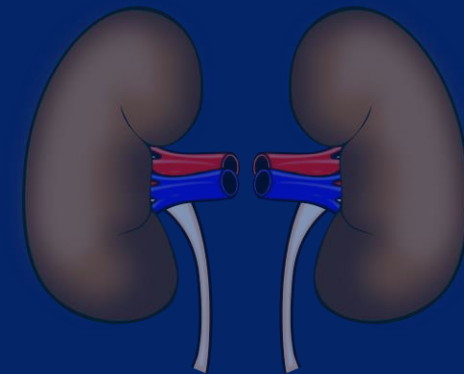


A 71-year-old male with ESRD on HD for 14 years. Bed bounded for 2 months from L-stenosis with hip fracture and NSTEMI.

What is the best option?



“Palliative dialysis VS Withdrawal from dialysis”



Case Conference

**ขอเชิญผู้ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้
29 กันยายน 2564 เวลา 12.00–13.30 น.**

ผ่านทาง Zoom meeting ID: 946 6927 1208 Password: 12345



Case Conference

29 September 2021

Niyom Boonthan, M.D.

Palliative Fellow

Karunruk Palliative Care Center

Srinagarind Hospital, Khon Kaen University

Patient Profile

- ชายไทยคู่ อายุ 71 ปี
- ภูมิลำเนา อ.เมือง จ.อุดรธานี
- อาชีพเดิม ตรวจคุณภาพการผลิตเมล็ดข้าวโรงสี ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ
- สัทธิการรักษา เบิกจ่ายตรง
- Admission date 19 ส.ค. 2564

Chief Complaint

หอบเหนื่อยมากขึ้นมา 1 วัน

Present Illness

Known case ESRD on regular HD

3 วันก่อนมา sw. มาตรวจที่ OPD NephroMed. ตามนัดมีอาการขากระตุกจาก Dx. Myoclonus ได้ยา clonazepam(0.5) 1xprn หลังได้ยาซึมลง นอนหลับตลอด ยังปลุกตื่น ถามตอบรู้เรื่อง ทานได้ลดลง ไม่มีไข้ จึงหยุดยา clonazepam

Present Illness

2 วันก่อนมา sw. มาตามนัดทำ adenosine stress test (ศูนย์หัวใจสิริกิติ์) ขณะที่จะทำ Perform adenosine stress test มีปัญหา tachycardia HR 120 bpm, EKG: diffuse STD V4-V6, II, III, aVF with positive in aVR แพทย์คิดว่าสาเหตุเกิดจาก tachycardia induced STD ไม่สงสัยภาวะ ACS จึงได้ยุติการตรวจ

และช่วง 2 วันก่อนมา sw. ผู้ป่วยมีนอนไม่ค่อยหลับ เริ่มสับสน เข้าใจสถานที่ผิด มีร้องจะไปอาบน้ำ จะใส่ฟันปลอม กินแล้วสำลักบางครั้ง จากนั้นพูดสับสนมากขึ้น ญาติไปขอปรึกษาแพทย์ที่ OPD Med. Dx. Delirium ได้รับยา Quetiapine(25) 1x1 po hs หลังจากกลับ Nursing home มีอาการหนาวสั่น ไม่มีไข้

Present Illness

1 วันก่อนมา sw. เริ่มซึมลง วัดได้ไข้ที่ Nursing home BT 38 C หายใจเร็ว SpO2 80% ได้มาที่ ER sw.ศรินครินทร์ สงสัย Pneumonia จึงได้ให้ Augmentin และ Azithromycin กลับบ้าน ผู้ป่วยมีไอเท่า ๆ เดิม เสมหะในคอ ไม่มีท้องเสียถ่ายเหลว ไม่มีแผลกดทับ

วันนี้ไปพอกไตตามนัดที่ sw.เอกชน พบว่าเหนื่อยหอบ จึงนำส่ง ER wu BT 39.2 C, RR 20/min, BP 102/66 mmHg, SpO2 90% และ COVID-19 rapid test negative สงสัย pneumonia ญาติต้องการการรักษาที่ sw.ศรินครินทร์ จึงส่งตัวมา

Past History

- T2DM and HTN ประมาณ 40 ปีก่อน
 - Well controlled: last HbA1C 6.4 (10/7/64)
- Primary angle closure glaucoma
 - ติดตามที่ sw.มหาวิทยาลัยนเรศวร 3 ปี
 - 1 ปี loss F/U กลับมารักษาต่อ sw.ศรินครินทร์ เม.ย.2563
- Left Carpal tunnel syndrome S/P Left carpal tunnel release 7 ก.ค. 2564

Past History

ประวัติ มี.ย. 2559 เดินล้ม
ปวดสะโพกซ้าย Dx. cFx. Lt.
intertrochanter S/P CRIF
with PFNA
หลังผ่าตัดเดินได้ ช่วยเหลือ
ตัวเองได้



Past History

- Lumbar stenosis
 - 1 ปีก่อน มีอาการอ่อนแรงขาขวา Dx. L-stenosis F/U ortho เดินโดยใช้ Walker frame ขาสองข้างค่อย ๆ อ่อนแรงมากขึ้น
 - 7 ก.ค. 2564 หมุนตัวล้ม ก้นกระแทกพื้น ปวดสะโพกขวา เดินไม่ได้ มาพบแพทย์ประเมินแล้วอาการอ่อนแรงเกิดจาก progressive L-stenosis ได้ Admit ortho 10-21 ก.ค. 2564 Dx. L-stenosis with neuro deficit, R/O Right acetabular fracture(non-displace)

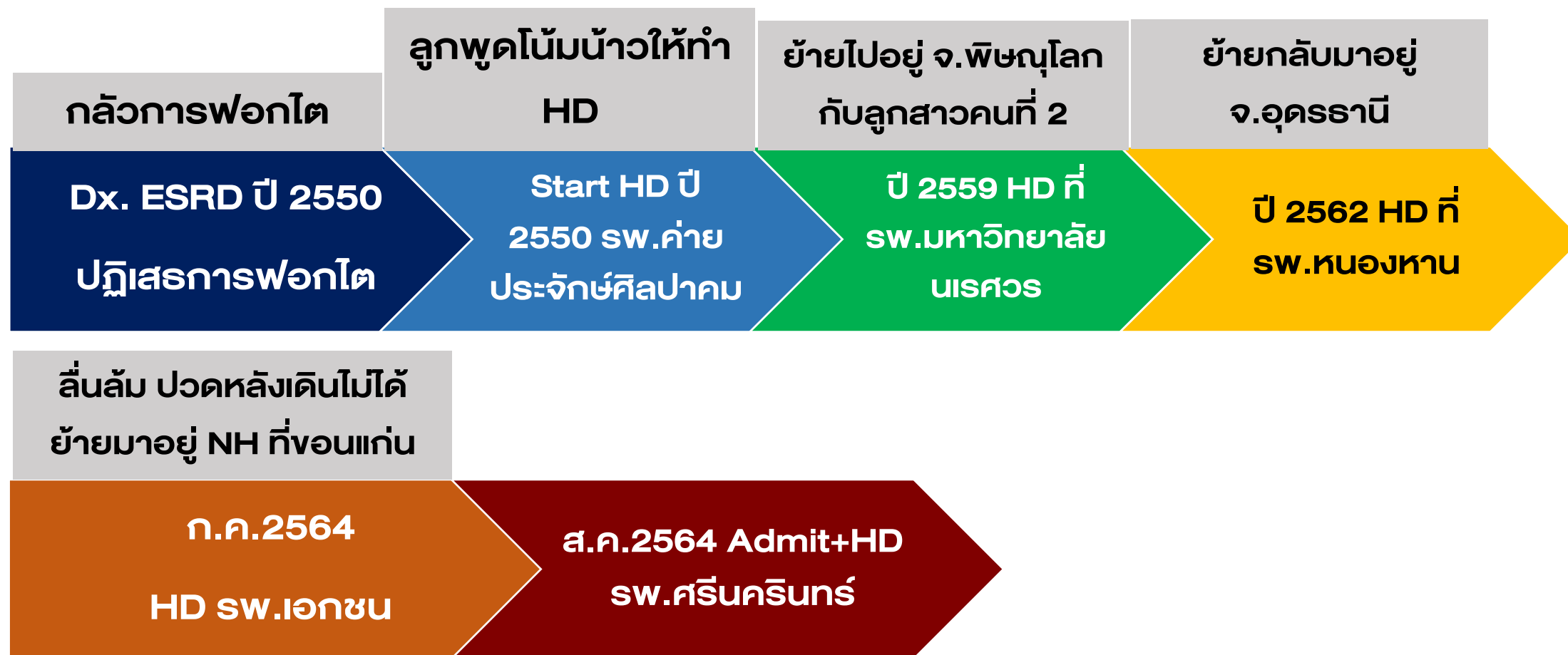
MRI OF WHOLE SPINE 21/7/64

- INDICATION: A 71-year-old man presented with right lower limb weakness grade II-III
- IMPRESSION:
 - Degenerative disc disease of the cervical, thoracic, and lumbar spine with L4/5 spinal stenosis and grade1 spondylolisthesis of L4-L5; evidence of L4/5 disc bulging accompanying with bilateral mild facets arthrosis and ligamentum flavum hypertrophy causes cauda equina aggregation, severe compression to bilateral L5 traversing nerve roots, in lateral recess and moderate compression to bilateral L4 exiting nerve roots, in neural foramen
 - T5/6 and T6/7 disc bulging cause compression to anterior subarachnoid space

Past History

- End stage kidney disease
 - เริ่มทำ HD ปี 2550
 - ขณะนี้ on regular hemodialysis วันจันทร์ พฤหัส เสาร์ ที่ SW.เอกชน
 - No urine 10 years

Timeline of dialysis



Current medications

- Clonazepam(0.5) 1x1 po hs prn
- Lorazepam(1) 1x1 po hs
- Sevelamer(800) 1x3 po with meal
- Calcit SG(0.25) 1 cap
- Quetiapine(25) 1x1 po hs
- Lactulose 30 ml po hs
- Unison 100 ml RS
- NaHCO₃(300) 3x2 po pc
- Folic(5) 1x1 po pc
- Bco 1x3 po pc
- Losartan(50) 1x1 po hs

Physical Examination

- V/S: **BT 38.6 C, RR 24/min**, PR 105/min, BP 100/58 mmHg, SpO2 RA 97–98%
- HEENT: **mild pale conjunctivae**, anicteric sclerae, no CLN lymphadenopathy
- Lung: no retraction, no cyanosis, equal chest movement, resonance on percussion both lungs, good air entry, equal breath sound, **fine crepitation both lungs**
- Heart: **PSM gr III LLPSB, SEM Gr II RUPSB**
- Abdomen: no distention, normoactive bowel sound, no hepatosplenomegaly, no palpable mass
- Extremities: **dry skin with scratch lesion, multiple ecchymosis, pitting edema 1+ both legs, S/P AVF Rt. UE**

Physical Examination



Physical Examination

- Neurological examinations

- E4V5M6
- Oriented to time, place and person

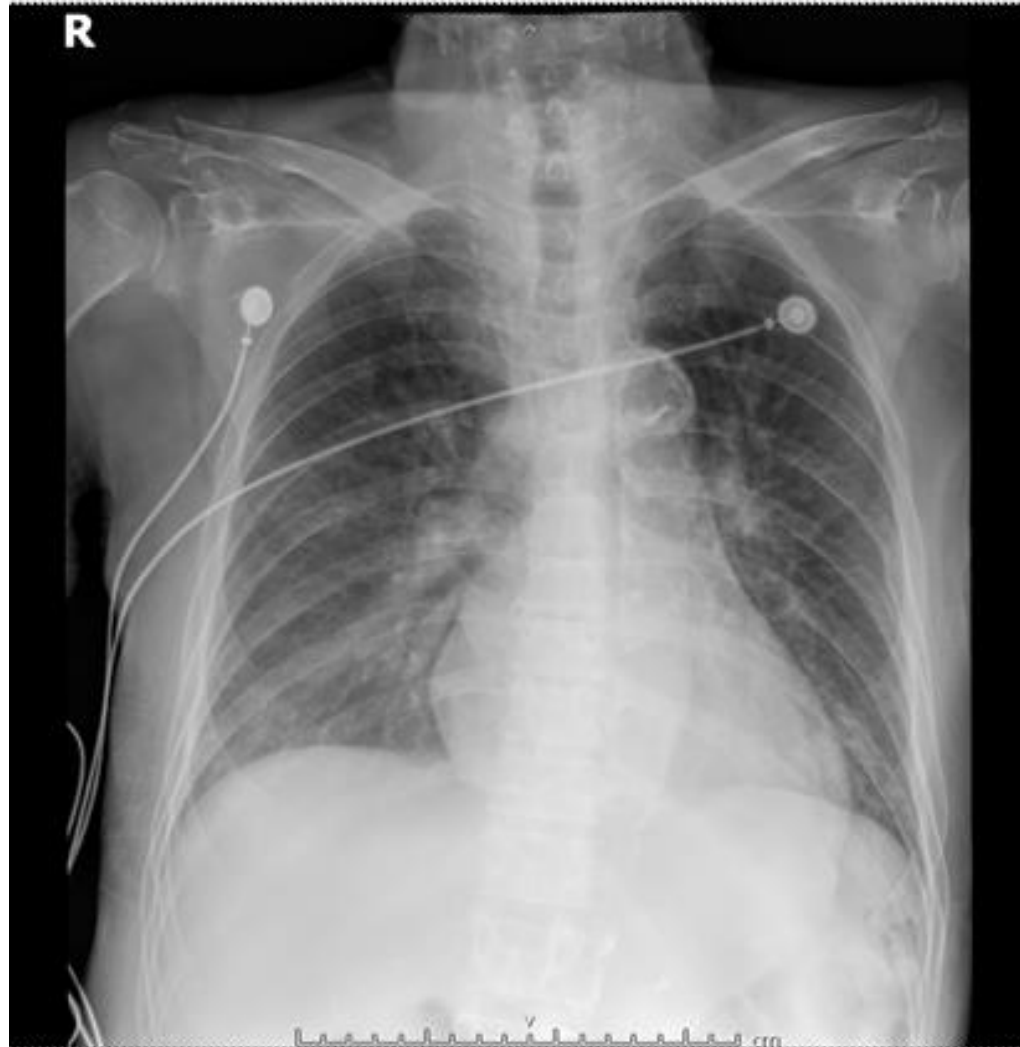
Motor power

	Rt.	Lt.
• UE	V all	V all
• HF/HABD	II+/II+	II+/III+
• KF/KE	III+/V	III+/V
• ADF/EHL/PF	I/I/I	V/V/IV+
• Decrease PPS both hands and feet		
• Proprioception intact large but impair small jt LE		

Investigation 30/8/64

- Hb 10.0 g/dL, Hct. 30.2%, WBC 9000 $10^3/\mu\text{L}$, Plt. 210K $10^3/\mu\text{L}$, NE 89.3%
- BUN 55.9 mg/dL, Cr 6.70 mg/dL, eGFR 7.56 ml/min/1.73 m²
- K 4.4 mmol/L, HCO₃ 26.8 mmol/L, Cl 95 mmol/L, Ca 10.0 mmol/L, PO₄ 5.0 mmol/L, Mg 2.7 mmol/L
- TP 6.1 mg/dL, Albumin 3.2 g/dL, Globulin 2.9 g/dL
- TB 0.4 mg/dL, DB 0.2 mg/dL, ALT 151 U/L, AST 233 U/L, ALP 77 U/L
- PT 14.8 INR 1.34 PTT 33.4

Chest X-Ray 19/8/64



Hospital Course

วันที่	19/8/64	22/8/64	26/8/64
Problem	ไข้ ไอ หอบ Dx. Aspiration pneumonia	มีปัญหา BP 88/55 mmHg ได้ resuscitation + NE Dx. Cardiogenic shock	มีใจสั่น ไม่มีแน่นหน้าอก Dx. New onset AF
Investigation	<ul style="list-style-type: none"> CXR: patchy infiltration RLL H/C: S. haemolyticus x 1 	<ul style="list-style-type: none"> EKG: STD V2-V6, TnT 6600 serial 8000 Cardio echo bedside: LVEF 40%, hypokinesia at basal-apical part, moderate AS, trivial AR, mild MS/MR สงสัย 2nd MI 	<ul style="list-style-type: none"> EKG: AF rate 130 bpm, CHAD2VASC = 5
Management	Tazocin IV then Ceftriaxone IV Off ATB 29/8/64	<ul style="list-style-type: none"> ทำ CAG 24/8/64: DVD with LM on DAPT + statin then triple therapy Plan ทำ PCI in 2 wk หลัง clinical stable 	Add warfarin keep INR 2-3

Hospital Course

วันที่	30/8/64	31/8/64
Problem	อาเจียนเป็นเลือด PR: Melena Dx. UGIB from warfarin overactivity	ERSD nephrologist ประเมินว่า HD ไม่น่าจะเป็น option ที่สำหรับผู้ป่วยเนื่องจากมีปัญหา NSTEMI มีโอกาส sudden death ขณะทำ HD
Investigation	INR 6.64	
Management	<ul style="list-style-type: none"> Off Warfarin Pantoprazole IV 	<ul style="list-style-type: none"> plan ค่อยๆปรับยาตี พิจารณาเปลี่ยนเป็น PD ค่อยๆปรับยาตี 16.00 น. 31/8/64 ยาตีขอไม่ทำ PD หากมี cardiac arrest intra-HD ขอ no ETT, no CPR

Problem List

- ESRD on HD with T2DM with HTN
- L-stenosis with neurological deficit with R/O Right acetabular fracture (non-displace) status bedridden
- Aspirate pneumonia with sepsis
- Cardiogenic shock, suspected NSTEMI
- New onset AF
- UGIB from warfarin overactivity

What is the best option?

Palliative dialysis

VS

Withdrawal from dialysis

Consult Palliative Care

31/8/64

Surprise Question

*Would I be surprised if this patient died
in the next year?*

No

**The SPICT™ is used to help identify people whose health is deteriorating.
Assess them for unmet supportive and palliative care needs. Plan care.**

Look for any general indicators of poor or deteriorating health.

- Unplanned hospital admission(s).
- Performance status is poor or deteriorating, with limited reversibility.
(eg. The person stays in bed or in a chair for more than half the day.)
- Depends on others for care due to increasing physical and/or mental health problems.
- The person's carer needs more help and support.
- Progressive weight loss; remains underweight; low muscle mass.
- Persistent symptoms despite optimal treatment of underlying condition(s).
- The person (or family) asks for palliative care; chooses to reduce, stop or not have treatment; or wishes to focus on quality of life.

Look for clinical indicators of one or multiple life-limiting conditions.

Cancer

Functional ability deteriorating due to progressive cancer.

Too frail for cancer treatment or treatment is for symptom control.

Dementia/ frailty

Unable to dress, walk or eat without help.

Eating and drinking less; difficulty with swallowing.

Urinary and faecal incontinence.

Not able to communicate by speaking; little social interaction.

Frequent falls; fractured femur.

Recurrent febrile episodes or infections; aspiration pneumonia.

Neurological disease

Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy.

Speech problems with increasing difficulty communicating and/or progressive difficulty with swallowing.

Recurrent aspiration pneumonia; breathless or respiratory failure.

Persistent paralysis after stroke with significant loss of function and ongoing disability.

Heart/ vascular disease

Heart failure or extensive, untreatable coronary artery disease; with breathlessness or chest pain at rest or on minimal effort.

Severe, inoperable peripheral vascular disease.

Respiratory disease

Severe, chronic lung disease; with breathlessness at rest or on minimal effort between exacerbations.

Persistent hypoxia needing long term oxygen therapy.

Has needed ventilation for respiratory failure or ventilation is contraindicated.

Other conditions

Deteriorating and at risk of dying with other conditions or complications that are not reversible; any treatment available will have a poor outcome.

Review current care and care planning.

- Review current treatment and medication to ensure the person receives optimal care; minimise polypharmacy.
- Consider referral for specialist assessment if symptoms or problems are complex and difficult to manage.
- Agree a current and future care plan with the person and their family. Support family carers.
- Plan ahead early if loss of decision-making capacity is likely.
- Record, communicate and coordinate the care plan.

Kidney disease

Stage 4 or 5 chronic kidney disease (eGFR < 30ml/min) with deteriorating health.

Kidney failure complicating other life limiting conditions or treatments.

Stopping or not starting dialysis.

Liver disease

Cirrhosis with one or more complications in the past year:

- diuretic resistant ascites
- hepatic encephalopathy
- hepatorenal syndrome
- bacterial peritonitis
- recurrent variceal bleeds

Liver transplant is not possible.

Kidney disease

Stage 4 or 5 chronic kidney disease (eGFR < 30ml/min) with deteriorating health.

Kidney failure complicating other life limiting conditions or treatments.

Stopping or not starting dialysis.

Modified Charlson Comorbidity Index

10 points

Age

<50 years	0
50–59 years	+1
60–69 years	+2
70–79 years	+3
≥80 years	+4

Myocardial infarction

History of definite or probable MI (EKG changes and/or enzyme changes)

No	0	Yes	+1
----	---	-----	----

[CHF](#)

Exertional or paroxysmal nocturnal dyspnea and has responded to digitalis, diuretics, or afterload reducing agents

No	0	Yes	+1
----	---	-----	----

Liver disease

Severe = cirrhosis and portal hypertension with variceal bleeding history, moderate = cirrhosis and portal hypertension but no variceal bleeding history, mild = chronic hepatitis (or cirrhosis without portal hypertension)

None	0
Mild	+1
Moderate to severe	+3

Diabetes mellitus

None or diet-controlled	0
Uncomplicated	+1
End-organ damage	+2

Hemiplegia

No	0	Yes	+2
----	---	-----	----

Moderate to severe [CKD](#)

Severe = on dialysis, status post kidney transplant, uremia, moderate = creatinine >3 mg/dL (0.27 mmol/L)

No	0	Yes	+2
----	---	-----	----

Peripheral vascular disease

Intermittent claudication or past bypass for chronic arterial insufficiency, history of gangrene or acute arterial insufficiency, or untreated thoracic or abdominal aneurysm (≥6 cm)

No	0	Yes	+1
----	---	-----	----

[CVA](#) or [TIA](#)

No	0	Yes	+1
----	---	-----	----

Dementia

Chronic cognitive deficit

No	0	Yes	+1
----	---	-----	----

[COPD](#)

No	0	Yes	+1
----	---	-----	----

Connective tissue disease

No	0	Yes	+1
----	---	-----	----

Peptic ulcer disease

Any history of treatment for ulcer disease or history of ulcer bleeding

No	0	Yes	+1
----	---	-----	----

Solid tumor

None	0
Localized	+2
Metastatic	+6

Leukemia

No	0	Yes	+2
----	---	-----	----

Lymphoma

No	0	Yes	+2
----	---	-----	----

AIDS

No	0	Yes	+6
----	---	-----	----

<https://www.mdcalc.com/charlson-comorbidity-index-cci>

Modified Charlson Comorbidity Index

Range of modified Charlson score (0–15)	Survival prediction
9–15	<3 months
6–8	3–12 months
4–5	12–24 months
2–3	24–60 months
0–1	>60 months

Population validated for: Dialysis patients

Advantages: Simple bedside tool for prognosis

Disadvantages: Not yet validated in ESKD on a non-dialysis pathway. **Better at predicting long-term survival than short-term survival for patients on dialysis**

Factor Associated with Poor Prognosis in ESKD

- ✓ Advanced age
- ✓ Poor nutritional status: low serum albumin < 3.5 g/ dL is associated with a 50% 1-year mortality
- ✓ Low functional status
- ✓ Modified Charlson Comorbidity Index ≥ 8 is associated with a 50% 1- year mortality
- ✓ Surprise Question

Physical symptoms

IPOS-Renal Patient Version

Patient name :
 Date (dd/mm/yyyy) :
 Patient number : (for staff use)



www.pos-pal.org

	Not at all	Slightly	Moderately	Severely	Overwhelmingly
Pain	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Shortness of breath	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Weakness or lack of energy	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nausea (feeling like you are going to be sick)	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vomiting (being sick)	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Poor appetite	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Constipation	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sore or dry mouth	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Drowsiness	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Poor mobility	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Itching	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Difficulty Sleeping	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Restless legs or difficulty keeping legs still	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Changes in skin	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Diarrhoea	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

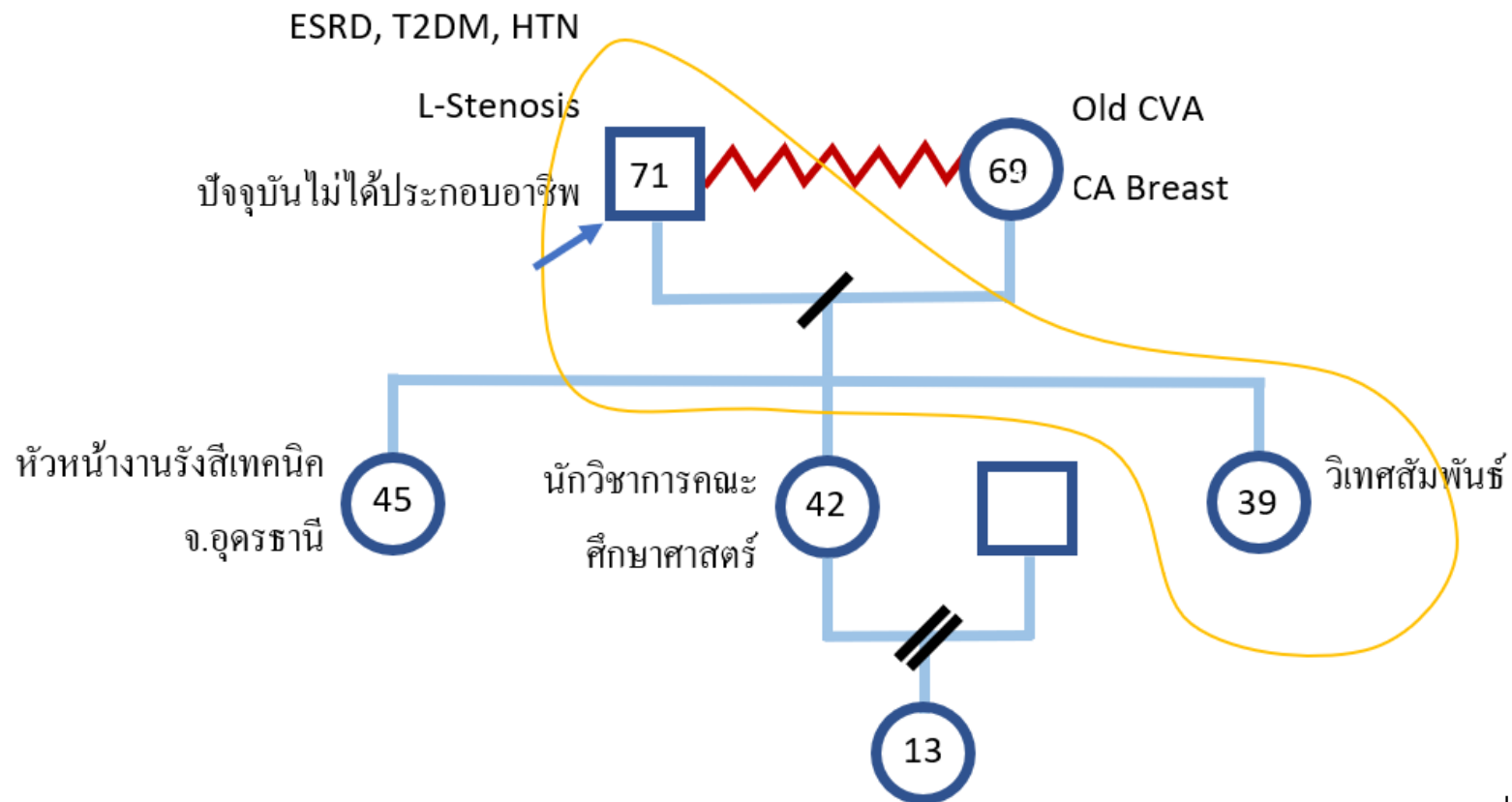
1st Family Meeting

- 31/9/64 โทรศัพทคุยกับลูกสาวคนที่ 3 มองว่าคุณพ่อสับสน คิดว่าตัวโรคน่าจะทำอะไรได้บ้างอยากสู้ให้ถึงที่สุดเท่าที่จะทำได้ วันนี้จะเข้ามาคุยกับ nephrologist
- 1/9/64 เข้ามาคุยกับ nephrologist ช่วงเย็น 31/9/64 แจ้งว่า หากมี acute event ช่วง HD ไม่ invasive no ETT, no CPR แนวโน้ม Aim comfort care

Psychosocial Assessment

- ผู้ป่วยเคยประกอบอาชีพตรวจคุณภาพการผลิตเมล็ดข้าวที่โรงสีใน จ.อุดรธานี
- สถานะแยกกันอยู่กับภรรยา อายุ 69 ปี มีลูก สาว 3 คน
 - ลูกสาวคนที่ 1 อายุ 45 ปี ทำงานเป็นหัวหน้างานรังสีเทคนิค ที่ จ.อุดรธานี สถานะภาพโสด
 - ลูกสาวคนที่ 2 อายุ 42 ปี เป็นนักวิชาการคณะศึกษาศาสตร์ มีบุตรสาว 1 คน หย่าร้างกับสามี
 - ลูกสาวคนที่ 3 อายุ 39 ปี ทำงานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ สถานะภาพโสด
- ปัจจุบันอยู่ที่ nursing home ใน อ.เมือง จ.ขอนแก่น
 - เริ่มเข้าอยู่ 3 ส.ค. 64 ค่าใช้จ่ายรายเดือน 22500 บาท ลูกทั้งสามคน ออกค่าใช้จ่ายร่วมกัน

Family Genogram



เขียนโดย นพ.นิยม บุญทัน
วันที่ 6 ก.ย. 2564

Perception

ผู้ป่วยและลูกทั้ง 3 คน รับทราบว่าป่วยเป็นโรคไตวายระยะที่ 5 ฟอกไตมา 14 ปี เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด การฟอกไตเป็นเพียงการให้การรักษาทดแทนการทำงานของไต ทีมแพทย์ผู้รักษาได้แจ้งสถานการณ์ของตัวโรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยเลือกปฏิเสธการฟอกไตต่อ ไม่ว่าจะเป็นวิธีใดก็ตาม แต่ลูกคิดว่าผู้ป่วยมีอาการสับสน การตัดสินใจอาจจะไม่เหมาะสม อยากสู้ให้ถึงที่สุดเท่าที่จะทำได้

Shared Decision Making

Nephrologist

ประเมินว่า HD ไม่น่าจะเป็น option ที่
สำหรับผู้ป่วยเนื่องจากมีปัญหานSTEMI
มีโอกาส sudden death ขณะทำ HD

Family*

หากแพทย์จะยุติการ HD ให้พิจารณา
ตามดุลพินิจของแพทย์ แต่ครอบครัว
ไม่เลือก long term PD

PC

4/9/64 Nephrologist พิจารณา
ยุติ HD ครอบครัวยอมรับได้

Transfer to Palliative Ward 6/9/64

Palliative Ward



2nd Family Meeting

- ผู้ป่วย และลูกสาว 3 คน
- ผู้ป่วยไม่สับสน มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถตัดสินใจแผนการดูแลด้วยตัวเอง
- พุดคุยทางเลือกในการดูแล → Best case/Worst case and survival time
 - Standard dialysis
 - Palliative dialysis
 - Withdrawal dialysis

Meaning of Life

“กรณีเดียวเท่านั้นที่จะกลับมาฟอกไต คือฟอกแล้วต้องกลับมาเดินได้”

“การนอนติดเตียงแล้วต้องเจ็บไปฟอกไต **ไม่ใช่ชีวิตที่ต้องการ**”

“ไม่ต้องการอยู่อย่างทรมาณ ไม่อยากเป็นภาระให้ลูก”

“รับได้ถ้าต้องตาย ใช้ชีวิตมาคุ้มแล้ว ไม่มีอะไรต้องห่วง”

Shared Decision Making

Nephrologist

ประเมินว่าน่าจะสามารถทำ Palliative dialysis ได้ เพื่อลดอาการ Uremia ที่อาจจะเกิดขึ้น

Patient* and Family

ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี ยืนยันว่าขอปฏิเสธการฟอกไตต่อ ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม ยอมรับหากจะเสียชีวิตภายใน 1-2 สัปดาห์หลังจากยุติ HD

PC

ยุติ HD

เข้าสู่การดูแล Hospice care

Spiritual Assessment



Therapeutic Life Review



แบบบันทึกความก้าวหน้าการดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมงานสหวิชาชีพ			
วัน/เดือน/ปี	เวลา	บันทึกการเปลี่ยนแปลง อาการและอาการแสดงใหม่ ๆ การเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ การวินิจฉัยแยกโรค การรักษาที่ให้และการตอบสนองต่อการรักษา ความเห็นเพิ่มเติม ฯลฯ	ชื่อผู้บันทึก/ตำแหน่ง
7/3/64	16.45	<p>Life Review</p> <p>ผู้ป่วยเกิดและเติบโตที่ อ.เสด็จ จ.อุดรธานี มีพี่น้อง 10 คน เป็นลูกคนที่ 1 ในวัยเด็กชอบวิ่งเล่นซนข้างลำบัก เรียนจบ ป.4 จากพื้นที่ออกจากโรงเรียนมาทำงานช่วยพ่อแม่และครอบครัว รับจ้างทั่วไป ทำเงินส่งน้องๆ เรียน ความสุขที่สุดในวัยเด็ก คือได้ไปเที่ยวงานทุ่งศรีเมือง จ.อุดรธานี ชีวิตในวัยเด็กบ้านแบบก่อนไปเรียนที่โรงเรียนอัสสัมชัญ</p> <p>ช่วงน้ำท่วมบ้าน ที่ส่งความกังวลใจมาก ได้เข้าไปทำงานเป็นอยู่ในพื้นที่งานในค่ายทหาร ได้เรียนวิชาช่างการงานหัตถกรรมช่างกลึงได้งานส่งความสงบ จึงออกมาทำงานรับจ้างทั่วไป</p> <p>ต่อมาได้พบกับกับเพื่อนคนหนึ่ง ทำงานอยู่โรงพยาบาล ได้คบหาต่อกัน และแต่งงานตอนอายุ 26 ปี (พ.ศ. 2538) มีลูก 3 คน ชีวิตครอบครัวเริ่มดีขึ้น ได้ทำงานส่งภรรยาเรียนต่อพยาบาล หมดคร่ำครวญ รู้สึกภาคภูมิใจมาก แต่อยู่ได้ไม่กี่ปี รดน้ำศพ และต้องไปทำงานต่างจังหวัดอยู่ 3 ปี ในความลำบากกับภรรยาเริ่มไม่เย็น และแยกกันอยู่ ต่อมาภรรยาไม่พอใจในสิ่งที่เรารู้สึกเสียใจมาก ไม่อยากมีชีวิตอยู่ แต่ฝึกใจอีก ทำในสิ่งที่รักสิ่งที่ทำแล้วมีความสุข เสียใจเสียลูกที่เรียนจบทุกคน รู้สึกว่าลูกได้ทุกคน ยืนยันว่าลูกทุกคน ลูกและผู้ป่วยได้พูดถึงความภาคภูมิใจที่ได้อยู่กัน ขึ้นรวมกัน</p> <p>ต่อมาปี 2550 เริ่มป่วยเป็นไตวาย ตอนแรกใช้ยาฟอสโฟไรต แต่ไม่หายาก แต่สุดท้ายมาพบแพทย์ในโรงพยาบาล และพักในโรงพยาบาล ก.ค. 64 สัมภาษณ์กัน เดินไม่ได้ ตัดไตเอง "เป็นโรคไตเรื้อรังชีวิต" คิดท้อแท้ สิ้นหวัง แต่กำลังใจจากครอบครัว ทำให้อยอมรับ และต้องมีชีวิตต่อไป แต่อยู่ยากลำบากมาก เพราะ คิดว่า เป็นการยื้อเวลา แต่ไม่ใช่คุณภาพชีวิตที่ดีจริงๆ</p> <p>ยอมรับว่าหากต้องเสียชีวิตแล้วอยากให้การพูดได้ก็ไม่ว่า ชีวิตไม่มีอะไรที่ต้องเป็นห่วง (ลูกได้บอกแล้วว่าดูแลตัวเองได้)</p>	

Therapeutic Life Review

- It is recommended that all nursing homes and even the families of the elderly should employ this convenient, inexpensive, quick, and practical method

Int J Community Based Nurs Midwifery. 2018 Apr; 6(2): 136–145.

- Life review was found to affect quality of life significantly

HUANG Mei-Hua et al. Journal of Nursing Research, 2020.

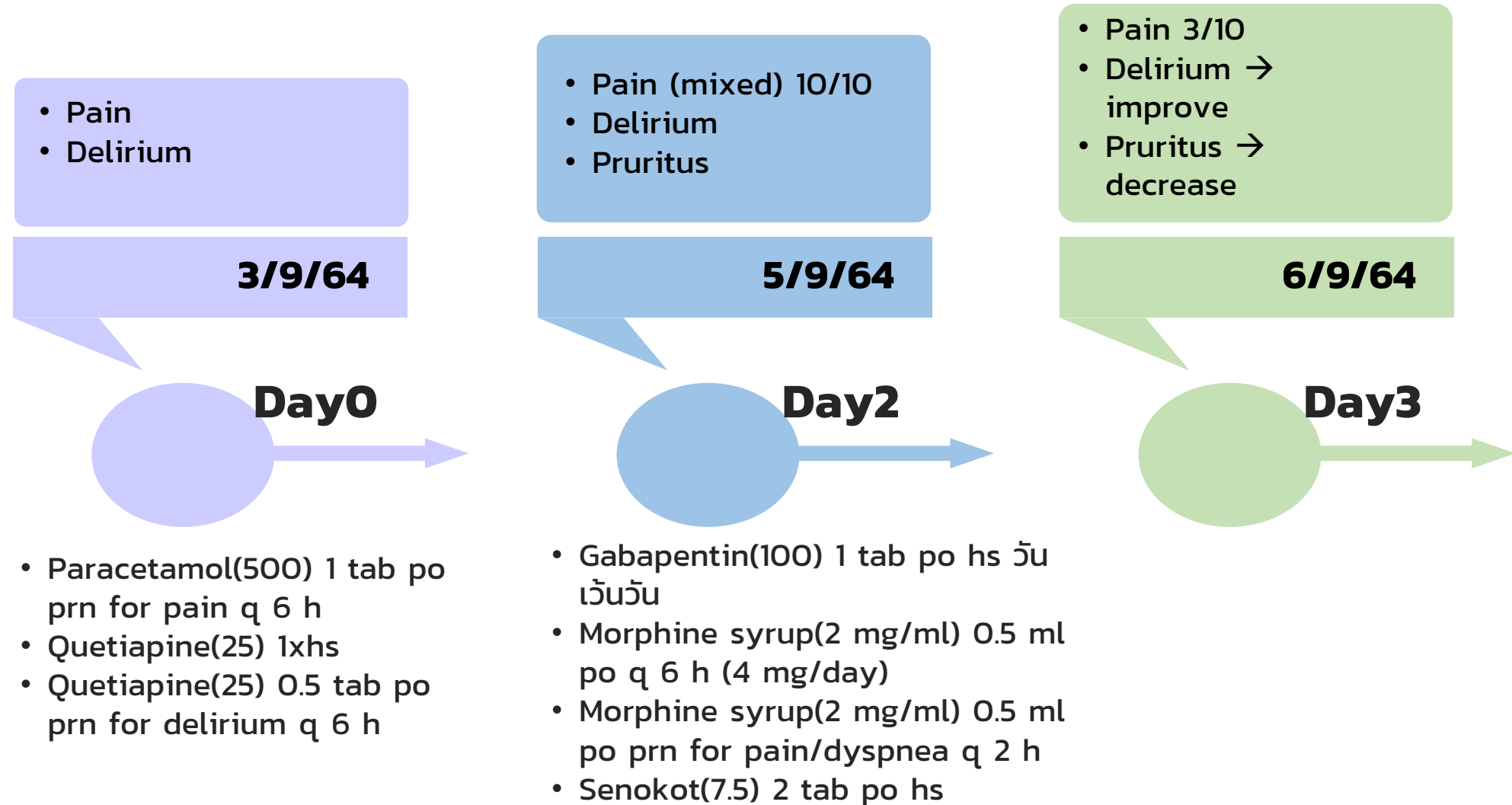
- There are few studies evaluating therapeutic life review interventions, although results are promising

J Pain Symptom Manage. 2015 Apr;49(4):747-61.

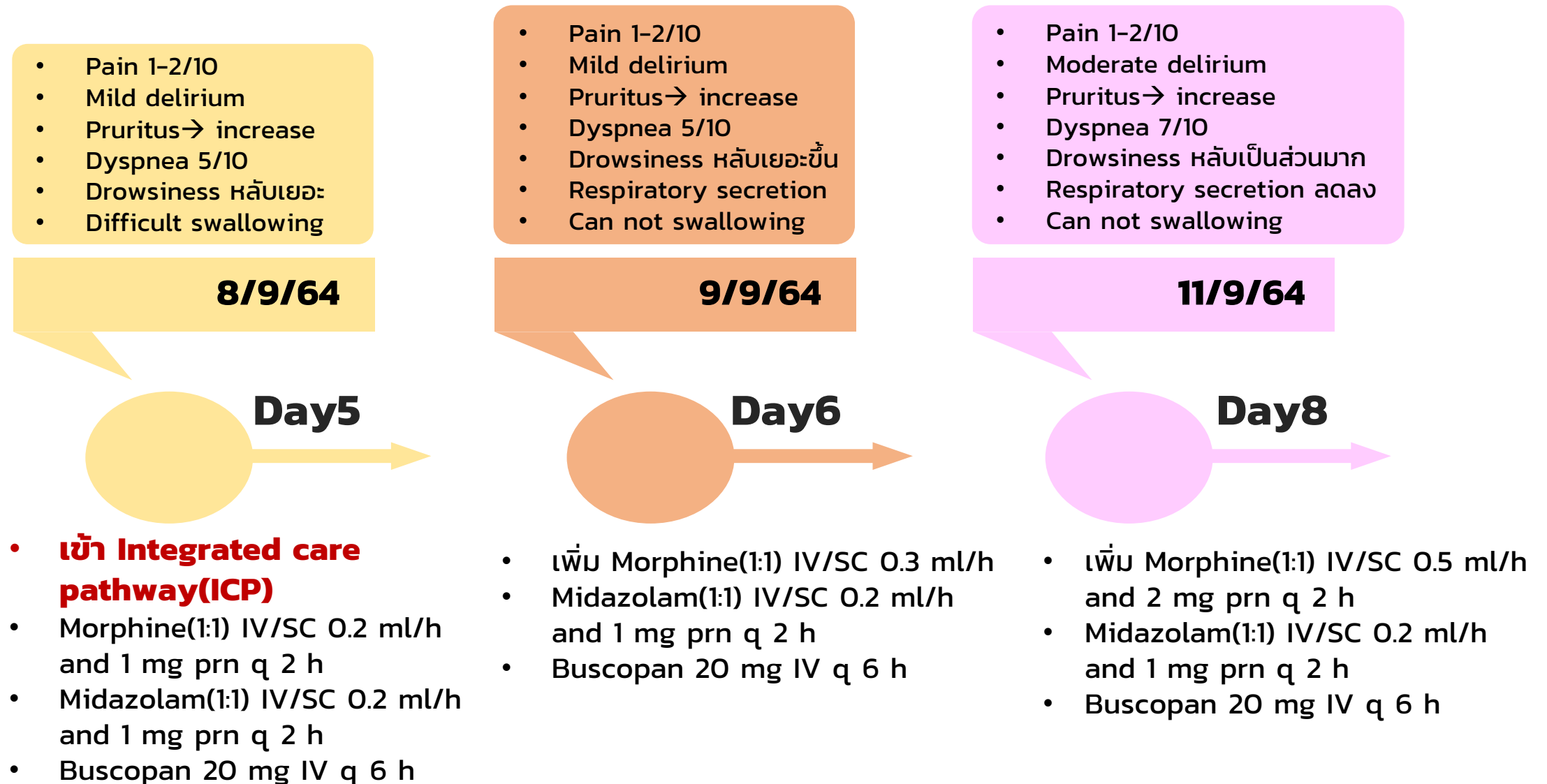
Anticipatory Symptoms

- Pain
- Dyspnea
- Pruritus
- Restless leg syndrome
- Nausea and vomiting
- Difficult swallowing
- Delirium and agitation
- Seizure
- Consciousness change

Progression After Withdrawal dialysis



Progression After Withdrawal dialysis



Progression After Withdrawal dialysis

- Pain → no
- Delirium → no
- Pruritus → no
- Dyspnea 2/10
- Drowsiness หลับตลอด
- Respiratory secretion มากขึ้น
- Hiccup

13/9/64

Day10

- Add Plasil 5 mg IV q 8 h
- เพิ่ม Buscopan 20 mg IV q 4 h
- Morphine(1:1) IV/SC 0.5 ml/h and 2 mg prn q 2 h
- Midazolam(1:1) IV/SC 0.2 ml/h and 1 mg prn q 2 h

- Pain → no
- Delirium → no
- Pruritus → no
- Dyspnea → no
- หลับตลอด
- Respiratory secretion เล็กน้อย
- Hiccup → no

14/9/64

Day11

- ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ เวลา 16.40 น. 14/8/64
- ผู้ป่วยบริจาคร่างกายแก่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Topic Review

Palliative dialysis and Withdrawal from dialysis

Niyom Boonthan, M.D.

Palliative Fellow

Karunruk Palliative Care Center

Srinagarind Hospital, Khon Kaen University

Outline

- Coordination of care and care transition
- Decision making for withdrawal of dialysis
- Palliative dialysis
- Process of dialysis withdrawal for patient failing to thrive on dialysis
- Symptom management in the EOL

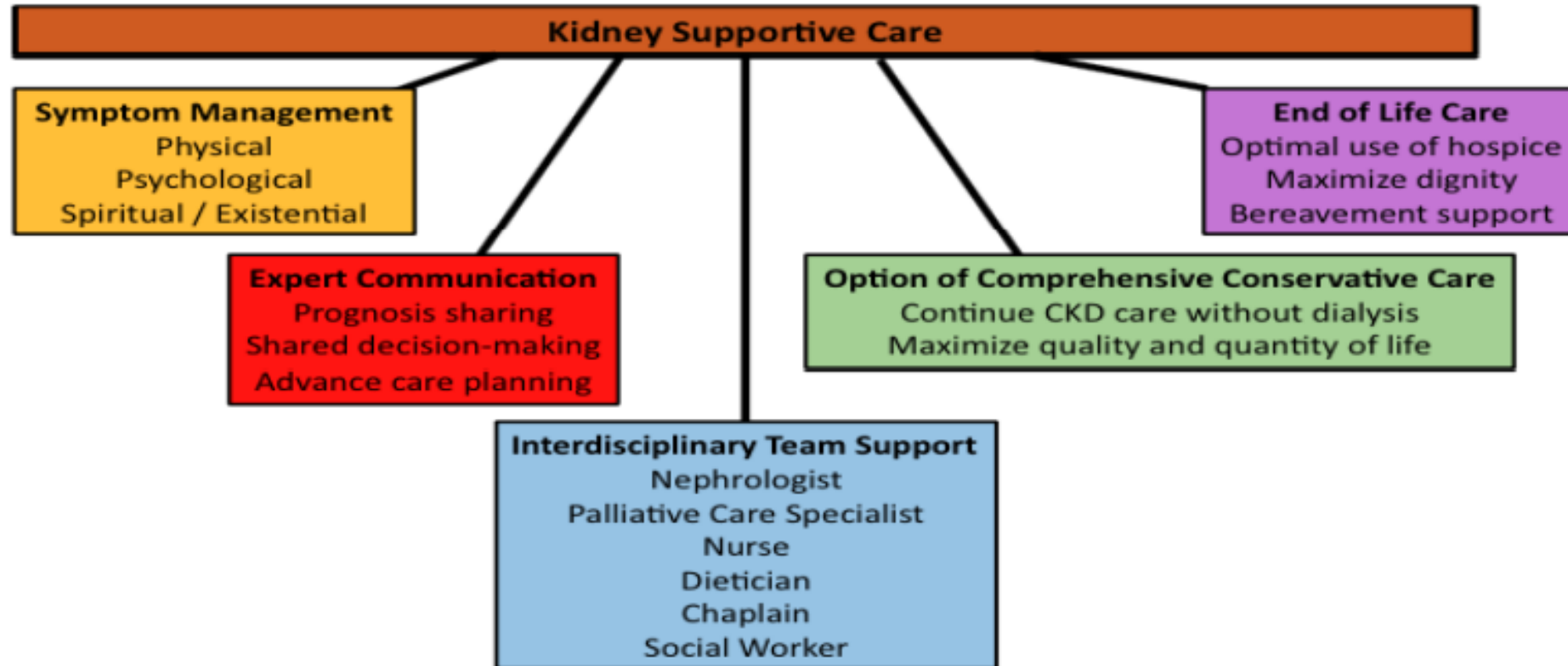
Integrated Supportive Care Model

- Kidney supportive care should complement their routine nephrology care in advanced CKD patient
- **Interdisciplinary team** trained in essential skills of palliative care
 - Symptom management
 - Enhanced communication
 - Care coordination
 - psychosocial and spiritual supports of the nephrology team directed at managing the kidney disease and complications

Shifting Focus of Care and Ideal Provider Roles as CKD Progresses in an Integrated Supportive Care Model

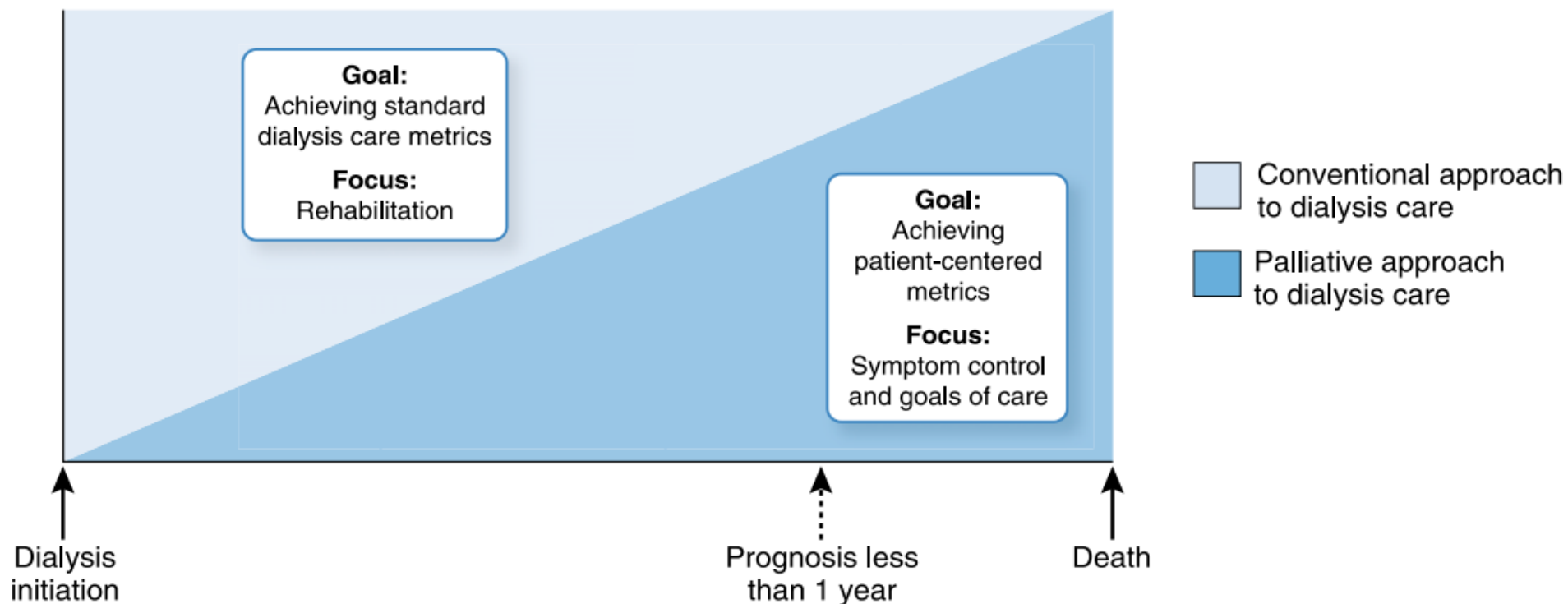
<div>Focus Of Care</div> <div>Provider Role</div>	Diagnose and Manage Early-Mild Stage CKD	Decide -Transplant -Dialysis -Neither and Support	Manage -Late Stage CKD -Symptoms -Non Renal Condition	Address -↓QOL -Shifting Treatment Benefit/Burden	-Decide on Stopping Dialysis -Provide End-of-Life Care
Primary Care	Co-Manage	Consult	Consult	Consult	Consult
Nephrology and Integrated Supportive Care	Co-Manage	Manage	Manage	Manage	Manage
Specialty Palliative Care and Hospice	Consult	Consult	Consult	Consult	Co-Manage

Coordination of Care and Care transition



CKD patients have complex supportive needs coordination of nephrologist with primary care, specialist PC throughout the course of the illness is essential

Shift in the approach to dialysis care from conventional to palliative



Many dialysis patients with life expectancy of <1 year may desire a palliative approach to dialysis care, which focuses on aligning patient treatment with **patient's informed preferences**

Clin J Am Soc Nephrol 9: 2203–2209, 2014.

Discussing Discontinuation of Dialysis

- When quality of life is decreasing and benefits of dialysis are dwindling → appropriate to discuss **stopping dialysis**
- Specialty palliative care team can be very helpful in navigating in priority from disease management to care that maximizes comfort and quality of life

Difficult Communication Issues for Nephrologists

Discussing goals of care and advance care planning

- Most CKD patients welcome information, but nephrologists do not routinely discuss prognosis
- Discussion along CKD trajectory → initial diagnosis of CKD, progression to ESRD, new complications, declining function, and imminent EOL

Discussion discontinuation of dialysis

- Should be including in the discussion when starting RRT
- When QOL is decreasing and benefits of dialysis are diminished
- Specialist PC team can be very helpful

Transition to End-of-Life Care

- The end-of-life care may be gradual for patients with ESKD who follow the medical without dialysis pathway
 - But it is often abrupt for those on the dialysis whether they choose to stop dialysis or not
- Transitions often involve not only shifts in the setting of care and roles of clinical teams
 - But also fundamental in the expectations and experience of patients and families and how they find meaning and support hope

Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis

Clinical Practice Guideline

Second Edition



RPA
Renal Physicians Association

Rockville, Maryland
October 2010

Recommendation 5

- If appropriate, forgo (withhold initiating or withdraw ongoing) dialysis for patients with ESRD in certain, well-defined situations

Recommendation 6

- Consider forgoing dialysis for ESRD patients who have a very poor prognosis or for whom dialysis cannot be provided safely

Recommendation 7

- Consider a time-limited trial of dialysis for patients requiring dialysis, but who have an uncertain prognosis, or for whom a consensus cannot be reached about providing dialysis

Shared decision making

- Sometimes the decisions regarding what option is best for you are difficult
- Your **healthcare team** including your kidney doctor, nurse consultant, social worker, dietician, GP and others are available to assist you in your decision making
- It is a good idea to involve **family, friends and carers** in your decisions as it will also affect them and the healthcare team encourage that to happen

Palliative Dialysis

- Dialysis temporary corrects uremia but not change the trajectory of end stage kidney disease
- Dialysis may not be life extending for older patients with dementia or IHD
- Frail patients over age of 75 can expect less than 6 months of survival after initiating dialysis

Palliative Dialysis

- Palliative dialysis should be considered for patients with ESKD **who have a life expectancy of less than 1 year** and have symptoms that might be ameliorated by dialysis
- The treatment plan for each would begin with a conversation about hopes and fear
 - How the patient hopes and wants to live out the rest of life and fears about the dying process

Relevant outcomes for palliative dialysis

- Symptom improvement
- Caregiver satisfaction
- Hospice and/or palliative care utilization
- Healthcare utilization
- Provider orders for life-sustaining treatment/advance directives completion
- Patient self-report of quality of life
- Meeting patient's stated goals

Standard Dialysis VS Palliative Dialysis

Standard Dialysis Practice

Disease-focused

Fistula first, catheter last

Increase dialysis prescription to achieve standard Kinetics targets

Strict fluid and dietary restrictions

Palliative care often not involved

Frequent labs

Palliative Dialysis Practice

Patient-centered

Catheter preferred given limited life expectancy to avoid procedures

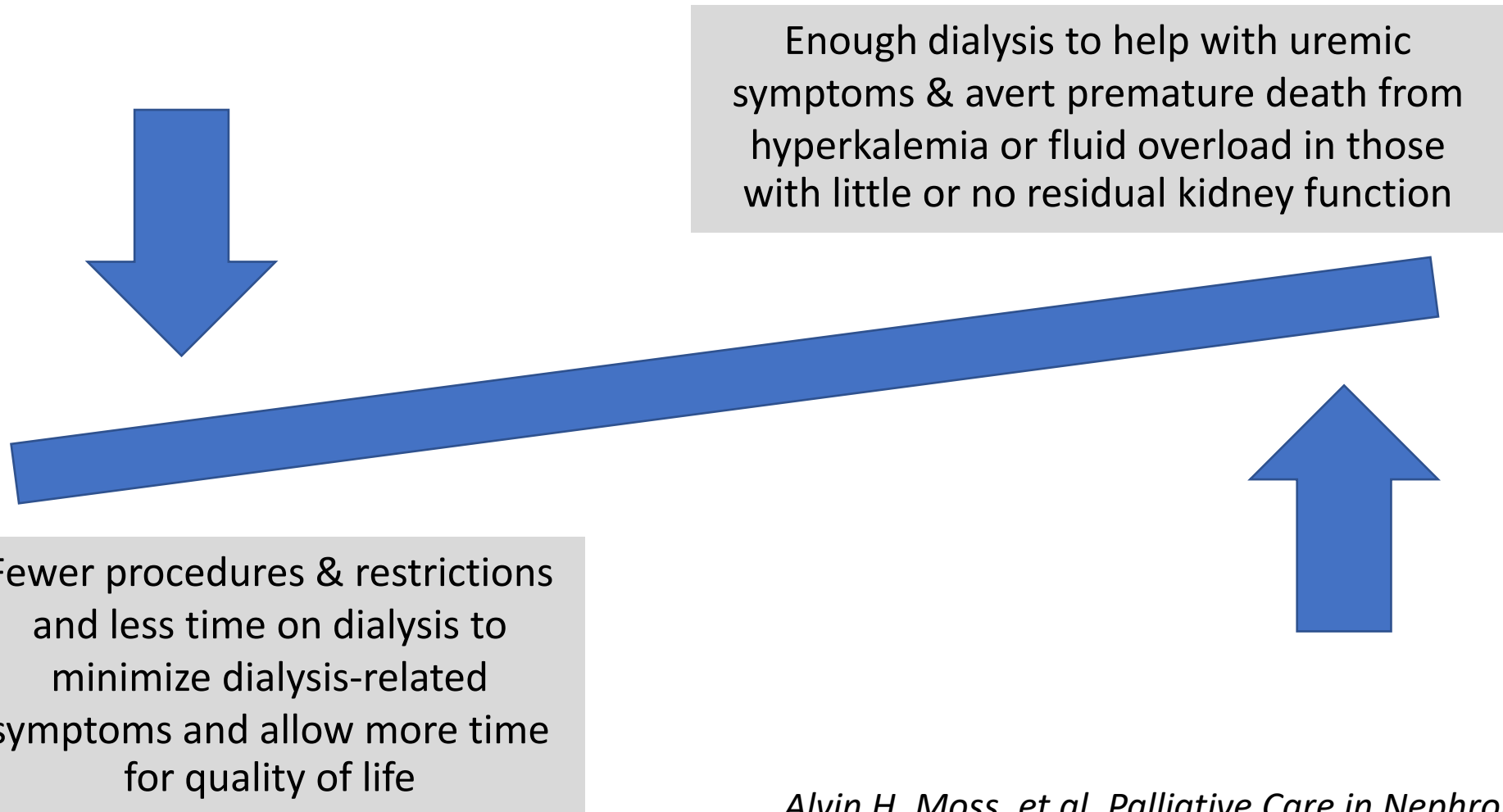
Adjust dialysis prescription to minimize dialysis-related symptoms

Mild edema/ hyperkalemia/ hyperphosphatemia to allow more food enjoyment

Palliative care involved

Minimal labs

Palliative Dialysis Balance



Palliative Dialysis

- Should consider shortening dialysis time or decreasing ultrafiltration
- Edmonton Symptom Assessment System-Renal are help widely used tools for assessing symptom burden and quantifying improvement over time

Withholding of Dialysis

- Medical condition that patient is unable to cooperate and unstable condition (e.g. severe hypotension)
- Terminal illness from nonrenal causes
- Age ≥ 75 who meet two or more of the following very poor prognosis criteria
 - Clinicians response of “No” to the SQ
 - High comorbidity score
 - Significantly impaired functional status (e.g., Karnofsky performance status score <40)
 - Severe chronic malnutrition (e.g. serum albumin <2.5 g/dL)

Decision Making for Withdrawal of Dialysis

1. Dialysis is no longer serving to substantially prolong life or is only prolonging a patient's death
 - Patient dying from advanced cancer or multiorgan system failure
2. The burdens of dialysis and its complications outweigh its life prolonging benefits to a patient
 - Not able to restore a patient to an acceptable **quality of life**

Making Difficult Decision

- Goals and values, preferences of patients should guide and direct medical treatment
- When dialysis prolongs suffering, it is important to discuss with the patient and family whether dialysis continues to serve the best interests of the patient
- Advance care planning and proactive discussions of what may or may not be acceptable to patient

Withdrawal of Dialysis in Patients Failing to Thrive on Dialysis

- Reasons and rationale for dialysis withdrawal
 - Balance risks and benefits, share decision making, guiding by the patient's value and preference
- Assessing decision capacity, assess the patient's understanding of their situation
- Incorporating the option for withdrawal into advance care planning
- Educating patients and families about withdrawal dialysis

Survival After Withdrawal of Dialysis

- When there is no residual renal function, patients withdrawing from dialysis have a very short survival, with the evidence reporting a mean survival between 8 to 10 days

Murtagh et al., 2007

- If a dialysis patient withdraws from dialysis, he or she is immediately eligible to receive hospice care

Sara Davison and David Hui. Kidney Palliative Care.

Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine and Supportive Care, 2016

Is Withdrawal From Dialysis Physician-Assisted Suicide?

- No physician-assisted suicide (PAS) is entirely different to the ceasing of a treatment
- PAS is a positive act done by a patient to cease life and where a physician has assisted in its execution usually by prescribing medications used in the suicide
- The withdrawing of treatment, including dialysis, is an entirely different act where the death, when it results is due to the underlying disease and not due to the action taken by the patient

Step for Withdrawal and Managing Symptoms

Confirm patient's wishes with patient, family and/or designated surrogate decision maker in the patient's advance directive according to state law.

Discuss:

- Shared decision making
- Anticipated symptoms and how these would be managed
- Avoidance and/or management of "heat of the moment" symptoms
- Predicted range of time of survival

Advice:

- Patients with decision making capacity to put affairs in order
- Ready availability of advance directive, medical or durable power of attorney documentation
- Consideration of hospice

Determine:

- Wishes for palliative sedation should symptoms become refractory to control
- Patient's preferred site of death and whether death in the site is feasible documentation
- Family and psychosocial support

Implement:

- End of life care planned actionable medical orders(POLST)
- Comprehensive symptom control (physical, emotional, and spiritual with focus on comfort and peace)

Symptom Management in The EOL

- **Pain**
 - Fentanyl 12.5 – 25 mcg SC PRN hourly
 - Fentanyl 600 mcg/24h in syringe driver
- **Dyspnea**
 - MO 1 mg SC PRN q2h (Short duration)
 - MO 5-10mg/24h in syringe driver
- **Agitation**
 - Midazolam 2.5-5 mg SC PRN hourly
- **Nausea**
 - Midazolam 10-20 mg/24h in syringe driver
 - Haloperidol 1-2mg PRN hourly
 - 5 mg/24h in syringe driver
- **Death rattle**
 - Hyoscine HBr 20mg q 4-6h

Question

