중증 말기 호흡기질환 연관 의료윤리와

현행 연명의료결정법 개선 방안

서울아산병원 호흡기내과 고윤석

논의의 시작:

“죽음이(만) 두려운 것이 아니라,
병과 아픔(호흡곤란)만 무서울 뿐이다“

늙어감에 대하여: 저항과 체험사이에서. 장 아메리 지음, 김희상 옮김, 돌베개

A case of end-stage of COPD

On the day of admission:
Patient: Doctor, **I don't want to suffer anymore**. Please let me go comfortably.
I don't want intubation or anything like last year. Please treat me well.
Caregiver: He is in a lot of pain. Just let him be comfortable.

Three days after admission:
used morphine and a face fan to relieve the dyspnea and provided oxygen therapy with a high-flow nasal cannula…..
The patient expressed fear, describing it as feeling like drowning, and the guardians consented to the intubation.

Patient: .. today it's really **hard to breathe**. I want intubation like last year.
Caregiver: I thought we could let him go comfortably, but since he wants it, please proceed with the intubation. Now that we've started, please do your best

Park SO. J Hosp Palliat Care 2025;28(1):25-29

좋은 죽음? 보다 더 나쁜 죽음은 있다.

영국: '좋은 죽음'

- 진단과 증상
- 사회, 문화, 영적 상황
- 환자와 돌봄인의 바람
- 돌봄 전문성
- 애도 돌봄



종말기 의료에서 합의되는 관점:

1. 고통은 피할 수 있다면 피해야 한다.
2. 보다 더 나쁠 수 있는 죽음은 피해야 한다.
3. 생명의 종식에 **당사자의 바람**이 가장 우선 고려되어야 한다.
4. 의료는 생의 마무리 과정에 도움이 되어야 한다.
5. **일반인들은 현대 연명의료 수준과 과정에 대하여 잘 모른다**.
6. 기타

중증 말기 폐질환 돌봄: 의사 측면

- 보다 더 나쁜 죽음을 피하기 위하여 필요할 수 있는 치료를 제안할 **권한 범위**: 유보와 중단
- 합당한 임종기 돌봄을 잘 수행해야 할 **의무**
- 담당의료팀의 견해와 다른 보호자의 요구에 대처
- 제한된 의료자원의 공정한 분배 등

- **현장:**
- 적절한 임종기 돌봄(신체, 정신, 영성)이, 특히 적시에 적절한 수준의 대화 실패*

*Mathew G and Johnston B. Curr Opin Support Palliativ Care 2017;11(4):315-327

- 의료 현장의 어려움: 만성 중증 호흡기 질환

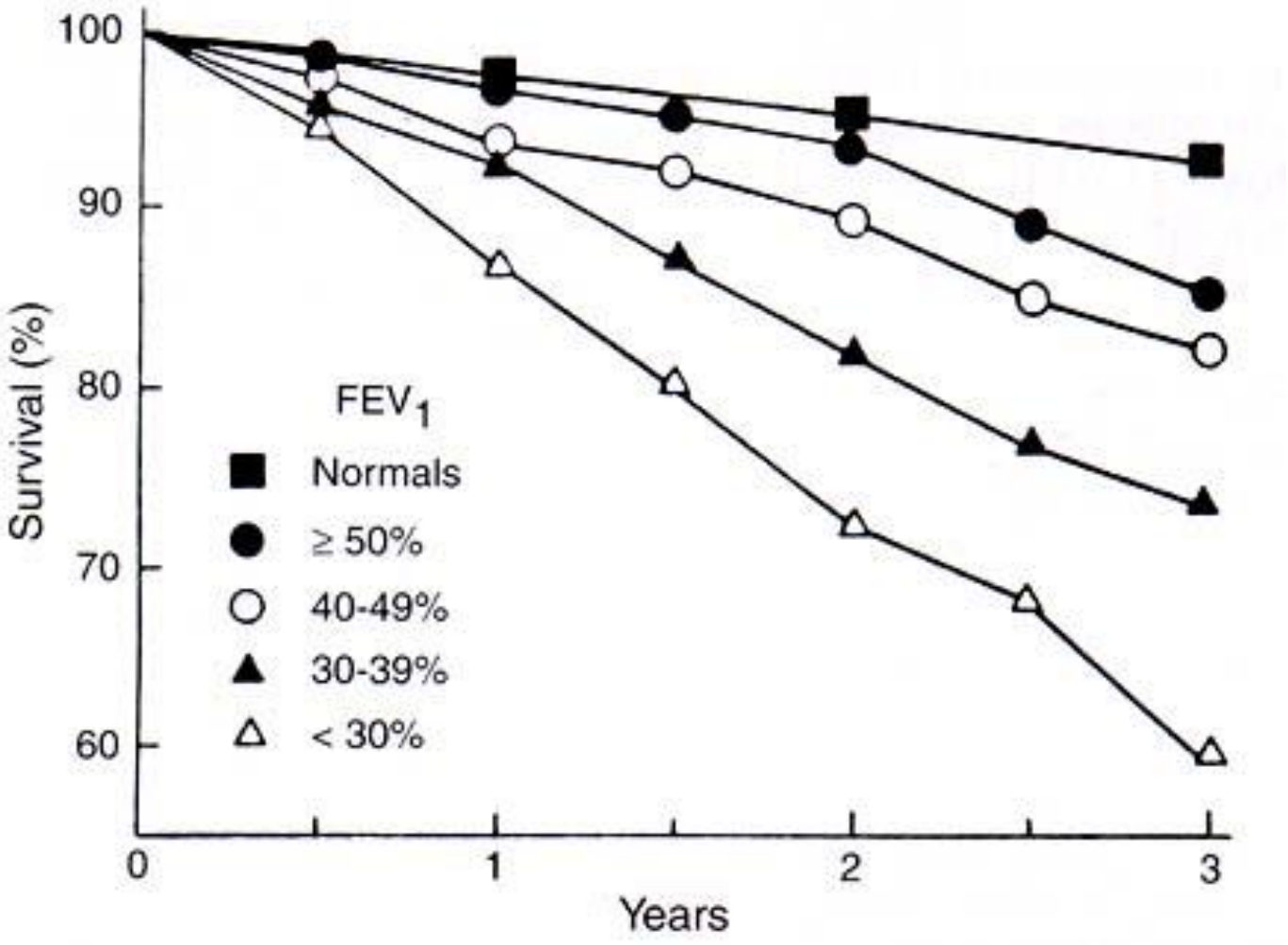
1. 예후 예측의 어려움:

	ESRD	ADL
Symptoms	Uremia	Resp. failure
Life quality		Worse
Insurance reimbursement		Worse
Care		
Supportive	dialysis	oxygen, MV*
Diversity/ response	more standardized	more variable
Transplantation	established	more difficult
5 yr survival	60~40%	?

ESRD:End-stage renal diseases, ADL: Advanced lung disease * Mechanical ventilation

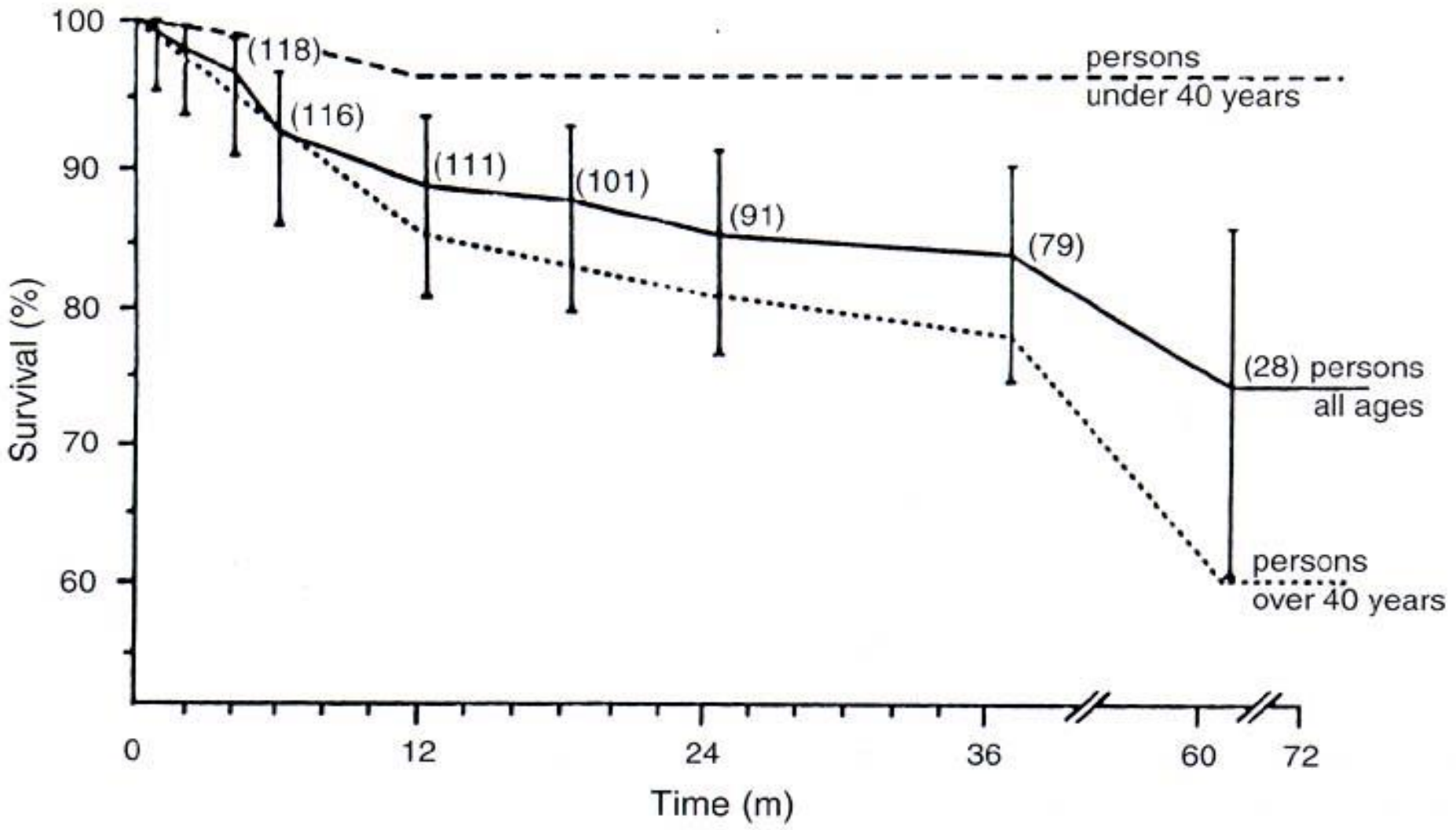
만성폐쇄성폐질환 환자의 수명:

According to baseline postbronchodilator FEV1



Anthonisen NR, etal. Am Rev Respir Dis 134:14-20, 1986

중환자실에서 집중치료 후 퇴원한 천식환자의 수명:



Am Rev Respir Dis 146: 76-81, 1992

Palliative care and prognosis in COPD: a systematic review with a validation cohort

"..**none** of the suggested criteria for initiating Palliative care based on an expected poor vital prognosis in COPD patients in the short or medium term **offers sufficient reliability**, none overcame an area under the curve ≥ 0.7"

Almagro P, et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2017. 9:12;1721-29

Table 4 AUC for selected variables in the cohort study

Variables	AUC	*P*-value	95% CI
Age, years	0.62	0.0001	0.58–0.65
Physical dependence (Katz index)	0.59	0.0005	0.55–0.62
Quality of life (SGRQ)	0.52	0.01	0.48–0.55
BMI	0.59	0.001	0.55–0.63
Albumin	0.5	0.9	0.46–0.54
Comorbidities (Charlson index)	0.56	0.02	0.52–0.6
Depression (Yesavage scale)	0.63	0.001	0.57–0.68
FEV_1	0.52	0.5	0.48–0.55
Dyspnea	0.58	0.002	0.55–0.62
pO_2, mmHg	0.52	0.52	0.48–0.57
pCO_2, mmHg	0.52	0.58	0.48–0.55
BODE	0.54	0.05	0.49–0.57
BODEX	0.59	0.001	0.55–0.63
CODEX	0.68	0.0001	0.62–0.72
Curtis criteria	0.64	0.0001	0.6–0.68

Abbreviations: AUC, area under the curve; CI, confidence interval; SGRQ, Saint George's Respiratory Questionnaire; BMI, body mass index; BODE, Body mass index, Obstruction, Dyspnea and 6 minutes walking test; BODEX, Body mass index, Obstruction, Dyspnea and severe exacerbations; CODEX, Comorbidity, Obstruction, Dyspnea and severe exacerbations.

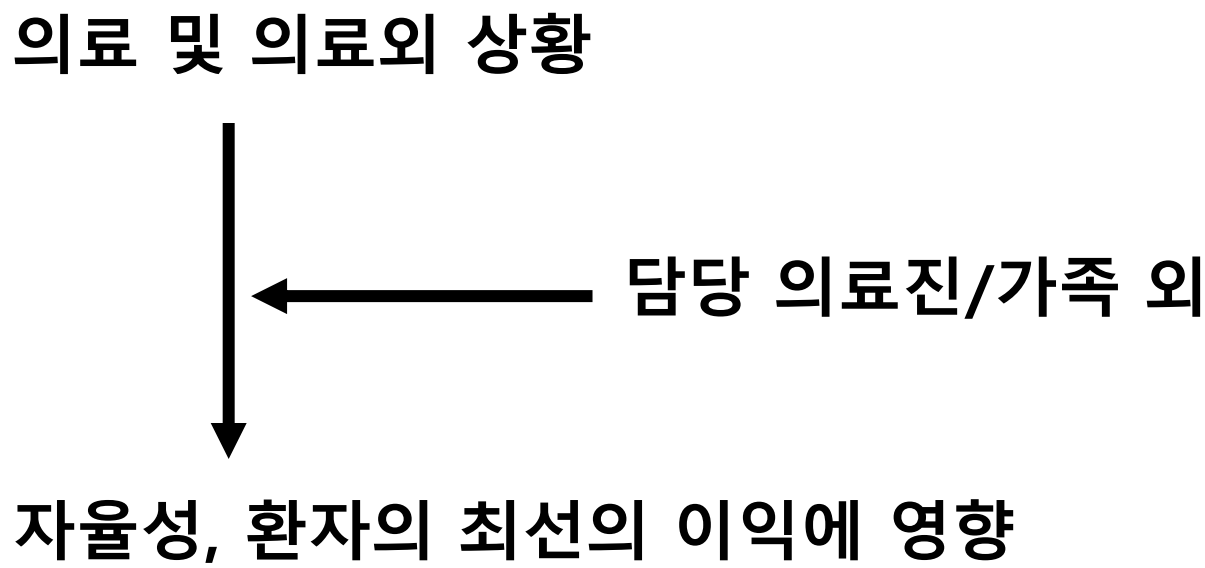
2. 환자의 삶의 질을 담당의사가 판단할 수 있는가?



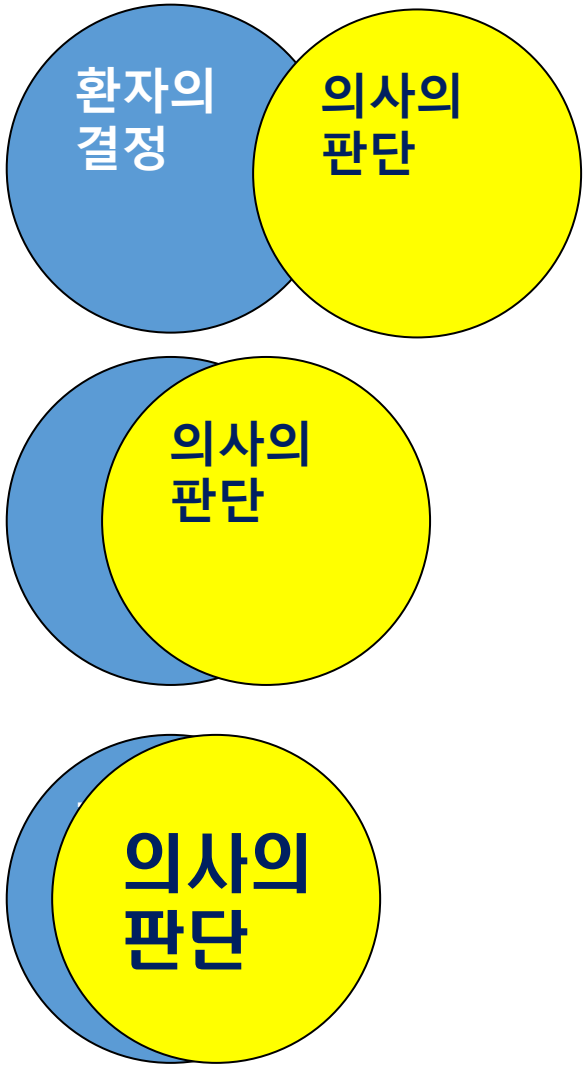
자율성

- 내외적 변수들을 합리적으로 스스로 조율하는 능력
- 임종과정에 환자의 자율성은 다양한 맥락의 영향을 받음

자율성 존중과 환자의 최선의 이익:
의료의 핵심가치



질병 상황에 따른 자기결정권 행사 수준:



유형 1: 질병의 초기

유형 2: 질병의 진행

유형 3: 말기/임종기

3. 중증 말기 호흡기질환의 임종 돌봄을 위한 좋은 지침서 부재:

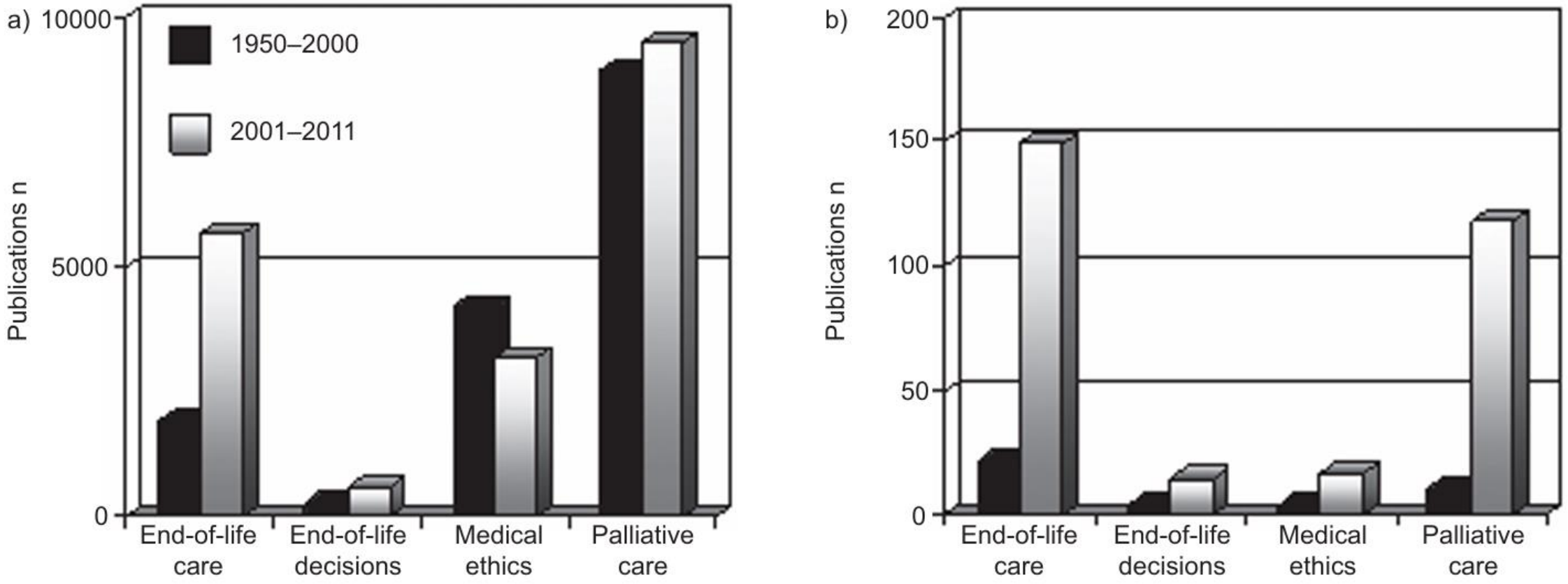


FIGURE 1. Number of publications in peer-reviewed journals in the field of end-of-life care in a) adults with all diseases, and b) adults with chronic obstructive pulmonary disease.

Carlucci A, et al. Eur Respir Rev. 2012:126;347-54

- 다른 중증 말기 질환과 다를까?

Reported frequency of ethical issues:

- From 06/2015 to 08/2023, there were 38 ethics consults from 17,460 patients with liver disease **(incidence 0.2%)** and 96 among 48,394 patients with heart/lung disease **(incidence 0.2%)** in University of Michigan, Taubman Health Care Center

- The primary ethical issue was **surrogate decision making** (twice as likely for patients with cirrhosis). The second most common primary ethical issues were **code status** and **futility**.

Holman A, et al. Dig Dis Sci 2025;70(3):1008-1015

4. Opioids 사용은 사망을 촉진시킨다?

"there is no evidence that initiation of treatment, or increases in dose of opioids or sedatives, is associated with precipitation of death"

The use of opioids and sedatives at the end of life

Nigel Sykes and Andrew Thorns

Opioids and sedative drugs are commonly used to control symptoms in patients with advanced cancer. However, it is often assumed that the use of these drugs inevitably results in shortening of life. Ethically, this outcome is excused by reference to the doctrine of double effect. In this review, we assess the evidence for patterns of use of opioids and sedatives in palliative care and examine whether the doctrine of double effect is needed to justify their use. We conclude that patients are more likely to receive higher doses of both opioids and sedatives as they get closer to death. However, there is no evidence that initiation of treatment, or increases in dose of opioids or sedatives, is associated with precipitation of death. Thus, we conclude that the doctrine of double effect is not essential for justification of the use of these drugs, and may act as a deterrent to the provision of good symptom control.

Lancet Oncol 2003; **4:** 312–18



Oral morphine and respiratory function amongst hospice inpatients with advanced cancer:

Table 2 Morphine dose, plasma levels, and respiratory assessments

Patient no.	Smoking history	Concurrent respiratory disorder	Dys-pnea	4-Hourly morphine dose (mg)	Morphine plasma levels (ng/ml)		Mean peak flow (l/min)	pH	pCO_2 (mmHg)	pO_2 (mmHg)	HCO_3 (mmol/l)
					Pre-extraction	Post-extraction					
R1	+	Chronic bronchitis	–	30/45	170	21	300	7.411	39.5	86.2	24.7
R2	+	Chronic bronchitis	–	30	130	19	325	7.359	40.6	79.3	22.4
R3	+	Chronic bronchitis	–	30/20	170	8.2	115	7.331	25.8	122.2	13.3
R4	–	–	–	30	290	57	170	7.407	44.5	76.2	27.6
R10	–	–	–	60	88	81	240	7.421	38.5	65.2	24.7
R11	+	Tuberculosis/ chronic bronchitis	+	30	140	9.5	97	7.402	40.3	86.7	24.7
R12	–	–	–	30	210	26	233	7.465	36.3	94.6	25.9
R13	+	Chronic bronchitis	+	30	220	20	293	7.403	39.6	48.3	24.3
R14	+	Chronic bronchitis	–	30	140	12	313	7.441	40.9	82.0	27.5
R15	–	–	–	30	190	18	320	7.417	30.8	101.8	19.5
R16	–	–	–	30	110	25	200	7.415	36.5	109.7	23.1
R17	+	Chronic bronchitis	–	30	370	59	350	7.446	29.5	123.5	20.1
R18	+	Chronic bronchitis	+	45/60	280	47	213	7.426	41.7	75.8	27.1
R19	+	Chronic bronchitis	–	45	210	53	407	7.442	40.0	91.8	27.0
R20	–	–	+	30	160	70	70	7.324	52.1	64.7	26.4
R21	+	Chronic bronchitis	–	45	230	78	220	7.386	38.3	81.6	23.7
R22	+	Chronic bronchitis	+	30	200	49	170	7.429	42.1	97.4	27.5
R23	+	Silicosis/chronic bronchitis	+	30	160	18	193	7.388	39.7	75.1	23.5
R24	+	–	–	90	380	40	287	7.413	38.6	91.1	28.3
R25	+	–	–	45	300	33	220	7.487	36.7	87.1	27.6

Walsh TD, et al. Support Care Cancer (2003) 11:780–784

Morphine-induced Respiratory Depression:

- Via activation of μ-opioid receptors at specific sites in the CNS including the pre-Bötzinger complex, a respiratory rhythm generating area in the pons
- Antagonist: Naloxone

- In a real world*:
- **Patients are willing to consider opioid treatment for chronic breathlessness**, despite the occurrence of adverse effects
- Physicians remain reluctant to prescribe opioids for chronic breathlessness

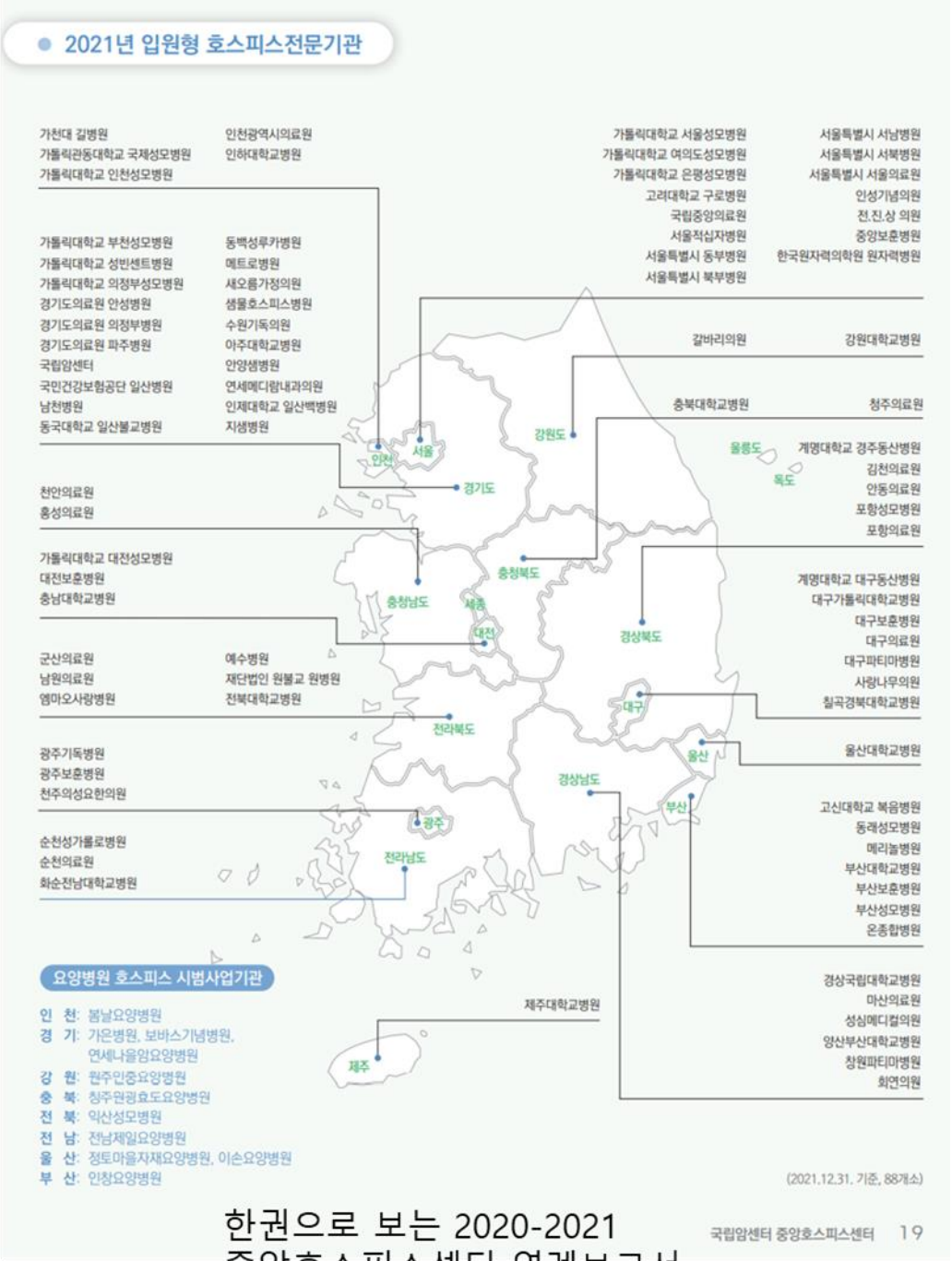
- **Pro and Cons**: differ depending on the subjects status

* Verberkt CA, et al. Eur Respir J. 2017:22:171153

5. 호스피스 완화의료기관 및 인력의 부족:

호스피스완화의료 대상환자 중 21.3%만이 돌봄을 받고 있다(2021년)

- 암, AIDS, COPD, 만성호흡부전, 만성 간질환.



한권으로 보는 2020-2021
중앙호스피스센터 연례보고서

6. 외면할 수 없다:

병원 사망, 韓 75% 美 43%…'집에서 임종' 세계적 추세와 반대

중앙일보 | 입력 2023.04.03 05:00

지면보기

신성식 기자 이에스더 기자 황수연 기자 이우림 기자

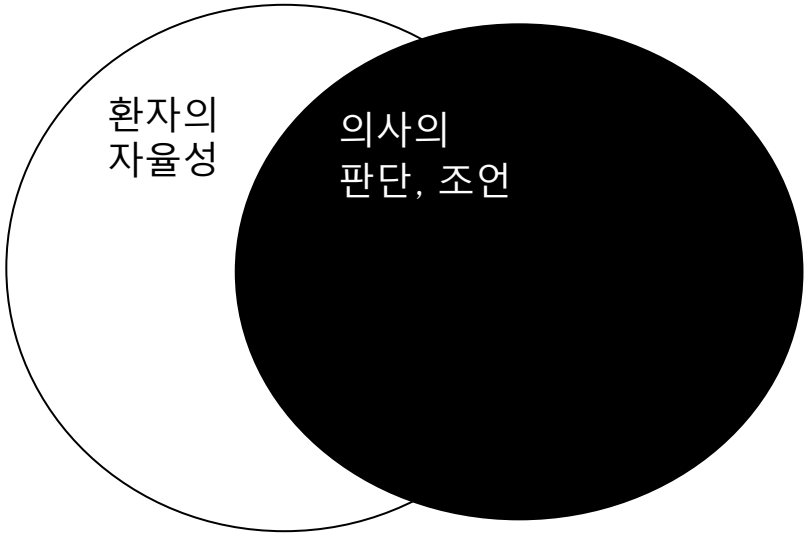
구독

“2009~2019년 선진국은 의료기관 사망률이 줄어드는데, 한국은 늘고 있다. 재택 임종에 대한 노인의 염원이나 세계 추세와 반대로 간다.”

김윤(의료관리학) 서울대 의대 교수는 2일 서울 중구 신라호텔에서 열린 대한재택의료학회 창립 심포지움에서 ‘노인돌봄의료와 재택의료의 방향’ 주제발표를 했다. 지난해 한국 사망자의 74.8%가 의료기관에서 숨졌다. 10년 전보다 약 15%p 증가했다. 지난해 총 사망자 37만2800명 중 28만8854명이 의료기관 사망자라는 뜻이다. 이 중 연명의료를 중단(유보)하고 숨진 사람(6만3921명)을 제외하면 21만4933명이 연명의료를 받다가 병원에서 숨졌을 가능성이 있다. 전체 사망자의 58% 가량에 해당한다.

- 어떻게 접근하나?

1. 진행된 말기 환자의 자율성 격려와 존중:



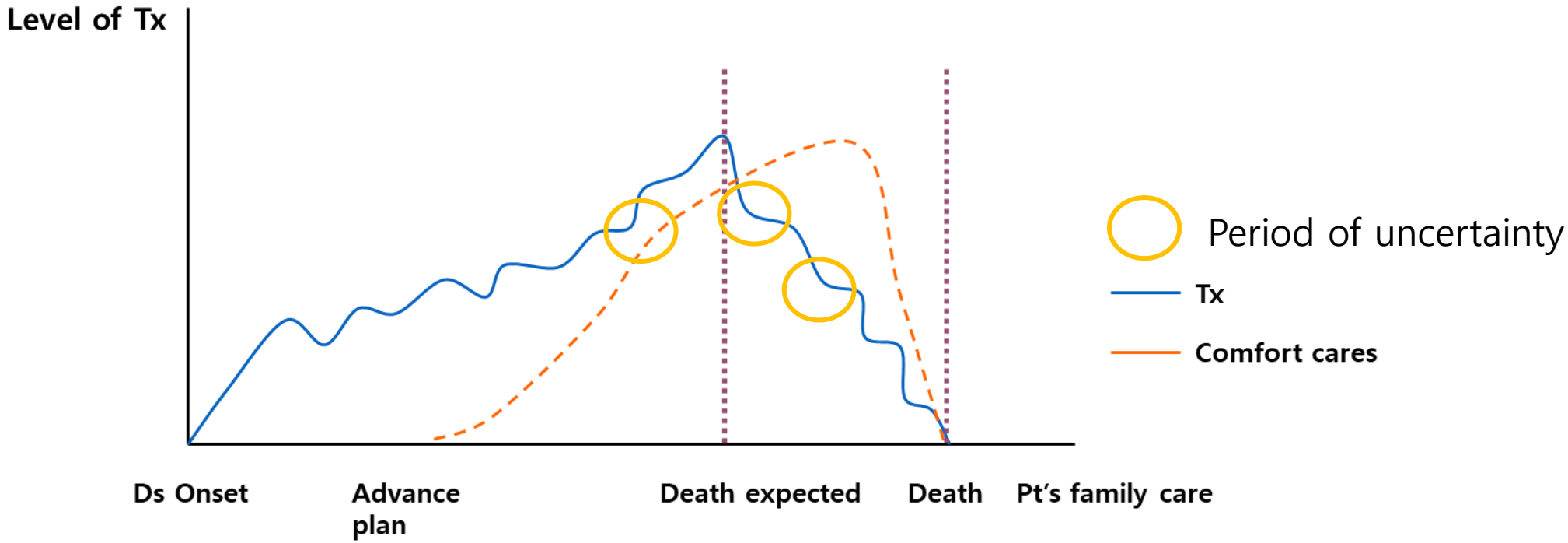
환자의 자율성 존중 범위:

「안녕완화의료조례」	「환자 자주 권리법」	「연명의료결정법」
[제1조] · 치유 불가능한 말기환자의 의료의향을 존중하고 그 권익을 보장하기 위함	[제1조] · 환자의 의료 자주권을 존중하고 편하게 사망할 권익을 보장하며, 조화로운 의사와 환자의 관계를 촉진하기 위함	[제1조] · 환자의 연명의료와 연명의료 중단결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위함
[제3조, 제7조] · 말기환자	[제3조, 제14조] · 말기환자, 비가역적인 혼수상태, 영구적인 식물상태, 극 중증의 치매, 그 밖에 고통을 참기 어렵거나 질병이 회복될 수 없고 현재 의료수준으로는 적절한 해결방법이 없는 상황인 환자	[제2조, 제15조] · 임종과정에 있는 환자

자료: 대만 행정원 법무부 법령검색시스템(http://law.moj.gov.tw/), 대한민국국회 법률정보시스템(http://likms.assembly.go.kr/law/)

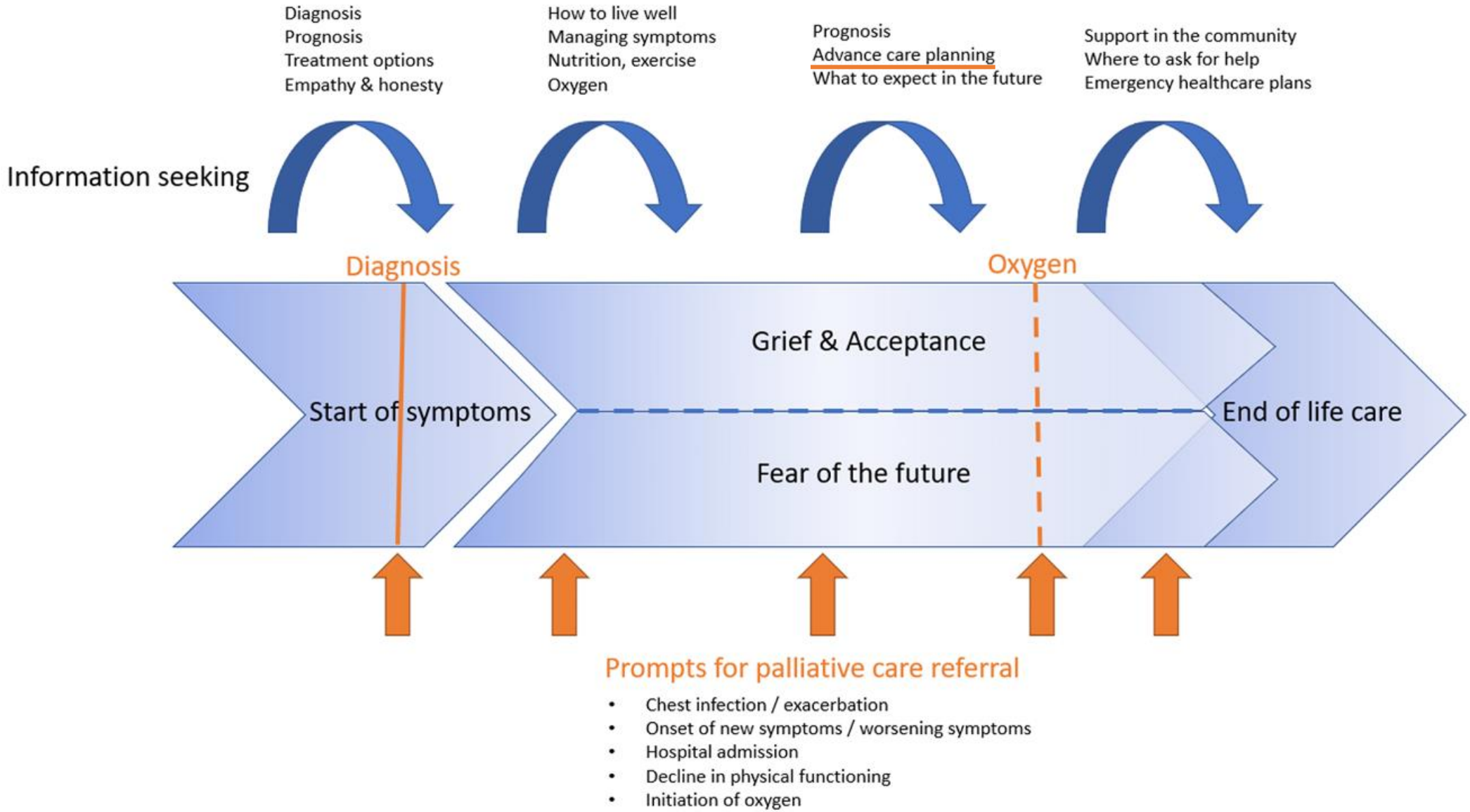
출처: 국립연명의료관리기관 홈페이지

사전돌봄계획: 환자, 환자가족들과의 협의를 보다 빠른 시기에



Modified from Lanken PN et al., Am J Respir Crit Care Med 2008; 177: 912-927

How early?: The patient with ILD journey and prompts for considering palliative care referral



Palmer E, et al. Palliativ Med 2022;36(8):1171-1185

의료조력사망(Medical-Assistance in Dying) 법률 재 발의:

정치

[단독]안규백 의원, 조력존엄사법 제정안 발의…입법부 공론화 시작



신융아 기자

입력 2024-06-20 17:46 | 수정 2024-06-20 19:29

구글에서 서울신문 먼저 보기 >>

호스피스 등과 분리해 별도 법 논의
담당 의사에 자살방조죄 적용 배제
국회 공청회·헌재 공개변론 등 주목
21대 국회의원 100명중 87명 찬성

76th SINCE 1950 법률신문

헌법재판소

"의료조력사 논의 미룰 수 없다" 헌재, 5·6·9월 줄줄이 의견 수렴

홍윤지 기자 입력 2025.05.22 11:05

한국의료윤리학회지 제25권 제4호(통권 제73호): 313-323 ©한국의료윤리학회, 2022년 12월
Korean J Med Ethics 25(4): 313-323 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2022
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

[연구논문]

https://doi.org/10.35301/ksme.2022.25.4.313

우리 사회의 의사조력자살 법제화*

고윤석[1]

요약

최근 12명의 국회의원이 발의한 소위 '조력존엄사법안'에 대한 토론회가 국회에서 열렸다. 이는 많은 논란 끝에 의료 현장에 적용되고 있는 '연명의료결정법'이 불과 4년밖에 경과되지 않은 점 등을 고려해 보면 빠른 사회 변화라고 할 수 있다. 이 논문은 우리 사회에서의 의사조력자살 법제화에 대하여 임종 방식과 시기를 선택할 환자의 권리, 발의된 '조력존엄사' 법률안의 내용, 의사조력자살을 보조하는 의료 행위의 정당성, 의료계의 의사조력자살에 대한 준비, 현행 '연명의료결정법'의 보완 및 좋은 죽음에 관한 논의를 이어갈 사회 기구의 측면을 살펴본 것이다. 무엇보다도 환자가 원하지 않는 연명 혹은 집중치료의 거절이 '임종 과정'에서만 존중되는 현행 '연명의료결정법'을 보완하여, 말기부터 환자의 자율성이 존중될 수 있게 하는 것이 시급하다.

2. 임종돌봄 중 환자의 자기결정권 확대: 시급한 과제

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률:

- 2018년 2월 4일부터 의료 현장에 적용

"말기 및 임종과정에 있는 **환자의 자기결정**을 존중하고 **최선의 이익**을 보장"

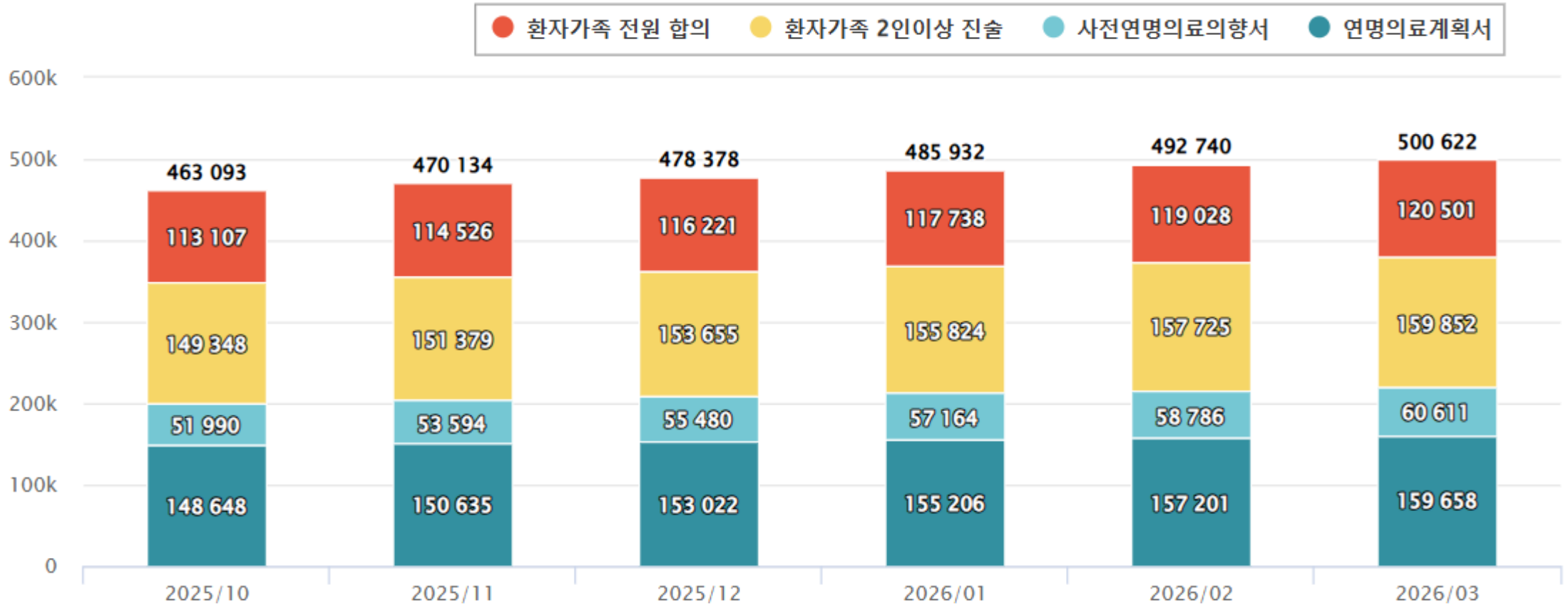
연명의료결정법에 따른 자기결정권 행사 방법:

- 사전연명의료의향서(Advance directive, AD): 건강할 때 작성
- 연명의료계획서(Physician order for life-sustaining treatment, POLST): 말기에서부터 작성
- 가족 2인에 의한 환자의 의사 추정

연명의료중단등결정 이행 현황(2):

AD %: ≒ 1%

2019년부터 매월 말일 기준으로 **누적** 집계



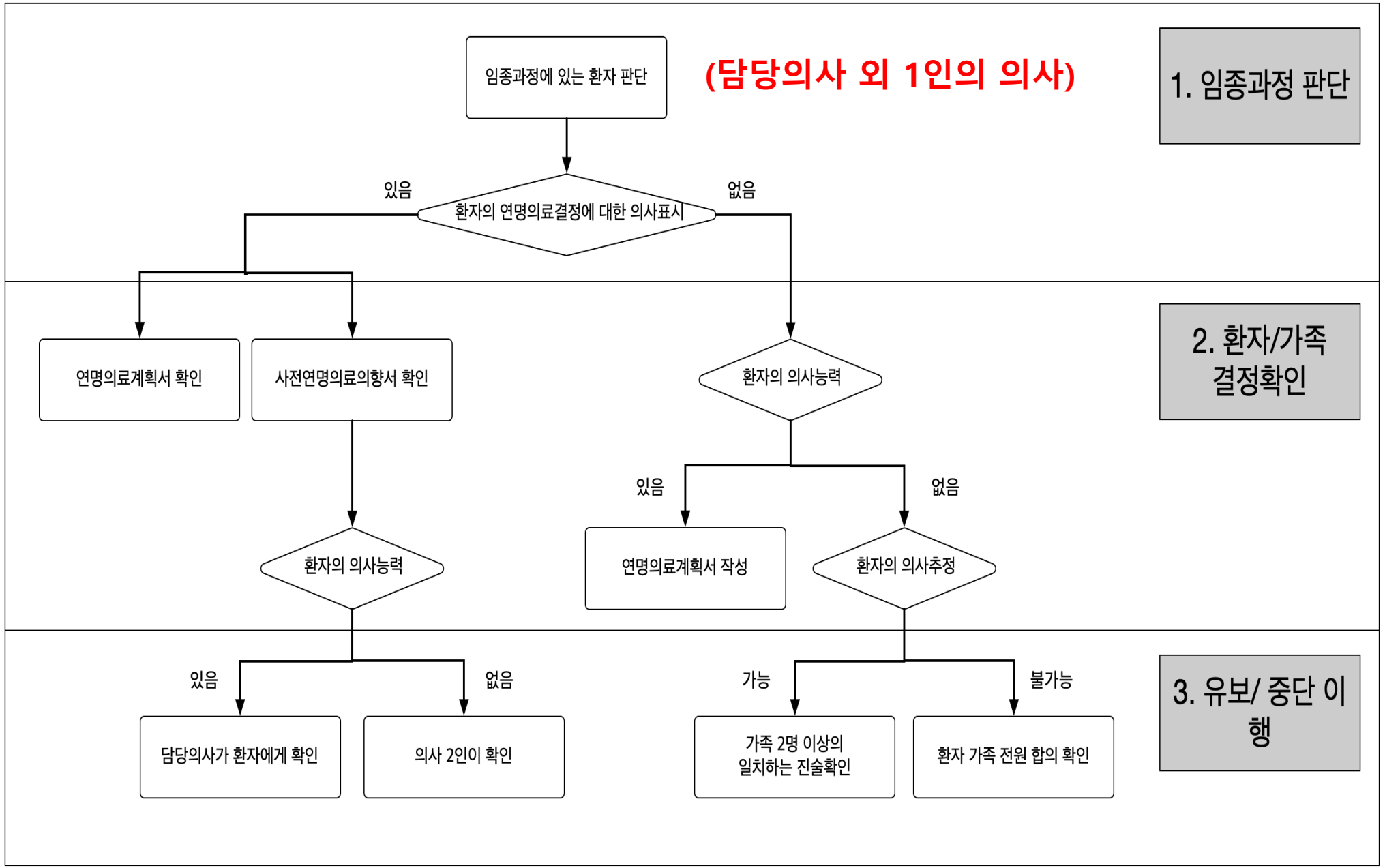
출처: 국립연명의료관리기관 홈페이지

사전연명의료의향서 제도가 활성화가 되려면:

- 인식 제고: 사회 교육, 작성 기관 자체 홍보
- 작성 절차: 편리, “지역돌봄의 통합지원법” 관련기관 참여
- 의료기관내 AD 작성센터 종사자 교육
- **동인:**

- 동인: 작성자에게 도움

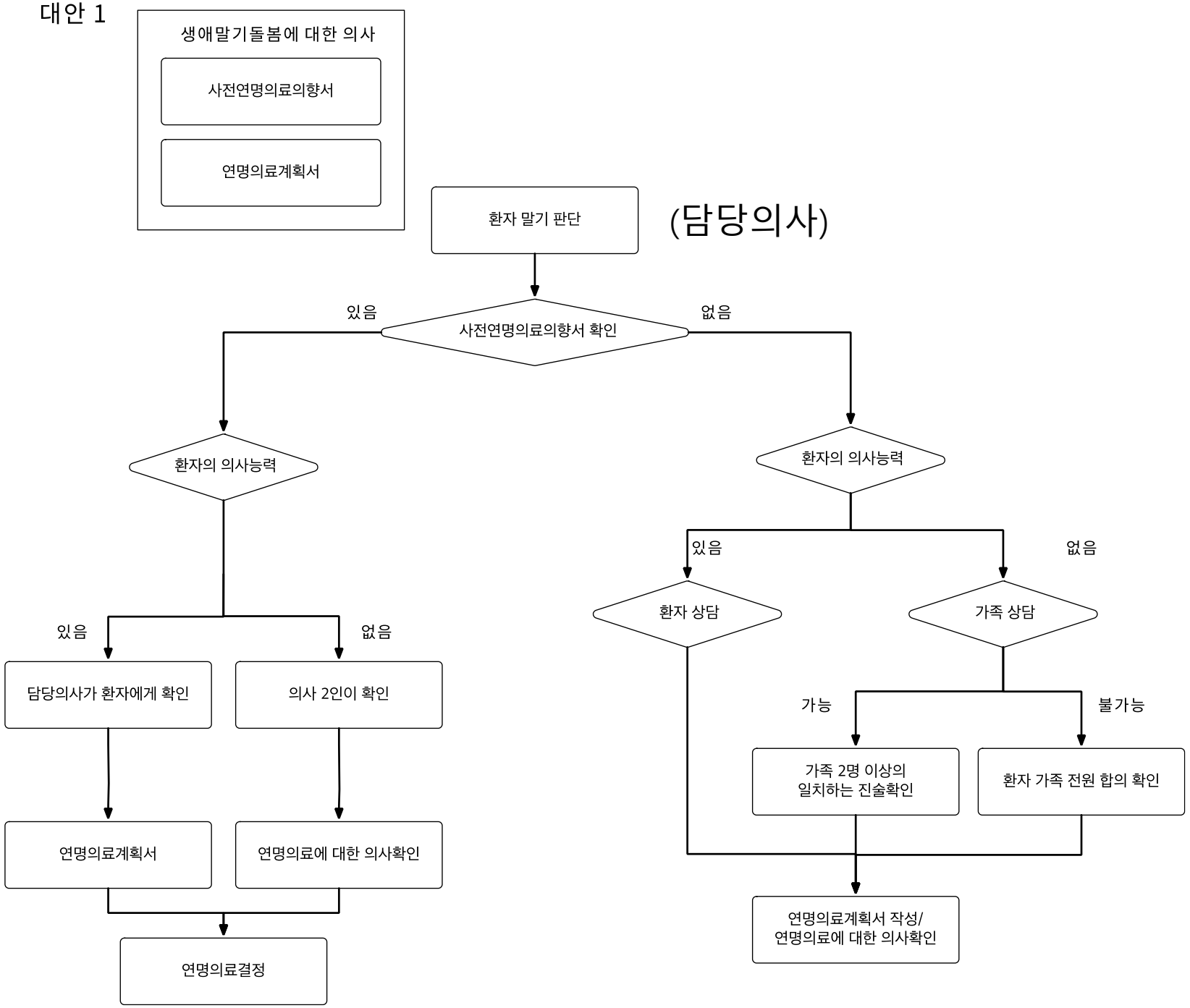
일반의료기관에서의 현행 연명의료 결정 이행 방식:



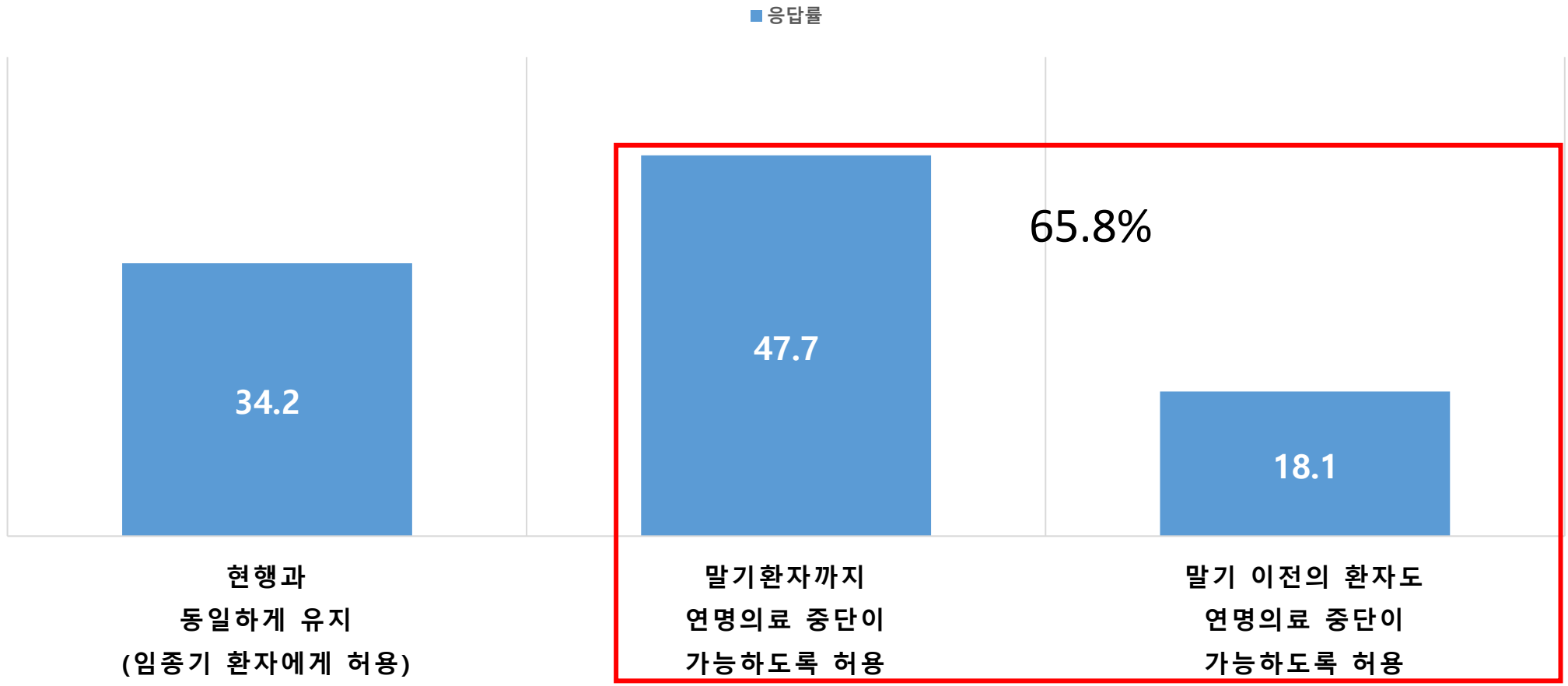
결정 이행 시기와 방식 개선 방안:

말기에서부터.

대안 1



연명의료 결정 이행 시기에 대한 국민 인식:



출처: 국민신문고. 국민생각함. 연명의료결정제도 발전을 위한 국민의견조사.

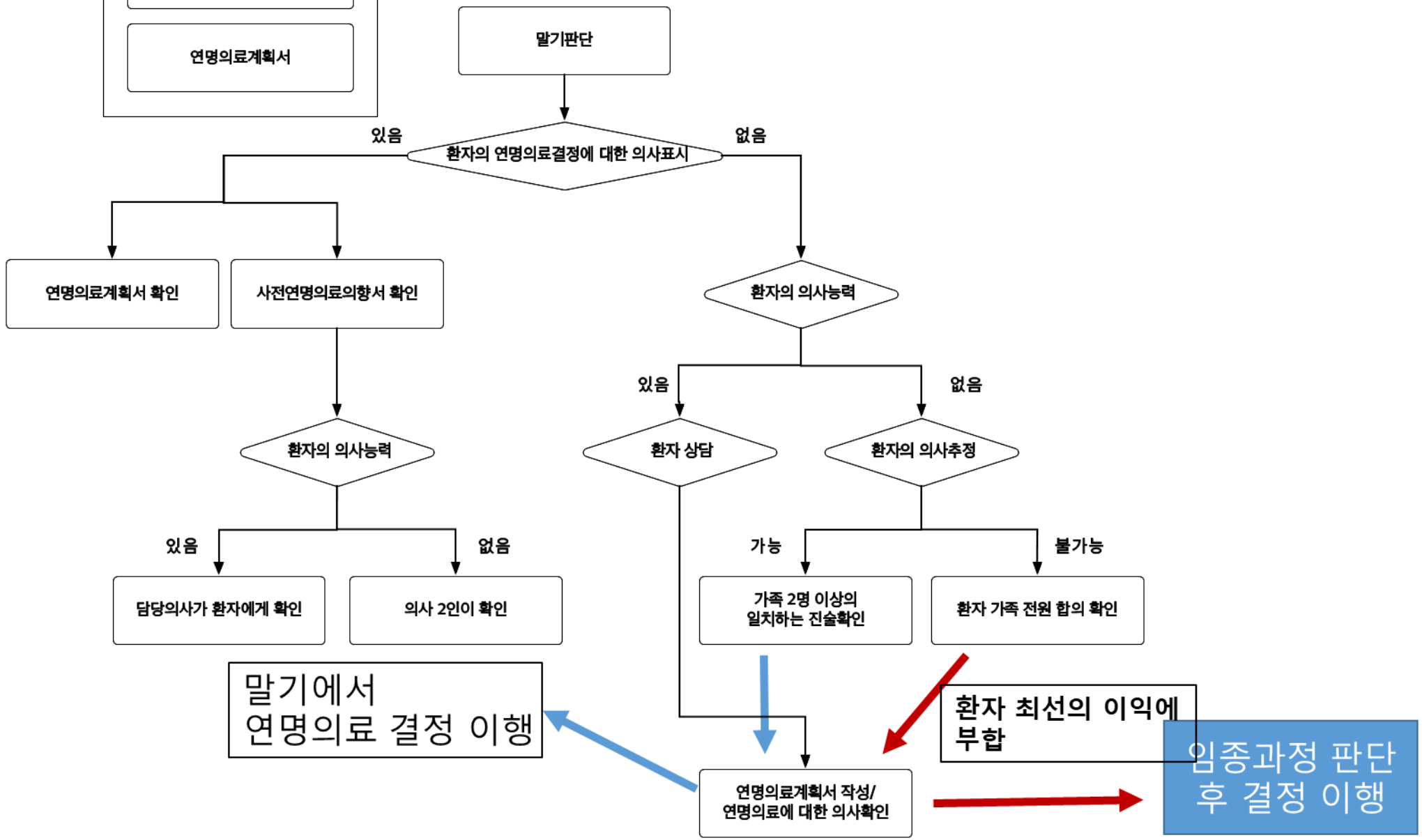
(조사기간: 2022. 9. 28. ~ 10. 11, 설문참여: 총 6,200명(일반국민 3,008명, 국민패널 3,192명))

환자 의사 모를 때:

대안 2

생애말기돌봄에 대한 의사
- 사전연명의료의향서
- 연명의료계획서

말기 혹은 임종과정에 결정 이행



- **연명의료결정 이행을 말기로 확대하는 것은 의료조력사망의 윤리와 배경이 같다?**

연명의료 결정:
중단보다 유보가 대부분
유보: 91%
중단: 11%

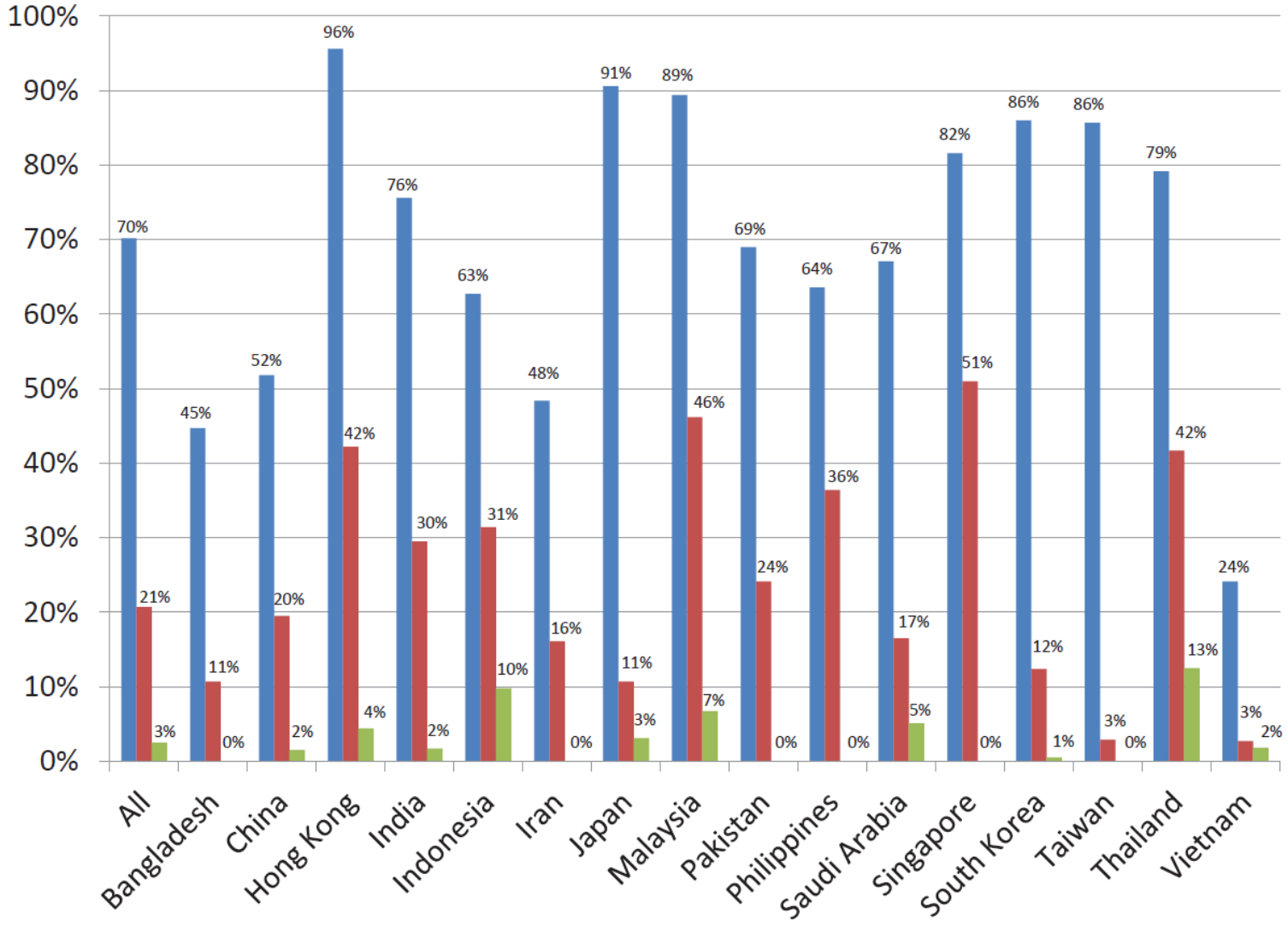


그림 **1.** 의미 있는 삶이 불가능하다고 판단되는 중환자에서 '항상' 혹은 '거의 대부분' 연명의료를 유보하거나 중단하는 비율
파란색; 유보, 붉은색; 중단, 녹색; 적극적 사망 유도

JAMA Intern Med 2015

연명의료 유보와 중단

유형 (실 이행 %)	결정 시기	이행 시기	이행 후의 경과
중단 (10%)+	임종과정	임종과정	사망(대부분 수 일내)
유보 (90%)	말기	호스피스·완화의료기관*	수 주~수 개월 후 사망
	임종과정	일반의료기관	임종과정의 경우 대부분 수일내 사망

+ 대부분 일반의료기관에서 일어남

* 호스피스-완화의료기관과 일반의료기관의 연명의료결정의 이행의 원칙은 동일하나(임종과정 판단 후 연명의료결정 등의 결정) 호스피스-완화의료기관에서의 임종과정 판단을 연명의료결정법에서 담당의사 1인의 판단에 의해 내려질 수 있도록 하여 말기에 작성한 POLST(연명의료 유보 결정)를 인정함.

전이성 폐암환자에서 조기 완화의료와 표준치료의 효과:

- 유의한 삶의 질과 생존률 개선

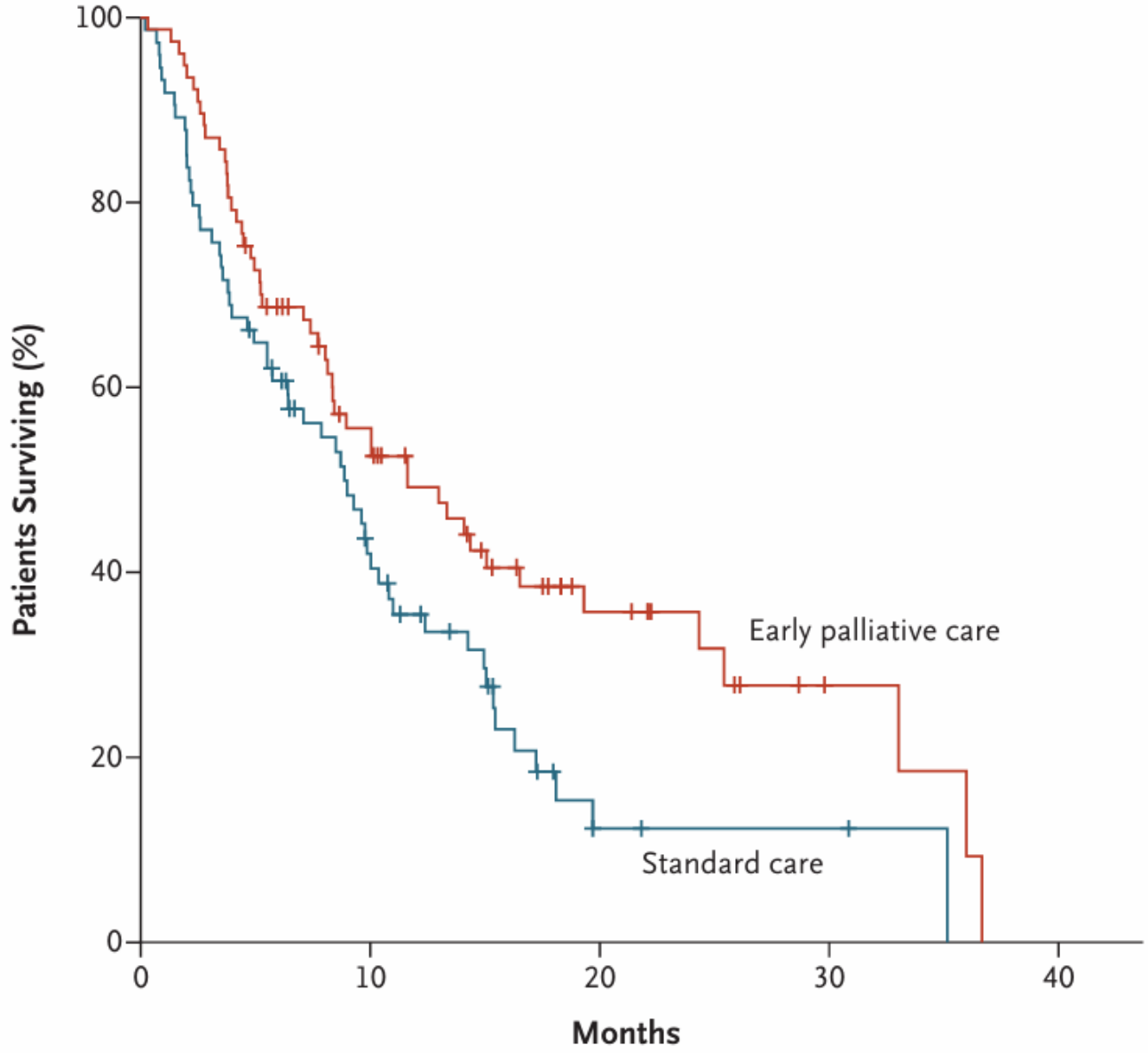
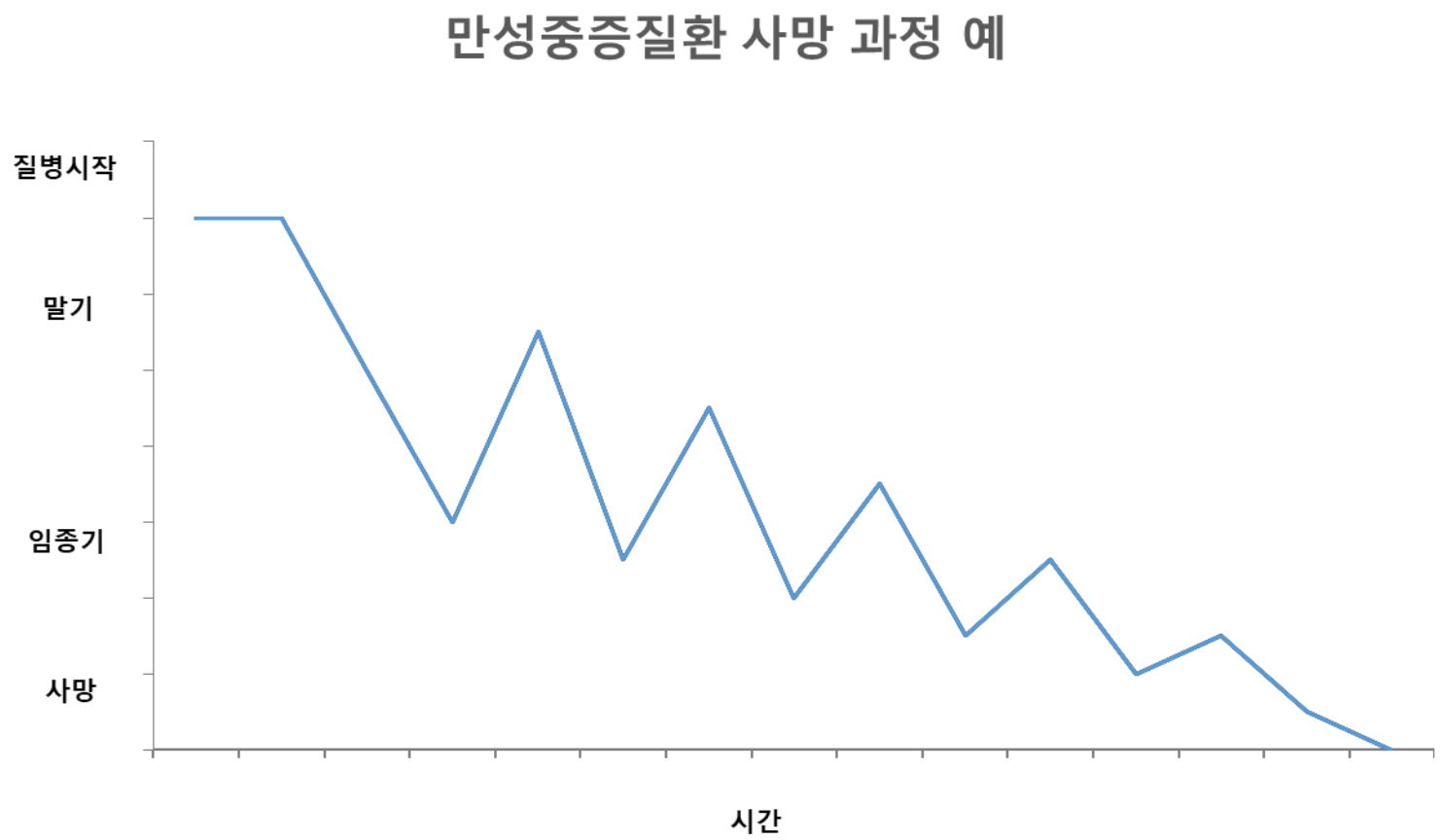


Figure 3. Kaplan–Meier Estimates of Survival According to Study Group.

Temel JS st al. N Engl J Med 2010;363:733-42

3. 예후 판단의 어려움:

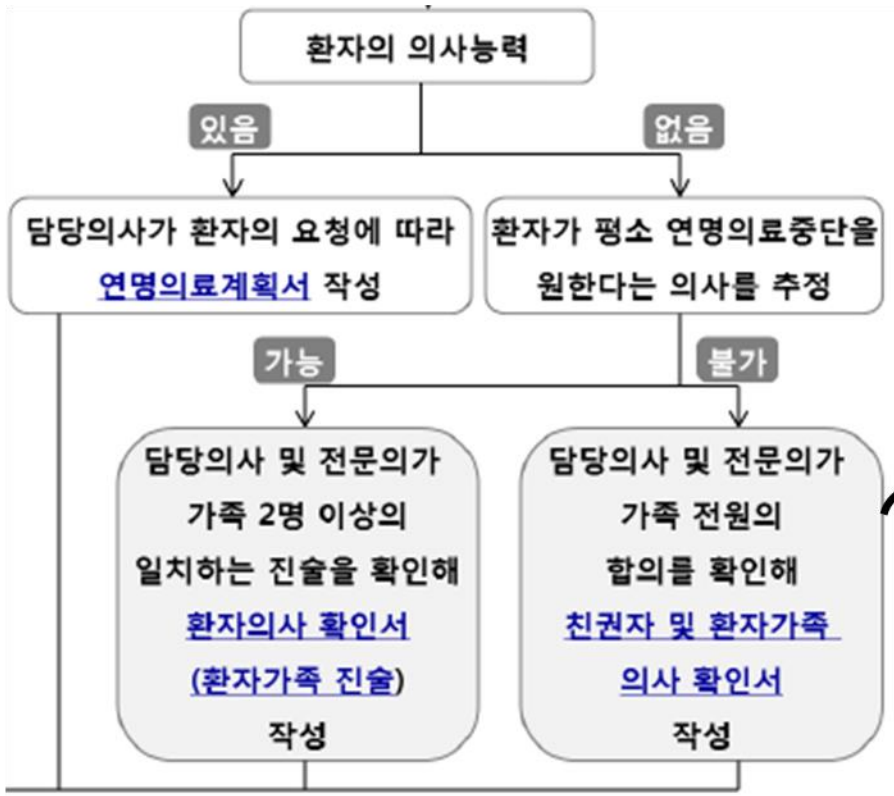
말기 상태에서 '임종 과정' 판단: 임상 경과가 중요



그 외...

연명의료중단법 관련 의료현장의 또 다른 어려움:

대리결정: 가족전원 합의, 가족관계증명서 제출 요구
(현대 사회의 가족 구성원의 다양함)



1촌 이내 직계 존·비속;
법정대리인 X

2019년 3월 27일 개정

연명의료 결정 방식에 대한 국민 인식
(본인이 의사표현을 못할 때의 의사 결정)

대리 결정 허용 원함:



출처: 국민신문고. 국민생각함. 연명의료결정제도 발전을 위한 국민의견조사.URL: https://www.epeople.go.kr/nep/thk/qstnr/selectQstnrThinkBoxDetailPage.npaid
(조사기간: 2022. 9. 28. ~ 10. 11, 설문참여: 총 6,200명(일반국민 3,008명, 국민패널 3,192명))

요양병원의 어려움:

“ 폐암 말기인 최모(78세)씨, 3차 항암치료 뒤 요양병원에서 폐렴의심.. 상태는 점점 나빠졌다.

.. 환자가 자신의 의사를 밝힌 AD를 작성해 뒀다고 자녀들이 요양병원 당직의사에게 구두로 전했으나 의사는 임종기임에도 CPR과 기관지삽관을 했다.

당직의사가 일하는 요양병원에는 의료기관윤리위원회가 설치돼 있지 않아 국립연명의료관리기관 전산망에 등록된 최씨의 AD를 확인할 길이 없었던 것이다.”

국민일보 2018-08-07 기사 중

복잡한 서식 작성: 우리나라(6개 서식)와 대만(2개 서식)

	대한민국						대만	
관련법률	연명의료결정법						호스피스-완화의료 조례	환자자기결정권법
서식 명칭	**연명의료계획서 (시행규칙 별지 제1호 서식)**	**사전연명의료의향서 (시행규칙 별지 제6호 서식)**	**연명의료중단등결정에 대한 친권자 및 시행 규칙 환자가족 의사 확인서 (시행규칙 별지 제12호 서식)**	**연명의료중단등결정에 대한 환자의사 확인서 (사전연명의료의향서) (시행규칙 별지 제10호 서식)**	**연명의료중단등결정에 대한 환자의사 확인서(환자가족 진술) (시행규칙 별지 제11호 서식)**	**연명의료중단등 결정이행서 (시행규칙 별지 제13호 서식)**	**호스피스 완화의료 사전 선택의향서**	**사전의료결정서 (預立醫療決定書)**
작성자	**의사 (말기 환자와 상담)**	**성인 등록자**	**의사 2인**	**의사 2인**	**의사 2인**		**환자 본인과 증인 2명**	**환자본인과 증인 2명 또는 공증인**
등록	○	○	기록의무	기록의무	기록의무		○	○
연명의료결정 지시	○*	○*	○*			○ 이행내용	○***	○****
임종완화선택	○**	○**	○**			○**	○	○
호스피스선택	○	○	X			X	○	
열람허용 선택	○	○	X			X		
대리인지정	X	X					○	○
기타	설명내용과 그 확인	설명내용과 그 확인		등록된 사전연명의료의향서의 존재 확인	일관된 의사표현 확인	의사확인 방법: 연명의료지시의 이행 내용		**인공영양공급**에 대한 결정을 건강상태별로 선택할 수 있도록 하였음.

무익한 치료도 가족이 원하면 계속해야 하나?

제 40조(벌칙)
① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2018.3.27.>

1. 제11조제1항을 위반하여 보건복지부장관으로부터 지정받지 아니하고 사전연명의료의향서의 등록에 관한 업무를 한 자

2. 임종과정에 있는 환자에 대하여 제17조에 따른 환자의 의사 또는 제18조에 따른 연명의료중단등결정에 반하여 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단한 자

의료기관윤리위원회

※ 2019년부터 매월 말일 기준으로 누적 집계 (서식 통보일 기준)

2026년 ▼ 05월 ▼ 검색

	대상기관 수	등록기관 수	등록률(%)
상급종합병원	47	47	100.0
종합병원	339	235	69.3
요양병원	1,296	182	14.0
합계	1,682	464	27.6

* 기타 병원급 59개 의료기관 및 의원급(호스피스 전문기관) 7개 의료기관 등록

출처: 국립연명의료관리기관 홈페이지

의료기관윤리위원회의 어려움

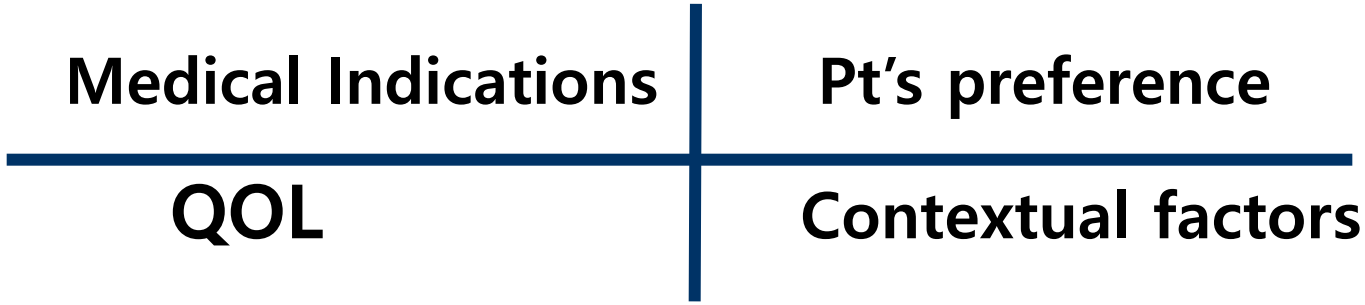
- **환자 의사 확인**
- 의료인 사이의 이견 조정
- 보호자의 의료비-간호 부담 관련 방안

- **위원장 역할**: 사안 검토, 윤리쟁점 파악

의료 윤리 접근 방식:

- **의료 윤리 4원칙** (Beauchamp T, Childress J)

- **The ‘4 quadrants’ approach:**



(Jonsen A, Siegler M, Winslade W in 1982**)**

마무리:

말기 중증 폐질환 돌봄: 의료윤리 측면

- 급성기 의료와 완화의료가 흔히 혼재
- 환자의 자율성 부족: 가족주의 문화
- 비용 및 돌봄 부담
- 삶의 질과 고통 완화
- 치료의 유보와 중단
- 대리 결정의 정당성 등

진료비 부담: 회복가능성이 있는 중환자에서 가족 요청으로 집중 치료 중단 경험

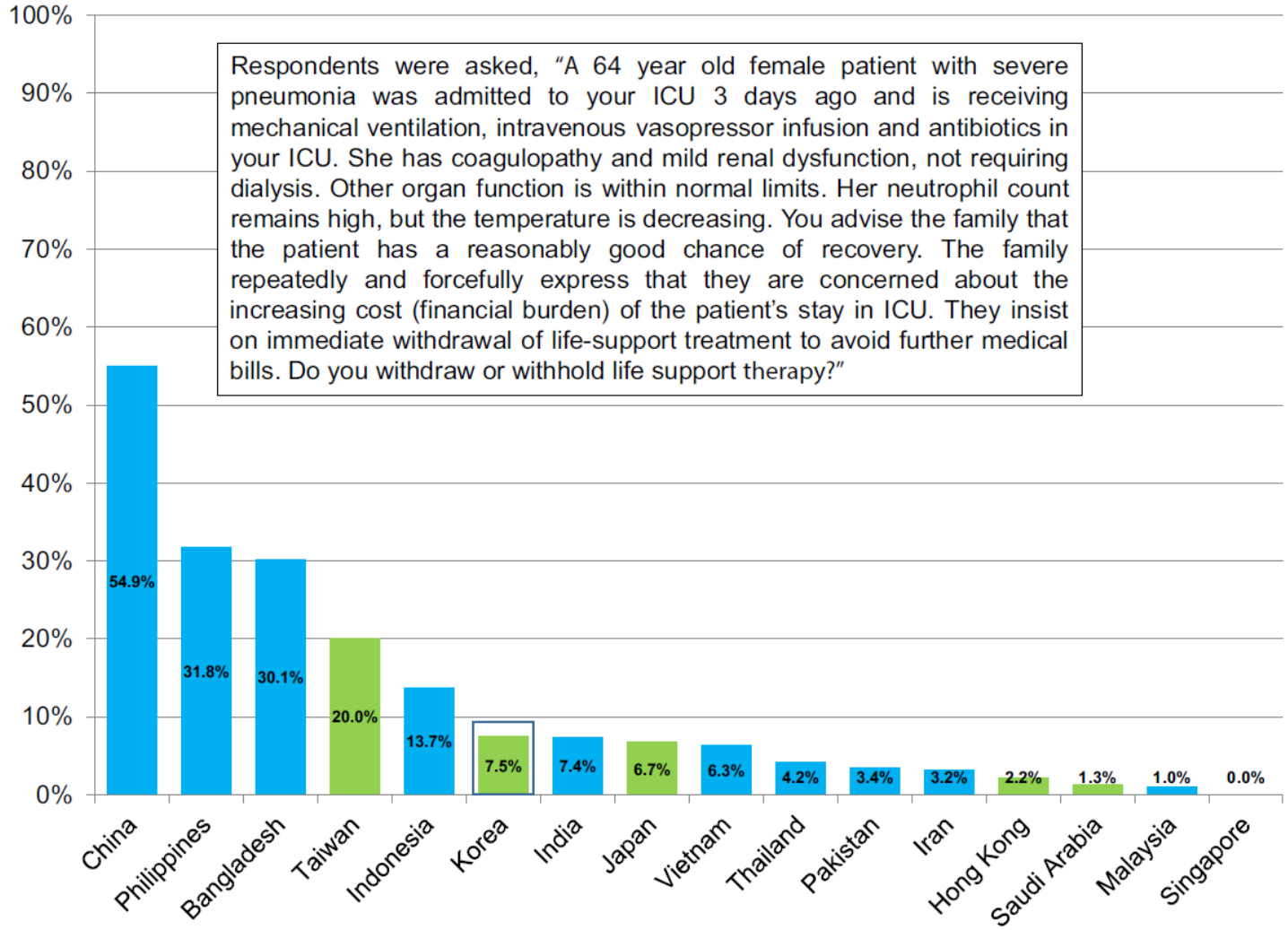


Fig. 4 Proportion of respondents by country and region who would almost always or often withhold and withdraw life-sustaining treatments in this case scenario. *Blue bars* refer to low-middle-income countries and regions. *Green bars* refer to high-income countries and regions

Phua J. et al. Intensive Care Med. 2016;42:1118–27

중증 말기 호흡기질환자의 의료 조력 의무

의료 결정:

1차. 의학 타당성(목표와 방식)

2차. 환자와 협의와 합의

Palliative and Terminal Care

- **Planned care**
  based on Patients' need based, scheduled discussion
- **Place of care**: home, hospital
- **Goal**: 1) comfort 2) hygiene 3) dignity
- Level of palliation: ventilator, CPR, Sx control

- **Control of Dyspnea**:
  - Oxygen
  - Morphine: 2 mg iv repeated at 10~15 min interval until Sx subsided, then begin continuous infusion at ½ of loading dose/h.

사전돌봄계획 활성화: 사전연명의료의향서와 연명의료계획서

- 말기에서부터 연명의료에 대한 환자의 바람이 존중 받을 수 있도록 연명의료결정법 개정이 필요하다.