

■ 健康生活 ■

慢性阻塞性肺病的安寧照護（下）

撰文◎呼吸治療室 陳明仁主任

重度慢性阻塞性肺病（COPD）的安寧緩和照護原則是：讓患者善終，沒有痛苦，保有尊嚴；讓生者無憾，度過悲傷，展開新的人生（上文請參閱99年6月號，166期，第24、25頁）。

無論侵襲性或非侵襲性的呼吸器，調整設定時均應以病患感受為標準。特別是意識清楚的病患，應主動詢問：現在呼吸會喘嗎？是輕微喘、中等喘、還是很喘？這樣設定改變有比較舒服嗎？如此一來，不僅能增加病人的安全與存活，還能降低因無法說話所導致的壓力與恐懼。

末期COPD病人呼吸安寧處置

1. 咳嗽的處置：

咳嗽是人體正常的保護機制，但也可能是因感染、逆流、吸入藥物或氣道問題所引發。基本上緩和醫療並不建議常規抽痰，應先評估抽痰的必要性，以降低不適和傷害。抽痰時動作更應輕柔。當抽痰和祛痰劑無效時，可考慮口服的麻醉劑（morphine、codeine），至於噴霧型（lidocaine）雖然會增加吸入性的危險性，也能降低某些嚴重性咳嗽。

2. 呼吸困難處置：

呼吸困難取決於病人自覺性的主訴，通

常與心理焦慮和恐慌有關。但也可能肇發於器質性的因素，包括：呼吸道阻塞、肺侷限、缺氧、呼吸肌肉衰竭、鬱血性心臟病、肺心症、疼痛、貧血等。審慎評估、妥善處置，非常重要。

支氣管擴張劑可以改善呼吸道嚴重收縮；合併心臟衰竭可使用利尿劑，以排除體內水分滯留；抗憂鬱劑（benzodiazepines）可治療病人因恐慌造成呼吸不適；而抗精神藥物（phenothiazine）則控制躁動。

無法控制瀕臨死亡的呼吸困難，則應考慮嗎啡類藥物（opioids）治療，投予途徑分為口服、皮下與靜脈注射等方式。噴霧型鴉片則受到爭議，少數報告提出噴霧型鴉片直接作用於呼吸道神經，改善呼吸不順的感覺；或降低化學接受器對缺氧和二氧化碳蓄積的反應，達到緩和呼吸困難的目的。

首次投予時需特別小心支氣管收縮的副作用，多數仍認為噴霧劑型，不具有控制呼吸的作用。雖然目前並無證據顯示適當的全身性的嗎啡類藥物使用將會加速死亡，但處

方時仍應注意潛在的危險。但也不應因此因噎廢食，罔顧病痛需要，而應根據症狀與主訴適當調整嗎啡類藥物劑量與間隔。雖然這類藥物存在雙面刃（double effect）的風險，目前已被認可即使導致病患因而死亡。通常病人需同時使用鴉片與抗憂慮劑，以達到最佳的緩解效果。

3, 其他非藥物措施：

床頭抬高、放鬆治療與噁嘴呼吸法等，而風扇使用和冷風吹面，刺激臉部的三叉神經，也能改善呼吸不順的感受。胸腔復健對於臨終病患的治療，成績並不理想。

有些先進國家已經立法允許，當呼吸器的繼續使用，已不符合病人的目標，帶來的痛苦超過利益時，可考慮予以撤除。撤除方式有直接拔除氣管內管和降低呼吸器設定（氧氣濃度、呼吸次數）兩種方式。撤除的同時，必須使用適量嗎啡或麻醉藥物，以避免出現併隨的呼吸困難等不適。然而在台灣，撤除生命末期病人的人工呼吸器，仍是違法的行為。

非侵襲性呼吸器（NIV）的安寧角色

依據文獻指出，NIV可以有效治療因二氧化碳蓄積所造成的呼吸衰竭，減少80%的COPD病人插管、死亡率及住院天數，已經被認定為中、重度COPD病人急性發作的標準措施。

然而臨床上是否適用於不插管的末期病患，依然受到質疑。對於這類病患，NIV可

提供短暫的安寧服務，減緩呼吸不順，幫助病人入睡，減少因高二氧化碳堆積所引起的頭痛與意識混亂，爭取更多的時間與家人相處或作最後告別。

因此目前非侵襲性呼吸器對於不插管的末期病患的角色，已有具體的共識，就是絕對不要延長死亡過程的前提下，爭取些微時間讓病人和家屬告別。

使病患有尊嚴地走下人生舞台

世界衛生組織（WHO）對於緩和醫療的原則，有明確的定義：要重視生命，死亡是一種正常過程。緩和醫療不加速死亡，也不延後死亡。緩和醫療提供痛苦和不適症狀的解除，同時整合病患及家屬身體、心理和靈性層面的照顧。

在台灣，忌談死亡，教育的侷限（包括生死教育、法律、健保、宗教等），個人自主權不獲尊重，使得安寧緩和療護推動不易。

照顧末期COPD病患尤其嚴重缺乏生命的認同，關係疏離，錯失討論時機，醫療科技強制介入生命與死亡，造成病人與家屬無可言喻的痛苦與遺憾。

因此醫療人員應當本著醫學倫理的四個基本原則：行善（Beneficence）、自主（Autonomy）、正義（Justice）和不傷害（Nonmaleficence）來思考對病患的照顧。一方面協助病人舒服、安詳、有尊嚴地走下人生舞台，同時創造能被尊重對待的時代。