

## Wspomagane medycznie żywienie i nawadnianie w ostatnich dniach życia – należna opieka podstawowa czy raczej forma terapii?

*Medically assisted nutrition and hydration in the last days of life – basic care or rather a form of therapy?*

Tomasz Grądalski

Katedra Medycyny Paliatywnej, Krakowska Akademia im. A. Frycza-Modrzewskiego, Kraków, Polska

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Tomasz Grądalski, prof. KAAFM, Katedra Medycyny Paliatywnej, Krakowska Akademia im. A. Frycza-Modrzewskiego, Kraków, Polska, e-mail: tomgr@mp.pl

Szanowna Pani Redaktor,  
w stanowisku Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich (TIP) ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych dotyczącym dorosłych chorych nieubezpieczeniowych, nie będących w stanie podejmować świadomych decyzji co do leczenia autorzy sugerują, że żywienie i nawadnianie przez zgłębnik dożołądkowy, o ile choremu nie szkodzi, nie wchodzi w zakres terapii, gdyż są interwencjami z zakresu opieki podstawowej, a tym samym nie można im przypisać cech daremności terapeutycznej [1]. Podejście takie może zostać niewłaściwie zinterpretowane przez klinicystów oraz opiekunów chorych i niejako wskazywać na potrzebę każdorazowego wdrażania lub kontynuacji wspomaganego medycznie żywienia jako elementu należytej opieki, także w sytuacji nadchodzącej nieuchronnie śmierci.

Publikacje naukowe w kwestii żywienia i nawadniania pacjentów w ich ostatnich dniach życia nie podzielają takiego dogmatu. Polskie Towarzystwo Żywienia Dojelitowego, Pozajelitowego i Metabolizmu w swych standardach stosuje określenie „leczenie żywieniowe”, które stanowi nieodłączny element terapii. Leczenie to powinno być dostosowane do aktualnego stanu metabolicznego i klinicznego pacjenta [2]. U pacjentów blisko kresu życia leczenie żywieniowe jest ważnym elementem terapii, musi być ono rozpatrywane ze szczególną ostrożnością pod kątem potencjalnych, możliwych do osiągnięcia korzyści, ale także zagrożeń, a jakość i komfort życia powinny mieć przy tym wartość nadrzędną. O ile kontynuacja prowadzonego z powodzeniem leczenia żywieniowego dojelitowego (zgłębnikami dożołądkowymi lub dojelitowymi, czy drogą gastro- lub jejunostomii) przy akceptowanym poziomie dyskomfortu związanego z obecnością dostępow ży-

wieniowych może być zasadne, o tyle rozpoczęcie leczenia żywieniowego w ostatnich tygodniach życia jest spóźnione i skazane na niepowodzenie. Większość osób u kresu życia wymaga jedynie minimalnej ilości pożywienia i płynów do zaspokojenia uczucia głodu i pragnienia [2].

W rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej (PTMP) dotyczących żywienia pacjentów onkologicznych stosuje się określenie „leczenie żywieniowe”, które w okresie umiarkowania (preagonii i agonii) należy ograniczyć, a nawet wycofać, jeśli przynosiłyby pacjentowi dodatkowy dyskomfort lub cierpienie [3]. Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej w zaleceniach dotyczących chorych z zaawansowanym otępieniem wymienia żywienie dojelitowe i nawadnianie parenteralne w grupie terapii potencjalnie agresywnych, daremnych czy nadmiernie obciążających [4].

W podobnym duchu wypowiadają się eksperci European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) oraz Multinational Association of Supportive Care in Cancer, akcentując konieczność zastosowania procedur medycznych wspomagających odżywianie pacjenta, podlegających tym samym zasadom, którym podlega każda terapia [5, 6]. Eksperti ESPEN w wytycznych dotyczących pacjentów w podeszłym wieku w końcowej fazie choroby rekomendują w miejsce leczenia żywieniowego dojelitowego podawanie pożywienia doustnie (w ilości i rodzaju posiłków preferowanych przez pacjenta), co ma na celu utrzymanie optymalnego komfortu. Co więcej, autorzy opracowania zgodnie wyrazili opinię, że żywienie dojelitowe i pozajelitowe jest formą leczenia i wymaga analizy wskazań, spodziewanych korzyści i możliwych zagrożeń. Te formy leczenia nie powinny być rutynowo inicjowane w okresie ostatnich dni życia chorego, chociaż istotny wpływ na podejmo-

wanie decyzji mogą mieć uwarunkowania społeczne, kulturowe czy religijne [7].

Dla chorych i ich rodzin, w zależności od wpływów kulturowych czy religijnych, zapewnienie odżywiania może mieć ważny aspekt symboliczny. Według Kościoła katolickiego jednak *w bliskości śmierci, nieuniknionej mimo użytych środków, wolno w sumieniu podjąć decyzję o zaprzestaniu zabiegów, które mogłyby przynieść jedynie tymczasowe i uciążliwe przedłużenie życia*, zwłaszcza za cenę dodatkowego cierpienia [8]. W innych religiach takie podejście nie musi być regułą [9, 10].

Rozpoczęcie leczenia żywieniowego powinno być poprzedzone przyjęciem planu żywieniowego, który wskaże osiągalne i mierzalne cele terapeutyczne (krótko- i długoterminowe), zgodne z oczekiwaniami pacjenta, określi dawkowanie preparatów żywieniowych, drogę ich podawania, jak również założony czas terapii [11]. Cele żywienia i nawadniania powinny być dostosowane do istniejących perspektyw chorowania: w dłuższej prognozie zmniejszenie niedożywienia, w ostatnich dniach życia łagodzenie objawów, a nie wyrównywanie niedoborów pokarmowych i płynowych [3, 11]. Proces umierania wiąże się bowiem z rozwojem nieodwracalnej niewydolności wielonarządowej i zmniejszonym zapotrzebowaniem na pokarm i płyny. U chorego pojawia się naturalna utrata apetytu i pragnienia, dysfagia i odwodnienie. W tej sytuacji intensywne żywienie może sprawiać dodatkowe dolegliwości, nie przynosząc istotnych korzyści [3]. Warto także podkreślić, że chorzy akceptujący pewne niedogodności i działania niepożądane związane ze sztucznym żywieniem powinni mieć możliwość jego kontynuacji, o ile nie pojawią się bezwzględne przeciwwskazania [3].

Przed wdrożeniem leczenia żywieniowego zgłębnikiem konieczne jest uzyskanie świadomej zgody pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego lub sądu), który powinien zrozumieć podstawowe informacje o planowanym leczeniu i współpracować w jego zakresie [3]. Jednocześnie wskazują na to także Standardy żywienia dojelitowego pacjentów w warunkach domowych rekomendowane między innymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego [12]. Włączenie lub kontynuacja leczenia żywieniowego zgłębnikiem warunkowane są obecnością spodziewanych korzyści dla pacjenta z uwzględnieniem jego prognozy życia. Eksperti PTMP zwracają uwagę, że u pacjentów z zaawansowaną, nieodwracalną kacheksją nowotworową, z oceną ogólnej wydolności w skali Karnofsky'ego poniżej 50 punktów agresywne leczenie żywieniowe dojelitowe nie przynosi korzyści (nie wydłuża czasu życia ani nie poprawia jego jakości), a może być przyczyną powikłań [3]. Niedawna metaanaliza Cochrane dotycząca chorych z zaawansowanym otępieniem nie wykazała korzyści z takiego żywie-

nia pod względem przedłużenia życia, zmniejszenia ryzyka powstania odleżyn czy poprawy jakości życia [13]. Wśród negatywnych konsekwencji żywienia zgłębnikiem dożołądkowym (poza tymi związanymi z dostępem instrumentalnym) wymienia się zachyłkowe zapalenia płuc i biegunki (niezależnie, czy pokarm podawany był w bolusach, czy w ciągłym wlewie [14]) oraz zespół ponownego odżywienia przy rozpoczynaniu leczenia [12].

Podsumowując, przytoczone powyżej stanowiska ekspertów wskazują na potrzebę indywidualnego dla każdej sytuacji klinicznej określenia celu terapeutycznego wspomagane medycznie żywienia i nawadniania jako formy terapii, analizy pod kątem możliwych do osiągnięcia korzyści dla pacjenta jako osoby, ale także zagrożeń, mając na uwadze jednocześnie oczekiwania chorego (także te wyrażone w oświadczeniu *pro futuro*). Podobnie jak w przypadku innych rodzajów leczenia, w momencie podjęcia decyzji o wdrożeniu sztucznego żywienia lub nawadniania należy wybrać optymalną drogę podania produktu żywieniowego, rodzaj preparatu i dawkowanie oraz zagwarantować systematyczne monitorowanie efektów wybranego postępowania. Leczenie żywieniowe zgłębnikiem dożołądkowym nie powinno być rutynowym sposobem postępowania w ostatnich dniach kończącego się życia. Alternatywą może być wtedy częste doustne nawadnianie niewielkimi porcjami (1–2 ml strzykawką) dla zapewnienia odpowiedniego nawilżenia jamy ustnej oraz rozważenie dodatkowego nawadniania drogą podskórną (igłą typu „motylek”). Podobne sugestie znajdują się również w stanowisku Grupy Roboczej TIP [1]. Aktualne badania dotyczące suplementacji płynowej w ostatnich dniach życia wskazują, że dodatkowe nawodnienie niewielką ilością płynu (poniżej 0,5 l w ciągu doby) pacjentów ze znacznie ograniczonymi możliwościami nawadniania doustnego w tym czasie nie tylko nie przedłuża agonii, ale może także korzystnie wpływać na jakość umierania [15, 16].

*Autor deklaruje brak konfliktu interesów.*

## PIŚMIENNICTWO

1. Szczeklik W, Krajnik M, Pawlikowski J i wsp. Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. *Med Prakt* 2023; 4: 121-140.
2. Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu. Scientifica, Kraków 2019.
3. Zmarzły A, Dzierżanowski T, Filipczak-Bryniarska I i wsp. Clinical nutrition in adult palliative care cancer patients – recommendations of the Polish Society for Clinical Nutrition, the Polish Society of Palliative Medicine, the Polish Society of Fam-

- ily Medicine, Polish Society of Palliative Care Nursing in assoc. *Palliat Med* 2018; 10: 95-114.
4. Van Der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM i wsp. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2014; 28: 197-209.
  5. Druml C, Ballmer PE, Druml W i wsp. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr* 2016; 35: 545-556.
  6. Alderman B, Allan L, Amano K i wsp. Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) expert opinion/guidance on the use of clinically assisted nutrition in patients with advanced cancer. *Support. Care Cancer* 2022; 30: 2983-2992.
  7. Volkert D, Beck AM, Cederholm T i wsp. ESPEN practical guideline: clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* 2022; 41: 958-989.
  8. Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia, Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia 2017.
  9. Marcolini EG, Putnam AT, Aydin A. History and perspectives on nutrition and hydration at the end of life. *Yale J Biol Med* 2018; 91: 173-176.
  10. Ngan OMY, Bergstresser SM, Sanip S i wsp. Cultural considerations in forgoing enteral feeding: a comparison between the Hong Kong Chinese, North American, and Malaysian Islamic patients with advanced dementia at the end-of-life. *Dev World Bioeth* 2020; 20: 105-114.
  11. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P i wsp. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr* 2017; 36: 49-64.
  12. Sobocki J, Kunecki M, Zmarzły A i wsp. Standardy żywienia dojelitowego dorosłych pacjentów w warunkach domowych. *Via Medica*, Gdańsk 2019.
  13. Davies N, Barrado-Martín Y, Vickerstaff V i wsp. Enteral tube feeding for people with severe dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; 2021: 8.
  14. Yang G, Zheng B, Yu Y. Risk assessment of intermittent and continuous nasogastric enteral feeding methods in adult in-patients: a meta-analysis. *evidence-based complement. Altern Med* 2021; 2021.
  15. Wu CY, Chen PJ, Ho TL i wsp. To hydrate or not to hydrate? The effect of hydration on survival, symptoms and quality of dying among terminally ill cancer patients. *BMC Palliat Care* 2021; 20: 1-10.
  16. Wu CY, Chen PJ, Cheng SY i wsp. Association between the amount of artificial hydration and quality of dying among terminally ill patients with cancer: the East Asian Collaborative Cross-Cultural Study to Elucidate the Dying Process. *Cancer* 2022; 128: 1699-1708.