

Az ECMO-kezelés megszüntetésének etikai kérdései

Kovács József dr.

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Bioetika Részleg, Budapest

A tanulmány – egy eset elemzésén keresztül – vizsgálja azt a kérdést, hogy súlyos légzési elégtelenség miatt 60 napja ECMO-kezelésben részesülő, öntudatánál lévő beteg esetén milyen lehetőségei vannak az ECMO-kezelés megszüntetésének akkor, ha a betegnél az alapbetegség gyógyulására, illetve tüdőátültetésre nincs lehetőség, s ezért az ECMO-kezelésre a beteg haláláig szükség lesz, a beteg pedig az ECMO-kezelésnek a haláláig történő folytatását szeretné. A közlemény vizsgálja, hogy az ECMO-kezelés, illetve egyéb intenzív osztályos kezelés esetén lehetőség van-e megszüntetni életmentő/életfenntartó kezelést? Milyen módon vehető figyelembe a beteg/hozzátartozó tiltakozása, illetve beleegyezése? Vizsgálja az igazságossági szempontok szerepét a ritka eszközök elosztásában. A kezelés el nem kezdésének/abbahagyásának morális ekvivalenciája mellett vizsgálja azokat az okokat, amelyek miatt a klinikusok nem értnek egyet ezzel az ekvivalenciatézissel. A tanulmány konklúziója az, hogy a kezelés további eskalációjáról való lemondás általában járhatóbb út, mint az ECMO-kezelés egyszerű megszüntetése. *Orv Hetil.* 2024; 165(4): 132–137.

Kulcsszavak: ECMO, életmentő kezelés visszautasítása, életfenntartó kezelés visszautasítása

Ethical questions of withdrawing ECMO treatment

The study – through the analysis of a case – examines the question of the possibilities of terminating ECMO treatment in the case of a conscious patient who has been receiving ECMO treatment for 60 days due to severe respiratory failure, when the patient does not have a chance to recover from the underlying disease or to undergo a lung transplant, and therefore, ECMO treatment will be necessary until the patient dies. Furthermore, the patient wants ECMO treatment to be continued until death. The paper examines whether it is possible to terminate life-saving/life-sustaining treatment in the case of ECMO or any other intensive care unit treatments. How can the objection or consent of the patient/relative be taken into account? The article examines the role of justice in the allocation of scarce medical resources. In addition to the moral equivalence of withholding/withdrawing life-sustaining treatment, it examines the reasons why clinicians disagree with the equivalence thesis. The conclusion of the study is that forgoing further escalation of treatment is generally a more viable option than simply terminating ECMO treatment.

Keywords: ECMO, refusal of life-saving treatment, refusal of life-sustaining treatment

Kovács J. [Ethical questions of withdrawing ECMO treatment]. *Orv Hetil.* 2024; 165(4): 132–137.

(Beérkezett: 2023. november 4.; elfogadva: 2023. november 27.)

Rövidítések

COVID-19 = (coronavirus disease 2019) koronavírus-betegség 2019; HLA = humán leukocyaantigén; VV-ECMO = venovenosus extracorporalis membránoxigenizáció

Esetismertetés

J. K. 45 éves férfi beteg az intenzív osztályon, akinek súlyos légzési elégtelensége van egy COVID-19-fertőzést követően. 60 napja venovenosus extracorporalis membránoxigenizációs (VV-ECMO-) kezelésben része-

sül. Ez az életfenntartó kezelésnek egy olyan formája, amely átmenetileg helyettesíti a tüdő működését. A tüdőtranszplantációs team kezdetben tüdőtranszplantációra alkalmasnak tartotta őt, ám a beteg számos vérátömlesztésben részesült, ami az anti-HLA-antitestekkel való nagyfokú szenzitizálódását okozta, ezért nem tartják alkalmasnak többé tüdőtranszplantációra. Rossz hosszú távú prognózisa ellenére a beteg éber és tiszta tudatú. Rendszeresen beszélget a kezelőszeméllyel, s szinte minden nap beszél FaceTime-on feleségével és kiskorú gyermekeivel. A kezelőorvos, H. E. doktornő azonban

úgy véli, hogy nem helyénvaló továbbra is ECMO-kezelést adni egy olyan betegnek, akinél nem jöhet szóba tüdőátültetés vagy gyógyulás, és aki – a doktornő szavaiival – »a semmibe vezető hídon tartózkodik«. A beteg azonban megőrizte döntéshozatali képességét a kórházi kezelés alatt. Egyértelműen kijelentette, hogy továbbra is szeretne ECMO-kezelést kapni mindaddig, amíg kommunikációra képes, és élvezheti a családjával eltöltött időt. Nem hajlandó elfogadni az ECMO-kezelés megszüntetését. Kijelentette, hogy tisztában van annak terheivel, hogy élete végéig az intenzív osztályon kell őt kezelni. S azzal is tisztában van, hogy ECMO-kezelése kapcsán különféle komplikációk léphetnek fel nála.

A dolgozat célja az eset elemzése révén megvizsgálni, hogy a szakmai irányelvek, amelyek általában csak korlátozott idejű intenzív osztályos kezelést javasolnak, hogyan egyeztethetők össze a beteg önrendelkezési jogával és a ritka eszközök elosztásának igazságossági szempontjaival.

A közlemény a *The American Journal of Bioethics* tematikus számának, illetve a ritka eszközök elosztásával kapcsolatos egyéb irodalmi közleményeknek a kritikus elemzésével igyekszik választ adni ezekre a klinikai gyakorlatban gyakran felmerülő kérdésekre.

Az eset alapproblémája

A probléma a fenti esetben kettős [1]. Egyfelől a beteg öntudatánál van, és belátási képességgel rendelkezik, így részt vehet a kezelését érintő döntésekben. Ez szokatlan, hiszen az ECMO-kezelésben részesülő betegek nagy része szedációban részesül, s így a kezelést érintő döntésben nem tud részt venni. Másfelől az ECMO a szándéka szerint tipikusan átmeneti kezelés. Azt a – néhány hetes, 1–2 hónapos – időintervallumot hivatott áthidalni, amíg a beteg állapota vagy javul annyira, hogy képes ECMO-kezelés nélkül is életben maradni, vagy a beteg tüdőátültetésben részesül. Ennél fogva az ECMO-t nem arra „tervezték”, hogy a beteg az élete végéig ECMO-kezelésben részesüljön egy intenzív osztályon. Vagyis az ECMO-kezelés nem cél, hanem eszköz egy távolabbi cél (gyógyulás vagy szervtranszplantáció) eléréséhez.

A beteg élete végéig az intenzív osztályon történő ECMO-kezelésre szorul az életben maradáshoz, és ő ezt a kezelést folytatni szeretné. Vagyis ő ezt nem átmeneti kezelésként szeretné kapni – holott ez az ECMO-kezelés célja –, hanem végső kezelésként, élete végéig.

A szokásos orvosi nemzetközi irányelvek szerint az ECMO-kezelést meg kell szüntetni, ha az orvosilag nem indikált, vagyis hasztalan. S az irányelvek szerint hasztalannak számít az ECMO-kezelés (és általában az intenzív osztályos kezelés is), ha a beteg a kezelés eredményeként nem lesz képes az intenzív osztályon kívül életben maradni, vagyis nincs esélye a gyógyulásra (szív- és tüdőfunkciói helyreállítására), és nincs esélye szervtranszplantációra sem [1].

Mivel az ECMO-t gyakran hasonlították a transzplantációhoz vezető hídhoz, a transzplantáció lehetetlensége esetén az ECMO mint híd a semmibe vezet. Ez a „semmi” az intenzív osztályon történő életfenntartó kezelést jelenti a beteg élete végéig. Akik így használják ezt a kifejezést, ezt a helyzetet az elfogadhatatlanul rossz életminőséggel azonosítják [2].

Az intenzív osztályos kezelést, amely a beteg haláláig tart, a semmivel azonosítani azonban problematikus. A kezelés folytatását kérő beteg biztosan nem a „semmiben” érzi magát. Sokkal helyesebb lenne az ilyen ECMO-kezelésről úgy beszélni, hogy az híd egy korlátozott idejű túléléshez az intenzív osztályon. A beteg életminőségét csak maga a beteg tudja felbecsülni, senki más. Így ha valaki a beteg elfogadhatatlanul alacsony életminőségére hivatkozva akar életfenntartó kezelést egyoldalúan megszüntetni, az nem fogadható el [2].

A fenti eset első kérdése, hogy hogyan lehetne egy belátási képességgel rendelkező beteg esetén a beteg akaratára ellenére megszüntetni az életfenntartó terápiát? Hiszen végül is sokféle életfenntartó terápia létezik, melynek segítségével a beteg életben maradhat, s mely nélkül meghalna (például otthoni lélegeztetés, dialízis stb.). Ezek használatát sem lehetne a beteg akaratára ellenére megszüntetni. Akkor miért lehetne ezt megtenni az ECMO esetén? Pusztán azért, mert az egy intenzív osztályon történik, és nem a beteg otthonában [1]?

Az első válasz a ritka eszközök elosztásával kapcsolatos igazságossági megfontolás. Az ECMO csak az azt kezelő szakképzett személyzet segítségével működtethető. S bár az ECMO mint eszköz megvehető, az azt kiszolgáló szakképzett személyzet csak nagyon korlátozott számban áll rendelkezésre.

Ha olyan beteg „foglalja le” az ECMO-t, akinek nincs esélye a gyógyulásra, az eszközt viszont élethossziglan igényli, ez sok beteg felesleges halálához vezethet. Hiszen ez azt jelenti, hogy sok rászoruló és jó prognózissal rendelkező beteget nem lehet majd akár néhány napos ECMO-kezelésben sem részesíteni az alatt az idő alatt, amíg azt az ECMO nélküli életre esélytelen beteg „elfoglalja”. Így egy nagyon rossz prognózisú beteg életben tartása árán elvesztünk sok jó prognózisú és ECMO-val megmenthető beteget. Ez a ritka erőforrások észszerűtlen elosztását jelenti, mert sérti azt az elvet, hogy egy adott ritka eszközzel időegység alatt a lehető legtöbb emberi életet mentjük meg.

A fenti érveléssel magyarázható az, hogy forráshiányos országokban sok beteg, ha prognózisuk rossz, eleve nem részesül ECMO-kezelésben, noha az számukra hasznos (életmentő/életfenntartó) lenne. Orvosilag hasztalannak nevezik az ilyen kezelést, holott az a betegnek orvosilag hasznos lenne, csak más, jobb prognózisú betegek ECMO-val történő kezelését lehetetlenné tenné. Vagyis a kezelés orvosilag nem hasztalan, hanem inkább nem áll rendelkezésre elegendő mennyiségben.

A fenti érvelés azonban csak akkor indokolná az ECMO-kezelés egyoldalú, a beteg akaratára ellenére törté-

nő megszüntetését, ha lenne olyan konkrét – az orvos számára már ismert – jó prognózisú beteg, aki várakozik hasonló kezelésre, s aki ECMO nélkül meghalna, ECMO-val azonban észszerű reménye van a gyógyulásra. Hiszen J. K. – még ha folytatják is az ECMO-kezelést – néhány héten belül biztosan meghal. A másik, jó prognózisú beteg azonban 30 nap ECMO-kezelés után még évtizedekig élhet. Ha ilyen választás elé állítanak embereket, akkor az eset megvitatása és a tények tisztázása után az emberek 80%-a általában a jó prognózisú beteg ECMO-kezelését részesíti előnyben a rossz prognózisú helyett, s ez az eredmény következetesen megismétlődik, akár laikus hallgatóságot, akár szakembereket kérdeznak meg [3]. Akut krízis körülményei között (ilyen volt a COVID-19-pandémia esete) ez etikailag elfogadható döntés. Jogi elfogadhatósága azonban kérdéses, hiszen itt az a kérdés merülne fel, hogy meg lehet-e ölni valakit azért, hogy helyette ugyanazzal az eszközzel egy másik embert mentsenek meg.

Ha viszont nem áll fenn ilyen krízis, akkor az életfenntartó kezelés egyoldalú megszüntetése elfogadhatatlan [1]. Az USA-ban és Kanadában jogilag nem megengedett életfenntartó kezelést megszüntetni egyoldalú orvosi döntéssel a beteg/családja tiltakozása ellenére [4]. A jogi helyzet a legtöbb országban, s így Magyarországon is, hasonló. Ezen érvelés szerint tehát el kell különítenünk a krízis esetén fennálló kezelési standardokat, amelyek „krízismegoldásokat” igényelnek, a nem krízishelyzetben érvényesülő standardoktól, amelyek a beteg életfenntartó kezelésének folytatását írják elő.

Az ECMO-kezelésben részesített beteg, akinek nincs esélye a gyógyulásra, s élete végéig ECMO-kezelésre szorul, nem a „semmibe vezető hídon” lévő beteg, ahogyan H. E. doktornő fogalmazott, hanem egy haldokló beteg, aki valószínűleg heteken belül meg fog halni. Ekkor az intenzív osztályos kezelés átalakul palliatív kezeléssé, amelynek intenzív osztályon történt nyújtása szokatlan ugyan, de nem lehetetlen. Ekkor a kezelés célja a beteg pszichoszociális és spirituális igényeinek kielégítése [5]. A kezelés célja ilyenkor csak az lehet, hogy a beteg az állapota prognózisával tisztában lehessen, s a rendelkezésre álló kevés időt felhasználhassa arra, hogy fontos céljait megvalósíthassa (például folyó ügyeit lezárhassa, családtagjaitól elbúcsúzhasson) [6].

Erős érvek szólnak amellett, hogy még krízisstandardok érvényesülése esetén sem hozhat a kezelőorvos a beteg számára hátrányos döntést. A kezelőorvosnak az általa kezelt beteg elkötelezett szószólójának kell lennie. Egy tiltakozó betegnél életfenntartó kezelést megszüntetni voltaképpen emberölésnek tekinthető [7]. Nem véletlen ezért, hogy az orvosok és a kezelőszemélyzet számára érzelmileg nagyon megterhelő egy életfenntartó kezelés megszüntetése még a beteg kifejezett kérése esetén is.

Érzelmileg az orvosnak különösen megterhelő, amikor (nagyon ritkán) szülők kérik kiskorú, tudatánál lévő,

ép értelmű, de kilátástalan állapotú gyermekük ECMO-kezelésének megszüntetését. Az pedig a legtöbb intenzív osztályos orvosnak érzelmileg elfogadhatatlan lenne, ha a fenti gyermek ECMO-kezelését a szülők tiltakozása ellenére szüntetnék meg. Mindez azonban krízishelyzetben nem szólna az ilyen döntés etikai elfogadhatatlansága mellett [8, 9]. A jogi elfogadhatóság azonban ebben az esetben is kérdéses. Ezért krízishelyzetben a beteg számára hátrányos döntést másnak kell meghoznia, s nem a beteget kezelő orvosnak. (Ilyen lehet például az ilyen helyzetekben használt triázstiszt intézménye [10].) Ez a klinikus pszichológiai egészségét is védi, hiszen katonai példákból tudható, hogy ha egy parancsnok kerül olyan helyzetbe, hogy döntenie kell, melyik alárendeltje éljen túl, s melyik élete kerüljön feláldozásra, egy ilyen döntés élethossziglan tartó lelki furdalást, bűntudatot, egyfajta poszttraumás stressz-zavart idézhet elő.

A fenti érvelés alapján tehát az a következtetés adódik, hogy életfenntartó kezelést a belátási képességgel rendelkező beteg tiltakozása ellenére a kezelőorvos egyoldalúan nem szüntethet meg [11].

Orvosi hasztalanság *versus* eszközhiány?

A jelenlegi nemzetközi irányelvek általában nem tartják indikálnak az intenzív osztályos kezelést, ha az abba hagyhatatlannak tűnik [6]. Vagyis nem várható, hogy annak eredményeként a beteg majd elhagyhatja az intenzív osztályt, mert azon kívül is fenntarthatók lesznek az életműködései.

Ez a feltétel azonban csak az intenzív osztályos kapacitás szűkössége miatt fogadható el átmenetileg mint kezelést korlátozó feltétel. Ez azonban soha nem lehet elvi ok a beteg életfenntartó kezelésének abbahagyására.

Számos mai – krónikusan alkalmazott – életfenntartó kezelési forma, melyeket kezdetben csak az intenzív osztályon tudtak biztosítani, ma rendelkezésre áll az intenzív osztályon kívül is, és ezeket a kezeléseket tartósan alkalmazták (mechanikus lélegeztetés, hemodialízis stb.), s nem tartják orvosilag nem indikált kezelési formáknak. Ha azonban a kezelés csak az intenzív osztályon lenne tartósan alkalmazható, akkor ma nem indikált kezelésnek tartanák.

A fentiek alapján a tartós ECMO-kezelés lehet a következő olyan krónikus kezelési forma, amely korábban elképzelhetetlennek számított, de amely javítja egy haldokló beteg életminőségét, és alkalmazása összhangban áll a beteg/családja értékrendszerével.

Ezért az az intenzív osztályos kezelés, amely abba hagyhatatlannak tűnik, mert a beteg valószínűleg élete végéig rászorul, nem tekinthető orvosilag nem indikált kezelésnek. Csak olyan kezelésnek tekinthető, amely a rendelkezésre álló intenzív osztályos kapacitás szűkössége miatt tartósan ma nem adható, de amelynek intenzív osztályon kívüli elérhetőségére törekedni kellene.

A beteg állapota prognózisának inherens bizonytalansága

A beteg állapotának megítélése alapvetően fontos, és az őt kezelő orvosi team konszenzusa általában javítja a prognózis pontosságát, annak bizonytalansága azonban mindig megmarad. Vizsgálatok szerint ha a kezelőorvosok között konszenzus alakul ki arról, hogy a beteg a kezelés ellenére is meg fog halni az intenzív osztályon, az az esetek 15%-ában tévesnek bizonyul [12]. Az intenzív osztályos kezelés el nem kezdésével/megszüntetésével kapcsolatos döntést vizsgálatok szerint sokkal inkább meghatározza a kezelőorvos személyisége, mint az, hogy a betegnek mi a diagnózisa, illetve milyen komorbiditásokkal rendelkezik [12]. A prognózis inherens bizonytalansága és a döntésnek az orvos személyiségétől való jelentős függése azt sugallja, hogy a kezelés megszüntetése – kiváltképp a beteg akarata ellenére – nagyon bizonytalan talajon hozott döntés, ezért ez komoly érv az ilyen döntés ellen [12].

A lélegeztetőgépek elosztásának tanulságai a COVID-19-pandémia korai szakaszában

Noha számos allokációs algoritmus született, amelyek sokféle tényezőt figyelembe vettek, és széles körű támogatást élveztek, mégis az esetek többségében a lélegeztetőgépeket az USA-ban az érkezés sorrendjében osztották el [11]. Azokat a betegeket, akik nem mutattak javulást, a beteg családjával megbeszélve levették a lélegeztetőgépről.

Noha a nemzetközi gyakorlat még nem egészen tisztázott, az USA-ban nem volt példa arra, hogy javuló állapotú betegeket vettek volna le a lélegeztetőgépről azért, hogy jobb prognózisú betegeket kezelhessenek vele. Ez még akkor is így történt, amikor az intézmény allokációs algoritmus megengedte volna, hogy az orvos a beteg/családja tiltakozása ellenére megszüntesse egy beteg életfenntartó kezelését.

A triázs utilitarista elvei helyett az orvosok az ősi *primum non nocere* (elsősorban ne árts!) elvét követték. Ez azt írja elő, hogy az orvos még akkor sem árthat a betegnek, ha ezzel más betegnek hasznot tudna hajtani [11]. Egy életfenntartó terápia egyoldalú rutinszerű megszüntetése a belátási képességgel rendelkező beteg tiltakozása ellenére megváltoztatná azt a képet, ahogy a betegek az orvosokat látják. Ekkor az orvost hóhérnak tekintenék. A ritka eszközöket elosztó állami akarat végrehajtójának tartanák, akiben nem lehet megbízni [11].

A lélegeztetőgépek elosztásának tanulsága tehát az, hogy a ritka, életmentő/életfenntartó eszközök elosztásának a hagyományos módja a megfelelő. Ez az érkezési sorrendben történő elosztás. És ha egy életfenntartó terápia megszüntetése kerül szóba, azt csak a beteggel/családjával való megbeszélés eredményeként lehet megtenni, soha nem az orvos egyoldalú döntésével. A legjobb módszer a kezelést kezdettől fogva próbakezelésnek felfogni,

mely egyelőre meghatározott ideig fog tartani, s mely a kezelés haszontalansága esetén kerül megszüntetésre, ahol a haszontalanság kritériumait előre közösen meghatározzák (például a beteg nem mutat javulást, s nem lesz képes az életfenntartó kezelés nélkül élni) [11].

A kezelés el nem kezdése, illetve abbahagyása közötti különbségtétel

Széles körben elfogadott az ún. ekvivalenciátézis. Eszerint egy kezelés el nem kezdése, illetve elkezdése, majd abbahagyása között nincs morális különbség, noha érzelmileg különbséget érzünk a kettő között.

Az ekvivalenciátézis azonban éles ellentétben áll a szokásos klinikai gyakorlattal. Ott előfordul, hogy egy életmentő/életfenntartó kezelést nem kezdenek el, a klinikusok azonban vonakodnak az ilyen kezelést megszüntetni. Ennek a különbségnek az egyik oka, hogy a beteg/hozzátartozó nem tudja, milyen kezelést lehetne még elkezdni, ezért tiltakozni sem tud a kezelés el nem kezdése ellen. Ezzel szemben a kezelésben részesülő beteg/hozzátartozó már ismeri a kezelés hatását, s tiltakozni tud annak egyoldalú elvonása ellen. Vagyis a kezelés el nem kezdéséről könnyű a klinikusnak egyoldalúan döntenie a beteg/hozzátartozó információhiánya miatt. A kezelés visszavonásáról szóló egyoldalú klinikusi döntés azonban sokkal nehezebb, mert a beteg/hozzátartozó már ismeri ezt a kezelési lehetőséget, és sok esetben ragaszkodik annak folytatásához.

A kezelés el nem kezdése, illetve elkezdése és abbahagyása közötti érzelmi különbséget tehát az okozza, hogy az egyoldalú klinikusi döntés a kezelés abbahagyása esetén a beteg/hozzátartozó ellenállásába ütközhet. A kezelés abbahagyásáról szóló tájékoztatás tehát nehéz kommunikációs feladat, míg ilyen nehézség az el nem kezdéskor ritkán merül fel.

Elvben azonban ez nem szól az ekvivalenciátézis ellen. A klinikusnak elvben tájékoztatnia kellene betegét bármely kezelés előtt a kezelési lehetőségekről is és arról, hogy miért nem kezd el egy potenciálisan hasznos kezelést. S ez ugyanolyan nehéz kommunikációs feladat, mint a kezelés megszüntetéséről szóló döntés, ha mindkettőbe be van vonva a beteg/hozzátartozó.

Az ekvivalenciátézis morálisan tehát igaz, kommunikációs szempontból azonban nehezebb egy kezelés visszavonását kommunikálni, mint az el nem kezdését. Ez utóbbira a gyakorlatban sokszor sor sem kerül.

Az ECMO-kezelés korlátozásának igazságossági indokai

Az ECMO-kezelés ritka eszközzel történő kezelés. Továbbá ritka eszközöknek számítanak az intenzív osztályos ágyak is, és kevés az azokat kiszolgáló személyzet.

Ha egy beteg elfoglal egy intenzív osztályos ágyat, az azt jelenti, hogy egy másik beteget, aki rászorulna, nem

lehet arra az ágyra felvenni. Ez pedig sok esetben az illető beteg halálát jelenti. Ezért a legtöbb egészségügyi intézmény korlátozza, hogy egy betegnek milyen kezelés adható úgy, hogy ily módon a legtöbb egészségnyereség adódjon a korlátozott erőforrások felhasználásával.

A korlátozás azonban nem a betegágy mellett dolgozó klinikus feladata, hanem a kórházi/egészségügyi menedzsmenté, tágabban pedig a szakmai irányelveké. S annak meghatározása, hogy milyen állapotú betegnek milyen kezelés adható, az adott életmentő/életfenntartó kezelésekre potenciálisan rászoruló többi beteg érdekében történik.

Vagyis a tárgyalt példában, amelyben J. K. tartós, élete végéig tartó ECMO-kezelést szeretne, ez szembekerül a pillanatnyi elvekkel, amelyek az ECMO-t átmeneti terápiának tekintik egy rövid időszak áthidalására. Ha a rendelkezésre álló, korlátozott számú ECMO-t tartós terápiára használnák kilátástalan prognózisú betegeknél, az sok – ECMO-val megmenthető – beteg felesleges halálát jelentené. Ezért szükséges az ECMO-val való kezelés idejét korlátozni s azt mint terápiás próbálkozást jellemezni [13].

J. K. úr esetén a transzplantációs sebészek is ezt az igazságossági megközelítést alkalmazták. Hiszen – szól az eset – a vérátömlesztések miatt létrejött anti-HLA-antitestekkel való nagy fokú szenzitizálódása miatt tekintették őt tüdőtranszplantációra alkalmatlannak. Valójában azonban ez a szenzitizálódás elvben nem teszi lehetetlenné a transzplantációt. Azért utasítják őt mégis el, mert esetében nagy a valószínűsége a graft kilökődésének, s vannak olyan betegek, akiknél a kilökődés esélye kisebb. A rendelkezésre álló ritka eszköz (transzplantálandó tüdő, sebészi kapacitás stb.) észszerűbb s így igazságosabb elosztását jelenti, ha az kapja, akinek abból nagyobb valószínűséggel van haszna. Ha a transzplantációs sebészek figyelembe vehetnek ilyen igazságossági szempontokat a szervek elosztásakor, miért ne vehetnének figyelembe ilyen szempontokat az intenzív osztályon dolgozók az ECMO-kezelés elosztásakor? [13]

A ritka eszközök elosztásának nem a betegágy mellett dolgozó klinikus szintjén kell történnie, hanem intézményi szinten. A betegágy mellett dolgozó orvosnak betege elkötelezett szószólójának kell lennie. Mindent meg kell tennie, amiről úgy gondolja, hogy az betegének orvosiilag érdekében áll. Ha egy beteg élete átmenetileg csak ECMO-val tartható fenn, s a beteg szeretné ezt a kezelést, az orvosnak meg kell próbálnia ezt biztosítani. A kezelőorvossal szemben, aki betege érdekét tartja szem előtt, az intézménynek az összes beteg érdekét kell szem előtt tartania, vagyis gondoskodnia kell az eszközök igazságos elosztásáról. Ennek érdekében intézményi politikát alakíthat ki például az ECMO-val kapcsolatos kezelés indikációjáról és korlátairól.

Emiatt az igazi kérdés nem az, hogy J. K. ECMO-val való kezelése folytatható-e, vagy sem. Az igazi kérdés az, hogy mi a helyes intézményi politika az ECMO-val történő kezelés kapcsán az olyan betegek esetén, mint ami-

lyen J. K., és az igazságossági szempontokat figyelembe vevő intézményi politika birtokában azt pártatlanul lehet alkalmazni J. K. és minden hasonló beteg esetén [14].

Következtetés

A probléma megoldása általában nem az ECMO-kezelés megszüntetése, hanem a kezelés eszközléséről szóló lemondás a beteg/családja beleegyezésével. A kezelés eszközlésének kizárása azt jelenti, hogy a megkezdett ECMO-kezelést nem hagyják ugyan abba, viszont nem alkalmaznak új kezelési formákat (például inotrop szereket), s nem cserélik ki az ECMO-oxigenátor egységét, ha az kimerült.

Az ECMO-kezelést ugyanis számos komplikáció nehezítheti (például thromboemboliás szövődmények, vérzések, infekciók). Ezek mind külön-külön további kezelést, vagyis a kezelés eszközlését igénylik, s még a legjobb esetben, még a kezelés eszközlésével is néhány hónap alatt bekövetkezik a halál, hiszen az ECMO-t nem tartós terápiára tervezték [4]. A kezelés eszközlésének hiányában azonban a betegnél gyorsabban következik be a halál. Az eszközlést jelentő kezelések el nem kezdése a beteggel/családdal történő megbeszélést követően sokkal elfogadhatóbb, mint magának az ECMO-kezelésnek a megszüntetése [5].

A kezelés eszközléséről való lemondás más területeken is elfogadott. Sebészek gyakran javasolják a további, heroikus beavatkozásokról való lemondást a rossz prognózis miatt, s ezt a legtöbbször a betegek is elfogadják [15].

A kezelés további eszközléséről való lemondás (például nem újraéleszteni szív-megállás esetén) pszichológiailag is könnyebb, mint fizikailag lekapcsolni a beteget az ECMO-ról. S ez inkább egy új kezelés el nem kezdése, mint egy már adott kezelés visszavonása, mely – az ekvivalenciátézis ellenére is – egy klinikusnak érzelmileg könnyebb, a betegnek/családnak pedig elfogadhatóbb, mint a már megkezdett kezelés megszüntetése [13].

Az ECMO-terápia egyre elterjedtebb és egyre sikeresebb Magyarországon is [16–18], melynek országos programmá alakítását már korábban szorgalmazták [19]. A technikával járó etikai problémák további tárgyalása ezért fontos és időszerű, hiszen az ECMO-kezelés ritka-eszköz-jellege még sokáig ezen eljárás jellegzetessége marad.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

A cikk végleges változatát a szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

Irodalom

- [1] Childress A, Bibler T, Moore B, et al. From bridge to destination? Ethical consideration related to withdrawal of ECMO support over the objections of capacitated patients. *Am J Bioeth.* 2023; 23(6): 5–17.
- [2] Allen W(B)L. ECMO as a destination therapy is not a bridge to nowhere. *Am J Bioeth.* 2023; 23(6): 57–59.
- [3] Fleck LM. ECMO: What would a deliberative public judge? *Am J Bioeth.* 2023; 23(6): 46–48.
- [4] Kirsch RE. The divergence of technical and human teleology. *Am J Bioeth.* 2023; 23(6): 38–41.
- [5] Rutz Voumard R, Ltaief Z, Liaudet L, et al. ECMO as a palliative bridge to death. *Am J Bioeth.* 2023; 23(6): 35–38.
- [6] Batten JN, Dzeng E, Finder S, et al. When critically ill patients with decision making capacity and no further therapeutic options requests indefinite life support. *Am J Bioeth.* 2023; 23(6): 21–23.
- [7] Wilkinson D, Fraser J, Suen J, et al. Ethical withdrawal of ECMO support over the objection of competent patients. *Am J Bioeth.* 2023; 23(6): 27–30.
- [8] Kon AA. Withdrawal of ECMO support over the objection of a capacitated patient can be appropriate. *Am J Bioeth.* 2023; 23(6): 30–32.
- [9] Kingsley J, Berkman ER, Derrington SF. Battle of the bridge: ethical considerations related to withdrawal of ECMO support for pediatric patients over family objections. *Am J Bioeth.* 2023; 23(6): 32–35.
- [10] University of Pittsburgh, Department of Critical Care Medicine. Allocation of scarce critical care resources during a public health emergency (2020). Available from: <https://bioethics.pitt.edu/sites/default/files/Univ%20Pittsburgh%20-%20Allocation%20of%20Scarce%20Critical%20Care%20Resources%20During%20a%20Public%20Health%20Emergency.pdf> [accessed: 15. 10. 2023].
- [11] Dorenberg SN, Soled DR, Truog RD. Ethical Issues in the transition to ECMO as a destination therapy. *Am J Bioeth.* 2023; 23(6): 18–20.
- [12] Hutchison PJ, Joshi N, Wasson K. When the bridge crumbles: balancing ECMO-DT with Transplant Program Needs. *Am J Bioeth.* 2023; 23(6): 49–51.
- [13] Andrist E. Fairly distributing the distributive justice argument permits stopping ECMO. *Am J Bioeth.* 2023; 23(6): 65–67.
- [14] Callies DE. Unilateral ECMO withdrawal and the argument from distributive justice. *Am J Bioeth.* 2023; 23(6): 72–74.
- [15] Courtwright AM. The moral relevance of ECMO bridge maintenance. *Am J Bioeth.* 2023; 23(6): 52–54.
- [16] Kovács E, Németh E, Prigya J, et al. The role of extracorporeal life support in cardiopulmonary resuscitation. [Az extracorporalis keringéstámogatás helye az újraélesztésben.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 510–514. [Hungarian]
- [17] Bogos K, Berta J, Cselkó Zs, et al. The impact of the COVID-19 epidemic on the course of the most common respiratory diseases. [A COVID-19-járvány hatása a leggyakoribb légzőszervi megbetegedések lefolyására.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 51–56. [Hungarian]
- [18] Berhész M, Fábrián Á, László I, et al. Organ replacement therapy and life-supporting treatment modalities in critically ill COVID-19 patients. [Emelt szintű szervtámogató és életfenntartó kezelések kritikus állapotú COVID-19-fertőzött betegeken.] *Orv Hetil.* 2020; 161: 704–709. [Hungarian]
- [19] Hartyánszky I, Koppányi Á, Szabolcs Z, et al. The Semmelweis University extracorporeal membrane oxygenation program – 5 years’ results and perspectives. [A Semmelweis Egyetem extracorporalis membránoxigenizációs programja – az 5 éves Városmajori-eredmények függvényében.] *Orv Hetil.* 2018; 159: 1876–1881. [Hungarian]

(Kovács József dr.,
Budapest, Pf. 2., 1428
e-mail: kovacs.jozsef@med.semmelweis-univ.hu)

„Mala mors necessitatis contumelia est.”
(A rossz halál megszegyenyítés a sorstól.)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)