

■ 健康生活 ■

慢性阻塞性肺病的安寧照護 (中)

撰文◎呼吸治療室 陳明仁主任

與癌症相較，COPD是漸進性的功能惡化，大部分時間處於相對穩定狀態，患者本身反而有較多機會和較長時間思考，及決定生命末期議題（上文請參閱99年1月號，161期，第16、17頁）。

慢性阻塞性肺病（COPD：chronic obstructive pulmonary disease）是一種慢性呼吸道疾病，包括咳嗽、痰液的產生、呼吸困難、氣體交換困難、呼吸量受到限制。

與癌症相較，COPD是漸進性的功能惡化，大部分時間處於相對穩定狀態，患者本身反而有較多機會和較長時間思考，及決定生命末期議題。只是因缺乏預測存活的敏感指標，臨終會談開始的時機，經常因為醫療團隊、家屬，或是病患的否認、遲疑，造成延誤。

臨終關懷等同於積極治療

臨床發現約84%的醫師直到病人出現嚴重呼吸困難時，有75%的醫師則是等到病人預測的FEV1少於30%，才開始談及有關安寧緩和療護。在這當中，僅有15%病人談及將來插管與呼吸器處置，少於15%病人確定醫師清楚其生存意願（living will）。會談的時機，23%在門診進行，大部分則在需要侵襲性呼吸器治療，或患者住進加護病房時，才

被詢及意願。

由於安寧緩和醫療介入的時間愈早，愈能幫助患者與家屬在哀傷中自我成長，發現死亡的正面意義，靈性的昇華，並與家人好好道別，建立珍視與記憶。此外Hansen－Flaschen等人發現預測的FEV1（注）少於30%、生活依賴度增加、活動受限、憂慮、喪偶、反覆住院及其他慢性病等因子，一年內患者預期死亡的可能性，將有升高的趨勢。若 $\text{PaCO}_2 > 45\text{mmHg}$ 、肺心症、 $\text{FEV1} < 0.75\text{L}$ 和一年內曾出現呼吸衰竭，則半年內約有30至40%患者預期死亡的可能性。

是以若COPD病人符合條件（見表1）時，即建議開始進行生命末期的討論。

表1. 若COPD病人符合以下2個條件時，建議開始進行生命末期的討論

當預測的FEV1百分比少於30%
體重減輕
氧氣依賴
身體功能降低
過去一年內曾因急性發作住院
生活依賴度增加
左心衰竭或合併其他疾病
年齡超過70歲

同時以全人照護為中心的安寧療護，也應該在醫院各個領域與不同部門全面推動，不應該始終將這類照護局限於安寧病房，或特定區域之內。特別是加護病房的臨終關懷，已被視為與積極治療同等重要，無論是節省有形或無形的醫療資源，加護病房的有效運用，尤其對於病患、家屬身心的幫助更發難以估算。

不可或缺的三環節

會談的討論，內容與溝通的技巧，是進行臨終會議不可或缺的三個環節。病患的自主意願必須獲得重視，但需注意隨著病情進展，所關心的內容將從生理的不適，轉變成信任醫師（55.8%）、不延長無意義生命（55.7%）、誠實告知（44.1%）、準備死亡（43.9%）等心靈層次。促成病人臨終溝通的要素則包括：親友死亡的經驗（88%）、信任醫師（87%）、醫師待我如家人（83%）、我的醫師將照顧我至人生終點（77%）。

會談的內容與形式見表2。

包括：疾病的進展與治療，及未來可能面臨的情況與死亡的妥善規畫（見表3）。

表2. 生命末期照護、預後以及預立照護計畫的溝通技巧

開始討論生命末期照護

進行相關的討論對所有重度COPD病人是非常重要的。
確定病人的疾病嚴重度，依照病況加速討論。
邀請家屬或其他人參予討論。

討論預後

運用問-答-問的技巧，詢問病人是否願意討論預後-回答預後-確定了解預後。
將可能的危險數字化，而非定性地告知有危險。
向家屬或其他人傳達討論預後。
清楚地告知疾病預後的不確定性。

討論預立照護計畫

做最好的希望，做最壞的準備，是非常重要的。
向病人保證預立照護計畫不會減少任何應得的治療。
如果病人對心肺復甦術、呼吸器使用或其他治療有意見時，應討論預立醫囑的重要性。
了解病人認為比死亡還痛苦的身體狀況。
清楚說明預立計畫不是放棄。
提供病人機會討論有關宗教或靈性的議題。

表3. 末期病人希望與醫師討論的內容

疾病診斷與進展。
治療對症狀的改善、生活品質的影響與生命的延長上，所扮演的角色。
預後和生活品質。
臨死前的狀況。
相關醫療和急性發作的預立照護計畫

（未完，下轉第20頁）