhodně přínosné využití etických komisí. V klinické praxi se rodina a etická komise podílí na rozhodování mnohem méně (graf 5, graf 11). Četnost podávání informace rodině ukazuje graf 6.

59 lékařů (28 %) se táže rodiny na přání nemocného, 75 lékařů (36,9 %) respektuje v případě neshody názorů přání rodiny (graf 6). Graf 7 znázorňuje rozdíly mezi názory o přijatelnosti postupu eutanazie u nemocných v terminálním stadiu onemocnění a přímým dotazem, zda by byl lékař ochoten – v případě legalizace eutanazie – tuto poskytnout. Při postupu, které se týkají omezení léčby, souhlasí většina lékařů s ponecháním analgosedace a infuzní léčby

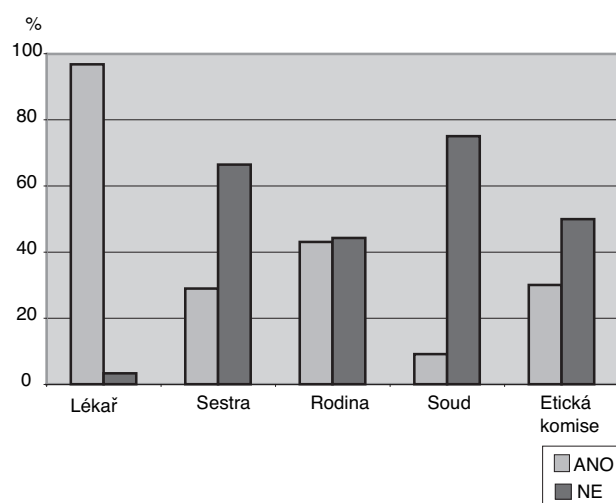
(graf 8), 164 osob (76,6 %) by ponechalo i umělou plicní ventilaci. S ponecháním výživy souhlasí 92 dotázaných (43 %), oxygenoterapii odsouhlasilo 106 (49 %) a antibiotika 31 lékařů (14,4 %). Mezi hlavní faktory, které brání zajištění důstojných podmínek při umírání nemocných na odděleních ARO/JIP, jsou uváděny: nedostatek soukromí a neosobní prostředí v 63 %, respektive 44 %, a nemožnost přítomnosti rodiny u umírajícího nemocného v 19 % odpovědí (graf 9). Zápis do dokumentace o omezení rozsahu léčby je prováděn v plné šíři v 73 %, nicméně jednotlivé kroky nejsou zapisovány ve 24,7 % (graf 10). Respondenti s kratší délkou praxe na intenzivní péči, kteří měli i nižší věkový průměr (27,8 let) nezahrnují sestry do rozhodovacích procesů ve více než 70 %, v 62 % se nikdy nebo jen zřídka ptají na přání nemocného rodiny; u respondentů nad 5 let praxe je absence dotazu na přání rodiny ve 43 %. Rozdíl v názorech mezi věřícími a nevěřícími jsme neshledali v žádné otázce kromě názorů na eutanazii, kdy 60 % věřících považuje eutanazii za nepřijatelnou, za přijatelnou ji považuje 29 %.



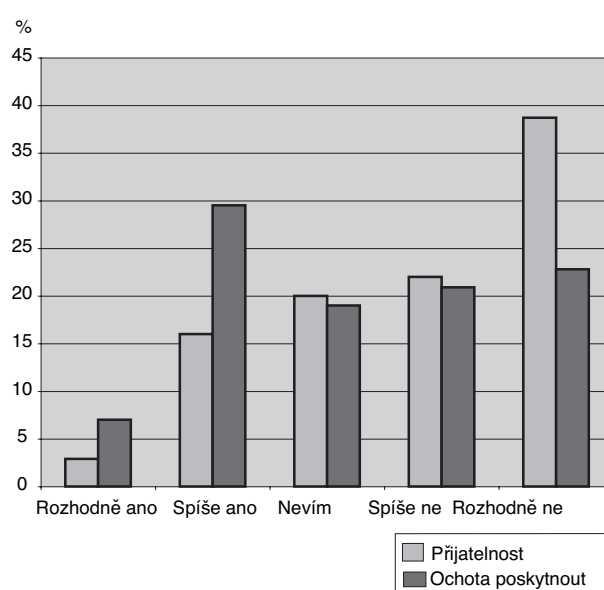
Graf 3. Účast na rozhodování u kompetentního nemocného



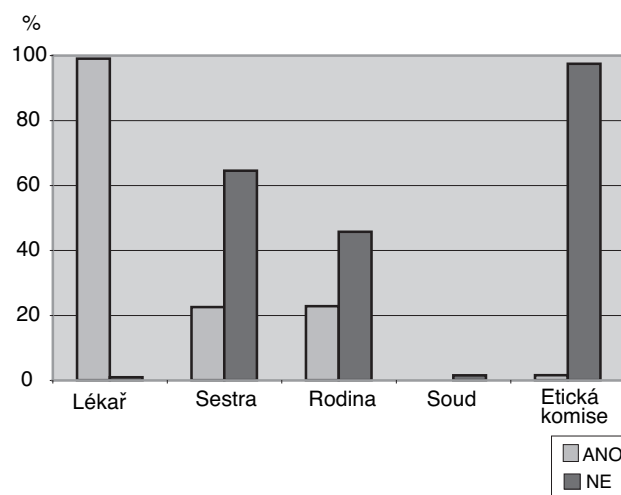
Graf 6. Informace rodině



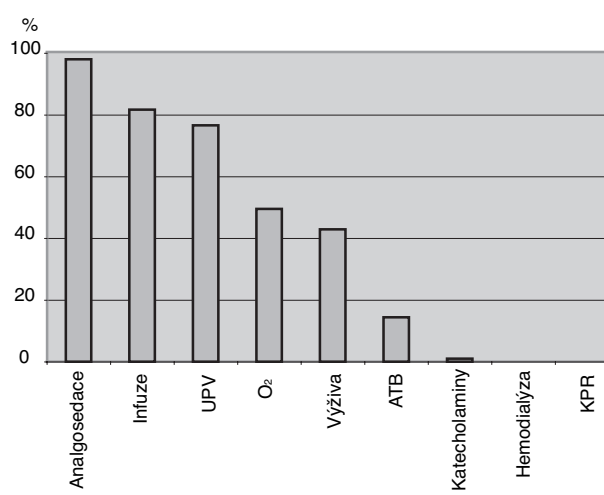
Graf 4. Účast na rozhodování u nekompetentního nemocného



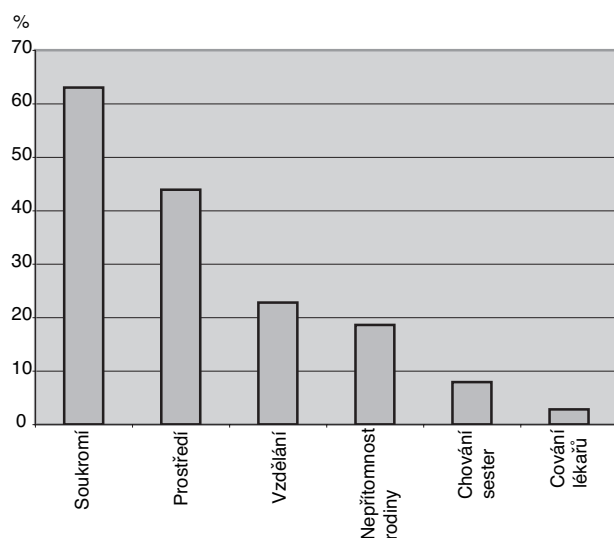
Graf 7. Eutanazie



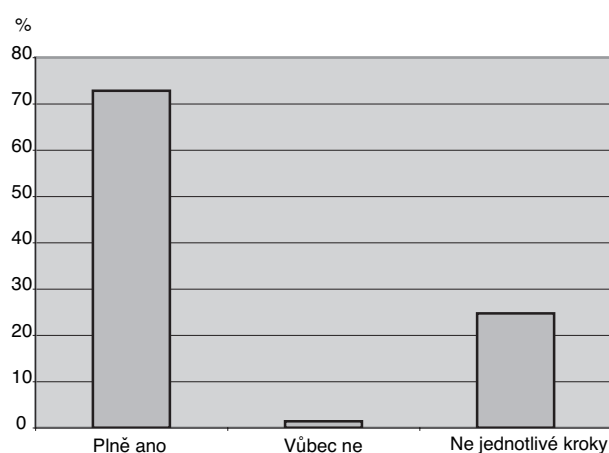
Graf 5. Účast na rozhodování na pracovišti



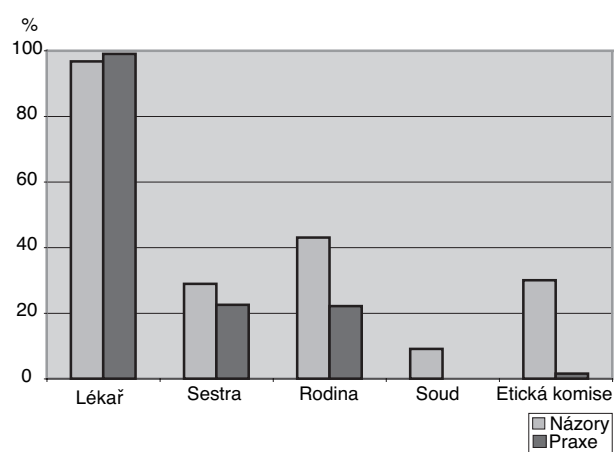
Graf 8. Ponechání postupu



Graf 9. Příčiny bránící důstojnému umírání



Graf 10. Zápis v dokumentaci



Graf 11. Účast na rozhodovacích procesech

Diskuse

Získaná data nelze srovnat s údaji v české odborné literatuře, protože se jedná o první studii, zjišťující názory lékařů v intenzivní péči na otázky omezení léčby u kriticky nemocných. Mortalita na ARO/JIP činí kolem 20 % [2], nicméně v 90 % případů se jedná o nemocné s různým stupněm omezení léčby [3, 4, 5]. Respondenti této studie považují v souladu s některými literárními údaji postup *withholding* (WH) i *withdrawing* (WD) za zcela přijatelný v 90 % [6, 7]. Soudry publikuje rozdílnost názorů na postupy v omezení léčby u nemocných v intenzivní péči mezi praxí v Izraeli a v USA, kde na rozdíl od našich výsledků polovina dotázaných lékařů upřednostňuje WH postup před WD [8]. Ve vlastní praxi se s vysazením léčby v naší studii setkala pouze polovina dotázaných, což odpovídá i stavu klinické praxe na odděleních ARO/JIP vyjádřené jednodenní studií [9]. Takto nízký počet lékařů, kteří se s postupy omezené terapie na ARO/JIP setkali oproti narůstajícím číslům z ostatních evropských zemí či USA, lze vysvětlit s největší pravděpodobností nízkou edukací v této oblasti, nutností změny dosud uznávané filosofie intenzivní medicíny „léčit všechny za všech okolností všemi prostředky“, spolu s obavami nad převzetím zodpovědnosti za takto závažné rozhodnutí, což je vše spojeno s pomalým rozšiřováním těchto postupů do klinické praxe. V USA zemřelo podle studie Prendegasta na odděleních ARO/JIP 78 % nemocných pod ordinací WD, ordinaci WH mělo ordinováno 12 % nemocných a pouze 10 % nepřezivších zemřelo pod plnou terapií [5]. Ze studie Ethicus, která probíhala na 37 JIP v 17 evropských zemích, vyplývá, že 38 % zemřelých nemocných na odděleních ARO/JIP mělo ordinováno postup WH (rozmezí mezi jednotlivými pracovišti bylo 16–70 %), WD postup byl zaznamenán u 33 % zemřelých (rozmezí 5–69 %) [3].

Úvahy o ukončení umělé plicní ventilace nelze oddělit od úvah, na jejichž konci je ukončení ostatních postupů orgánové podpory. Z právního hlediska není rozdíl mezi vysazením např. farmak podporujících oběh, ukončením umělé plicní ventilace či jiného postupu orgánové podpory [10]. Obava ze stížností příbuzných či z toho, že ukončení ventilační podpory může být vnímáno jako postup hraničící s eutanazií, jsou v našich podmínkách zatím asi nejčastějším důvodem nepříliš časté indikace ukončování ventilační podpory i u nemocných, kde jsou ostatní součásti terapie vysazeny a kde není jinak racionální důvod pokračovat v podpoře ventilace [1].

Terminální weaning (TW) považuje za přijatelný polovina dotázaných, v praxi se na něm podílelo pouze 9,2 % lékařů, dalších 14 % lékařů pouze občas. Na přímý dotaz dokonce 76,6 % lékařů upřednostňuje ponechání umělé plicní ventilace.

V otázkách rozhodování o omezení léčby u kompetentního nemocného naprostá většina dotazovaných uvádí jako hlavní osobu vlastního nemocného

a ošetřujícího lékaře, což je ve shodě s literárními údaji [11, 12].

Z výsledků studie vyplývá, že u nekompetentního nemocného je považován za hlavní rozhodující osobu lékař, ošetřující sestra není zahrnuta do rozhodovacích procesů, tato paternalistická praxe je obdobná v dalších evropských zemích. V portugalské studii méně než 15 % respondentů [6] a ve švédské národní studii pouze 20 % lékařů [12] potvrzuje zahrnutí sester do rozhodovacího procesu. Lékaři s delší dobou praxe častěji zahrnují do EOLD sestry [6], což je shodné s výsledky naší studie. Nedostatečná edukace, spolu s určitým podceňováním sestry jako aktivního partnera v rozhodovacích procesech ohledně určení rozsahu poskytované péče jsou zřejmě hlavní důvody tohoto stavu. Naopak práce z Nového Zélandu uvádí vysokou zainteresovanost sester v procesu rozhodování o snížení rozsahu poskytované léčby [13].

Poměrně zajímavým zjištěním byla přijatelnost etických komisí pro přibližně třetinu dotazovaných, ve vlastní praxi však etické komise byly využity minimálně. Institut etických komisí pro tyto účely není v zemích Evropské unie běžnou praxí, jsou využívány pro situace související s eutanazií.

Velká pozornost je zaměřena na jednání s rodinou nemocného, v případě nekompetentního nemocného je podle našeho právního řádu plné rozhodovací právo léčby na ošetřujícím lékaři. Diskuse s rodinami by měla být zaměřena na získání informací o nemocném, o jeho přání ohledně podstupování léčebných výkonů a klinického výsledku. V případě neshody názorů na stav nemocného více než třetina dotazovaných respektuje přání rodiny. V Yapově studii při nesouhlasu rodiny s názorem lékaře omezit léčbu 62 % respondentů-lékařů přistupuje pouze k postupu WH, 9 % lékařů terapii vysazuje [11]. Přenesení zodpovědnosti rozhodování na rodinu a blízké nemocného může být považováno za neetické právě proto, že ukončení léčby vede v těchto případech k jisté smrti a zkrácení života blízké osoby [14], což u příbuzných nemocného může vést k těžkým psychickým stresovým situacím.

V otázce vysazení jednotlivých postupů orgánové podpory byla shoda s ponecháním analgosedace, infuzní terapie a výživy. Překvapivě vysoké procento respondentů ponechává antibiotickou terapii, která může vést k rozvoji mikrobiální rezistence. K hlavním faktorům, které brání zajištění důstojného umírání nemocných na odděleních ARO/JIP, patří především nedostatečnost soukromí a neosobní prostředí, kde lze individuálně významně přispět ke zlepšení situace. Alarmující je nemožnost přítomnosti rodiny u lůžka nemocného, které udává pětina dotazovaných. Rodinám a blízkým by měla být dána vždy možnost zůstat u svého umírajícího blízkého, pokud to bude jeho a jejich přání. V práci Cambelové je popsána účast rodin u nemocných s TW ve 38 %, v ojedinělé studii publikované v naší literatuře to bylo pouze u 4,2 % nemocných s TW [9]. Nevhodné chování sester je

udáváno v 8 % a nevhodné chování lékařů v 6 %. V otázce o ochotě poskytnout eutanazii v případě její legalizace odpověděla kladně více než třetina dotazovaných, odmítání eutanazie projevilo 45 % lékařů oproti 75 % z Chongovy studie [7]. Při subanalýze dat byl zjišťován vliv některých faktorů, jakými jsou délka praxe a víra na názory lékařů. Na rozdíl od jiných prací [14] jsme nezjistili rozdíly v názoru na otázku omezení léčby mimo názory na eutanazii u věřících lékařů – v dotazníku jsme nerozlišovali druh víry. V práci Wengera [14] byla víra jedním z hlavních rozhodujících faktorů, kdy silně věřící Židé, oproti středně věřícím a málo věřícím, vyjádřili významně nižší podporu nerozšiřování léčby (11 % vs 36 % vs 51 %), dokonce podávání analgosedace (69 % vs 80 % vs 85 %) a v souhlasu s našimi výsledky i eutanazii (5 % vs 42 % vs 70 %). Etická komise Společnosti intenzivní medicíny vydala doporučení pro péči o umírající pacienty na ARO/JIP v celé šíři [15].

Závěr

Studie přináší doposud nepublikované údaje o postojích lékařů ARO/JIP v České republice k otázkám omezování rozsahu poskytované péče. Koncept nerozšiřování či vysazení léčby je přijatelný pro většinu respondentů, nicméně vysazení ventilační podpory odmítá přibližně polovina z dotazovaných. Eutanazii podpořila jen malá část respondentů. Analgosedace a infuzní léčba jsou nejčastěji uváděné postupy, které zůstávají ponechány v průběhu odnímání léčby. Nedostatek soukromí a neosobnost prostředí jsou považovány za hlavní překážky důstojného umírání v prostředí ARO/JIP.

Literatura

1. Černý, V., Pařízková, R., Jahodářová, R., Herold, I., Nalos, D. Ukončování ventilační podpory u nemocných v intenzivní péči. *Anest. neodklad. Péče*, 2001, 12, 2, s. 64–68.
2. Harrison, D. A., Brady, A. R., Rowan, K. Case mix, outcome and length of stay for admission to adult, general critical care units in England, Wales and Northern Ireland: the Intensive Care NATIONAL Audit And Research Centre Case Mix Programme Database. *Critical Care*, 2004, 8, p. R 99–111.
3. Sprung, C. L., Cohen, S. L. et al End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*, 2003, 13, 290 (6), p. 790–797.
4. Poulton, B., Ridley, S., Mackenzie-Ross, R., Jizvi, S. Variation in end-of-life decision making between critical care consultants. *Anaesthesia*, 2005, 60, p. 1101–1105.
5. Prendergast, T. J., Luce, J. M. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from critically ill. *AJRCCM*, 1997, 155, p. 15–20.
6. Cardozo, T., Fonseca, T., Pereira, S., Lencastre, L. Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: a national survey of intensive care physicians. *Crit. Care*, 2003, 7, 6, p. 165–175.
7. Chong, A. M., Foc, S. Y. Attitudes toward euthanasia in Hong Kong—a comparison between physicians and the general public. *Death Stud.*, 2005, Jan-Feb, 29, 1, p. 29–54.

8. **Soudry, F., Sprung, C. L., Levin, P. D., Grunfeld, G. B., Finay, S.** Forgoing life-sustaining treatments: comparison of attitudes between Israeli and North American intensive care healthcare professionals. *Isr. Med. Assoc. J.*, 2003, 5, 11, p. 770–774.
9. **Pařízková, R., Černý, V., Dostál, P., Cvachovec, K., Novák, I., Šrámek, V., Nalos, D.** Omezení léčby u nemocných na pracovištích ARO/JIP – jednodenní národní studie. *Anest. intenziv. Med.*, 2006, 17, 5, s. 261–265.
10. **Černý, V., Pařízková, R., Nalos, D., Jahodářová, R.** Etické a právní aspekty „kategorizace nemocných“ v intenzivní péči. *Anest. neodklad. Péče*, 2000, 11, Supplementum 1, s. 37–39.
11. **Yap, H. Y.** Ethical attitudes of intensive care physicians in Hong Kong: questionnaire survey. *Hong Kong Med. J.*, 2004, 10, 4, p. 244–250.
12. **Sjokvist, P., Nilstun, T., Svantesson, M., Berggren, L.** Withdrawal of life support – who should decide? Differences in attitudes among the general public, nurses and physicians. *Intensive Care Med.*, 1999, 25, p. 949–954.
13. **Ho, K. M., Liang, J.** Withholding and withdrawal of therapy in New Zealand intensive care units (ICUs): a survey of clinical directors. *Anaesth. Intensive Care*, 2004, 32, 6, p. 781–786.
14. **Wenger, N. S., Carmel, S.** Physicians' religiosity and end-of-life care attitudes and behaviors. *Mt. Sinai J. Med.*, 2004, 71, 5, p. 335–343.
15. **Truog, R. D., Cist, A. F. M. et al:** *Recommendation for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine*, 2001, 29, p. 2332–2348.

Došlo 4. 6. 2006.
Přijato 31. 8. 2006.

Adresa pro korespondenci:
MUDr. Renata Pařízková
KARIM FN Hradec Králové
Sokolská 581
505 05 Hradec Králové
parizren@fnhk.cz

RECENZE

Litz, R. J., Popp, M., Stehr, S. N., Koch, T.: **Successful resuscitation of a patient with ropivacaine-induced asystole after axillary plexus block using lipid infusion** (Úspěšná resuscitace infuzí Intralipidu u pacienta při zástavě oběhu způsobené ropivakainem během axilární blokady) *Anaesthesia*, 2006, 61, No. 8, s. 800–801

Autoři popisují úspěšnou terapii toxické reakce při předávkování lokálními anestetiky (LA) pomocí tukové emulze (Intralipidu). U 84leté, 50 kg vážící pacientky bylo při axilární blokádě podáno omylem místo 0,5% ropivakainu celkem 40 ml 1% ropivakainu. Za 15 minut od aplikace LA s opakovanými negativními aspiracemi si pacientka začala stěžovat na závratě a nevolnost, vzápětí dostala tonicko-klonické křeče, které byly léčeny ventilací 100% kyslíkem a 150 mg thiopentalu. Pak následovala po krátké epizodě komorových extrasystol bradykardie a následně asystolie. Byla zahájena kardiopulmonální resuscitace (KPR), během ní byly podány celkem 3 mg adrenalinu, ale bez efektu. Protože lékaři předpokládali toxicitou reakci na LA, začali po 10 minutách neúspěšně KPR podávat 20% Intralipid, a to jako 100 ml bolus

následovaný infuzí cca 10 ml . min⁻¹. Po celkové dávce 200 ml (4 ml . kg⁻¹) se obnovila spontánní akce jako tachyarytmie se širokými komplexy a systolický krevní tlak byl 100 mm Hg. Zevní masáž srdeční byla ukončena a pacientku převezli na JIP. Pacientka byla extubována za 3 hodiny a bez následků propuštěna za 4 dny od příhody. Ani EKG, ani laboratorní výsledky neprokázaly známky embolie nebo infarktu myokardu. Na závěr autoři uvádějí citaci doporučení terapie toxické reakce i s možností použití tukových emulzí (Weinberg G. Reply to Drs. Goor, Groban, and Butterworth – lipid rescue: caveats and recommendations for the 'silver bullet'. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2004; 29:74–5).

Jiří Málek