

緩和醫療的原則

陳慶餘

國立台灣大學醫學院附設醫院 家庭醫學部

緩和醫療(palliative care)

Palliate 來自拉丁文 Palliare 是「掩飾」、「隱藏」的意思。最早於 16 世紀在醫學上使用敘述對遭受痛苦的緩和或減輕。當 Cicely Saunders 於 1967 年啓用聖克利斯多夫安寧醫院時，它對癌末病人的照顧與一般醫院提供的疾病導向延命性醫療服務大不相同，所強調的是症狀控制、專業間合作、志工的參與，以病患為中心，連續性照顧、家屬的哀傷輔導，獲得社會的認同和政府的支持，創立了現代安寧照護的典範，也帶動了安寧照顧的世界性潮流，無疑地提昇了臨終病患的生命品質。緩和醫療起源於安寧照護運動，目前已成爲一種醫學專科－緩和醫學(palliative medicine)。

緩和醫療是提供患不治之症病人的一種積極性、整體性和人性化的醫療團隊照顧。首先要解除或控制病患身體上一切痛苦的症狀，讓病患在心理上能夠瞭解並接受不治之症的事實，轉而珍惜存活的每一日子，完成心願並交待後事走得莊嚴無憾。此外對家屬的哀傷輔導也是全程照顧的一環。

在方法上，緩和醫療結合安寧照護有關人員和資源包括醫療、護理、社工和志工的服務，以團隊合作方式進行。提供善終環境，使病患享有心靈上的舒適安寧和家庭生活的氣氛，符合個人選擇往生的意願。並依據病患個人的認知調適情況，擬定具體的善終教育計劃，舉辦相關活動，以開導啓發病患心智，達成善終的理想目標。因此緩和醫療尊重生命，不以人為

手段來提早或延長生命與安樂死(euthanasia)採取主動提早結束生命，迥然不同，如果緩和醫療健全發展就能避免發生安樂死的醫學倫理窘境了。

1990 年世界衛生組織揭示緩和醫療的以下原則：(1)它重視生命並認為死亡是一種正常過程，換句話說，生命和死亡不是對立而是連續的。(2)它既不加速亦不延後死亡。(3)它提供痛苦和不適症狀的解除。(4)它整合病患心理和靈性層面的照顧。(5)它提供幫助病人儘可能地積極生活直至死亡的一種支持系統。(6)它亦提供協助家屬在病患照顧和死亡哀慟期間調適的一種支持系統。緩和醫療照顧的三個目標：病患得以善終，家屬調適良好，以及醫療人員保持良好的士氣。

緩和醫療之進行不限定在某一種特定的機構或場所，並應秉持一種尊重生命意義和價值的哲學思想態度。它是專為病患和其親屬身、心、社會、靈性需要的支持體系，以確保在臨終過程和哀慟期間的尊嚴和品質。

照顧模式

緩和醫療的對象以癌末病患為主，從癌症的自然病程來分析照顧的模式不外兩種：一種是治癒性治療，另一種是緩和性治療。治癒性治療視癌症為可根除的疾病，利用各種臨床方法如藥物、手術、放射線、免疫等來徹底消滅癌細胞。然而至今尚未有一種方法，只對癌細胞而不破壞正常細胞，因此各種治療方法必定會造成不同副作用影響正常生理功能。最新的

Title: Principles of Palliative Care

Author: Ching-Yu Chen,

Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital

Key words: palliative care, hospice, family physician

治療甚至以極高劑量的治癌藥物或放射治療來破壞癌細胞，人體的正常細胞亦受到嚴重破壞，必須在無菌室內休養，此時身體處於無防衛狀況任何的病菌侵入皆會造成敗血症，引發休克死亡。這種治療純粹以生物醫學的觀點，將人當成疾病來看，只要疾病治癒，癌症引起的各種症狀自然會跟著消失；治療者握有絕對的權威，病患只要順從即行。事實上，這種方法在過去對付感染症確實有效，但在癌症病患卻不靈驗，往往造成醫患關係的障礙。癌症的發生機轉至今未明。從許多流行病學調查和臨床研究，顯示各種癌症有不同的危險因子，包括先天遺傳基因以及後天生活形態，致癌原的接觸等，其中最重要的是癌細胞能逃避人體的免疫監測，不被消滅，無限制的成長。從癌症的存活率也可瞭解當癌細胞局限在某一部位時治療後其存活率愈高，如果局部甚至遠端擴散則每況愈下。尤其當各種治癒性方法宣佈無效的癌末病患，傳統的生物醫學模式已不再適用，安寧照顧的觀念取而代之。

安寧照顧起源於中古世紀的天主教，用以接待長途朝聖者的休息站、中途站或驛站，並以之延伸為照顧受傷與垂死的過路人的院舍。直至 1967 年英國修女 Cicely Saunders 醫師才正式將此名稱引用於現代的醫療機構，作為照顧癌症臨終病人設施的稱呼。從這段由來可以瞭解安寧照顧本著宗教的關懷提供癌末病患的全人照顧。

日本安寧照顧之父柏木哲夫教授在談論臨終照顧的主題說道：「死亡確定是軀體變性的一種結果。然而在死亡過程則不僅是一種肉體的變化如血壓下降尿量減少，它也是一種心理歷程如焦慮、憤怒、憂鬱和孤獨；它也是一種社會過程如不能再工作，必須向家人告別、最後它也是一種靈性過程。瀕死病人有許多靈性上的痛苦需要接受適當的照顧」。最特殊的是死於癌症的病人有各種不同的痛苦。既然做為一個全人的死亡，必須照顧全人所遭受全部的痛苦(total pain)。臨終照顧的模式類似心身醫學是一種身體-心理-社會-靈性模式，用為照護來自身體、心理、社會和靈性的四種痛苦。

表一：臨終病人常見的靈性課題
(取材自推薦讀物 7)

過去	未完成的心願 不滿於先前的成就 未舒解的罪惡感
現在	深受個人完整性改變感到痛苦舉例如下： 身體形象、身體功能 智力功能、社交功能 執業能力、個人吸引力 性吸引力
未來	無望 無用 無意義 死亡念頭困惱

哲學家傅偉勳教授在其著作「學問的生命與生命的學問」一書中建構「生命十大層面與價值取向」模型說明二者之間的關係、「學問的生命」發展就在身體活動、心理活動、政治社會、歷史文化、知性探索、審美經驗以及人倫道德等世俗世間的生命七大層面。至於「生命的學問」則屬生命最高三層(實存主體、終極關懷與終極真實)的，有關每一萬物之靈超世俗的終極課題探索之事，探索的方式方向與結果效果，自然也會影響生命下面七層的價值取向。由此可瞭解到癌末病患的生命觀必須建立在世間生命和靈性生命之上來肯定其生命的意義和價值，達到理想善終的境界。

過去的醫療模式不論是以疾病觀點的生物醫學模式，以身心一元論的心理神經免疫模式(psychoneuroimmunologic model)，或以家庭為單位照顧的生物心理社會模式，皆較少對靈性方面的探討。靈性問題起源於對人類生存的價值與意義產生困惑，臨床的表現可以從病患對過去存有罪惡感，對目前的情況感到失望以及對未來存有恐懼的種種現象看出，表一是臨終病人常見的靈性課題。直至安寧照顧的興起，緩和醫療原則的運用不再僅限癌症病人，更擴大至一切不可治癒性的疾病，甚至將死亡教育當做通識教育來提昇生命的品質。

設置標準

緩和醫療在每一國家針對地區性的需要和醫院設施的不同有許多的模式和策略，然而其中一成不變的是多專業合作。由於各專業領域的獨立性和主觀性，若無共識會造成不利後果。

首先必須強調的是沒有一種專家能擁有對瀕死病患安寧照顧所需的技巧。Cicely Saunders 將醫學院所有科系所培養的專家組織一團隊提供病患整體性照顧，以因應病人和家屬的需要。因此發展並整合團隊成員間的專業服務和維持良好的溝通是評量緩和醫療目標完成的最佳指標。

英國皇家學院工作小組針對緩和醫療設置標準做了以下的規範：(1)有關臨終照顧的意義和目的必須說明清楚，提供成員做為計畫服務和評估的指引。(2)必須有明文規定並在官方行政配合下保障服務的品質。(3)基於研究證據和社區需求的調查來規畫服務的內涵。(4)當規畫服務時必須考慮民眾能夠適切且公平的利用。(5)不同專業所提供的服務與其教育訓練發展一致。(6)做為第一線照顧者必須具備勝任能力、憐憫心並且對病患和其家屬的需要有敏銳的觀察力。(7)以一種正向關懷的態度促進病人家屬和成員間對問題的討論瞭解而能採取適切的調適策略。(8)團隊成員必須提供病患和家屬需要的照顧技巧。(9)必須重視且充分利用對病患照顧所需的不同專業的特殊貢獻。(10)發展安寧療護的品質保證計畫以加速水準提昇。

當安寧照顧運動在全球各地風起雲湧之際，其理念在亞洲地區也逐漸為醫界及社會大眾所認同。日本厚生省於 1991 年制定了緩和照顧病棟設施標準，照顧對象以末期惡性腫瘤病患為主，硬體方面，病房面積每床 2.42 坪以上（約為普通病房的二倍）、設有面談室、會議室及供家族使用之休息室、客廳、廚房等。軟體方面，需有該棟全勤專任醫師、每 1.5 名患者有 1 名護士照顧，並設有一檢討入出院之委員會等，達到上述標準者，院方可獲得保險醫療給付。

而在台灣，鑒於各醫療單位對安寧療護的關注與努力，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，並為欲開辦安寧療護服務的醫院規劃方向，以確保服務品質。表二是衛生署對國內安寧療護病房設置之規定。

醫療團隊

病人照顧的祕方在於關懷病人。所謂臨床病徵不只是臥病在床的寫照而是以病人為中心圍繞著家人、工作夥伴、朋友和所伴同的情緒反應如喜憂、希望、害怕等所構成的景象。

緩和醫療提供病患身心社會靈性四方面的照顧必須有下列成員的參與：(1)醫師：醫療小組必須由至少一名認定的緩和醫療醫師來帶領並有效的協調人力。照會醫師來自各專科醫師，經常照會的所有麻醉科、腫瘤科、神經科、內科、外科、精神科、復健科、小兒科等。(2)護理人員：護理人員強調要提供的是一種適切照顧、尊重每位病人的獨特性與自主性，運用護理的專業和技術，長期密切地與病人接觸，且收集病人與健康相關之訊息，和其他專業人員溝通。(3)社工人員：除深入瞭解病患心理社會和家屬需求外，舉辦各種教育宣導活動，出院安置、家庭診視和遺族的悲傷輔導。其他成員包括臨床心理師、營養師、藥師、復健師等以及具有愛心的義務工作者，和各種宗教的神職人員。

成功的團隊組合必經謹慎選擇包括成員的專業能力、適應能力、待人處世、幽默感、懂得尊敬他人以及對同事的支持。核心成員包括醫師護士和社工彼此之間瞭解各自專長，彼此學習並分擔照顧的責任。在臨床決策上醫師必須負最後的責任而誰是主要的照顧者則視問題本身而定，其它成員隨時提供適當的討論和意見。為維護病房持續性的照顧管理者如護理長是必須的，而在家庭會議時社工可做為團隊的領導者。問題複雜時科間的照會與社區資源的轉介是常事。對於癌末病患整體照顧的觀念本

表二：安寧住院療護病房設置規範表（衛生署,1996）

項 目	設 置 標 準	
一、人員		
(一)醫師	(1)應設至少一專責之主治醫師。(2)需經相關之訓練。	
(二)護理人員	(1)每一.五床應有一人。(2)需經相關之訓練。	
(三)病房服務人員(護理佐理員)	(1)每三床應有一人。 (2)需經一百小時之護理機構病房服務人員訓練。	
(四)社會工作人員	(1)應設至少一人。(2)需經相關之訓練。	
(五)其他人員	得視業務需要設置物理治療人員、職能治療人員、臨床心理工作 人員及宗教靈性輔導人員。	
二、醫療服務設施		
(一)病房	(1)應設病室並符合左列規定：(a)平均每床面積(不含浴廁)至少七.五 平方公尺。(b)床尾與牆壁間之距離至少一、二公尺。(c)床邊與鄰床 (二)日常活動場所	(1)應設病室並符合左列規定：(a)平均每床面積(不含浴廁)至少七.五 平方公尺。(b)床尾與牆壁間之距離至少一、二公尺。(c)床邊與鄰床 之距離至少〇、八公尺。(d)床邊與牆壁之距離至少〇、八公尺。(e) 每床應具有床頭櫃及與護理站之呼叫器。(f)每床應有床欄及調節高 度之裝置。(g)二人或多人床之病室，應備有隔離視線的屏障物。(h) 每一病室至多設四床。 (2)應設可供病人及家屬於病人接近臨終時使用的房間。 (3)應設可供瞻仰遺體及家屬度過急性哀傷及宗教儀式之用的場所， 並備空調、消毒及隔音設備。 (4)應設護理站，並具有左列設備：(a)準備室、工作台及治療車。(b) 護理紀錄、藥品及醫療器材存放櫃。(c)推床。(d)輪椅。(e)污物處理 設備。 (5)應有空調設備。 (6)應有被褥、床單存放櫃及雜物之貯藏設施。按病床數計，平均每 床應有四、五平方公尺以上。
(三)衛浴設備	(1)病房應設衛生設備及淋浴設備。(2)應有專業洗澡機設備。 (3)應有扶手及緊急呼叫系統。	
(四)其他	(1)應設置面談室。(2)應設置會議室。(3)應有供家族準備膳食之場 所。	

指其身體、心理、社會和靈性成分，現已擴大為包括照顧成員因介入疼痛處理所引起的壓力。肯定領導者和尊敬管理者是一支有效率專業團隊的要素。透過溝通和病歷複查來改進，如此所做的決定愈能符合病患的需要。對癌末病患不僅要有一顆關懷的愛心，尚須賴技巧去做快速的決定和溝通，而充分的人力和時間以及定期的會議才能有效率的保障每天的照顧品質。

家庭醫師是適合擔任緩和醫療的工作，其理由如下：(1)家庭醫師長期照顧病患，常是第一個懷疑病人患惡性腫瘤或其它對生命危害情況的醫師，成為指導病人及其家屬往後照顧最重要的資源。(2)太多的照會和專家意見留給病患和其家屬未確定的焦慮，以及處理病患身心障礙和情緒問題必須落在家庭醫師的身上。(3)具有與其它醫事人員的良好合作關係。無論在診所或醫院，門診或住院以及急診或家訪，家庭醫師習慣將病患視為團隊成員共同照顧的對象，做為團隊的領導者和協調者。(4)家庭醫學與緩和醫學分享相似的基本理念：例如以家庭為單位重視衛教，遵醫囑性和自我照顧的提昇，持續性照顧。家庭醫師很容易接受緩和醫療的觀點並發揚光大。(5)家庭醫師受過內外婦兒精神科等完整的訓練使他有能力來處理癌末病患和其家屬所遭遇的各種問題。(6)緩和醫療世界的潮流為社區一居家中心，病患一家屬導向，成本—效率原則之照顧，家庭醫師制度的配合是唯一的選擇。

台大醫院之經驗

台大醫院繼馬偕醫院安寧照顧病房，耕莘醫院聖若瑟病房之後於 1995 年 6 月成立緩和醫療病房推動安寧療護工作。本病房目前專收癌症末期的病人，包括成人和兒童，屬於癌症末期的急性病房而非療養病房，住院條件規定如下：(1)癌症末期診斷，且經醫師認定治癒性治療已無意義者。(2)病人之身體症狀需要醫療協助減輕痛苦，或有心理社會靈性困擾者。(3)家屬或病人須認同緩和醫療的原則，同意病危時不

做令病人痛苦的延命措施。(4)症狀控制緩解後，須遵醫囑辦理出院，使病房能服務更多病人。符合上述條件的病人可以透過原主治醫師轉診亦可直接至台大醫院家醫科緩和醫療門診掛號，登記後，安排面談，經醫療小組會議評估，如符合住院條件則列入等候名單，依次序通知住院，如不符合則會向家屬說明。

台大醫院緩和病房設在東址 6A 病房，得天獨厚銜接一間陽光屋和空中花園。利用陽光屋設計成有家庭氣氛的交誼廳、餐廳、小廚房、兒童遊戲角落，可以在此看電視、唱卡拉 OK、彈鋼琴、打麻將、辦各種活動如家庭音樂會、生日餐會、藝人表演等。走出陽光屋進入花園，除欣賞花草魚鳥外，病患可以自行種花、種菜享受收成的喜悅。

病床共有十七床，含單人房 3 間、雙人房 4 間、3 人房 2 間，每間都有衛浴設備、小冰箱、個人電視(可以收看第四台有線節目)。每張病床都是電動床，提供各式特殊設計的枕頭。房間擺設和窗簾、床單的顏色都經挑選，營造出住家的感覺。病房費用與其它病房一樣按健保標準付費。

緩和醫療病房成立一年半來，總共服務病患 452 人次，死亡 298 人，出院 154 人次，男女各佔一半，平均年齡為 54.7 歲。以中老年人占大多數。住院診斷依原發部位排序，前五位分別為肝癌、肺癌、結直腸癌、胃癌和膽胰臟癌。平均住院日數為 17.5 天。(表三)

緩和醫學在國內尚處於起步階段，過去一段期間摸索和成長已建立良好的基礎，從台大緩和醫療病房正積極推動下列的工作可以看出目前的發展趨勢。(1)緩和醫療提早實施：癌症一經診斷，除了治癒性治療方法外，症狀解除、心理輔導、家屬照顧以及靈性需求須要緩和醫療專家協助。在院內各專科有此共識下，透過照會，家醫科醫師至各病房評估病患提供必要的協助。(2)居家療護推廣落實：在衛生署核準下，居家療護服務，使病患能及早出院享受家庭溫暖，又能得到症狀的控制，已見成效。進一步研究利用有線電視做遠距診療，拉近病患與醫護人員的時空距離是醫學資訊學的一大貢

表三：台大醫院緩和醫療病房病人基本資料
(Jun 8, 1995 ~ Jan 23, 1997)

項 目	人數	百分比
性 別		
男	227	50.2
女	225	49.8
年齡(平均 54.7 歲)		
< 18	14	3.1
19 ~ 35	31	6.9
36 ~ 64	218	48.5
> 65	188	41.5
住院天數(平均 17.5 天)		
< 1	9	2.0
2 ~ 7	141	31.2
8 ~ 14	82	18.1
15 ~ 21	65	14.4
22 ~ 28	50	11.1
29 ~ 60	96	21.2
61 ~ 90	9	2.0
原發部份		
肝癌	78	17.3
肺癌	78	17.3
結直腸癌	48	10.6
胃癌	39	8.6
膽囊胰臟癌	38	8.4
乳癌	23	5.1
鼻咽癌舌癌口腔癌	23	5.1
子宮頸癌	20	4.4
腦瘤	16	3.5
血液癌	13	2.9
前列腺癌	10	2.2
卵巢癌	10	2.2
平滑肌癌	10	2.2
其他	46	10.2

註：全部住院病人 452 人次，死亡 298 人，
出院 154 人次

獻。(3)加強醫學生人文素養和社會關懷:台大醫學院今年度開始在二年級醫學生「人與醫學」通識課程加入緩和醫療病房的見習課程讓醫學生參與病人照顧，陪伴癌末病患，學習人性化照顧和團隊合作的醫療服務。(4)團隊成員的擴

大:為因應病患的特殊需求，新成員的加入，讓團隊的服務更加周全，例如對於不能言語、溝通不良、極端痛苦而一般治療反應不佳的癌末病患，音樂治療師的介入是另一種選擇，又病患在病房服用中藥的情況相當普遍，為求科學驗證和方便瞭解病患的需求，考慮邀請中醫師加入以發展本土化的照顧模式。(5)家屬的哀傷輔導:病患往生後家屬的哀傷輔導是全程照顧的一環。目前由社工人員定期追蹤並針對高危險群個案加強輔導。家屬常在感恩之餘，自動投入志工行列，以自身經驗來開導其他家屬，是最寶貴的社會資源。(6)日間療護的規畫實施:做為癌末照顧的示範中心，日間療護是繼住院和居家療護後需要規畫的不同形態的服務。目前在有限空間和人力不足的情況下如何突破障礙提早實施是努力的目標。(7)推動安寧療護相關法案的制定:針對癌末病患 DNR 的合法性，陳榮基教授要求衛生署說明已得到肯定答覆即合乎安寧療護原則並不違法，但與立法保障仍有一段距離。如何促進安寧療護有關 DNR，預立遺囑、醫療代理人、病患權益等問題必須通過立法及社會教育，而此方面的研究工作之進行提供法案根據更為迫切。

展望與建議

1960 年代正當醫學走向分科制度，與人性化醫療背道而馳之際，Cicely Saunders 提倡安寧照顧，家庭醫學也同時興起。兩者對病患照顧的理念是一致的，如安寧療護的四全(全人、全家、全程、全隊)與家庭醫學的三 C(繼續性、週全性和協調性)，所不同的是對象而已。由於癌末病患的照顧伴同許多的壓力，尤其腫瘤醫學專家的各種治癒性治療失敗後，病患家屬和醫療人員必須接受緩和醫療的原則並不是一件容易的事。當病患選擇居家療護時，許多因素在照顧臨終病患會加重醫師的挫折感。例如：忌諱正視死亡，與病患家屬的溝通不夠，對於各種痛苦症狀的處理訓練不足，不能得自其它同儕的支持，對治療的目標認識不清，有太多不實際的期望以及臨床決策的不確定性。在一

項國外調查有 86% 的開業醫師對所照顧病患死亡一事深感痛苦。

台大醫院家庭醫學部接掌緩和醫療病房，其服務的品質與績效受到病患、家屬、院方和社會的肯定，影響所及，台北榮民總醫院、花蓮慈濟醫院也指定家醫科來開辦。台灣每年有二萬多人死於癌症而提供安寧療護的場所不過數家與實際需求相差太大。展望未來為全面推動家庭醫師參與緩和醫療工作，以嘉惠癌末病患，建議如下：(1)衛生署或家醫學會舉辦現代緩和醫療和居家照護有關技術層面的繼續教育來提昇基層醫師對癌末病患安寧療護的能力；(2)家庭醫學科住院醫師計畫應規定緩和醫療和癌末照顧的課程；(3)建議各層級醫院儘速成立隸屬於家醫科的安寧療護單位；(4)發展有關癌末病患緩和醫療和居家照顧的研究方法；(5)輔助家醫科招收資深住院醫師接受緩和醫療研究員訓練，以培養師資。

推薦讀物

1. Rousseau P: Hospice and palliative care. *Disease-a-month* 1995. XLI: 780-3.
2. Byock IR: Hospice and the family physician. *J Fam Pract* 1984;18: 781-.
3. George RJD, Jennings AL: Palliative medicine. *Postgrad Med J* 1993;69: 429-49.
4. Kashiwagi T: Psychosocial and spiritual issues in terminal care. 1995;49: S123-7.
5. Weisman AD: Appropriate death and the hospice program. *The Hospice J* 1988;4(1): 65-77.
6. Saunders C: Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach. Edward Arnold 1991; 1-38.
7. Cherng NI, Coyle N, Foley KM: Guidelines in the care of the dying cancer patient. *Hematology/Oncology Clin N Amer.* 1996;10: 261-82.
8. 陳榮基：安寧照顧，心身醫學雜誌，1994;5: 8-20.
9. 傅偉勳：學問的生命與生命的學問，正中書局 1993.
10. 陳慶餘等：1996 英國安寧療護研習心得，佛教蓮花臨終關懷基金會。
11. 陳慶餘、鄭逸如、吳英璋：以生物心理社會模式探討臨床心理社會問題之機轉與處理，*中華家醫誌*，1991;1: 165-72.
12. 邱泰源(主編)：台大醫院緩和醫療病房開設週年紀念專刊，1996 年 9 月。