

末期非癌症之醫病溝通與 病情說明

失智症

Pei-Ning Wang MD

王 培 寧

Department of Neurology,
National Yang-Ming University
Taipei Veterans General Hospital

新安寧運動-非癌疾病末期安寧療護研討會

2009 / 12 / 05

關鍵時機和影響因素

關鍵時機

- ◆ 疾病的瞭解
- ◆ 決定日後的療程
- ◆ 接收安寧療護的訊息
- ◆ 考慮接受安寧療護

影響因素

- ◆ 疾病的急迫性
- ◆ 心理是否做好準備
- ◆ 對醫護人員的信任度
- ◆ 醫護的人員解釋
- ◆ 安寧療護服務的可用性

如何與家屬溝通

- ◆ 瞭解失智症的病程
- ◆ 瞭解失智症的預後
 - ◆ 6 個月 或兩年
- ◆ 給予其選擇

照護人員失智症的教育課程對家屬滿意度之影響

- ◆ 45 分鐘，24堂課
- ◆ 給予相關文章閱讀
- ◆ 內容包括末期失智症的安寧照護，病人為重點的照護模式、家庭為中心的照護咨詢、如何處理可能發生的醫療狀況、給予安寧治療手冊、教導如何解答家屬常問之問題。

照護人員接受失智症的教育課程對家屬滿意度之影響

	MGC 2005 訓練前	MGC 2006 訓練後	US Survey NH
對疼痛未適當處理	25% (n=12)	00% (n=9)	31%
對呼吸困難未適當處理	20% (n=20)	20% (n=15)	23%
未給予情緒支持	44% (n=27)	19% (n=21)	36%
未給予病人適當的尊重	27% (n=26)	19% (n=21)	31%
在病人死亡前未給予足夠的資訊	48% (n=27)	28% (n=21)	44%

極重度失智症常面對的醫療狀況

- ◆ 何時停止使用治療失智症的藥物
- ◆ 反覆的使用抗生素治療感染
- ◆ 是否要放置鼻胃管
- ◆ 約束行動和四肢的活動
- ◆ 藥物控制其行為問題

末期失智症人常見的急性症狀

- ◆ 呼吸困難 (dyspnea)
- ◆ 疼痛 (pain)
- ◆ 躁動、譫妄 (agitation, delirium)

Treatable disease
可治療的疾病

腦退化但非身體其他器官之疾病



◆ 何時停止使用治療失智症的藥物

失智症病人肺炎時是否使用抗生素 安寧面

- ◆ 荷蘭安養中心失智症病人的研究，559位死於肺炎，166位死於進食問題
- ◆ 評估死亡前2星期的舒適度 (discomfort scale)
- ◆ 死於肺炎者的不適程度高於進食問題者
- ◆ 使用抗生素者（大部分使用口服抗生素）死前舒適度較高
- ◆ 但給予水分和養分補給並沒有提高舒適度

鼻胃管餵食對重度失智症預後的影響

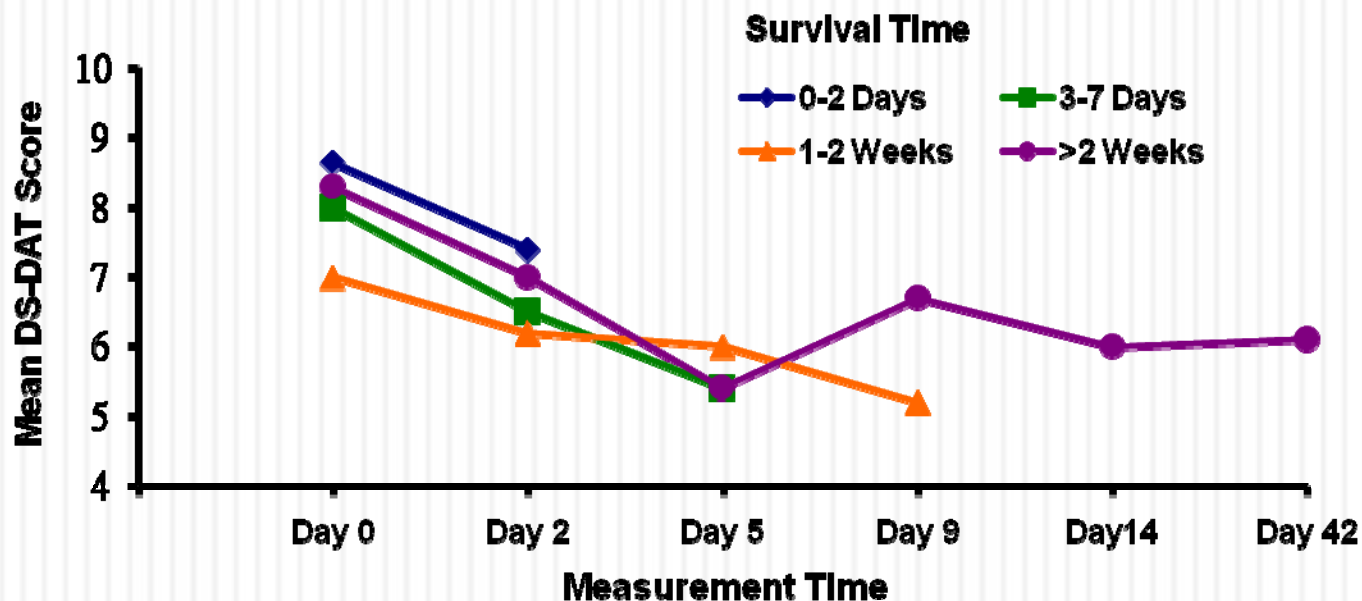
- ◆ 沒有減少胃酸逆流和吸入性肺炎的機會
- ◆ 並沒有明顯改善營食狀況
- ◆ 沒有增加存活率
- ◆ 沒有加速褥瘡的改善
- ◆ 沒有減少感染的機率
- ◆ 沒有改善生活功能
- ◆ 沒有改善病人的舒適度

鼻胃管餵食對重度失智症預後的影響

- ◆ 增加口水分泌
- ◆ 增加感染
- ◆ 鼻胃管可能因阻塞而需重換
- ◆ 增加病人需要被約束的機會
- ◆ 增加病人因需插管而進醫院的機會

給予人工營養和水分對重度失智症病人舒適度之影響

- ◆ 荷蘭178位失智症病人
- ◆ 呼吸困難、躁動、疼痛會增加不舒適
- ◆ 第一天最難過



鼻胃管餵食：東西方不同

波士頓的失智照護中心 VS. 香港的長期照中心

	波士頓	香港
目標	安寧照護	治療疾病，救活病人
鼻胃管餵食	共識為不使用	常用
治療計畫的決定	家屬參與是否轉至急病治療醫院和是否採用安寧療護	家屬參與決定如何治療和是否接受心肺復甦術
對失智症的看法	破壞性疾病	退化性疾病
對鼻胃管的看法	不需要，以安寧為主	會使情況好轉，有可能不用鼻胃管

行動和肢體限制(restraint)

- ◆ 肢體限制是最後不得已的方法
- ◆ 安全考量？
- ◆ 用藥物限制活動？
- ◆ 鎮定劑？

家人對失智症的瞭解和末期失智症 病人接受積極性治療的相關性

Proxy's Understanding of Prognosis and Expected Complications	Residents Who Died during 18-Mo Study Period (N=177)	Residents Who Underwent Any Burdensome Intervention during Last 3 Mo of Life	Odds Ratio for Burdensome Intervention during Last 3 Mo of Life (95% CI) [†]	
	<i>no. (%)</i>	<i>no./total no. (%)</i>	Unadjusted	Adjusted
Believed resident had <6 mo to live				
Yes	46 (26.0)	14/46 (30.4)	0.45 (0.19–1.04)	0.34 (0.14–0.81)
No	131 (74.0)	58/131 (44.3)	Reference category	Reference category
Understood expected clinical complications				
Yes	146 (82.5)	52/146 (35.6)	0.30 (0.15–0.62)	0.33 (0.17–0.63)
No	31 (17.5)	20/31 (64.5)	Reference category	Reference category
Believed resident had <6 mo to live and understood expected clinical complications	37 (20.9)	10/37 (27.0)	0.13 (0.04–0.44)	0.12 (0.04–0.37)
Either believed resident had <6 mo to live or understood expected clinical complications, but not both	118 (66.7)	46/118 (39.0)	0.23 (0.10–0.57)	0.25 (0.13–0.49)
Neither believed resident had <6 mo to live nor understood expected clinical complications	22 (12.4)	16/22 (72.7)	Reference category	Reference category

末期失智症病人未接受良好安寧照 護的障礙點

Barrier	Potential Remedy
Dementia not seen as a terminal illness appropriate for palliative care approach	Educate health professionals and the public; publicize innovative models integrating palliative and primary care
Nature of advanced dementia and treatment decisions	Educate health professionals
Psychological and emotional challenges of withholding treatments such as antibiotics and tube feeding	Have physicians shape patient care plans in more palliative fashion, sharing greater portion of decision-making burden
Assessment and management of pain in cognitively impaired individuals	More broadly disseminate expert guidance on this topic Routinely utilize assessments by patient and caregiver, as well as observe patient Consider behavior change as a trigger for investigation and possible treatment of pain
Management of behavioral problems and psychiatric symptoms	Educate health professionals Refer to psychiatrists, geriatric psychiatrists, and other specialists
Challenging caregiver stress and bereavement issues	Educate of health professionals Develop innovative bereavement programs
Economic and systemic disincentives for providing excellent end-of-life care to patients with dementia	Replicate and disseminate innovative programs Modify payment systems to align incentives Incorporate measures of end-of-life care for patients with dementia to quality improvement and quality measurement efforts

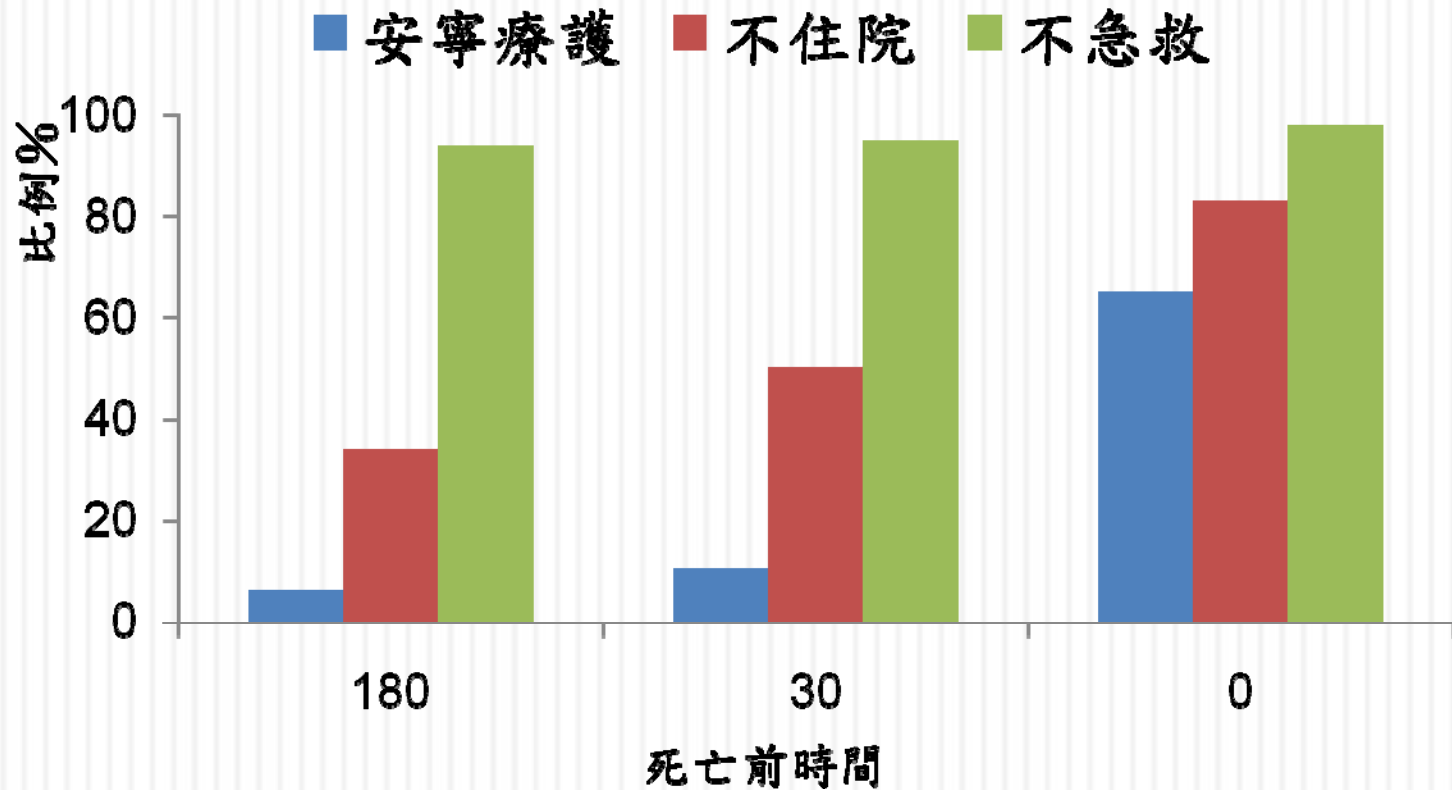
影響家人對末期失智症照護滿意度的因素

Characteristic	Parameter Estimate (95% Confidence Interval)
家屬曾就病情和醫護人員討論15分鐘以上	2.39 (1.16-3.61)
在疾病末期給予症狀治療	0.10 (0.02-0.17)
住在失智症專門的養護中心	1.48 (0.25-2.71)
病人未接受鼻胃管餵食	2.87 (0.46-5.25)

影響家人決定末期失智症病人不再入院接受積極治療的因素

Characteristic	Adjusted Odds Ratio (95% Confidence Interval)
主要照護者並非兒女	4.39 (1.52-12.66)
已有進食問題	4.17 (1.52-11.47)
大於92 歲	2.78 (1.29-5.96)
在養護中心住超過兩年	2.34 (1.11-4.93)

在失智症病人死亡前多久家人能決定給予安寧照護



There were 240 subjects in the sample at 0 days and 30 days before death and 218 subjects in the sample 180 days before death

影響家人對末期失智症病人死亡前（30天）悲傷情緒的因素

Pre—death grief

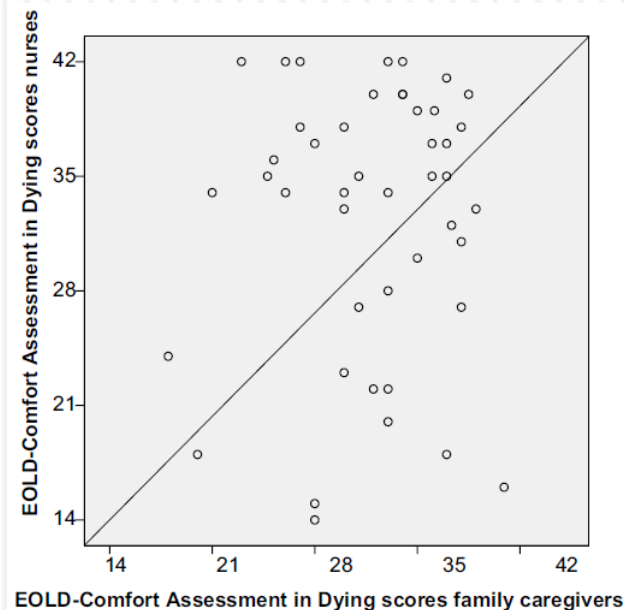
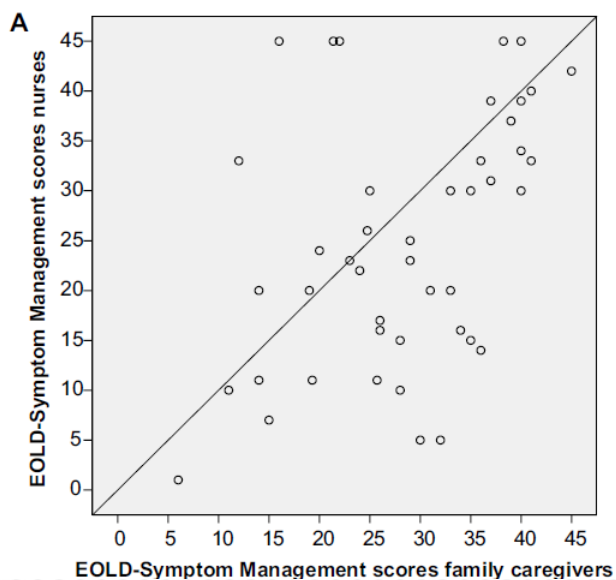
- ◆ 語言溝通問題
- ◆ 入住機構前和病人同住
- ◆ 原有憂鬱症狀
- ◆ 對病人末期症狀治療照護的滿意度
- ◆ 病人的年齡

使家屬在失智病患死亡前4—6個月決定接受安寧緩和照護的因素

- ◆ 病人已經失去大部分的基本生活功能
- ◆ 體重減輕聲（沒有食慾，不想進食）
- ◆ 反覆感染
- ◆ 急性疾病
- ◆ 褥瘡。

比較家人和機構照顧者對病人末期 照護舒適度的評估

- ◆ Symptom Management (SM; range 0–45) over the last 3 months of life 28.7 vs. 25.2
- ◆ Comfort Assessment in Dying (CAD; range 14–42) 31.7 vs. 32.8 (SD 8.2)



Dutch nursing homes retrospectively enrolled 48 decedents with dementia.