نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره هشتم، بهار ۱۴۰۳، شماره اول، صفحات

نامه به سردبیر

مراقبت تسکینی در بیماران در حال مرگ و لوله‌گذاری‌شده مبتلا به سرطان

مامک طهماسبی*[1]، عادله رضاقلی‌زاده شیروان[2]

۱. *نویسنده مسئول: دانشیار، متخصص زنان، فلوشیپ طب تسکینی، مرکز تحقیقات انستیتو کانسر، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، mamaktahma@yahoo.com

۲. استادیار، متخصص داخلی، فلوشیپ طب تسکینی، انستیتو کانسر، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۰/۰۹ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۲/۱۶

مقدمه

مراقبت تسکینی، مراقبتی با محوریت بیمار و بستگان بیمار است که با هدف بهبود کیفیت زندگی از طریق پیشگیری و درمان درد و سایر آلام جسمی، روانی- اجتماعی و معنوی انجام می‌گیرد. خدمات مراقبت تسکینی طیف وسیعی از بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته و یا پیشرونده را شامل می‌شود. در بیماران محتضر، هدف از مراقبت تسکینی علاوه بر کنترل رنج و درد، اطمینان از عدم تجویز مداخلات تشخیصی و درمانی بیهوده مانند دیالیز، تغذیه وریدی و یا آنتی‌بیوتیک وریدی است. در بیماران محتضر برقراری ارتباطی همدلانه با بیمار و همراهان برای تعیین اهداف درمانی و برای اطمینان از مرگی با کرامت اهمیت دارد (۱).

در انستیتو کانسر، مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران که به عنوان قطب سرطان ایران شناخته شده است، سرویس طب تسکینی فعالانه در کنار سایر گروه‌های ارائه‌دهنده خدمت به بیماران مبتلا به سرطان همکاری می‌کند. یکی از شایع‌ترین علل مشاوره با سرویس طب تسکینی، کنترل علائم در بیماران محتضر و مبتلا به سرطان است. در اورژانس و یا بخش‌های غیرمرتبط دیگر همچنین مشاوره برای بیمارانی داده می‌شود که به دنبال سرطان در مراحل پایانی حیات هستند و لوله‌گذاری شده‌اند. درخواستی که تقریباً در کلیه این مشاوره‌ها از تیم مراقبت تسکینی می‌شود «انتقال به سرویس» است. درخواست انتقال به سرویس به این معنی است که پزشک مسئول می‌داند که پیش آگهی بیمار بد است و نمی‌داند برای بیمار محتضر لوله‌گذاری چه کاری می‌توان انجام داد.

چرا بیماران در حال مرگ و مبتلا به سرطان لوله‌گذاری می‌شوند؟

اغلب شاهد هستیم که بیماران مبتلا به سرطان و در حال مرگ که به اورژانس آورده شده و یا در بخش‌های مختلف بیمارستانی بستری می‌شوند، به علل متفاوتی تحت لوله‌گذاری (اینتوباسیون) قرار می‌گیرند. برخی از این علل شامل موارد زیر می‌باشد:

- حوادث حاد و بحرانی- مواردی مانند سپسیس، نارسایی تنفسی، انسداد مجاری تنفسی که به شکل ناگهانی ایجاد و برای حفظ حیات و تصمیم‌گیری‌های آتی نیازمند اقدامی فوری مانند اینتوباسیون هستند(۲).
- عوامل فرهنگی و فشار بستگان- بعضی از بستگان نزدیک بیماران که حاضر به پذیرش شرایط احتضار عزیزشان نیستند، ممکن است پزشکان و سیستم درمانی را با وجود توصیه‌های لازم، مجبور به انجام اقداماتی تهاجمی مانند اینتوباسیون کنند.
- ضعف مهارت‌های ارتباطی- گاهی بیماران و بستگان آنها متوجه مفهوم پیش‌آگهی بد نیستند، یا انتخابی مانند هاسپیس (متأسفانه در ایران از آن محروم هستیم) به آن‌ها پیشنهاد نشده است. همچنین پزشکان ممکن است به اهمیت اهداف، ارزش‌ها و اولویت‌های بیمار برای مراقبت آگاه نباشد(۳).
- فرایندهای بالینی- پس از بستری بیمار محتضر در بیمارستان زنجیره‌ای از اتفاقات یا درمان‌های تهاجمی شکل می‌گیرد که مانند اینتوباسیون اغلب نامناسب و غیرضروری است(۴).
- انتظارات غیرواقعی- در سریال‌ها و فیلم‌هایی که در تلویزیون نمایش داده می‌شوند، عملیات احیا اغلب موفقیت‌آمیز می‌باشد و همین موضوع امیدی غیرواقعی و احساس نیاز کاذب برای انتوباسیون حتی برای بیمار محتضر ایجاد می‌کند(۵). در ایران شفاف نبودن قوانین در ارتباط با شروع یا عدم شروع اقدامات درمانی طولانی‌کننده عمر در بیماران محتضر برای تیم درمانی چالش مهمی است. ضروری است که افراد صاحب‌نظر از گروه‌های مختلف حقوقی، اخلاقی و پزشکی در تدوین راهکاری مبتنی بر اهداف درمانی بیمار اقدام کنند.

در اکثر موارد، لوله‌گذاری بیماران محتضر و مبتلا به سرطان مداخله‌ای بیهوده است مگر زمانی که پزشک پیش‌بینی کند عاملی که موجب وخامت حال بیمار شده برگشت‌پذیر است (مانند انسداد روده ناشی از بدخیمی و سپسیس)(۶). طولانی کردن فرایند مرگ به دنبال اینتوباسیون بدون چشم‌انداز برگشت به شرایطی پایدار، با مفهوم کیفیت زندگی در تعارض خواهد بود. به دنبال اینتوباسیون، احتمال بستری در ICU افزایش و بستگان شانس بودن با عزیزانشان را در ساعات و روزهای پایانی از دست خواهند داد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-12]

[DOI: 10.22034/8.1.14]

دلایل رنج بیماران لوله‌گذاری‌شده

تصویر غالبی که از بیمار لوله‌گذاری‌شده (اینتوبه) در ذهن داریم بیمار ناهوشیاری است که با دستگاه و تجهیزات پیشرفته احاطه شده است و به نظر نمی‌رسد در رنج و عذاب باشد. مطالعات نشان داده‌اند که این تصور درست نبوده و علل مختلفی برای رنج بیماران لوله‌گذاری وجود دارد.

- ناراحتی ناشی از لوله تراشه ـ داشتن یک لوله پلاستیکی در گلو و راه هوایی می‌تواند باعث درد، احساس گرفتگی و تحریک مداوم شود. همه این موارد ممکن است درد یا ناراحتی ناشی از بیماری زمینه‌ای را تشدید کند(۷).
- ساکشن راه هوایی ـ ساکشن مکرر از طریق لوله تراشه ضروری است اما ناخوشایند و تحریک‌کننده و گاهی بسیاردردناک است(۸).
- ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر - بیماران لوله‌گذاری شده نمی‌توانند به‌طور عادی صحبت کرده یا ارتباط برقرار کنند و ممکن است به دلیل فقدان ارتباط، احساس ناامیدی یا ترس نمایند. از سویی دیگر چون اغلب در ICU بستری هستند حس نادیده گرفته شدن از سوی بستگان آزاردهنده خواهد بود.
- اضطراب و هذیان - بسیاری از بیماران بدحال دچار گیجی، توهم، هذیان یا حملات پانیک می‌شوند. لوله‌گذاری شدن توانایی آنها برای جا به جا شدن و آرام کردن خود را مختل می‌کند(۹).
- محدودیت حرکت - ناتوانی در حرکت آزاد و محدودیت‌های فیزیکی (مانند بستن دستان بیماران به تخت) دیگر که برای جلوگیری از خروج لوله استفاده می‌شود نیز می‌تواند بی‌قراری و رنج عاطفی را افزایش دهد.
- عوارض جانبی داروها و تداخلات دارویی ـ آرام‌بخش‌ها، داروهای ضددرد و درمان‌های مورد استفاده در بخش مراقبت‌های ویژه ممکن است علائم آزاردهنده‌ای ایجاد کنند(۱۰). بازنگری روزانه دستورات دارویی با توجه به اهداف درمانی این بیماران ضرورت دارد. آنچه در دستورات و مداخلات درمانی بیمار اولویت دارد، کنترل علائم آزاردهنده است.

چرا باید برای بیماران لوله‌گذاری‌شده، مشاوره مراقبت تسکینی درخواست شود؟

شاید در ابتدا عجیب به نظر برسد که چرا برای بیمارانی که به نظر می‌رسد سطح هوشیاری پایینی دارند، باید مشاوره مراقبت تسکینی درخواست شود. همانطور که در بالا اشاره شد، تیم مراقبت تسکینی در موارد متعددی می‌تواند به بیماران لوله‌گذاری و بستگان آنها کمک کند.

متخصصان مراقبت تسکینی در ارزیابی و کنترل علائم پیچیده مانند درد، تنگی نفس، اضطراب، و ترشحات اضافی که بخصوص در بیماران محتضر شایع است، مهارت دارند. این متخصصان می‌توانند داروهای مناسب را براساس رویکردی جامع نگر برای این گروه از بیماران تجویز کنند. تیم مراقبت تسکینی در برقراری ارتباط آموزش دیده‌اند که برای تعیین اهداف درمانی براساس پیش‌آگهی، انتخاب‌های درمانی مبتنی بر آرزوها و ترجیحات بیمار ضروری است(۱۱). همچنین تیم مراقبت تسکینی می‌توانند برای قطع درمان‌های نگهدارنده حیات با تکیه بر آرامش بیمار در روزهای پایانی کمک‌کننده باشند(۷).

حمایت عاطفی و معنوی، مشاوره برای شرایط خاص دوران احتضار مانند اندوه، ترس، عزاداری پیش از مرگ برای بیمار و بستگان او از خدمات متخصصان مراقبت تسکینی است(۱۲). تیم مراقبت تسکینی نقش حمایتی مهمی برای بستگانی دارد که شاهد دوران احتضار یکی از عزیزانشان هستند و قادر است در تصمیم‌گیری‌های درمانی و تاب‌آوری به دنبال فقدان آن‌ها را یاری کند.

سخن پایانی

طب تسکینی از سال ۱۳۸۸ به عنوان یک رشته فوق‌تخصصی در ایران پذیرفته شده است و با وجودی که بیش از یک دهه از عمر آن می‌گذرد به دلایل مختلف حتی برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت همچنان ناشناخته می‌باشد. حمایت لازم از سوی سیاست‌گذاران بهداشت و درمان کشور برای ادغام مراقبت تسکینی در نظام خدمات بهداشتی پایه و ورود برنامه آموزشی آن در برنامه آموزشی دانشجویان پزشکی و پرستاری ضروری است. مطالعات نشان داده‌اند که ارائه مراقبت‌های تسکینی به موقع قادر است از مداخلات تشخیصی و درمانی تهاجمی بیهوده جلوگیری، احتمال بستری‌های طولانی‌مدت در بخش‌های بیمارستانی و ICU را کاهش و هزینه‌های تحمیل شده به بیمار و نظام سلامت را به میزان قابل‌توجهی کم کند(۱۳).

منابع

1. Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. BMC anesthesiology 2018; 18(1): 1-6.
2. Smith AK, Fisher J, Schonberg MA, Pallin DJ, Block SD, Forrow L, et al. Am I doing the right thing? Provider perspectives on improving palliative care in the emergency department. Annals of Emergency Medicine 2009; 54(1): 86-93.
3. Eliott JA, Olver IN. Dying cancer patients talk about euthanasia. Social Science & Medicine 2008; 67(4): 647-56.
4. Neville TH, Wiley JF, Yamamoto MC, Flitcraft M, Anderson B, Curtis JR, et al. Concordance of nurses and physicians on whether critical care patients are receiving futile treatment. American Journal of Critical Care 2015; 24(5): 403-10.
5. Hetzler III PT, Dugdale LS. How do medicalization and rescue fantasy prevent healthy dying? AMA Journal of Ethics 2018; 20(8): 766-73.
6. Youngner SJ. Do-not-resuscitate orders: no longer secret. but still a problem. Death, Dying and the Ending of Life, Volumes I and II: Routledge; 2019. p. 163-72.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-12]

[DOI: 10.22034/8.1.14]

7. Campbell ML, Carlson RW. Terminal weaning from mechanical ventilation: ethical and practical considerations for patient management. American Journal of Critical Care: an Official Publication, American Association of Critical-care Nurses 1992; 1(3): 52-6.
8. Dale CM, Carbone S, Gonzalez AL, Nguyen K, Moore J, Rose L. Recall of pain and discomfort during oral procedures experienced by intubated critically ill patients in the intensive care unit: A qualitative elicitation study .Canadian Journal of Pain 2020; 4(3): 19-28.
9. Engström Å, Nyström N, Sundelin G, Rattray J. People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative study. Intensive and critical care nursing 2013; 29(2): 88-95.
10. Uijtendaal EV, van Harssel LL, Hugenholtz GW, Kuck EM, Zwart-van Rijkom JE, Cremer OL, et al. Analysis of potential drug-drug interactions in medical intensive care unit patients. Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy 2014; 34(3): 213-9.
11. Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. Critical care medicine 2014; 42(11): 2418.
12. Abudari G, Hazeim H, Ginete G. Caring for terminally ill Muslim patients: Lived experiences of non-Muslim nurses. Palliative & supportive care 2016; 14(6): 599-611.
13. Darrudi A, Poopak AH, Darroudi R, Sargazi N, Zendehdel K, Motlagh AG, et al. Costs of Cancer Care in the Last Five Days of Life in a Low-Resource Setting. Research Square; 2023.
14.

Letter to Editor

Palliative Care in Intubated End-of-Life Cancer Patients

Mamak Tahmasebi[*1], Adeleh Rezagholizadeh Shirvan[2]

1. ***Corresponding Author**: Associate Professor, OB/GYN Specialist, Palliative Medicine Fellowship, Cancer Research Centre, Cancer Institute, Imam Khomeini Hospital Complex, Tehran University of Medical Sciences, mamaktahma@yahoo.com
2. Associate Professor, Internal Medicine Specialist, Palliative Medicine Fellowship, Cancer Institute, Imam Khomeini Hospital Complex, Tehran University of Medical Sciences

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-12]

[DOI: 10.22034/8.1.14]