

نامه به سردبیر

مراقبت تسکینی در بیماران در حال مرگ و لوله گذاری شده مبتلا به سرطان

مامک طهماسبی^{۱*}، عادلہ رضاقلی زاده شیروان^۲

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

۲. استادیار، متخصص داخلی، فلوشیپ طب تسکینی، انسیتو 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 می گیرد. خدمات مراقبت تسکینی طیف وسیعی از بیماران مبتلا به بیماری های پیشرفته و یا پیشرونده را شامل می شود. 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 آنتی بیوتیک 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 انسیتو کانسر، مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران که به عنوان قطب سرطان ایران شناخته شده است، سرویس طب تسکینی فعالانه در کنار سایر گروه های ارائه دهنده خدمت به بیماران مبتلا به سرطان همکاری می کند. یکی از شایع ترین علل مشاوره با سرویس طب تسکینی، کنترل علائم در بیماران محتضر و مبتلا به سرطان است. در اورژانس و یا بخش های غیر مرتبط دیگر همچنین مشاوره برای بیمارانی داده می شود که به دنبال سرطان در مراحل پایانی حیات هستند و لوله گذاری شده اند. درخواستی که تقریباً در کلیه این مشاوره ها از تیم مراقبت تسکینی می شود «انتقال به سرویس» است. درخواست انتقال به سرویس به این معنی است که پزشک مسئول می داند که پیش آگهی بیمار بد است و نمی داند برای بیمار محتضر لوله گذاری چه کاری می توان انجام داد.

چرا بیماران در حال مرگ و مبتلا به سرطان لوله گذاری می شوند؟

اغلب شاهد هستیم که بیماران مبتلا به سرطان و در حال مرگ که به اورژانس آورده شده و یا در بخش های مختلف بیمارستانی بستری می شوند، به علل متفاوتی تحت لوله گذاری (اینْتوباسیون) قرار می گیرند. برخی از این علل شامل موارد زیر می باشد:

- حوادث حاد و بحرانی - مواردی مانند سپسیس، نارسایی تنفسی، انسداد

مجاری تنفسی که به شکل ناگهانی ایجاد و برای حفظ حیات و

تصمیم گیری های آتی نیازمند اقدامی فوری مانند اینْتوباسیون 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 توصیه های لازم، مجبور به انجام اقداماتی تهاجمی مانند اینْتوباسیون کنند.

ضعف مهارت های ارتباطی - گاهی بیماران و بستگان آنها متوجه مفهوم پیش آگهی بد نیستند، یا انتخابی مانند هاسپیس (متأسفانه در ایران از آن محروم هستیم) به آن ها پیشنهاد نشده است. همچنین پزشکان ممکن است به اهمیت اهداف، ارزش ها و اولویت های بیمار برای مراقبت آگاه نباشد (۳).

فرایندهای بالینی - پس از بستری بیمار محتضر در بیمارستان زنجیره ای از اتفاقات یا درمان های تهاجمی شکل می گیرد که مانند اینْتوباسیون اغلب نامناسب و غیر ضروری است (۴).

انتظارات غیرواقعی - در سریال ها و فیلم هایی که در تلویزیون نمایش داده می شوند، عملیات احیا اغلب موفقیت آمیز می باشد و همین موضوع امیدی غیرواقعی و احساس نیاز کاذب برای اینْتوباسیون حتی برای بیمار محتضر ایجاد می کند (۵). در ایران شفاف نبودن قوانین در ارتباط با شروع یا عدم شروع اقدامات درمانی طولانی کننده عمر در بیماران محتضر برای تیم درمانی چالش مهمی است. ضروری است که افراد صاحب نظر از گروه های مختلف حقوقی، اخلاقی و پزشکی در تدوین راهکاری مبتنی بر اهداف درمانی بیمار اقدام کنند.

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

دلایل رنج بیماران لوله گذاری شده

تصویر غالبی که از بیمار لوله گذاری شده (این توبه) در ذهن داریم بیمار ناهوشیاری است که با دستگاه و تجهیزات پیشرفته احاطه شده است و به نظر نمی رسد در رنج و عذاب باشد. مطالعات نشان داده اند که این تصور درست نبوده و علل مختلفی برای رنج بیماران لوله گذاری وجود دارد.

- ناراحتی ناشی از لوله تراشه - داشتن یک لوله پلاستیکی در گلو و راه هوایی می تواند باعث درد، احساس گرفتگی و تحریک مداوم شود. همه این موارد ممکن است درد یا ناراحتی ناشی از بیماری زمینه ای را تشدید کند (۷).
- ساکشن راه هوایی - ساکشن مکرر از طریق لوله تراشه ضروری است اما ناخوشایند و تحریک کننده و گاهی بسیار دردناک است (۸).
- ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر - بیماران لوله گذاری شده نمی توانند به طور 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 می شوند. لوله گذاری شدن توانایی آنها برای جا به جا شدن و آرام کردن خود را مختل می کند (۹).
- محدودیت حرکت - ناتوانی در حرکت آزاد و محدودیت های فیزیکی (مانند بستن دستان بیماران به تخت) دیگر که برای جلوگیری از خروج لوله استفاده می شود نیز می تواند بی قراری و رنج عاطفی را افزایش دهد.
- عوارض جانبی داروها و تداخلات دارویی - آرام بخش ها، داروهای ضددرد و درمان های مورد استفاده در بخش مراقبت های ویژه ممکن است علائم آزاردهنده ای 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 لوله گذاری شده، مشاوره مراقبت تسکینی درخواست شود؟

شاید در ابتدا عجیب به نظر برسد که چرا برای بیمارانی که به نظر

منابع

می رسد سطح هوشیاری پایینی دارند، باید مشاوره مراقبت تسکینی درخواست شود. همانطور که در بالا اشاره شد، تیم مراقبت تسکینی در موارد متعددی می تواند به بیماران لوله گذاری 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 محتر شایع است، مهارت دارند. این متخصصان می توانند داروهای مناسب را براساس رویکردی جامع نگر برای این گروه از بیماران تجویز کنند. تیم مراقبت تسکینی در برقراری ارتباط آموزش دیده اند که برای تعیین اهداف درمانی براساس پیش آگهی، انتخاب های درمانی مبتنی بر آرزوها و ترجیحات بیمار ضروری است (۱۱). همچنین تیم مراقبت تسکینی می توانند برای قطع درمان های نگهدارنده حیات با تکیه بر آرامش بیمار در روزهای پایانی کمک کننده 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 تصمیم گیری های درمانی و تاب آوری به دنبال فقدان آنها را یاری کند.

سخن پایانی

طب تسکینی از سال ۱۳۸۸ به عنوان یک رشته فوق تخصصی در ایران پذیرفته شده است و با وجودی که بیش از یک دهه از عمر آن می گذرد به دلایل مختلف حتی برای ارائه دهندگان خدمات سلامت همچنان ناشناخته می باشد. حمایت لازم از سوی سیاست گذاران 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 داده اند که ارائه مراقبت های تسکینی به موقع قادر است از مداخلات تشخیصی و درمانی تهاجمی بیهوده جلوگیری، احتمال بستری های طولانی مدت در بخش های بیمارستانی و ICU را کاهش و هزینه های تحمیل شده به بیمار و نظام سلامت را به میزان قابل توجهی کم کند (۱۳).

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, Frow 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. Elliott 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.

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, Zendeheel 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 Shirvan²

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