

醫病共享決策輔助表

決策題目

我是心臟衰竭患者，是否要參加心臟衰竭個案管理計畫？

前言

心臟衰竭是指因各種原因使心臟功能受損，以致無法輸出足夠的血液供應身體的需要，常見的症狀為喘及水腫。台灣地區在 106 年十大死因中心臟疾病高居第二位，每十萬人約有 89 人死於該疾病，與上年比較增加 1,610 人，其中心衰竭的再住院率及死亡率相當高。心衰竭患者除了一般藥物控制外，尚需飲食、運動及生活習慣多方面配合，才可避免因心衰竭反覆住院。

第一次因心衰竭而住院大多無相關知識，本輔助工具將協助您了解心衰竭病因以及參加個案管理對您的額外幫助；請跟著我們的步驟，一步一步了解自己本身的需求及在意的事情，希望能幫助您思考是否需要參加心衰竭個案管理計畫。

適用對象/適用狀況

1. 18 歲以上第一次因心衰竭而住院之患者
2. 左心室射出分率(LVEF) \leq 40 %之患者

疾病或健康議題簡介

心臟衰竭，是指在一群病狀下，心臟因心肌受損或是負荷過度導致功能受損，心臟無法輸出足夠的血量來滿足身體各器官代謝所需，且形成心肌肥大或心臟擴大，靜脈血液回流不順。

其實心臟衰竭的症狀往往視病情的嚴重程度而有所不同。常見的症狀如下：

1. **呼吸易喘**：身體活動就容易喘，嚴重的時候，甚至休息或躺在床上都覺得呼吸難。
2. **端坐呼吸**：嚴重的心臟衰竭病人，躺著的時候往往會比較容易喘，坐起來或是上半身墊高才會比較舒緩。
3. **陣發性夜間呼吸困難**：夜間睡覺時，呼吸較為費力且有喘鳴聲，常常從睡夢中驚醒，需要做起來或是打開窗戶呼吸新鮮空氣來減輕症狀。

4. 下肢水腫：常發生在雙側踝部。
5. 體重增加：幾天內體重增加好幾公斤。
6. 咳嗽：可能乾咳，也可能伴有粉紅色痰液。
7. 軟弱無力、疲倦、食慾下降。

雖然心衰竭嚴重程度分為四類，雖然現在是無法完全以藥物治癒的疾病，但是症狀並非為不可逆，透過良好的藥物治療、生活作息調整、飲食控制及復健，心臟衰竭病人的症狀仍然可以得到緩解及不錯的生活品質。

*心臟衰竭的症狀嚴重程度，可以分為四類（紐約心臟協會標準委員會分類）

嚴重度	身體活動程度	症狀
第一級	身體活動不受限制	一般的活動不會引起過度疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛。
第二級	身體活動輕度受限制	可以從事日常活動;若作劇烈運動，就會感覺呼吸困難、疲倦、心悸或心絞痛。
第三級	身體活動明顯受限制	從事日常的輕微活動時，會感到疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛，但休息後會緩解。
第四級	執行任何活動都會不適	躺在床上或站著不動也會感覺呼吸困難、疲倦、心悸或心絞痛。

雖然心衰竭嚴重程度分為四類，疾病本身目前仍無法以藥物治癒，但是症狀並非為不可逆，透過良好的藥物治療、生活作息調整、飲食控制及復健，心臟衰竭病人的症狀仍然可以得到緩解及不錯的生活品質。

醫療選項簡介

1. 參加心衰竭個案管理計畫
2. 自主管理

以下為兩個選項的比較分析：

		個案管理	自主管理
一般差別	進行模式	需配合心臟衰竭團隊，由團隊決定治療方向，與傳統方式不同，病人需要改變傳統就醫方式。	傳統就醫模式，病情穩定，可三個月回診一次。病人較為熟悉。
	面對醫療的窗口 (溝通方式)	病人與心臟衰竭治療團隊(個案管理師、主治醫師、復健醫師等)互動。可以較為輕鬆，沒有權威感。	傳統上，病人只需要與主治醫師互動。反映病情後可以直接快速得到主治醫師回饋。
	病人及家屬對病情進展及相關知識	由主治醫師說明病情，但個案管理師則透過心臟衰竭照護計畫的互動，主動提供相關疾病、衛教知識，以達成自我照護能力的提升。	主要由主治醫師說明相關病情，及未來病程可能進展。傳統上，常需要病人或家屬主動尋求自我照護相關知識。
住院時差別	住院期間的治療方式及方向	個案管理師會排定跨科部的治療計畫，並且填寫問卷讓病人進入個案管理，治療方式由跨團隊評估討論後決定	接受治療(傳統醫療方式)，主治醫師依據治療準則、病人狀況，決定治療藥物及治療方向。
	心臟衰竭衛教課程 (飲食、生活作息、用藥習慣)	由個案管理師組織課程。並依據病人條件及其需要來提供合適的衛教課程。	院方提供，由病人自行決定是否參加。較為彈性。
	跨團隊相互支援	心臟衰竭團隊涵蓋：心臟內外科、疾病個案管理師、急診部、全人醫療科、復健科、傳統醫學部、安寧緩和醫療科等。	由主治醫師視病人需求以會診方式尋求他科支援。
	因心臟衰竭症狀惡化，所需平均住院天數	7.03 天	9.83天
	三個月再入院率	18.9%	36%

出院後差別	回診花費時間	需至心臟衰竭門診就診，每次看診，因為需要評估各細項成效，需耗費較長時間。	直接在門診告知主治醫師目前病情，得到回覆，只需較少時間。
	門診整合	透過個管師對於門診的整合，可以減少不同門診的次數。對於病有較多共病的病人較有優勢，可以減少時間。	對於自主管理、且較少共病的病人，並無優勢。
	心肺復健安排	出院前，透過團隊直接排定計畫。出院後可直接來院進行復健。	出院後，需回復健科門診排定復健計畫。
	病情進展追蹤	會有個管師電訪病人或家屬了解目前病情，決定是否更改、調整治療或是提前召回門診，減低病情延遲治療機率。但是可能增加穩定病情的病人或家屬的時間花費。	無人追蹤，但若是自主管理良好、病情穩定的病人，可以減少時間的花費。
	即時病情變化得到及時回饋	可以直接連絡個管師詢問病情，討論是否需要住院或是調整藥物及作息。個管師也可以依據病人狀況直接協助病人安排所需他科門診或是住院。	傳統上，需要掛門診詢問主治醫師，或是到急診就治。
	藥物劑量、使用方法的詢問	看診返家後若有不清楚，可以來電透過個管師及專科團隊藥師即時說明回饋。	看診返家後若有不清楚，需來電詢問藥師，或是再來院門診詢問主治醫師。
病人費用支出	雖然參與個案管理無需額外收費，但需較頻繁回診，所需負擔的掛號費及來回的車資負擔較大	自主管理的病人，只需定期回診的掛號費及來回醫院的車資	
死亡率	死亡率	兩者在各項研究上並無顯著差異	

您目前比較想要選擇的方式是：

- 心臟衰竭個案管理計畫
- 自主管理
- 目前還不確定

請透過以下四個步驟來幫助您做決定

步驟一、選項的比較。

	項目	個案管理	自主管理
一般差別	進行模式	較繁瑣、需調整就醫習慣	較簡易、不需特別調整
	面對醫療的窗口（溝通方式）	較親切，沒有權威感	較直接面對主治醫師
	病人及家屬對病情相關知識	較全面	須主動獲得，可能較片面
住院時差別	住院期間的治療方式及方向	跨團隊評估討論後決定	主治醫師決定
	心臟衰竭衛教課程（飲食、生活作息、用藥習慣）	較費時	較為彈性、省時
	跨團隊相互支援	主動介入	被動會診
	因心臟衰竭症狀惡化，所需平均住院天數	較短	較長
	三個月再入院率	較低	較高
出院後差別	回診花費時間	較費時	較省時
	門診整合	減少他科門診數	可維持原先就醫習慣
	心肺復健安排	較簡易	較繁瑣
	病情進展追蹤	較安心，但耗時，需配合個管師電訪追蹤	省時
	即時病情變化得到及時回饋	能即時反應病情變化，避免延誤治療	病情變化時，需主動尋求就醫
	藥物劑量、使用方法的詢問	即時	需下次回診時經主治醫師診視後才能調整
	病人費用支出	可能較高	可能較低
	死亡率	兩者在各項研究上並無顯著差異	

步驟二、您選擇醫療方式會在意的項目有什麼?以及在意的程度為何?

考量項目	在意程度 →					
	完全 不在 意					非常 在意
無法配合個管計畫的安排	0	1	2	3	4	5
擔心造成生活不便	0	1	2	3	4	5
擔心自己被標註	0	1	2	3	4	5
面對主治醫師無法表達病況	0	1	2	3	4	5
害怕造成家屬太多壓力	0	1	2	3	4	5
可以多管道獲得疾病相關知識	0	1	2	3	4	5
不想改變傳統就醫習慣	0	1	2	3	4	5
擔心心臟衰竭惡化而住院的天數	0	1	2	3	4	5
擔心心臟衰竭惡化而住院的頻率	0	1	2	3	4	5
擔心門診等待及看診時間過長	0	1	2	3	4	5
沒有辦法配合心肺復健療程	0	1	2	3	4	5
擔心無法配合個管師定期的追蹤	0	1	2	3	4	5
擔心病情變化時，無法即時處置回饋	0	1	2	3	4	5
擔心病情變化，藥物無法即時調整	0	1	2	3	4	5
擔心就醫的費用會增加	0	1	2	3	4	5
擔心因心臟衰竭惡化導致死亡	0	1	2	3	4	5
其他 _____	0	1	2	3	4	5

步驟三、對於上面提供的資訊，您是否已經了解呢？

以下為有關心衰竭疾病相關測驗題，可以幫助您進一步評估您是否需要參加心衰竭自我管理計畫。

評估項目	對	不對	不確定
即使透過良好的藥物控制及生活管理，依舊無法改變症狀			
心臟衰竭患者只要服藥，疾病就可以完全治癒			
自主管理的心衰竭病人，無需定期回診			
參與個案管理計畫的心衰竭患者，有較低的再住院率			
自主管理的心衰竭患者有較高的死亡率			

步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎？

您經過以上步驟是否決定參加心衰竭個案管理計畫？

- 我決定參加心衰竭個案管理計畫
- 我決定不參加心衰竭個案管理計畫
- 我目前還無法決定
 - 我想要再與我的主治醫師討論我的決定。
 - 我想要再與其他人（包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者...）討論我的決定。
 - 對於以上治療方式，我想要再瞭解更多，我的問題有：
