

# 衰弱老人的全人醫療

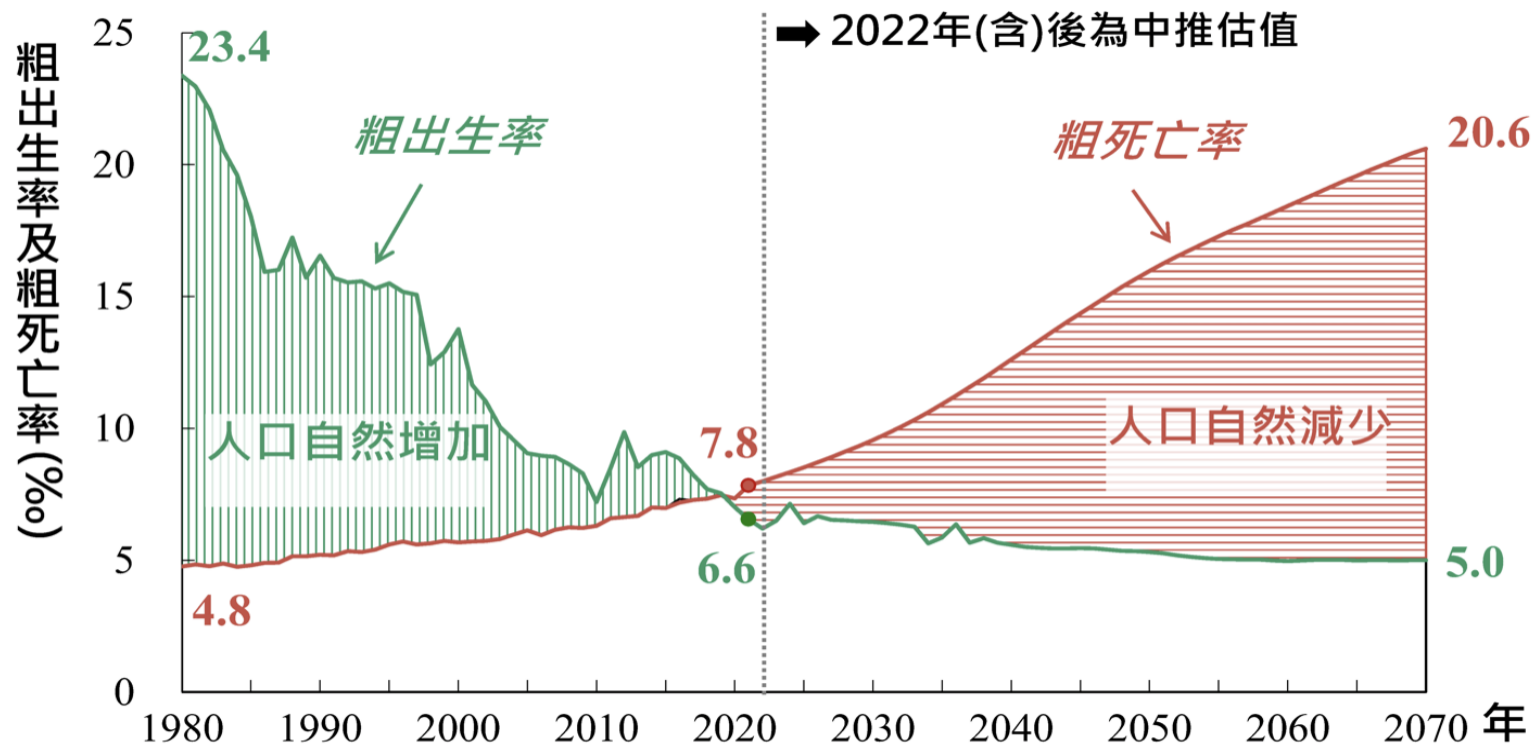
翁益強 主任

南投醫院

放射腫瘤科與安寧療護

2023

# 台灣將成為超高齡社會



- 2021年出生數為15.4萬人、死亡數為18.4萬人，自然增加為負3萬人。
- 我國粗出生率與粗死亡率曲線於2020年交叉，2021年粗死亡率高於粗出生率，人口呈現自然減少。
- 本圖為中推估結果。
- 資料來源：國家發展委員會「中華民國人口推估（2020至2070年）」，2020年8月。

國際上將65歲以上人口占總人口比率達到7%、14%及**20%**，分別稱為高齡化社會、高齡社會及超高齡社會。我國已於1993年成為高齡化社會，2018年轉為高齡社會，**推估2025年為超高齡社會。**

# 超高齡社會影響善終趨勢的思辨

- 從醫療照護量能來思辨：因為醫療照護資源無法無限擴張，且被醫療照護者與可提供醫療照護者比例偏高。
- 從民眾對老年的醫療照護喜惡來思辨：認同「好死勝於歹活」佔多數。
- 從生命哲學和靈性平安來思辨：重視生活品質與追求生命意義已經是善終的主要核心價值。

# 中央健康保險署公告

## 第五部居家照護及精神病患者社區復健 第三章 安寧居家療 護

### 二、收案條件：

(一)符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人（必要條件）。

(二)符合下列任一疾病之病人：（相關症狀條件詳附表）

1. 癌症末期病人：

2. 末期運動神經元病人：

3. 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者：

(1) 失智症（111/12/01修訂）

(2) 其他腦變質

(3) 心臟衰竭

(4) 慢性氣道阻塞，他處未歸類者

(5) 肺部其他疾病

(6) 慢性肝病及肝硬化

(7) 急性腎衰竭，未明示者

(8) 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

(9) 末期骨髓增生不良症候群

(Myelodysplastic syndromes, MDS)

(10) 末期衰弱老人（111/06/01修訂）

4. 符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者。

5. 罕見疾病或其他預估生命受限者。

## 十、末期衰弱老人

1. 參考Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) 評估符合收案條件者。
2. 不願意使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
  - (1) 電解質不平衡(Electrolyte imbalance)
  - (2) 急性疼痛(Acute pain)
  - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
  - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
  - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
  - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
  - (7) 癲癇發作(Seizure)
  - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
  - (9) 瀕死狀態(Predying state)
3. ICD-10-CM 代碼：R54

# 英國以Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT)篩選社區安寧需求

- 為了提升高齡社會老人的末期照護品質與符合國際安寧緩和醫療去疾病化的發展趨勢，將末期衰弱老人納入安寧療護對象。
- SPICT是評估健康惡化與死亡風險
- 分兩階段評估：一般階段和特定疾病階段
- 若符合SPICT評估表示病人一年內死亡機率50%
- 作為是否轉介社區安寧療護之標準

# Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)

第一階段的  
評估項目：  
(符合任一  
項以上即可)

SPICT™是一份評估病人是否身體健康嚴重惡化，且有安寧療護需求的指南。

## 健康狀況不佳或惡化的任何一個一般性指標

1. 至少一次非預期性住院。
2. 身體功能狀況不佳或持續惡化，且恢復的可能性不高。（個人照護需要協助，一天中有50%或以上的時間須待在床上或椅子上）
3. 由於身體或心理健康狀況之惡化，需要依賴他人之照顧。  
照顧者需要更多之協助與支持。
4. 過去的數個月中出現明顯的體重下降，或持續的體重過輕。
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. 患者或家屬要求緩和治療；或要求減少或停止其他治療方式；或要求將照護重點聚焦於生活品質。

**第二階段評估  
項目：  
(符合任一疾  
病類別中任一  
細項以上即可)**

(翁益強 2023)

| 預期生命期受限情形之臨床指標                  |
|---------------------------------|
| 癌症 ( Cancer )                   |
| 由於進行性之轉移癌症造成身體功能下降              |
| 身體太虛弱以致於無法接受癌症治療，或僅能接受症狀治療      |
| 失智/虛弱 ( Dementia/ frailty )     |
| 沒有別人幫忙無法穿衣、行走或飲食                |
| 進食及飲水量減少；吞嚥困難                   |
| 大小便失禁                           |
| 無法用口語溝通，極少社交接觸                  |
| 多次跌倒；股骨骨折                       |
| 頻繁發燒或感染；吸入性肺炎                   |
| 神經系統疾病 ( Neurological disease ) |
| 即使經過適當之治療，生理及/或認知功能仍持續惡化        |
| 因語言問題造成溝通困難狀況惡化及/或進行性之吞嚥困難      |
| 反覆性之吸入性肺炎；呼吸困難或呼吸衰竭             |
| 中風後持續性之癱瘓合併功能受損及進行性之失能          |

|                                         |
|-----------------------------------------|
| 心血管系統疾病 ( Heart/ vascular disease )     |
| 心衰竭，或廣泛性、無法治療之冠狀動脈疾病合併休息時或輕微活動時即出現之喘或胸痛 |
| 嚴重、無法手術之周邊血管疾病                          |
| 呼吸系統疾病 ( Respiratory disease )          |
| 嚴重之慢性肺臟疾病；非急性發作期即出現休息時或輕微活動之呼吸急促現象      |
| 持續之血氧濃度過低且需長期之氧氣治療                      |
| 呼吸衰竭需要呼吸器輔助，或無法使用呼吸器                    |
| 腎臟疾病 ( Kidney disease )                 |
| 慢性腎臟疾病第四期或第五期 ( eGFR<30ml/min )，且健康持續惡化 |
| 腎功能衰竭併發其他威脅生命之情形或治療停止透析或拒絕開始透析          |
| 肝臟疾病 ( Liver disease )                  |
| 肝硬化末期，合併過去一年出現下列併發症：                    |
| •無法使用利尿劑治療之腹水                           |
| •肝性腦病變 ( hepatic encephalopathy )       |
| •肝腎症候群 ( hepatorenal syndrome )         |
| •細菌性腹膜炎                                 |
| •反覆性靜脈曲張之出血                             |
| 無法接受肝臟移植                                |
| 其他：身體健康惡化有死亡風險且即使給予任何醫療可恢復性差，預後不好。      |



# 末期病人 去疾病化

## 衰弱老人安寧緩和 醫療照護指引

衛生福利部國民健康署 指導 台灣安寧緩和醫學學會 編著

### 圖表目錄



#### 圖目錄

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| 圖 1 老人安寧緩和療護整合服務模式架構    | 3   |
| 圖 2 衰弱老人安寧照護增能賦權        | 5   |
| 圖 3 衰弱老人篩檢流程            | 10  |
| 圖 4 老人安寧緩和療護需求之三步驟評估模式  | 18  |
| 圖 5 靈性評估工具-FICA 評估內容    | 64  |
| 圖 6 靈性評估工具-HOPE 評估內容    | 65  |
| 圖 7 本土化靈性照顧架構           | 66  |
| 圖 8 臺北市政府衛生局「在宅行政相驗流程圖」 | 101 |
| 圖 9 臺南地方法院檢察署司法相驗流程圖    | 102 |

#### 表目錄

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| 表 1 安寧療護靈性評估量表          | 67  |
| 表 2 STOPPFrail criteria | 78  |
| 表 3 社區衰弱老人整體緩和醫療及照護計畫書  | 81  |
| 表 4 申請往生者死亡證明書          | 100 |

台灣安寧緩和醫學學會 網站

<https://reurl.cc/2oLAXr>

## R50-R69 一般病徵和體徵 [編輯]

### R50-R69 一般病徵和體徵

- R50 原因不明的發熱
- R51 頭痛
- R52 疼痛，不可歸類在他處者
- R53 不適和疲勞
- R54 衰老
- R55 暈厥和虛脫
- R56 驚厥，不可歸類在他處者
- R57 休克，不可歸類在他處者
- R58 出血，不可歸類在他處者
- R59 淋巴結增大
- R60 水腫，不可歸類在他處者
- R61 多汗症
- R62 未達到預期正常生理髮育水平
- R63 有關食物和液體攝取的病徵和體徵
- R64 惡病質
- R68 其他的一般病徵和體徵
- R69 原因不知和原因未特指的發病

# 健保安寧收案條件：R54 (VPN)



## 末期衰弱老人(ICD-10-CM代碼：R54):

✓(1)參考Supportive&PalliativeCareIndicatorsTool (SPICT) 評估符合收案條件者。

(2)不願意使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：

- ☐電解質不平衡(Electrolyteimbalance)
- ☐急性疼痛(Acutepain)
- ☐嚴重呼吸困難(Severedyspnea)
- ☐惡性腸阻塞(Malignantbowelobstruction)
- ☐嚴重嘔吐(Severevomiting)
- ☐發燒，疑似感染(Fever，suspectinfection)
- ☐癲癇發作(Seizure)
- ☐急性譫妄(Acutedelirium)
- ☐瀕死狀態(Predyingstate)

# 2.1 主要死因(1/2)

(2023.06.12發表)

111年我國十大死因

| 死因別                       | 死亡人數<br>(人) |            | 死亡率<br>(每十萬人口) |            | 標準化死亡率<br>(每十萬人口) |            |
|---------------------------|-------------|------------|----------------|------------|-------------------|------------|
|                           |             | 年增率<br>(%) |                | 年增率<br>(%) |                   | 年增率<br>(%) |
| 所有死亡原因                    | 208,438     | 13.2       | 893.8          | 13.9       | 443.9             | 9.5        |
| 1.癌症                      | 51,927      | 0.5        | 222.7          | 1.2        | 116.0             | -1.8       |
| 2.心臟疾病(高血壓性<br>疾病除外)      | 23,668      | 8.3        | 101.5          | 9.0        | 47.8              | 4.8        |
| 3.嚴重特殊傳染性肺炎<br>(COVID-19) | 14,667      | 1,536.9    | 62.9           | 1,547.4    | 28.6              | 1,365.5    |
| 4.肺炎                      | 14,320      | 5.7        | 61.4           | 6.4        | 26.3              | 3.8        |
| 5.腦血管疾病                   | 12,416      | 1.9        | 53.2           | 2.6        | 25.1              | -0.3       |
| 6.糖尿病                     | 12,289      | 7.3        | 52.7           | 8.0        | 24.7              | 3.7        |
| 7.高血壓性疾病                  | 8,720       | 10.6       | 37.4           | 11.3       | 16.3              | 7.2        |
| 8.事故傷害                    | 6,953       | 2.6        | 29.8           | 3.3        | 20.0              | 0.2        |
| 9.慢性下呼吸道疾病                | 6,494       | 4.1        | 27.8           | 4.8        | 11.8              | 1.6        |
| 10.腎炎、腎病症候群<br>及腎病變       | 5,813       | 6.3        | 24.9           | 6.9        | 11.3              | 3.5        |

1. 111年十大死因，  
癌症及心臟疾病續  
居 前 2 名 ；  
COVID-19 由 110  
年第19名升至第3  
名，餘均下降1名
2. 死亡人數均呈上升  
趨勢，年增率以  
COVID-19最為顯  
著，其次依序為高  
血 壓 性 疾 病  
+10.6%、心 臟 疾  
病+8.3%、糖 尿 病  
+7.3%

| 順<br>位 | 合 計                                           |                         |          |            |
|--------|-----------------------------------------------|-------------------------|----------|------------|
|        | ICD-10<br>國際死因<br>分類號碼                        | 死亡原因                    | 死亡<br>人數 | 每十萬<br>死亡率 |
|        | A00-Y98                                       | 所有死亡原因                  | 208,438  | 893.8      |
| 1      | C00-C97                                       | 惡性腫瘤                    | 51,927   | 222.7      |
| 2      | I01-I02.0, I05-I09, I20-<br>I25, I27, I30-I52 | 心臟疾病（高血壓性<br>疾病除外）      | 23,668   | 101.5      |
| 3      | U07.1                                         | 嚴重特殊傳染性肺炎<br>（COVID-19） | 14,667   | 62.9       |
| 4      | J12-J18                                       | 肺炎                      | 14,320   | 61.4       |
| 5      | I60-I69                                       | 腦血管疾病                   | 12,416   | 53.2       |
| 6      | E10-E14                                       | 糖尿病                     | 12,289   | 52.7       |
| 7      | I10-I15                                       | 高血壓性<br>疾病              | 8,720    | 37.4       |
| 8      | V01-X59, Y85-Y86                              | 事故傷害                    | 6,953    | 29.8       |
| 9      | J40-J47                                       | 慢性下<br>呼吸道疾病            | 6,494    | 27.8       |
| 10     | N00-N07, N17-N19,<br>N25-N27                  | 腎炎、<br>腎病症候群及腎病變        | 5,813    | 24.9       |
|        |                                               | 其他                      | 51,171   | 219.4      |
| 11     | K70, K73-K74                                  | 慢性肝病及肝硬化                | 4,107    | 17.6       |
| 12     | X60-X84, Y87.0                                | 蓄意自我傷害（自殺）              | 3,787    | 16.2       |
| 13     | F01-F03                                       | 血管性及未明示之失智症             | 3,487    | 15.0       |
| 14     | R54                                           | 衰老/老邁                   | 3,049    | 13.1       |
| 15     | A40-A41                                       | 敗血症                     | 2,345    | 10.1       |

# 台灣安寧緩和療護 政策白皮書

White Paper for Palliative Care in Taiwan



 國家衛生研究院

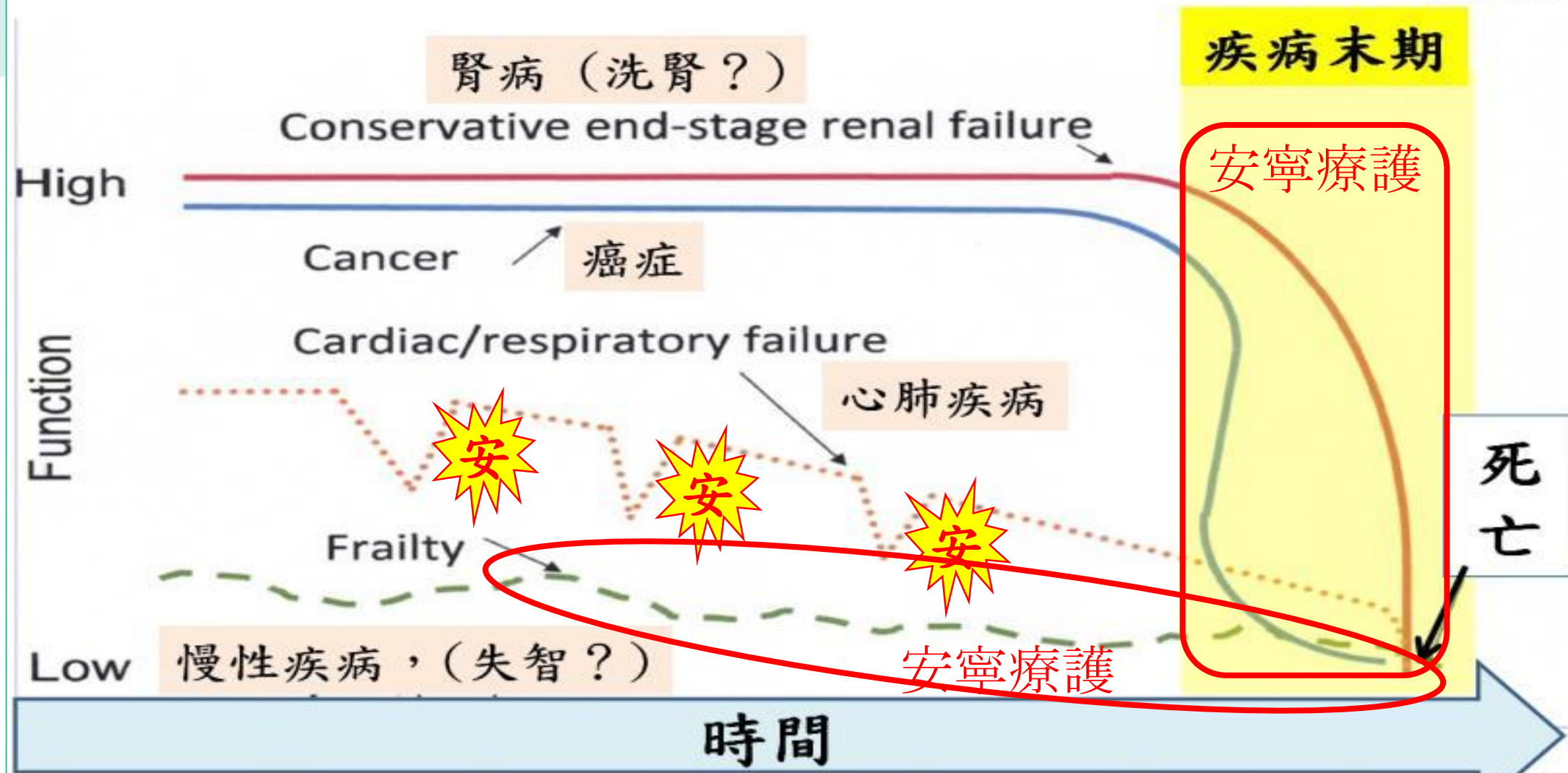
2019年9月

經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應 廣告

安寧緩和療護服務利用率偏低：癌症病人死亡前 1 年安寧緩和療護利用情形，雖由 2000 年 7% 提升至 2017 年的 60.9%，**但被健保納入給付的八大非癌末期病人卻很少利用此項服務**，死亡前一年使用安寧資源者僅約 14.2%；癌症與八大非癌合計，死亡前一年使用安寧資源者僅約 25.2%。

(翁益強 2023)

# 各種疾病的生命軌跡



# 從疾病的生命軌跡，主動詢問 他們可以接受安寧療護的需求

- **啟動**安寧療護對病人的幫助（尤其是非癌病人）
  - 原來醫療照護強度可提升（藥物與非藥物處置）
  - 期待未來盡量不去醫院（商討緊急事件時如何處置）
  - 共同面對老化與死亡的擔心與準備（增加社心靈因應與死診的準備）

當身體功能下降與疾病病痛造成生活品質不佳時，就有可能需要安寧療護。

- 若以疾病末期當安寧療護唯一收案的條件，容易忽略老人合併嚴重衰弱族群的安寧療護需求。
- 台灣善終趨勢是重視生活品質與生命意義  
(尤其病人自主權利法108年1月6日正式上路後)
- 「去疾病化」的安寧療護正在推行

## The GSF Prognostic Indicator Guidance

The National GSF Centre's guidance for clinicians to  
support earlier recognition of patients nearing the end of life

### Why is it important to identify people nearing the end of life?

**'Earlier identification of people nearing the end of their life and inclusion on the register leads to earlier planning and better co-ordinated care'**

(GSF National Primary Care Snapshot Audit 2010)

About 1% of the population die each year. Although some deaths are unexpected, many more in fact can be predicted. This is inherently difficult, but if we were better able to predict people in the final year of life, whatever their diagnosis, and include them on a register, there is good evidence that they are more likely to receive well-co-ordinated, high quality care.

This updated fourth edition of the GSF Prognostic Indicator Guidance, supported by the RCGP, aims to help GPs, clinicians and other professionals in earlier identification of those adult patients nearing the end of their life who may need additional support. Once identified, they can be placed on a register such as the GP's QOF / GSF palliative care, hospital flagging system or locality register. This in turn can trigger specific support, such as clarifying their particular needs, offering advance care planning discussions, prevention of crises, admissions and pro-active support to ensure they 'live well until they die'.

### Predicting needs rather than exact prognostication.

This is more about meeting needs than giving defined timescales. The focus is on anticipating patients' likely needs so that the right care can be provided at the right time. This is more important than working out the exact time remaining and leads to better proactive care in alignment with preferences.

### Definition of End of Life Care General Medical Council, UK 2010

People are 'approaching the end of life' when they are **likely to die within the next 12 months**. This includes people whose death is imminent (expected within a few hours or days) and those with:

- Advanced, progressive, incurable conditions
- General frailty and co-existing conditions that mean they are expected to die within 12 months
- Existing conditions if they are at risk of dying from a sudden acute crisis in their condition
- Life-threatening acute conditions caused by sudden catastrophic events.

### Three triggers that suggest that patients are nearing the end of life are:

1. **The Surprise Question: 'Would you be surprised if this patient were to die in the next few months, weeks, days'?**
2. **General indicators of decline - deterioration, increasing need or choice for no further active care.**
3. **Specific clinical indicators related to certain conditions.**

- 十年前英國基層醫療曾嘗試安寧醫療照護篩檢：

驚訝問題法

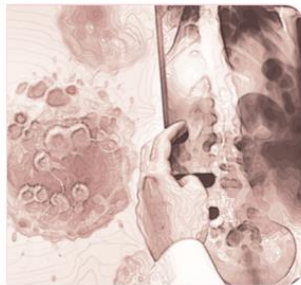
(surprise questions)

如果這病人在幾天、幾週、幾月內死亡，你不會感到驚訝。



## 末期病人預後評估與預後量表的臨床應用

林譽家<sup>1</sup> 林明慧<sup>2,4</sup> 陳曾基<sup>3,4,5</sup>



### 前言

末期病人的預後評估不論對於醫療人員或病人自身均至關重要。對於醫療人員來說，病人的預期壽命是許多治療模式與臨床決策的依據。舉凡緩和性全身治療（如：化療、標靶治療）之啟動、治療強度與中止的決策；緩和手術與處置的執行與否、人工營養或水分(artificial nutrition or hydration)的補充，抑或是提供安寧療護(hospice care)，均取決於病人的預後<sup>[1]</sup>。相對明確的預後評估，能使病人及時完成臨終規劃，保障末期病人的醫療意願與權利。因此，如何精確的評估末期病人的預後，並給予完善的醫療服務與支持，便成了醫療人員的重要課題。

### 癌症病人預後的評估

自1982年起，癌症已連續38年位居

國人十大死因之首。據衛生福利部統計處的資料顯示，2019年癌症死亡人數為50,232人，占有死亡人數的28.6%，而每十萬人口中，便有212.9人死於癌症<sup>[2]</sup>。考量到癌症對病人的身體功能、生活品質、及心靈影響甚鉅，醫療人員應致力於為期望了解預後信息的病人或家屬提供具準確性及可靠信的預後評估。

#### 一、臨床醫師的存活預測(clinician prediction of survival, CPS)

在實務上，臨床醫師的存活預測是估計癌症病人生存率的最常用方法<sup>[3]</sup>，可分為三種型式<sup>[1]</sup>：

1. 時間法(temporal approach)，如：這位病人還能活多久？
2. 概率法(probabilistic approach)，如：該病人在（特定時間範圍）存活的概率是多少？
3. 驚訝問題法(surprise questions)，如：如果這名病人在（特定時間段）死亡，我會感到驚訝嗎？

其中，驚訝問題法相對於其他2種方法具有較高的預測準確性，且比起其他族群病人，驚訝問題法更適合用於癌症病人<sup>[4]</sup>。

# 對非癌病人的生存期評估較不準確

## 'Surprise' NHS question sees patients told they are about to die

A 'SURPRISE' question used across the NHS is thought to be the culprit for thousands of patients being told they are about to die.

By **REBECCA FLOOD**

21:05, Wed, Aug 2, 2017 | UPDATED: 21:14, Wed, Aug 2, 2017



(翁益強 2023)

1 臺北榮民總醫院家庭醫學部住院醫師

2 臺北榮民總醫院家庭醫學部主治醫師

3 臺北榮民總醫院家庭醫學部主任

4 國立陽明交通大學醫學院醫學系家庭醫學科

5 國立陽明交通大學醫學院醫務管理研究所

關鍵字：prognosis, prediction, prognostic models.

# 英國NHS以 Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) 篩選社區 安寧療護需求

The SPICT™ is used to help identify people whose health is deteriorating. Assess them for unmet supportive and palliative care needs. Plan care.

Look for any general indicators of poor or deteriorating health.

- Unplanned hospital admission(s).
- Performance status is poor or deteriorating, with limited reversibility. (eg. The person stays in bed or in a chair for more than half the day.)
- Depends on others for care due to increasing physical and/or mental health problems. The person's carer needs more help and support.
- Progressive weight loss; remains underweight; low muscle mass.
- Persistent symptoms despite optimal treatment of underlying condition(s).
- The person (or family) asks for palliative care; chooses to reduce, stop or not have treatment; or wishes to focus on quality of life.

Look for clinical indicators of one or multiple life-limiting conditions.

## Cancer

Functional ability deteriorating due to progressive cancer.  
Too frail for cancer treatment or treatment is for symptom control.

## Dementia/ frailty

Unable to dress, walk or eat without help.  
Eating and drinking less; difficulty with swallowing.  
Urinary and faecal incontinence.  
Not able to communicate by speaking; little social interaction.  
Frequent falls; fractured femur.  
Recurrent febrile episodes or infections; aspiration pneumonia.

## Neurological disease

Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy.  
Speech problems with increasing difficulty communicating and/or progressive difficulty with swallowing.  
Recurrent aspiration pneumonia; breathless or respiratory failure.  
Persistent paralysis after stroke with significant loss of function and ongoing disability.

## Heart/ vascular disease

Heart failure or extensive, untreatable coronary artery disease; with breathlessness or chest pain at rest or on minimal effort.  
Severe, inoperable peripheral vascular disease.

## Respiratory disease

Severe, chronic lung disease; with breathlessness at rest or on minimal effort between exacerbations.  
Persistent hypoxia needing long term oxygen therapy.  
Has needed ventilation for respiratory failure or ventilation is contraindicated.

## Other conditions

Deteriorating with other conditions, multiple conditions and/or complications that are not reversible; best available treatment has a poor outcome.

## Kidney disease

Stage 4 or 5 chronic kidney disease (eGFR < 30ml/min) with deteriorating health.  
Kidney failure complicating other life limiting conditions or treatments.  
Stopping or not starting dialysis.

## Liver disease

Cirrhosis with one or more complications in the past year:

- diuretic resistant ascites
- hepatic encephalopathy
- hepatorenal syndrome
- bacterial peritonitis
- recurrent variceal bleeds

Liver transplant is not possible.

## Review current care and care planning.

- Review current treatment and medication to make sure the person receives optimal care; minimise polypharmacy.
- Consider referral for specialist assessment if symptoms or problems are complex and difficult to manage.
- Agree a current and future care plan with the person and their family/people close to them. Support carers.
- Plan ahead early if loss of decision-making capacity is likely.
- Record, share, and review care plans.

Please register on the SPICT website ([www.spict.org.uk](http://www.spict.org.uk)) for information and updates.

SPICT™ April 2019



# HHS Public Access

Author manuscript

*JAMA*. Author manuscript; available in PMC 2020 December 29.

Published in final edited form as:

*JAMA*. 2020 October 13; 324(14): 1404–1405. doi:10.1001/jama.2020.15075.

## Palliative Care for Patients with Non-cancer Illnesses

**Krista L. Harrison, PhD<sup>1,2</sup>, Ashwin A. Kotwal, MD, MS<sup>1,3</sup>, Alexander K. Smith, MD, MPH, MS<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup>Division of Geriatrics, University of California, San Francisco

<sup>2</sup>Philip R. Lee Institute for Health Policy Studies, University of California, San Francisco

<sup>3</sup>San Francisco Veterans Affairs Medical Center, San Francisco

## 非癌病人安寧需求與癌症病人不同

### 重點在非癌病人接受安寧療護的利弊

- To date, the evidence for the benefits of palliative care among patients with cancer is far more advanced than the evidence for patients with noncancer serious illnesses. In a 2016 systematic review and meta-analysis of 43 randomized clinical trials (RCTs) of specialty palliative care, 70% of the trials included patients with cancer. Yet cancer represents only a fraction of serious illness and the needs of patients with cancer are often distinct from those of patients with noncancer serious illness. Patients with advanced heart disease or lung disease often have a less predictable course punctuated by periods of decline and remittance. Consequently, a key question remains: can the benefits of palliative care demonstrated among patients with cancer be translated to other disease groups and patient populations?

## 非癌病人接受安寧療護好處：少去急診與住院、少症狀負擔、可預立善終醫療醫囑。

- The diversity of identified studies and their combined findings suggest **palliative care provides benefits for patients with noncancer illness**. Palliative care interventions, compared with usual care, were associated with **less ED use 急診** (9 trials pooled for meta-analysis, [n = 2712 patients]; 20% vs 24% of patients with ED use; odds ratio [OR], 0.82 [95% CI, 0.68-1.00]) and, **less hospitalizations** (14 trials, [n = 3706 patients]; 38% vs 42% of patients; OR, 0.80, [95% CI, 0.65-,0.99]), **lower symptom burden** (11 trials, [n = 2598 patients]; pooled standardized mean difference [SMD], -0.12 (95% CI, --0.20, to --0.03]). Compared with usual care, **more patients who received palliative care received advance care planning** (7 trials [n = 5935 patients]; 38% vs 42%,; OR, 2.95, [95% CI, 1.52-,5.73]).

盡力醫療照護我，既使生重病，也要送醫，直到無法醫治為止。（一般醫療常規）

憲法 第十五條：

- 人民之生存權、工作權及財產權，應予保障。

醫師法 第二十一條：

- 醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。

# 在長照機構的 安寧醫療照護

- 增加癲癇藥物劑量 ✓
- 蒸氣化痰、抽痰 ✓
- 肺炎抗生素 ✓
- 退燒藥 ✓
- 鼻導管氧氣使用 ✓
- 鼻胃管灌食 ✓
- 痛或喘時給予嗎啡 ✓
- 身體照護和翻身擺位 ✓

安寧緩和醫療條例 第七條：

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。

安寧緩和醫療條例 第三條：

三、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。

四、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。

# 現在請想辦法讓我走： 需符合「預立醫療決定」的善終醫療照護常規

- 增加癲癇藥物劑量 V
- 蒸氣化痰、抽痰 V
- 肺炎抗生素 X
- 退燒藥 V
- 鼻導管氧氣使用 ?
- 鼻胃管灌食 X
- 痛或喘時給予嗎啡 V
- 身體照護和翻身擺位 V

## 病人自主權利法 第三條

本法名詞定義如下：

一、維持生命治療：指心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等任何有可能延長病人生命之必要醫療措施。

二、人工營養及流體餵養：指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分。

現在請想辦法讓我走：  
因非病人明確意願，只能以安寧療護為主！

當面對病人昏迷不醒或植物人狀態的安寧療護：

- 症狀處置
- 舒適護理與身體照顧
- 適切營養水分（繼續鼻胃管灌食）
- 討論病危時處置
- 瀕死期留在長照機構或回家或去醫院？
- 死診議題與喪葬事宜

# 目前醫療照護場域的善終有兩種： 末期病人（安寧療護）與預立醫療決定

依據安寧緩和醫療條例  
第三條：

二、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，**近期内**病程進行至死亡已不可避免者。

依據病人自主權利法第十四條：

病人符合下列臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部：

- 一、末期病人。
- 二、**處於不可逆轉之昏迷狀況**。
- 三、**永久植物人狀態**。
- 四、**極重度失智**。
- 五、其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。

# 病人自主權利法中五款臨床條件與確診條件

| 臨床條件    | 定義（依病主法施行細則10~14：特定臨床條件）                                                                                                                                            | 二位專科醫師確診                      |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 末期病人    | 依安寧緩和醫療條例 § 3-2                                                                                                                                                     | 與該疾病診斷或治療相關專科醫師               |
| 不可逆轉之昏迷 | 因腦部病變，經檢查顯示符合下列情形之一之持續性重度昏迷：<br>1. 因 <b>外傷</b> 所致，經診察其意識超過 <b>六個月</b> 無恢復跡象<br>2. 非因外傷所致，經診察其意識超過 <b>三個月</b> 無恢復跡象<br>3. 有 <b>明確醫學證據</b> 確診腦部受嚴重傷害， <b>極難恢復</b> 意識。 | <b>神經醫學</b> 相關之專科醫師           |
| 永久植物人   | 因腦部病變，經檢查顯示符合下列情形之一之植物人狀態：<br>1. 因外傷所致，其植物人狀態超過 <b>六個月</b> 無改善跡象<br>2. 非因外傷所致，其植物人狀態超過 <b>三個月</b> 無改善跡象                                                             | <b>神經醫學</b> 相關之專科醫師           |
| 極重度失智   | 確診失智程度嚴重，持續有意識障礙，導致無法進行生活自理、學習或工作，並符合下列情形之一者：<br>1. 臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating) 達三分以上。<br>2. 功能性評估量表(Functional Assessment Staging Test) 達七分以上。              | <b>神經或精神醫學</b> 相關之專科醫師        |
| 其他      | 其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或 <b>痛苦難以忍受</b> 、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。                                                                                                      | <b>110. 4. 13 公告第五款：十二種疾病</b> |



預立醫療決定啟動前

2位專科醫師確診

特殊  
臨床  
條件

-  末期病人
-  不可逆轉昏迷
-  永久植物人
-  極重度失智
-  其他公告重症

2次安寧照會

面對主治醫師  
無法給予疾病  
（癌症）治癒  
治療，只能給  
予延長有限生  
命治療或症狀  
控制時....



應該結合**安寧專業醫療照護**：

- 醫療人員**專注**於症狀控制，給予專業的舒適護理、翻身擺位、和身體清潔等。
- 在同理溝通和良好醫病關係下，為病人量身訂作適切的醫療照護流程，與協助病人想要的善終準備。
- 提供病人社心靈的照護，和家屬的哀傷撫慰等。

## ORIGINAL ARTICLE

## Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):733-42.  
doi: 10.1056/NEJMoa1000678.

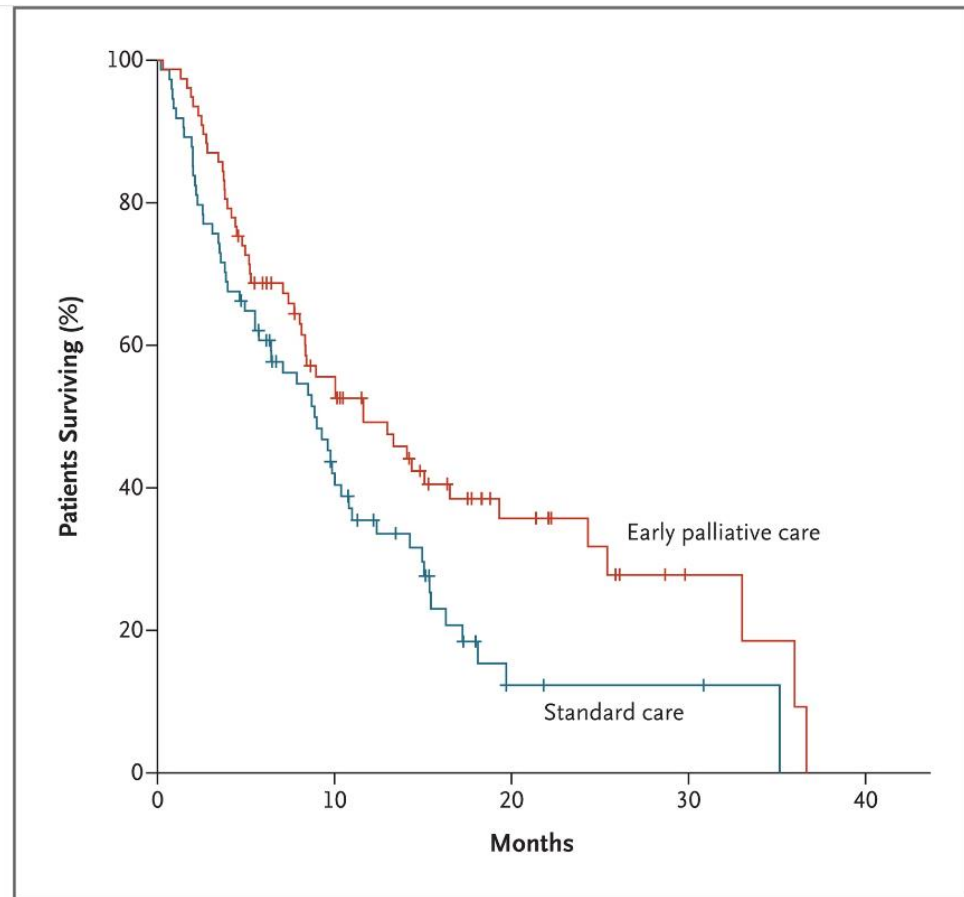


Figure 3. Kaplan–Meier Estimates of Survival According to Study Group. Survival was calculated from the time of enrollment to the time of death, if it occurred during the study period, or to the time of censoring of data on December 1, 2009. Median estimates of survival were as follows: 9.8 months (95% confidence interval [CI], 7.9 to 11.7) in the entire sample (151 patients), 11.6 months (95% CI, 6.4 to 16.9) in the group assigned to early palliative care (77 patients), and 8.9 months (95% CI, 6.3 to 11.4) in the standard care group (74 patients) ( $P=0.02$  with the use of the log-rank test). After adjustment for age, sex, and baseline Eastern Cooperative Oncology Group performance status, the group assignment remained a significant predictor of survival (hazard ratio for death in the standard care group, 1.70; 95% CI, 1.14 to 2.54;  $P=0.01$ ). Tick marks indicate censoring of data.

# 受苦的意義



單國璽 主教

(1923年12月2日－  
2012年8月22日)

- 2006年7月當醫師宣告第四期肺腺癌，大概只剩下最後4個半月的生命，我像大多數癌症病人初聽噩耗的第一個反應一樣：

「為什麼是我？」

- 但祈禱半小時後，欣然接受，「為什麼不是我？」

# 末期病人之症狀評估處置SOP

## 安寧醫療照護之處置流程

是否瀕死期



症狀可逆性



可否減少受苦增進生活品質



處置是否會延長存活期



尊重病人醫療意願

# 辨別末期病人是否進入瀕死期是 症狀處置之關鍵

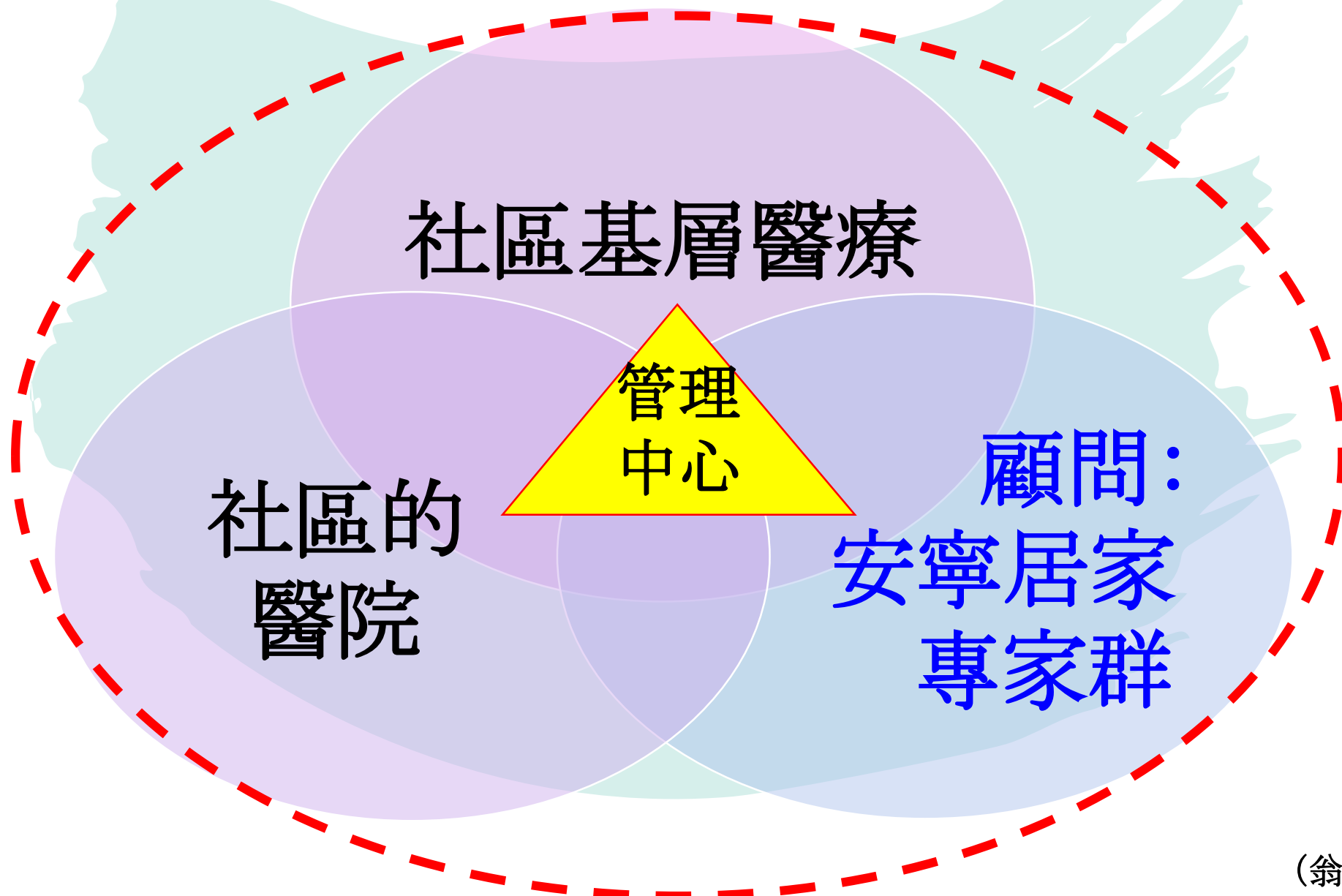
- 例如末期病人無法由口進食時，營養議題討論：
  - 營養提供是否符合基本需求就好？（預估病人存活可能超過幾周）
  - 若是末期瀕死時，營養提供是否只考慮水分進出之管控？（預估病人存活可能只有幾天）

# 常見的瀕死現象

提醒家人若出現某些症狀，可能代表死亡將近：

1. 意識狀況：在臨終前，病人往往會呈現意識不清，但病人往往仍然可以感受到周圍人群，聽覺最晚喪失。
2. 皮膚：往往變得濕冷，膚色會出現紫斑、肢端會發紺、臉色較灰，有些病人會冒冷汗，可以毛巾拭乾。
3. 眼睛：眼神呆滯、眼眶凹陷、光反射消失、鞏膜水腫。
4. 呼吸：呼氣漸漸變長，吸氣短而費力，呼吸漸漸不規則、變慢，成為喟嘆式呼吸。可能出現呼吸嘎聲，似乎呼吸道分泌物很多，但抽痰痰量不多，這是死亡前的正常現象，病人並不會因此而感覺不適。
5. 消化系統：病人會吞嚥困難，病人可能有大便失禁。
6. 泌尿系統：病人可能尿量減少，尿液滯留或尿失禁。
7. 循環系統：血壓開始下降，脈搏微弱或不規則。

# 建立社區安寧醫療照護網



# 設立社區安寧療護專科護理師來協助管理

## 南投醫院社區安寧醫療照護管理中心

- 負責人：放射腫瘤科 翁益強 主任
- 社區安寧專科護理師協調管理：簡慈儀 護理師
- 單一窗口與連絡電話：0800-888-705 (提供轉介和諮詢)



- 安排定期與基層醫療團隊開會討論服務中個案與結案善終與否
- 服務中困難個案討論 (並記錄)
- 傳遞病人家屬訊息給醫療團隊 (利用line通訊軟體)
- 協助社區安寧療護個案訪視
- 安排安寧團隊繼續教育
- 建立社區安寧療護資料庫與完成相關安寧品質指標等報表
- 聯結外部資源協助

# 台灣社區安寧療護的烏托邦

- 回家真好！依照病人意願與好的照護人力與能力，再結合當地醫療資源。
- 社區的醫院與基層醫療合作，成立社區安寧醫療網。
- 當地醫療資源至少應包括安寧醫師、安寧護理師與安寧照護員。
- 當地善終準備與悲傷撫慰的專業人員

動口又動手  
細心又有效



# 我的家人或我照顧的病人 符合健保安寧居家資格嗎？

安寧照顧基金會提供免付費諮詢專線，歡迎撥打

**安寧療護** 相關問題請撥

**0800-008-520**

**病人自主權利法** 相關問題請撥

**0800-008-545**

