

Palliative care case conference

ประจำวันพุธที่ 27 ตุลาคม 2564



- ☐ 83-Y-old ESRD, conservative kidney management x3Y, 3 admissions due to volume overload in the past 4M. Presented at the ER with sepsis and dyspnea.
- ☐ 85-Y-old Late-stage dementia, previously admitted 2 times in 2 months with pneumonia and UTI presented at the ER with pneumonia and markedly dyspnea

How would you manage ?



มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการดูแลผู้ป่วยระดับประคองได้ทาง Zoom

เวลา 12.00-13.30 น. Zoom meeting ID: 918 4797 6297 Password: 12345



CASE 1



Patient Profiles

- ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 83 ปี
- ภูมิลำเนา อ.เมือง จ.ขอนแก่น
- สิทธิการรักษา อปท.
- Visit date 29/9/64

Chief Complaint: หอบเหนื่อย 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

Present Illness:

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ**ปวดท้อง** ปวดมากบริเวณรอบสะดือ ลักษณะ**ปวดบีบ ไม่ร้าวไปที่ใด** มีถ่ายเหลวน้ำปนเนื้อสีน้ำตาลปนดำ 3-4 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน ผายลมได้ ไม่มีท้องผูกมาก่อนหน้า ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ต่อมา**มีไข้** ไม่หนาวสั่น ก่อนมีอาการรับประทานกล้วยเดี่ยว + มะม่วงสุก ผู้ที่รับประทานด้วยไม่มีอาการผิดปกติ **อาการหอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่มมากขึ้น** จึงมารพ. ขาสองข้างบวมเท่าๆ เดิม ไม่มีแดงร้อน ปัสสาวะออกเท่าๆ เดิม

Past history

- Underlying disease
 - ESRD, conservative kidney management for 3 years
 - CA cervix S/P XRT with BCT 30 ปีก่อน clinical stable
 - Ureteric calculi S/P DRU stent off ปี 59
 - Lymphedema both legs ก.พ. 64
 - HT
 - MDS, DVT
- No food or drug allergy

ต.ค.60

เริ่มคุยเรื่อง RRT

BUN 73 Cr 3.7 GFR 11

เม.ย.62

Consult palliative care

Cr 3.59 GFR 11.3 CCI 10

เลือก conservative kidney management,
no symptom

Status เดินได้ โดยใช้ walker 3 ขา

เลือก no RRT

Cr 3.31 GFR 12.5

ส.ค.61

F/U OPD CKD + PC
มาตลอด clinical stable

Cr 4-5 GFR 6-7

ปี 63

ก.พ.64

ขาบวม 2 ข้าง >> lymphedema
supportive treatment,
ACP: no ETT/CPR, no inotrope,
best supportive care

ส.ค.64

Admit ②

Cr 7.14 GFR 4.85

28/7/64-3/8/64

HAP, volume overload

18-23/7/64

infective diarrhea,
cellulitis, volume overload

24/8/64-1/9/64

Cellulitis, volume overload

ญาติ +/- RRT -> No RRT

Comfort care, no ETT/CPR

Admit ①

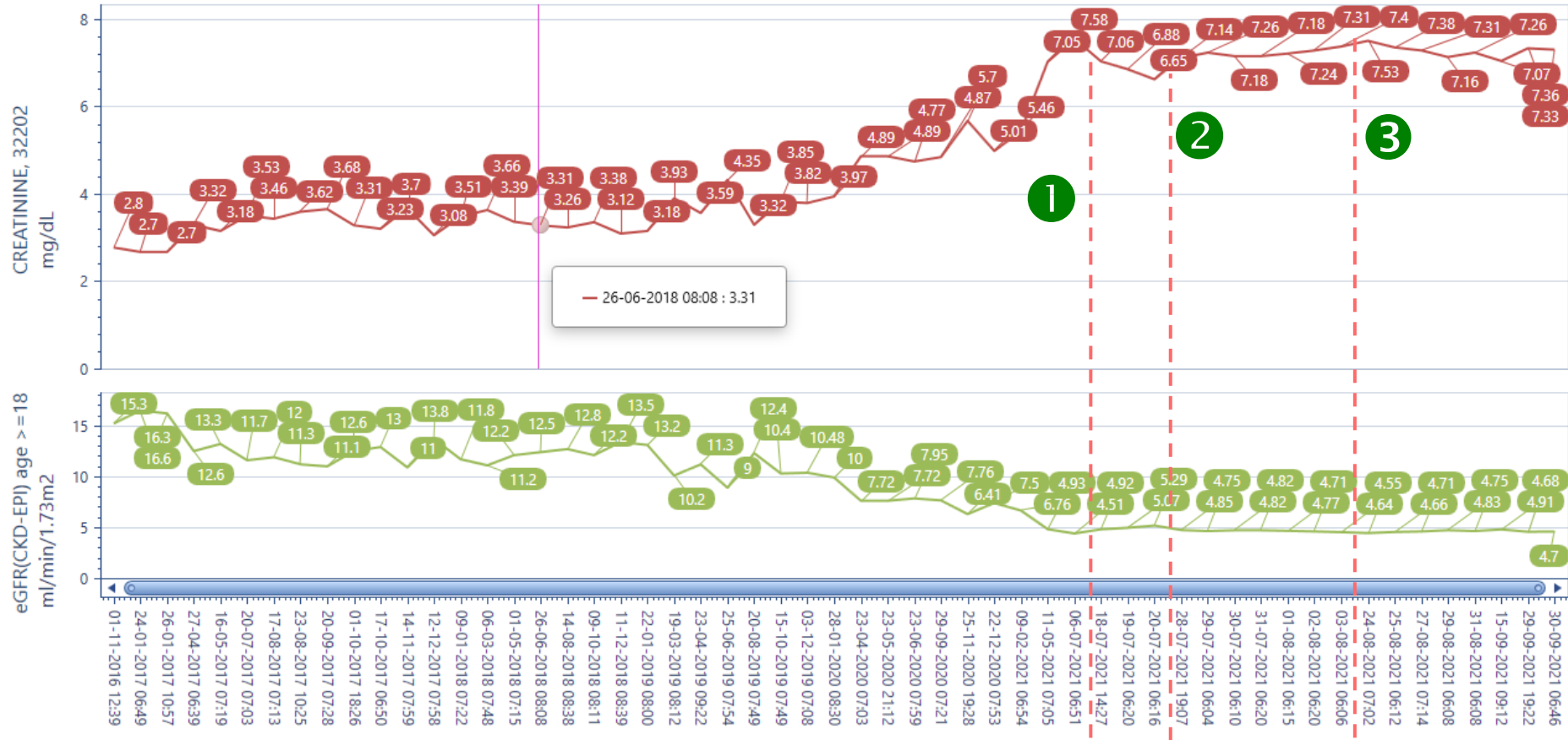
ก.ค.64

Cr 7.58 GFR 4.51

ก.ย.64

Admit ③

Cr 7.53 GFR 4.64



Current medication

- Manidipine (20) 1 tab po pc
- Omeprazole (20) 1 tab po bid ac
- Vit B complex 1 tab po tid pc
- Sodamint (300) 4 tab po qid pc
- Furosemide (40) 1 tab po pc
- Caltab (1000) 1 tab po with meal
- Gabapentin (100) 1 cap po pc
- Ferrous fumarate (200) 1 tab po tid pc

Chief Complaint: หอบเหนื่อย 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

Present Illness:

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ**ปวดท้อง** ปวดมากบริเวณรอบสะดือ ลักษณะ**ปวดบีบ ไม่ร้าวไปที่ใด** มี**ถ่ายเหลว** น้ำปน**เนื้อสีน้ำตาล** ปนดำ 3-4 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน ผายลมได้ ไม่มีท้องผูกมาก่อนหน้า ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ต่อมา**มีไข้** ไม่หนาวสั่น ก่อนมีอาการรับประทานทานก๋วยเตี๋ยว + มะม่วงสุก ผู้ที่รับประทานด้วยไม่มีอาการผิดปกติ **อาการหอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่มมากขึ้น** จึงมารพ. ขาสองข้างบวมเท่าๆ เดิม ไม่มีแดงร้อน ปัสสาวะออกเท่าๆ เดิม

Physical examination

- GA: A Thai woman, look fatigue, well co-operative
- Vital signs: BT 36.6 C, PR 82 bpm, RR 22 tpm,
BP 188/70 mmHg, SpO2 RA 96%
- HEENT: **Pale conjunctivae**, anicteric sclerae, no puffy eye lid
- CVS: Normal S1S2, no murmur
- Lungs: Equal breath sound, **fine crepitation RLL**, no wheezing

Physical examination

- Abdomen: Voluntary guarding at peri-umbilicus, impalpable liver due to guarding, liver span 10 cm, hypoactive bowel, no rebound tenderness
- Ext: Capillary refill 2 seconds, warm extremities, pitting edema 2+
- Neuro: E4V5M6, pupil 4 mm RTLBE, full EOM, no facial palsy
- PR: Brown feces, no rectal mass, loose sphincter tone

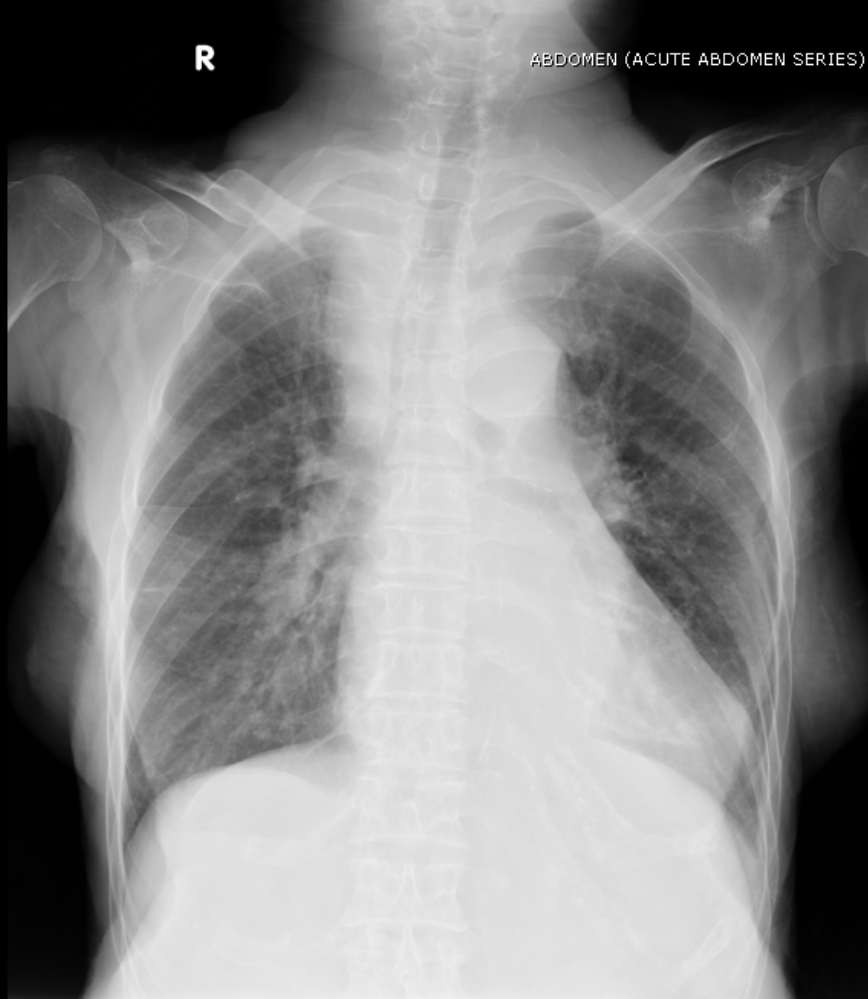
Management

- At resus 18.40 u.: work up cause
 - DTX stat 111
 - BUN Cr Electrolyte Ca Mg PO LFT
 - CBC PT PTT INR Lactate UA
 - EKG
 - Film Acute abdomen series

20/4/2481
83 YEAR
F

R

ABDOMEN (ACUTE ABDOMEN SERIES) (41003 x 3)
29/9/2564
19:02:03
37084701



S: 348
Z: 0.25
C: 2047
W: 4095

20/4/2481
83 YEAR
F

ABDOMEN (ACUTE ABDOMEN SERIES) (41003 x 3)
29/9/2564
19:01:13
37084701

20/4/2481
83 YEAR
F



S: 241
Z: 0.30
C: 2047
W: 4095

ABDOMEN (ACUTE ABDOMEN SERIES) (41003 x 3)
29/9/2564
19:02:34
37084701

R



S: 129
Z: 0.25
C: 2047
W: 4095

83-year-old Thai female with

1. Acute abdominal pain; acute diarrhea
2. Acute dyspnea
3. ESRD on conservative kidney Mx for 3 years with Hx of 3 admission in the past 2 mo due to fluid overload
4. CA cervix S/P XRT with BCT 30 ปีก่อน clinical stable
5. Ureteric calculi S/P DRU stent off ปี 59
6. Lymphedema both legs ก.พ. 64
7. U/D HT, MDS, DVT

50 นาทีต่อมา...

ผู้ป่วยกระวนกระวาย หายใจหอบมากขึ้น

BP 161/62 RR 32 PR 120 O2sat RA 92%

HOW WOULD YOU MANAGE?



Management

- เป็นผู้ป่วย PC ร่วมดูแล, มี Pop up ใน HO รพ., ไม่มี remark ACP
- แพทย์เวรสอบถามผู้ป่วยเรื่อง ETT
 - >> ผู้ป่วยต้องการให้ใส่ ETT แพทย์ไม่ได้ถามญาติ
(ไม่ได้มี note รายละเอียดขณะถามผู้ป่วย แต่เดิมผู้ป่วยหูตึง)
- On ETT with VCV, volume 400, RR 20, PEEP 5, FiO2 0.4
- ABG: pH 7.15 (7.35-7.45)
- Consult Sx เรื่อง suspected gut obstruction
- Consult Med เรื่อง severe metabolic acidosis

LAB

- Hct 16 %
- WBC 4,240 $10^3/\mu\text{L}$
- Plt 426,000 $10^3/\mu\text{L}$
- Lactate 54.3 mg/dL
- BUN 116.1 mg/dL
- Cr 7.36 mg/dL
- K 6.1 mEq/L
- CO 3.2 mEq/L
- Alb 3.5 g/dL

Surgery ประเมิน

- Film AAS --> localized bowel ileus at distal ileum, cecum
- Impression: infective diarrhea
- Advice ญาติเรื่อง plan CT work up แต่คนไข้เป็น ESRD no RRT ญาติไม่ accept ที่จะรับ risk renal injury เพิ่มเติม หากจำเป็นต้องมี surgical intervention ญาติปฏิเสธการผ่าตัด การทำหัตถการที่รุกราน
- Conservative treatment with NG decompression, NPO, IV antibiotics, f/u film abdomen พรงนี้

Med ประเมิน

- คิดถึง **cause of metabolic acidosis** จาก **ESRD** (no RRT) เดิม + **infective diarrhea with sepsis**
- **คฺยญาติ** (ลูกชายและลูกสาวซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจหลัก) **เลือก best supportive care** (no HD, no CPR, no inotrope, no Sx หากมีอาการเปลี่ยนแปลงให้แจ้งญาติ)
- **Admit ICU 00.40 น.**

Problem lists

1. Acute infective diarrhea with sepsis
2. Acute respiratory failure
3. Lactic acidosis ddx. Sepsis, hypovolemia
4. Anemia
5. Hyperkalemia
6. ESRD on conservative kidney management
7. CA cervix

7.00 น.

NG: coffee ground

Advice ญาติ,

Notify Palliative

10.00 น.

Family meeting ลูกสาวและลูกชาย:

ขอยุติการรักษา พาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน

- Morphine 15 mg + midazolam 15 mg + buscopan 240 mg + NSS upto 100 ml csci via surefuser in 72 hr
- Morphine 1 mg + midazolam 1 mg sc prn q 2 hr for pain/dyspnea/agitation *5 dose

Admit ICU

00.40 น.

PC ประเมิน ผู้ป่วยปลุกตื่นลืมตา ไม่ทำตามสั่ง
หายใจตามเครื่อง BP 90/54

ญาติกำลังเดินทางมา รพ., นัด FM meeting

- Morphine 1 mg IV/SC prn q 2 hr for pain/dyspnea
- Midazolam 1 mg IV/SC prn q 2 hr for dyspnea/agitation

8.45 น.

เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ
หลัง off ETT 30 นาที



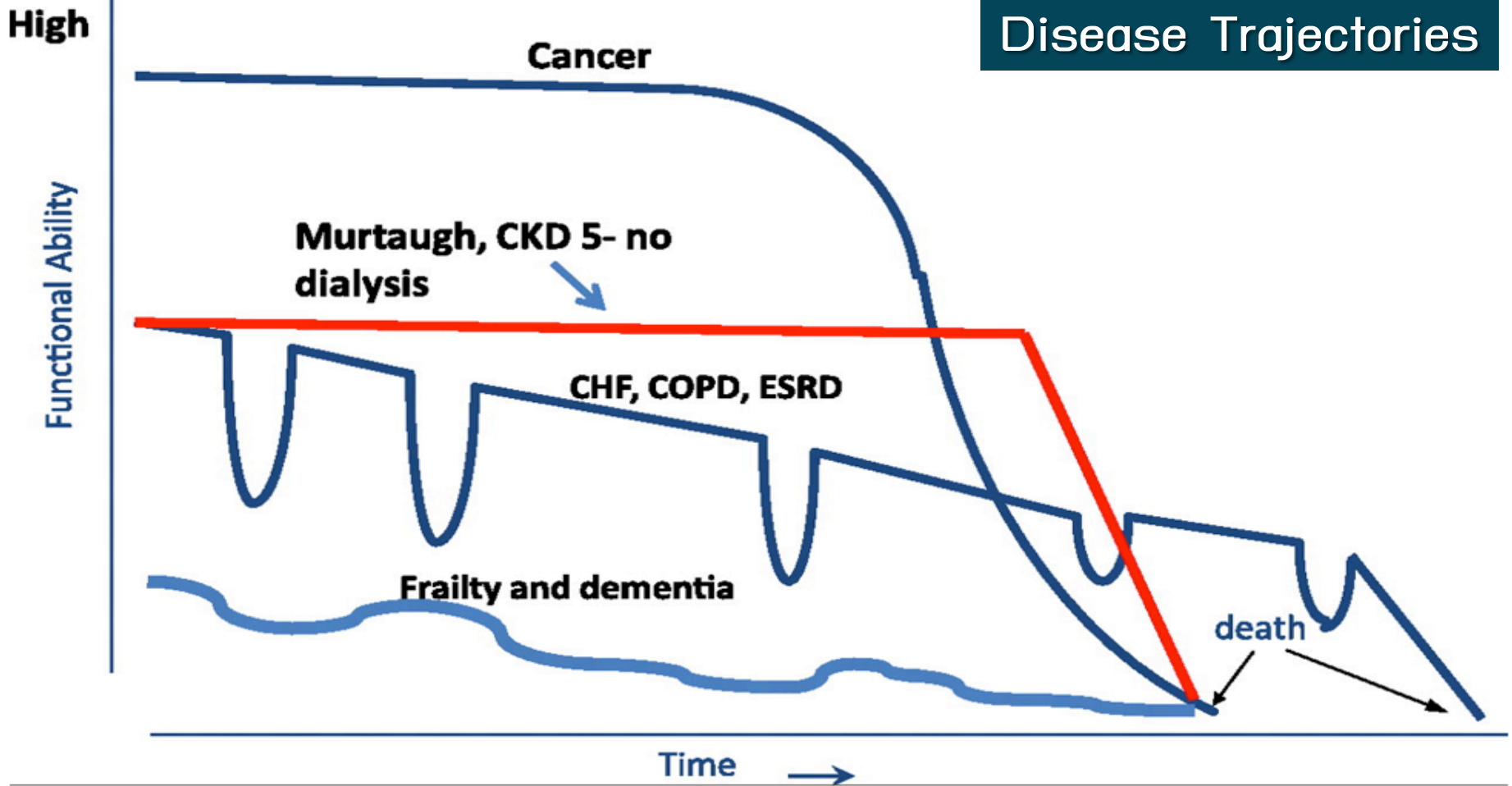
Any questions or discussion?



Disease Trajectories



Disease Trajectories



Prognostication



Survival of Renal Conservative Patients

Median survival from time of modality choice = 18 M.

- Brown et al. (2015) = 16 months
- Wong et al. = 23 months
- Kwok et al (2016) = 16 months
- Carson = 14 months
- Murtagh = 18 months

One-third of non-dialysis patients lived more than 12 months after eGFR fell below 10 ml/min.

CASE 2



Patient profiles

- ผู้ป่วยชาย อายุ 85 ปี
- ภูมิลำเนา อ.บ้านฝาง จ.ขอนแก่น
- สิทธิการรักษา ข้าราชการ
- Visit date 13/10/64

ล้มศีรษะกระแทก Dx: mild TBI (by age + loss of consciousness)

CT brain NC:

- Several spot hemorrhage at right high frontal lobe
- Lacunar infarction at right lentiform nucleus
- Patchy hypodense lesion at bilateral frontoparietal lobes; could be small vessel disease

ม.ค.63

- CPPD (Calcium pyrophosphate dihydrate)
- Pulmonary TB Smear -ve , PCR TB +ve รักษาครบเมื่อ ก.ย.63

ลูกสาวให้ประวัติหลังจากมี TBI เริ่มติดเตียง total dependence ต้องมีพี่เลี้ยงดูแล นั่งเองไม่ได้ ต้องให้คนพยุง เคยมีปัญหาเรื่อง delirium ต้องให้ยานอนหลับเป็นบางครั้ง กินเองทางปากได้เป็นข้าวต้ม ไม่มีสำลัก พอสื่อสารได้บ้างบางครั้ง (FAST ?)

ส.ค.64

Admit 1: 24/8/64-3/9/64

DU perforate with sepsis with RS failure

S/P EL with simple suture with omental patch

Status หลัง D/C -> FAST 7A

ก.ย.64

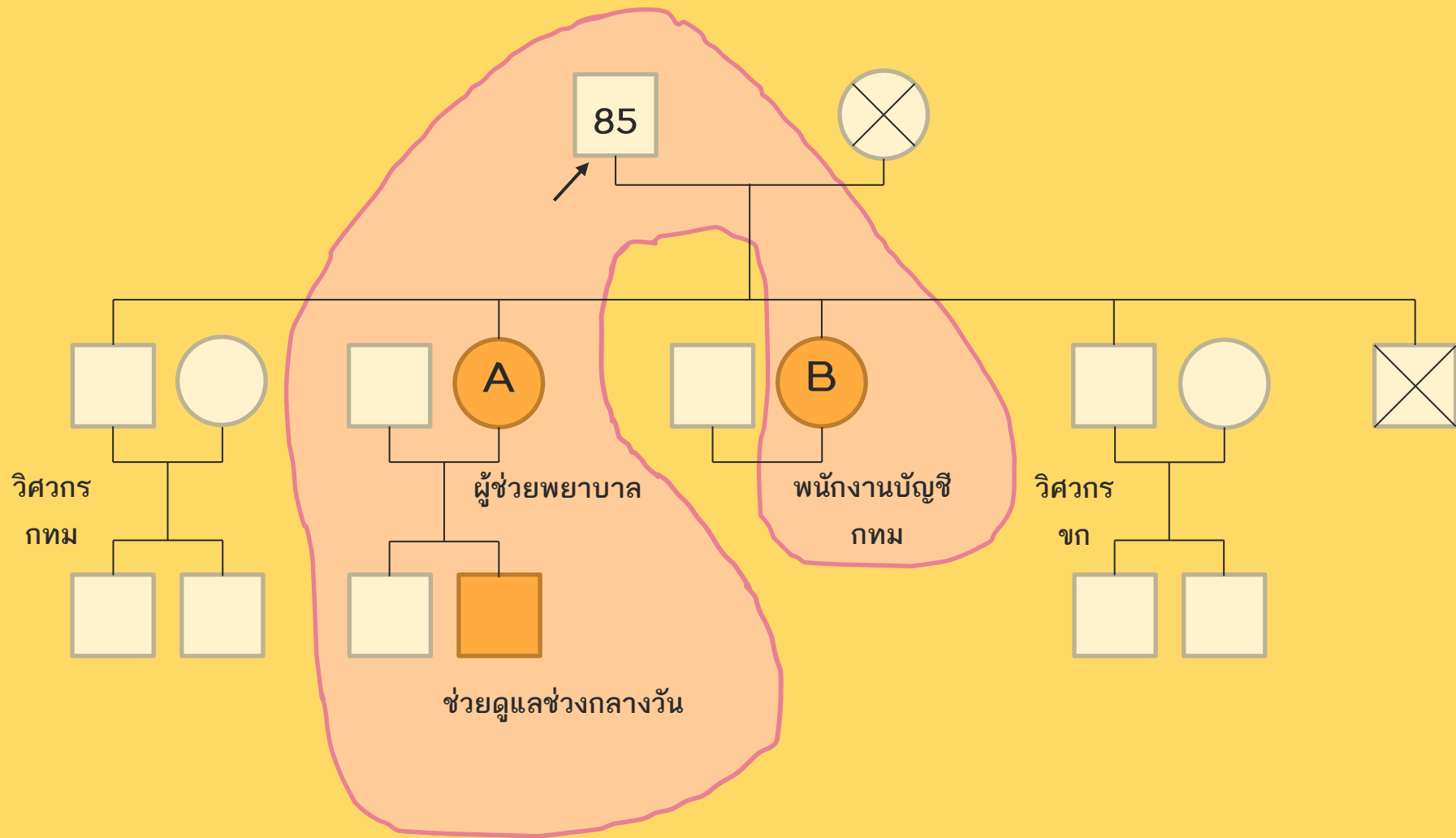
Admit 2: 13/9/64-28/9/64

- Tracheobronchitis with septic shock with RS failure
- AKI with hyperNa, hypoK, hypoMg
- UTI: P.aeruginosa (CRPA_MDR)
- CPPD
- Advanced dementia FAST 7F (Post-stroke)

>> Consult PC for ACP

Psychosocial

- ผู้ดูแลและตัดสินใจหลักคือลูกสาวคนที่ 2 ซึ่งรับทราบสถานการณ์ตัวโรคและอาการล่าสุดของผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง sepsis with septic shock with RS failure ลูกสาวไม่ต้องการให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน
- ขอ levophed แค่ max dose ไม่ขึ้น adrenaline or dopamine, no C-line, no CPR
- ถ้าแนวโน้มอาการแย่ลง ขอยุติการพองชีพที่ กว.7/1
- อาการดีขึ้น wean off ETT ได้ D/C 28/9/64, FAST 7F



Chief complaint: หายใจหอบเหนื่อย 1 วันก่อนมารพ.

Present illness:

1 วันก่อนมารพ. หายใจหอบเหนื่อย ไอมีเสมหะสีขาว ไม่มีไข้ ไม่อาเจียน
ไม่ปวดท้อง ไม่ถ่ายเหลว กินทาง OG ไม่แน่ใจประวัติสำคัญ

ลูกสาวคนที่ 3 ให้ O2 canula 3 LPM O2sat 80% อาการไม่ดีขึ้น
จึงมารพ.

Physical examination

- GA: An elderly man, **cachexia, tachypnea**
- Vital sign: BT 37.2 c, PR 116 bpm, **RR 54 tpm**
BP 112/64 mmHg, **O2sat RA 78%**
- HEENT: **Mild pale**, no jaundice
- Heart: Normal S1S2, no murmur
- Lung: **Poor air entry both lungs**
- Abd: Soft, not tender, no guarding
- Ext: No pitting edema

85-year-old Thai male with

- Advanced dementia FAST 7F
- Acute dyspnea

HOW WOULD YOU MANAGE?



Management at Resus

- Visit at 12.50 น. -> work up lab, ฟันยา
- 14.07 น. อาการไม่ดีขึ้น หายใจหอบ RR 36 O2sat 80%
-> on ETT ลูกสาวคนที่ 3 (B) ที่พามา รพ. เป็นคนตัดสินใจ
- ลูกสาวคนที่ 2 (A) ทราบว่าลูกสาวคนที่ 3 (B) พามา รพ. มาที่ Resus และโทรแจ้ง
พยาบาลเวร PC
- 14.10 น. พยาบาลเวร PC โทรแจ้ง incharge รับทราบแผน
- PC visit at 15.00 น. ->> Pt on ETT, O2sat 80-90%, E2VTM4
- Lungs: poor air entry, on levophred (4:250) iv 10 ml/hr, BP stable 100/60-70

Management

- AE ไม่ทราบว่าเป็น case PC -> ไม่ได้ notify PC, ไม่มี pop up ในระบบ HO รพ., มี remark เรื่อง ACP, ญาติที่พามาไม่ได้แจ้ง, ไม่ได้เอาสมุดประจำตัวมา
- Last admission PC คู่กับลูกสาวคนที่ 2 (A) ACP: comfort care, no re-ETT, no CPR, no inotrope ลูกสาวคนที่ 2 (A) เป็นคนสื่อสารกับญาติคนอื่นๆ เรื่อง ACP และขณะนั้นญาติเห็นตรงกัน
- หลัง D/C 28/9/64 ลูกสาวคนที่ 3 (B) มาช่วยดูแลแทน เป็น main caregiver

Management

- Family meeting at AE กับลูกสาว 2 คน ลูกชายคนที่ 4 และลูกชายคนโตทางโทรศัพท์
- สอบถามญาติเรื่องความเข้าใจของการดูแลแบบประคับประคอง และความเห็นญาติว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคองหรือไม่ ลูกสาวคนที่ 3 มองว่าคุณพ่อยังไม่ใช่ผู้ป่วยประคับประคอง เนื่องจากยังมีสติ และตอบโต้ได้
- แจ้งเรื่องการดูแลประคับประคอง และลักษณะคุณพ่อเป็นผู้ป่วยประคับประคอง
- ชวนคุยเรื่องเป้าหมายการดูแลและ ACP -> ลูกๆ มีความเห็นไม่ตรงกัน
- สรุป ACP เบื้องต้น -> no CPR, no HD, no Sx, accept inotrope peripheral line
- เรื่อง re-ETT และจำนวน inotropes ญาติขอกู้กันก่อน

LAB

- Hct 34.1 %
- WBC 11,520 $10^3/\mu\text{L}$
- Plt 386,000 $10^3/\mu\text{L}$
- NE 85.7 %
- Lactate 28.9 mg/dL
- Cr 0.63 mg/dL
- eGFR 89.86
- Alb 3.2 g/dL

1/2/2479
85 YEAR
M

R

PORTABLE CHEST (41004)
13/10/2564
14:12:46
37338423

1/2/2479
85 YEAR
M

R

PORTABLE CHEST (41004)
CHEST
26/9/2564 10:49:33
37019307
HFS

El:1313

Z: 0.25
C: 7463
W: 6831
mAs: 230
KVp: 79.50

dGy*cm^2:2.53
DI:6.47
El:1109

Z: 0.28
C: 8258
W: 16383

Problem lists

1. Suspected HAP
 2. Suspected UTI
 3. Septic shock
 4. Acute respiratory failure
 5. Advanced dementia FAST 7F
 6. CPPD (Calcium pyrophosphate dihydrate)
 7. Old pulmonary TB
- Consult Med -> admit ICU 13/10/64

14/10/64

E4VTM5, PSV, PS 8, PEEP 5, FiO2 0.4
หายใจดี ไม่หอบ O2sat 100% เสมหะน้อย
Try wean off levophred
ATB: meropenem ไข้ลงดี
ประเมินรอบนี้อาจ try wean off tube ได้

15/10/64

FM สื่อสารกับลูกทั้ง 4 คน หากเหนื่อยขึ้น
ไม่ใส่ tube ใหม่ ขอ symptom controlled
+ ขอย้าย กว.7/1 for end-of-life care
ไม่มี symptom management

16/10/64

Off ETT ได้ ไม่หอบเหนื่อย
Continue ATB: Tazocin + colistin

17/10/64

Clinical stable
รอ ATB ครบ D/C 25/10/64

25/10/64

BP drop on levophred
FM meeting: plan ย้ายกว.7/1



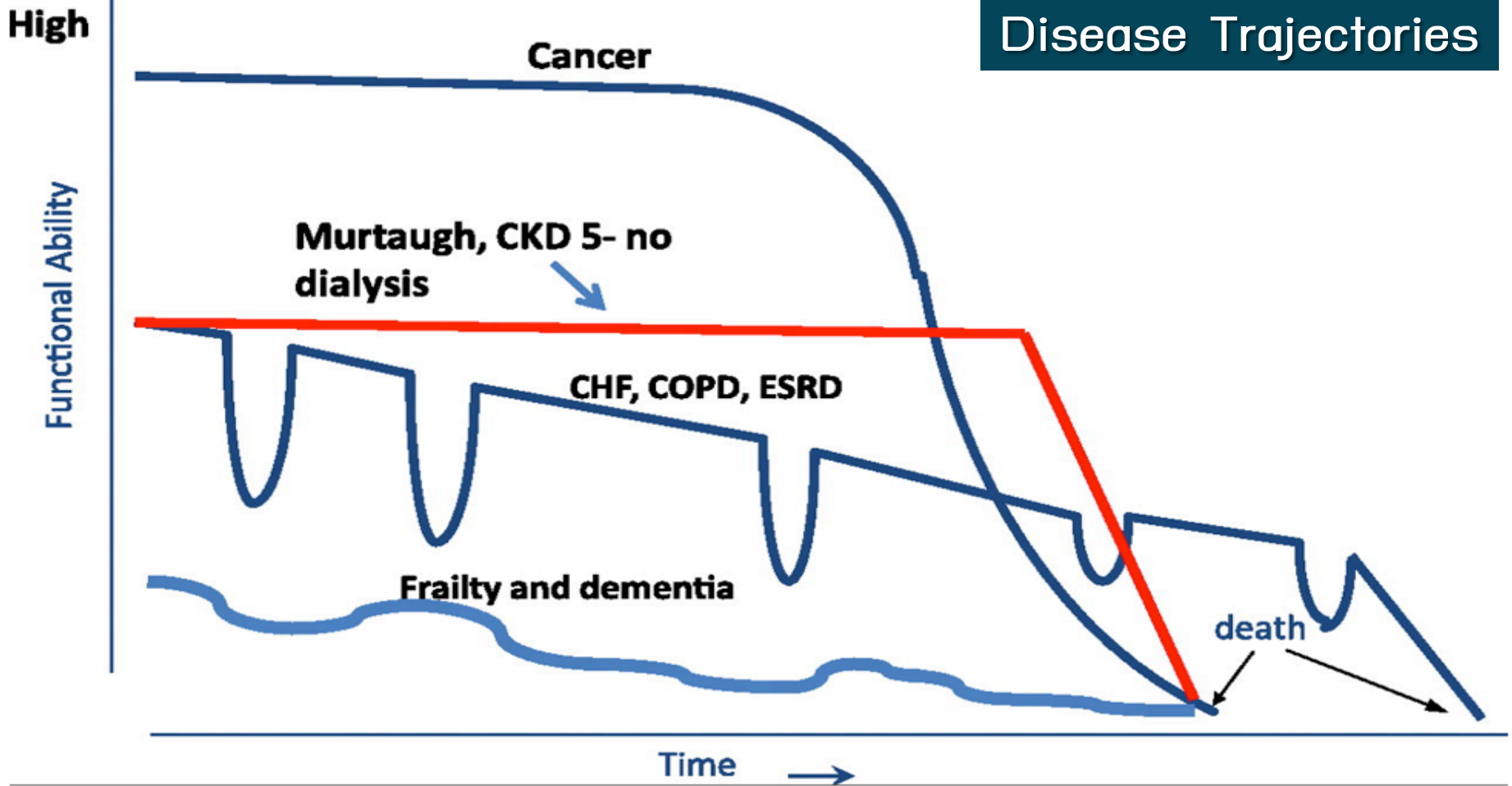
Any questions or discussion?



Disease Trajectories



Disease Trajectories



Prognostication in Dementia



Prognostication in dementia

- ‘Terminal dementia’ or “end-stage” or “advanced”
 - > loss of communication, ambulation, swallowing, and continence
- FAST: the Functional Assessment Staging
 - > 7-step staging system, to determine hospice eligibility
 - > memory loss, job functionality, and their ability to take care of themselves

Stage	Stage Name	Characteristic	Expected Untreated AD Duration (months)	Mental Age (years)	MMSE (score)
1	Normal Aging	No deficits whatsoever	--	Adult	29-30
2	Possible Mild Cognitive Impairment	Subjective functional deficit	--		28-29
3	Mild Cognitive Impairment	Objective functional deficit interferes with a person's most complex tasks	84	12+	24-28
4	Mild Dementia	IADLs become affected, such as bill paying, cooking, cleaning, traveling	24	8-12	19-20
5	Moderate Dementia	Needs help selecting proper attire	18	5-7	15
6a	Moderately Severe Dementia	Needs help putting on clothes	4.8	5	9
6b	Moderately Severe Dementia	Needs help bathing	4.8	4	8
6c	Moderately Severe Dementia	Needs help toileting	4.8	4	5
6d	Moderately Severe Dementia	Urinary incontinence	3.6	3-4	3
6e	Moderately Severe Dementia	Fecal incontinence	9.6	2-3	1
7a	Severe Dementia	Speaks 5-6 words during day	12	1.25	0
7b	Severe Dementia	Speaks only 1 word clearly	18	1	0
7c	Severe Dementia	Can no longer walk	12	1	0
7d	Severe Dementia	Can no longer sit up	12	0.5-0.8	0
7e	Severe Dementia	Can no longer smile	18	0.2-0.4	0
7f	Severe Dementia	Can no longer hold up head	12+	0-0.2	0

2012

Review



Prognostic indicators of 6-month mortality in elderly people with advanced dementia: A systematic review

Palliative Medicine
27(5) 389–400
© The Author(s) 2012
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216312465649
pmj.sagepub.com
SAGE

- 7 studies, 5 in US and 2 in Israel
- All but one study found that FAST phase 7c, currently widely used to assess hospice admission eligibility in the US, was not a reliable predictor of 6-month mortality
- The most common prognostic variables identified related to nutrition/nourishment, or eating habits, followed by increased risk on dementia severity scales and comorbidities.

Prognostication in dementia

1. The National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO)

- FAST stage 7A: prognosis $\leq$ 6 mo
- $\geq$ 1 specific dementia-related co-morbidities
 - Aspiration
 - Upper urinary tract infection
 - Sepsis
 - Multiple stage 3-4 ulcers
 - Persistent fever
 - Weight loss $>10\%$ within six months

Prognostication in dementia

- Luchins (1997): 47 patients
 - Median survival for all patients was 6.9 months
 - 38% survived beyond 6 months
 - FAST $\geq$ stage 7C, mean survival was 3.2 months (N = 12)

2. Mortality Risk Index Score (MRI)

<u>Points</u>	<u>Risk factor</u>
---------------	--------------------

1.9	Complete dependence with ADLs
1.9	Male gender
1.7	Cancer
1.6	Congestive heart failure
6.	O ₂ therapy needed w/in 14 day
1.5	Shortness of breath
1.5	<25% of food eaten at most meals
1.5	Unstable medical condition
1.5	Bowel incontinence
1.5	Bedfast
1.4	Age > 83 y
1.4	Not awake most of the day

Risk estimate of death within 6 months

<u>Score</u>	<u>Risk %</u>
0	8.9
1-2	10.8
3-5	23.2
6-8	40.4
9-11	57.0
≥ 12	70.0

- Compared to FAST Stage 7C, the MRI had greater predictive value of six month prognosis

Prognostication in dementia

- Estimation of prognosis in severe/terminal dementia is in part dependent on the goals of care and decisions regarding the level of intervention that will be provided to treat acute medical problems such as urosepsis and malnutrition
- No gold standard to help clinicians determine a less than 6 months prognosis with any degree of certainty