



Etické aspekty kardiologických operací u pacientů vyšší věkové kategorie

Miroslav Kolesár

Fakulta humanitních studií UK Praha, Pracoviště doktorských studií, Obor Aplikovaná etika, Pátkova 2137/5, 182 00 Praha 8,
email: miroslav.kolesar@kzcr.eu

Do redakce doručeno 23. listopadu 2022; k publikaci přijato 10. května 2023

ETHICAL ASPECTS OF CARDIAC SURGERY IN ELDERLY PATIENTS

ABSTRACT In cardiac surgery we sometimes encounter elderly patients who require heart surgery, but due to their advanced age they are at a high risk for surgery. In this case, the physician faces the ethical dilemma of whether to operate on a patient at an even higher risk at an advanced age, and thus to offer him a chance to prolong or improve his quality of life, or to refuse him for surgery because of his advanced age. This can be considered as age discrimination.

KEY WORDS cardiac surgery; ethical aspects; ethical dilemmas; ethical principles; treatment of elderly patients

ABSTRAKT V kardiologii se někdy setkáváme se staršími pacienty, kteří vyžadují operaci srdce, avšak vzhledem ke svému vysokému věku jsou již pro operaci velmi riziková. Lékař v tomto případě řeší etické dilema, zda pacienta ve vysokém věku s vyšším rizikem ještě operovat a nabídnout mu takto šanci na prodloužení nebo zlepšení kvality života, anebo ho pro operaci odmítnout kvůli vysokému věku. To může být chápáno jako diskriminace kvůli věku.

KLÍČOVÁ SLOVA kardiologie; etické aspekty; etická dilemata; etické principy; léčba pacientů vyšší věkové kategorie

Dlouhodobé demografické prognózy odhadují růst počtu starších osob v populaci. Jedním z etických aspektů, se kterým se současná kardiologie potýká, je, zda by měl být řešen horní věkový limit akceptability pacienta ke kardiologickému zákroku. Jinak řečeno, zdali vůbec existuje pomyslná věková hranice, při které by již pacient nebyl vhodným adeptem pro operaci srdce z důvodu svého vysokého věku. Z praxe víme, že se vyskytují případy, kdy rozhodování není vůbec jednoduché. Proto v řadě případů je vhodné, aby o diagnostickém a léčebném postupu nerozhodoval jediný lékař, ale skupina odborníků. Problematika je samozřejmě daleko složitější. V indikačních kritériích pro případnou operaci musíme zohlednit nejen objektivní nález a zdravotní stav pacienta, ale i další kritéria, která nelze přesně zhodnotit anebo číselně vyjádřit. Jedním z těchto parametrů je biologický věk pacienta. V kardiologii vnímáme staršího pacienta, s ohledem na jeho vysoký věk, jako potenciálně rizikového pro operaci

srdce. A to i v případě, že by byl jinak zdravý, tj. bez tzv. přidružených onemocnění, komorbidit.

Operace srdce je poměrně náročný chirurgický zákrok, který má zachránit pacientovi život, případně zlepšit jeho kvalitu života. Má však i svá rizika, odvíjející se od závažnosti postižení srdce, zdravotního stavu pacienta, přidružených chronických onemocnění či akutních onemocnění, která pacient v nedávné době prodělal. V kardiologii nejsou stanovena striktní věková omezení. Existují odborná doporučení, jak postupovat při léčbě pacientů vyšší věkové kategorie a také doporučení, v kterých případech by bylo vhodnější volit jinou alternativní metodu léčby, pokud je pro staršího pacienta vhodná a méně riziková.

Doporučeními se kardiologové řídí, přesto se však vyskytnou situace, kdy je nutné provádět etickou rozvahu na zcela individuální úrovni a zvažovat dané konkrétní okolnosti mimo rozsah doporučení, a to především prostřednic-

tvím etické rozvahy s důrazem na kvalitu následného života. Z alternativních metod se u starších pacientů jedná například o méně invazivní metody, u kterých není nutné provádět operace srdce na otevřeném hrudníku za použití mimotělního oběhu, což je z hlediska zátěže pro pacienty ve vyšším věku jednoznačně přínosné, a tedy také etické.

„Hlavní limitací péče o nemocné s kardiálním onemocněním, hlavně u pacientů nad 75-80 let, nadále zůstává nedostatečné porozumění mechanismů a změn, které v stárnoucím organismu probíhají“ (Felšöci et al. 2009, 240-242). Měli bychom si stanovit doporučení pro věkový limit, který bychom neměli překročit? Měli bychom změnit náš pohled na vnímání věku pacienta? Chirurg někdy řeší dilema, zdali starý pacient, s ohledem ke svému věku, je ještě únosný ke kardiologickému zákroku či nikoli. Narážíme na pomyslný etický problém, diskriminace podle věku. „Lékař z podstaty svého povolání pacientovi pomáhá, léčí jeho nemoci, usiluje o jeho prospěch a dobro. Tímto naplňuje první etický princip v klinické medicíně, princip beneficence“ (Jedličková 2020).

Lékař však musí důsledně vážit všechna rizika, která jsou se samotnou operací srdce spojena. Populace však neustále stárne a přibývají pacienti, kteří se dožívají vyššího věku v relativně dobré kondici. Často slyšíme, že věk je jenom číslo. „V dnešní době se všechno výrazně mění a také pohled na vyšší věk a stáří doznává proměnu“ (Haškovcová 2010, 10-16). H. Haškovcová, která se věnovala etickým aspektům stáří, ve své knize Fenomén stáří dále konstatuje, že v současné době se „rozpouštějí“ ostré hranice mezi jednotlivými etapami života a upřednostňuje se tzv. „měkké kontinuum“ (Haškovcová 2010, 10-16).

„Vnímání věku, v němž se člověk stává starým, je závislé také na samotném věku člověka. Mladší lidé určují hranici stáří níže než lidé starší. Tak např. muži ve věkové skupině 50-54 let považují za hranici stáří v průměru věk 65,8 let, ženy pak 64,6 let. Ovšem muži ve věku 70-74 let již za hranici stáří považovali v průměru věk 69,5, ženy pak 66,6 let“ (Rabušic 2002).

Jak dále k tématu týkajícímu se etických principů uvádí A. Jedličková: „V některých případech je však terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem narušen, a to z objektivních či subjektivních důvodů. Jako příklad lze uvést terapii nevhodnou pro jistý typ pacientů, odmítnutí léčby pacientem či nehrazení léčby ze zdravotního pojištění. Nastává konflikt při vedení odpovědné etické rozvahy lékaře, který se snaží pomoci, jeho odborné kompetence nalezly příslušné terapeutické řešení jak pacientovi prospět, avšak z určitého důvodu nemůže daným způsobem terapeuticky postupovat, přestože by chtěl. Nemůže pomoci, nemůže konat dobro. V takových klinických případech je jistě významný druhý etický princip lékařské praxe – nonmaleficence, tedy zejména v žádném případě pacientovi neškodit, minimalizovat riziko zhoršení jeho zdravotního stavu a nezpůsobit mu svým konáním úmyslnou újmu“ (Jedličková 2020).

A. Jedličková v této souvislosti představuje další etický principy a poukazuje na situace, v nichž může docházet k potenciálním konfliktům mezi etickými principy: „Neméně důležitou roli hraje taktéž třetí etický princip, tj. princip respektu

k autonomii pacienta, a to především k preferencím pacienta. Je nutné si uvědomit, že preference pacienta se často liší od preferencí lékaře a reflektují vnitřní hodnoty pacienta, sledují jeho vůli a cíle. Může docházet k etickému konfliktu mezi povinností lékaře provést terapeutickou intervenci, kterou se snaží o zlepšení zdravotního stavu pacienta (princip beneficence), a požadavkem principu respektu k autonomii pacienta. Při konfliktu těchto dvou etických principů je významnější princip respektu k autonomii pacienta. Pro každého lékaře jsou však nejobtížnější situace, v nichž kromě diagnostické a terapeutické rozvahy musí vést kvalifikovanou etickou rozvalu a náležitě rozhodnout pro alokaci adekvátní terapie při omezených zdrojích léčby. Musí rozhodovat spravedlivě, chránit vulnerabilní skupiny pacientů a žádného pacienta při spravedlivém rozdělování výhod nesmí diskriminovat. V těchto případech se uplatňuje čtvrtý etický princip – princip spravedlnosti“ (Jedličková 2020).

V neposlední řadě se A. Jedličková věnuje také detailům, na nichž je vedení etické rozvahy nutné postavit: „V každé jednotlivé situaci však musí lékař provést důkladnou etickou rozvalu, individuálně posoudit všechny informace, které má k dispozici, a zvážit konkrétní okolnosti v návaznosti na etické principy, z nichž při svém rozhodování vychází. Je třeba mít na paměti, že všechny čtyři etické principy se při kvalifikovaném etickém rozhodování uplatňují současně a vždy je nutné individuálně posoudit risk a benefit konkrétního terapeutického postupu ve spojitosti s cílem terapeutické intervence, s posouzením kvality následného života pacienta a v neposlední řadě také s respektem k jeho preferencím. Přestože terapeutická intervence by z pohledu lékaře mohla přinést výrazný benefit, pacient má právo na své svobodné rozhodnutí intervenci odmítnout. Je to právě pacient, který bude případná rizika terapeutické intervence nést, a míra možných rizik může být pro pacienta nepřijatelná. Preference pacienta a hodnocení následné kvality života tak představují významné etické aspekty při vedení terapeutické rozvahy. Posouzení poměru risk/benefit, zvažování terapeutického cíle a hodnocení kvality následného života se tedy může významně lišit ze subjektivních pohledů obou zúčastněných stran, tj. lékaře a pacienta. Z tohoto důvodu je velmi důležité, aby si pacient a lékař vzájemně naslouchali, aby kvalita jejich vztahu byla založena na kooperativním modelu“ (Jedličková 2020). Jedná se o významné zásady, na které se ovšem v praxi velmi často zapomíná.

K důležitosti správného informování pacienta o nemoci a možnostech léčby uvádí A. Jedličková následující: „Pacient nemá stejné odborné znalosti o své nemoci (nejedná-li se o pacienta lékaře) či zkušenosti s jejím průběhem a prognózou. Lékař je tedy tou odpovědnou osobou, která má etickou povinnost informovat svého pacienta o nemoci takovým způsobem, aby pacient adekvátně porozuměl nejen terapeutickému cíli příslušné léčebné intervence a poměru risk/benefit, který nabízená terapie přináší, ale aby měl rovněž jasnou představu o případné kvalitě následného života, tedy o možných budoucích obtížích a důsledcích nabízené terapie. Pacientovi musí být ponechána svoboda rozhodnutí se zamýšlenou léčbou

souhlasit nebo ji odmítnout, avšak promyšlenému rozhodnutí musí vždy předcházet správné pochopení relevantních informací. Přiměřené poskytování informací musí být striktně individualizováno, musí respektovat nejen intelektuální schopnosti pacienta, ale také jeho momentální stav, který může být zásadně ovlivněn bolestmi, úzkostmi, obavami či strachem, vyžaduje tedy citlivou aplikaci etického principu respektu k autonomii pacienta již při poskytování informací. Je rovněž důležité uvědomit si, že také preference pacientů, kteří se z jakéhokoli důvodu nejsou schopni momentálně rozhodovat o příslušné terapeutické intervenci, jsou zásadní (nejde-li o situace, ve kterých lze péči poskytnout bez souhlasu pacienta). První alternativní možností je účelné pátrání, zda se pacient ke své případné léčbě předem nevyjádřil“ (Jedličková 2020). A. Jedličková dále zdůrazňuje, že tento postup je také právně podložen, a to například Úmluvou na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně) a českým právním řádem (Jedličková 2020). Článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně pojednává o dříve vysloveném přání: „Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání“ (Sdělení MZV, 2001).

V praxi dochází často k situacím, kdy je lékař postaven před etické dilema a při jeho řešení je nutné se poradit. Odborná konzilia probíhají na pravidelné bázi, s možnostmi etických konzultací je to již horší. Proto je vítána nabídka některých etiků a bioetiků podílet se na vedení etických rozvah. Ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady vznikla v roce 2016 služba etického poradenství, která nabízí účast etického konzultanta v etickém konziliu. Bylo by velmi nápomocné, kdyby možnost etických konzultací byla více rozšířená. Přestože lékaři vědí, že za každých okolností musí vycházet z etických principů lékařské praxe, etická dilemata však nejde řešit podle předem určeného modelu a možnost etických konzultací by byla žádoucí.

KAZUISTIKA

Případ I

Pacient ve věku těsně před završením 93 let byl přijat k hospitalizaci na kardiologickou kliniku pro bolesti na hrudi. Při katetrizacím vyšetření srdce bylo zjištěno závažné, život ohrožující postižení věnčitých tepen. O této diagnóze byl pacient ošetřujícím lékařem informován, zároveň mu bylo sděleno, že nález je řešitelný pouze operací srdce, kterou mu vzhledem k jeho věku již není možné doporučit. Pacient byl urgentně referován na kardiologickém indikačním semináři, na kterém se zvažovalo, jakým způsobem pacienta v takto pokročilém věku léčit. Po kompletaci všech dostupných vyšetření bylo konstatováno, že nález na srdci je sice k operačnímu řešení vhodný, vzhledem k pokročilému věku pacienta se však lékařské konzilium shodlo, že operace srdce v tomto věku představuje pro pacienta již neúnosné operační riziko. I v pří-

padě, že by pacient samotnou operaci srdce přežil, byl by vystaven riziku obtížné pooperační rehabilitace, případně trvalé imobilizace. Navíc se jednalo o pacienta od narození hluchoněmého, který s okolím komunikoval pouze prostřednictvím tlumočení své dcery. V anamnéze pacienta byla poznámka, že pacient se otužuje a pravidelně cvičí. Na základě tohoto anamnestického údaje revokoval kardiolog dočasně závěr indikačního semináře. Vyžádal si účast tlumočící dcery u lůžka pacienta. Přezkoumal fyzický stav pacienta s konstatováním, že pacient je vzhledem ke svému věku v dobré fyzické kondici. Osobně seznámil pacienta se závěrem indikačního semináře s konstatováním, že v případě, že se pacient rozhodne operaci srdce podstoupit, je tento kardiolog ochoten operaci provést. Ještě tentýž den byl kardiolog informován prostřednictvím dcery, že pacient si operaci přeje pod podmínkou, že ji provede zmíněný kardiolog. Pacient byl ještě tentýž den ve večerních hodinách operován. Byl mu voperován aortokoronární bypass za použití mimotělního oběhu. Pacient se po operaci zotavil velice dobře a šestý pooperační den byl přeložen k další rehabilitaci do lázni. Tento pacient se dožil 101 let a příčinou smrti byla nekardiální diagnóza.

Tato kazuistika jednoznačně poskytuje důkaz, že k diskriminaci kvůli věku může u kardiologických pacientů docházet. Na lékařích zůstává, aby i drobné náznaky jakékoli diskriminace kvůli věku včas identifikovali, vedli etickou rozvalu a v případě nejasností prováděli odborné konzultace nejen s odborníky ve své specializaci, ale také s etiky. Na etikách je, aby nabídli eticky správná řešení, která by napomohla takové situace řešit. Je zřejmé, že zde existuje prostor pro zlepšení mechanismu posuzování indikací ke kardiologickým operacím u starších pacientů.

Případ II

Pacientka ve věku 93 let byla přivezena do nemocnice po resuscitaci v šokovém stavu s diagnózou akutního infarktu myokardu (srdeční infarkt). Po provedení doplňujících vyšetření bylo zjištěno, že u pacientky došlo vlivem infarktu také k utržení srdeční chlopně. Toto závažné postižení srdce mělo za následek kardiogenní šok a bylo řešitelné pouze otevřenou operací srdce za použití mimotělního oběhu. Operace srdce s touto diagnózou je vysoce riziková i u mladších pacientů a u této 93leté pacientky představovala neúnosné operační riziko. O stavu pacientky byla neprodleně informována její rodina, přičemž dcera pacientky se dožadovala operačního řešení i s vědomím rizika úmrtí při operaci. Předpoklad dožití pacientky bez operace byl v řádu hodin.

Pacientka byla urgentně operována a operaci přežila. Její rekonvalescence byla ale náročná a zdlouhavá. Pacientka však zemřela měsíc po operaci na jednotce dlouhodobé intenzivní rehabilitační péče (DIOP).

Tato kazuistika se může stát příkladem etických diskusí o kvalitě následného života po kardiologickém zákroku u pacientů vyšší věkové kategorie. Skutečnost, že technicky umíme pomoci i těmto pacientům, neznamená, že jim zákrokem zajistíme přijatelnou kvalitu života. Stanovení konkrétní věkové

hranice pro indikaci ke kardiologickým zákrokům je však náročná a v praxi neuskutečnitelná. Etická rozvaha musí probíhat komplexně a jedním z nejdůležitějších aspektů by měla být snaha o udržení co nejvyšší kvality následného života pacienta.

ZÁVĚR

„Rozhovory mezi lékaři a pacienty nejsou omezeny pouze schopností lékaře komunikovat a porozuměním pacienta; jsou také omezeny neschopností mnoha lékařů naslouchat pozorně slovům pacienta a emocím, které stojí za těmito slovy. Efektivní komunikaci s pacientem znesnadňují také časová omezení. Důležitost zlepšování komunikace mezi lékaři a pacienty by měla být dnes, v éře informací, samozřejmou.“ (Jonsen et al. 2019).

Etické konzultace nepochybně zvyšují kvalitu života pacienta tím, že při jejich správném vedení a porozumění jsou respektována přání a rozhodnutí pacienta, která zohledňují pacientovy priority (Craig et al. 2006). Tím je naplněn důležitý etický princip respektu k autonomii pacienta, a to nejen respektem k jeho přáním, prioritám a rozhodnutím, ale především nabídnutím na míru připravených terapeutických možností, které po odpovědném zvážení všech okolností mohou pacientovi ve vyšším věku nepochybně pomoci a zásadně ulehčit následný způsob života, a v konečném důsledku tím zvýšit jeho kvalitu. Jak již bylo uvedeno výše, důležité jsou etické konzultace přímo s etiky, nikoli pouze se specialisty v kardiologii. V této oblasti je nepochybně velký prostor pro rozšiřování možností poskytování etických konzultací a rozvíjení etického poradenství.

Otázky, které si během odborné rozvahy kardiologické léčby u starších pacientů klademe, by se měly týkat také etické problematiky. Na otázky, které jsou představeny v úvodu článku jistě není možné odpovědět jednoznačně a vyžadují náležitý etický rozbor a odbornou diskusi. Jak plyne z představených kazuistik, stanovení doporučení pro nepřekročitelný věkový limit se neukazuje jako správná cesta. Každopádně by-

chom však měli změnit náš pohled na vnímání věku pacienta a zvažovat každý případ individuálně, abychom dodrželi etický princip nonmaleficence a vyhnuli se poškození pacienta, a to jak ve smyslu neposkytování pomoci v případech, kde by léčba úspěšná byla i přes vysoký věk pacienta, tak v případech poskytování pomoci ve smyslu marné léčby. Jak uvádí A. Jedličková, respekt k etickým principům a základní povinnost úcty k člověku, ke zdraví i k samotnému životu, důsledné opatrování lidských hodnot a dodržování legislativních předpisů představují důležité požadavky potřebné pro předcházení ohrožení lidské důstojnosti. Autorka také akcentuje důležitost zamezení závažných negativních etických implikací, které vznikají důsledkem provinění člověka při zanedbání povinností či z důvodu neschopnosti identifikovat zásadní etická dilemata, vést kvalifikovanou etickou rozvahou a nalézat řešení problémů v souladu s etickými profesními standardy (Jedličková 2022). Dodejme, že u pacientů vyšší věkové kategorie jsou tyto požadavky obzvláště důležité.

LITERATURA

- Craig, J. M. – May, T. (2006): Evaluating the outcomes of ethics consultation. *The Journal of Clinical Ethics*, 17(2), 168–180.
- Felšöci, M. – Toman, O. – Špinar, J. (2009): Specifika kardiologických postižení ve vyšším věku. *Med. Pro Praxi*, 6(5), 240–242.
- Haškovcová, Helena (2010): Fenomén stáří. *Havlíček Brain Team*, 10–16.
- Jedličková, Anetta (2020): Etické konotace léčby onemocnění covid-19. *Vnitřní Lék.*, 66(7), E8–E12. doi.org/10.36290/vnl.2020.132
- Jedličková, Anetta (2022): Etické konotace provádění klinických hodnocení léčivých přípravků během pandemie onemocnění covid-19. *Vnitřní Lék.* 68(1), E9–E15. doi.org/10.36290/vnl.2022.012
- Jonsen, A. R. – Siegler, M. – Winslade, W. J. (2019): *Klinická etika*. Překlad Jaromír Matějka. Stanislav Juhaňák – Triton.
- Rabušic, L. (2002): *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva? (zamyšlení nad některými souvislostmi populačního stárnutí)*. Praha: VUPSV.
- SDĚLENÍ Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb.m.s. [online]. [cit. 2022-09-10]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/96-2001-umluva-o-lid-pravech-a-biomedicine-100419.pdf.