



慢性阻塞性肺病的緩和療護

先導版

人生舞台 各自精彩





contents

目錄

第一章 · COPD 簡介	06
第二章 · COPD 的預防與治療	11
第三章 · 末期 COPD 病人所承受的症狀及預後	17
第四章 · 末期 COPD 病人的醫療照護	20
第五章 · 預立醫療指示及與病人共同決策	35
第六章 · 瀕死 COPD 病人維生醫療之不予與撤除	46
第七章 · 結論	50
第八章 · 給病人及家屬的貼心叮嚀與建議	52



理事長序



慢性阻塞性肺病 (COPD) 是威脅人類健康的重要疾病，根據世界衛生組織的估計，到 2030 年將成為全人類的第三大死因。COPD 的病程是不可逆的，嚴重的 COPD 患者其肺功能已無法支持日常活動，必須依賴氧氣，甚至呼吸器維生，加上其他的共病與老化過程，嚴重影響生活品質，不只需要醫療照護者與家人的協助，也需要大量的社會資源進行支持。而再強的支持系統與生存意志終會面對生命的盡頭，適時的引入緩和醫療，並在生命的末期導入臨終關懷與安寧照護，意即在積極治療已不可為，也不應為時，應轉向以減緩不適，人生圓滿善終為目標的緩和安寧照護。

國內安寧緩和醫療已推動多時，國人在癌症安寧的認知與接受度已相當穩健，但在非癌安寧照護的部分，由 2009 年至今，仍有待推廣。台灣胸腔暨重症加護醫學會為提供醫師與民眾對於 COPD 疾病的正確診療認知，發行一系列的衛教專刊。本刊的推出即是希望醫師與病人都能認知全人醫療無法清楚的劃分界線，對於 COPD 病人，提供全人，全階段的醫療照護，直至末期的臨終關懷與安寧照護，是胸腔科醫師對於病人的堅定承諾。

本專刊委由台中榮民總醫院許正園主任主筆，並與台灣安寧緩和醫學學會合作，以病例導引方式編寫，提供讀者對於 COPD 全人照護的正確認知。感謝阻塞性呼吸道疾病委員會召委，彰化基督教醫院中華院區林慶雄副院長對於本專刊由發想到發行過程的推動與努力，終能出版。謹此感謝。

台灣胸腔暨重症加護醫學 理事長

余忠仁



編輯序



緩和安寧療護議題近年來受到重視，並且一直更新相關的法規，許多較少接觸緩和安寧療護的民眾們，對於這方面更是一知半解，觀念還停留在過往的年代。現在的緩和安寧療護是一門必修的課程，每位醫護人員及民眾都應有這方面正確的認知。

台灣胸腔暨重症加護醫學會集結了全台的眾位專家，推出一系列的慢性阻塞性肺病衛教手冊，將安寧緩和療護議題提出，並特別邀請台灣安寧緩和醫學學會王英偉理事等人參與手冊製作，撰寫了慢性阻塞性肺病的緩和療護手冊，內容利用真實案例呈現，包含了慢性阻塞性肺病的預防及治療，末期慢性阻塞性肺病的症狀及照護，還有緩和安寧療護相關法規介紹，最重要的是給家屬及病患的貼心叮嚀及建議，可供所有的醫護同仁參考，也適合慢性阻塞性肺病的病友們閱讀，本系列衛教手冊展現下列特色：

1. 明確掌握基本架構，奠定扎實的基礎觀念。
2. 多種圖表解析，正確的觀念引導。
3. 平鋪直述的語言貼近讀者容易上手。
4. 內容以案例呈現，加以深入剖析，提供給病人及醫護人員處置上參考。

相信這本手冊能成為您的工具書，引領您面對慢性阻塞性肺病緩和療護的情境時，能夠有信心達到全人照護的目標。感謝主筆暨執行編輯的台中榮民總醫院許正園主任，及台灣胸腔暨重症加護醫學會阻塞性呼吸道疾病委員會所有委員之傾囊相授並給予以眾多的協助。

阻塞性呼吸道疾病委員會召集人 彰化基督教醫院

林慶雄 醫師

台灣安寧緩和醫學學會推薦序

世界衛生組織 (WHO) 將緩和醫療視為持續性照顧不可或缺的一環，強調應積極整合不同疾病之照護。2013 年歐洲緩和醫學會 (EAPC) 簽署布拉格憲章，也將接受緩和醫療的權利視為基本人權。又據世界緩和醫療聯盟 (WPCA) 資料顯示，愈來愈多國家提供安寧緩和醫療服務。就生活及死亡品質而言，國內外研究均顯示接受安寧緩和醫療的末期病人，較能獲致身心安頓與善終。

台灣安寧療護之發展，自癌症與漸凍人開始，近年來已擴及所謂八大非癌病人，舉凡失智症、腦血管疾病、慢性阻塞性肺病、其他慢性肺疾病、肝硬化、心衰竭、急性與慢性腎衰竭，服務項目包括安寧共同照護、安寧居家、以及安寧住院，且均列入健保給付。新的健保政策鼓勵急重症醫師開啟緩和醫療諮詢，後續轉介緩和醫療團隊進行安寧共照。無論英國的 NICE 或美國 ATS 的 COPD 相關臨床指引，皆揭橥緩和醫療在照護 COPD 病人不可或缺的重要性。此等實質政策與指引在在指出，緩和醫療不應侷限於癌症與末期病人，須由原診治團隊更早開始和病人討論治療目標、早期建立預立醫療自主計畫，並強調跨專業及跨團隊之合作，俾改善病人預後、提昇生活品質。

與其他專科醫學會密切合作，建立安寧緩和醫療的共識與策略，強調以病人為中心的感動式服務，是本學會一向戮力以赴的目標。本次台灣胸腔暨重症加護醫學會出版 COPD 緩和醫療手冊，感謝余理事長的高瞻遠矚、林慶雄主委用心策劃及奔走協調、許正園主任辛苦撰就高水準之初稿，本學會專家委員貢獻心力參與編輯討論，讓兩會得以攜手合作，共同為 COPD 病人之緩和醫療權利，跨出歷史性的一步。第一次合作成果容或未臻盡善，吾人期待兩會群策群力，賡續推出專屬病人之衛教手冊、擴及更多不同類別疾病，俾期台灣之胸腔與重症緩和醫療更臻完美，與世界潮流接軌，讓更多飽受多重症狀所苦、生活品質受限的病人及家屬，有機會得到緩和醫療照應，病人的身、心、靈得到更多舒適與平安。

台灣安寧緩和醫學學會 理事長



104 年 11 月



慢性阻塞性肺病緩和療護編輯小組



編輯小組	姓名	服務院所 / 專科
發行人	余忠仁	臺大醫院 / 胸腔內科
執行編輯	許正園	台中榮民總醫院 / 呼吸治療科
編輯委員	王鶴健 李政宏 杭良文 林鴻銓 邱國欽 許超群 彭殿王 鄭世隆 林慶雄 劉世豐	臺大醫院 / 胸腔內科 成大醫院 / 胸腔內科 中國醫藥大學附設醫院 / 胸腔內科 林口長庚醫院 / 胸腔內科 羅東博愛醫院 / 胸腔內科 高雄醫學大學附設醫院 / 胸腔內科 台北榮民總醫院 / 胸腔內科 亞東醫院 / 胸腔內科 彰化基督教醫院 / 胸腔內科 高雄長庚醫院 / 胸腔內科
共同作者	許正園 王英偉 姚建安 黃馨葆	台中榮民總醫院 / 胸腔內科 花蓮慈濟醫院 / 家庭醫學科 臺大醫院 / 家庭醫學部 彰化基督教醫院 / 安寧緩和療護科



第一章

COPD簡介





王先生從事營造業，因工作關係自 20 歲起就菸不離手，每天至少兩包菸。他年輕的時候身體硬朗，粗重的工作樣樣來，甚至常自誇一個人抵得過兩個人。

年過四十以後，王先生慢慢發現自己體力不如以往，但他以為是年歲增長造成體力衰退，並不十分為意，照樣吞雲吐霧。

五十歲以後，王先生體力更形低下，再也無法從事粗重工作；六十歲以後走路、爬樓梯就氣喘吁吁。有幾年在冬天寒流來襲的時候，甚至因感冒而引起急性呼吸困難，必須去急診室治療。



(一) COPD 疾病介紹

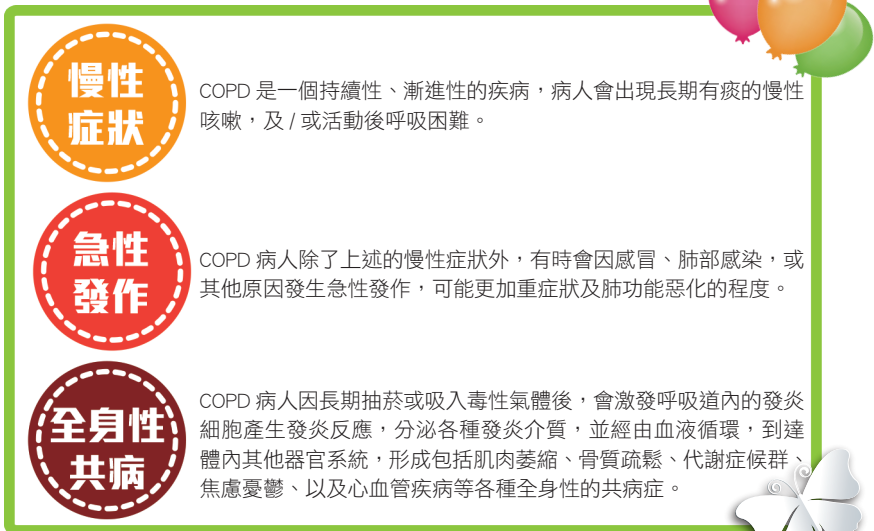


COPD 原文是 chronic obstructive pulmonary disease，中文翻譯為慢性阻塞性肺病，是因病人長期暴露於吸菸或其他毒性氣體所造成。

COPD 包含慢性症狀、急性發作、及全身性共病症三大部分（圖一）。

- 並非所有吸菸者都會得到 COPD，只有帶有對香菸易感性基因的人在長期吸菸後才會形成 COPD。但吸菸者沒有罹患 COPD 並不代表他不會罹患吸菸造成的其他器官系統疾病。
- 吸菸者除了會得到 COPD 以外，還與免疫、皮膚、口腔、消化、心血管等器官系統的疾病有關。另外，吸菸還會造成記憶力退化、視力及聽力惡化、骨質疏鬆，影響生殖能力，並與癌症之形成有關。
- 吸菸除了對自己的健康造成危害以外，吸入二手菸或接觸二手菸的人亦可能受到傷害。二手菸是指香菸燃燒時釋出有毒的粒子和氣體，附著於牆壁、桌面、地板、衣服、椅墊、地毯、或人的頭髮及皮膚。嬰幼兒常常抓到東西就往嘴裡塞，尤其必須小心二手菸的危害。
- 除了吸菸以外，長期暴露於有毒氣體（空氣污染、職場塵埃及化學物質、家中燃燒木材煤油或其他生物燃料）亦可能得到 COPD。對於不吸菸但有 COPD 症狀的病人，必須留意其職業或居住環境。若是家庭主婦，則須留意家中煮飯或烹飪時是否使用生物燃料。

圖一、COPD 的疾病表現



慢性症狀
COPD 是一個持續性、漸進性的疾病，病人會出現長期有痰的慢性咳嗽，及 / 或活動後呼吸困難。

急性發作
COPD 病人除了上述的慢性症狀外，有時會因感冒、肺部感染，或其他原因發生急性發作，可能更加重症狀及肺功能惡化的程度。

全身性共病
COPD 病人因長期抽菸或吸入毒性氣體後，會激發呼吸道內的發炎細胞產生發炎反應，分泌各種發炎介質，並經由血液循環，到達體內其他器官系統，形成包括肌肉萎縮、骨質疏鬆、代謝症候群、焦慮憂鬱、以及心血管疾病等各種全身性的共病症。

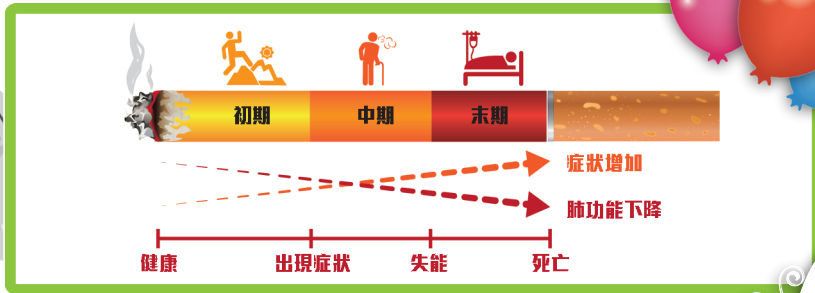


(二) COPD 的自然病程

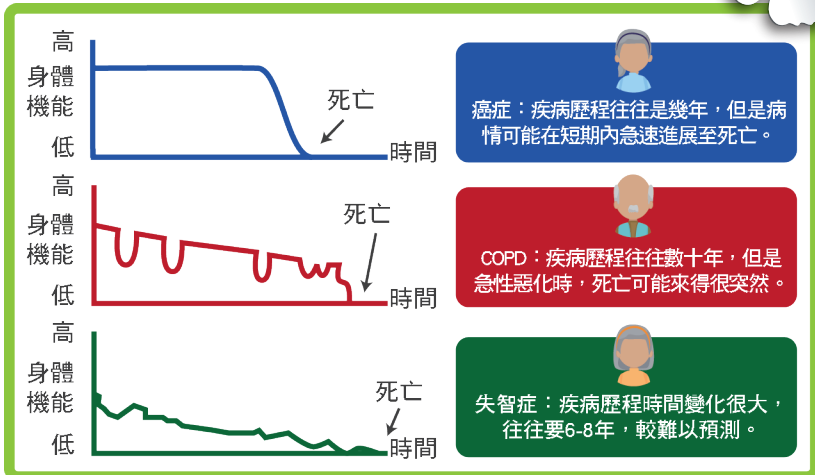


COPD 的病程常歷時數十年。初期病人毫不自知，持續吸菸，直到開始出現症狀，往往疾病已進展至中、末期。COPD 急性惡化會使得肺功能下降的速度增快，也會讓病人更早達到不使用呼吸器即無法存活的臨界點（圖二），COPD 與其他疾病，如：癌症或失智症等的自然病程也有不同，所以選擇適當時機做緩和或安寧介入是很重要的（圖三）。

圖二、COPD 的疾病歷程



圖三、其他疾病的歷程



王先生自 20 歲起就菸不離手，每天至少兩包菸，到四十歲時，吸菸量已達四十包年以上（註：包年 -- 香菸消費量的計量，1 包年相當於一天抽一包菸，抽了一年吸菸量之計算，一天一包為 1 包年）。

王先生原本身體硬朗，即使肺功能稍微下降，初期仍無感覺。即使經過一、二十年，肺功能降低至年輕時的 80% 以下，他仍以為只是年齡增長，以致體力下降。王先生持續吸菸，肺功能更進一步下降至年輕時的 50% 以下甚至更低，此時疾病已發展至中、末期，而難以挽回。



- 在 COPD 的處置與治療中，減少急性惡化是預防未來風險的重要步驟。但是，即使沒有急性惡化，若病人持續吸菸，或持續接觸其他毒性氣體，肺功能仍會持續下降，並且比一般人更早達到呼吸衰竭的臨界點。除非病人立即戒菸或停止接觸毒性氣體，到目前為止沒有任何已知的藥物可以減緩此種肺功能持續下降的現象。
- 有一個在加拿大進行的研究，追蹤 73,106 位第一次因為 COPD 而住院的病人長達 17 年，其中有 50,580 位病人死亡。這些死亡的病人中，50% 至 75% 分別死於 3.6 年至 7.7 年之間。

由第一次急性惡化到第二次急性惡化的時間間隔中值為五年，但是第 9 次到第 10 次急性惡化的時間間隔減少為不到四個月。

經歷過兩次嚴重急性惡化的病人，再度發生急性惡化的機會提高三倍；經歷過 10 次急性惡化的病人，再度發生惡化的機率則高達 24 倍。嚴重急性惡化的死亡率在第一週最高。所以除了減輕症狀，急性惡化的預防也是 COPD 治療重要目標之一。



第二章

COPD的預防與治療



(一) COPD 的預防

1. 危險因子的預防

COPD 是一個可預防亦可治療的疾病。病人若能避免接觸各種危險因子，如菸煙、屋內、屋外被污染之空氣、汽機車排放廢氣、燃燒生物性燃料所產生之煙霧等，是可以避免 COPD 的發生（圖四）。

圖四、COPD 重大的危險因子



- 毒性氣體暴露造成的肺部影響，是經年累月，而非一日就可形成的，病人無法立即感受到其造成的傷害。很多病人都是在長期吸菸、或長期接觸毒性氣體超過 20 年之後才感覺到症狀的出現。有些人甚至以為只是老化而不在意，等到出現嚴重症狀時往往疾病已進展至末期，但因傷害已經造成而為時已晚。



王先生年輕時身體硬朗，可做比別人更費體力的工作，但吸菸造成的肺功能的下降是逐年漸進且緩慢進行的，等到他察覺到症狀，肺功能已經顯著降低而難以挽回。



2. 早期戒菸的好處

戒菸雖無法使已經失去的肺功能回復正常，但卻能延緩肺功能的下降。到目前為止，沒有一種藥物可以達到像戒菸一樣，可以延緩肺功能的逐年下降。

- 正常人的肺功能也會隨著年齡逐漸降低，但是下降的幅度不大。一般人的肺功能到了 120 歲還足堪使用，但是吸菸者可能到 70 歲左右即因肺功能不足而達到失能狀態。



王先生 20 歲起就菸不離手，如果他能於 40 歲左右就察覺體力大不如前的原因不是單純老化，而是吸菸所引起，並提早戒菸，他也不會在 60 多歲就出現走路、爬樓梯就氣喘吁吁的現象。



(二) COPD 的治療

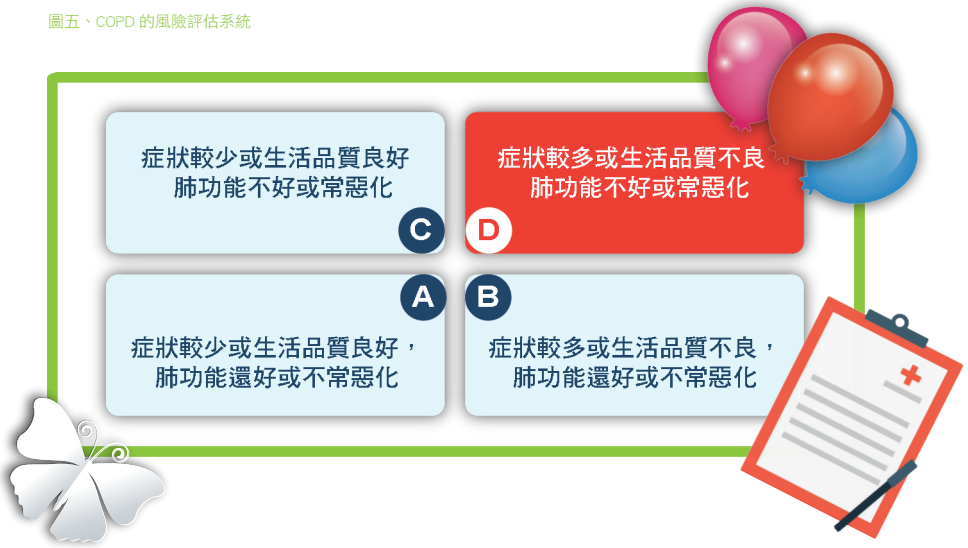


1. 藥物治療

藥物治療可減輕 COPD 症狀、降低急性惡化的頻率及嚴重程度，並可改善病人的健康狀態與運動耐力。但是迄今尚無任何藥物被證實能延緩 COPD 病人的肺功能下降速度。

- 治療 COPD 的藥物種類繁多，最新的 COPD 診治指引根據病人的肺功能、症狀嚴重度以及未來的風險將病人分為 A,B,C,D 四群，每一群病人各有不同的建議首選、次要選擇、及其他選擇藥物（圖五）。

圖五、COPD 的風險評估系統

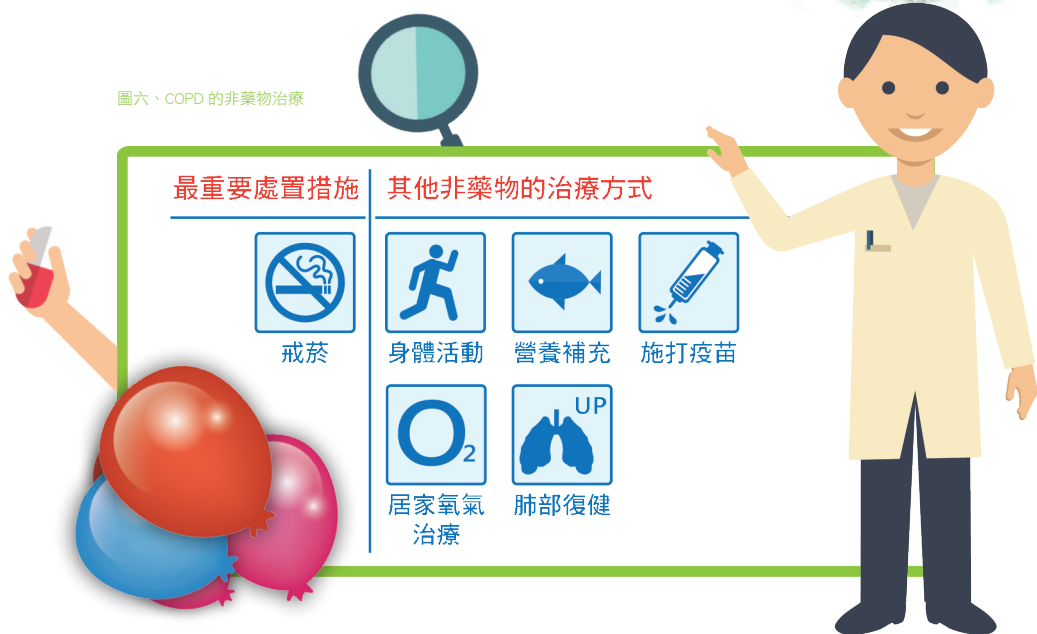


- 在 COPD 的治療藥物中，長效吸入型支氣管擴張劑，如長效吸入型抗膽鹼藥物及長效吸入型乙二型交感神經刺激劑是最主要的藥物。吸入型類固醇則必須配合長效吸入型乙二型交感神經刺激劑，不建議單獨使用。口服藥物如長效緩釋茶鹼或新的第四型磷酸雙酯酶（phosphodiesterase-4）抑制劑亦有一定的治療地位，但並非所有病人皆適用。由於 COPD 病人的症狀變易異度極大，呼氣氣流受阻程度亦因人而異，每個治療方案都應該針對病人的特性量身打造。

2. 非藥物治療

沒有一種現存藥物可達到跟戒菸一樣的結果，減緩肺功能下降。因此，無論疾病的嚴重度為何，戒菸是所有正在吸菸的 COPD 病人最重要的處置措施。其他的非藥物治療方式如肺部復健、施打疫苗、營養補充、以及居家氧氣治療，都有一定的治療效果（圖六）。

圖六、COPD 的非藥物治療



- COPD 病人因為嚴重的呼吸道症狀而不能、也不想進行一些身體活動，這會墮入一個「呼吸困難→身體活動受到限制→身體狀況變差」的向下惡性循環，嚴重影響病人的生活品質。肺部復健可以幫助 COPD 病人脫離這個惡性循環，讓不動的病人動起來。許多研究的結果都證實，肺部復健可減少 COPD 病人的呼吸道症狀、提高生活品質、增進病人日常之身心活動。肺部復健應配合藥物治療進行，肺部復健的效果可以觸及許多藥物治療無法達到的層面，如改善病人的運動機能、社會孤立感、焦慮與憂鬱、肌肉萎縮以及體重減輕等。
- 幾乎所有肺部復健計畫都包含病人教育。適當的病人教育可以協助病人建立病識感，因而願意跟醫療人員合作。病人教育的內容必須涵括 COPD 的基礎知識、戒菸議題、對藥物的基本認識、各種吸入器的使用、自我照護技能、改善呼吸困難的策略、尋求幫助的時機、急性惡化時的決策、預立醫療指示 (advance directives) 及臨終議題等等。

- 肺炎雙球菌疫苗及流行性感冒疫苗的施打，可預防 COPD 病人因感染肺炎雙球菌或流行性感冒而發生急性惡化。但是醫療人員應解釋清楚，這兩種疫苗只能預防特定的菌種與病毒感染，打過肺炎雙球菌疫苗的病人仍可能被其他細菌感染而造成肺炎；打了流行性感冒疫苗的病人亦可能被其他影響上呼吸道的病毒感染而得到感冒。至於施打疫苗的時機，以下用肺炎警示燈提供大家參考（圖七）。

圖七、肺炎警示燈

幼兒、老人 慢性病患	如果是新生兒或 5 歲以下幼童、50 歲以上成人，患有慢性病、免疫力低下，如糖尿病、慢性心臟病、慢性肺病、慢性阻塞性肺病（COPD）、癌症等，此為肺炎高危險群，屬於紅色警示，建議立即接種疫苗。
常發生嚴重 呼吸道感染	若秋冬曾發生一至兩次嚴重呼吸道感染，感冒後不容易痊癒，且經常持續反覆發作者，此為黃色警示，需特別留意病情狀況，必要時需接種流感疫苗。
生活作息 抵抗力佳	如果本身無任何潛在疾病、抵抗力強，無菸酒等不利健康習慣，且生活規律、均衡飲食及定時運動者，屬於綠色低風險警示，民眾可以放心。

- COPD 病人可能因呼吸道結構異常而導致二氧化碳排除困難，亦可能發生肌肉萎縮、體重減輕、骨質疏鬆、以及代謝症候群等全身性共病症。營養支持能協助 COPD 病人增加體重，尤其是非脂肪的身體質量增加。無論是單獨進行營養補充或是配合運動訓練，對病人皆有正面幫助。
- 若病人於休息狀態時動脈氧分壓低於 55 毫米汞柱，或血氧飽和度低於 88%，應該於家中使用氧氣。這樣的病人每天使用氧氣要超過 15 小時方能有效提高血氧分壓，增加存活率。

第三章

末期COPD病人 所承受的症狀及預後

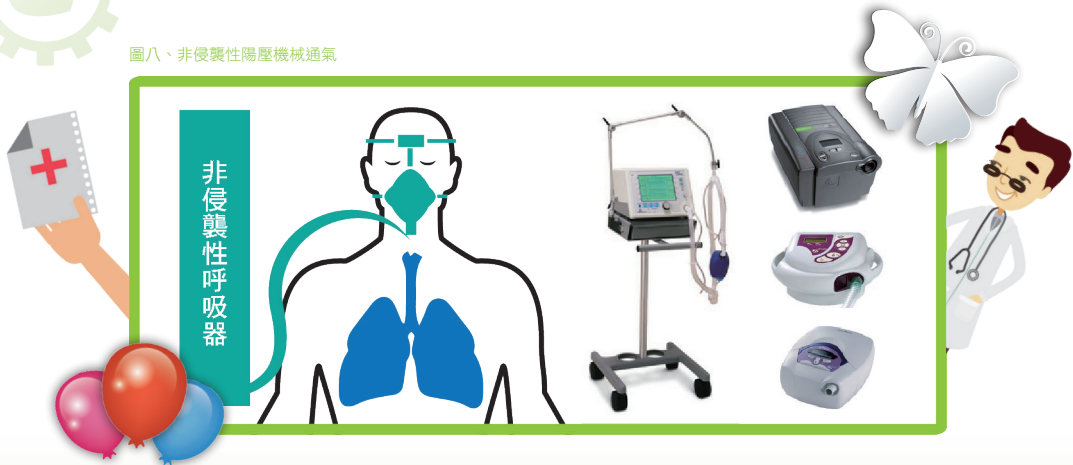


(一) 末期 COPD 病人所承受的症狀

COPD 是一個慢性疾病，病人從開始吸菸或暴露於毒性氣體後到開始發病，常歷時一、二十年；而自病人發病後至疾病進行到末期，又往往必須再經歷另一個一、二十年。COPD 整個罹病過程中，病人的症狀嚴重度逐漸增加，包括活動性呼吸困難、慢性咳嗽，以及各種全身性共病症帶來的症狀。疾病進展至末期後，可能在某次急性發作之後發生呼吸衰竭，而被插上氣管內管並使用呼吸器。

- 末期 COPD 病人的症狀，以嚴重呼吸困難以及咳嗽為最重要表徵，但亦可能因心臟血管性疾病、骨骼肌肉萎縮、體重減輕、骨質疏鬆、糖尿病或代謝症候群、以及焦慮與憂鬱等全身性共病症而造成困擾。COPD 病人常因呼吸困難而無法外出活動，若再因焦慮憂鬱等共病症而失去外出活動的信心，會使得整體生活機能更形惡化，形成一種惡性循環。
- COPD 病人於急性惡化時除少數禁忌症外，使用非侵襲性陽壓機械通氣有提昇動脈血中的酸鹼值、降低二氧化碳分壓、減低呼吸困難的程度、減少住院天數等諸多好處。但若連非侵襲性呼吸器也無法達到效果，則除非插管接上呼吸器外別無他法（圖八）。

圖八、非侵襲性陽壓機械通氣





(二) 末期 COPD 病人發生呼吸衰竭的預後



每次 COPD 的急性發作都將使病人的肺功能受到更多傷害。氣管內插管及呼吸器使用雖可能使嚴重發作的病人免除於立即死亡的威脅，且有機會在治療一段時間後脫離呼吸器。

但是若病人的肺功能原先就已降低至難以維持生命的臨界點，則在下一次的急性發作後恐將成為永久性的呼吸器依賴。

- 若單以疾病的眼光觀之，COPD 病人發生呼吸衰竭只是單一器官受損，其預後較因其他器官受損而併發呼吸衰竭的病人好。
- COPD 病人若肺功能已降至臨界點，常常會因急性發作而被反覆插管多次。隨著時間與疾病病程的演變，病人於插管後能夠脫離呼吸器的機會逐漸降低。
- 一個於 2000 年至 2005 年在美國進行的研究發現，COPD 病人發生呼吸衰竭，約 24.5% 的病人死於第一次的加護病房住院，但是倖存下來的病人在五年後尚有約 25% 還活著。這些病人並非從此太平無事，有些病人是在暫時脫離呼吸器後又因急性惡化而被重新插上氣管內管，而在呼吸器持續使用之下繼續活著。
- 若 COPD 病人必須長期依賴呼吸器維生，他將面臨須整日臥床、無法開口講話，而且所有身體活動嚴重受到限制的窘境。此種生活品質恐將難以被大多數病人接受。
- 末期 COPD 病人即使能暫時脫離呼吸器，仍無法避免下一次再被插管。病人是否可以在此種周而復始，不斷走下坡的路上找到終點，不再承受太多痛苦，是醫病雙方必須深思的一件事。

第四章

末期COPD病人的 醫療照護





(一) 末期 COPD 病人的緩和醫療照護



對於已進入末期的 COPD 病人而言，醫療照護的目的不在治癒疾病，而是減輕症狀、改善生活品質，並且預防再度發生急性惡化，避免死亡提早到來（圖九）。

圖九、末期 COPD 病人的緩和醫療照護目的



若疾病已發展到病人已進入不可挽回的生命末期時，避免死亡已變成不是醫療想達到、或可達到的目標，此時，應考量如何讓病人善終。在此階段，病人呼吸困難症狀的緩解、其他全身性共病症所產生的症狀的解除，以及面對臨終狀態時的焦慮，都變成主要的照護目標。

- 醫療照護的模式常被分為治癒性及緩和性兩大類別。早期的觀念認為是治癒性的治療失敗了、或病人快死了，才須要改採緩和療護。但是，一個醫療照護方式被稱為治癒性或緩和性，常不是根據治療方式本身，而是依**治療想要達到的目標**而定。

例如，早期癌症可能被手術「治癒」，但是對晚期癌症病人，手術可能變成減少腫瘤壓迫造成不適的「緩和性」治療。

另外，醫療照護除了治療疾病本身以外，也要同時處理疾病帶來的症狀，所以今日的概念認為「**治癒性**」及「**緩和性**」治療方式必須同時進行，但是這兩種治療模式的「治療強度」必須根據疾病的種類與階段，以及病人的臨床需求，隨時彈性調整。

- 美國胸腔暨重症醫學會建議胸腔及重症醫師應具備「溝通與建立關係的能力」（表一）以及「臨床決策的能力」（表二）等緩和療護核心能力」。

表一、溝通與建立關係的能力

1. 有基於同情心和憐憫心溝通的能力。
2. 有在病人最後時刻引導家庭成員的能力。
3. 有在悲痛和哀傷時期幫助家屬的能力。
4. 有在病人將死前識別病人價值觀、人生目標，及其偏好的能力。
5. 有識別病人及其家屬之社會心理及靈性需求，尋找滿足這些需求的資源的能力。
6. 有與病人和家屬討論預立醫療照護計畫的能力。
7. 有協調跨部科照護團隊有效運作的能力。
8. 有跨種族文化敏感性及協調同種族文化之能力。
9. 有信息告知，包括熟練的壞消息揭露能力。

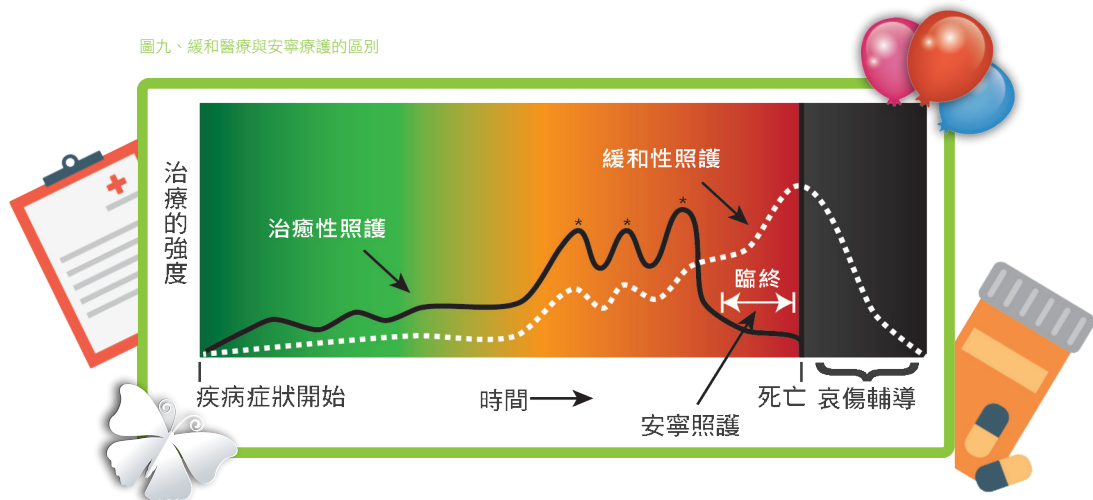
表二、臨床決策的能力

1. 能於病人需要症狀治療或不予或撤除維生醫療時，善用倫理與法律做出合適決策。
2. 能夠解決包括無效，病人要求醫生協助自殺或安樂死的衝突。
3. 能建立一個包含緩和療護元素的全面性醫療計畫。
4. 能夠預估病人的存活期及可預期的生活品質。
5. 能處理不予與撤除維生醫療與瀕死病人問題的能力。
6. 能處理疼痛和非疼痛症狀，包括呼吸困難。
7. 能與缺乏決策能力病人的家屬或其他代理人建立共同決策模式。



- 依據世界衛生組織的定義，緩和療護是「一種透過早期發現、評估並治療疼痛和其他身體、社會心理與精神層面的問題，以預防與緩解痛苦並改善罹患危及生命疾病（life-threatening disease）之病人與家屬的生活品質的處置方式」。隨著 COPD 病程發展，以及因為逐漸增加的呼吸道症狀、全身性共病症造成的健康狀態惡化，以及會增加死亡風險的急性惡化，COPD 病人在發病數十年後會漸漸進入末期階段。到目前為止，還沒有一種治療方式可以「治癒」COPD。所有的藥物及非藥物治療方式，對 COPD 病人而言，都是「緩和性」的治療方式（圖十）。

圖九、緩和醫療與安寧療護的區別



- 錯誤的緩和療護概念，會讓病人或家屬誤解導入緩和療護將加速死亡。另外，**將緩和療護與臨終照護混為一談，是推動末期 COPD 病人緩和療護另一個重大障礙**。透過醫療人員的再教育，以及各種病人衛生教育活動，可讓醫療人員了解緩和療護的真正意涵，並非放棄治療，而是給予病人多一重保護，並彰顯與尊重病人自主，讓病人產生病識感，避免對治療抱持不切實際的期望，在醫病雙方都有充分共識之下，達到緩和療護的治療目標。
- COPD 病人急性惡化而住院的死亡率約在 23-80% 左右。這類病人的主要死亡原因包括漸進性呼吸衰竭、心血管疾病、惡性腫瘤以及其他疾病等。

末期 COPD 病人的緩和療護包括呼吸困難及焦慮與憂鬱症狀、居家氧氣或侵襲性陽壓呼吸器、全身性共病症引發症狀的緩解、居家生活及出國應注意事項等列述於下：

1. 以鴉片類或鎮靜藥物改善呼吸困難及焦慮與憂鬱症狀

若標準的 COPD 用藥，如吸入型長效支氣管擴張劑及吸入型類固醇都無法達到效果，且病人不願意在瀕臨呼吸衰竭時接受氣管內插管及呼吸器使用，則可以考慮使用鴉片類或鎮靜藥物。這是緩解末期 COPD 病人因呼吸困難造成的不適的少數有效方法之一，醫師不應拘泥於傳統的概念而讓病人無法善終。

- 多年來，由於嗎啡其緩解呼吸困難之作用，被廣泛的研究。嗎啡能短期有效緩解呼吸困難，被廣泛運用在嚴重型 COPD、間質性肺病、癌症、慢性心衰竭等疾病。但是長期使用嗎啡治療呼吸困難之效果，證據就比較有限、結果也比較莫衷一是。
- 對標準治療反應不佳，導致難治性呼吸喘 (refractory dyspnea) 病人而言，嗎啡是關鍵用藥。另一篇系統性的文獻回顧也指出，口服或針劑嗎啡，即使是 1-5 毫克 (mg) 的口服嗎啡，都能有效緩解病人的呼吸困難。基本上嗎啡是安全的，在治療呼吸困難的劑量下，很少導致呼吸抑制，即使在老人也不常發生。造成便秘或尿滯留反而是較常見的副作用。另一篇最新的文獻回顧顯示，嗎啡用在 COPD 病人，並沒有嚴重副作用。
- 在現今的證據，抗焦慮劑 (Benzodiazepines)，建議當作 COPD 導致呼吸困難之第三線藥物 (於嗎啡及氧氣之後)，主要因為單獨使用抗焦慮劑 (Benzodiazepines) 對呼吸困難效果不佳，且對老人有相當風險，但可對於因呼吸困難之感受引起焦慮的病人。而有些醫師因為擔心口服或針劑嗎啡之副作用，而採用吸入式嗎啡，但由於效果不佳，目前證據並不推薦以吸入式緩解 COPD 造成之呼吸困難。如加拿大胸腔醫學會針對嚴重 COPD 病人呼吸困難之臨床指引，就肯定口服嗎啡的使用，但不建議使用吸入性嗎啡或抗焦慮劑。



- 末期 COPD 病人的症狀以嚴重的活動後呼吸功能障礙為主，更嚴重的病人連坐著或躺著都會喘。在這種狀況下使用鴉片類或鎮靜藥物，只要出發點是善的（用藥的目的在改善病人症狀而非加速病人死亡）、用藥的方式是正常的（依鴉片類或鎮靜藥物的標準使用方式，從低劑量開始給予，視病人症狀逐漸調高劑量，而非一次給予足夠致死的極大劑量），即使最後得到好壞參半的結果（好的結果是病人症狀得到改善；壞的結果是病人死亡），這樣的醫療行為符合醫療倫理上的「雙重效應（double effect）」原則，是可以被接受的。

2. 居家氧氣或非侵襲陽壓呼吸器

對有嚴重呼吸困難，休息狀態時血氧飽和濃度會降低至 90% 以下的病人，在家中長時間使用氧氣吸入（一天必須超過 15 小時），可以改善因缺氧造成的一連串身體內的病理生理變化，並可增加病人的存活率。有些更嚴重的病人需要在家中使用非侵襲性陽壓機械通氣（Non-invasive ventilation 簡稱 NIV）。

- NIV 與氧氣合併治療對二氧化碳難以排除的嚴重 COPD 病人特別適用，但它**雖可以提昇存活率，延緩必須插氣管內管使用侵襲性陽壓機械通氣的時間，卻無法改善病人的生活品質。**

3. 全身性共病症引發症狀的緩解

COPD 併發共病症的治療，與這些共病症本身原來之治療方式並無不同，重點在於病人如何跟醫療人員合作，找出這些共病症並給予合適的治療。

- COPD 併發的全身性共病症，如肌肉萎縮、骨質疏鬆、代謝性症候群、心臟血管疾病、以及焦慮與憂鬱，皆跟長期暴露於毒性氣體後導致之全身性發炎有關。有一個研究顯示，65 歲以上的 COPD 病人中，有 25% 病人至少有兩種共病症，17% 病人有三種以上之共病症。而共病症種類越多，死亡的風險也越高。

4. 居家生活應注意事項及關於復健的建議

接受肺部復健治療，配合衛生教育課程，學會在居家生活如何解除或減輕症狀，可以改善末期 COPD 病人的生活品質：

- COPD 病人的呼吸困難，常與活動或運動有關，主要的原因是因呼氣呼氣流受阻導致。建議所有病人都應接受肺部復健的療程，讓身體動起來，可以打破「呼吸困難→身體活動受到限制→身體狀況變差」的向下惡性循環。
- 步行或自行車運動可鍛鍊下肢之肌肉力量；裝水的寶特瓶則可訓練上肢之力量。一些居家活動，如烹飪、上下階梯、甚至性生活，皆可在特殊的指導下進行而不會有任何障礙。
- 在家中發生呼吸困難時，除了依醫囑使用適當的藥物外，可配合肺部復健師的指示，尋找不喘的姿勢，並採取噘嘴式呼吸（pursed lip breathing）方式調整呼吸，都可以暫時緩解症狀。
- 血氧飽和度過低的末期 COPD 病人，可適度配合氧氣吸入，改善體內之氧合狀態。若 COPD 病人同時患有與阻塞型睡眠呼吸中止症，使用居家型持續陽壓呼吸輔助器（CPAP）可改善存活率並減少就醫的風險。

5. 出國或到海拔較高處旅行

對於肺功能欠佳的 COPD 病人，於搭機飛行或到海拔較高處旅行，必須備齊藥物，必要時使用氧氣，以改善缺氧現象：

- 高度愈高，大氣壓力愈低。一般民航機的飛行的高度約為三萬五千英呎至三萬九千英呎，機艙內若不加壓，艙內壓力將降至海平面的 23% 以下，任何人都無法承受。

但為避免艙內與艙外壓力差過大造成危險，民航機於高空飛行時不會將艙壓調整到海平面時的壓力，而僅維持在相當於 5000-8000 英呎高度（約為阿里山的高度）的壓力。



即使是正常人，在這種低壓環境中動脈血中的氧氣壓力與及血氧飽和濃度也會稍微降低，但不影響健康。

但是平時即有低血氧的 COPD 病人，將可能於飛行時出現明顯的缺氧症狀。航空公司可根據醫師開立的診斷書於飛行前為這些病人準備氧氣，以保持飛行途中動脈氧分壓在 50 毫米汞柱左右。

- 在平地時之動脈血氧分壓超過 70 毫米汞柱的病人，於飛行時不需額外使用氧氣，但應留意是否有其他共病症（如心臟病或貧血）。



(二) COPD 病人之緩和療護



緩和醫療並非只有當病人達到末期狀態或面臨呼吸衰竭才能給予。緩和醫療可分為：

(1) 初級緩和醫療 (primary palliative care)：

由原本之照護團隊，提供症狀之舒適與緩解，並針對病人之個別需求，給予心理及靈性之支持。

(2) 次級緩和醫療 (specialty palliative care)：

針對病人較難緩解之症狀及較複雜之需求，由專家緩和醫療團隊和原照護團隊共同合作，給予更進階之身心症狀控制與提供心理靈性之支持。

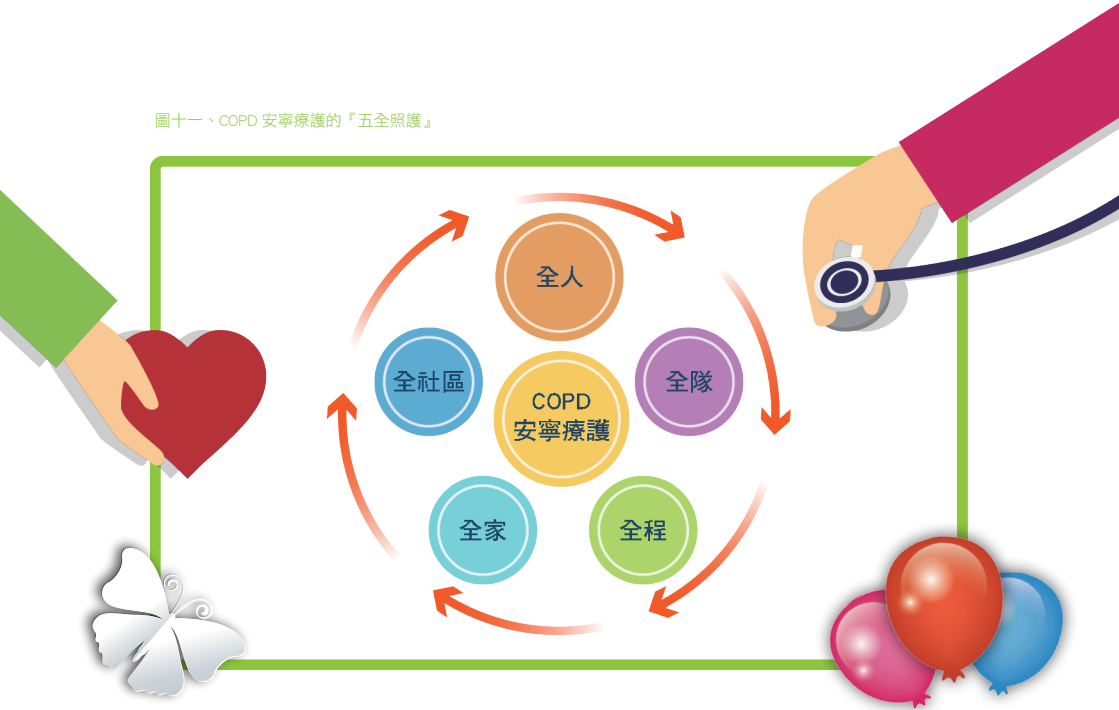
此時病人仍由主責照護團隊做主要照護 (primary care)，而緩和醫療團隊則提供多一層的保護 (extra layer of support)。

當原來照護的胸腔或呼吸重症科醫師發現自己以初級緩和醫療協助下，病人仍有未能滿足之需求時，可藉由門診轉介或住院中會診緩和醫療團隊（安寧共照）之方式，藉由跨領域之專業人員通力合作，協力舒緩病人複雜的身心靈需求。

對於疾病已至末期、短期內死亡不可避免的 COPD 病人，可由原團隊與會診之緩和醫療團隊，根據病人之病情、病人及家屬之治療目標與選擇進行討論，評估是否由安寧病房或安寧居家團隊提供進一步的照護，或病人仍在原病房由原團隊照護，但開啟安寧共同照護的流程，由安寧緩和醫療團隊到原病房定期訪視關懷。

安寧療護是以「緩和療護」的態度與觀念為主，提供：「全人」「全隊」「全程」「全家」「全社區」的五全照護方式，減輕病人身體的疼痛不適與心理壓力，幫助病人提升生命品質，並對病人及家屬提供心靈上的支持，陪伴病人安詳走完人生最後一程，達到生死兩相安的境界（圖十一）。

圖十一、COPD 安寧療護的「五全照護」





- 緩和療護是一種跨不同專業的團隊照顧，因為病人往往有不同的身體、社會、及靈性的需求，除了使用藥物治療及復健以緩解病人症狀，並在適當時機轉介緩和醫療團隊協助之外，原照護團隊也可以多給予病人傾聽、支持，並同理其心情。以提升病人之正向力量。其他緩和醫療及心理、社會、靈性之資源，可以參考下列網站：

安寧照顧基金會 <http://www.hospice.org.tw/>

台灣安寧緩和醫學學會 <http://www.hospicemed.org.tw/>

台灣安寧照顧協會 <http://www.tho.org.tw/>

蓮花基金會 <http://www.lotus.org.tw/>

康泰基金會 <http://www.kungtai.org.tw/>

史懷哲宣道會 <http://www.godhope.org/>

- 囿於傳統觀念，許多專業人員仍以為只有等到病人已經插管、甚至來到瀕死狀態，才是開啟緩和醫療之時機。

事實上，對於開啟緩和醫療之時機，可以參考英國的緩和安寧照顧指標 (Supportive & Palliative Care Indicator Tool, SPICT™) 及黃金標準架構 (Gold Standards Framework, GSF) 之預後指標臨床指引 (The GSF Prognostic Indicator Guidance)，綜合兩指引之精神，我們可以用三個問題來協助臨床人員早期辨識需要緩和醫療之病人。

(1) 第一個問題：

如果病人在未來幾個月、幾週或幾天過世，您是否會感到意外？

(2) 第二個問題：

病人有沒有符合病況走下坡的一般性指標 (general indicators of decline)?

(3) 第三個問題：

病人有沒有符合其疾病末期狀況的臨床指標 (specific clinical indicators)?

若專業人員評估，病人符合以上任一個問題之條件，那就代表病人有相當的疾病惡化，甚至死亡的風險，應開啟緩和醫療照顧。



緩和安寧照顧指標 (SPICCTM)
+ 黃金標準架構 (GSF)



SPICCTM 是一份評估患者是否處於不斷惡化或死亡風險的指南，據以評估患者在支持療法和緩和治療上是否有未被滿足的需求。



一、詢問「驚訝」的問題：

· 若病人在未來幾天、幾週或幾個月內死亡，你是否會覺得很訝異？
(回答上述的問題是直覺的，包括了臨床、同時患有的其他疾病、社會及其他的因素，病人整體的變化在惡化中，此時須設法提升病人的生活品質及準備未來更進一步的惡化。)

A：若評估病人的餘命可能以年為單位：代表病情穩定。

B：若評估病人的餘命可能以月為單位：代表不穩定，進行性的疾病，應考慮開啟緩和療護。

C：若評估病人的餘命可能以天為單位：代表急性惡化，應開啟緩和療護。

D：若評估病人的餘命可能以天為單位：代表進入臨終階段，應開啟緩和療護並協助善終準備。





二、健康惡化的一般性指標（符合 1-8 任何一大項）

1. 活動力下降：日常生活功能下降 如有限的自主能力，一天中超過 50% 時間在床上或椅子上。
2. 同時發生的疾病（共病）可以說是對死亡率或患疾率最重要的指標。
3. 疾病進展不穩定及有複雜的症狀。
4. 對治療的反應不佳，不容易回到原來的身體狀況。
5. 在六個月內體重下降 10%。
6. 發生其他照顧的狀況，如跌倒、悲慟、轉到護理之家…。
7. 血中白蛋白 (Serum albumin) < 2.5 mg/dl。
8. 下列二指標達兩項或兩項以上此大項即符合：
 - (1) 身體功能狀況不佳或持續惡化，且恢復的可能性不高，一天中有 50% 或以上的時間須待在床上或椅子上。
 - (2) 由於身體或心理之健康問題，大部分照護需要他人協助。
 - (3) 過去 6 個月中有兩次或兩次以上的非預期性住院。
 - (4) 過去的 3 - 6 個月中體重下降（5 - 10%），和 / 或身體質量指數 (BMI) < 20。
 - (5) 儘管對於相關之狀況都給予最佳之治療，但仍有持續且令人困擾的症狀。
 - (6) 病人要求支持性之緩和治療，或要求停止 / 撤除治療。

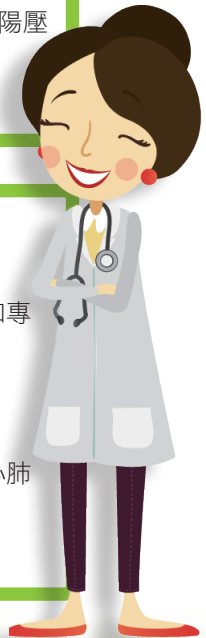


三、疾病末期狀況的臨床指標 (符合 1-4 任何一大項)

1. 嚴重之慢性肺臟疾病，合併：
 - 在非急性發作期，休息時或輕微活動時即會出現呼吸急促。
2. 需要長期之氧氣治療。
3. 呼吸衰竭需要呼吸器輔助，或需呼吸器輔助，但不適合使用呼吸器。
4. 下列指標達兩項或兩項以上 此大項即符合：
 - (1) 嚴重肺部疾病 (e.g. FEV1 <30% predicted)。
 - (2) 反覆住院 (最近 12 個月內最少有三次因 COPD 惡化)。
 - (3) 符合長期氧氣治療的條件。
 - (4) MRC grade 4/5: 在家中平地 100 公尺移動會喘，或者穿脫衣服就會喘。
 - (5) 右心衰竭的疾狀。
 - (6) 合併其他的狀況：如厭食，有抗藥性的細菌，對非侵襲性陽壓機械通氣 (NIV) 反應不佳。
 - (7) 過去六個月內有超過六週因 COPD 使用全身性的類固醇。

支持療法及緩和治療之計畫：

- 檢討目前的治療和用藥，使病人得到最佳的照護。
- 如果患者之症狀或需求十分複雜且難以處理，考慮轉診給緩和專科醫師評估。
- 與患者和家屬商討治療目標 / 計畫，並取得一致之共識。
- 如果預期患者有喪失功能之風險，要提前做好這些準備。
- 做好準備：治療計畫，對介入方式及程度之共識，是否拒絕心肺復甦術。
- 整合性之照護 (如：與基層醫師合作)。





- 許多人都以為緩和療護只服務癌症末期病人，事實上緩和療護照護的對象包含了癌症及非癌症末期的病人及家屬。

所謂緩和療護的「五全」照護，是指緩和療護不只關照病人罹患的疾病，而是包含：

- 病人身、心、靈整體的「全人」照護。
- 緩和療護不是個人單打獨鬥的照護，而是整個醫療團隊都介入的「全隊」照護。
- 緩和療護從開始接觸處病人，到病人往生以後，皆提供「全程」照護。
- 緩和療護以病人及家屬為照護中心，所以是「全家」照護。
- 緩和療護照護的範圍，不限於醫療機構內，在病人出院後，亦提供居家安寧訪視，協助病人完成”落葉歸根”的心願，故是一種「全社區」的照護。

對末期 COPD 病人而言，緩和療護針對各種呼吸道及全身共病症狀，以及這些症狀對病人以及家屬精神、社會、和靈性層面的問題做積極的處理，目標是讓病人及其家庭成員達到最佳的生活品質。

緩和療護的照護對象是患有嚴重及複雜疾病的病人，不論預後如何，即使病家還在思考治療目標及是否施行心肺復甦術與維生醫療，緩和療護可以在各科別病房、加護病房、呼吸照護中心、急診等單位施行。

緩和療護可由原來的照護團隊負責，部分個案可會診緩和緩和照護團隊共同照護，提供多一層支持 (extra layer of support)；預期在近期內死亡的病人病人，可由安寧療護團隊在特定場域（如安寧病房、社區、長照機構等）提供照護，以維持病人舒適及生活品質，並支持病人與照顧者的身心靈需求，在病人死亡後繼續關懷家屬的悲慟狀況。

- 台灣的安寧緩和醫療條例是亞洲第一個與「自然死」有關的法律。本條例自 2000 年制定以來，歷經三次修正。



2012 年最新的修正版本容許末期病人自行簽署意願書或由家屬簽署同意書後（沒有家屬者需照會安寧團隊），經由兩位具備專科醫師資格的醫師診斷為末期，可以不施行心肺復甦術，或撤除包括呼吸器在內的維生醫療。

- 為推廣緩和緩和療護的理念，中央健保局在 1996 年開始試辦安寧居家療護計畫，初期只給付癌症末期病人，後來又增加漸凍人。

安寧居家療護試辦計畫推出 4 年後，健保 2000 年開始實施住院安寧共同照護試辦計畫；2009 年 9 月更將包括 COPD 在內的 8 類重症末期非癌症病人納入安寧療護常規給付。2011 年 4 月健保局開始推行「安寧共同照護試辦方案」，從此緩和緩和和照護的照護地點不再只限於病人家中或是安寧病房，而擴展到重症末期病人的病房。

- 世界衛生組織為緩和療護訂下六大原則（表三）

表三、安寧療護訂下六大原則：

- 
- 
- ① 肯定生命的價值，且將死亡視為一個自然的過程。
 - ② 不刻意加速，也不延遲死亡的到來。
 - ③ 有效控制疼痛以及緩解身體的不適症狀。
 - ④ 對病患的心理及靈性層面提供整體的照顧。
 - ⑤ 提供來自週遭的支持系統，讓病患積極地活著直到辭世。
 - ⑥ 此支持系統也協助家屬，於親人患病期間以及喪親之後的心理反應都能有所調適。

第五章

預立醫療自主計畫 及與病人共同決策



COPD 病人若能在醫療人員的適時引導之下，預先思考急性惡化時及疾病發展至末期時希望、或不希望接受的醫療處置，並在深思熟慮下預立醫療指示，則可以減少每次急性惡化時或日後末期到來時本人以及家屬的困擾。

- COPD 病程漫長，病人從年輕時吸菸，到中年發病，到疾病進入末期，常歷時數十年。因此 COPD 病人常常沒有明確的病識感。在忌談生死的社會氛圍之下，子女常認為讓父母長命百歲就是進盡了最大的孝道。然而 COPD 病人本身想知道當末期到來時會遇到什麼事，醫療人員亦想與罹患重度 COPD 病人討論臨終照護的議題，但是這些機會卻常遭家屬阻撓而無法成功。
- 最近社會上發生的一些事件，例如「八仙塵爆事件」，在媒體上開啟了一些有關「維生醫療」的討論，雖然燒燙傷的疾病本質與 COPD 不同，但社會上在面對這些會限縮人們生命，且無法治癒的疾病時，若能逐漸形成共識，將有助於醫病之間的溝通。此時醫師應該以本身接受過的緩和療護訓練與核心能力，擬定醫療對策，並採用適當的溝通方法，幫助末期 COPD 病人及家屬取得充足的資訊，並有機會瞭解病人的生命觀與價值觀，與病人病人溝通臨終療護以及預立醫療自主計畫 (advance care planning, ACP)，可讓病人有機會在考量各方資訊後決定自己想要的照護方式。
- 預立醫療自主計畫 (advance care planning, ACP) 是一個討論的過程，鼓勵病人充分思考在不同情境中，自己對生命盡頭的價值觀和信念。在醫護人員幫助下，病人可以先瞭解目前各種治療重病的方式，根據自己的價值觀和信念，選擇想要的和不想要的醫療照護方式，以及偏好的照顧地點。然後把自己的希望和選擇告訴身邊最親近的人，讓他們知道病人自身在不同情況下的選擇。病人也可以指定一位醫療委任代理人，在其一旦無法為自己做決定時，代表病人表達其接受醫療照護的意願。預立醫療自主計畫 (advance care planning, ACP) 是一個動態的過程，可能隨著病人的年齡、價值觀等考量而改變，當病人有不同的想法時，亦可隨時對預立醫療自主計畫作修改。



- 當病人充分瞭解與思考其預立醫療自主計畫 (advance care planning, ACP) 後，可將其意願寫下，以確保病人之親人和醫護人員在生命末期的照顧上，能尊重病人個人願望。這就是預立醫療指示 (advance directives, AD) 的精神。病人若預立意願書選擇安寧緩和緩和醫療或作維生醫療抉擇，則受安寧緩和醫療條例之保障。過去研究顯示，醫師越能了解其病人對各種醫療情境下之治療抉擇，更有機會尊重自主，給予最符合病人病人目標之醫療。
- 因此，以下附上預立醫療自主計畫書之表格，醫護人員可據此和病人病人說明及討論，讓病人有機會寫下自己之預立醫療指示，思考在不同情境下，病人對其治療選擇的想法及照顧地點的偏好，以及若病人於失去決定能力時，偏好的醫療委任代理人。
- 近年來醫病關係的演進，醫療決策已經脫離過去「父權式」的單方面決定模式，而「告知後同意」也已進階成為醫病「共同決策 (shared decision making)」。

我們對於共同決策 (shared decision making) 提出以下九項建議：

建議一：

建立共同決策的醫病關係

除了醫師、病人外，過程中最好有病人家屬或醫療代理人共同參與，若病人家屬在討論時不在場，應鼓勵病人和家人溝通自己的意願，以確保自己的自主意願被遵循。

建議二：

完整告知相關診斷、預後及可供選擇的治療方式。

讓病人及代理人充分瞭解接受或拒絕各種呼吸照護的好處及壞處，COPD 照護團隊應確認病人或照護者充分瞭解各項說明。

建議三：

針對 COPD 病人應進行整體狀況的預後評估

COPD 病人的預後不易評估，在呼吸衰竭時運用限期嘗試 (Time-limited trials)，可提供醫療團隊與病人家屬更多考慮空間。評估 COPD 病人則應運用「驚訝」提問：

例如：「病人在最近一年死亡，你會不會覺得很訝異？」加上其他高危險因子，如年長、糖尿病、充血性心臟衰竭、冠狀動脈疾病、週邊血管疾病、慢性腎臟疾病及癌症等多重共病、嚴重營養不良、嚴重身體功能下降衡量；這時高危險病人是否繼續呼吸器治療或選擇以舒適、症狀治療的支持性療法？可以做為深入討論重點，若遇病人發生病情變化，則須重新評估。

建議四：

啟動預立醫療自主計畫 (ACP)

COPD 團隊須鼓勵病人與家屬討論，並視 ACP 為整體照護計畫一部分；COPD 照護團隊應指定專責成員，確保 COPD 病人都能透過 ACP 獲得完整說明，積極鼓勵病人與指定醫療代理人就期待的醫療安排充分溝通，各醫院亦須尊重病人預立醫囑。美國很多州推動「延命治療醫囑」(Physician Order of Life Sustaining Treatment (POLST))，即是醫師與病人經討論後同時簽署的文件，記錄病人選擇的末期照護方式，很值得推廣。

建議五：

在特定狀況下，COPD 病人可決定不使用呼吸器或其他維生醫療，此一建議假設的特定狀況如下：

1. 病人有判斷能力，經充分告知並瞭解後，在自由意願下拒絕呼吸器或其他維生醫療。
2. 病人已無判斷能力，但之前已口頭或在預立醫囑表明不再接受呼吸器或其他維生醫療。
3. 病人已無判斷能力，但醫療委任代理人或最近親屬代表病人選擇不再接受呼吸器或其他維生醫療。



建議六：

病人在預後很差或生活品質無法接受時，可考慮停止呼吸器或其他維生醫療。請參閱第六章末期 COPD 病人維生醫療之不予與撤除。

建議七：

預後不明確或對是否進行插管及人工呼吸器未達共識前，可作限期嘗試 (Time-limited trial)。

進行前，COPD 團隊與病人及醫療代理人應共同決定嘗試的期限及過程、結束指標，據以決定是否給予人工呼吸器。

建議八：

家人、親友對病人是否給予呼吸器或其他維生醫療意見分歧時，應有解決機制，醫療團隊應設法瞭解病人 / 代理人想法，提出專業團隊意見，並找出此矛盾原因。

建議九：

為落實以病人為中心照護，應針對末期 COPD 病人提供包括身心靈各層面的緩和醫療照護，包括會診安寧緩和醫療團隊，也包括病人死亡後家屬的悲傷輔導。



如何與病人討論，找出病人真正的需求

在下列情境下，您會如何選擇可以接受的醫療照顧方式？

醫療狀況一：

當我肺部退化嚴重，必須整天在床上，依賴非侵襲性陽壓呼吸器 (NIV) 幫助呼吸，經過兩位專科醫師的判斷，不管作任何的處置，康復的機會非常的渺茫，亦無法再回到不使用呼吸器幫助的狀態，此時對於醫療的處理，我的期望為：

- 用所有的方法延長生命
- 嘗試治療，但經常評估，若無效則停止
- 只願接受較沒有侵入性的治療
- 只希望接受舒適的治療
- 其他（請說明）



對於下面的處置，您是否願意接受：	需要	還沒有決定	不需要
心肺復甦術 (包括胸部按壓、電擊、藥物、插管、用於面臨死亡的狀況)			
使用人工呼吸機器、插管...			
血液/腹膜透析 (洗腎)			
人工營養/水分 (使用鼻胃管或靜脈點滴)			
抗生素 (只能治療併發症如肺炎，可能會暫時延長生命，但無法改變臨終結果)			
止痛藥 (有時可能會讓人昏睡，或很小機會間接縮短生命)			



醫療狀況二：

當我患有末期疾病，生命很可能只剩下數週，有時會有感覺，但已沒有辦法自行判斷，此時對於醫療的處理，我的期望為：

- 用所有的方法延長生命
- 嘗試治療，但經常評估，若無效則停止
- 只願接受較沒有侵入性的治療
- 只希望接受舒適的治療
- 其他（請說明）



對於下面的處置，您是否願意接受：	需要	還沒有決定	不需要
心肺復甦術 (包括胸部按壓、電擊、藥物、插管、用於面臨死亡的狀況)			
使用人工呼吸機器、插管...			
使用非侵襲性陽壓呼吸器(NIV)			
血液/腹膜透析 (洗腎)			
人工營養/水分 (使用鼻胃管或靜脈點滴)			
抗生素 (只能治療併發症如肺炎，可能會暫時延長生命，但無法改變臨終結果)			
止痛藥 (有時可能會讓人昏睡，或很小機會間接縮短生命)			



另外，有些病人因自己並不想討論預立醫療自主計畫之詳情，或有其他因素阻礙討論。

此時另一個方案是詢問病人是否想指定醫療委任代理人，並可簽署醫療委任代理人委任書。此醫療委任代理人委任書為安寧緩和醫療條例所明定，具有法律效力。

預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書 (參考範例)

本人_____ (簽名)若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：(請勾選 ■)

- 接受 安寧緩和醫療 (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)
- 接受 不施行心肺復甦術 (指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、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)
- 接受 不施行維生醫療(指末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施)
- 同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證(健保IC卡)內

簽署人：(簽名) _____ 國民身分證統一編號： _____

住(居)所： _____ 電話： _____

- 是 否 年滿二十歲 (簽署人如未年滿二十歲，本意願書則視同安寧緩和醫療條例第四條第一項之規定，立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇)

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

在場見證人(一)：(簽名) _____ 國民身分證統一編號： _____

住(居)所： _____ 電話： _____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

在場見證人(二)：(簽名) _____ 國民身分證統一編號： _____

住(居)所： _____ 電話： _____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

依據安寧緩和醫療條例第四條之規定，疾病末期之病人簽署意願書，應有具完全行為能力者二人以上在場見證，但實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。

法定代理人：(簽署人未成年方須填寫)

簽名： _____ 國民身分證統一編號： _____

住(居)所： _____ 電話： _____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

依據安寧緩和醫療條例第七條第一項第二款之規定，未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。

醫療委任代理人：(簽署人為醫療委任代理人方須填寫並應檢附醫療委任代理人委任書)

簽名： _____ 國民身分證統一編號： _____

住(居)所： _____ 電話： _____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

依據安寧緩和醫療條例第五條之規定，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (必填)



不施行心肺復甦術同意書 (參考範例)

病人_____因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，且無醫療委任代理人，特由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項所賦予之權利，在病人臨終、瀕死或無生命徵象時，不施行心肺復甦術。

同意人：(簽名)

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

與病人之關係：

中華民國_____年_____月_____日(必填)



不施行心肺復甦術同意書 (參考範例)

病人_____因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，且無醫療委任代理人，特由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項所賦予之權利，在病人臨終、瀕死或無生命徵象時，不施行心肺復甦術。

同意人：(簽名)

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

與病人之關係：

中華民國_____年_____月_____日(必填)



醫療委任代理人委任書 (參考範例)

本人_____已年滿二十歲，且具完全行為能力，若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免而本人已意識昏迷或無法清楚表達意願時，同意由其依安寧緩和醫療條例第五條第二項之規定，委任_____為醫療委任代理人，代為簽署『預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書』。

立意願人

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____
住(居)所：_____ 電話：_____
出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

受任人

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____
住(居)所：_____ 電話：_____
出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

後補受任人(一)(得免填列)

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____
住(居)所：_____ 電話：_____
出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

後補受任人(二)(得免填列)

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____
住(居)所：_____ 電話：_____
出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

中華民國_____年_____月_____日(必填)



撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書 (參考範例)

本人_____ (或由醫療委任代理人_____) 已簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，現聲明撤回該意願之意思表示，特簽署本聲明書。

*** 意願人**

簽 名：

國民身分證統一編號：

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

地址：

聯絡電話：

*** 醫療委任代理人 (若無委任代理人，由意願人本人簽署則免填)**

簽 名：

國民身分證統一編號：

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

地址：

聯絡電話：

填寫日期：中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (必填)

- 依據現行的「安寧緩和醫療條例」(民國 102 年 1 月 9 日修正版本)，COPD 病人可預立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇，此項意願可由中央主管機關註記於健保卡上。



第六章

瀕死COPD病人

維生醫療之不予與撤除





COPD 病程進展到最後的階段，病人可能到了必須插上氣管內管並使用呼吸器才能繼續存活的階段。若病人對疾病的進程已有充分了解，則可根據「安寧緩和醫療條例」在自主的意願之下，簽立「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，免於在發生呼吸衰竭時被插管，或長期使用呼吸器。

若緊急時因狀況未明，先被插管急救，亦可在使用呼吸器一段時間發現無法移除後，根據病人先前的意願或由家屬同意「撤除維生醫療」，移除呼吸器，讓病人得以善終。

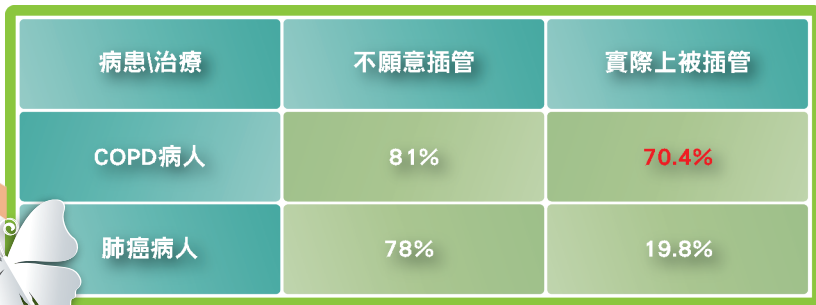
● 罹患末期癌症的病人在發生呼吸衰竭時，即使被插上氣管內管並且使用呼吸器，亦可能在短期內因癌症繼續惡化而死亡。但是末期 COPD 病人突發嚴重呼吸困難時，不插管使用呼吸器的結果固然是立即死亡，但接上呼吸器後卻可能長期存活。若病人的肺功能原先已惡化到臨界點以下，病人可能必須永遠依賴呼吸器才能維持生命。

● COPD 病人因呼吸衰竭而使用呼吸器，是為了拯救病人於危急的「非常態的醫療」。對於初次發生呼吸衰竭的病人，或許還有機會在治療後脫離呼吸器。但是每一次的 COPD 急性惡化都將使病人的肺功能更加惡化，有一天當肺功能已降至臨界點以下，使用呼吸器的理由變成不是救急，而只是取代病人失去功能的肺部時，醫師與病人都必須認真思考這樣的治療到底是利多於弊、還是弊多於利？若發現使用呼吸器的結果與原先的期望不符，或對病人帶來的傷害反而大於好處時，醫師應與病人或家屬應共同討論是否該停止此種「僅能延長生命，卻增加病人痛苦」的呼吸器治療。

● 末期 COPD 病人常反覆急性發作，但是病人是否真的必須忍受這樣無止境的重複插管與拔管？事實上，每一次的急性呼吸衰竭都提供了病人在不斷走下坡的路上找到終點的機會。在延續生命與保有生活品質的雙重考量下，病人應事先思考清楚，並預先立好醫療指示，表達於末期時希望、或不希望接受的醫療處置。

- 由於 COPD 常反覆發作，醫師對預後的判斷常出現不確定性，再加上許多 COPD 病人及家屬對 COPD 末期狀況的不了解，病人於臨終時「期望接受」、與「實際接受」的治療有很大差異。一個於 2000 年在美國進行之調查顯示，81% 的 COPD 病人表達過「非常不願意」、或「寧死也不願意」使用呼吸器的意願，然而實際上臨終前接受呼吸器治療的病人卻高達 70.4%；反觀肺癌病人，有 78% 病人表達不願接受呼吸器治療的意願，而在臨終前實際接受呼吸器治療者僅有 19.8%(表四)。

表四、末期 COPD 病人臨終前插管比率



病患\治療	不願意插管	實際上被插管
COPD病人	81%	70.4%
肺癌病人	78%	19.8%

- 安寧緩和醫療條例的立法提供了末期病人選擇不實施心肺復甦術或不使用維生醫療的法源。病人可在深思熟慮下由本人或其醫療委任代理人預立選擇不施行心肺復甦術或維生醫療意願書，則當疾病惡化至非插管無以維持生命時，醫師可以尊重病人的意願，不予插管急救。但對疾病尚未進展至無可挽回的地步，只因單純突發事故而必須插管急救的病人，醫師可於治療一段時間後再作評估。若確定呼吸器確實無法脫離，且病人有可能變成長期呼吸器依賴時，則可撤除使用中的呼吸器。
- 若 COPD 病人先前未曾用書面表達過意願，亦未曾指定醫療委任代理人，則可在病人無法表達意思時由最近親屬與醫師討論，根據病人先前表達過的生命價值觀，或依據病人的最大利益，由最近親屬中之一人簽署「不施行心肺復甦術或維生醫療」同意書，不插管急救。若緊急時病人已被插管且已使用呼吸器一段時間，亦可在確定呼吸器已無法脫離後，由最近親屬簽署「撤除維生醫療」同意書，撤除呼吸器而讓病人善終。若病人沒有家屬，原團隊可照會安寧緩和團隊，以病人的最大利益作決定。



安寧緩和醫療條例（民國 102 年 01 月 09 日修正）

第 7 條

不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定：

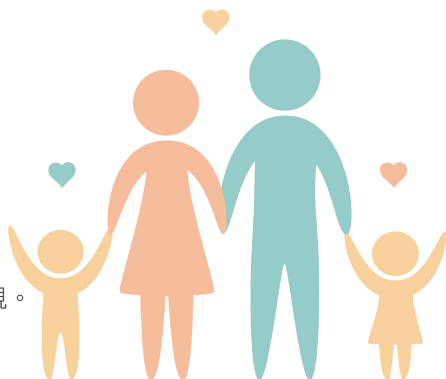
- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人。
- 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。

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。

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。



末期病人符合第一項至第四項規定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。

第三項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。

參考資料

1. Investigators, T.S.P., A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. JAMA, 1995. 274(20): p. 1591-8.]
2. Ai-Ping, C., Lee, K.H., and Lim, T.K., In-hospital and 5-year mortality of patients treated in the ICU for acute exacerbation of COPD: a retrospective study. Chest, 2005. 128(2): p. 518-24.



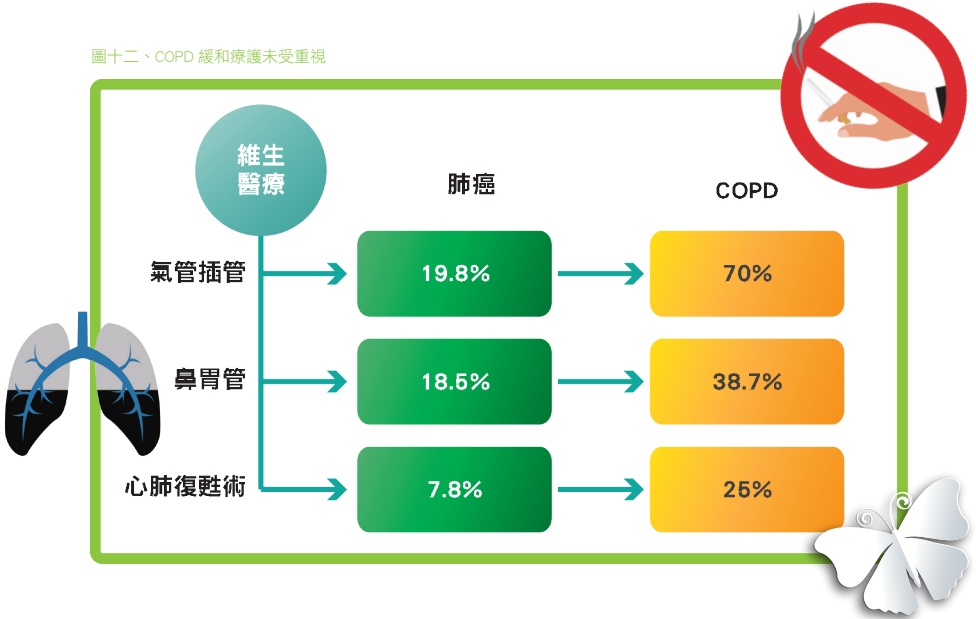
第七章 結論





1.COPD 緩和療護未受重視，例如：肺癌末期的病人只有少數接受氣管插管或急救，但是末期 COPD 的病人接受上述兩項治療的比例卻比肺癌高(圖十二)。

圖十二、COPD 緩和療護未受重視



2.COPD 雖然無法治癒，卻是一個可預防且可治療的疾病。預防 COPD 的根本之道就是不抽菸，或避免長期暴露於毒性氣體之下。COPD 一旦形成，肺功能就無法恢復正常，但是戒菸，或是停止繼續接觸毒性氣體可以延緩疾病繼續惡化。

COPD 雖然無法被治癒，但是最新的藥物及非藥物治療方式可以緩解症狀、改善生活品質、減少急性發作，並能預防非預期的死亡。

末期 COPD 病人的緩和以及安寧照護可以由身、心、靈各層面提供病人及家屬的整體照護。病人若能在深思熟慮下預立醫療指示，可免除臨終前接受無效益且可能帶來痛苦的醫療處置而得以善終。



第八章

給病人及家屬的 貼心叮嚀與建議





1. 過去的觀念認為 COPD 是一個無法回復的疾病，但是最新的研究則發現 COPD 可以預防亦可治療。
2. 戒菸永遠不會嫌太晚。不管何時間戒菸，病人都能得到好處。當然一開始就不抽菸，是預防 COPD 最好的方法。
3. 不抽菸的人若有 COPD 相關症狀，要與醫師配合，找出誘發 COPD 的原因，並且避免再度接觸這些原因。
4. 現今的治療方式，尤其是許多新一代的長效吸入型支氣管擴張藥物、或吸入型類固醇與長效支氣管擴張劑的合併吸入藥物，可以緩解 COPD 病人的症狀，改善生活品質、減少急性發作。這些藥物目前健保都有給付，病人應配合醫師指示使用，不要自行停藥。
5. 進入末期的 COPD 病人還是可以由藥物治療得到好處，除非病情已演變至必須依賴呼吸器才能維生。此時病人與醫師考量的重點應在如何減症狀，避免除期使用呼吸器帶來的生活品質受限。
6. COPD 病人疾病演變至末期常經歷不只一次的呼吸衰竭，病人因此可能必須反覆被插氣管內管。在這一次又一次的過程中，病人應思考並決定自己是否要接受這樣的處置。這些想法與決定必須跟家人討論並達成共識，並讓醫師知道。
7. 台灣目前的法律容許並保障病人或最近親屬可以決定，在病人發生呼吸衰竭時不插管使用呼吸器、或在使用呼吸器一段時間後決定撤除呼吸器。透過現今的緩和醫療照護及安寧療護可以讓末期 COPD 病人得到善終的機會。
8. COPD 緩和及安寧療護諮詢介入時機（表五）。

表五、COPD 緩和及安寧療護諮詢介入時機

- | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 嚴重肺功能退化 | <input checked="" type="checkbox"/> 每年急性惡化住院大於或等於2次 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 曾因惡化導致呼吸衰竭 | <input checked="" type="checkbox"/> 使用非侵襲性機械通氣 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 居家氧氣使用 | <input checked="" type="checkbox"/> 嚴重其他共病(如：心臟衰竭) |
| <input checked="" type="checkbox"/> COPD症狀未能獲得改善 | <input checked="" type="checkbox"/> 嚴重日常功能機能退化 |



慢性阻塞性肺病的緩和療護 **手冊**

- 出版者** 臺灣胸腔暨重症加護醫學會
- 發行人** 余忠仁
- 編著** 許正園、王英偉、林慶雄、黃馨葆、彭殿王、
王鶴健、杭良文、林鴻銓、李政宏、劉世豐、
許超群、邱國欽、鄭世隆
- 地址** 10048
台北市常德街一號台大景福館
轉臺灣胸腔暨重症加護醫學會
- 電話** 02-2314-4089
- 傳真** 02-2314-1289
- 電子信箱** tspccm.t6237@msa.hinet.net
- 網址** <http://www.tspccm.org.tw>
- 出版日期** 104年12月

ISBN 978-986-92595-2-1 (平裝)



版權所有
翻印必究



臺灣胸腔暨重症加護醫學會
慢性阻塞性肺病 衛教手冊系列

