

## 癌末患者之緩和醫療

邱泰源

台大醫學院社會醫學科 台大醫院家庭醫學部

### 當今癌末照顧面臨的困境

#### 一、癌末病人日益增多

台灣每年因癌症死亡者已由民國八十年的二萬三千人增至民國八十九年的二萬九千多人，因癌症而死亡的人數日益增加。其他先進國家也有同樣趨勢，如英國每年有十七萬人，日本每年有二十四萬人因癌症而死亡。不僅是先進國家，即使在開發中國家如菲律賓、印尼等每年也有癌末病人增加之趨勢。

#### 二、癌末病人承受身、心、靈煎熬

癌末病人將近九成有相當程度的疼痛，同時根據統計，每一位癌末病人至少平均擁有五個身體症狀以上，如呼吸困難、噁心嘔吐、便秘、腹水、倦怠等等[1]。同時在得知癌症以及治療過程中的焦慮到最後無法治癒時的憂鬱等等情緒的失調，還有在面對死亡的來臨時的畏懼，都是讓病人承受整體性(total suffering)的痛苦。

#### 三、癌末病人失去良好醫病關係

當癌症無法治癒時，醫師就不知要再如何來照顧以及如何專業的來解決病人的痛苦。病人一旦需要再住院時，往往沒有辦法順利住院得到照顧。另外因為東方國家文化往往不告知病人病情，因此所有的醫療決定只是醫療人員與家屬做決定，那麼病人幾乎沒有參與的機會，因此常常有自主性的喪失。

#### 四、癌末病人沒有辦法得到良好社區照顧

當家庭中有一位癌末病人，則可能因為經濟來源的中斷，或者因為照顧人力需求而引起功能失調。同時病人往往期待末期時能待在家中，卻又擔心無法的到良好的醫療照顧。因此

只好尋求醫院住院的照顧，在不太溫暖的醫院迎接死亡。

### 安寧療護(hospice)及 緩和醫療(palliative care)的意義

現代的安寧療護(hospice)自 1960 年在英國開始發源，當時注重的是病人死亡的品質及如何尋求善終。然而近一、二十年發現癌末病人在最後幾個月中還是有很多可以提升生活品質的專業知識跟技巧，譬如：緩和性的放射線治療來解決骨頭疼痛、神經壓迫等，又如：緩和性化學治療也是可提升部份病人的生活品質，那麼必要時也可能有緩和性的手術等等。另外也有一些心理、社會、宗教方面專業的發展，形成緩和醫療這個專業領域的發展，因此在 1987 年英國的緩和醫療也成爲一個專科。緩和醫療的目標則是在提昇病人的生活品質，因此目前世界各國，大多把安寧療護(hospice)與緩和醫療(palliative care)一起合用。

#### 一、定義

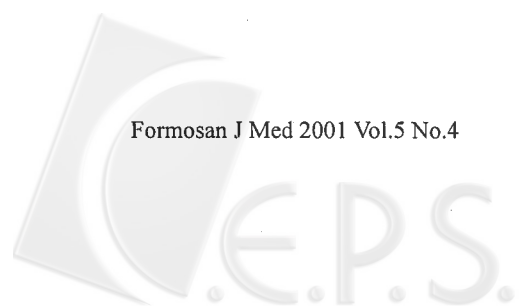
世界衛生組織在 1990 年曾對緩和醫療下一個定義：對一位用當今科技已無法治癒的末期病患及其家屬，提供整體性的照顧，藉著解除疼痛及其他不適之症狀，並統合心理、社會、靈性之照顧，來提昇病人及家屬的生活品質。這就是世界衛生組織給緩和醫療的定義，這個定義裡有強調幾個重點：

(1)它是針對一個無法治癒的病人，如果這個病人治癒(cure)還有意義的話，那應該好好的去努力在治癒的工作上，可是當一個病人治癒已經沒有意義時，那麼緩和醫療的角色就相當的

Title: Palliative Care for Terminal Cancer Patients

Author: Tai-Yuan Chiu, Departments of Social Medicine and Family Medicine, National Taiwan University College of Medicine

Key Words: palliative care, cancer, terminal stage



重要。

- (2)緩和醫療的服務不只是著重在病人也包括家屬，因為家屬所承受的煎熬之支持以及將來的哀傷輔導，都是緩和醫療的重要項目。要身心靈整體性的照顧。
- (3)提昇生活品質，所以在緩和醫療照顧中，我們一直念茲在茲的就是如何
- (4)提昇病人與家屬的生活品質。

## 二、特性

- (1)重視專業知識的發展以及倫理道德觀的訓練，給予病人最適當的醫療。
- (2)疼痛及症狀的控制是首要的服務目標。
- (3)它是一種四全的照顧，也是包括全人、全隊、全家、全程的服務。
- (4)強調個別性的照顧，會依照每一位病人的文化背景及價值觀而儘量給予個別性的服務。

## 國內發展史

台灣地區目前一年有二萬九千人因癌症而死亡，其中大多數病患在其癌症末期時，皆承受了身、心、靈極大的煎熬後痛苦而死，這實為醫療照顧體系的一大缺憾。有鑑於此，國內有志之士早已有倡導臨終關懷之議，1990年馬偕醫院正式成立國內第一家安寧病房，以提供癌症末期病患身、心、靈整體性的團隊照顧。而後，中華民國安寧照顧基金會、康泰文教基金會及佛教蓮花臨終關懷基金會等相繼設立，1994年耕莘醫院成立第二家安寧病房，接著1995年台大醫院也在家庭醫學部負責，精神醫學部及腫瘤醫學部等協助下，籌設了緩和醫療病房。此時衛生署也積極推動，並邀集了相關專家進行一連串密集的推動工作會議，並成立推動小組研商各類有關安寧療護的推展策略，並先由四個工作方向積極進行；(即止痛藥物使用規範、人員研修訓練、照顧品質的評估及居家照顧的推動)，並分別以委託計劃進行研究。同時一年間衛生署亦制定了『安寧住院療護服務及居家服務設置規範』，以建立提供服務者(醫院、醫師、護理人員…等)對安寧療護的共識，以確定方向及服務品質，成效良好。也由

於癌末病人日漸增多、末期照顧理念的推展及衛生署全力推動之種種有利因素，國內各醫院也風起雲湧地發展安寧療護計劃及設立安寧病房。同時1996年7月起也有十家大醫院包括台大、馬偕、耕莘、彰基…等醫院開始參與衛生署的安寧居家療護試辦計劃，在這個試辦計劃中，也嘗試居家療護與住院照顧的連貫，並分析其成本效益及服務品質，進而探討仿效日本安寧居家照顧的特別保險給付之可行性等，同時，1998年7月也通過11家醫院試辦居家療護，而後更有多家醫院投入安寧居家療護工作。到2000年12月已有17家醫院通過評鑑提供住院安寧緩和醫療照顧，其中約一半病房是由家庭醫學科負責。健保局也從2000年7月試辦「整合性安寧療護計畫」，藉提高安寧病房給付，鼓勵安寧病房設立。2000年5月22日立法院三讀通過的「安寧緩和醫療條例」，更是安寧緩和醫療推展的新里程碑，也象徵末期病人權益得到台灣社會的重視[2]。而2000年11月國內也通過第一批緩和醫療專科醫師，代表癌末照顧專業在國內的發展。

## 癌末照顧特別需要考慮倫理原則

由於癌末病人身體功能日漸退化，因此治療策略上需隨時配合身體狀況。另因病人身體虛弱，因此家屬在此時常常強勢參與，很容易使病人失去自主性，另外病人在末期時，應特別注重其個人文化價值觀才能達到病人期望。因此安寧療護緩和醫療照顧中很容易發生諸多與倫理原則有關之議題。Kinzbrunner分析美國安寧療護及緩和醫療照顧工作中，常見的倫理困境包括[3]：

1. Medicare Hospice Benefit 保險規定癌末病人的六個月存活期才給予特殊給付，但醫師不易正確預估。
2. 告知病人病情的程度。
3. 擔心嗎啡過量使用而影響呼吸。
4. 當病人不能進食時，是否給予人工營養或靜脈點滴注射。
5. 無法了解意識不清病患的需求及其滿意度。



表一：台大醫院緩和醫療病房倫理困惑問題發生比率(1998.07.01~1999.06.30,N=247名)

倫理困惑事件	曾發生人數(百分比)
■照顧場所	82 (33.3)
■病情告知	79 (32.1)
■營養水分	62 (25.2)
■治療方向	61 (24.8)
■藥物使用	47 (19.1)
■輸血	18 (7.3)
■末期鎮靜	18 (7.3)
■偏方使用	11 (4.5)

而英國的 Finlay 也提出癌末照顧中較困難決定的臨床課題[4]，如：

1. 高血鈣、尿毒、血糖異常、肝功能異常等代謝異常的治療方式。
2. 水分及營養的供給原則。
3. 抗生素、類固醇、止痛藥物等的使用原則。
4. 照顧地點如何彈性調整。
5. 突發狀況的緊急醫療策略。

以上各專家提出的倫理困境雖因各國文化背景不同而有差異，但他們卻都認為以基本倫理原則為架構，針對各倫理困境加以分析探討，是解決困擾及提供給末期病人最適切治療的不二法則。

### 緩和醫療癌末照顧重要的倫理原則

與安寧療護及緩和醫療有關之倫理原則及議題[5]包括：

#### 1. 自主性(autonomy)：

以尊重病人，滿足病人需求為主要精神，但在實際照顧中常面臨的是與家屬的要求或醫療人員的專業有所衝突的困境。

#### 2. 行善(beneficence)及不傷害原則(non-maleficence)原則：

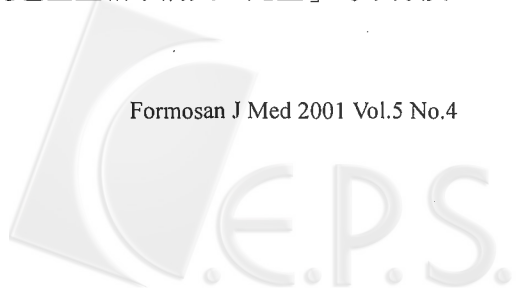
常應用在照顧策略及治療決定時利弊的分析，如是否告知病情真相、藥物使用利弊權衡等。

#### 3. 公平性(justice)：

即個人需求與社會資源分配之均衡，如照顧場所的選擇及安排等。

### 緩和醫療病房常見之倫理困境

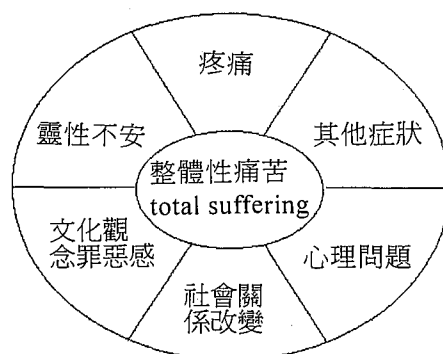
目前台灣提供安寧療護及緩和醫療照顧中，也無可避免地有許多倫理兩難困境發生。表一為台大醫院緩和醫療病房的研究，常見的倫理困境包括：病情告知、照顧場所、治療方向、水分營養、藥物使用、輸血、偏方使用、及末期鎮靜等[6]。茲分析如下：台大醫院緩和醫療病房的工作人員秉持著以病人為中心的照顧理念，儘量解除病人及家屬對居家照顧的擔心，並克服家屬的阻撓出院的原因，儘速解除或控制病人各類身心靈的不適(行善原則，beneficence)，達成病人想回家的心願(自主原則，autonomy)，也因此產生不少輔導出院的倫理困惑，此可由「照顧場所」為發生最多的困擾事件，佔所有住院病人的三分之一而知。而不告知病人得到癌症的真相，在東方國家相當普遍，在傳統醫師立場，因耽心告知真相後病人即會崩潰，基於不傷害原則(non-maleficence)，就儘量不告知病人真正病情。家屬也為了不忍傷害病人，因而也盡力隱瞞真相，而病人其實大多也相當了解，只是不忍與家屬相互坦白，因此一直保持互相隱瞞狀況。但是越來越多的證據顯示，如能了解自己病情，則將來較有充裕時間安排末期生活及身後之事，對於善終有幫助。台大緩和醫療病房本身的經驗及研究報告都顯示病人了解病情，對善終分數有增進的現象。也因此病房癌末照顧工作中有關病情告知的部份，會相當積極的把握各種與病人談論病情的機會。可惜地是常遭家屬的阻撓而產生困擾，但隨著住院期間的增長，因不斷的溝通，困擾比率越來越少。另外一個常見困擾事件，則為「營養水分」的供給，東方人以食為天，然而癌末病人往往食慾減退，甚至吞嚥困難，家屬往往無法接受病人似乎將餓死的狀況，因此大多會要求醫療人員給予靜脈水分及營養，而醫療人員一方面應病人及家屬之要求，一方面基於「行善」(beneficence)傳統倫理原則，因此也盡量給予病人「足量」的水分及



營養，但癌末病人的體內器官常有明顯退化現象，正常人可代謝的水分卻往往造成癌末病人難承受的負擔，因此增加腹水、四肢水腫、腸胃道分泌等問題，反而影響生活品質。更何況過多的營養，有報告顯示大部分由癌細胞攝取了，如此反而傷害了病人，違反醫學倫理「不傷害」的原則(non-maleficence)。更何況癌末病人雖然吞嚥的功能降低，但往往仍可用口攝食，只是想進食的時間及喜愛的口味有所變化，此時更需要照顧者無微不至的照顧，適時的提供病人想進用的食物，如果太早放棄進食的功能而採靜脈給予水分，也會減少家人溫馨的照顧。因此緩和醫療團隊，一方面解除病人的各種疼痛，一方面也使用藥物等方法促進食慾，更重要的是鼓勵病人及家屬的互動關係，提高自然生命力，這樣的照顧原則如能更普遍於醫療人員及社會大眾，則困擾必定可減少。至於治療方向的困擾，亦即「治癒」及「追求生活品質」兩個方向的衝突，也有四分之一的發生率，且未隨著住院週數的增加而降低發生率，由此可了解病人及家屬對於「不追求治癒，全力提升生活品質」的治療目標的接受度時有起伏波動。所以不斷的溝通及支持病人及家屬有其必要。至於藥物使用的困擾也佔有兩成，對於嗎啡的誤解這些年來的宣導及教育，應有成效，但仍有部份病人及家屬，不肯使用嗎啡，而承受了許多不必要的疼痛，及疼痛所引起的各種併發症，譬如因疼痛不敢移動，使身體功能更易退化，或因疼痛而不敢做胸腔護理，使得呼吸系統易受感染，功能急速減退，這種現象在安寧病房以外，很容易看到。至於因服用中藥而拒用嗎啡等西藥，也時有發生，也是影響病人生活品質的一個原因。而控制症狀的藥物之雙重作用(double effect)，也是治療決定的困境，須作好利弊分析，才能與安樂死(euthanasia)區別。

## 癌末疼痛控制[7]

### 一、前言



圖一：癌末病人面臨的整體性痛苦

二)，而且是最令人畏懼的症狀，遺憾的是，癌症引起的疼痛時常沒有得到充分的控制，因此導致病人承受不必要的痛苦。由國外過去的經驗可知，超過九成的癌症病人的疼痛可得到滿意的控制。

### 二、癌痛的定義及成因

癌末病人所承受地不只是生理上的疼痛，也常面臨著心理上的焦慮與憂鬱、家庭功能失衡、社會關係破壞及怕死的靈性煎熬等痛苦，形成了癌末病人的整體性痛苦。其間的各類問題有相互影響的關係，治療癌痛時，應有如是整體觀(圖一)。

### 三、癌痛治療原則

癌痛治療的目標是解除及預防疼痛，世界衛生組織(WHO)也正式提出癌痛控制的基本原則如下：

- (1)癌痛能夠也應該得以控制。
- (2)透過團隊合作在評估及治療癌痛作用上可得到最佳效果。
- (3)首先要取得詳盡病史，並細心檢查病人，以決定疼痛原因。
- (4)治療前應先說明內容並包括生理及心理層面的考慮，同時也需併用非藥物及藥物的治療方式。
- (5)設定不同層次的治療目標：最好能在病人站立及活動時，不會痛。

表二：台大醫院緩和醫療病房癌末病人症狀一覽表(84.6~85.6，人數 214)

癌末常見症狀	%	癌末常見症狀	%
1.全身倦怠感	89.7	11.出血	34.1
2.疼痛	85.5	12.腹水	32.2
3.食慾不佳	79.9	13.發燒	31.8
4.便秘	67.8	14.不安	31.3
5.呼吸困難	56.6	15.吞嚥困難	30.4
6.水腫	50.0	16.口腔炎	22.9
7.失眠	48.1	17.潰爛傷口	22.5
8.噁心、嘔吐	44.0	18.暈眩	19.1
9.憂鬱狀態	36.9	19.胸水	18.3
10.口乾	36.9	20.意識不清	16.4

- (6)在正確的時間間隔，使用正確劑量及藥物。
- (7)「經口服用(by the mouth)」。
- (8)「按時服用(by the clock)」對持續性癌痛才有效果。
- (9)「按三階段用藥(by the ladder)」。
- (10)除非病人有嚴重疼痛，否則先使用適當的非鴉片類藥品，如有必要可用到最大劑量。
- (11)當非鴉片類藥品也無法解除疼痛時，應加入鴉片類藥品。
- (12)假如弱效鴉片類藥物(如可待因)無法解除疼痛時，應改用強效鴉片類藥物(如嗎啡)。

### 結語

- 1.癌末病人及家屬的痛苦，醫界應予重視，並列為照顧體系必要部分。
- 2.緩和醫療照顧是一種積極的整體性醫療照顧，並以提昇病人及家屬生活品質為主要目標。
- 3.正確、詳細及持續的評估病人的疼痛為癌末疼痛控制之基本原則。
- 4.癌末病人所承受的不仅是生理性的疼痛，也常面臨心理、社會及靈性上的問題，這些問題可加劇疼痛或影響疼痛控制成效。
- 5.世界衛生組織所提供的癌痛控制原則及三階段止痛療法，可控制九成以上的疼痛。
- 6.適當的使用嗎啡類藥品為癌痛控制之重要工具，對嗎啡使用的錯誤認識，是國內癌痛控制不好的主要原因之一。
- 7.癌末照顧很容易產生倫理困境，遵循倫理原則思考，再藉由團隊討論，常可解決困境，提供最適切的治療。

- 8.癌末病人的各種治療，包括疼痛控制，皆需由負責醫療人員權衡利弊(benefit/risk calculus)，並考慮病人當時病況而決定，治療前應與病人或家屬(病人如果無決定能力)充份溝通。
- 9.癌末病人病情變化很大，應隨時評估所有藥物是否適宜，隨時調整。

### 推薦讀物

1. Chiu TY, Hu WY, Chen CY: Prevalence and severity of symptoms in terminal cancer patients: a study in Taiwan. Support Care Cancer 2000; 8: 311-3.
2. 立法院：安寧緩和醫療條例，華總一義字第八九〇〇一三五〇八〇號令公佈。立法院 2000。
3. Kinzbrunner BM: Ethical dilemmas in hospice and palliative care. Supportive Care in Cancer 1995; 3: 28-36.
4. Finlay I: Difficult decisions in palliative care. British Journal Hospital Medicine 1996; 56: 264-7.
5. Randall F, Downie RS: A Good Companion. Palliative Care Ethics. New York: Oxford University Press, 1996: 33-8.
6. Chiu TY, Hu WY, Cheng SY: Ethical dilemmas in palliative care-a study in Taiwan. J Med Ethics 2000; 26: 353-7.
7. World Health Organization Cancer Pain Relief. Geneva: World Health Organization, Office of Publications 1986: 43-70.

