



寧願燒盡，不願鏽壞
Burn out rather than rust out

急重症照護與目標(過往)

- 重症照護一直是科學和高科技醫療下致力搶救人類性命的象徵性代表(Byock, 2006)，而加護病房亦被視為搶救生命的醫療單位，其價值信念和首要目標在於
 1. 挽救或延長病人生命
 2. 減少病人痛苦、提高生活品質

重要概念

■ 最好的照顧 ≠ 最多的醫療措施

(插管、注射強心劑、營養針)

■ 盡可能延長生命 ≠ 盡可能延長死亡過程

不同的角度看這張照片，你們看到了什麼？





寧願燒盡，不願鏽壞
Burn out rather than rust out

- 從病人角度來看，他辛苦了!

- 從家屬的角度來看，好幸運碰到積極團隊!
- 從醫生的角度來看，能用的都用了!
- 從護理師的角度來看，哇!好厲害喔!
- 從我的角度來看，一定要用「機器」，「醫療常規」照顧病人嗎?
- 沒等到病人活的那天，我想可能已"心"死了
~難道不能用「心」照顧病人嗎?

急重症照護與目標(現今)

■ 善終應屬於生命的一部份

◆ 所有生命末期病人不論病因如何，均因接受高品質的照護

■ 安寧緩和照護的最終目標

◆ 追求病人善終與其家屬之安心無憾

■ 加護病房醫療團隊照護目標

◆ 醫護人員則必須視病人狀況調整照護目標，從治癒性照護到臨終照護以提升多面向的照護品質。



寧願燒盡，不願鏽壞
Burn out rather than rust out

安寧療護

- 一九九六年定名『安寧療護』，正確名稱應叫做安寧緩和醫療又稱善終服務、臨終關懷。
- 安寧緩和醫療定義：
 - ◆ 指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。



安寧療護的理念

■ 以病人為中心的連續性照護

◆ 尊重臨終者的善終權

■ 追求在生命最後一段時間，能擁有

◆ 生活品質與尊嚴和平的死亡

■ 提供人性化的照護

◆ 注重與病人與家屬間之溝通



寧願燒盡，不願鏽壞
Burn out rather than rust out

ICU為什麼要談安寧？

- 善終是完整生命的一部份
- 善終需要醫療人員、家屬、病人的共同合作
- 醫療的目的，不只是延長生命，也再維持生命品質與尊嚴。

急重症安寧的故事~1

- 這是一位85歲男性，有長期抽菸的習慣，過去病史為1. 高血壓2. 第二型糖尿病3. 鬱血性心臟病4. 慢性腎臟病第二期，都在藥物控制中。四天前，他因為感覺喘去地區A醫院就診，在影像上發現一顆腫瘤在右上肺葉，但病人及家屬都沒有把它當一回事，當喘的症狀緩解了之後就即行出院返家。兩天後，他在家上廁所時，突然意識不清昏倒了大約五分鐘，接著馬上就又被送到了A醫院急診，此時他的意識已經恢復，他否認有發燒、發冷，肌肉無力、頭痛、頭暈或是噁心嘔吐及癲癇發作的病史。在那裡，他又做了一張胸部X光，發現右上肺葉的腫瘤還是持續存在，懷疑是惡性腫瘤；在家人的堅持下，轉院到馬偕醫院尋求第二意見。

- 到了馬偕醫院後，血液檢查發現白血球稍高，並且在電腦斷層上看到一顆大約6.2公分的腫瘤，仍然懷疑是惡性腫瘤，並且安排了痰液細胞檢查和支氣管鏡做病理切片。家屬在聽到病人病況後開始十分緊張，堅持不讓病人知道自己的病情，直到上到病房之後，也只是一直告訴病人只是因為喘所以在找原因，連醫生在做例行巡房時，也時時在旁邊看著醫生，有任何疑問也是全部由家屬代答，不給病人有回話的空間。幾天之後，痰液細胞病理的結果是肺小細胞癌，切片結果為squamous cell carcinoma。醫生和家屬討論後，決定把病人轉到馬偕淡水院區做放射治療，但仍是哄著病人，堅持不讓病人知道自己的病情……

問題討論

- 在討論病況時，家屬處處擋著醫生與病人的接觸，深怕病人發現自己得了癌症；家屬的出發點或許是好的，但阻撓醫生和病人接觸是否是合宜的作法？
- 誰該決定該如何治療病人的疾病？是醫生、家屬、還是病人自己？
- 醫生知道家屬對病人有所隱瞞，是否仍應對病人執行病情告知的義務？

問題討論~續

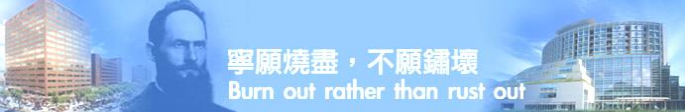
- 知情同意是醫學倫理的基本原則，但在台灣常會因為病患家屬的焦慮和擔心而要求醫護人員不要告知實情。
- 所有醫療決策皆由病患家屬決定是否會與病患本人意願相違背？



寧願燒盡，不願鏽壞
Burn out rather than rust out

臨床倫理的困境

- 想知與不想知的權利
- 病患與家屬的平衡點



急重症安寧的故事~2

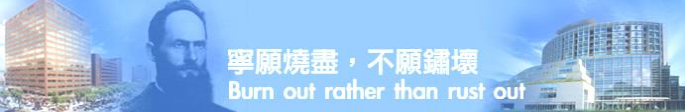
- 有位七十三歲老太太得知自己罹患乳癌後，清楚交代後事，然後安心地接受治療。四年後，癌症復發，並轉移到肺臟、肝臟、腦部和骨骼，她自知來日無多，不但簽下「不急救」的意願書，並且交代兒孫在她往生之日，不要驚擾她，只需安心念佛，送她上西方極樂世界。
- 沒想到，老太太瀕臨死亡前，有個兒子聲稱在遺產問題尚未擺平，兄弟姊妹還沒取得共識前，醫師絕對不能讓她斷氣，否則就要控告醫師有醫療疏失，醫師只得依他之言全力搶救」，經過多次電擊和心外按摩，這位老太太死前幾乎已被震得「粉身碎骨」。

急重症安寧的故事~3

- 一位篤信天主教的八十九歲老人樂天知命，七十歲那年就寫好「生前預囑」，希望子女在他臨終前，不要給他插管開洞，讓他安詳的返回天國。
- 然而，真的到了他病入膏肓，多重器官衰竭之際，子女擔心被鄰居批評不孝，同時為了讓住美國的大哥見老爸最後一面，硬是要求醫師救到底。
- 這名老人死前意識清楚，渾身沒穿衣褲，插了十幾根管子，他沒辦法說話，幾度要自行拔掉管子，護理人員只好綁住他的雙手，他又用腳踢表達心中的怨憤，由於扯掉導尿管造成血尿，護士又綁住他的雙腳，結果他被五花大綁地躺在加護病房，躺了兩星期，不斷流淚。
- 最後長子總算趕回台灣，但是任憑所有子女聲聲呼喚，老人轉頭閉眼，硬是連看都不看，在無聲的抗議下，嚥下最後一口氣。

急重症安寧的故事~4

- 加護病房泣不成聲的兒女
- 陳奶奶，68歲，肝硬化腹水入院治療，入院期間因食道靜脈破裂出血急救後，病況急速惡化入住加護病房，身上多處管路，家屬對此感到憤怒、悲傷...，對病人病況無法接受，堅持要積極搶救，但所有醫療處置已無法挽回，醫師不忍病人受苦，因此建議撤除呼吸器，因此召開家庭會議....



寧願燒盡，不願鏽壞
Burn out rather than rust out

急重症安寧的故事~5

- 張爺爺，88歲，CVA長期洗腎(15年)因肺炎併septic shock病況急速惡化入住加護病房，家屬不捨，對所有醫療處置皆積極執行(呼吸器、CVVHD....)，病人於6天後離開，但體重增加10公斤，身上所有管路處移除時不斷出血，家屬望著外觀變形的家人，泣不成聲.....



四輸的局面

- 病人輸：在臨終時飽受折磨
- 家屬輸：原以為急救可以挽救生命，後來才發現不僅命救不了，更遭受極大的痛苦，家屬因愧疚而歷經更深的『哀慟歷程』
- 醫師輸：為答應家屬要求而急救，卻造成病人的創傷-違反『不傷害原則』；盡心盡力卻被家屬怨恨(未事先說明整套急救過程及其可能後果)
- 國家輸：無意義地耗掉醫療資源

八大非癌症末期的安寧療護 健保給付範圍

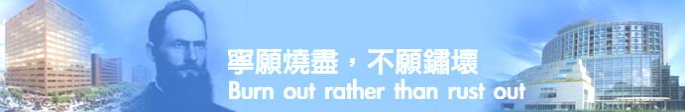
- 老年期及初老期器質性精神病態
- 其他大腦變質(病變)
- 心臟衰竭
- 慢性氣道阻塞
- 肺部其他疾病
- 慢性肝病及肝硬化
- 急性腎衰竭
- 慢性腎衰竭及腎衰竭



寧願燒盡，不願鏽壞
Burn out rather than rust out

醫療團隊能面對死亡 病人才有機會善終

家屬不放下
醫生不放手
病人無法好走



生命末期導航

- 生命末期對於病患家屬而言，就如同在沙漠中迷失方向一樣，
- 醫療團隊當然得負起導航的工作
- 大家都迷路時：至少陪伴他們
- 輕鬆的走完辛苦的旅程



寧願燒盡，不願鏽壞
Burn out rather than rust out

**善終不是理所當然的！
機會是給已準備好的人！**

需要追求、計畫！

需要好的醫護團隊！

解決家屬的困境！



寧願燒盡，不願鏽壞
Burn out rather than rust out

安寧緩和醫療條例

- 2000年5月23日立法三讀通過
- 2002年12月11日第一次修法
- 2011年1月26日第二次修法
- 2013年1月19日第三次修法
- 共計有六種格式的意願書、委託書、同意書

安寧緩和醫療條例~急重症病人相關

■ 安寧緩和醫療條例第3條

- ◆ **末期病人**：為罹患嚴重傷病，經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
- ◆ **心肺復甦術**：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。
- ◆ **維生醫療**：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。

安寧緩和醫療條例~急重症病人相關

- 安寧緩和醫療條例第7條:不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定：
 - ◆ 應由二位醫師診斷確為末期病人。
 - ◆ 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。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。
 - 前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。
- 末期病人無簽署第一項第二款之意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均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。

執行之規定與條件

■ 前項最近親屬之範圍如下：

- ◆ 一、配偶。
- ◆ 二、成年子女、孫子女。
- ◆ 三、父母。
- ◆ 四、兄弟姐妹。
- ◆ 五、祖父母。
- ◆ 六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。
- ◆ 七、一親等直系姻親。

- 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，依第四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、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療前以書面為之。

-
- 末期病人符合不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除



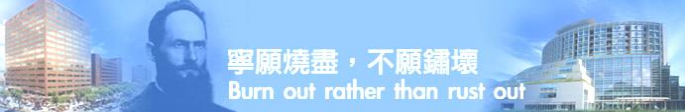
維生治療的撤除

- 首先是血液產品 blood products,
- 然後洗腎 hemodialysis,
- 昇壓劑 vasopressors,
- 呼吸器 mechanical ventilation,
- 營養劑 total parenteral nutrition,
- 抗生素 antibiotics,
- 輸液 intravenous fluids,
- 最後，各種導管及餵食管 tube feedings



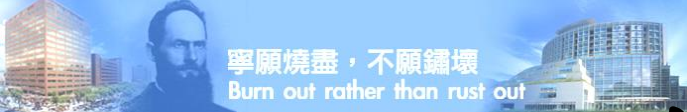
善終~~第一步

生命倫理 思辨與抉擇



善終第一步~~倫理原則

- 自主原則 (The Principle of Autonomy)
- 行善原則 (The Principle of Beneficence)
- 不傷害原則 (The Principle of Nonmaleficence)
- 公平正義原則 (The Principle of Justice)



寧願燒盡，不願鏽壞
Burn out rather than rust out

自主原則

(The Principle of Autonomy)

- 尊重每一位具有自主能力的個體所做的抉擇。
- 有能力做決定的病人應當享有權利去選擇及決定他所期待的醫療照顧模式。
- 醫療人員則有義務尊重病人的決定



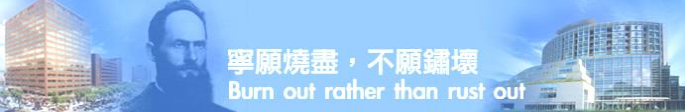
寧願燒盡，不願鏽壞
Burn out rather than rust out

行善原則

(The Principle of Beneficence)

一切以病人的利益為前提

- 施加利益予他人，醫療人員直接或間接的方式對病人履行仁慈、善良或有利於病人的德行
- 強調要做對病人有利或有益的事，或積極地為病人謀福利，乃醫護人員根本的美德。



寧願燒盡，不願鏽壞
Burn out rather than rust out

不傷害原則

(The Principle of Nonmaleficence)

醫療人員維持良好的臨床知識及技術、謹慎的執行已達到『適當的照顧標準（standard of due care）』，避免讓病人承擔任何不當的、受傷害的風險，即是在履行不傷害原則。

公平正義原則

(The Principle of Justice)

■ 合理地分配醫療資源

- 以公平合理的態度來對待他人
- 在醫療照護上：基於正義與公道，以公平和合理的處事態度來對待病人與有關的第三者
- 醫療照護上的公平：無論對象是誰，相同的情況應當予相同的處理
- 稀有醫療資源的分配：此為公平原則中最重要也是最大的問題所在

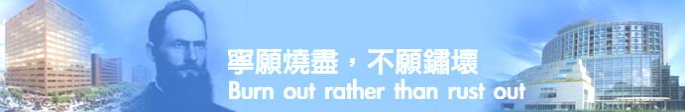


善終~~第二步

落實照護病人的 家庭會議

ICU內~~家屬座談會





寧願燒盡，不願鏽壞
Burn out rather than rust out

召開家庭會議的目的

- 與病人/家屬溝通~~病情告知
- 尊重病人/家屬符合倫理的抉擇
- 了卻病人的心願
- 答覆病人/家屬的餘生期待，共同擬定適切

計畫

善終~~第三步

■ 緩解不適症狀~~生理舒適護理

- ◆ 將病人不適症狀降至最低:疼痛、分泌物、躁動
- ◆ 確保病人液體符合需求
- ◆ 確保病人皮膚完整
- ◆ 確保病人身體清潔
- ◆ 確保病人排泄正常

■ 緩解不適症狀~~心理舒適護理

- ◆ 病室環境:佈置溫馨環境、熟悉物品
- ◆ 開放彈性會客，讓家屬陪伴
- ◆ 播放親友語音、視訊

善終~~第四步

■ 人性化的遺體護理

- ◆ 通知家屬或照顧者

- ◆ 帶領家屬參與病人遺體護理

■ 家屬的哀傷撫慰

- ◆ 確保形式是符合病人宗教、文化及靈性需求

- ◆ 提供家屬所需的相關書面資料，並確認他們了

解後序程序



善終~~第五步

團隊成員的分享與 情緒疏導

急重症病人安寧療護推動~困境

■ 醫護人員

- ◆ 病情的不確定性 (uncertainty)
- ◆ 醫師提DNR太晚
- ◆ 對安寧認知無觀念或錯誤認知: 醫師之間未有共識、簽『DNR』就等於不積極治療
- ◆ 年齡及經驗因素，無法開口談死亡
- ◆ 接觸病人時間短暫、片斷，難以與病人及家屬建立較互信關係並討論相關議題

急重症病人安寧療護推動~困境

■ 病人及家屬方面

- ◆ 大多數病人或家屬對CPR不瞭解，需要不斷的溝通(內心矛盾掙扎)
- ◆ 病人或家屬對DNR的決定總是難以接受家人即將死亡的現實(相信病情沒有那麼嚴重)
- ◆ 有罪惡感：背負『不孝』或『放棄』
- ◆ 台灣民情風俗：
 - 需徵詢其他親戚或長輩意見
 - 插管AAD回家，當不忍心再送回急診



急重症病人安寧療護推動~困境

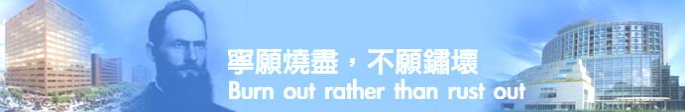
■ 設備及其他方面

- ◆ 急重症床位不足，安寧病房難入住
- ◆ 急重症門禁限制，限制病人及家屬相聚及陪伴



生命倫理~初始評估及照護

- 病人意識是否清楚可溝通
- 病人是否知道自己即將死亡
- 病人是否有生前契約(DNR；留一口氣回家)
- 病人是否有指定醫療代理人
- 病人是否有談到器官捐贈事宜



生命倫理~初始評估及照護

■ 醫療團隊計畫討論

◆ 檢視病人各項介入措施

- 特殊儀器:ECMO、IABP、CVVH、ventilation
- 治療:洗腎、輸血、化學治療
- 管路:CVP、A-line、NG
- 檢驗:抽血、血糖

◆ 藥物:開立依症狀為基礎藥物

◆ 營養:檢視支持的需求，減少用量

◆ 水份:以每日尿量加500C.C為依據

◆ 是否需照會安寧共同照護團隊

落實對策

- 加強生死學的研究
- 宣導安寧療護的觀念
- 在職教育
- 成立倫理諮商 (Ethics consultation)
- 加強醫病溝通
- 跨科際的團隊模式：安寧共照小組
- 加強民眾教育
- 預立醫療指示 (Advance medical directives)



安寧療護

並不是放棄

對疾病末期病人的治療

而是

將治療目標從臨床治療轉向

症狀控制

不「急救」不代表見死不救

「安寧療護」並不是一個「地方」

而是「一群對的人，

提供一套對的照顧方法」