

«Προβλήματα της καρδιοπνευμονικής ανανήψεως»

Γεωργίου Δαΐκου

Ομ. Καθ. Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Οι μεγάλες πρόοδοι της σύγχρονης Ιατρικής φαίνονται κατ' εξοχήν στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Οι νοσηλευόμενοι σ' αυτές ευρίσκονται σε βαριές κρίσιμες καταστάσεις, που συχνά οδηγούν στην ανάγκη *καρδιοπνευμονικής ανανήψεως (ΚΠΑ)*, η οποία τις περισσότερες φορές "επαναφέρει τον πάσχοντα στην ζωή" με τα ίδια ή περισσότερα προβλήματα.

Οι πάσχοντες που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ πληθύνονται συνεχώς. Πρόκειται για τους βαριά πολυτραυματίες, τους καρδιοπαθείς, τους πνευμονοπαθείς, τους καρκινοπαθείς, τους μεταμοσχευμένους, τους πολυπαθείς γέροντες προχωρημένης ηλικίας, κλπ.

Όλοι αυτοί υπόκεινται στον κίνδυνο σε άλλοτε άλλο βαθμό να πάθουν αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, (συχνότερα λόγω καρδιακής ανακοπής), άπνοια, ή άλλες πολύπλοκες καταστάσεις, απειλητικές για την ζωή.

Το προσωπικό των ΜΕΘ πρέπει να είναι έτοιμο ν' ανταποκριθεί αμέσως στον συναγερμό και να εφαρμόσει την ΚΠΑ και όσα άλλα μέτρα είναι αναγκαία όσο το δυνατόν ταχύτερα. Κάθε καθυστέρηση δυνατόν να έχει σαν συνέπεια, είτε την μη ανάνηψη, είτε την παραμονή ανεπανορθώτων εγκεφαλικών βλαβών, διαφόρων βαθμών μέχρι και της κακώς αποκαλούμενης "φυτικής καταστάσεως" (*"vegetative state"*).

Ο αιφνίδιος θάνατος φυσικά είναι δυνατόν να συμβεί κι εκτός ΜΕΘ είτε στα χειρουργεία ή σε νοσηλευόμενους στο νοσοκομείο είτε και κατ' οίκον, ή και σε φαινομενικά υγιείς οπότε και δεν υπάρχουν οι πιθανότητες αμέσων σωστικών επεμβάσεων όπως στις ΜΕΘ, ή αν γίνει ΚΠΑ η έκβασή της είναι προβληματική κυρίως, γιατί δεν γίνεται εγκαίρως.

Η ΚΠΑ βεβαίως δεν μπορεί να αλλάξει την υποκειμένη νόσο, που πολλές φορές μετά το επεισόδιο και την ΚΠΑ, επιδεινούνται.

Το ερώτημα τίθεται στο προσωπικό των ΜΕΘ αλλά και γενικότερα εάν έχει νόημα η προσπάθεια για ΚΠΑ, στις περιπτώσεις βαρειών καταστάσεων και υποκειμένης νόσου που δεν επιδέχεται σημαντική βελτίωση ή ίαση. Η ΚΠΑ τον βοηθεί μεν να συνέλθει προς στιγμήν εφόσον αποβεί επιτυχής, αλλά και νέα ανακοπή, ή άπνοια, μπορεί να συμβεί, συχνά πολύ σύντομα, κ.ο.κ.

Η ΚΠΑ (CPR, cardiopulmonary resuscitation, των ξένων), εισήχθη από τον Kouwenhoven το 1960¹ σαν "μαλάξεις με κλειστό θωρακικό τοίχωμα" (closed chest massage) που αποσκοπούν και επιτυγχάνουν τεχνητή αιμάτωση και αναπνοή (οξυγόνωση) μέχρι ν' αναλάβουν οι ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Συχνά συνοδεύεται από ηλεκτρική ανάταξη εν ανάγκη επαναλαμβανομένη.

Μετά 6 χρόνια η National Academy of Sciences και το National Research Council των ΗΠΑ διετύπωσαν οδηγίες για την εφαρμογή της ΚΠΑ. Το 1974 η National Conference for CPR εξέδωσε μονογραφία όπου δηλώνει σαφώς ότι: "ο σκοπός της ΚΠΑ είναι η πρόληψις αιφνιδίου απροσδοκήτου θανάτου. Η ΚΠΑ δεν ενδείκνυται σε περιπτώσεις τελικής ανεγκλήτου νόσου, όπου ο θάνατος δεν είναι απροσδόκητος".

Την κατηγορηματική όμως αυτή γενίκευση για τις περιπτώσεις τελικής ανεγκλήτου νόσου, όπως ήταν φυσικό, δεν την έχουν υιοθετήσει όλοι γιατί όπως ορθώς σχολιάζεται ακόμη και σ' αυτές τις περιπτώσεις, "η ανάνηψη μπορεί να μην είναι άσκοπος και ο άρρωστος να κρίνει ότι η παράταση της ζωής του και η ποιότητά της είναι τέτοια που να την επιθυμεί"².

Το 1981 ο θάνατος υπό μυστηριώδεις συνθήκες μιας γυναίκας σε ΜΕΘ νοσοκομείου της Νέας Υόρκης, έδωσε λαβή σε μεγάλη δικαστική έρευνα (grand jury investigation), που απέδειξε ότι η ΜΕΘ δεν εφάρμοσε την ΚΠΑ, λόγω μυστικού συστήματος πορφυρών σημαδιών επικολλημένων στα διαγράμματα των ασθενών που σήμαιναν ότι δεν θα έπρεπε να υποβληθούν σε ανάνηψη. Ο νόμος που ίσχυε τότε και τώρα στη New York είναι σαφής, ότι "κάθε άρρωστος που δεν έχει συγκατατεθεί στην μη εφαρμογή ΚΠΑ, όταν παραστεί ανάγκη υποβάλλεται υποχρεωτικώς σε ανάνηψη". Άρα κακώς οι γιατροί είχαν σημαδέψει τα διαγράμματα με την **εντολή μην κάμης ανάνηψη (MAN, DNR, do not resuscitate)**³.

Το πρόβλημα τίθεται στο ποιος και πότε παίρνει την απόφαση MAN (DNR). Υπάρχουν ενδιαφέρουσες έρευνες για την έκταση της εφαρμογής της εντολής MAN, κυρίως σε Αμερικανικά Νοσοκομεία.

Στο Memorial Cancer Center της Νέας Υόρκης, 85% των καρκινοπαθών έχουν στα διαγράμματά τους την εντολή MAN (DNR) εάν πάθουν καρδιακή ανακοπή. Άλλα Ιδρύματα αναφέρουν 97% εντολές DNR σε ανάλογες περιπτώσεις καρκίνου τελικού σταδίου.

Τουναντίον περί τους μισούς πάσχοντες από AIDS επιθυμούν επιθετική θεραπεία για να διατηρηθούν στη ζωή, περιλαμβανομένης εισαγωγής σε ΜΕΘ και εφαρμογής ΚΠΑ σε καταστάσεις που έχουν σχετικώς πτωχή πρόγνωση επιβίωσης⁴.

¹ Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Close-chest cardiac massage. JAMA 1960; 173: 1064-7.

² Tomlinson, T., Brody, H., Ethics and Communication in Do-Not-Resuscitate Orders, NEJM, 1988, 318:43.

³ McClung J.A., Kammer, R.S., Legislating Ethics-Implications of New York's Do-Not-Resuscitate Law, NEJM, 1990, 323:270.

⁴ Emanuel, E.J., Emanuel L.L., The Economics of Dying. NEJM, 1994, 330:540.

Σε μια έρευνα στην παθολογική ΜΕΘ (MICU) του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Cleveland (Ohio), (1000 κλινών), 71 (14%) από τους 506 ασθενείς είχαν χαρακτηριστεί ΜΑΝ. Απ' αυτούς 9 επέζησαν. Σε 30 περιπτώσεις (42%) δεν υπήρχαν γραπτές δικαιολογίες για τις ΜΑΝ. 55 δε πάσχοντες με εντολή ΜΑΝ (77%) πέθαναν στην ΜΕΘ. *Ένας εβελτιώθη τόσο που έτρεχε μετά την έξοδό του ένα μίλι την ημέρα!* Η απόφασις για ΜΑΝ συνεζητήθη με τον άρρωστο ή την οικογένειά του στις 47 περιπτώσεις (66%). Η εντολή όμως ΜΑΝ δεν εσήμαινε ιατρική εγκατάληψη του αρρώστου⁵.

Σε προοπτική μελέτη 3282 ασθενών σε τρία διδακτικά (teaching) νοσοκομεία του San Francisco της Καλιφορνία, εντολές ΜΑΝ είχαν ληφθεί σε 136 αρρώστους (4.1%). Στους 120 η περαιτέρω θεραπεία εθεωρήθη άσκοπος (futile). Οι 49 από τους 60 πάσχοντες συμμετείχαν στην απόφαση ενώ το 56% των 136 ήταν αδύνατον να πάρουν μέρος διότι ευρίσκοντο σε κώμα, ή είχαν σοβαρά επηρεασμένη την διανοητική τους κατάσταση. *Σε 6 περιπτώσεις είχε δοθεί η εντολή ΜΑΝ χωρίς την συμμετοχή του αρρώστου ή της οικογενείας*⁶.

Ανάλυση 521 ιστορικών μιας χρονιάς του νοσοκομείου της Βοστώνης Beth Israel (Μάρτιος 1983 - Απρίλιος 1984) έδειξε ότι 132 (25%) υπεβλήθησαν σε ΚΠΑ, 389 (75%) είχαν χαρακτηριστεί ΜΑΝ και απέθαναν κατά την ώρα της ανακοπής χωρίς προσπάθεια ΚΠΑ. Μόνο 31% ευρίσκοντο στην ΜΕΘ. Στην λήψη αποφάσεως έλαβαν μέρος 86% των οικογενειών, αλλά μόνον 22% των αρρώστων (οι άρρωστοι ήταν σε κώμα, κ.λπ.)⁷.

Εξ άλλου μια ανισότητα στον χαρακτηρισμό μιας περιπτώσεως ως ΜΑΝ αναλόγως της νόσου παρατηρήθηκε σε αναδρομική μελέτη σε τρία μεγάλα νοσοκομεία τού San Francisco. Επί συνόλου 317 ασθενών οι 52 από τούς 100 πάσχοντες από AIDS εχαρακτήρισθησαν ΜΑΝ, ενώ επί καρκίνου του πνεύμονος το 47%, επί κηρρώσεως το 16% και επί 115 καρδιοπαθών μόνον το 5%⁸.

Πόσο αβεβαία είναι η απόφαση για ΜΑΝ καταφαίνεται από μελέτη κοινοτικού (Community) νοσοκομείου 450 κλινών πάλι στο San Francisco, όπου 51% των κριθέντων για εφαρμογή της εντολής ΜΑΝ επέζησαν και πήραν εξιτήριο για το σπίτι τους!⁹

Η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations απαιτεί από όλα τα Νοσοκομεία που ζητούν πιστοποιητικό να έχουν πάρει συγκεκριμένη θέση και πολιτική για την εφαρμογή της DNR. Εξ' άλλου ο νόμος περί αυτοδιαθέσεως (1991)

⁵ Youngner et al., Do not resuscitate orders JAMA 1985, 253:54.

⁶ Lo B., et al. "Do not resuscitate" decisions: a prospective study of three teaching hospitals. Archives Int. Med.1985, 145:1115.

⁷ Bedell, S., et al. Do-not- resuscitate orders for critically ill patients in the hospital: how are they used and what is their impact JAMA, 1986; 256:233.

⁸ Wachter, Luce, Hearst, Lo, Decisions about resuscitation: inequities among patients with different diseases but similar prognoses Annals of Int. Med.1989, 111:525.

⁹ Lipton, H.L., Do-not-resuscitate Decisions in a Community Hospital, JAMA, 1986, 256:1164.

που θ' αναλυθεί πιο κάτω 18, είχε σαν αποτέλεσμα την επέκταση της εφαρμογής εντολών MAN σε περισσότερα ιδρύματα, έτσι ώστε εδημιουργήθησαν πολλά ηθικά προβλήματα εκτεινόμενα και στα χειρουργεία. Πολλοί αποφάσισαν να αναστείλουν τις εντολές DNR κατά την διάρκεια της αναισθησίας και της εγχειρήσεως, αλλιώς θα ήταν δεμένα τα χέρια και του αναισθησιολόγου και του χειρουργού. Συνιστάται ν' αναθεωρηθούν οι ανάλογες εντολές μέσα στα χειρουργεία και δίδονται κατάλληλες οδηγίες¹⁰.

Οι παραπάνω αριθμοί δεν είναι δυνατόν να έχουν γενική, ή ευρύτερη εφαρμογή και είναι λογικό να ποικίλλουν αναλόγως της Ιατρικής που ασκείται από τις διάφορες ομάδες στα διάφορα κέντρα. Εξ' άλλου το ερώτημα τι στρατηγική θ' ακολουθήσει καθένας είναι φυσικό να έχει διαφορετική απάντηση σε κάθε περίπτωση. Ασφαλώς πολλοί παίρνουν την απόφαση να μην κάνουν ανάνηψη χωρίς αυτό να είναι γραμμένο στα διαγράμματα, ή σε δημοσιεύσεις.

Είναι ενδιαφέρον ότι ήδη από το 1976 άρθρο της συντάξεως (editorial) του New England Journal of Medicine συνεπέραινε ότι " η αποφυγή της ΚΠΑ και άλλων σωστικών θεραπειών στους τελικούς ασθενείς (terminally ill) ήταν κοινό μυστικό του επαγγέλματος (open secret of the profession)¹¹.

Η εντολή MAN είναι μία μόνο πτυχή του γενικότερου προβλήματος της ευθανασίας υπό την γενική της έννοια. Οι περισσότεροι χρησιμοποιούν τον όρο αυτό για την ενεργητική ευθανασία που δεν είναι αποδεκτή από την μεγάλη πλειονότητα των γιατρών, γιατί αντίκειται στο ού φονεύσεις και στην παραδοσιακή τοποθέτηση από την υποκρατική εποχή που ήθελε τον γιατρό να ορκίζεται.

Διαιτήμασί τε χρήσομαι επ'ωφελείη καμνόντων κατά δύναμιν καί κρίσιν εμήν... Ου δώσω δέ ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον, ουδέ υφηγήσωμαι ξυμβουλίην τωίηνδε.

Κατά την ενεργητική ευθανασία, ο άρρωστος πάσχει από ανίατο νόσο που του κάνει την ζωή αφόρητη, έχει πλήρη συνείδηση και ζητεί επιμόνως από τον γιατρό να τον βοηθήσει να πεθάνει. Δεν είναι απαραίτητο να ευρίσκεται σε τελικό στάδιο της νόσου, αλλά υποφέρει σε σημείο που ψυχικώς δεν το αντέχει. Παραδείγματα υπάρχουν πάμπολλα, που έχουν οδηγήσει και σε θεατρικά έργα ακόμη, (Whose life is it anyhow?) κλπ, καθώς και σε αρθρογραφία στον τύπο. Παραπληγικοί, με πλαγία μυοατροφική σκλήρυνση κ.α. Είναι εκτός του θέματός μου ν' αναλύσω το μεγάλο αυτό θέμα με τις παραλλαγές του, όπως η υποβοηθούμενη αυτοκτονία (assisted suicide).

Τουναντίον στην παθητική ευθανασία, που κακώς λέγεται έτσι, το πρόβλημα είναι ότι ο θάνατος πλησιάζει, οπότε τίθεται η περίπτωση της MAN. Η νόσος είναι προχωρημένη και ευθύνεται για τον επικείμενο θάνατο. Ή, ο θάνατος είναι αδόκητος

¹⁰ Cohen C.B., Cohen, P.J., Do-Not-Resuscitate Orders in the Operating Room, NEJM, 1991, 325:1879.

¹¹ McClung J.A., Kammer, R.S..

και η παρέμβαση του γιατρού γίνεται για να τον αποτρέψει. Το ερώτημα που τίθεται είναι μέχρι που πρέπει η σύγχρονη τεχνολογική Ιατρική με τα μέσα που διαθέτει να μην αφήνει τον άνθρωπο να πεθάνει όταν έλθει η ώρα του. *Η παράταση του θνήσκειν* είναι κάτι που φοβάται ο σημερινός άνθρωπος γιατί του παρατείνει την οδύνη, κι αυτό οδήγησε στις κινήσεις του "*δικαιώματος του θανάτου*" (*right to die*), του "*φυσικού θανάτου*", "*let die*", του αξιοπρεπούς θανάτου (*dignified death*) κλπ.

Ο προβληματισμός επεκτείνεται και στην απόφαση αν θα εγκατασταθεί ή όχι κάποια θεραπεία σε προκεχωρημένες, ανίατες καταστάσεις, (*withholding medical treatment*) ή εάν πρέπει να συνεχίζεται, όπως σε τελικά στάδια καρκίνου κλπ. Σχετικό είναι το θέμα αν, με τα μέσα που διαθέτουν οι ΜΕΘ, θα διατηρούμε στην ζωή πάσχοντες που έχουν ήδη μεταπέσει σε κώμα, ή δεν έχουν συνείδηση. Είναι γνωστό το φαινόμενο που κακώς ονομάζεται *φυτική κατάσταση* (*vegetative state*), κατά την οποία δεν λειτουργεί φλοιός του εγκεφάλου. Ο άρρωστος διατηρείται με υποστηρικτικά μέσα, είτε απλά όπως η διατροφή, είτε προκεχωρημένα, όπως η τεχνητή αναπνοή, κλπ.

Μία από τις πιο πρόσφατες περιπτώσεις που απασχόλησε την διεθνή βιβλιογραφία και κοινή γνώμη ήταν του *17χρονου αγοριού Tony Bland* που καταπλακώθηκε σ' ένα γήπεδο του Sheffield στην Αγγλία, έπαθε βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση και διετηρείτο εν ζωή επί 4 χρόνια σε "*φυτική κατάσταση*" με απλή υποστηρικτική αγωγή. Οι γιατροί δεν έπαιρναν την πρωτοβουλία να διακόψουν την συντήρηση, τα δε δικαστήρια έκριναν ότι η διατροφή με σωλήνα είναι ιατρική θεραπεία και κανείς δεν μπορεί να επέμβει στην ιατρική κρίση.

Ειδική όμως επιτροπή του ανωτάτου δικαστηρίου House of Lords επέτρεψε στους γιατρούς (4Φεβρουαρίου 1993) να διακόψουν την αγωγή, με άμεση συνέπεια τον θάνατο^{12, 13}.

Το *άσκοπον της θεραπείας* (*futility*), πολλές φορές είναι προφανές, αλλά συσκοτίζεται από την έμφυτη ελπίδα του πάσχοντος και του γιατρού να μπορέσουν να καταπολεμήσουν ή να μεταθέσουν τον θάνατο. Έχει μελετηθεί περισσότερο εν σχέσει με την ΚΠΑ, η τελική αξία της οποίας μετά 30 χρόνια εφαρμογής δείχνει ότι πρόκειται γι' απεγνωσμένη προσπάθεια που πολύ περιορισμένο αριθμό αρρώστων ωφελεί¹⁴. Η πραγματική της σημασία έχει αμφισβητηθεί. Από 1445 πάσχοντες που περιλαμβάνονται σε 8 μελέτες, μόνο 10 (0.7%) επέζησαν ώστε να πάρουν εξιτήριο απ' το νοσοκομείο. Πρόκειται άραγε για "*heroic effort or exercise in futility*" (ηρωϊκή προσπάθεια ή άσκηση ματαιιότητος), διερωτώνται οι Kellerman και συνεργάτες¹⁵.

¹² Brahams D., Persistent vegetative state, Lancet 1993, 341: 428.

¹³ The Lancet, editorial, A "life" no longer supported, 1993, 341, 410.

¹⁴ Nieman J.T., Cardiopulmonary resuscitation, NEJM, 1992, 327:1075.

¹⁵ Kellerman A.L., Staves D.R., Hackman BB, In-hospital resuscitation following unsuccessful prehospital advanced cardiac life support: "heroic efforts" or an exercise in futility? Annals Emergency Medicine 1988, 17:589.

Σήμερα που η ιατρική και τεχνολογική πρόοδος μας έχει δώσει μεγάλες δυνατότητες θεραπευτικών προσπαθειών το *άσκοπον ή μάταιον* μιας θεραπείας (futility) προβληματίζει πολλούς γιατρούς. Σαν μάταιες χαρακτηρίζονται οι προσπάθειες όταν δεν υπάρχει προοπτική ουσιαστικής ίασεως ή έστω σημαντικής βελτιώσεως σε ανίατες νόσους. Στην περίπτωση αυτή λαμβάνεται απόφαση να μην χρησιμοποιούνται απλά ή και προκεχωρημένα μέτρα υποστηρίξεως του ασθενούς, μεταξύ των οποίων κεντρική θέση έχει η ΚΠΑ, (with-holding standard, or advanced support measures).

Ο άρρωστος αφήνεται στην φυσική του εξέλιξη να πεθάνει αφού του παρασχεθούν όσα ανακουφιστικά μέσα χρειάζεται, όπως αναλγητικά κλπ. (*palliative care*). Ακόμη πιο δύσκολο και προβληματικό είναι να διακοπούν τα υποστηρικτικά μέτρα όταν θεωρηθεί μάταια κάθε προσπάθεια όπως το ν' αφαιρεθούν οι σωλήνες διατροφής, ή η σύνδεση του αναπνευστήρος, κλπ (withdrawal of life support measures).

Το πρόβλημα είναι πότε θα χαρακτηριστεί ως άσκοπος μια θεραπευτική ενέργεια και ποιος θα πάρει την απόφαση. Αυτό είναι στενά συνυφασμένο με την *αυτονομία* του ατόμου, με το *σχετικόν, ή απόλυτον της αξίας της ζωής* καθώς και με την έννοια της *ποιότητας της ζωής*, που τελευταίως συζητείται πολύ. Δεν μπορώ να επεκταθώ στα μεγάλα αυτά υπαρξιακά και ηθικά θέματα ει μη μέχρι εκεί που μας αφορά για την συζήτηση της εφαρμογής της εντολής MAN.

Δεν μπορεί ν' αμφισβητηθεί ότι ο άνθρωπος έχει αυτονομία. Είναι ελεύθερος ν' αποφασίσει εάν θα δεχθεί μια θεραπευτική επέμβαση ή όχι. Ο γιατρός ασκεί συμβουλευτική εξουσία, δεν μπορεί και δεν πρέπει να επιβάλλει μια θεραπεία.

Από τινών ετών όμως και πολύ προσφάτως¹⁶ συζητείται σοβαρώς αν ο άρρωστος και η οικογένειά του μπορούν λόγω της αυτονομίας να απαιτούν απεριορίστως θεραπείες που ιατρικώς δεν έχουν προοπτική καλής εκβάσεως. Με τον φόβο και την απειλή της ιατρικής αμελείας παραμερίζεται κατά μέγα μέρος η κρίση και η εμπειρία του γιατρού, ενώ οι θέσεις στις ΜΕΘ είναι σ' όλο τον κόσμο περιορισμένες και θα μπορούσαν να διατεθούν καλύτερα για κάποιον άλλον με περισσότερες προοπτικές.

Αναγκαία είναι η διαφώτιση του αρρώστου για τις πιθανότητες, τους κινδύνους και τις συνέπειες της θεραπείας. Το να παίρνουμε την απόφαση χωρίς την δική του *φωτισμένη συναίνεση (informed consent)* έστω και από συμφώνου με την οικογένειά του, είναι αφ' ενός απαράδεκτο, αφ' ετέρου παράνομο. Η ελευθερία του αυτή είναι θεόσδοτη. Ο άνθρωπος είναι ελεύθερος ν' αποφασίζει για την ζωή του, τον τρόπο που θα ζει, την θεραπεία που θα του γίνει, καθώς και για τον θάνατό του... Δυστυχώς για λόγους συνηθείας και κακής Ιατρικής ενεργούμε εν αγνοία και απουσία του πάσχοντος, χωρίς να συνειδητοποιούμε ότι μια φορά θα πεθάνουμε και

¹⁶ Osborne, M., Evans T.W., Allocation of resources in Intensive care: a transatlantic perspective, Lancet 1994, 343:778.

δικαιούμαστε να το ξέρουμε για να τακτοποιήσουμε τα του οίκου μας και του εαυτού μας.

Το πράγμα όμως επιπλέκεται στις περιπτώσεις που ο άρρωστος έχει χάσει την συνειδησιακή του αρτιότητα και είναι αδύνατον να πάρουμε την συγκατάθεσή του. Αυτό έχει οδηγήσει στην έννοια των *προκαταβολικών εντολών (advance directives)*, που οδηγούν το γιατρό στο τι ν' αποφασίσει σε περίπτωση που παραστεί ανάγκη ΚΠΑ ενώ ο άρρωστος θα έχει μεταπέσει σε κώμα (*διαθήκη ζωής, living will*).

Σε πολλές χώρες, αλλού λιγότερο, αλλού περισσότερο αυτό έχει αρχίσει να εφαρμόζεται. Σε πολλές πολιτείες των ΗΠΑ ιδιαιτέρως έχει γίνει δεκτός ως νομικός θεσμός. Στις 5 Νοεμβρίου 1990 ο Πρόεδρος των ΗΠΑ George Bush υπέγραψε νόμο που τέθηκε εν ισχύει την 1 Δεκεμβρίου 1991, για την *αυτοδιάθεση του πάσχοντος (Patient Self Determination Act)*, ο οποίος προβλέπει ότι στα νοσοκομεία, γηροκομεία και ανάλογες νοσηλευτικές εγκαταστάσεις, το προσωπικό θα ζητεί προκαταβολικές εντολές που θα εφαρμοσθούν σε περίπτωση ανάγκης. Εφόσον οι εισαγόμενοι δεν έχουν προνοήσει για κάτι τέτοιο πρέπει να τους εξηγείται το θέμα και να τους παρέχεται το κατάλληλο υλικό για να υπογράψουν τ' αναγκαία έγγραφα.

Όπως όμως σχολιάζεται επιτυχώς, η προώθηση της νομοθεσίας αυτής αποδεικνύει ότι η παρακίνηση για εθελοντική πρωτοβουλία του κοινού ν' αφήνει *living will* δεν είχε επιτύχει. Ο νόμος δεν διευκρινίζει ότι οι ίδιοι οι γιατροί θα πρέπει να συζητούν το θέμα με τους αρρώστους και να μην αφήνουν το έργο σε κάποιον διοικητικό υπάλληλο που απλώς θα συμπληρώσει τυπικά τα σχετικά έγγραφα. Επίσης ότι οι πάσχοντες λόγω ακριβώς της νόσου των δεν είναι συνήθως σε θέση να κατανοούν την σημασία τέτοιας αποφάσεως. Το πρόβλημα εμπλέκεται με τις Ασφάλειες Υγείας, που μπορούν ν' απαιτούν από τους ηλικιωμένους να παραιτούνται προκαταβολικώς της εφαρμογής σωστικών μέτρων εάν παραστεί ανάγκη¹⁷. Οι σχετικές ιδέες κερδίζουν έδαφος στην κοινή γνώμη των ΗΠΑ. Μια ανασκόπηση ηλικιωμένων σε μια κοινότητα έδειξε ότι 86% δεν επιθυμούν ΚΠΑ, ή μηχανική αναπνοή, εάν ευρεθούν σε τελικό στάδιο νόσου¹⁸.

Μια άλλη δημοσκόπηση που έγινε στην Νέα Υόρκη από το τηλεοπτικό δίκτυο CBS σε συνεργασία με τους *New York Times* έδειξε ότι 85% δεν θα ήθελαν να διατηρηθούν στην ζωή με τεχνητά μέσα εάν μεταπέσουν σε κώμα χωρίς "εγκεφαλική λειτουργία"¹⁹.

Η έννοια της *ποιότητας της ζωής* απασχολεί τους γιατρούς, αλλά και το κοινό τελευταίως όλο και περισσότερο. Ήλθε σαν συνέπεια της παρατάσεως της ζωής με τα σύγχρονα τεχνολογικά μέσα, που είναι δυνατόν μιν να επιτύχουν μια επιβίωση αλλά

¹⁷ Greco P et al., The Patient Self-Determination Act and the Future of Advance Directives *Annals of Int. Med.* 1991, 115:639.

¹⁸ Gamble ER, McDonald PJ, Lichstein PR, Knowledge, attitudes, and behavior of elderly persons regarding living wills, *Archives Int. Med.* 1991 151:277.

¹⁹ *New York Times* June 26, 1990.

αφήνουν τον άρρωστο σε μία αθλιότητα ενοχλήσεων και παντοειδούς πόνου. Το ερώτημα που τίθεται είναι αν πρέπει ή αν έχουμε το δικαίωμα να κάνουμε το παν για να του διατηρήσουμε την ζωή, με την αθλιότητά της, ή απλώς παρατείνουμε το *θνήσκειν*;

Η αξία της ζωής γίνεται σχετική. Η ποιότητα αντιδιαστέλλεται προς την *ιερότητα*, που επιβάλλει τον σεβασμό και την διατήρησή της με όσα μέσα διαθέτουμε. Επειδή υποφέρει ο "τελικός" άρρωστος και η ποιότητα της ζωής του είναι κακή, πλήρης οδυνών και αθλιότητος, πολλές φορές και σαν συνέπεια των θεραπειών μας, πρέπει σαν την μόνη λύση να θεωρούμε την υποβοήθηση του θανάτου και όχι την δια παντός μέσου ανακούφισή του.

Ο γιατρός αγγίζει υπαρξιακά ερωτήματα, όπως ποιο το νόημα της ζωής, της αρρώστιας, της οδύνης, ή του πάσχειν. Η απάντησή του εξαρτάται από το τι πιστεύει για τα βασικά αυτά θέματα. Ότι όμως και αν πιστεύει πρέπει πρώτα απ' όλα να συμπονεί και να συμπάσχει με τον άρρωστο, κατά το Ιπποκραतिकόν "*επ' αλλοτρήσι ξυμφορήσιν ιδίας καρπούμενος λύπας*". Σε μια τελευταία έρευνα σε 3600 πάσχοντες νοσηλευομένους στην ΜΕΘ του νοσοκομείου Guy's του Λονδίνου εμελετήθη η εφαρμογή αλγορίθμου με δείκτες προγνώσεως ως είναι το APACHE II score για την πρώιμο αναγνώριση εκείνων που θα πεθάνουν παρά την θεραπευτική προσπάθεια, άρα η θεραπεία τους στην ΜΕΘ να χαρακτηρίζεται ως άσκοπος (futile). Από τους 137 πάσχοντες για τους οποίους επροβλέφθη ότι θα πέθαιναν, οι 131 όντως πέθαναν εντός 90 ημερών παρά τις προσπάθειες που έγιναν. Ψευδώς θετική διάγνωση έγινε σε 4.4%. Στο τέλος της μελέτης 4 ζούσαν ακόμη και είχαν καλή "ποιότητα ζωής". Ο αλγόριθμος απεδείχθη μεν στατιστικώς χρήσιμος (99.8 % ειδικότης, αλλά μόνον 23.4% ευαισθησία) στο ν' αποφευχθούν ενδεχομένως οι "άσκοπες" προσπάθειες και τα υπερβολικά έξοδα των ΜΕΘ, αλλά από τους 20 αρρώστους ένας θα μπορούσε να επιζήσει αν συνεχιζόταν η υποστήριξη της ΜΕΘ²⁰.

Απ' αυτήν την έρευνα και άλλες προσπάθειες είναι φανερό ότι η τελική και η ορθή απόφαση για ενέργειες που αφορούν την ζωή και τον θάνατο θα μείνει στον θεράποντα ιατρό και δεν είναι δυνατόν ν' απλουστευθεί σε σχήματα όπως ένας αλγόριθμος της εποχής των υπολογιστών που διανύουμε.

Σε προγενέστερη συζήτηση επιχειρείται μια κριτική διάκριση μεταξύ των διαφόρων λόγων που υπαγορεύουν την απόφαση για ΜΑΝ. Τονίζεται ότι το άσκοπο μιας ενέργειας είναι αδιαμφισβήτητο όταν βασίζεται σε καθαρά ιατρικούς λόγους, οπότε κατά τους συγγραφείς δεν έχει καν νόημα η συναίνεση του πάσχοντος ή των συγγενών του. Η βασική νόσος είναι τέτοια που η ΚΠΑ δεν μπορεί να την βελτιώσει. Είναι γεγονός πως οι συγγενείς συνήθως και όχι τόσο οι ίδιοι οι πάσχοντες μπορεί ν' απαιτούν από τον γιατρό να κάνει οπωσδήποτε ΚΠΑ, αλλά εδώ ισχύει το "κατά την δύναμιν και κρίσιν εμήν".

²⁰ Atkinson, S., Bihari, D., Smithies, M., Daly, K., Mason, R., McColl I., Identification of futility in Intensive Care, Lancet 1994, 344:1203.

Δύο λόγοι που συζητούν επίσης οι συγγραφείς έχουν σχέση με την ποιότητα ζωής μετά την ΚΠΑ ή και προ της ΚΠΑ. Εάν δηλαδή η ποιότητα ήταν πριν κάπως ανεκτή μετά την ενδεχομένη ανακοπή και την ΚΠΑ μπορεί να γίνει κατά πολύ χειρότερη, όπως π.χ. αν ο άρρωστος μεταπέσει σε απώλεια της συνειδήσεως. Εξ' άλλου δυνατόν η κατάστασή του να είναι ήδη απαράδεκτη (κώμα), ώστε η ΚΠΑ να μην μπορεί να αλλάξει τίποτε.

Έχει ήδη σχολιασθεί στην αρχή ότι μεγάλη σημασία έχει η όσο το δυνατόν ταχεία εφαρμογή της ΚΠΑ. Εάν έχει περάσει το κρίσιμο χρονικό όριο δεν πρέπει να επιχειρείται ΚΠΑ, άλλως οι συνέπειες είναι τραγικές. Επ' αυτού καθένας μπορεί ν' αναφέρει παραδείγματα, αλλά είναι πολύ εντυπωσιακή η περίπτωση ενός γέροντος που περιγράφεται στην στήλη των Annals of Int Med. On being a Doctor (Το να είναι κανείς γιατρός). Ο γιατρός όταν εσήμανε συναγερμός έτρεξε να κάνει ανάνηψη στον άρρωστο που έπαθε ανακοπή. Η όλη προσπάθεια δεν απέδιδε, αλλά πήρε τόσο χρόνο, που κατά πολύ προσπέρασε τα επιτρεπτά όρια. Στο τέλος με την επιμονή του κατόρθωσε να τον επαναφέρει στην ζωή, αλλά ποιά ζωή; Ο γέροντας, όταν συνήλθε ούρλιαζε, ήταν ανοϊκός και είχε τέτοια διέγερση που έπρεπε να τον έχουν δεμένο στο κρεβάτι. Ο γιατρός μπροστά σ' αυτό το αποτέλεσμα αναρωτάται What have I done? Τι έκανα;²¹ "κι αν αυτός ο άνθρωπος είχε επίγνωση των συνεπειών, θα συναινούσε στην επίθεση που έκανα στο πρόσωπό του;".

Επ' αυτού υπάρχει έρευνα που έχει αποδείξει ότι σε ηλικιωμένους (άνω των 69 ετών) ένας στους 10 επιζούν της ανακοπής εφόσον ευρεθούν μέσα στο νοσοκομείο. Εάν η ανάνηψη διαρκέσει πλέον των 15 λεπτών λιγότεροι από 1 στους 100 επιζούν, και οι περισσότεροι με σοβαρές εγκεφαλικές βλάβες²².

Όπως σχολιάζουν και οι Tomlinson και Brody *"Η απόφαση ότι η ΚΠΑ δεν δικαιολογείται γιατί κρίνεται ματαία, ευρίσκεται απόλυτα εντός των ορίων της εμπειρίας του γιατρού"*. Τουναντίον εάν εμπλέκονται προβλήματα των αξιών που έχει κάθε άρρωστος, ή οι οικείοι του, σχετικά με την "ποιότητα της ζωής" είναι αναγκαίο να γίνεται συζήτηση μαζί τους και ανάλογη διαφώτιση για την έκβαση και τις συνέπειες, ο δε γιατρός να μην αποφασίζει μόνος του. Αυτό άλλωστε ισχύει για κάθε ιατρική ενέργεια ιδίως όταν πρόκειται για την εγκατάσταση θεραπείας σε προχωρημένες, ή δυνάμει ανίατες καταστάσεις, οπότε είναι ευκολότερη η λήψη αποφάσεως. Η διακοπή των θεραπευτικών και υποστηρικτικών μέσων, όπως ήδη συνεζητήθει και νωρίτερα, οδηγεί σε δυσκολότερα διλήμματα.

Συμπερασματικώς: Όλοι οι δρόμοι οδηγούν στον γιατρό που πρέπει να μην είναι μόνον τεχνοκράτης αλλά ολοκληρωμένη ώριμη προσωπικότητα που θα πάρει στους ώμους αλλά και στην καρδιά του την ευθύνη για την κάθε του ενέργεια και απόφαση, που ένα μόνο μπορεί να έχει σκοπό, να βοηθήσει τον πάσχοντα με όλες του τις

²¹ Gill, M., T., What have I done, On being a doctor, Annals Int. Med.1992, 116:691.

²² Murphy, D.J., et al. Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in the elderly, Annals Int. Med. 1989, 111:199.

δυνάμεις, με όλη την αγάπη του. Η συμπεριφορά του ασφαλώς θα οδηγηθεί από την πείρα των άλλων, γι' αυτό άλλωστε θεωρείται αναγκαίο να δίδονται και να δημοσιεύονται κατευθύνσεις και να αναζητούνται αντικειμενικοί τρόποι εκτιμώσεως της καταστάσεως κάθε αρρώστου. Οι οδηγίες αυτές δεν αναφέρονται απλώς σε τεχνικά αλλά και σε ηθικά, όπως χαρακτηρίζονται διεθνώς, προβλήματα. Ευθύνη μας είναι να είμαστε ενήμεροι. Όταν όμως έρχεται η κρίσιμη ώρα της δράσεως σε περίπτωση ανακοπής, ή απνοίας κλπ. είναι αναγκαία η σοφία του γιατρού, που είναι καρπός Παιδείας.

Διό δεί αναλαμβάνοντα τοιουτέων τών προειρημένων έκαστα, μετάγειν τήν σοφίην εις τήν Ιατρικήν καί τήν Ιατρικήν εις τήν Σοφίην. Ιητρος γάρ φιλόσοφος Ισόθεος, όπως συμπεραίνει ο Ιπποκράτης.

Χρειάζεται ασφαλώς μεγάλη σοφία να εφαρμόσουμε το *ωφελέειν ή μή βλάπτειν*. Είμαστε ταγμένοι να υπηρετήσουμε την ζωή *Διαιτήμασί τε χρήσομαι επ' ωφελείη καμώντων*, τονίζεται στον Ιπποκρατικό Όρκο. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο θ' αντιμετωπίσουμε και την ένδειξη, ή μη για ΚΠΑ στο συγκεκριμένο άρρωστο. Όπως είδαμε στις έρευνες που έγιναν για τον τρόπο που εφαρμόζεται η ΚΠΑ καθώς και η εντολή (MAN) πολλοί είναι εκείνοι που πάνε στα σπίτια τους σώοι με ανεφάρμοστη την εντολή.

Πολλά δε είναι τα παραδείγματα αρρώστων που επέζησαν αρκετά μετά την φαινομενικά "τελική" τους κατάσταση. Η παράταση της ζωής του ανθρώπου έστω και για μια στιγμή μπορεί να έχει απρόβλεπτες αγαθές συνέπειες για τον ίδιο και για την οικογένειά του. Εξ' άλλου όταν έλθει η ώρα του να πεθάνει δεν πρέπει, ούτε έχουμε το δικαίωμα να χρησιμοποιήσουμε κάθε προσιτό μέσο να του παρατείνουμε το θνήσκειν. Δικαιούται να πεθάνει. Ύψιστο έργο μας είναι να του συμπαρασταθούμε ως πλησίον, ως εαυτόν, και να του κάνουμε ό,τι και εμείς θα περιμέναμε να μας κάνουν οι άλλοι, κι αν μπορούμε να τον βοηθήσουμε να *δεχθεί την ζωή του όπως είναι*, όπως έλεγε και ο διάσημος ψυχίατρος Carl Jung.

Ο Ιώβ στο μέγιστον της εξαθλιώσεώς του, όταν η γυναίκα του έχασε πλέον την υπομονή της και του είπε "μέχρι τίνος καρτερήσεις" "ειπόν τι ρήμα πρὸς Κύριον καί τελεύτα", απάντησε το υπέροχο "ίνα τι ὡσπερ μία τῶν αφρόνων γυναικῶν ελάλησας οὕτως εἰ τά αγαθά εδεξάμεθα εκ χειρός Κυρίου, τά κακά ουχ υποίσομεν".

"Είναι επιτακτικόν ν' αναγνωρίζουμε την στιγμή που η ενεργός θεραπεία είναι άσκοπος, λέει η Cecily Saunders, που ηγείται της κινήσεως των hospices (ξενώνων για τελικούς ασθενείς). Η τελική φάση μπορεί να ορισθεί σαν η στιγμή που ο κλινικός θα πει "δεν υπάρχει πλέον τίποτε να γίνει" και απομακρύνεται από τον άρρωστο. Μας διαφεύγει το τι περιμένουν τέτοιοι άρρωστοι από μας. Δεν περιμένουν να τους πάρουμε όλο το φορτίο, αλλά να τους νοιαστούμε, να τους φροντίσουμε την δυσφορία τους και τα συμπτώματά τους. Πρέπει να έχουμε σαν στόχο την ανακούφιση που θα τους δώσει την δυνατότητα όχι μόνο να πεθάνουν ήρεμα, αλλά

να ζήσουν μέχρι να πεθάνουν, σαν ο πραγματικός εαυτός των." Να βρουν τον αληθινό εαυτό τους και το νόημα της ζωής και του θανάτου.

Η Ιατρική προοδεύει, κατακτά και υπερνικά πολλές αρρώστιες. Ο άνθρωπος όμως παραμένει θνητός και πάσχει και θα πάσχει εφ' όσον υπάρχει. Την μια μάστιγα διαδέχεται άλλη. Αν μπορούμε να τον θεραπεύσουμε με την τελευταία λέξη και κατάκτηση της επιστήμης, είναι ευθύνη μας να το κάνουμε. Αλλά κι αν δεν μπορούμε, θα πρέπει να έχουμε την ψυχική ετοιμασία και δύναμη να τον κρατήσουμε από το χέρι και να του σταθούμε δίπλα του με αγάπη ώσπου να φύγει απ' τον κόσμο τούτο ήρεμος.