

# 安寧緩和醫療常見倫理困境及解決之道

邱泰源

台大醫學院家庭醫學科

## 前言

安寧緩和醫療為末期照護最被肯定的照護模式，其中最強調每日臨床困境的倫理決策。其原因為：末期病人尤其是癌末病患，因為病況變化很急速，不同時間其治療策略常有很大不同。同時病人因漸虛弱，家屬基於保護病人心情，常強力拒絕病情真相告知，產生不少倫理困境。另外病人在末期剩餘短暫生命期，往往會呈現自己的價值觀，必須予以尊重，因此亟需個別化的照護。至於面對死亡的壓力照護模式也與一般病人不同。基於以上的原因，末期照護極需在倫理原則架構下，用心的做好每一個治療或照護的倫理決策，才能提供最高品質的末期照護。

## 安寧緩和醫療常見的倫理困境

目前世界各國在推展安寧療護緩和醫療時，發現照顧過程常發生諸多與倫理原則相關之議題。Bradshaw [1]認為安寧療護的照顧精神漸被常規化及機構化，也由於太過重視技巧及效率而過度醫療化，不易達到原來照顧的目標。Kinzbrunner [2]分析美國安寧緩和醫療照顧工作中，常發生倫理困境，包括：

1. Medicare Hospice Benefit 保險規定病人最後六個月存活期才給予安寧給付，但醫師卻不易正確預估。
2. 告知病人末期病情的困擾。

3. 擔心嗎啡過量而影響呼吸，甚至縮短病人生命。
4. 人工營養或靜脈點滴注射的使用。
5. 無法了解意識不清病患的照護需求及服務滿意度。

而英國的 Finlay [3]也提出了癌末照顧中較困難決定的臨床課題，如：

1. 尿毒、高血鈣、血糖異常、肝功能異常等代謝異常的治療決策。
2. 水分及營養的供給原則。
3. 抗生素、類固醇、止痛藥物等的使用準則。
4. 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。

## 安寧緩和醫療照護有哪些重要的倫理原則

與安寧療護緩和醫療有關之倫理原則及議題包括：

- 一. 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。
- 二. 行善 (beneficence) 及不傷害原則 (non-maleficence)：常應用在照顧策略及治療決定時

Title: Ethical Dilemmas and Solutions in Hospice Palliative Care

Author: Tai-Yuan Chiu, Department of Family Medicine, College of Medicine and Hospital, National Taiwan University

Key Word: ethics, dilemma, hospice, palliative care

表一：台大醫院 緩和醫療病房倫理兩難困境發生頻率 (N=213)

項 目	曾發生 (%)	沒發生 (%)
1.照顧場所(place of care)	71 (33.3)	142 (66.7)
2.病情告知(truth telling)	64 (30.0)	149 (70.0)
3.治療方向(therapeutic strategy)	51 (23.9)	162 (76.1)
4.營養水份(nutrition and hydration)	50 (23.5)	163 (76.5)
5.藥物使用(use of medications)	43 (20.2)	170 (79.8)
6.輸血(blood transfusion)	16 ( 7.5)	197 (92.5)
7.末期鎮靜(palliative sedation therapy)	12 ( 5.6)	201 (94.4)
8.使用偏方(alternative treatment)	10 ( 4.7)	203 (95.3)

利弊的分析，如是否告知病情真相、藥物使用利弊權衡等。

- 三. 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，應有社會公義(social justice)的精神。

### 台大醫院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，也確實有許多倫理兩難困境發生。根據台大醫院緩和醫療病房的研究[4]，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(表一)。茲分析如下：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[5]。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，但往往仍可經口攝食，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

表二：倫理困境「家屬不願讓病人知道病情真相的困擾」的原因及其解決策略

	重要性係數
倫理困境之原因	
家屬不知如何開口	0.85
家屬覺得病人年紀大了，不必告知病情	0.71
家屬覺得病人不知道真相會比較快樂	0.70
家屬擔心無法處理病人可能有的情緒反應	0.63
家屬擔心病人知道後會傷心的提前結束生命	0.56
家屬本身也不能接受病人的病情	0.51
家屬覺得告知病人真相等於是宣佈無效與死亡	0.46
Percent of variance(%)	41.52
Redunancy(%)	6.23
倫理困境之解決策略	
與家屬充分溝通，先讓家屬接受病人的病情	0.83
找機會讓病人談病情，即可知病人的了解程度	0.76
與家屬討論病人可能有的反應，加以因應	0.72
了解家屬及病人對病情了解之程度，尋找告知適當的人及時機	0.65
告知家屬，其實大部份的病人都已略知病情，溝通有好處	0.58
提供醫療團隊之心理師或社工師的協助	0.40
告知家屬，告知病情真相的好處	0.38
Percent of variance(%)	35.22
Redunancy(%)	5.29
典型相關係數	0.39*

Note:\*.P&lt;0.05

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，只提升生活品質」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，並及早提高死亡接受度有其必要。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，仍普遍看到。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，並持續良好溝通，才能與安樂死(euthanasia)區別。

### 末期真相告知

諸多研究顯示大部份癌症病人都很想知道疾病的狀況及其預後，然而只有少部份的病人能獲得足夠疾病的訊息。告知真相變成病人尤其是末期病人，在照顧上相當大的困擾。許多國家尤其是在東方，家屬及病人對病情都保持互相隱瞞沉默，同時家屬總是要求醫療人員不能告知病人真相，以免傷害病人，讓病人失去生存希望，這個現象使得末期病人無法參與許多治療措施的決策，因此常嚴重影響病人的照顧品質。末期告知真相的議題，在日本很受到重視，Aoki 等[6]研究顯示，知道自己診斷及預後的病人其住院天數可顯著縮短，同時該研究也發現告知病人末期真相，對於末期生活的安排相當重要。另外，Okazaki [7] 等也發現了解自己末期實情的病人其心理症狀顯著減少。Seo 等[8]也指出，大部份的醫護人員由臨床經驗都相信，告知真

相對於病人照顧品質有正面的效果。程等[5]在台灣的研究也顯示，了解自己末期真相的程度與善終分數成正相關。但是邱等[4]的研究發現，告知真相常困擾著末期照顧病房的醫療人員、家屬及病人，同時邱等[9]在全國性的研究發現，家屬阻止真相告知是在安寧病房常見的困惑議題，由於在不同的文化有不同的哲學及倫理觀，因此各國針對自己國家告知真相的涵意及方式皆陸續研究，而台灣在胡等[10]的全國性研究下，探討出常見的困惑問題及本土化的解決方式(表二)。

由本土化的研究結果[10]顯示：家屬不知道如何告知真相是最為困擾的因素，臨床上的確常遭遇此困境。家人或許知道告知真相的好處，可是就無法有適當的時機及心理準備去告知病情，因此始終與病人保持互相的沉默。在這種情況之下家屬只能一直鼓勵病人「要加油」、「你一定會變好」、「不要放棄」等等，這樣的鼓勵常常會使得病人過度的評估自己的存活期，同時產生不實際的期望，因此也常與醫療照顧人員治療策略產生衝突，更難以去體會到照顧人員的細心照顧，因此也深深打擊醫護人員的士氣。因此如何協助家屬來和病人溝通真相重要課題。

另外一個困擾原因是：告知末期真相等於是宣判醫療失敗以及即將死亡，所以尤其在護理人員更能感覺到此困境的存在，或許是因為護理人員花較多時間與病人、家屬互動所以更能敏感覺家屬的這種感覺。家屬經常認為病人若知道真相病人會比較不快樂，同時有可能會自殺。但其實在程等[5]的研究呈現，了解自己疾病的真相可以讓病人安排一個更充實的末期生活以及較好的善終。

至於在解決策略方面，先與家人溝通並鼓勵家人是被認為較有效的策略。而第二個解決策略就是告知家屬病人得知末期真相後可能有的情緒反應，同時教育如何提供給病人支持，由此可見緩和醫療工作人員也認為跟家屬溝通的重要性。支持家屬使家屬先接受病人的預後，這樣的效果比跟家屬一直講解告知真相的好處，或者是說明病人有權利知道真相來的有用。臨床的經驗中，大部分病人在了解真相以後很可能會有幾天的憂鬱情緒，但絕大部分的病人在幾天以後即能調適。日本厚生省曾提出類似的告知真相指引，安寧緩和醫療人員應該向

家屬解釋病人可能會有的反應以及要如何來支持，如此自然會減低家屬的焦慮，而增加家屬願意告知真相的動機。

第三個解決策略是直接以溫和的方式與病人討論他的病情，以了解病人知道的程度。與家屬溝通以後下一步極需去了解病人本身實際上所知道的程度。緩和醫療團隊各工作同仁皆可以在照顧的過程當中關心病人的疾病狀況，讓病人有機會自然地表達出他知道的程度，以及他是否有意願想要進一步知道病情。因此在照顧病人的過程當中，團隊人員可以問病人兩個問題，第一個問題是「你認為你的疾病情況是如何？」，第二個問題則是進一步問：「你有沒有想要多知道一點有關你疾病的訊息？」，這兩個問題是台灣安寧緩和醫療目前所建議的兩個問題。第一個問題可以讓工作人員了解病人知道多少，如此常很自然就可以解決告知真相的困擾。而第二問題可了解病人對真相告知的期望，不管想知道或不想進一步知道，我們可藉此來了解並尊重病人的期望。

雖然在台灣並還沒有正式的末期真相告知的指引，但是目前在台灣通過的「安寧緩和醫療條例」裡，也明文要求如果病人想知道病情，醫療人員必須要告知真相，因此更促使末期照顧的醫療人員更應該懂得如何和病人溝通末期的病況。雖然末期真相告知牽涉到相當多的倫理課題，但是如果能夠在細心、貼心及專業的溝通下，往往可以很順利地來解決末期真相告知的困境，也可符合尊重病人的原則。同時因為告知真相使末期生活品質提高，善終程度增加，也是符合醫學倫理的不傷害及利益原則。同時由於病人與家屬能夠早日了解真相，安排適合的照顧方式常常可以避免許多不必要的醫療資源與醫療浪費，國家的醫療資源得以節省，符合社會公益原則(social justice)。

### 癌末人工營養水分的使用

緩和醫療領域致力並發展各種方法來解除癌末病人的症狀。以癌症疼痛而言，各國的報告控制率皆在八成以上，各種症狀的控制成效也都有進步[11]。但可惜的是，有些癌末症狀如倦怠，食慾不振，體重減輕，吞嚥困難，甚至噁心嘔吐都沒有良

表三：末期癌症無法經口攝取食物水分的發生率及其原因

	住院時		住院一週時		死亡前兩天	
	人數	%	人數	%	人數	%
<b>是否為能經口攝取食物或水分</b>						
無法	133	38.7	95	39.1*	164	60.1**
能夠	211	61.3	148	60.9	109	39.9
總計	344	100.0	243	100.0	273	100.0
<b>無法攝食主要原因？</b>						
意識變化	45	33.8	32	33.7	56	34.1
頭頸部癌症	34	25.6	26	27.4	27	16.5
食道阻塞	15	11.3	13	13.7	11	6.7
腸胃道功能異常	78	58.6	53	55.8	69	42.1
全身性功能變化	57	42.9	37	38.9	71	43.3
如倦怠，厭食						
情緒因素	11	8.3	8	8.4	9	5.5
總計	133		95		164	

\*  $P < 0.01$ \*\*  $P < 0.001$ 

表四：癌末病人使用人工營養水分情況

	住院時		住院一週時		死亡前兩天	
	人數	%	人數	%	人數	%
<b>是否使用人工營養水分</b>						
使用	196	57.0	114	46.9*	145	53.1
沒有使用	148	43.0	129	53.1	128	46.9
總計	344	100.0	243	100.0	273	100.0
<b>使用人工營養水分的種類</b>						
管道灌食	44	12.8	31	12.8	35	12.8
靜脈注射						
1) 水分電解質	153	44.5	90	37.0**	118	43.2
2) 葡萄糖	127	36.9	77	31.7	106	38.8
3) 其他營養分	66	19.2	37	15.2	50	18.3
平均使用量(毫升)		862±618		714±528*		637±420***
總計	344		243		273	

\*  $P < 0.01$ \*\*  $P < 0.05$ \*\*\*  $P < 0.001$ 

好的控制方法，成效也不佳。這些與攝食及營養有關的症狀，同樣也困擾著台灣癌末病人。以台大醫院緩和醫療病房為例，病人症狀包括：全身倦怠(82.8%)，食慾不振(81.9%)，疼痛(79.3%)，體重減輕(67.7%)及吞嚥困難(56.0%)等[12]。這些癌末症狀大多與攝食及營養補給有關，雖經醫療團隊包括營養師的努力，但改善成效始終不佳。因此在幾個

月的癌末期間，面對日益消瘦的身體及食慾不振現象，癌末病人及家屬皆感惶恐，醫療團隊人員也因面對病人及家屬的期望(expectation)與要求(demand)壓力，以及臨床實際的營養水分需要(need)之不確定，而深感困惑，也因此常造成醫病關係的緊張。如台大醫院緩和醫療病房所調查：約有四分之一的病人在住院期間曾有「營養水份」提供上的

臨床困擾[4]，需要花費相當多的時間溝通，以縮短彼此對營養水份提供的認知差異。

回顧過去研究文獻，營養及水分問題對癌末病人或醫療人員而言始終是一大課題，早期的研究報告曾指出積極的營養補給可改善抗癌效果並減少併發症的產生[13-16]。而隨後更多項研究指出積極營養補給，並不一定能改善抗癌療效，更不能延長癌末病人生命。如 Koretz[17]所作文獻回顧之報告中，針對已擴散癌症病人，給予積極人工營養補給並未改善存活期及療效或降低毒性。甚至曾有動物實驗顯示過度人工營養治療反而會促進腫瘤生長[18]。對癌末病人而言，生活品質的提昇常是最重要的目標，可惜的是過去研究也顯示無論是經非腸道或經腸道人工營養補給對病人的症狀及身體功能並無影響，同時也無法改善惡性體質及瘦弱的體型。由於強迫性經口或腸道補給營養甚至靜脈輸液，其增加能量攝取效果有限，相反地極可能帶來更多症狀[19-22]。因此，不了解癌末病人臨床的營養狀況及特性，往往使得進食問題成爲病人、家屬及照顧人員的困境。其實隨著癌症的進展，經口進食能力大爲降低，如何在團隊照顧人員的指導下，準備可口且適當營養的食品，並耐心鼓勵病人自然進食，相當重要。雖然病人進食能力自然降低，但仍可進用少許食物，此進食功能在團隊照顧人員及營養專家努力下，仍可發揮得最高。因此，不能輕易放棄進食功能，而一味給予人工營養水分，如此才合乎安寧療護維持病人正常功能及最後生活品質到最後一刻的目標。

東方社會文化民以食爲天，雖然癌末病患人工營養水分包括經管灌食(tube feeding)及靜脈營養(parenteral nutrition)的功用受到質疑，但卻仍有諸多癌末病人及家屬對人工營養水分(artificial nutrition and hydration)有期望及要求，與臨床上緩和醫療團隊的專業評估之需要性(need)常有相當差異。爲了醫病溝通更加順利，瞭解目前癌末照顧人工營養水分使用情形及成效，實屬重要。因此本章節藉由台大醫院緩和醫療病房的研究[12]，來探討：(1)評估癌末病人臨床營養狀況及其相關症狀，(2)人工營養水分實際使用情形，(3)探討人工營養水分使用的倫理困境。

由臺大醫院緩和醫療病房所做的研究結果(表

三、四)，以臨床狀況而言，由研究中可知病人住院時近4成有進食困難的現象，因此如何照顧進食困難的病人確實爲安寧緩和醫療病房重要課題。臨床上我們會先評估進食困難的原因，包括食物類型不適合或提供時間不當、口腔炎、各種生理原因及心理狀況等。有不少病人只要給予口腔清潔，適時提供適當的食物類型加上無微不至的照顧，常可再創造一段時間可繼續經口攝取部分的水分及食物，當然醫療人員也會視需要給予類固醇或腸胃蠕動促進劑，以增加進食能力，如此可減少鼻胃管及靜脈營養的使用機會，同時也藉此可增加病人與家屬間，因進食的互動，協助提昇最後生命的生活品質。由本研究結果可知雖然因本身病情自然導致，進食困難病人比率在住院一週時並沒有降低(38.7% 比 39.1%)，但經細心照顧後，無論靜脈水分電解質或靜脈葡萄糖給予之比率皆有下降現象(44.5% 比 37.0%，36.9% 比 31.7%)，可顯示團隊照顧成效。另外，在死亡前48小時，使用的比率有再回升的現象，除透露死亡前使用人工營養的困境及溝通的困難性，也勾勒出進一步探討病人及家屬對人工營養水分的認知及價值觀的必要性。

在文化探討方面，屬於東方國家的台灣，民以食爲天，飲食代表人際之互動及社會之關係，因此末期病人漸不能進食或形消體瘦時，家屬皆相當恐慌，而傳統文化觀念，人死後至少不要當餓死鬼，即使在人死後之祭祀，也常以大魚大肉希望滿足親友的口腹需要，所以家屬往往想盡辦法也要求醫療人員直到最後一刻都要提供最多的人工水分及營養，期望病人能有足夠的營養，但如此常造成病人症狀加劇及不適，家屬在此文化宗教背景下也難有所突破。而傳統上，許多醫師也不願自己長久治療的病人以「營養狀況不佳」及「形消體瘦」來走完生命最後一程。所以剛轉入安寧緩和醫療病房的病人，許多都有人工水分營養的補給。

台灣安寧緩和醫療照顧強調以最適切的科技，最高智慧及最大的關懷爲末期病人及家屬提供最好的照顧，以澄清很多病人及家屬(包括醫療人員)認爲安寧緩和醫療病房是等死地方以及什麼都不做的誤解。病房內醫療人員在臨床上針對營養水分課題儘量提供病人及家屬充分的醫療證據，並以倫理原則分析使用的利弊得失，大多數病人及家屬

都能接受醫療人員專業的建議，因此雖然先前的研究顯示，有關水分營養的倫理困境高達四分之一(25%)[4]，但經溝通後，醫療人員評估需要性與病人的家屬要求不同而實際給予者，不到十分之一(8.3%)。另外，值得一提的是，臺大醫院爲了照顧大多爲佛教觀念的病人，也設有宗教師照顧，他們從佛教觀點對瀕死病人及家屬說明，佛教許多高僧在最後臨終一段日子，也因為修行而未攝食水分及養分，過度營養及水分對修行不利，以安慰惶恐的家屬。同時因家屬認爲給予營養水分可代表關懷，此時則指導家屬可表關懷的各種方式，如觸摸、親吻、講話，同時宗教師指導家屬與病人念佛，以安慰病人及穩定家屬情緒。因此在 344 位死亡病人中，只有 23 位(6.7%)在瀕死前仍要求醫療上認爲不需要的人工營養水分補給。

以倫理考量而言，目前末期病人對維生措施(life sustaining procedures)的選擇上，只要其動機(intention)是爲病人著想而來中止無益的人工營養水分，並非以縮短生命爲目的，則不使用該項無益醫療，倫理上是正面上的。而不使用人工營養水分是尊重自然死亡(letting die)，並非殺死(killing)或醫師協助自殺(physician assisted suicide, PAS)[23,24]。本倫理考量模式，在台灣已漸有教育宣導，但仍不普遍於醫療人員。同時，由上述研究結果也顯示在最後生命期間，使用人工營養及水分並未增加病人生命期，因此可加強倫理立場。至於在法律規範方面，人工營養水分已被公認爲是醫療措施，末期病人有權在合法預立指示下拒絕不必要的醫療措施[25]，台灣目前雖有安寧緩和醫療條例通過，保障不接受心肺復甦術(DNR)，但對於末期病人使用人工營養水分之規範尙未明定，仍待進一步討論及建立規範。

由以上的討論可得結論爲，癌末病人進食困難比率相當高，但只要給予專業團隊照顧及充分的溝通，不必要的人工水分營養使用比率可大幅降低，有助提高病人生活品質。同時，針對醫療人員的倫理訓練及病人家屬的教育宣導應持續進行，而死亡前人工水分營養困境容易再產生，醫療團隊應針對病人及家屬的本土文化宗教觀，不斷給予適切的溝通及情緒支持，以達善終。

## 末期鎮靜與緩和鎮靜治療

國內外的安寧緩和醫療工作中，仍有不少癌末症狀爲：(1)無法充份的解除(incapable of providing adequate relief)，(2)仍造成病人很大的痛苦(intolerable morbidity)，(3)且預計不可能在短時間解除(unlikely to provide relief within a tolerable time frame)的特性，這些符合以上定義的難控制的症狀(refractory symptoms)常需使用有鎮靜作用的藥物如 barbiturates 或 benzodiazepines 來減輕末期病人痛苦，一般稱之爲末期鎮靜(terminal sedation)[26]，目前則漸改用緩和鎮靜治療(palliative sedation therapy)這個名詞，以代表其醫護上的意義，並避免與結束生命相混淆。

難控制癌末症狀(refractory symptoms in terminal cancer patients)的發生率在各國調查報告中都佔有相當的比率[27,28]，Italian National Cancer Institute 針對居家病人的調查發現 52%(63/120)的末期病人因爲難控制症狀而需要給予鎮靜，其中 33 人是因呼吸困難(dyspnea)，31 人因嚴重疼痛(severe pain)，11 人因譫妄不安(delirium)，5 人因持續嘔吐(persistent vomiting)。癌症種類則以肺、腸胃、頭頸部癌爲較多[29]。Fainsinger 等[30]針對緩和醫療病房 100 位末期病患的回溯性研究也顯示有 16 位病人在過世前必需給予鎮靜才可充分控制症狀，其中有 6 位是因疼痛，10 位因激躁性譫妄。美國 National Hospice Study 的報告，在 269 位末期病人中有 25%病人在死亡前兩天有嚴重疼痛，28%有嚴重程度呼吸困難[31]。另外 Portenoy 等[32]的調查：接近三分之一末期病患要過度的鎮靜(excessive sedation)，才能控制疼痛。

國內癌末病人的末期鎮靜普遍存在，但始終不曾深入研究，因此使得癌末照顧工作人員常無所適從，甚至淪爲常規用藥，並未經過倫理決策之過程，此爲國內癌末照顧品質提昇上最需突破的重要課題。因此，本章節採用臺大醫院緩和醫療病房的相關研究探討：(1)末期鎮靜的現況，及與難控制癌末症狀之關係。(2)病人、家屬及工作人員對病人末期鎮靜的倫理觀及滿意度。(3)藉由以上之探討，期望由倫理及實務觀點學習符合國情的癌症末

表五：末期鎮靜措施使用情形

變項	人數	%
是否使用？		
是	70	27.9
否	181	72.1
難控制症狀		
躁不安	40	57.1
呼吸困難	16	22.8
嚴重疼痛	7	10.0
失眠	5	7.2
強烈皮膚癢	2	2.9
使用途徑		
口服	35	50.0
皮下	30	42.9
靜脈	5	7.1
使用的藥物種類		
Haloperidol	35	50.0
Midazolam	17	24.3
Morphine, rapidly increasing dose	9	12.9
Other benzodiazepines	7	10.0
Chlorpromazine	2	2.8
使用頻率		
間斷使用	37	52.9
接續使用	26	37.1
由間斷到持續	7	10.0
同意書		
僅家屬同意	35	50.0
病人及家屬皆表同意	30	42.9
僅病人同意	5	7.1
總計	251	100.0

期鎮靜模式，以提昇癌末照顧品質[33]。

臺大醫院緩和醫療病房的研究(表五)，在所有完成追蹤到死亡的 251 人中，有 70 人(27.9%)曾進行末期鎮靜，其針對的主要難控制症狀分別是躁性譫望 (agitated delirium, 57.1%)、呼吸困難 (dyspnea, 22.8%)、疼痛 (pain, 10.0%) 及失眠 (insomnia, 7.2%)，另有 2 例是因嚴重皮膚癢而使用末期鎮靜。而使用的藥物依使用頻率高低分別為 haldol(50.0%)、midazolam(24.3%)、rapidly increasing dose of morphine(10.0%)等。使用的途徑則以口服最多(50.0%)，其次為皮下(subcutaneous, 42.9%)，靜脈使用(intravenous)則只有 7.1%。超過

一半(52.9%)的病人使用頻率以需要時才用之 (intermittent)，其次則為定時規則持續使用 (continuously, 37.1%)，另有一小部分(10.0%)原本需要時才使用，後來改為定時持續使用 (continuously)。至於告知同意(informed consent)方面，則有一半病人(50.0%)使用末期鎮靜僅止於家屬同意，有 22.9%病人則是病人與家屬皆同意，至於有一位病人因只有看護人員照顧，因此只有病人本身同意。末期鎮靜效果及滿意度，超過三分之二 (67.1%)的末期鎮靜效果醫師認為良好，但也有近四分之一(22.9%)其效果被認為是尚可而已，甚至有十分之一其效果不好。絕大多數末期鎮靜(87.1%)



表六：倫理困境「病人拒不出院的困擾」的原因及解決策略

項	目	重要性係數
倫理困境之原因		
	病人害怕病情突然變化，不知如何處理	0.83
	住院照顧服務較好	0.74
	家中無人照顧，人力不足	0.72
	在醫院病人比較有安全感	0.69
	住院較舒適、方便	0.54
	害怕無法再度入院	0.46
	病人覺得留在醫院才能得到家屬的關心	0.39
Percent of variance(%)		55.62
Redunancy(%)		3.76
倫理困境的解決策略		
	給予再入院的保證	0.84
	轉介安寧居家照護	0.68
	指導家屬照顧病人之方式	0.64
	協助尋找看護、安養中心或轉院	0.43
	解釋病人住院的目的，與治療目標	0.42
	告知病人在家仍有舒適的機會	0.35
Percent of variance(%)		25.12
Redunancy(%)		1.70
典型相關係數	0.49*	

Note:\*.P&lt;0.05

皆沒有明顯副作用，副作用則以 *restlessness* 最多有 4 位(5.7%)，另血壓變化則有一個個案。幾乎所有醫師(95.7%)在事後檢討時，皆認為道德觀能以肯定。有 71.4%醫師滿意末期鎮靜的使用。相對於醫師，近八成病人家屬(88.6%)認為該病人應進行末期鎮靜，而且有近七成(67.1%)的家屬滿意鎮靜的成效。另由病人反應或直接觀察，約有一半(52.9%)接受末期鎮靜的病人，滿意藥物的使用。

在上述研究中也比較鎮靜組及非鎮靜組之存活天數，為避免剛住院病人因多數症狀尚未評估確定，溝通尚未建立，影響末期鎮靜之決定，因此扣除住院未滿兩天者計算共 227 人，由住院到死亡平均天數，鎮靜組為 28.49 天，非鎮靜組為 24.71 天，並無統計上之差異(P=0.430)。而第一次使用末期鎮靜到死亡平均天數為 12.62±19.59 天，中位數為 5

天，而最後一次使用末期鎮靜到死亡平均天數為 4.30±8.61 天，中位數為 2 天。

上述的研究中，末期鎮靜比率佔了 27.9%，醫護人員、家屬甚至病人對使用效果滿意度相當高，使用後的副作用很少，醫護人員及家屬對參與決定使用末期鎮靜皆有正面的道德觀點。而末期鎮靜組與非末期鎮靜組的存活期沒有明顯差別，也支持末期鎮靜使用的倫理可行性，至於如何在適當時候給予適切的末期鎮靜，並提高鎮靜效果則為下一步需探討的課題。另外心靈力量的提昇以減少末期鎮靜使用的比率，在本國文化背景，也待深思探討。

### 出院居家照護的困境

醫療科技的進步，延長了人類平均餘命，相對地，各國老年人口及慢性病患比率也急遽增加。不

幸地的是，由於家庭成員的減少，家庭所能提供的照顧能力反而降低，因此使得世界各國對病患的照顧都有從家庭內轉移到醫院機構來照顧的趨勢。末期病人的照顧甚至最後死亡的場所也都不例外，如美國到1980年已有近八成民眾在醫療機構內死亡[34]，英國的癌症病人也從1965年37%在家過世減少到1987年的27%[35]，至於澳洲的南澳地區則僅有14%民眾在家過世[36]。日本是一個典型東方文化的國家，民眾在醫院死亡的比率也從二次世界大戰後的二成增加到目前的80%[37]，而在百分之百是華人的台灣，民眾在醫院死亡的比率也由1984年的23.5%提昇到1994年35%[38]。由此可知醫院死亡的比率在世界各國都有同樣增加的趨勢。

但是這種趨勢，真的是民眾所樂意見到的？或者是醫療體系不足及社會環境限制下所不得不的妥協結果？根據 McWhinney 等[39]的研究：病人的期望是在家死亡的主要因素，他的研究也顯示近六成的病人想在家中死亡，但其中卻有一半的病人無法達到心願，而 Groth-Juncker 和 Mc Cusker[40]在美國的研究中也顯示：受訪的病患幾乎都想回家迎接死亡的來臨，但是只有 55%的病人能如願。亞洲方面，邱氏的調查指出，日本在 1983 年有 75.9%的民眾選擇在家死亡，1993 年則仍有 58.9%的民眾有此意願，而台灣鄉村則有八成民眾喜歡在熟悉的家中等待死亡[41]。但以上各國民眾的期望卻往往不能達成，導致上述狀況的原因實值得探討。

本章節採用台大醫院緩和醫療病房所完成的出院相關研究結果[42]，希望探討本土癌末病人不願出院的原因，並提出及其解決策略(表六)。上述研究藉由全國性安寧照護人員之調查，並以典型相關統計，分析出困境原因的解決策略。由結果可知造成癌末病人已出院的原因，依其重要性排序為：1.病人害怕病情突然變化，不知如何處理。2.住院照顧服務較好。3.家中無人照顧，人力不足。4.在醫院病人比較有安全感。5.在醫院病人比較有安全感。而相對的解決策略，以其重要項排序如：1.給予再入院的保證。2.轉介安寧居家照護。3.指導家屬照顧病人之方式。4.協助尋找看護、安養中心或轉院。5.解釋病人住院的目的，與治療目標。

由上述結果可知，在台灣要解決癌末病人不願出院回家居家療護的困境，必須朝下列方向努力：

- 1.提供末期病人整合性協調性的照護，也就是住院、居家及長期照護機構應有順暢的照會轉送機制。
- 2.提升社區照顧能力，加強社區醫護人員照護能力，並能引進足夠社區支援系統。
- 3.宣導居家療護的可行性及其意義。

## 結 論

末期醫療照顧常碰到諸多倫理爭議的議題，醫療人員必須針對這些議題的專業內容虛心學習，並訓練倫理決策的素養與能力。而在努力解決這些倫理兩難情境的過程中，也相對地一直在提供病人及家屬最大的關懷，同時做好用心的決策及溝通，將會創造很多解決的智慧，這些智慧將會幫助病人及家屬提昇末期生活的品質並達到善終。

## 推薦讀物

1. Bradshaw A: The spiritual dimension of hospice: the secularization of an idea [review]. *Soc Sci Med* 1996; 43: 409-19.
2. Kinzbrunner BM: Ethical dilemmas in hospice and palliative care. *Support Care Cancer* 1995; 3: 28-36.
3. Finlay I :Difficult decisions in palliative care. *Br J Hos Med* 1996;56:264-7.
4. 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.
5. Cheng SY, Chiu TY, Hu WY, Guo FR, Wang Y, Chou LL, et al: A pilot study of good death in terminal cancer patients. *Chin J Fam Med* 1996;6:83-92.
6. Aoki Y, Nakagawa K, Hasezawa K, et al: Significance of informed consent and truth-telling for quality of life in terminal cancer patients. *Radiat Med* 1997;15:133-5.
7. Okazaki N, Yoshimori M, Ohta H, Karirawa F: Mental influence of telling true diagnosis to terminal cancer patients. *Gan no Rinsho* 1989;35:331-4.

8. Seo M, Tamura K, Shijo H, Morioka E, Ikegame C, Hirasako K: Telling the diagnosis to cancer patients in Japan: attitude and perception of patients, physicians and nurses. *Palliat Med* 2000;14:105-10.
9. Chiu TY, Hu WY, Cheng SY, Chen CY: Ethical dilemmas in palliative care- a study in Taiwan. *J Med Ethics* 2000;26:353-7.
10. Hu WH, Chiu TY, Chuang RB, Chen CY: Solving family-related barriers to truthfulness in cases of terminal cancer in Taiwan. *Cancer Nursing* 2002;25: 486-92.
11. World Health Organization: *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Geneva, World Health Organization, 1995.
12. 邱泰源：癌末病患人工營養水分之使用。國科會研究報告，2000。
13. Dewys WD, Begg C, Lavin PT, Bennett JM, et al: Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. *Am J Med* 1980;69:491-4.
14. Blackburn G, Miller M, Bothe A: Nutritional factors in cancer in medical oncology. In: Calabresi P, Schein P, eds. *Oncology*. New York, MacMillan, 1985:1406-32.
15. Smale B, Mullen J, Buxby G, Rosato E: The efficacy of nutritional assessment and support in cancer surgery. *Cancer* 1981;47:2375-81.
16. Issell B, Valdivieso M: Protection against chemotherapy toxicity in IV hyperalimentation. *Cancer Treatment Report* 1978; 62:1139-43.
17. Koretz R: Parenteral nutrition: Is it oncologically logical? *J Clin Oncol* 1984; 2: 534-8.
18. Torosian M, Daly J: Nutritional support in the cancer bearing host. *Cancer* 1986;58:1915-29.
19. Zerwekh J: Do dying patients really need IV fluids? *Am J Nurs* 1997; 97:26-30.
20. McCann RM, et al: Comfort care for terminally ill patients: The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994;272:1263-6
21. Waller A et al: The effect of intravenous fluid infusion on blood and urine parameters of hydration and on state of consciousness in terminal cancer patients. *Am J Hos Palliat Care* 1994; 11:22-7.
22. Fainsinger RL, Bruera E: When to treat dehydration in a terminally ill patient? *Support Care Cancer* 1997;5:205-11.
23. McCormick RA: Vive la difference! Killing and allowing to die. *America* 1997;177:6-12.
24. Gillon R: Acts and omissions, killing and letting die. *Br Med J* 1986;292:125-8.
25. American Medical Association : *Current Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs*. Chicago IL, American Medical Association, 1986.
26. Cherny NI, Portenoy RK: Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994;10:31-8.
27. Roy DJ: Need they sleep before they die? *J Palliat Care* 1991; 6:3-4.
28. Enck RE: Drug-induced terminal sedation for symptoms control. *Am J Hosp Palliat Care* 1991;8:3-5.
29. Ventafridda V, Ripamontic, De Conno F, Tamburini M, Cassileth BR: Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Palliat Care* 1990; 6: 7-11.
30. Fainsinger R, Miller MJ, Bruera E, Hanson J, Mauacheru J: Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J Palliat Care* 1991;7:5-11.
31. Morlis JN, Mor V, Goldberg RJ et al: The effect of treatment setting and patient characteristics on pain in terminal cancer patients: a report from national hospice setting . *J Chron Dis* 1986;39:27-35.
32. Portenoy RK, Moulin PE, Rogers A, et al: IV infusion of opioids for cancer pain: clinical review and guidelines for use. *Cancer*

- Treatment Reports 1986;70:575-81.
33. Chiu TY, Hu WY, Lue BH, Cheng SY, Chen CY: Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2001;21:467-72.
  34. Brock DB, Foley DJ: Demography and epidemiology of dying in the US with emphasis on deaths of older persons. *Hospice J* 1998; 13: 49-60.
  35. Townsend J, Frank AO, Fermont D, Dyer S, Karran O, Walgrove A, et al. Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study. *BMJ* 1990; 301:415-7.
  36. Hunt RW, Bond MJ, Groth RK, King PM: Place of death in South Australia. Patterns from 1910 to 1987. *Med J Aust* 155:549-53.
  37. Ministry of Health Welfare (MHW): Kokumin Eisei no Doko. Paper presented at the Meeting of Health of the Nation. Kosei Tokei Kyokai, Tokyo, 1994.
  38. Department of Health, The Executive Yuan: Vital statistics, Republic of China, 2001.
  39. McWhinney IR, Bass MJ, Orr V: Factors associated with location of death (home or hospital) of patients referred to a palliative care team. *CMAJ* 1995;152:361-7.
  40. Groth-Juncker A, McCusker J: Where do elderly patients prefer to die? Place of death and patient characteristics of 100 elderly patients under the care of a home health care team. *J Am Geriatr Soc* 1983;31:457-61.
  41. Chiu TY, Ohi G: The attitudes toward terminal care in rural communities in Taiwan and Japan: a comparative study. Unpublished master's thesis. University of Tokyo, Tokyo, Japan, 1995.
  42. Hu WY, Chiu TY, Chuang RB, Chen CY: Why Taiwanese hospice patients want to stay in hospital: health-care professionals' beliefs and solutions. *Support Care Cancer* 2004;12:285-92.