



台灣的新安寧運動

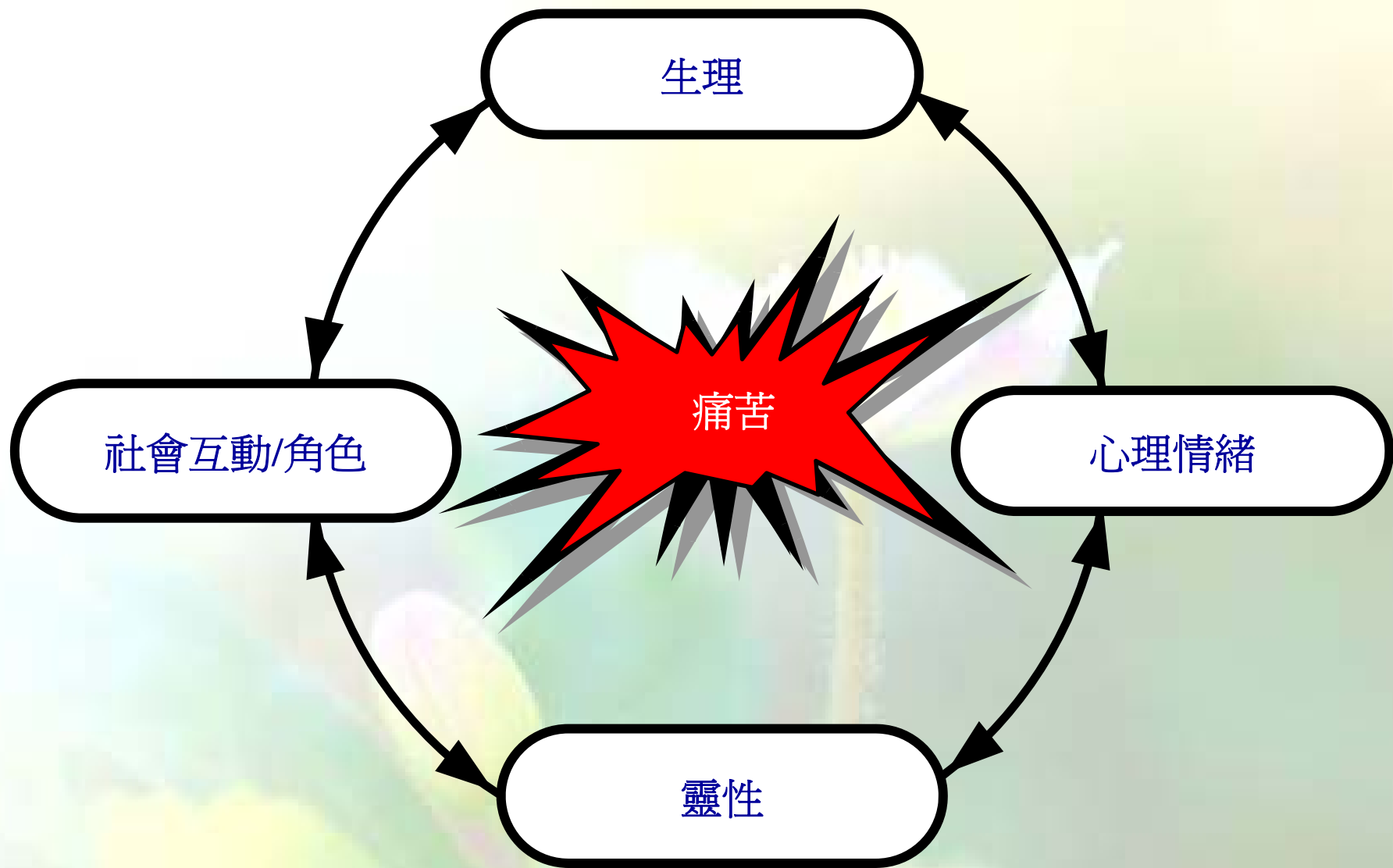
慈濟醫院心蓮病房

王英偉

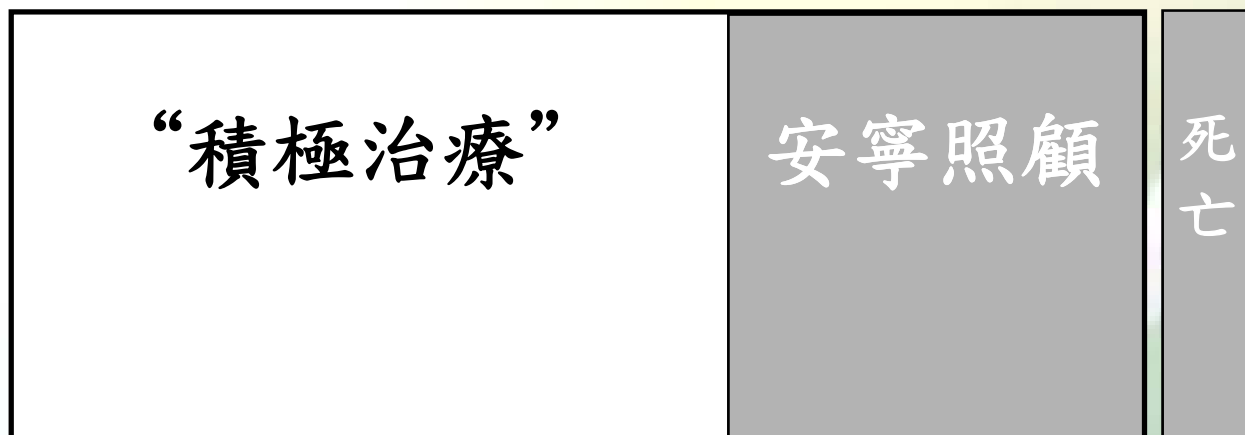
安寧緩和療護定義

- 世界衛生組織於2002年最新定義安寧緩和照顧為針對面對威脅生命之疾病的病人與家屬的一種照顧方式，其目標是藉由早期偵測及無懈可擊的評估與治療疼痛及其他身、心、靈的問題，預防及減緩痛苦，以達提昇生活品質之目標。此定義中強調，安寧緩和照顧以團隊照顧的方式滿足病人及家屬的需求；提供病人疼痛及其他身、心、靈痛苦症狀的緩解，並協助家屬在病人的臨終期及病人死亡後的哀傷期（bereavement）的調適

World Health Organization. (2002). National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines. (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.

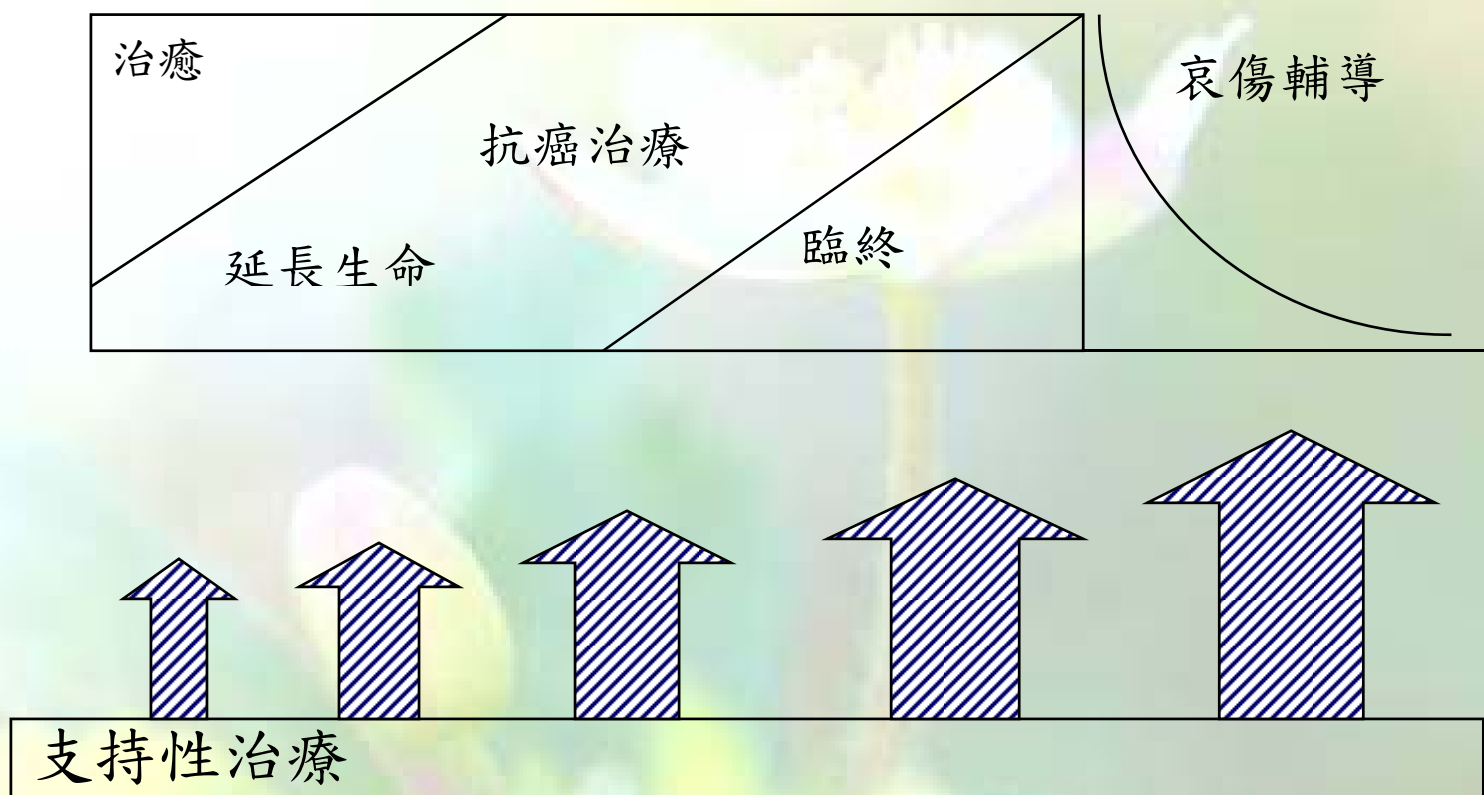


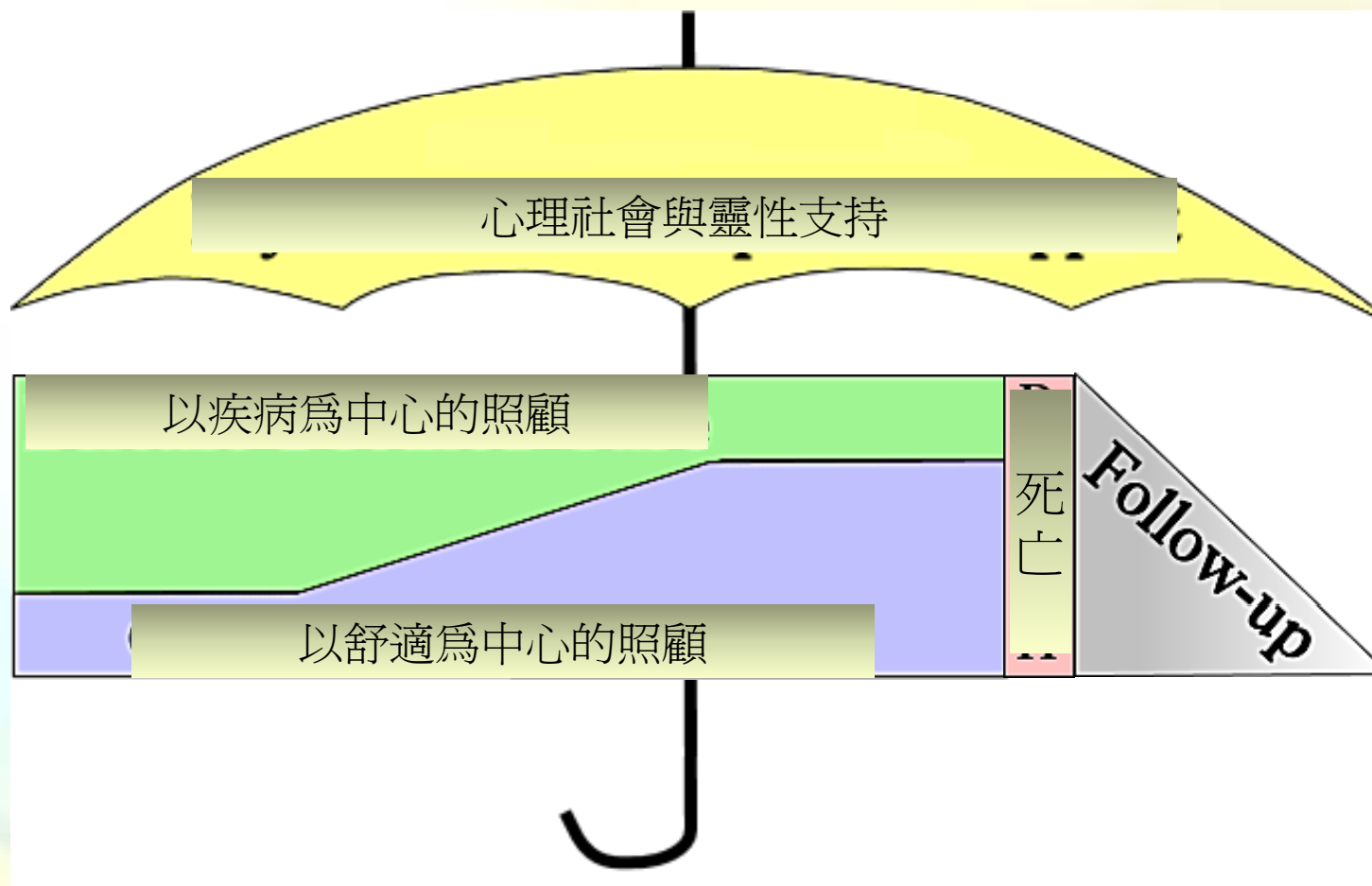
緩和安寧療護模式的發展



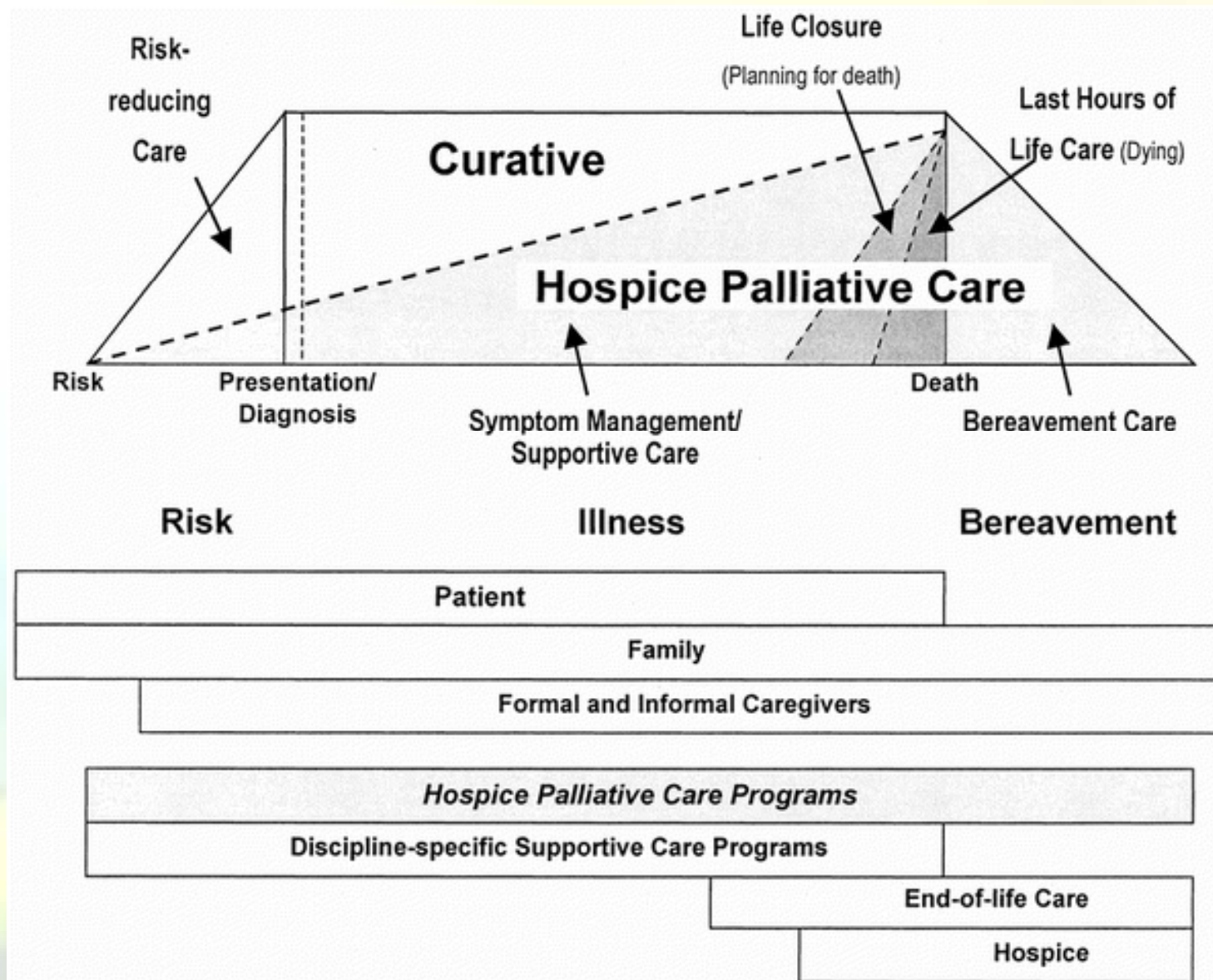
Sheffield Model (2000 Walsh)

癌症照顧模式





Palliative care within the experience of illness, bereavement, and risk. From Frank D. Ferris, MD, Medical Director, Palliative Care Standards/Outcomes, San Diego Hospice, 4311 Third Avenue, San Diego, CA, USA 92103-1407.



“ The time has now come for the next stage..... the introduction of palliative care into mainstream medicineto give relief but also choice to each individual and family.

現在是第二階段的時候了...使緩和安寧療護成為主流醫學的一部分...除了減輕症狀外，亦讓病人及他們的家屬可作出他們自己的選擇

**Dame Cicely Saunders
WHO 2004 ‘Palliative Care The Solid Facts’**

- “末期” 照護不應只針對癌症，其他如老人醫學，神經科、家庭醫學科...及涵蓋其他的科別 Saunders, 1996



Ensuring the best end-of-life care

- 5 stages

5. Any time- 所有時間 OOH +
support from diagnosis

4. Any place- 所有地方 *Care Homes,*
hospitals + Comm. hospitals,
hospices

3. Any patient- 所有診斷 *Cancer +*
non-cancer patients eg HF pts

2. Any pt/carer 病人與家屬
Informed, empowered + enabled

1 Any clinician 所有醫師
Framework for generalist
supportive care-GSF + LCP' hands'
Education- 'head'

緩和安寧療護的照顧範疇

	預期存活時間	功能指標 Karnofsky
Primary palliation 基本緩和療護	> 6 月	70-90
Early palliation 早期緩和療護	2-3 月	50-60
Late palliation 後期安寧療護	< 1 月	20-40
Imminently dying 臨終	<1-2 週	<10



世界衛生組織四個要點 Palliative for All

適當的政策

足夠的藥物

對大眾及決策者觀念的推動

執行

+

對社區結合

PALLIATIVE CARE FOR ALL:

**BY THE PEOPLE, THROUGH THE PEOPLE AND
FOR THE PEOPLE**

安寧緩和療護的實務 (Finlay 1995; NHCSPCS 1995)

- 安寧緩和療護的照顧 Palliative care approach
 - 所有的醫護人員
 - 針對所有的診斷、病程、照顧的場所
 - 包括身、心、靈整體的照顧
 - 包括病人及家屬的照顧
- 緩和介入 Palliative interventions
 - 包括一些非治癒性的處置、目的在提高病人的生活品質，如化療、放射療法、疼痛控制…
- 專業的安寧緩和療護 Specialist palliative care
 - 包括團隊照顧
 - 在各種的場所，如居家、住院、…
 - 包括教學、研究、推廣…

安寧緩和療護的三個層次

1. 第一層次 - 基本安寧療護 Palliative Care Approach:

所有專業人員者應有的知識

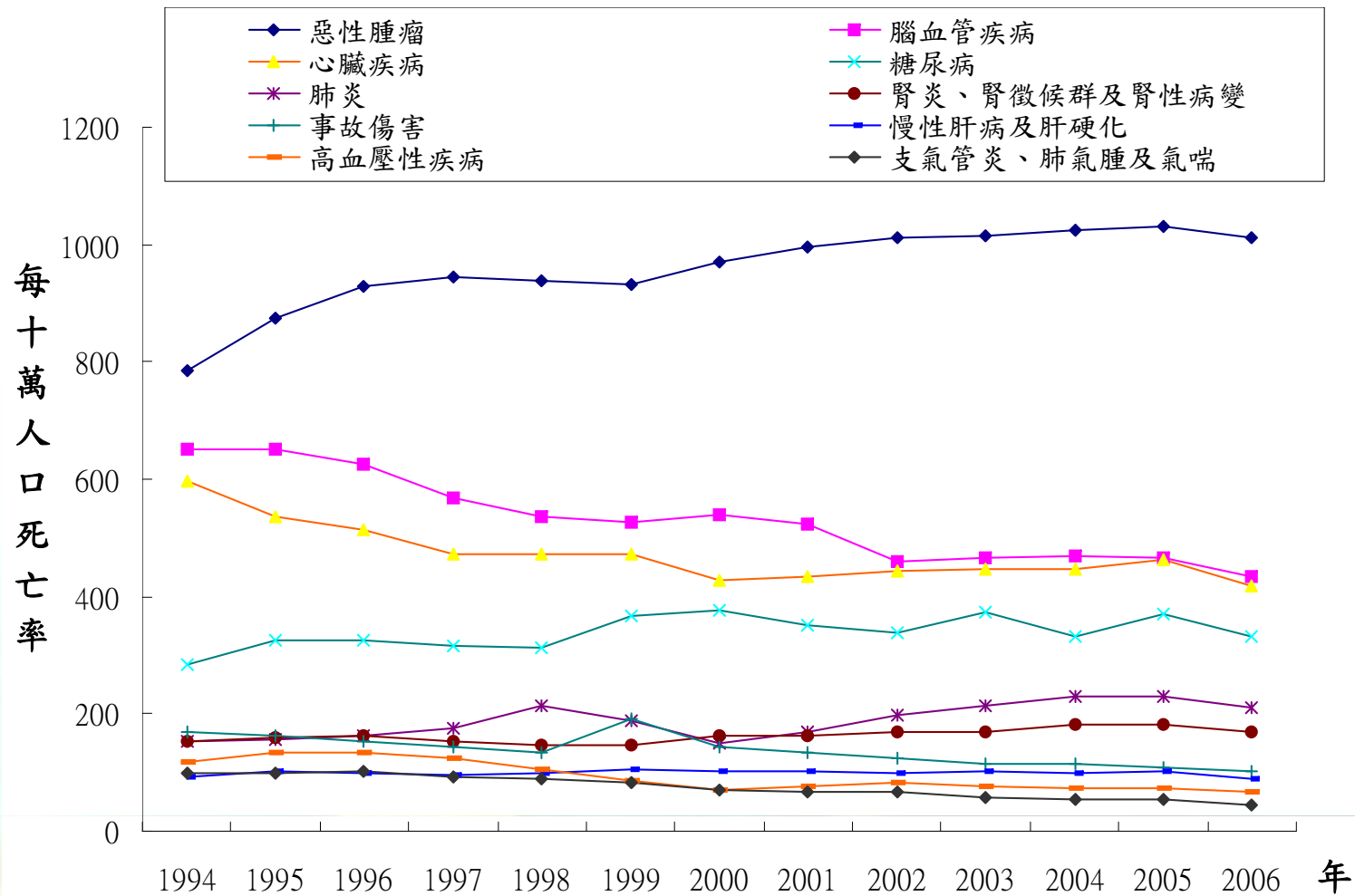
2. 第二層次 - 一般安寧療護 General Palliative Care:

中間層次，由各專科醫護人員提供，他們曾受相關安寧的訓練，但不是全職安寧工作人員

3. 第三層次 - 安寧專業層次 Specialist Palliative Care:

全職的安寧專業人員，提供照護、諮詢、教育、研究等功能

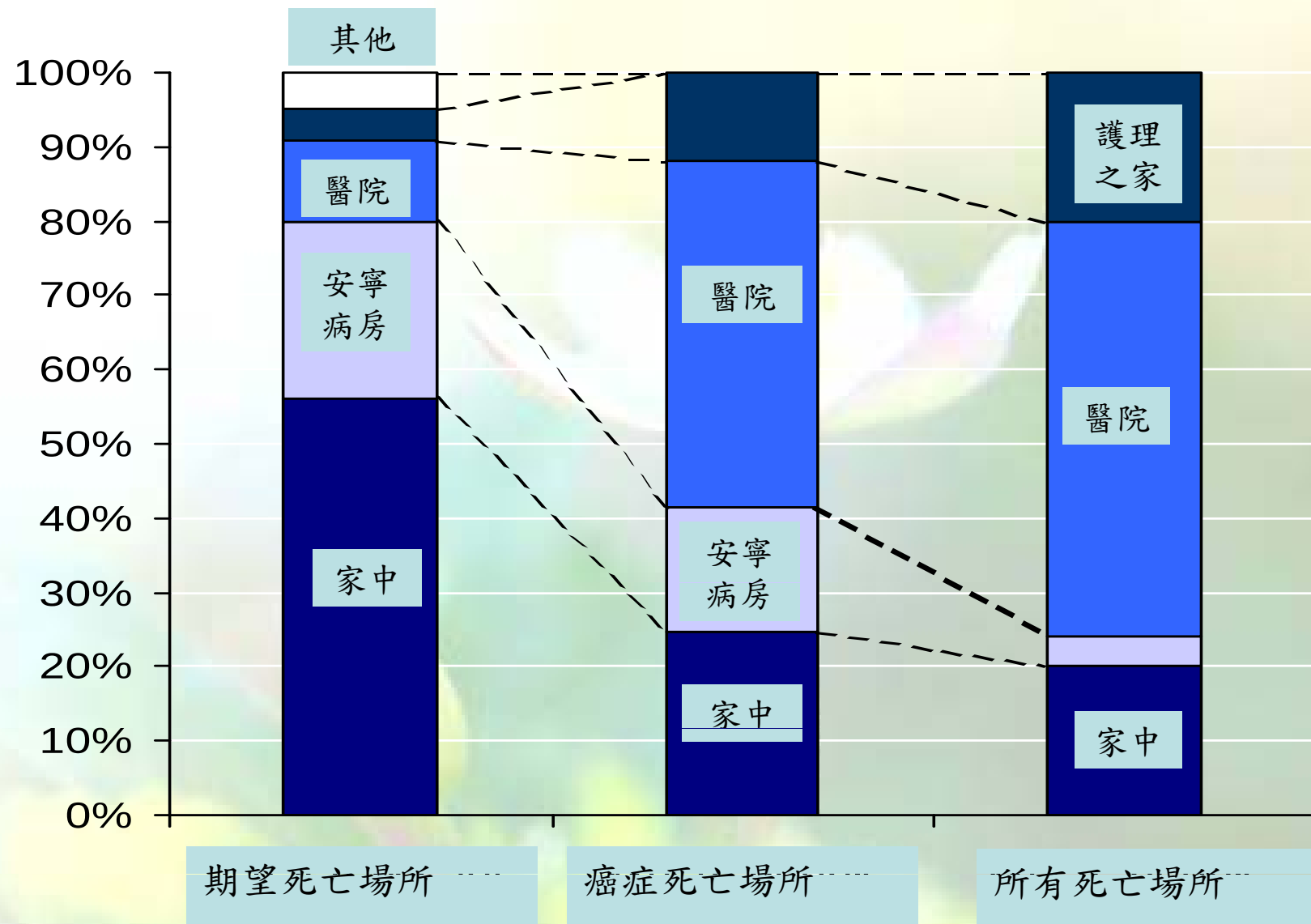
圖一 1994-2006年台灣65歲以上人口主要死因死亡率



資料來源：衛生署統計室（1994-2006年）

	所有死因	惡性腫瘤	心臟疾病	腦血管疾病	糖尿病	肺炎 COPD	慢性肝病 及肝硬化	腎炎、腎 徵候群及 腎性病變	高血壓性 疾病
2000	124,481	31,554	10,552	13,332	9,450	3,302	5,174	3,872	1,602
2001	126,667	32,993	11,003	13,141	9,113	3,746	5,239	4,056	1,766
2002	126,936	34,342	11,441	12,009	8,818	4,530	4,795	4,168	1,947
2003	129,878	35,201	11,785	12,404	10,013	5,099	5,185	4,306	1,844
2004	133,677	36,357	12,861	12,339	9,191	5,536	5,351	4,680	1,806
2005	138,957	37,222	12,970	13,139	10,501	5,687	5,621	4,822	1,891
2006	135,071	37,998	12,283	12,596	9,690	5,396	5,049	4,712	1,816
2007	139,376	40,306	13,003	12,875	10,231	5,895	5,160	5,099	1,977

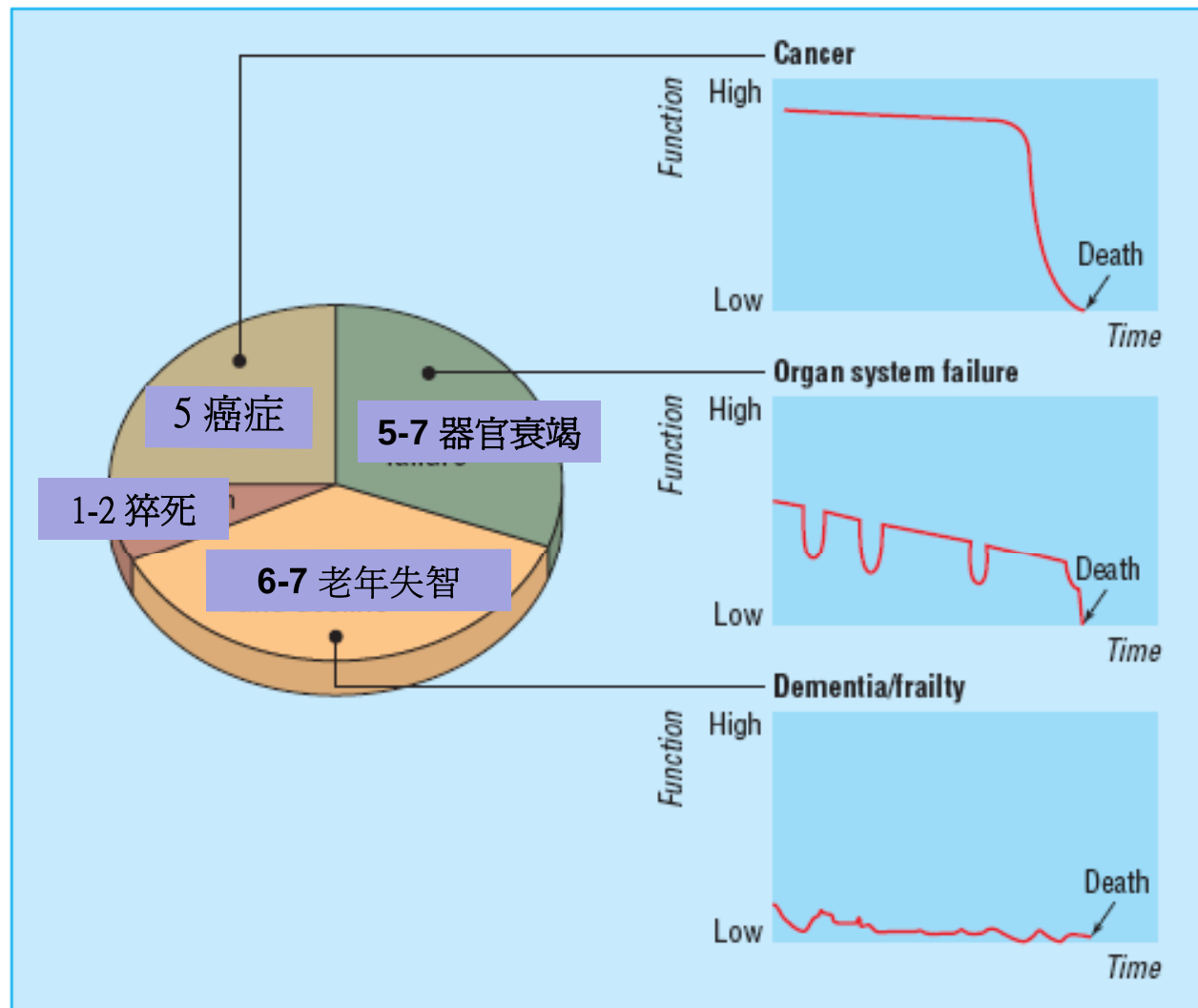
期望死亡場所與實際死亡場所之比較



Symptoms	CANCER	AIDS	HEART DISEASE	*COPD	RENAL DISEASE
Pain	35-96	63-80	41-77	34-77	47-50
Depression	3-77	10-82	9-36	37-71	5-60
Anxiety	13-79	8-34	49	51-75	39-70
Confusion	6-93	30-65	18-32	18-33	?
Fatigue	32-90	54-85	69-82	68-80	73-87
Breathlessness	10-70	11-62	60-88	90-95	11-62
Insomnia	9-69	74	36-48	55-65	31-71
Nausea	6-68	43-49	17-48	?	30-43
Constipation	23-65	34-35	38-42	27-44	29-70
Diarrhea	3-29	30-90	12	?	21
Anorexia	30-92	51	21-41	35-67	25-64

Solano JP, Gomes B, Higginson IJ . A comparison of symptom prevalence in far-advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and renal disease, Journal of Pain and Symptom Management. 2005.

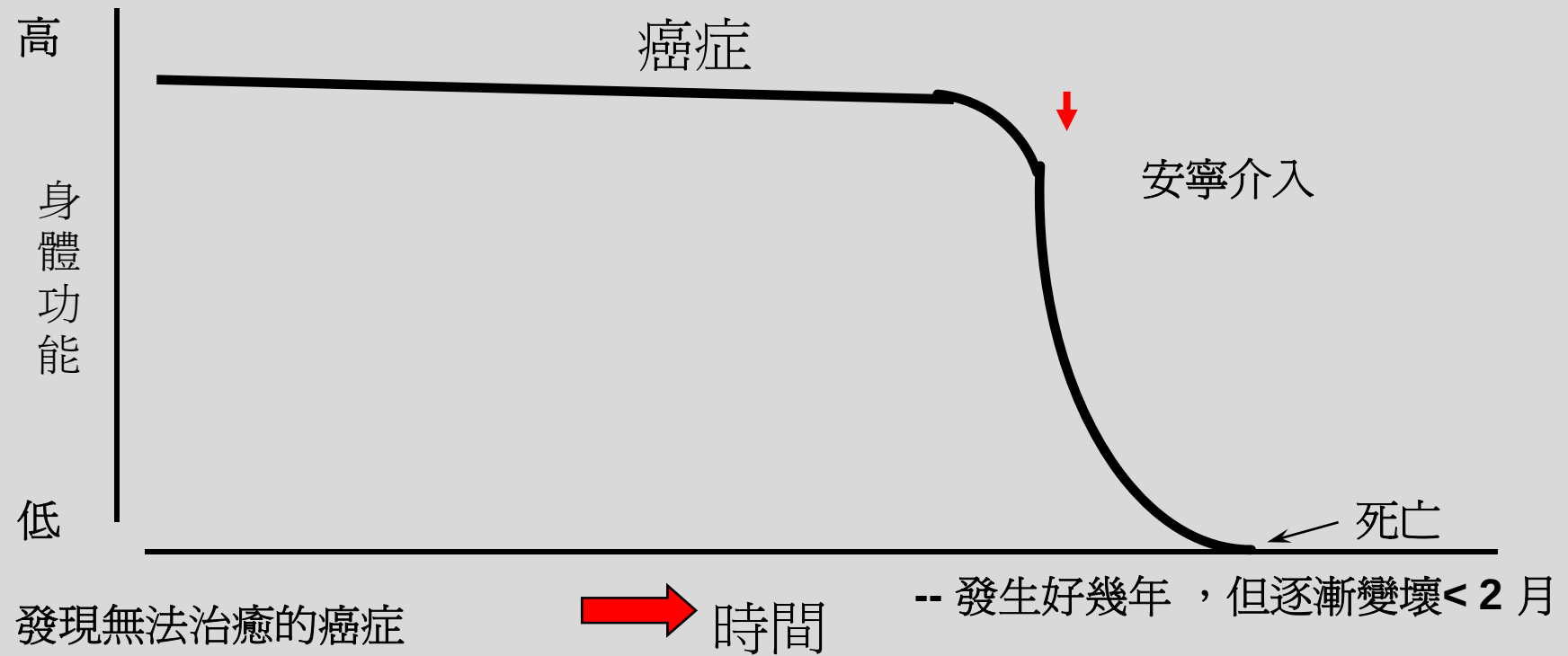
英國基層醫師每年接觸的死亡個案 – 20 Deaths / GP / yr



Workload of general practitioners, with illness trajectories for patients with cancer, organ failure, and old age, frailty, dementia, and decline

Lynn & Adamson 2003

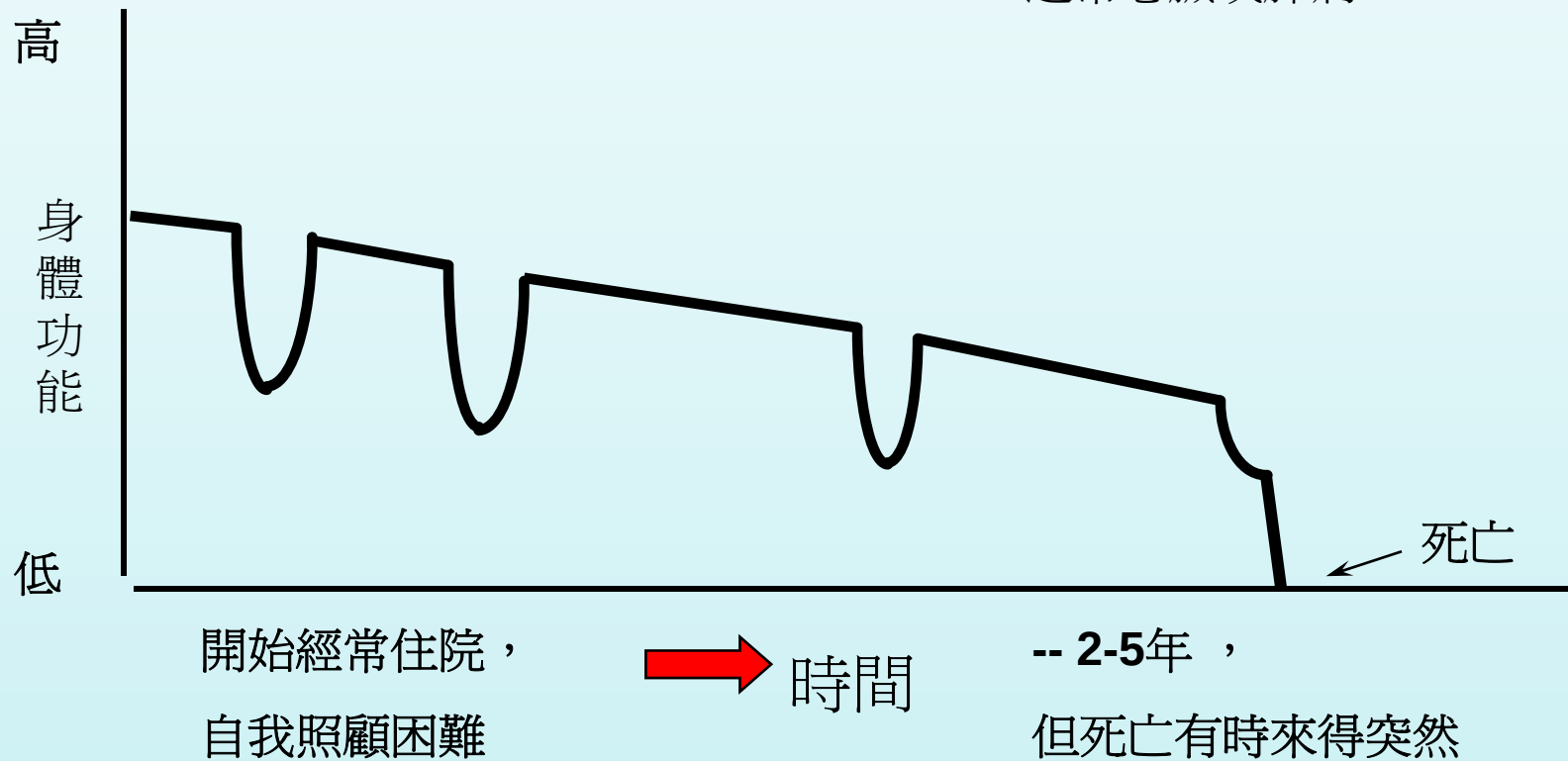
“Cancer” Trajectory 癌症的過程， 從診斷到死亡



Organ System Failure Trajectory

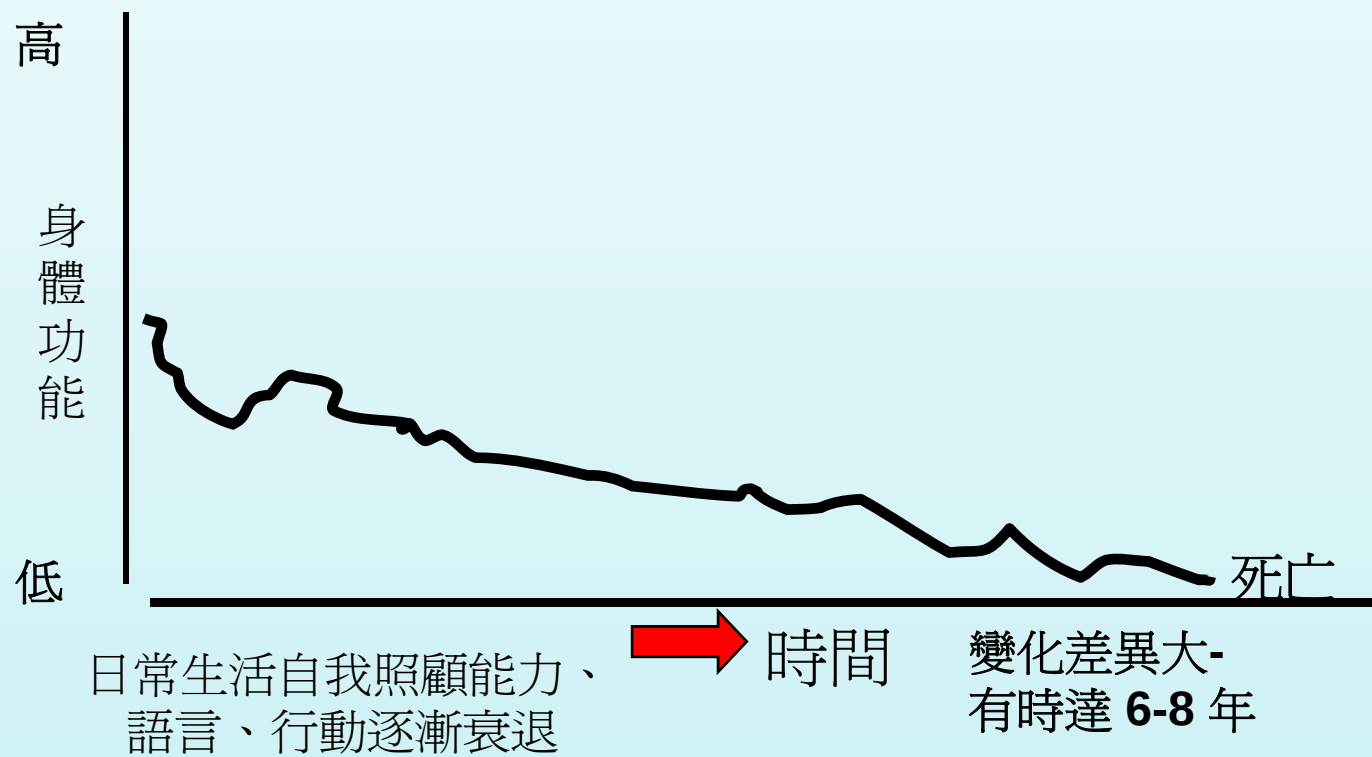
器官衰竭的過程

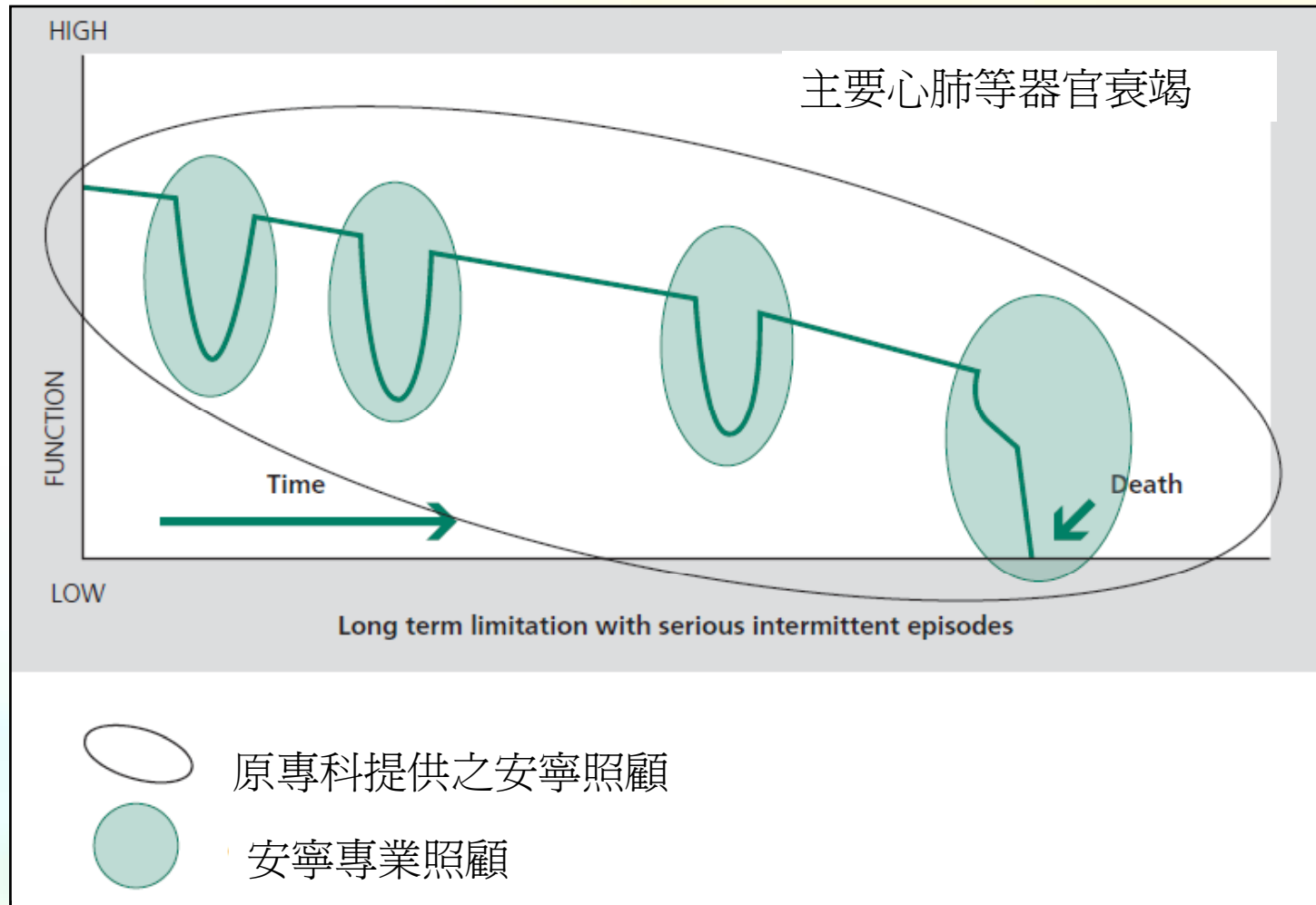
通常心臟或肺病



Dementia/Frailty Trajectory

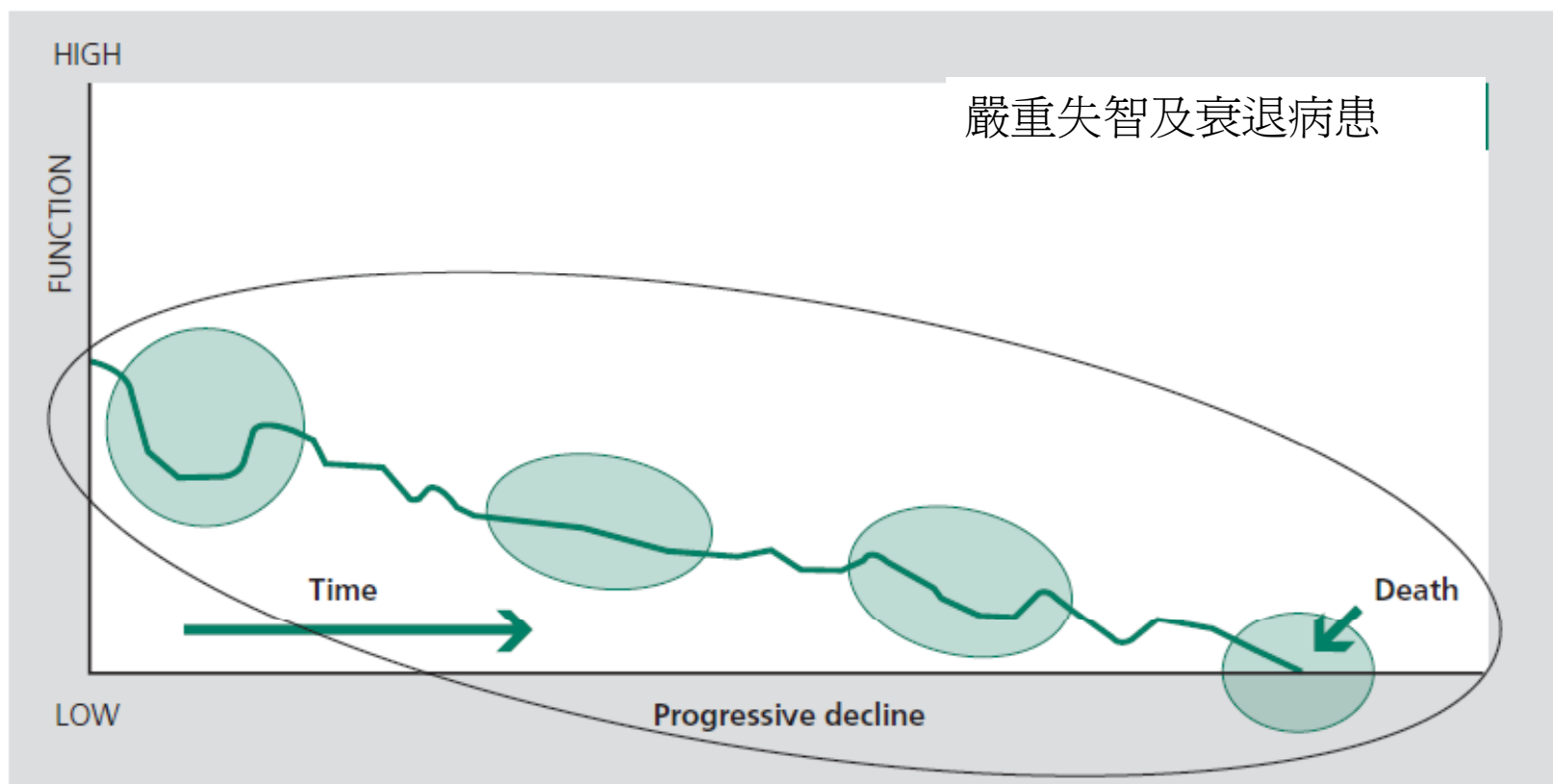
老年退化的過程





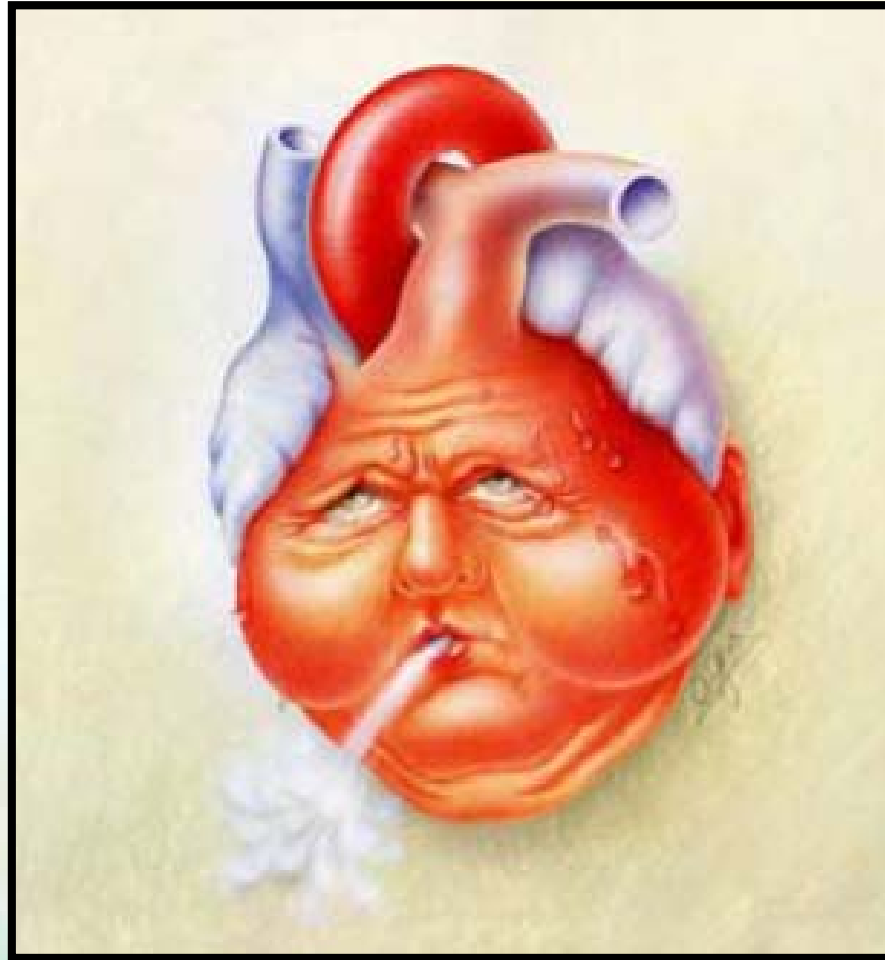
Palliative Care for All - Integrating Palliative Care into Disease Management Frameworks
Joint HSE and IHF Report of the Extending Access Study Published 2008i

TIMING OF PALLIATIVE CARE IN DISEASE TRAJECTORY MOST COMMON IN DEMENTIA AND FRAILITY [ADAPTED FROM 60]¹⁵



原專科提供之安寧照顧

安寧專業照顧



“It is easier to die of Cancer than Heart or Renal failure”

John Hinton (Medical Attending Physician) 1963

病人的經驗 (Murray 2002)

Lung Cancer 肺癌	Cardiac Failure 心臟衰竭
• 病程變化較清楚，病人可為死亡準備 • 開始時覺得還好，但被告知病情嚴重 • 較能瞭解診斷與預後 • 相對來說較焦慮 • 搖擺於希望與失望	• 緩慢病情下降，有時會急性惡化，甚至可能突然死亡 • 感到不舒服但常被會告知沒事 • 對診斷與預後不是那麼清楚 • 相對來說較沒有被注意與筋疲力盡 • 每天大都在絕望中
• 身體主要受癌症的影響 • 治療佔據了生活的大部分 • 治療時感到更不舒服舒 • 較能拿到醫療補助 • 在社區中可得到服務 • 因為是癌症或末期，較易得到照顧的名單”	• 有多重的患病原因 • 社交活動減少 • 治療時感到較好轉 • 較不易得到醫療補助 • 社區中較不易得到補助 • 歸類為慢性病，不易放在優先照顧的名單”

台灣新安寧運動

- 癌症的早期療護
- 非癌症的末期照護 – 器官衰竭
 - 心臟衰竭、肝衰竭、腎衰竭、運動神經元末期照護、愛滋病末期照護…
- 重度失智病人照護
- 安養中心的安寧緩和療護

安寧緩和療護的困境

- 病人
 - － 不接受個人的病情
 - － 對病情有不確實的期待
 - － 病人及家屬對治療有不一樣的看法
 - － 缺乏臨終照顧的計畫
- 社會因素
 - － 弱勢族群、語言障礙
 - － 偏遠地區
 - － 貧窮

癌末、失智、中風 安寧療護 9.1納健保

【聯合報／記者詹建富／台北報導】2009.08.21 02:52 am

- 九月起住院及安寧居家療護納入健保給付，癌症、運動神經元疾病（漸凍人），老年失智、中風等末期病患，經醫師評估及病家同意書後，可選醫院或住家接受安寧療護。
- 健保局醫務管理處科長李純馥指出，健保局自八十七年七月試辦癌末病人住院安寧療護，之後納入運動神經元疾病患者，因成效不錯，經與相關醫學會、團體討論後，決定把安寧療護納入正式給付項目，並擴及非癌症疾病。
- 包括老年失智、大腦病變（如中風、巴金森氏症）、心臟衰竭、慢性阻塞性肺病、嚴重肺纖維化、慢性肝病及肝硬化、腎衰竭末期等病患，住院每天定額給付四九三〇元，安寧居家療護則給付醫師、護理訪視費等項目給付。

第二部 西醫 第一章 基本診療

第八節 住院安寧療護

- 通則：

1. 安寧療護是以完整的醫療團隊，運用積極的醫療措施及護理照顧，儘可能緩解病人因得到威脅生命疾病所造成之身、心、靈痛苦，以提升病人與家屬的生活品質。
2. 本節各項目限經核准設有安寧療護住院病床之醫事服務機構申報。

收案條件：

癌症末期病患：

- 1.確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
- 2.居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
- 3.病情急劇轉變造成病人極大不適時，如

(1)高血鈣

(2)脊髓壓迫

(3)急性疼痛

(4)嚴重呼吸困難

(5)惡性腸阻塞

(6)出血

(7)腫瘤（塊）潰瘍

(8)嚴重嘔吐

(9)發燒，疑似感染

(10)癲癇發作

(11)急性瞻妄

(12)急性精神壓力，如自殺意圖

主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者（相關入住症狀等條件詳附表）：

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

積極治療

緩和安寧療護

如何作
決擇

充分的溝通

瞭解治療的極限
“limitation of
treatment” orders

預立醫囑



挑戰 / 機會

在非癌症病人使用嗎啡

醫護人員的
繼續教育

長時間的生病
社會心理因素的影響
較複雜的哀悼期

社會的支持
宗教師的支持
心理師的支持

挑 戰	對 策
病程較長具不易預測	共同的參與 對醫護人員的教育
缺乏長期的緩和安寧療護服務	提供緩和安寧療護門診 提供緩和安寧療護日間照護
傳統的積極治療	好的溝通 教育 預立醫囑
複雜的心理社會變化	團隊照顧，包括各類人員

- 
-
- The provision of excellent Palliative Care is always a challenge but the provision of excellent long term Palliative Care is even more of a challenge.
 - 提供優質的緩和安寧療護是一種挑戰，但提供長期優質的緩和安寧療護更是高難度的挑戰。

選擇 與 不選擇

治療的考量：
目的是否能達到？

可能

重新思考

- 希望與治療的目的
- 期待發生的過程
- 潛在的負擔與好處

不可能

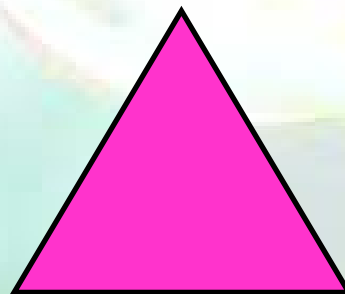
討論預立醫囑

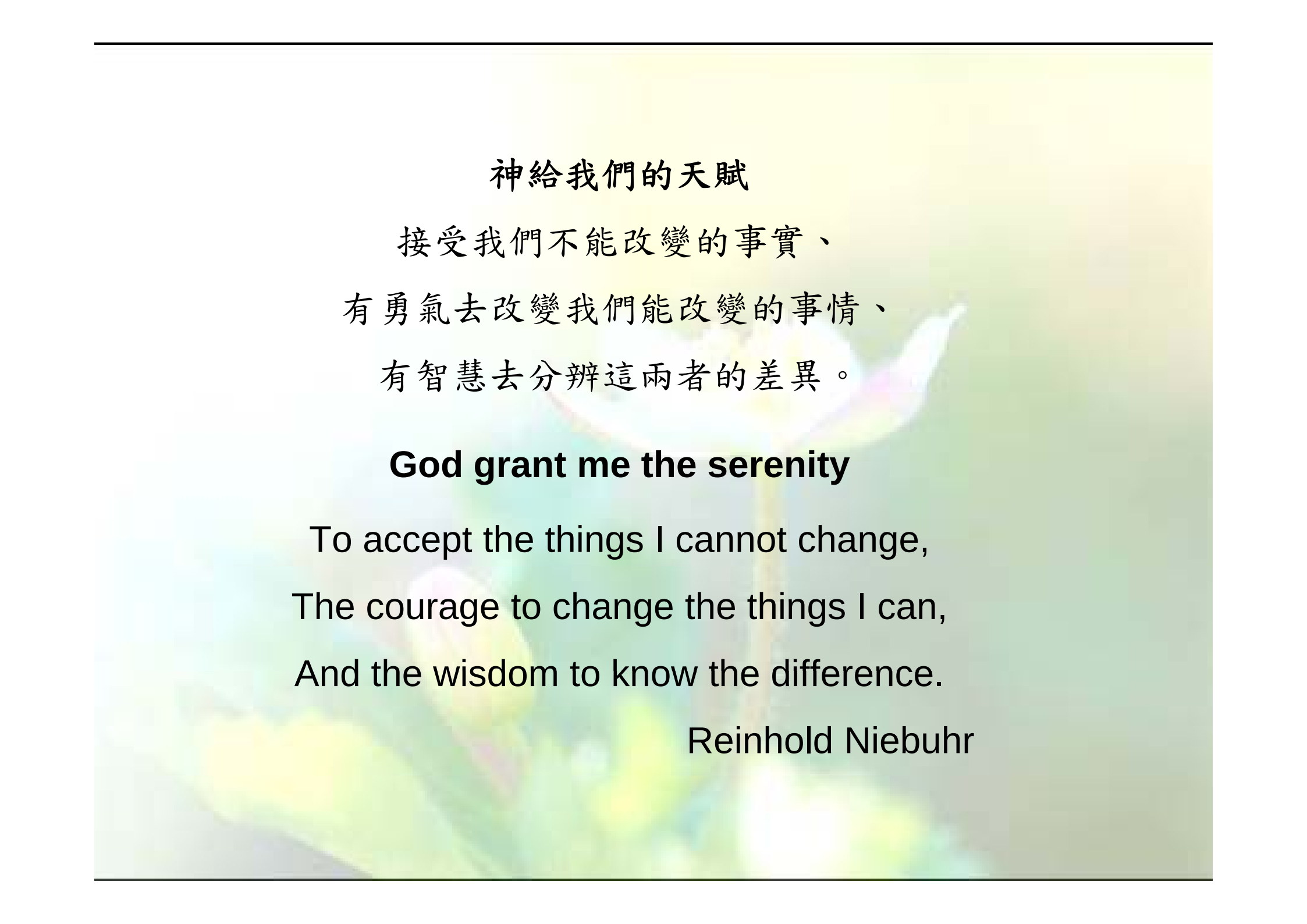
好處
Benefits
好的結果

----- (經驗評估) -----

----- (臨床評估) -----

負擔
Burdens
副作用





神給我們的天賦

接受我們不能改變的事實、
有勇氣去改變我們能改變的事情、
有智慧去分辨這兩者的差異。

God grant me the serenity

To accept the things I cannot change,
The courage to change the things I can,
And the wisdom to know the difference.

Reinhold Niebuhr

“我在人生中及工作中，漸漸發現有那麼多的無力感，最重要的是不要害怕，不要因而退縮，垂死的病人知道我們不是神，他唯一的要求是我們不要把他放棄。

Slowly I learn about the importance of powerlessness. I experience it in my own life and I live with it in my work. The secret is not to be afraid of it - not to run away. The dying know we are not God...All they ask is that we do not desert them”