



2019 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會

2019 Summer Workshop of Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine

# 重症安寧緩和醫療

## Palliative care in Critical Care Settings

許正園醫師 MD, PhD

臺中榮總醫學倫理與法律中心主任

臨床試驗科主任

# 演講大綱

- 前言
- 緩和療護與安寧療護之區別
- 胸腔及重症醫師應具備之  
緩和醫療的核心能力
  - 溝通與建立關係的能力
  - 臨床決策的能力

不予與撤除

末期

無效



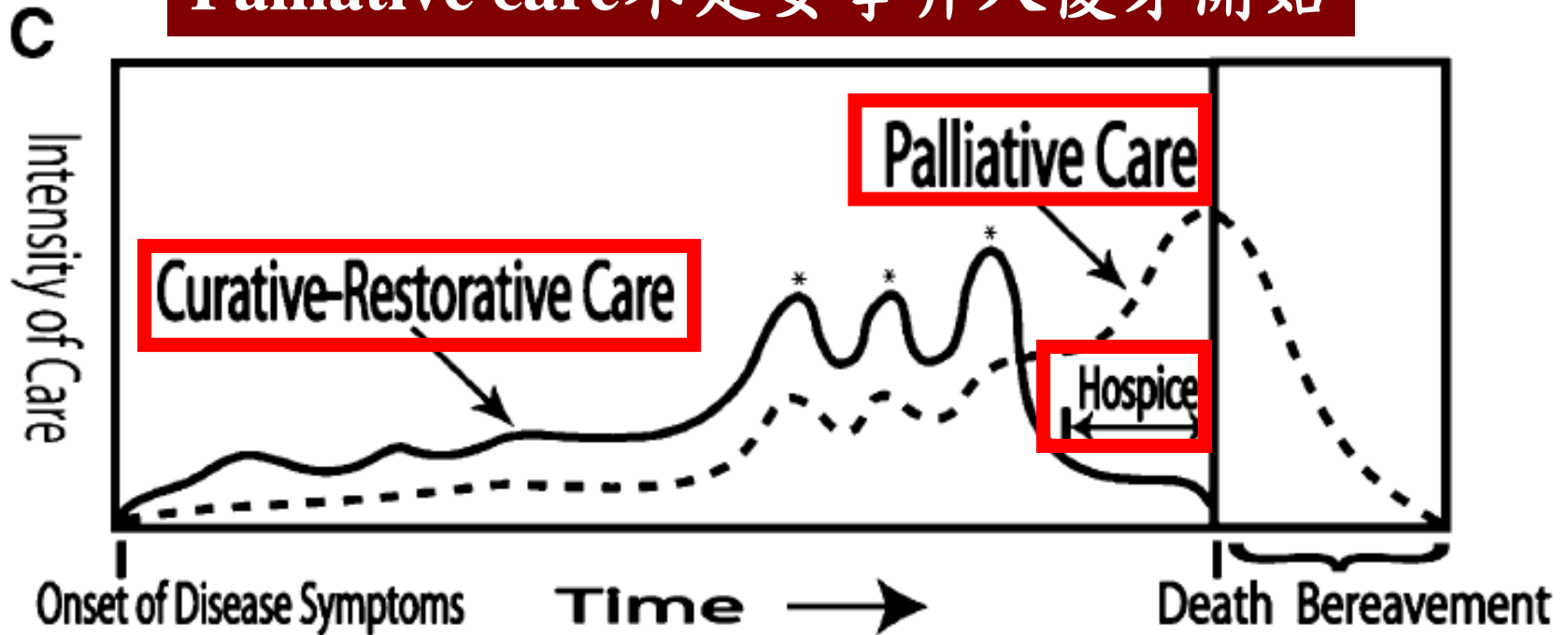




這些病人進了加護病房之後.....

# 個人化的整合式醫療照護模式

**Palliative care不是安寧介入後才開始**



An Official ATS Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses AJRCCM 2008 912-927

## 緩和療護 Palliative care

An approach that *improves the quality of life of patients and their families* facing the problems associated with life-threatening illness, through the *prevention and relief of suffering* by means of early identification, assessment, and *treatment of pain and other problems, physical, psychological, and spiritual.*

**WHO**

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之病人與家屬的生活品質的照護方式



財團法人(台灣)安寧照顧基金會  
中華民國 Hospice Foundation of Taiwan



## 安寧療護 Hospice

由一組醫療專業人員，用完整的**症狀緩解醫療**  
**(palliative care)**以及愛心陪伴末期病人走完人生最  
後一程，提供身、心、靈的全人照顧，並且協助病  
人及家屬面對死亡的各種調適，以讓生死兩無憾！



很多人口中的安寧



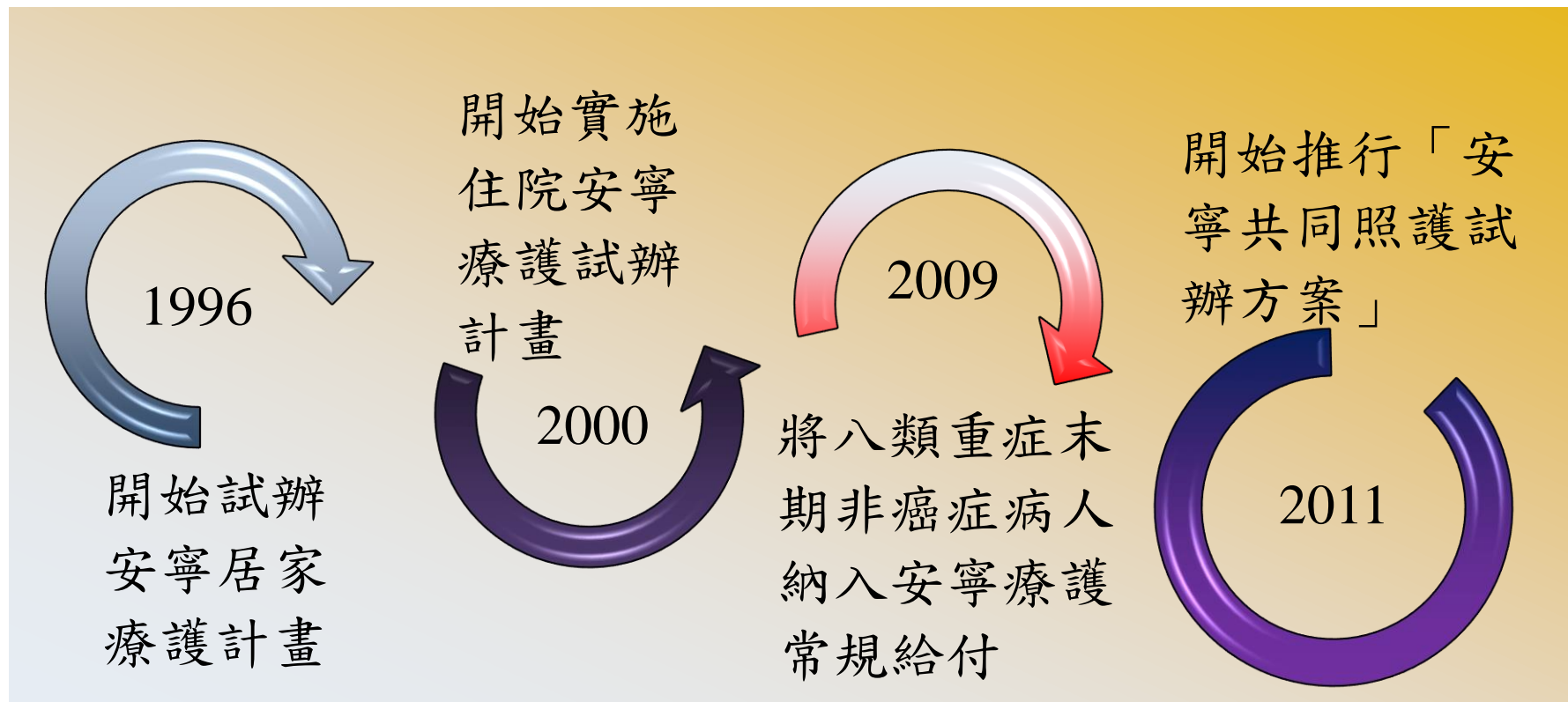
其實是指「緩和」 palliative care

# 請勿將緩和療護與安寧療護混為一談



<b>緩和療護 Palliative Care</b>	<b>安寧療護 Hospice Care</b>
<b>基於需求：</b> 對象是患有嚴重及複雜疾病的病人， <b>不論預後如何</b>	<b>基於預後：</b> 對象是預期存活時間 <b>小於六個月</b> 之病人
<b>可與治癒性治療及維生醫療一起施行，包括加護病房照護。</b> 對心肺復甦術或維生醫療 <b>不設限</b>	強烈建議病人 <b>放手</b> 不施行治癒性治療，並對目前之治療有所 <b>限制</b> ，例如不施行心肺復甦術，或不轉入加護病房
由 <b>ICU原照護團隊</b> 提供，及/或會診安寧療護團隊加入共同照護	<b>安寧療護團隊</b> 擔任主要照護責任

# 台灣健保對安寧療護的給付





一般民衆

投保服務(含新生兒  
單一窗口作業)

網路申辦及查詢

保險費計算與繳納

欠費催繳異議

申辦健保卡

經濟弱勢協助措施

健保醫療服務

常見就醫自費項目

自墊醫療費用核退

就醫申訴服務

常見問答



投保單位

健保業務懶人包

投保單位成立與異動

## 新聞發布



### 新聞發布

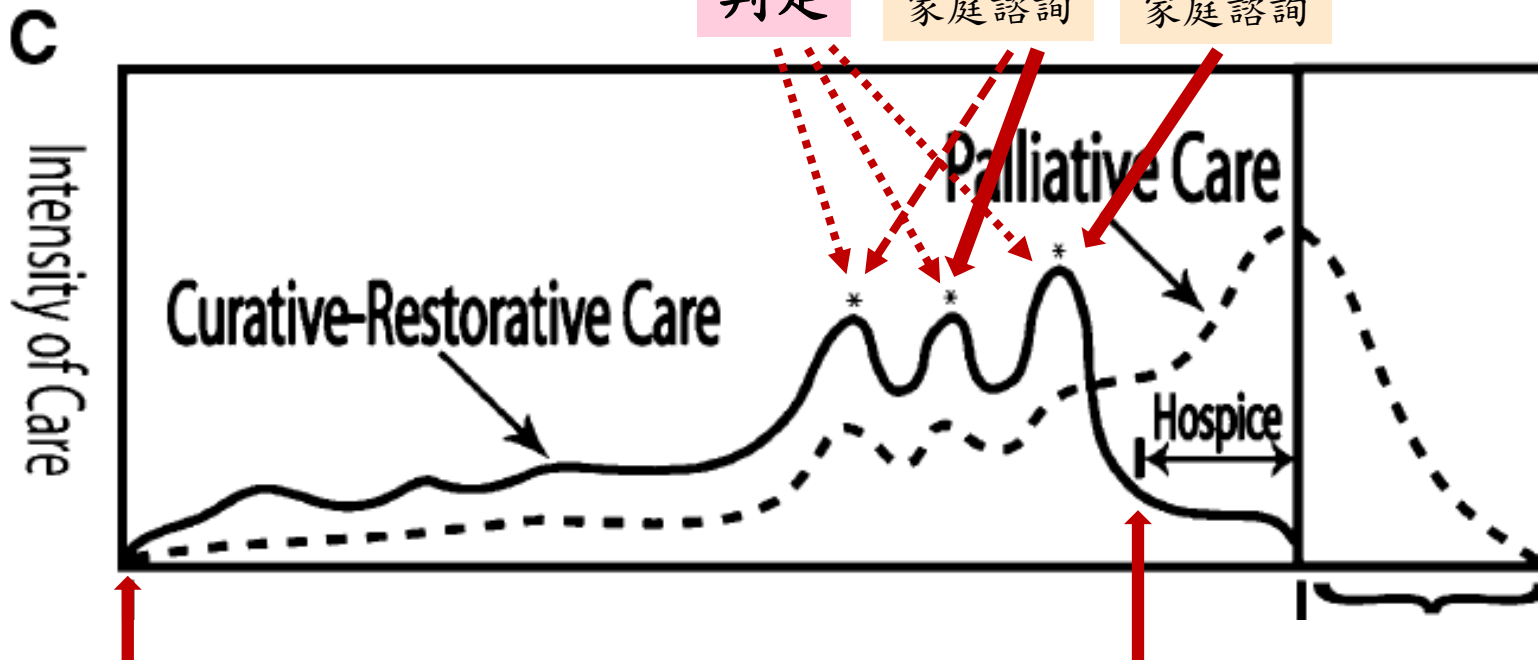
#### 加強推動臨終照護服務 健保署加碼調高安寧療護支付點數

發布日期：104年02月13日

本署自104年2月1日起，大幅調升安寧療護支付點數。住院安寧每日支付點數調升30%，安寧居家在宅訪視費、安寧共同照護支付點數及「緩和醫療家庭諮詢費」皆調升50%，以反映醫事人員投入安寧療護服務之成本，並提升安寧病患之照護品質。

健保署於104年度醫院總額及其他部門預算中編列2.88億元，用於提高全民健保安寧療護支付點數。住院安寧療護每日支付點數由4,930點調至6,409點；安寧共同照護試辦計畫之照護費支付點數調升50%，由850-1,350點調至1,275-2,025點，並放寬三日內入住安寧病房不得申報之限制，鼓勵病患及時入住安寧病房。安寧居家療護（含社區安寧）依服務提供地點區分為在宅或機構訪視費，在宅訪視費調升50%，最高每次訪視2,475點，機構訪視費支付點數調升20%，最高每次1,980點；臨終訪視費由原先2,500點調升為5,000點，並增列服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等，盼在病患人生最後一段路能達到善終、善別及家屬之養生。

「緩和醫療家庭諮詢費」由每次1,500點調整為2,250點，並考量照護團隊較難於一次的家庭會議中，提供完整之病人、家屬安寧緩和醫療諮詢，故放寬申報次數由每人每院限1次調整為2次；另適應症除現行住院重症末期病患外，亦納入急診末期病患，擴大提供緩和醫療諮詢服務之範圍。



胸腔重症  
 照護團隊

安寧會診

- 共照
- 安寧病房
- 居家

安寧團隊

(取得安寧專科醫師資格之胸腔重症醫師可加入安寧團隊)

# 整合緩和療護與重症照護的障礙

不切實際  
的期望

缺乏有效系統或  
文化的變革

認為二者互斥  
並有先後順序

對ICU醫師的  
競爭性需求

將Hospice與  
Palliative care混  
為一談

臨床醫師  
訓練不足

擔心加速死亡

# 胸腔及重症醫師應具備的緩和醫療核心能力(I)



## 溝通與建立關係的能力

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

## 溝通與建立關係的能力

重視家庭成員的陳述

同理情緒

傾聽

理解病人亦是人

引導家屬提出問題

Lautrette A et al: A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *NEJM* 2007; 356:469-478



## 胸腔及重症醫師應有的緩和醫療核心能力(II)



### 臨床決策的能力

- 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
- 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
- 能建立一個包含緩和療護元素的全面性醫療計劃
- 能夠預估病人的存活期及可預期的生活品質
- 能處理不予與撤除維生醫療與瀕死病人問題的能力
- 能處理疼痛和非疼痛症狀，包括呼吸困難
- 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

# 臨床決策的能力

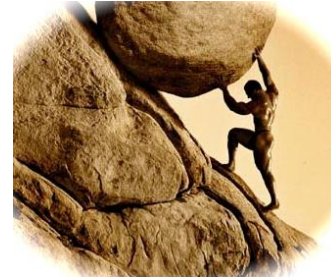
無效醫療的判定

末期的診斷

不予與撤除及限時醫療嘗試

醫病共享決策

# 無效醫療的判定



Sisyphus and  
the rolling  
stone

無效  
Futile,  
Futility



一個想為病人帶來利益的努力，依照推理及經驗失敗的可能性極高



那些罕見的成功例外無法被系統性地複製出來

臨床倫理學-臨床醫學倫理決策的實務指引  
A. Jonsen, 等原著，辛幸珍、許正園等譯

# 醫師的治療義務



有義務施予治療 obligatory to treat	不治療是錯誤的 wrong not to treat
可治療亦可不治療 optional whether to treat	中性 neutral 治療不是必須的但亦不被禁止 neither required nor Prohibited
	份外的 supererogatory 超越義務 surpassing obligation
有義務不施予治療 obligatory <i>not</i> to treat	施予治療是錯誤的 wrong to treat

無效

Beauchamp Childress. Principle of Biomedical Ethics

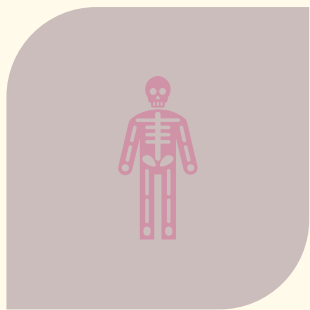
# 小心使用「無效」這兩個字

**OHCA**  
活著出院  
3-14%

**INCA**  
活著出院 10-17%  
長期存活 33-54%

**CPR後存活者**  
有神經學後遺症 11-14%  
日常生活活動受限 26%

# 真正的無效 生理無效 Physiologic Futility



一種嚴重惡化的  
生理狀況



任何已知的醫療  
處置都無法逆轉

# 有關「無效」的一些建議



2019

即使證據確鑿，仍應避免使用無效這個名詞

以免被誤為病人將被**放棄**，或不再被關注

應將治療目標導向緩和療護或舒適性治療

medical care is never futile

無效不能作為拒絕支付醫療費用的依據

如健保或私人保險

建議使用比例原則  
**利益/風險**

作為無效或停止維生治療的判斷依據

## 末期的定義

醫學上並無對末期的標準定義，這個名詞通常寬鬆的用在表示一個病人患有致死性的疾病

臨床上，末期只能用於經有經驗的醫師判斷，即使接受合適的治療，病人仍將在數天、數周、或數月內死於一進行性、致死性的疾病

臨床倫理學-臨床醫學倫理決策的實務指引 A. Jonsen, 等原著  
辛幸珍、許正園、陳汝吟、陳彥元、蔡篤堅譯 (合記出版社)



# 八大非癌末期納入健保安寧療護給付 (2009.9.1)

- 一. 老年期及初老期器質性精神病態
- 二. 其他大腦變質
- 三. 心臟衰竭
- 四. 慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者
- 五. 肺部其他疾病
- 六. 慢性肝病及肝硬化
- 七. 急性腎衰竭，未明示者
- 八. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

這只是保險給付條件，不是臨床診斷準則

# 法律上有關「末期」



末期病人：指罹患嚴重傷病，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不可避免者

安寧緩和醫療條例§3

本法第十四條第一項第一款所定末期病人，依安寧緩和醫療條例第三條第二款規定

病人自主權利法施行細則§10-1

# 末期應由專科醫師診斷

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、略

前項第一款之醫師，應具有**相關專科醫師**資格

安寧緩和醫療條例§7

本條例第七條第一項第一款所稱之二位醫師，**不以在同一時間診斷或同一醫療機構之醫師為限**

安寧緩和醫療條例施行細則§4

# 所以末期診斷是醫療專業



不能由法律來  
規定

更不能依保險  
給付條件而定

# 末期診斷影響了什麼？

	末期	非末期
一般的醫療照護	照常進行	照常進行
急救或維生醫療	不施行、終止 或撤除	施行

請勿把末期條件限制得太嚴格，而妨礙病人善終

## 末期病人的不予與撤除

若所有的證據皆顯示治療無法帶來好處，反而可能發生傷害

不予

若發現繼續治療對病人確實無法帶來好處，且可能發生傷害

撤除

不予與撤除在倫理的地位是相同的

限時  
嘗試

若當下無法確定，可先治療一段時間後再作評估

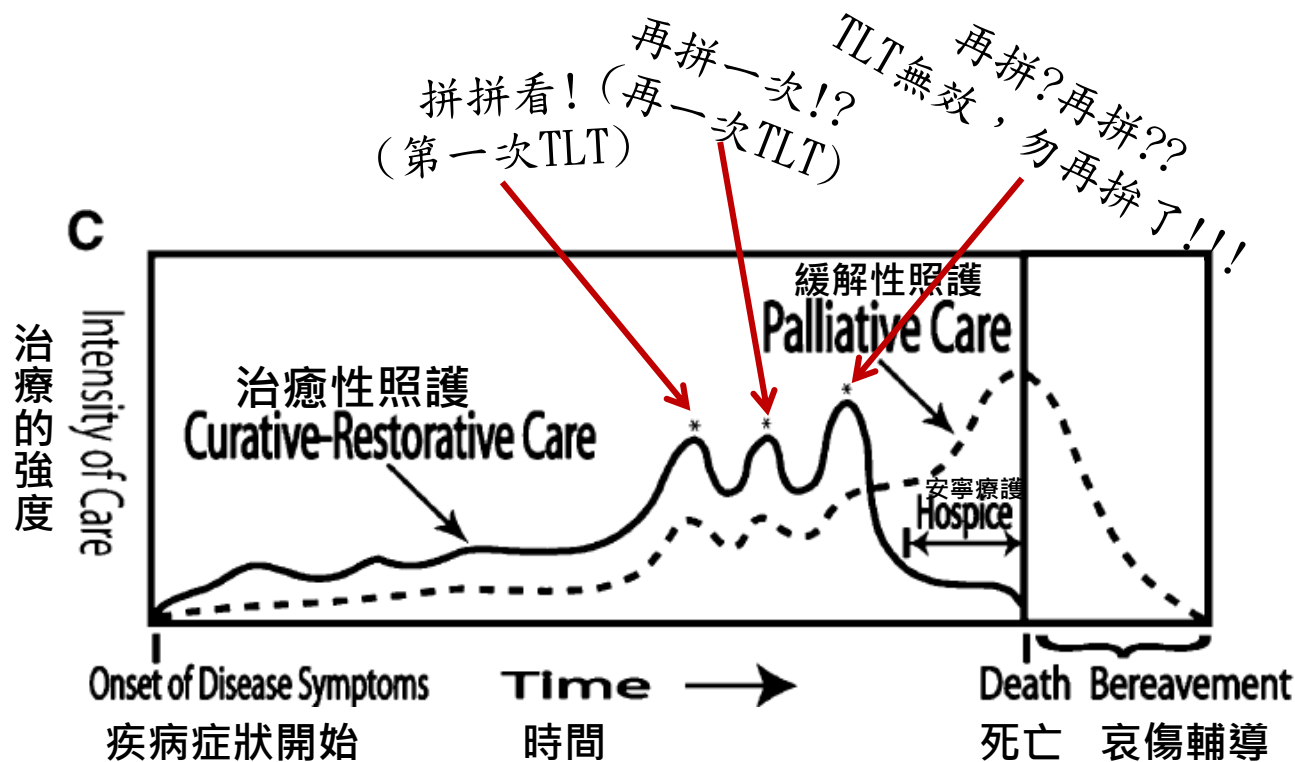
# 限時醫療嘗試 Time Limited Trials



呼吸器、ECMO、  
或其他ICU治療  
雖可救活病人

但其實都是  
限時醫療嘗試  
Time Limited  
Trials

# 何時進行限時醫療嘗試



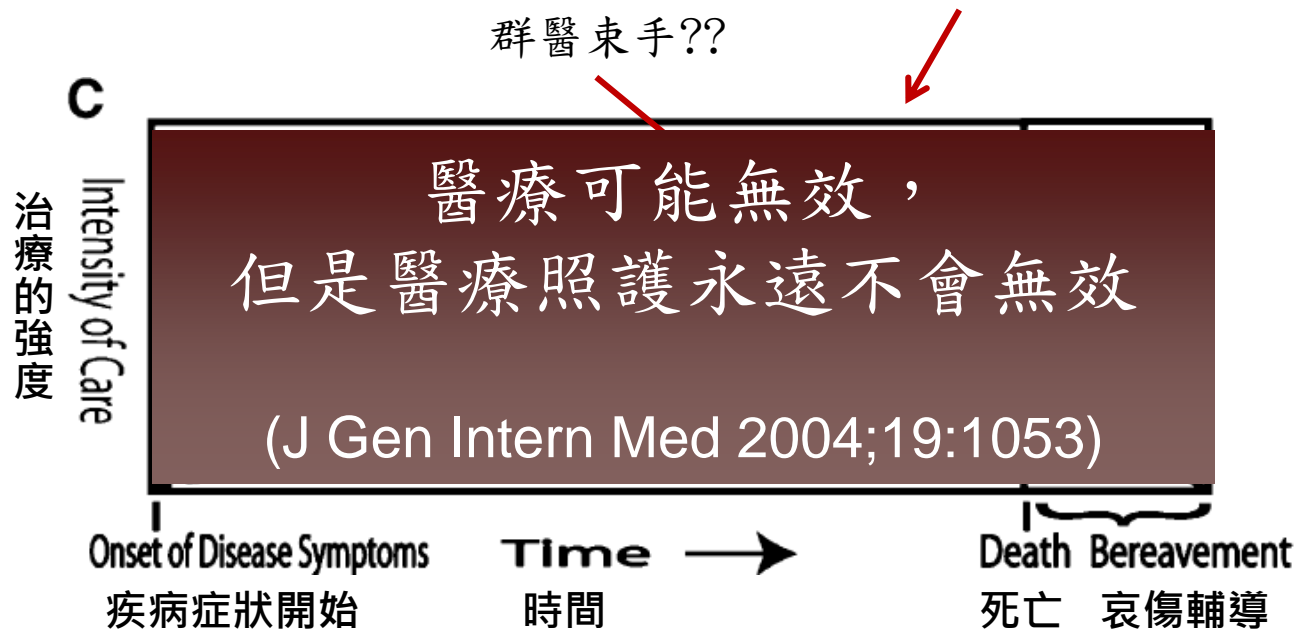
ATS End-of-Life Care Task Force AJRCCM 2008; 177: 912-27



# 限時嘗試若失敗是否代表無效？



別忘了還有緩解性的舒適照護  
好醫師永遠有發揮的空間!!



ATS End-of-Life Care Task Force AJRCCM 2008; 177: 912-27

# 能達到目標的醫療行為才有醫療適應性



治癒疾病

經由解除症狀疼痛、或受苦維持或改善生活品質

健康促進及疾病預防

預防非預期的死亡

改善功能狀態或維持折衷的狀態

根據病人之狀況及預後提供教育與建議

**避免治療過程中造成之傷害**

提供瀕死前的緩和和支持照護

臨床倫理學-臨床醫學倫理決策的實務指引 A. Jonsen, 等原著  
辛幸珍、許正園、陳汝吟、陳彥元、蔡篤堅譯(合記出版社)

# 末期病人終止或撤除維生醫療



若病人罹患的是一個進行性、不可逆性的疾病

重要的器官系統  
已遭到根本性的破壞

只能靠高科技維生醫療處置  
暫時維持而永遠無法恢復

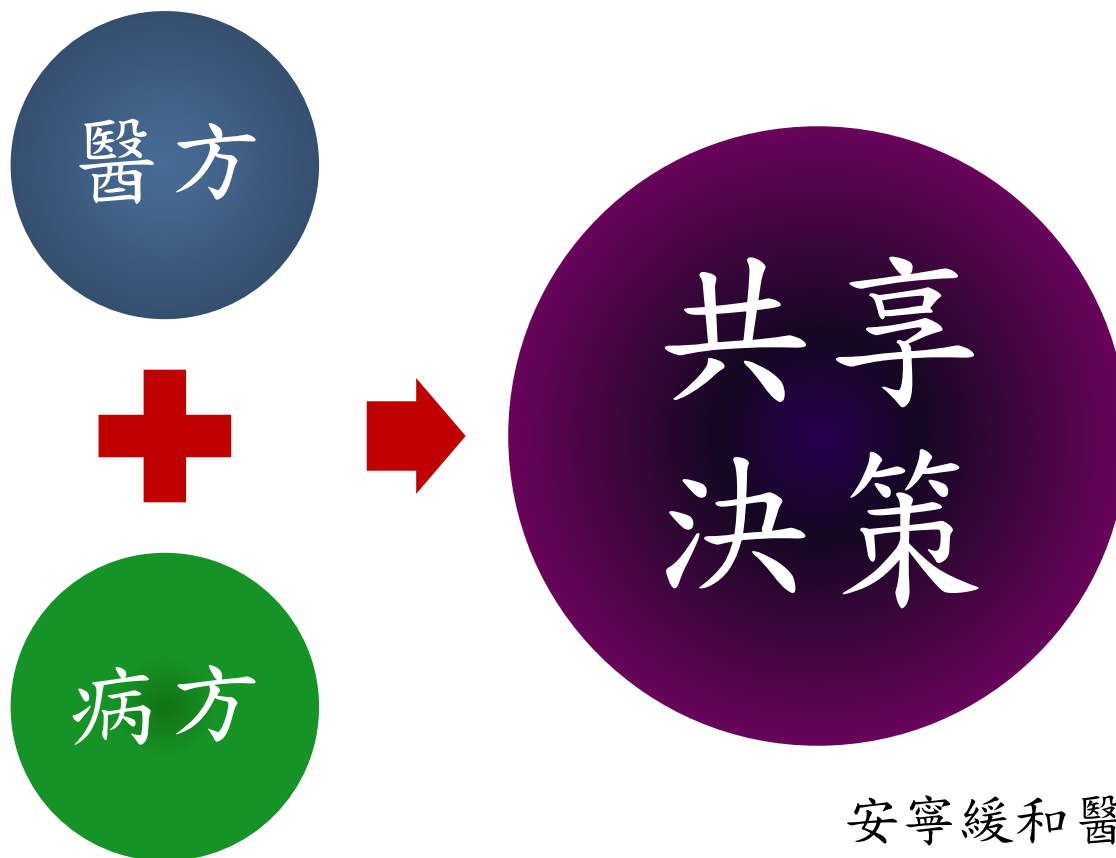
無法達到治療目標的醫療  
處置應該被終止或撤除

## 撤除維生醫療的目的

~~讓病人  
提早死亡~~

讓病人不須依賴  
維生醫療而活著

# 醫師不應單方面作出撤除之決定



安寧緩和醫療條例  
病人自主權利法

# 為末期病人撤除的是

## 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式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。

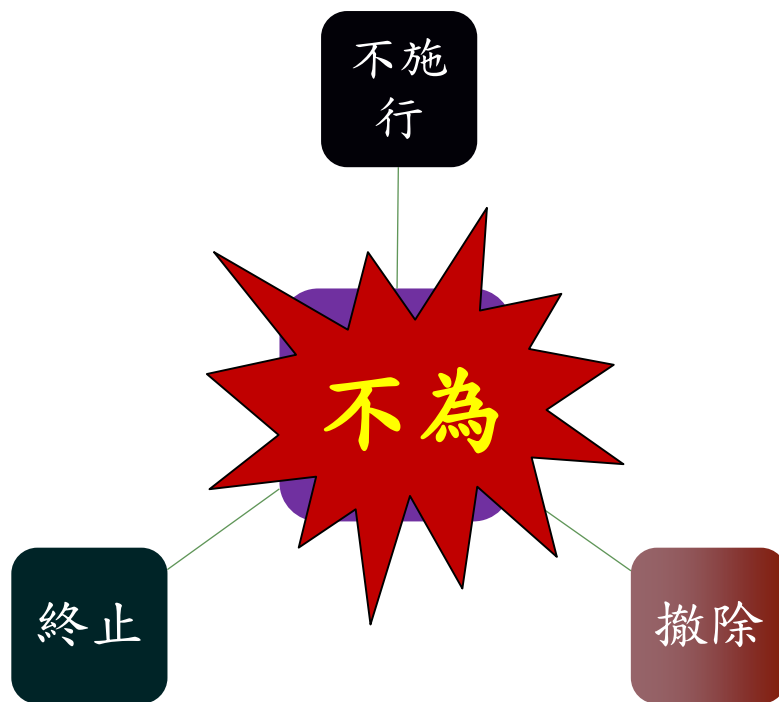
# 為末期病人撤除的是

是**無益**的醫療措施，  
不是醫療照護

是放手，  
不是放棄

是讓他走，  
不是殺害  
他

# 保障病人的拒絕醫療權



病人自主權利法



# 不為不是安樂死



讓病人不須依賴維生醫療  
而延長死亡的過程

病人最終是因其所罹患  
的疾病而死亡

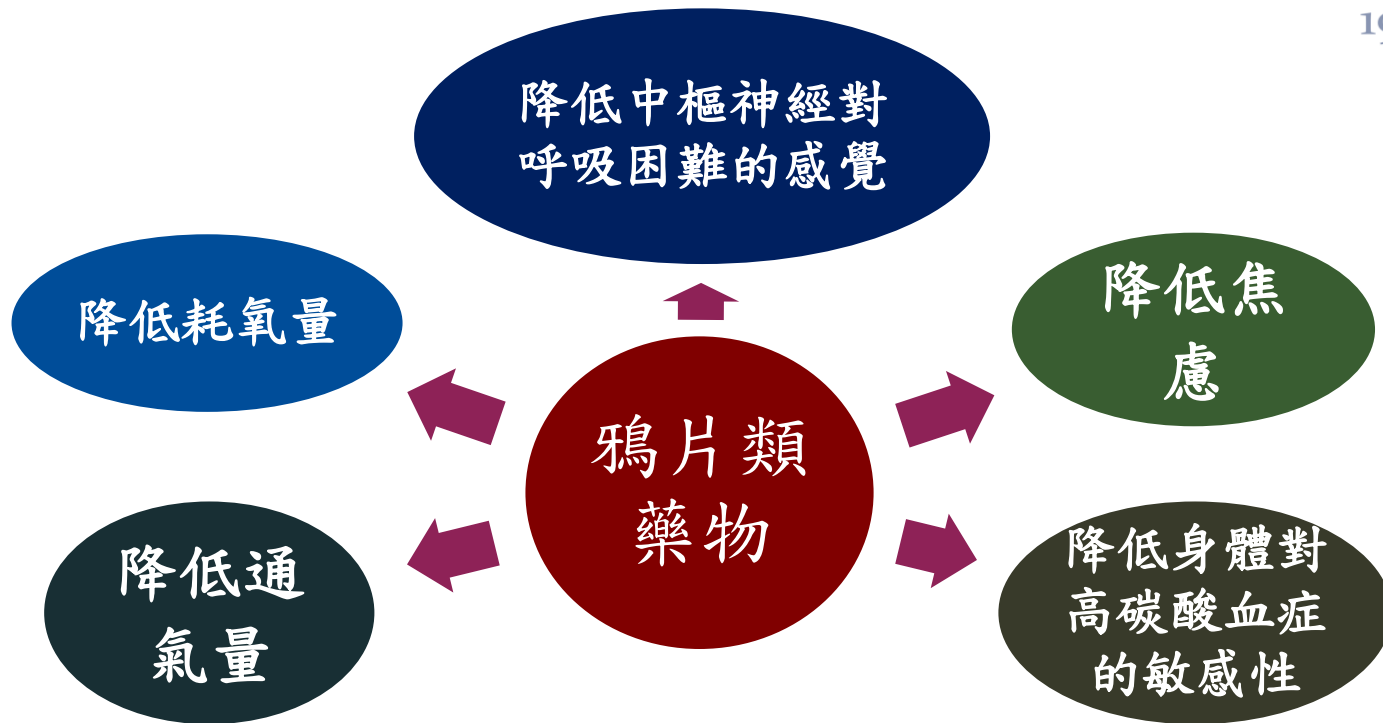
這樣的死亡是**自然死亡**，  
與安樂死無關

# 醫師應具備緩和醫療的核心能力

醫療機構或醫師終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養時，應提供病人緩和醫療及其他適當處置。醫療機構依其人員、設備及專長能力無法提供時，應建議病人轉診，並提供協助。

病人自主權利法§16

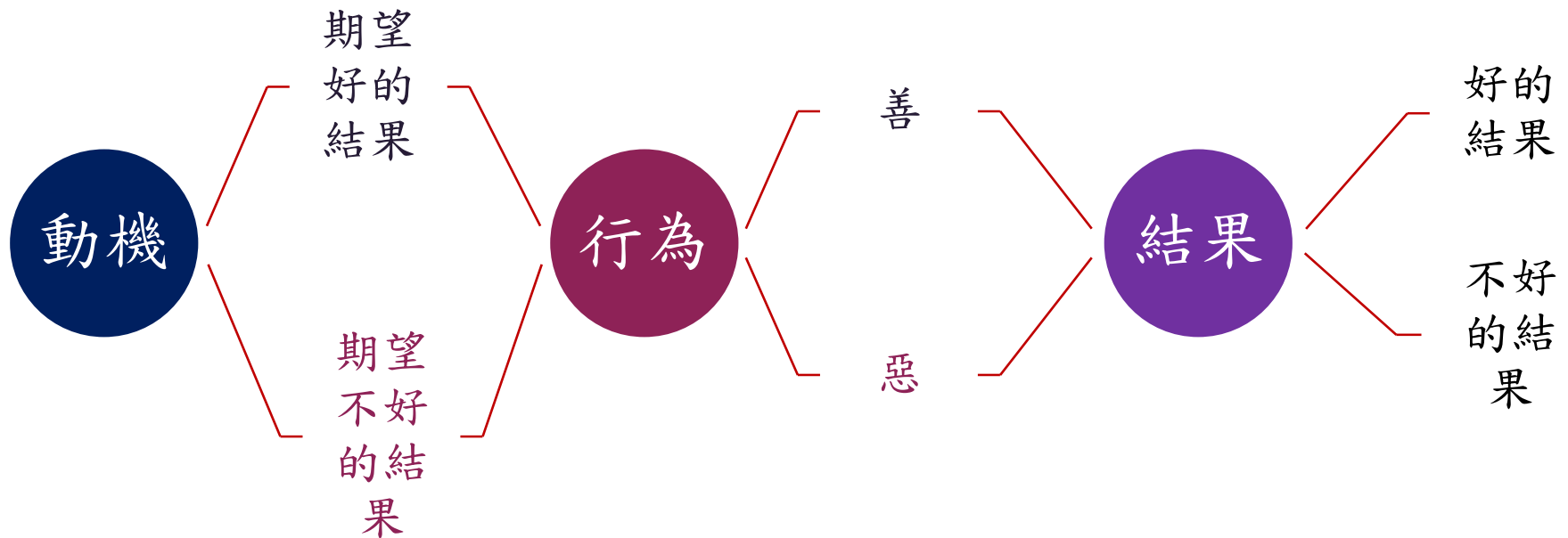
# 末期病人的疼痛或呼吸困難症狀舒緩



常見的問題：劑量過低、未經調整、或給藥間隔時間太長

# 雙重效應原則 (雙果率)

## Principle of Double effect



# 醫病間常造成誤解之對話



	醫方	病方
放棄	不施行急救或無法帶來好處、卻會帶來傷害之醫療行為	我(家人)被放棄了！
無效	無法對病人之病情帶來任何好處的醫療	我(家人)已經無可救藥了！
改善	生命徵象、意識或手腳活動稍有改善	我(家人)可以好起來了
安寧介入	共照、轉安寧病房、居家安寧，加強緩和療護	等死



# 釐清是安寧介入還是緩和療護介入

	緩和醫療	安寧療護
何時介入	疾病早期就應介入	晚期時介入
誰來介入	急重症照護團隊	安寧療護團隊 (急重症醫師取得安寧 專科醫師資格)
介入後之作為	包含治癒性治療及緩和性治療的各種選項， 包含DNR	緩和性治療

# 病人的下一條路該怎麼走？

