

急重症生命末期照護新趨勢 病人為中心之思維

台大醫院外科部黃勝堅

2009/12/04

2008 共識

Special Articles

Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine

Robert D. Truog, MD, MA; Margaret L. Campbell, PhD, RN, FAAN; J. Randall Curtis, MD, MPH; Curtis E. Haas, PharmD, FCCP; John M. Luce, MD; Gordon D. Rubenfeld, MD, MSc; Cynda Hylton Rushton, PhD, RN, FAAN; David C. Kaufman, MD

重症生命末期常見的困境

- 生命末期？
- 無效醫療？
- 相關法律？
- 有效溝通
- CPR？or DNR
- 症狀控制
- DNR之後
- 撤除
- 終末鎮靜
- 靈性照護

EOLC(End-of-Life Care)

生命末期照護

- **生命末期**：Kinzbrunner (2002)：醫療介入在正常情況下，可以預期病人將在六個月內死亡，且有二位以上的專科醫師認定。依我國安寧緩和醫療條例第三條中明白定義末期病人為罹患嚴重傷病，經醫師（兩位醫師，其中一位為專科醫師）診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進展進行至死亡已不可避免者
- Physicians who would not be surprised if their patient died within the next year should initiate discussions about prognosis and advance directives.

Lynn. JAMA 2001;285:925-32

面對醫療極限如何照顧病患與家屬

醫療的本質

- 搶救生命？
- 提供清楚正確對等的醫療訊息？
- 了解病患與家屬之需求與期望
- 訂定務實可行之照護目標？
- 實施高品質之照護？

Palliative Care

- Is an approach that improve the quality of life of patient and their families facing the problem associate with life threaten illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable treatment of pain and other problems, physical, psychological and spiritual

WHO, 2002

National Hospice/Palliative Care Month

NOVEMBER 2007



It's **hope and more**... More than traditional healthcare—
it's providing **solutions** for difficult times when hope is in question,
it's **being close** in a time of fear, it's a **friend** with time to share,
it's **laughter** in the midst of tears,
it's **dignity**... it's **humanity**
... it's what we do.

It must be **LOVE**... It's called hospice.



NIH State-of-the-Science Panel's Conclusions

1. Circumstances surrounding end of life are poorly understood, leaving many Americans to struggle through this life event.
2. Ambiguity surrounding the definition of end-of-life hinders the development of science, delivery of care, and communications between patients and providers.
3. End-of-life care is often fragmented among providers and provider settings, leading to a lack of continuity of care and impeding the ability to provide high-quality, interdisciplinary care.
4. Current end-of-life care includes some untested interventions that need to be validated.
5. Enhanced communication among patients, families, and providers is crucial to high-quality end-of-life care.
6. Subgroups of race, ethnicity, culture, gender, age, and disease states experience end-of life care differently, and these differences remain poorly understood.

GSF (Gold Standards Framework), UK

改善基層緩和醫療的國家促進計畫

- 2006年英國政府白皮書:社區服務是健康政策的核心。
- GSF希望推行至所有的末期疾病的照顧，而不只是癌症，其主要內容要能在所有健康照顧機構實施。
- 其目標是促進基層健康照護團隊能達成：
 1. 適度控制病人的症狀。
 2. 病人能夠善生與善終在其喜歡的地方。
 3. 成為病人和家屬更佳的支持與照顧團隊。
 4. 有自信和有效率的照護團隊。
 5. 在醫療團隊和病人/家屬間有更好的溝通。

末期照護的六個步驟 (UK DOH)



八大非癌疾病末期 的安寧療護健保給付範圍

1. 老年期及初老期器質性精神病態。
2. 其他大腦變質。
3. 心臟衰竭。
4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者。
5. 肺部其他疾病。
6. 慢性肝病及肝硬化。
7. 急性腎衰竭，未明示者。
8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者。

親情
愛情
不捨之情

情

醫理
學理
倫理

理

有所為？
有所不為？

依法
合法
適法

法

醫療法60條規定

- 「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延」；

醫師法第21條規定

- 「醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延」

無效醫療

- 無效醫療(medical futility) 拉丁文“futilis”，本為「易漏的」意思。意以充滿破洞的容器打水，當然是徒勞無功。
- AMA：治療嚴重病人時，可能只是延長其末期的死亡過程，爾後的處置也是無效的
- 當治療能達目標的可能性少於1%時，則可認為是無效的Schneiderman

創造四贏

- 病人
- 家屬
- 醫療團隊
- 社會醫療資源

第七條 （不實施心肺復甦術之要件）

不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

一、應由二位醫師診斷確為末期病人。

二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。

前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

前項最近親屬之範圍如下：

一、配偶。

二、成人直系血親卑親屬。

三、父母。

四、兄弟姐妹。

五、祖父母。

六、曾祖父母或三親等旁系血親。

七、一親等直系姻親。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行心肺復甦術前以書面為之。

末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。

第七條 （不實施心肺復甦術之要件）

- 不予容易
- 撤除難
- 除非病人已簽意願書

第十條

- 醫師違反第七條規定者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照。

醫生

幫助病人善終本來就是醫師的責任之一

顧死

Supporting Family Caregivers at End of Life

“They Don’t know what they Don’t Know”

“We don’t know what they don’t know”

“We don’t know what we don’t know”

- 你認為自己了解死亡嗎？
- 腦死的弟弟
- 我兒子呢？
- 這是我兒子嗎？
- 拜託喔！你們是Pro耶！

王將軍的故事

- 84 yo, Dementia
- Fall, SDH, contusion, GCS14
- ICU, Physical restrain, NG
- Dignity > Death
- General ward
- 7th day, peaceful death

王將軍的故事

- 84 yo, Dementia
- Fall, SDH, contusion, GCS14
- ICU, Physical restrain, NG
- Dignity > Death
- General ward
- 7th day, peaceful dead

死亡？

死亡： 另一種方式的存在
精神與愛永遠存在

深層的意義——

讓活著的人活得更好

高品質之生命末期照護

以病人家屬為中心之決策模式

提昇病人死亡
品質 **QODD**

品質

提昇家屬生活品質 **QOL**
讓活的人活得更好!

安全

避免家屬二度傷害及失能
減少醫糾

病人死亡品質(QODD)

- Measurement
- Questionnaire
 - Attending, Rs, Nurse
 - Patient, Families
- Prospective
- Retrospective

面對死亡的省思

- 是否有不必要的CPR
- 是否有不必要的醫療行為
- 是否有不適當的醫療決策
- 是否有傷害病患與家屬

每個死亡都需要經過CPR嗎？

成功的案例

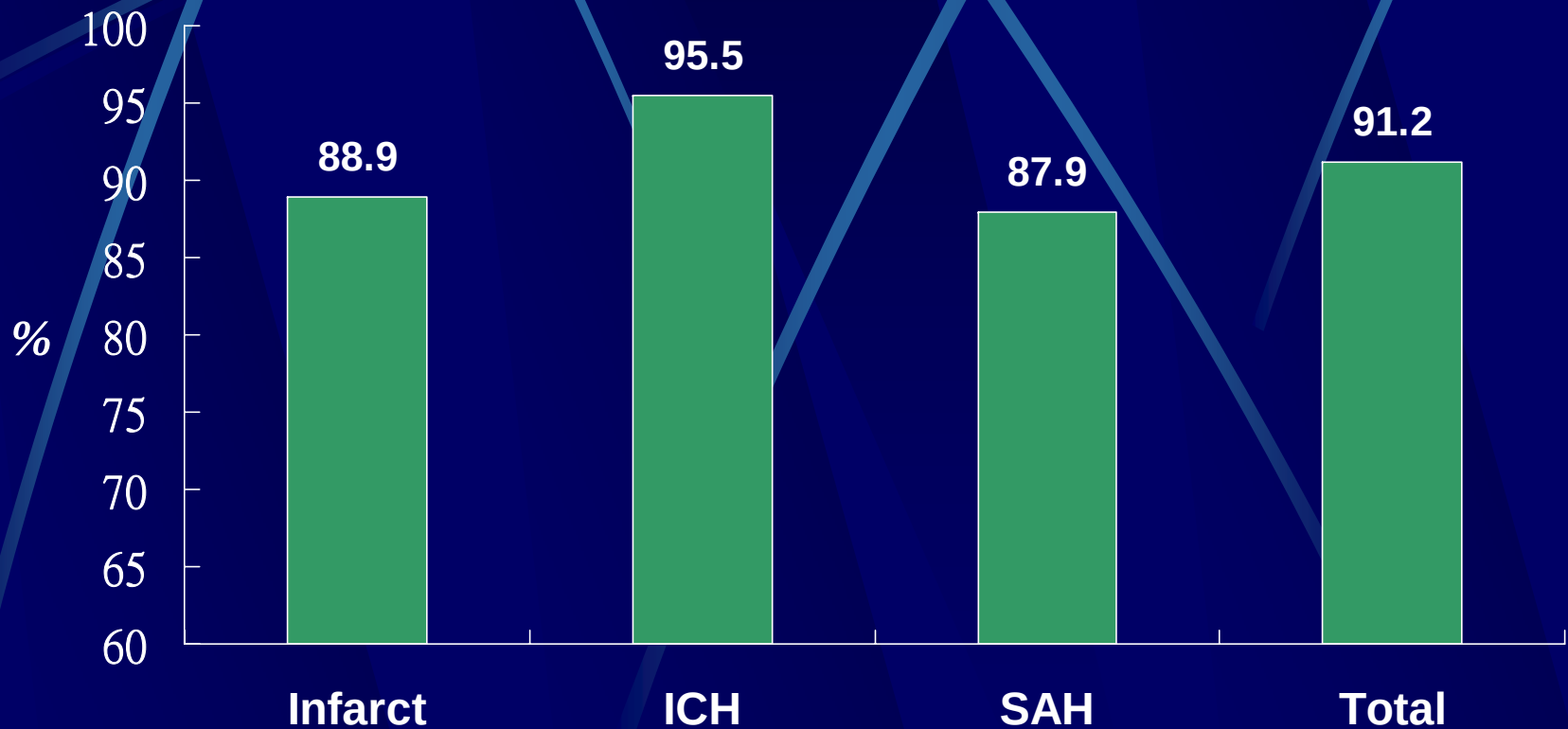
Fatal ICU-admitted stroke patients

- Period: 2002/11 ~ 2006/2
- Place: NTUH Stroke ICU
- Patients: 114
 - Male: 62 (54%); female: 52 (46%)
 - Age: 64.5 ± 15.5 years
 - In-hospital death: 74 (65%)
 - Critical AAD: 40 (35%)

DNR Order in 104 Stroke Patients

	Total (n=104)	Infarct (n=48)	ICH (n=42)	SAH (n=14)
DNR items				
No intubation	27	21	5	1
No tracheostomy	77	36	33	8
No cardiac massage	104	48	42	14
No DC shock	104	48	42	14
No artificial respiration	75	38	28	9
No catecholamine use	48	25	20	3
No antibiotics use	64	30	27	7

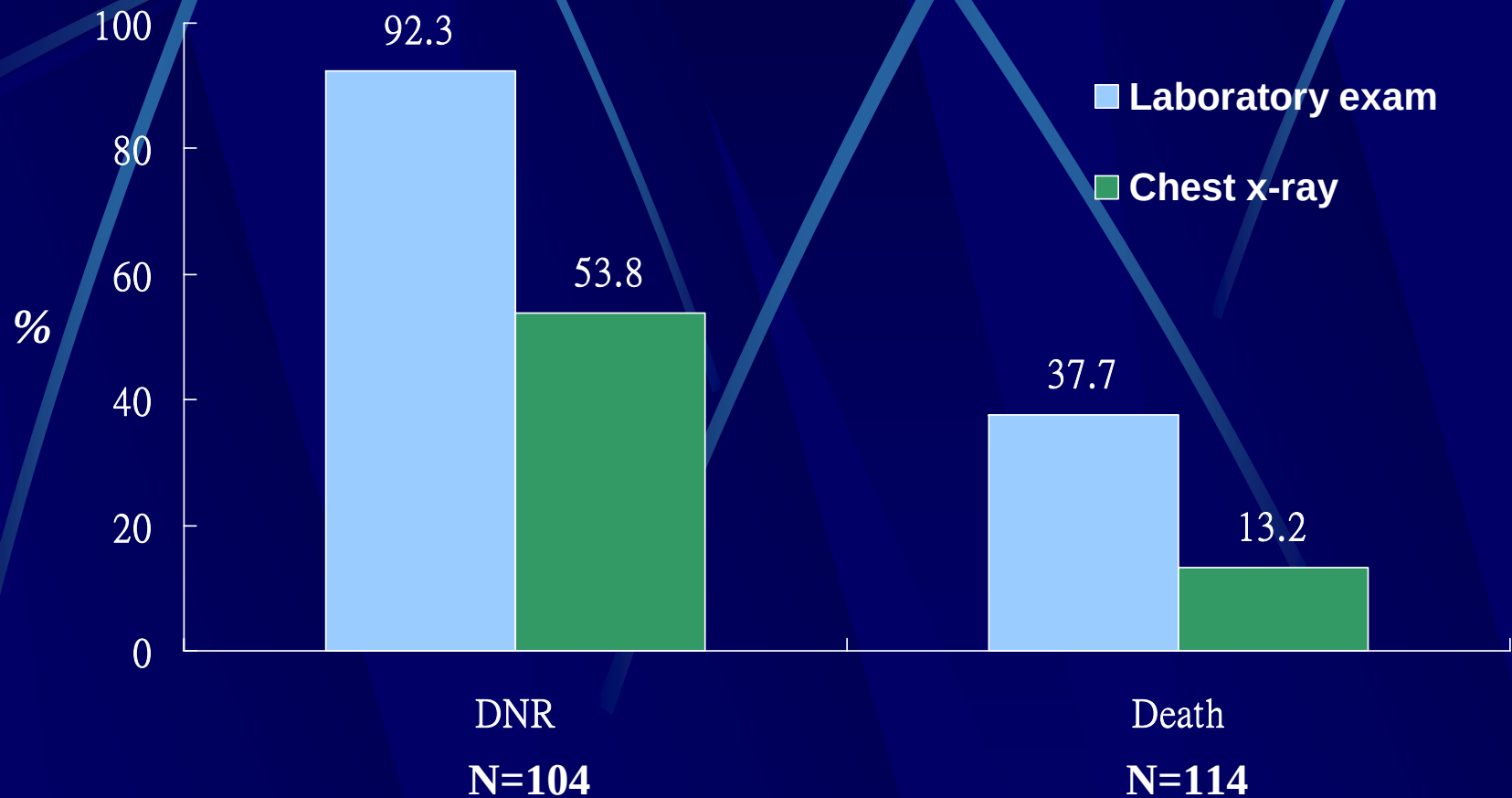
Frequency of DNR Order



$P=0.44$

$N=114$

Frequency of Laboratory Examinations and Chest x-ray Study on DNR and Death



Significant factors of ICU mortality in prolonged ICU stay

	Odds Ratio	95% CI	<i>P</i>
Use of RRT	3.725	2.278 – 6.092	<0.001
Signing a DNR consent	25.845	15.631 – 42.733	<0.001

(Logistic regression model)

Table 4 Comparisons of treatment intensity at time of death between patients in different groups (I)								
	Total	DNR status			Age (years)			
		DNR n=601	Non DNR n=672	P	≤1 n=30	40-65 n=361	>75 n=179	P
FiO ₂	0.64±0.27	0.61±0.26	0.72±0.27	0.000	0.88±0.21	0.64±0.26	0.61±0.25	0.000
Ventilator	822 (94.2)	564 (93.8)	258 (94.9)	0.338	30 (100)	340 (94.2)	163 (91.1)	0.128
Antibiotics ^a				0.917				0.007
Nil	198 (22.7)	138 (23.0)	60 (22.1)		4 (13.3)	80 (22.2)	49 (27.4)	
1°	34 (3.9)	23 (3.8)	11 (4.0)		1 (3.3)	11 (3)	8 (4.5)	
2°	307 (35.2)	207 (34.4)	100 (36.8)		6 (20)	144 (39.9)	48 (26.8)	
3°	334 (38.3)	233 (38.8)	101 (37.1)		19 (63.3)	126 (34.9)	74 (41.3)	
IE ^b	23.4±31.5	22.0±28.4	26.8±37.4	0.046	32.3±25.1	24.3±36.3	18.7±21.0	0.047
Dialysis ^c	239 (27.4)	151 (25.1)	88 (32.4)	0.017	19 (63.3)	107 (29.6)	36 (20.1)	0.000
Lab	548 (62.8)	363 (60.4)	185 (68)	0.018	27 (90)	230 (63.7)	106 (59.2)	0.005
CXR	462 (52.9)	297 (49.2)	165 (60.7)	0.001	19 (63.3)	196 (54.3)	86 (48)	0.194



Late DNR signature

Table 1. Number of mortality, DNR, and length of different stay in surgical ICU of NTUH (2003-2006)

	2003	2004	2005	2006	p
DNR/Mortality (%)	96/145 (66.2)	142/200 (71)	194/296 (65.5)	169/232 (72.8)	0.247
ICU- DNR (day)	11.1±15.3 (5.5)	12.8±26.5 (5)	11.0±34.1 (3)	11.8±20.1 (5)	0.935
DNR- death (day)	2.3±5.0 (0)	2.7±5.6 (1)	4.4±11.0 (1)	3.5±5.9 (2)	0.100
ICU- death (day)	12.7±19.1 (6)	13.9±23.7 (7)	14.2±37.3 (5)	15.6±24.0 (8)	0.815

Going home to die from surgical ICU

Table 1 Yearly trend (2003–2007) of admission number, mortality number, and number of patients going home to die in the terminal stage in SICU patients of NTUH

Year	2003	2004	2005	2006	2007
ICU admission	2,620	3,755	4,192	4,131	4,132
ICU mortality ^a	145 (5.5)	200 (5.3)	296 (7.1)	232 (5.6)	276 (6.7)
Go home to die from ICU ^b	64 (44.1)	77 (38.5)	81 (27.4)	56 (24.1)	68 (24.6)

NTUH National Taiwan University Hospital, SICU surgical intensive care unit. ^adie among our SICU patients were significantly different ($P < 0.001$ by Chi-square test).

臨終病危返家建議之標準流程

(1) **討論病危返家的時機** → 主治醫師向家屬解釋病情後，並與家屬談「DNR」時，即可向家屬詢問：「AAD的時機」（可先問有無任何風俗/禁忌）

(2) **當家屬決定要病危返家時：（簽署病危返家同意書）**

提醒R2要先告知主治醫師（ICU Vs & op Vs），供救護車的聯絡電話（行政人員桌上或SICU網站：nursing protocol/環境介紹/聯絡溝通/救護車），請家屬確定AAD時間，並自行決定是否需請特別護士。若有預定時間時，請家屬通知救護車提早20分至30分到院。

給予家屬填同意書，一份黏貼病歷上，一份置行政人員桌上，由行政人員送到醫療事務室。

(3) **辦理病危返家的時間（優先順序）：**

病人的生命徵象衰竭，已難以維持

依家屬要求的時辰

醫護人員的方便性（10AM以後 ~ 中午）

考慮交通則以6AM - 7AM為主

(4) **管路：**除endo及IV line（備藥回家）外，其餘一律先拔除。Morphine 5amp/250 N/S for sedation, catecholamine 最多用一種（dopamine or bosmin）

(5) **返家前，給家屬的心理建設：**

預先告知家屬返家途中及返家後可能遇到的狀況，尤其是病患死亡的過程。告知家屬病患返家後不一定立刻死亡。

給予單位的電話，讓家屬知道有問題時可求助。

(6) **診斷書** → 告知R2註明『於X月X日病危，辦理自動出院』。先請R2 Key好，讓家屬能同時拿乙診回家。告知家屬對於AAD之病人，本院醫師不能開立死診。（意外死亡病人，醫院也不能開立死診）

(7) **死亡證明** → 病人往生後，請當地衛生所或醫院之醫師依據死亡時間開立之（確實往生時間可由鄰里長來證明）

(8) **特殊狀況：**

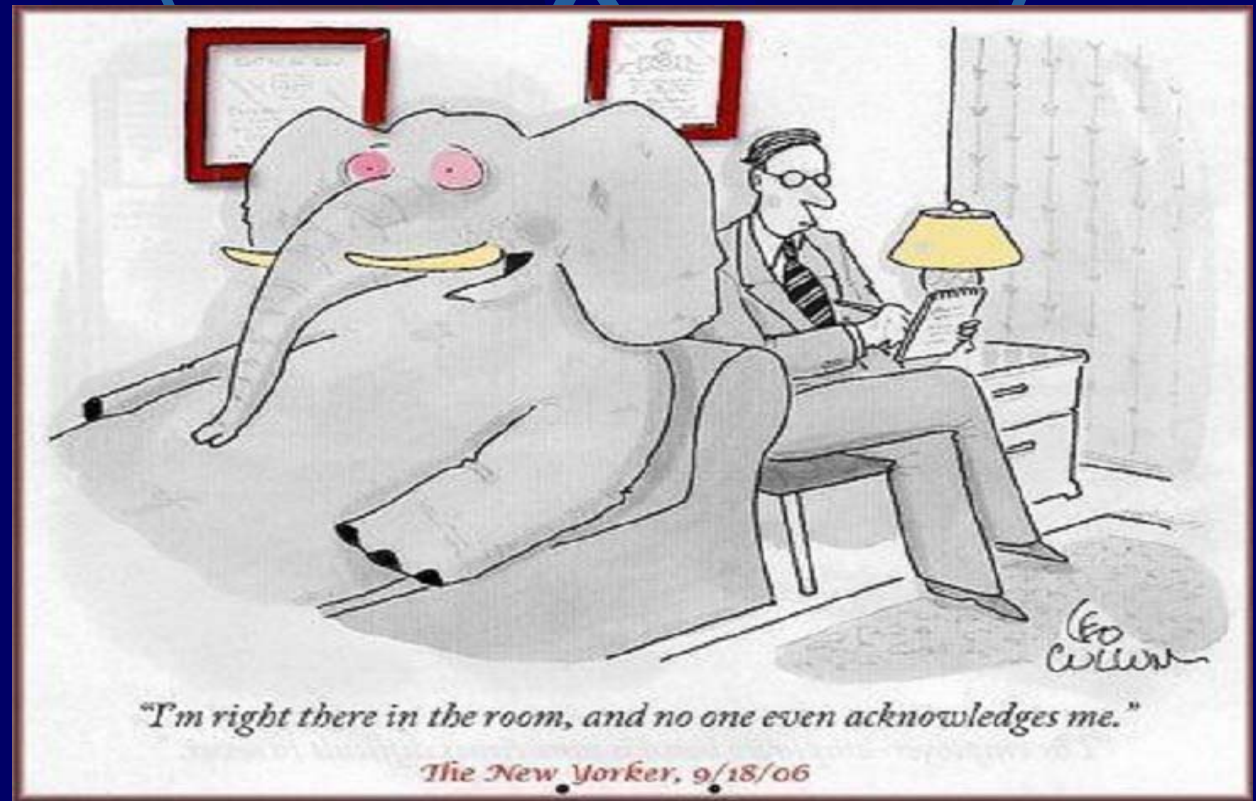
生命末期之議題

- 避諱談
- 沒能力願預見死亡之可能
- 有能力願預見死亡卻不願意談
- 沒能力談

Initiating End-of-Life Discussions With Seriously Ill Patients

Addressing the “Elephant in the Room”

- Who
- When
- What
- How
- Why



JAMA. 2000;284:2502-2507

THE DOCTOR AND PATIENT: FACING THE INEVITABLE TOGETHER

JAMA. 2000;284:2502-2507 www.jama.com

- 早晚要面對，除非你則逃避！
- 你希望你的病人善終嗎？
- 你希望你的病人不要怎麼死？
- 難道你忍心看到病人的家屬受傷嗎？

永遠談得太晚！

何時該談生命期議題？

-  早點談
 - 有系統的談
 - 多一點選擇
 - 症狀少一點
 - 較有機會善終

JAMA. 2000;284:2502-2507 www.jama.com

你願意顧死嗎？

- 醫師常常不知如何啟口談死亡
- 你放心！ 我會照顧你到死的那一天為止

Journal of Critical Care (2006) 21



ELSEVIER

Narrative in Critical

Doctors need to know the wishes of their patients as soon as they enter the hospital system. We need to learn to set goals of care in real time [3-7]. There are excellent frameworks available as guidelines [7,8]. There is so much to lose when these discussions do not occur [7]. Is palliation a sign of failure to some physicians or have they not read the literature?

Journal of
Critical Care

Liver failure, life support, family support, and palliation: An inside story

Victoria Guy BScN, RN*

Halifax, Nova Scotia, Canada B3M 4W3

醫師應及早：
了解病人與家屬的希望
設定務實可行的目標

Hospice and Palliative Medicine: New Subspecialty, New Opportunities

Tammie E. Quest, MD

Catherine A. Marco, MD

Arthur R. Derse, MD, JD

From Emory University, Atlanta, GA (Quest); the University of Toledo, Toledo, OH (Marco); and the Department of Population Health-Bioethics and Department of Emergency Medicine, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI (Derse).

[Ann Emerg Med. 2008;xx:xxx.]

如何提昇生命末期照顧品質

- 增進溝通技巧與意願
- 以病患為中心
- 以家屬為中心
- 共同的決策模式
- 症狀舒適照護
- 情緒及實務的支持
- 靈性的支持

Improving EOLC Communication

1. Communication **skills training** for clinicians
2. ICU family conference **early** in ICU course
3. **Interdisciplinary team** rounds
4. Availability of **palliative care** and/or ethics consultation
5. Development of a supportive ICU culture for ethical practice and **communication**

Evidence-based recommendations for conducting family conference:

Find a private location

Increase proportion of time spent listening to family .

Use “VALUE” mnemonic during family conferences.

Value statements made by family members.

Acknowledge emotions.

Listen to family members.

Understand who the patient is as a person.

Elicit questions from family members.

Identify commonly missed opportunities

Listen and respond to family members.

Acknowledge and address family emotions.

Explore and focus on patient values and treatment preferences.

Affirm nonabandonment of patient and family.

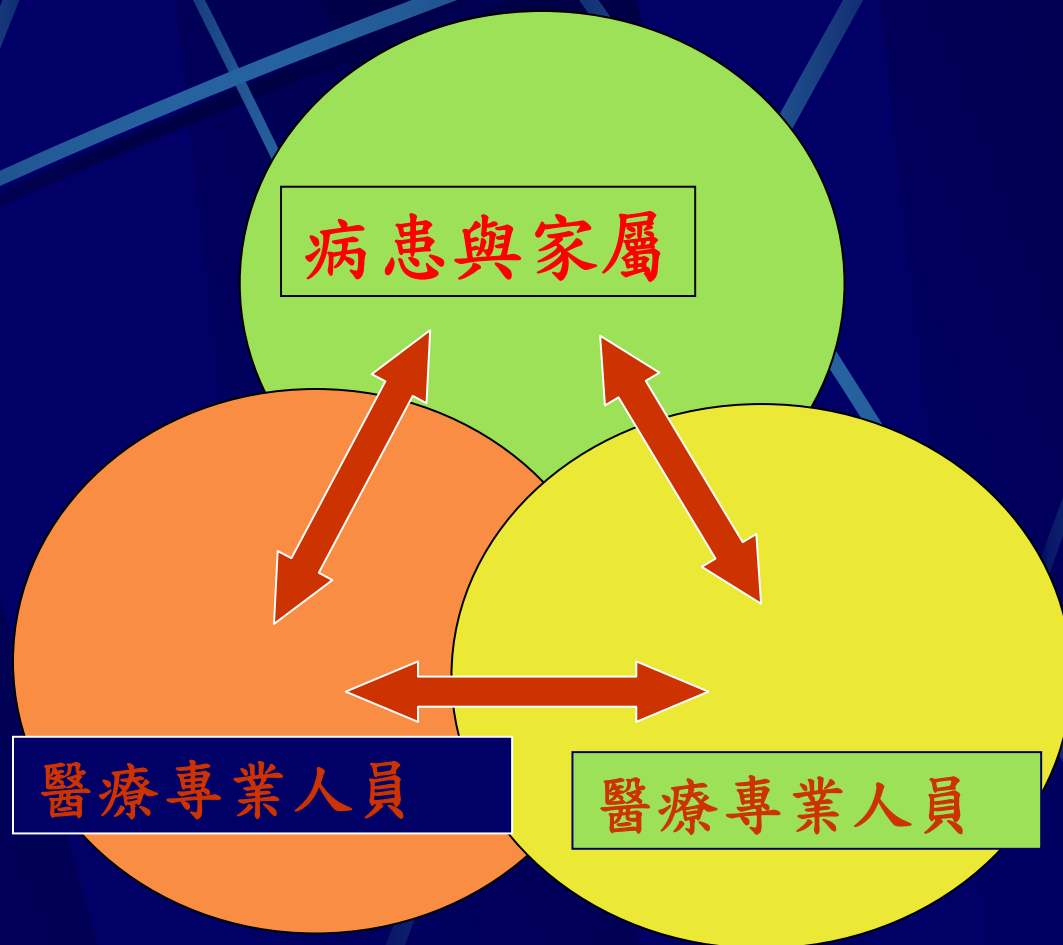
Assure family that the patient will not suffer

Provide explicit support for decisions made by the family



Family meetings made simpler: A toolkit for the intensive care unit[☆]

Judith E. Nelson MD, JD^{a,*}, Amy S. Walker BA^a, Carol A. Luhrs MD^b,
Therese B. Cortez MSN, NP, ACHPN^b, Peter J. Pronovost MD, PhD^c



良好之三向溝通

倫理原則

自主性(Autonomy)：以尊重病人，滿足病人需求為主要精神，但在實際照顧中常會面臨與家屬的要求或醫療人員的專業有所衝突的困境。

行善及不傷害

(beneficence & non-maleficence)：常應用在照顧策略及治療決定時利弊的分析，如是否告知病情真相、藥物使用利弊權衡等。

公平性(justice)：即個人需求與社會資源分配之均衡，如照顧場所的選擇及安排等。

ICU Communication

良好的重症溝通

- 家屬：最重要的事項之一！
- 醫療團隊：最需要改善的！

Interdisciplinary ICU Communication

跨專業團隊重症溝通

- 死亡率下降
- 住加護病房日數縮短
- 加護病房重返率下降
- 醫護衝突減少
- 工作壓力減少

何時談DNR？重症溝通會議

- 例行之加護溝通會議
- 千萬不要從DNR開始談
- 建立共識
提出照護計劃，對於預後不佳之病患提出緩和醫療之建議。
- 化阻力為助力！
阻力通常來自於「善意」
避免流彈傷及無辜

重點是：看你站的多高看的多遠！

V.A.L.U.E.

- V = Value comments made by the family
- A = Acknowledge family emotions
- L = Listen
- U = Understand the patient as a person
- E = Elicit family questions

雕蟲小計

- Attitude: 真誠 積極
- Prepare: 準備
- Persons: 多專業
- Listen: 傾聽
- Environment: 環境
- Silence-Tolerate: 忍受沉默

Shared Decision Making

共同決策

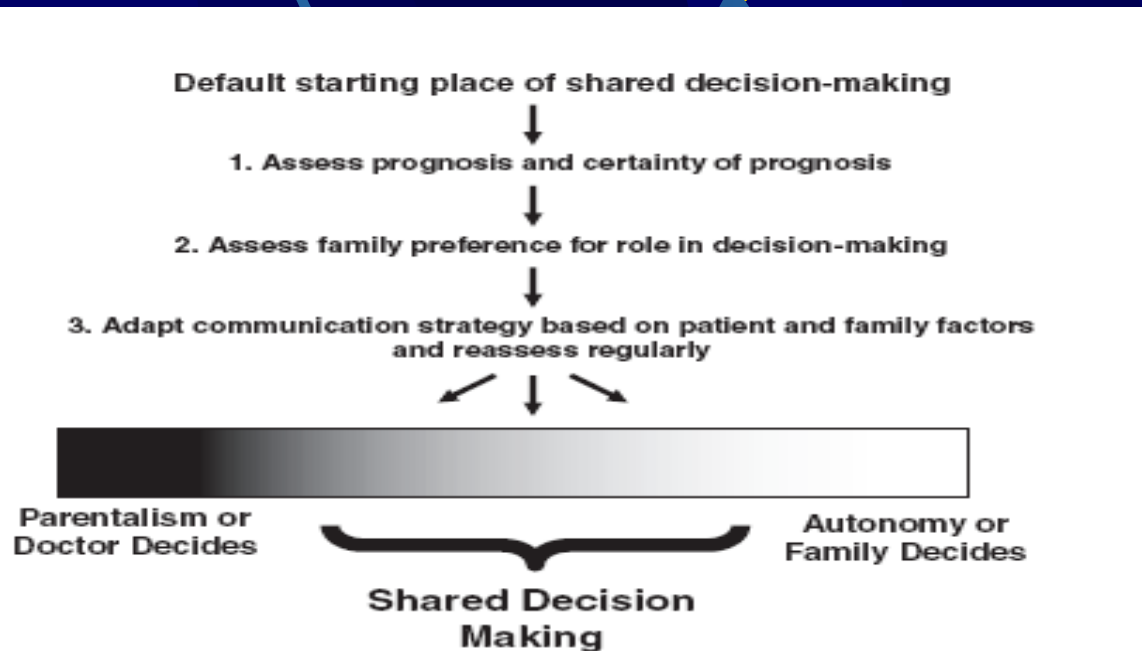


FIGURE 1. Three-step approach to patient- and family-centered decision making that advocates for a default starting place of shared decision making that can be modified by prognosis and certainty of prognosis and also by family preferences for role in decision making.

共同決策

台大醫院雲林分院醫病溝通記錄

病患姓名: 廖先生	時間: 10時10分至 時 分	床號: I-35
10月12月19日	地點: 5A會議室	
主席:	記錄:	列席指導:
出席人員: (醫療團隊) 黃勝望, 陳元森, 賴鵬研, 曾宇鼎, 游聖林, 許依雯, 張嘉蓉		
出席人員: (病患與家屬) 廖先生, 廖太太, 廖小姐, 廖先生, 廖先生		
會談摘: 況雖然比剛來醫院的時候好一點,但還是有生命危險性,在意識狀況的變化,會醒還是不會醒?這我們目前還無法評估。在主動脈受損的這部分,目前建議開刀處理,但在手術過程中還是有其風險性在。1.開刀時由側胸開,只會有一半的肺部再運用。2.關於抗凝血劑的使用對體內出血的影響和風險性也比較高。3.另一種方式是支架的置入,其立即的風險性較開刀手術的風險性較低,但費用較昂貴,且廖先生目前仍在急性期當中,穩定性較無法評估。 會考慮支架置入的原因: 1.開刀手術中抗凝血劑對體內出血的影響增加。2.主動脈受損形成的動脈瘤破裂機率上升時。 家屬: 費用的部分,我們能夠接受,只要對爸爸有幫助,我們都願意去嘗試,但手術中使用抗凝血劑對腦部出血的風險性究竟有多高?目前腦部出血的狀況?血壓還是不穩定可以去接受手術嗎? 神經外科: 目前腦內出血的情形,在新的一次斷層掃描中,無再出血的狀況,但中風的風險性還是無法排除。目前鎮定藥物繼續使用,暫時不考慮停止使用,避免因太過躁動而導致再次出血或動脈瘤的破裂。 一般外科:後腹腔有一血塊形成,評估起來應該是血管腔塞後形成的,目前無太大影響,或許可讓其自行吸收,再觀察即可。肝臟撕裂傷經過手術治療,目前觀察起來狀況已有改善。 胸腔外科: 之前血胸的情形已改善,胸腔無出血的情形,關於肺部發炎的部分,給予持續性的抗生素治療和肺部護理及抽痰。 心臟外科:關於主動脈受損的治療方向,支架的放置是優先考慮的,但是,支架放置之後,血管的繞道手術還是需要執行,目的為避免因支架放置而影響到左側肢體的血流。血管繞道會在支架放置之後執行,希望可以降低抗凝血劑的使用。 另外,左腳骨折的部分,目前暫時不開刀,等病況穩定之後再開刀處理。 黃勝望主任: 關於這次廖先生住院治療,以廖先生發生車禍當時狀況,在ISS評分之下,我們會協助申請住大傷病,而支架置入預計安排在下禮拜四,關於詳細的手術計畫,心臟外科游聖彬醫師會再跟你們解釋。		

診 斷: SICH ICH		病歷號: 2644295	
主 席: 黃勝堅		住院/轉入日期: 93.3.30	
開會日期: 93.3.31		開會地點: 93.3.31 CH教室	
醫療團隊人員: 黃勝堅 2pm-4pm 李燕珊 楊松 曲愛琳		記錄: 李燕珊	
家屬出席人員: 黃少雄 黃少雄 黃少雄 黃少雄 黃少雄		主要聯絡家屬:	
聯絡電話:			

會議屬性: ☐常規召開 ☒醫師要求 ☐家屬要求 ☐社工聯絡 ☐護理人員主動安排 ☐其他:

會議摘要: (開會目的、個案現況、家屬困難與要求、照顧計劃說明、結論.....)

- 黃醫師: 1. 個案病情不樂觀, 因腦死, 這几天照顧家屬最期待希望:
解釋病情狀況 ① 捐器官意願 ② 大體解剖
2. 慈濟大體解剖 (病患之前簽署) 家屬一致想完成病患遺願
3. 進一步探討器官捐贈有關 (法律、檢察官、移植小組、腦死) 之細則
4. 意外引起和法律衝突點 (會進一步請檢察官說明瞭解)
5. 黃醫師說明病情約 30pm 多病患已腦死, 想完成遺願, 待請家屬商量結果
- 家屬: 1. 慈濟表示一旦身體有外力出血, 則不考慮大體解剖
2. 意外會不會影響捐贈器官之法律衝突點
3. 檢察官會到醫院嗎? 有後續處理, 醫院會協助嗎?
4. 大體解剖和器官捐贈之不同,

Good communication

- Clear and sensitive language
- Skill and attitude
- Self-awareness, psychological insight
- Lifelong educational process
- Institutional culture

溝通文化的建立！老板決定一切！

DNR之迷失

- 簽了DNR簽不是代表了安寧照護
- 簽了DNR不是代表一定得死
- 簽了DNR 不是代表甚麼事都不用做
- 簽了DNR是善終的起點
- 簽了DNR不過是建立死亡照護計劃共識而已
- 簽了DNR是我們對家屬的允諾
- 重點是：DNR之後如何問心無愧的面對病患與家屬

請放心！我們會盡力照顧病人的！

Nonabandonment

- Announcement
清楚的說明舒適照顧計劃
- Assurance and reassurance
再三保證，千萬不要說「不知道」
- Action
以行動來表現

家屬通常認為以下列方式為： Nonabandonment

- 保證病人是舒適，沒痛苦
- 保證生命末期的尊嚴
- 陪伴在側
- 保證所有的可能性，包括：治愈及放手
- 醫師容易找得到

Palliative triangle

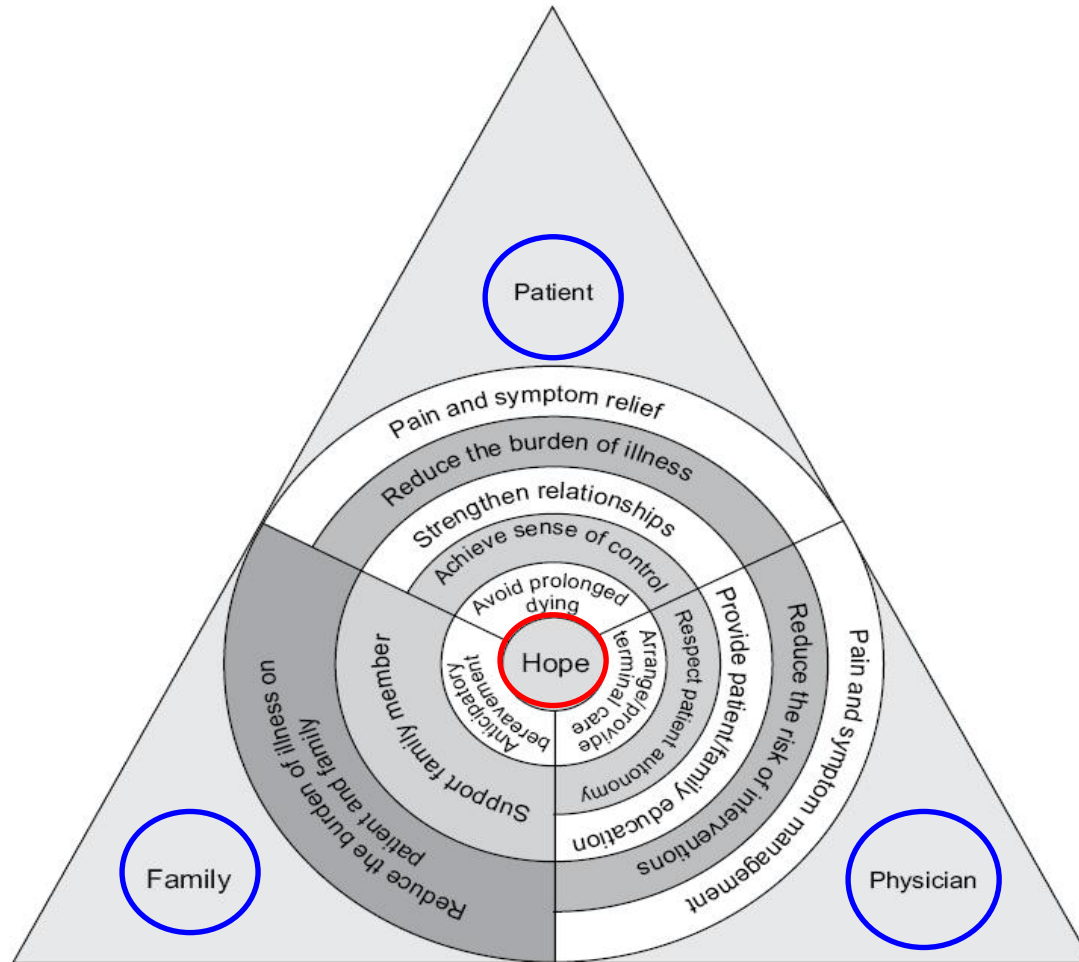


Fig. 4. The palliative triangle. Interactions among the patient, the family, and the surgeon guide individual decisions regarding palliative care. Hope for achievable goals is advanced as each participant of the palliative triangle fulfills specific obligations.

面對醫療極限

- 醫療團隊要 勇敢的說“不”
 - 很抱歉我們無法救您的父親
 - 但是我們會好好照顧他
 - 我們的計畫是...

家屬最怕什麼？

- 病人受苦
- 最後一句話沒講
- 沒見最後一面
- 不孝
- 沒盡力
- 被放棄

最後一句話的故事

- 76, 男, 陳舊性中風
- 再次腦幹中風, 加護病房
- DNR
- 旅日的家屬
- 每天的最後一句話
- 10th Day, 尊嚴的走了
- 謝謝你!沒想到有那麼多最後一句話
- 所有要講的都講了!

高死亡率病患家屬溝通建議標準流程

- 懇談照護計畫
- 說明可能死亡
- 醫療極限
- 選擇善終的必要性
- 提及DNR
- 簽署DNR
- 準備衣物
- 討論死亡陪伴
- 如為意外，說明行政相驗事情，及診斷書開立之相關事件

安寧緩和照護(DNR是積極的)

- 沒有「放棄」這兩個字！！
- 只有「拼」！
 - 有機會「拼」救命！
 - 沒有機會「拼」尊嚴！沒有痛苦！善終！
- 依「需求」積極介入

我們有持續在進步嗎？

- 為甚麼病人不能善終？
- 反省
- 檢討
- 改進
- 品管
- 凡事反求諸己！

DNR後之倫理困境
你覺得問心無愧嗎？

DNR之後之再溝通

- 告知病情之發展
- 正確估記死亡時間
- 告知目前之治療
- 死亡前後家屬之需求
 - 陪伴, 死亡地點, ICU, 病房
 - 會客調整
 - 遺體護理
 - 風俗
 - AAD

貼心的小動作

- 調整會客時間
- 隱私的空間
 - 記得拉上幕簾
- 搬塊椅子
- 陪伴傾聽
- 拍拍肩膀
- 遞個紙巾

DNR之後積極的有所不為 (清楚的告訴家屬)

- Withdraw mannitol
- Withdraw catecholamine
- Withdraw ventilator: $FiO_2=25\%$,
RR=8/min
- DC Lab
- Colloid
- Keep negative balance

DNR之後 積極有所為

- 腫：Colloid, Lasix, NPO, Levophed
- 喘：
 - 有插管Sedatives, NMB
 - 沒差管：morphine
- 痛：analgesics
- 體溫：Cold packing, Supp
- 皮膚：完整性

重點是：「積極」

- 追求善終
- 舒適
- 沒有痛苦
- 尊嚴

重症緩和療護對「成本」之影響

- 可計算成本：藥物，檢查，住院
- 空出的ICU可救更多的生命
- 家屬之無憾？ 無價!!!

重點是：「積極」

- 追求善終
- 舒適
- 沒有痛苦
- 尊嚴

讓病人穿著心愛的衣服往生

- Edema
- Cold packing
- Splinting
- Colloid
- Diuretics
- Negative balance

Barriers to palliative care

- Physician
- Traditional value
- Uncertainty in prognosis
- Organ-oriented care
- Inadequate palliative training

倫理困境將會不斷的出現

- 幽谷伴行
- 無我
- 見樹又見林
- 最適切的治療及最好的照顧
- 嚴謹團隊決定, 病人/家屬同意
- 適法

邱泰源主任