

109 年度 安寧療護、病主法 研習會

神經內科重症加護病房之 安寧實務分享

林口長庚醫院 神經內科系 謝向堯醫師

109.09.03

今日重點

- 淺談安寧緩和醫療的概念
- 八大類非癌症末期疾病
- 撤除維生醫療系統(善終或器捐)
- 器官捐贈與腦死判定
- 案例分享
- 簽署DNR、且病人符合末期病患判定後

淺談安寧緩和醫療的概念

名詞解釋

1. **安寧緩和醫療**：指為減輕或免除末期病人之**生理、心理及靈性痛苦**，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。
2. **末期病人**：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據**近期**內病程進行至死亡已不可避免者。
(急性期非末期，『近期』法律無明確定義，可指下一秒、下一刻或最長半年內都是，尊重專科醫師本人認定。)
3. **維生醫療**：指用以維持**末期病人**生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。
(要先確立末期病人，才有所謂無效醫療即『維生醫療』，是一個過程。)

名詞解釋

4. **心肺復甦術**：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸器等標準急救程序或其他緊急救治行為。
(是個時間點)
5. **維生醫療抉擇**：指末期病人對心肺復甦術或維生醫療施行之選擇。
6. **意願人**：指立意願書選擇安寧緩和醫療或做維生醫療抉擇之人。

安寧緩和條例 修法重點

- 第四條新法:末期病人得立意願書，選擇安寧緩和醫療或做維生醫療抉擇。
- 第七條新法:不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定：
 - 一、應由兩位醫師診斷確為末期病人，醫師應具有相關專科醫師資格。
 - 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。

安寧緩和條例 修法重點

➤ 第七條新法：

無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

末期病人符合第一項至第四項規定不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。

安寧緩和條例 修法重點

➤ 第七條：

最近親屬出具同意書，**得以一人行之**；其最近親屬意思表示不一致時，依第四項各款先後定其順序。

後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思，應於不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療前以**書面**為之。

安寧修法重點

➤ 第八條新法：

醫師應將病情、安寧緩和醫療之治療方針及維生醫療抉擇告知末期病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情及各種醫療選項時，應予告知。

➤ 第九條：

醫師應將第四條至前條規定之事項，詳細記載於病歷；意願書或同意書並應連同病歷保存。

安寧修法重點

➤ 經診斷為本條例第三條第二款之末期病人者，
醫師應於其病歷記載下列事項：

1. 治療過程。
2. 與該疾病相關之診斷
3. 診斷當時之病況、生病徵象及判斷為不可治癒之理由。

新法修訂

1. 將「安寧緩和醫療」、「心肺復甦術」、「維生醫療」三者分別定義。
2. 意願書可自由選擇「安寧緩和醫療」、「不施行心肺復甦術」或「不施行維生醫療」抉擇。
3. 簡化以同意書撤除維生醫療程序。

安寧緩和醫療條例施行細則

(民國104年01月16日)

第 4 條

本條例第七條第一項第一款所稱之二位醫師，
不以在同一時間診斷或同一醫療機構之醫師為限。

第 5 條

本條例第七條第二項所稱相關專科醫師，指
與診斷病人所罹患傷病相關專業領域之專科醫師。

第 6 條

本條例第七條第六項所稱得以一人行之，於同條第四項所定同一款之
最近親屬有二人以上時，只其中一人依同條第三項規定出具同意書者，
即為同意不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療。

第 7 條

本條例第八條所稱家屬，指醫療機構實施安寧緩和醫療
或提供維生醫療抉擇時，在場之家屬。

第 8 條

本條例第九條所定之意願書或同意書，應以正本為之。但病人轉診者，
由原診治醫療機構留具影本，正本隨同病人轉診。
意願書已依本條例第六條之一第二項規定，以掃描電子檔存記於中央主
管機關資料庫者，診治醫療機構得下載列印，並等同前項之正本。
病人在同一或不同醫療機構就醫時，其能提出前次簽署同意書之影本或
複寫本者，無需重複簽署。診治醫療機構應將該影本或複寫本，連同病
歷保存。

同意書填寫

表單名稱	使用對象	簽署者	使用時機
預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇 意願書	意識「清醒」的民眾和病人	病人 本人 或醫療委任代理人	隨時可以填寫
撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書	意識「清醒」的民眾和病人	病人 本人 或醫療委任代理人	隨時可以填寫
不施行心肺復甦術同意書(時間點)	「意識昏迷或無法清楚表達意願」之「末期」病人	家屬	施行心肺復甦術等 標準急救程序前
不施行或撤除維生醫療同意書(過程)	「意識昏迷或無法清楚表達意願」之「末期」病人	家屬	<ol style="list-style-type: none"> 1. 維生醫療：呼吸器(BiPAP)、葉克膜、洗腎、全靜脈營養、升壓藥物、NG tube等 2. 不施行才要簽署 3. 撤除(已經用了，後來想移除) 撤除呼吸器要送倫理委員會核備

THE SURPRISE QUESTION

一年不意外

- **"WOULD I BE SURPRISED IF THIS PATIENT DIED IN THE NEXT YEAR?"**

- **NO GROUP DIED WITHIN THE NEXT YEAR AT A RATE 3.5 TIMES HIGHER THAN THE YES GROUP.**

CLINICAL JOURNAL OF THE AMERICAN SOCIETY OF NEPHROLOGY 2008
SEP;3(5):1 379-84

- **THE 'SURPRISE' QUESTION IN ADVANCED CANCER PATIENTS: A PROSPECTIVE STUDY AMONG GENERAL PRACTITIONERS** 24 MARCH 2014
PALLIATIVE MEDICINE

- **'NO' GROUP HAD AN ODDS RATIO OF 11.55** (95% CONFIDENCE INTERVAL: 5.83–23.28) AND A HAZARD RATIO OF 6.99 (95% CONFIDENCE INTERVAL: 3.75–13.03) **OF BEING DEAD IN THE NEXT YEAR COMPARED TO PATIENTS IN THE 'YES' GROUP** ($P = 0.000$ FOR BOTH ODDS RATIO AND HAZARD RATIO).

限時醫療嘗試

TIME LIMITED TRIAL

Box. Strategy for Discussing a Time-Limited Trial (TLT)

Preparation

Select a main medical communicator and key clinicians to involve

Identify key patient and family decision maker(s)

Seek consensus among medical teams about clinical condition and prognosis

Identify clear clinical markers of improvement or deterioration

Beginning of the Family Meeting

Each person should introduce himself or herself, including how he or she relates to the patient

Review purpose of meeting

Solicit family members' views of patient's situation

Reconcile clinicians' understanding with that of the patient or family

Consider a TLT

Propose key components of TLT

Discuss how progress will be measured and communicated

Negotiate time frame for reevaluation

Schedule a follow-up meeting

Follow up at Scheduled Intervals Depending on the TLT

Regularly inform family about progress

If treatment is working, propose next steps

If treatment is not working, next steps might include (1) negotiating a different TLT or (2) proposing a plan for treatment withdrawal

- 重要侵入性處置但效果不明
- 與疾病因素，病人意識狀態，功能狀態有關
- 處置要繼續或停止
 1. 確立問題與預後
 2. 釐清病人的目標與優先順序
 3. 找出病情變化之客觀指標
 4. 預計評估之時間
 5. 討論下一步
- 預備 醫療團隊共識
- 家庭會議家屬的想法
- 考慮限時醫療嘗試，目標、期限
- 後續治療效果
- JAMA. 2011 OCT 5;306(13):1483-4

臨終關懷服務政策與程序

- 醫師應向末期病人及家屬說明病情與預後，徵詢其選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇之意願，並尊重其不施行心肺復甦或不施行維生醫療的權利；告知所做決定的後果與責任。
- 配合政府推動安寧療護照護，減少無效醫療。
- 針對原團隊主治醫師及團隊，向末期病人及家屬解說病情與預後，徵詢其選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇之意願，得向健保申報緩和醫療家庭諮詢費。

臨終關懷流程

病患來源

急診

住院

A: 家庭會議

經一位衛署認定相關專科醫師確認末期病人

B

列印『生命末期病人善終照護意願徵詢書』由醫師解釋內容並簽署

C: 9項

醫師執行評估項目9項、照護內容5項

D: 5項

照會

安寧療護團隊

社工師(員)

精神科

轉介師

宗教團體

醫師每七天再評估是否需臨終關懷

依生命末期病人善終照護意願

遺體
捐贈

選擇
DNR

就近
治療

在院
死亡

瀕死
出院

器官
捐贈

維持目
前醫療

緩和醫療家庭諮詢會議

1. 對象：以現行**住院重症病患**，且已進入**末期狀態**者為主。

2. 適應情況：

✓ 病人/家屬有困難解決的身、心、靈、社會等問題

✓ 家屬意見不一（醫療、照顧、其它）

✓ 需與團隊人員做醫療溝通

✓ 病人與家人有不同的餘生期待

✓ 病人、家屬、團隊間對整體性照護持有不同的看法

3. 諮詢參與人員：主治醫療團隊（包含**原團隊醫護人員**）、病患或家屬。

C:9項 評估項目

Assessment of Dying Patients

姓名		病歷號碼		床號	
出生日期	年 月 日	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	主治醫師	

醫師

_____先生/女士，因不幸罹患嚴重傷病，經主治醫師診斷認為已無治癒可能，而且病程進展至死亡已屬不可避免，乃於主治醫師解釋病情後，考慮「生命末期病人善終照護」的各種選項。

醫院的立場是希望能盡力配合，協助病人及家屬們完成心願，您與家人的選擇可參考如下，若有任何問題或決定，均可向照顧病人的醫護人員詢問：

維持目前的醫療，直至無法抗拒之死亡。

依安寧緩和條例第四條、第五條、第七條第一項第二款之規定，選擇在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術(包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為)。

轉至一般病房或離家較近的醫院，由家屬陪伴，至生命終點

辦理自動出院，留一口氣回家，在家中往生。

願意器官捐贈，幫助器官障礙者，遺愛人間，讓生命傳承延續。

願意往生後捐贈組織(眼角膜、骨骼、皮膚、血管等)，幫助疾病患者，做更有意義的貢獻。

遺體捐贈，願做大體老師，供醫學研究及教學，發揮生命最後價值。

簽署人：_____

(與病人之關係：_____)

備註：簽署人應以病人本人為主，如其意識昏迷，無法清楚表達意願，則由其家屬代理(請於簽名後註明與病人之親屬關係)。

中華民國 年 月 日

一式二聯：
 ① 主治醫師簽署
 ② 主治醫師簽署
 ↓ 病患或家屬簽署
 ↓ 病患或家屬簽署
 ↓ 住院期間病歷留存
 ↓ 出院後社服課留存

B

D:5項 照護內容

Care of Dying Patients

Date of assessment:

- Physical symptoms: nausea respiratory distress other: _____
- Alleviating factors: _____
Exacerbating factors: _____
- Current management: Medication: Oxygen supply Inhalation therapy other: _____
Patient's response: Good Moderate Mild No response
- Patient and family spiritual orientation: involvement in a religious group: Yes 一般民間信仰、佛教、一貫道、基督教、天主教 No
- Patient and family spiritual concerns or needs: despair suffering guilt forgiveness Other: _____ None of above
- Patient and family psychosocial status:
family relationships close alienated conflict
the adequacy of the home environment if care is provided there Yes No
coping mechanisms good fair poor
the patient's and family's reactions to illness Accept Denied Other: _____
- The need for support or respite services for the patient, family, or other caregivers: Yes No
- The need for an alternative setting or level of care: Yes No
- Survivor risk factors:
family coping mechanisms good fair poor
the potential for pathological grief reactions Yes No

- Providing appropriate treatment and prevention for
pain by _____ constipation by _____ nausea by _____ respiratory distress by _____ according to the wishes of the patient and family Yes No, for the limitation of recent management other _____ to the extent reasonably possible Yes No, improved by medication adjustment other: _____
- Sensitively addressing such issues as autopsy organ donation rejected by family
- Respecting and address the patient's values, religion, and cultural preferences involving the patient and family in care decisions aggressive, palliative, hospice care then arrange discharge plane. Other _____. DNR Yes, No
- Involving the patient and family in all aspects of care 臨終身體照顧, 遺體護理 Other _____. No, be rejected by family.
- responding to psychological emotional concerns of patient and family regarding dying and grieving by psychiatrist, social worker Others _____. spiritual cultural concerns of patient and family regarding dying and grieving 後事安排 Yes 在院往生 回家往生 Not yet

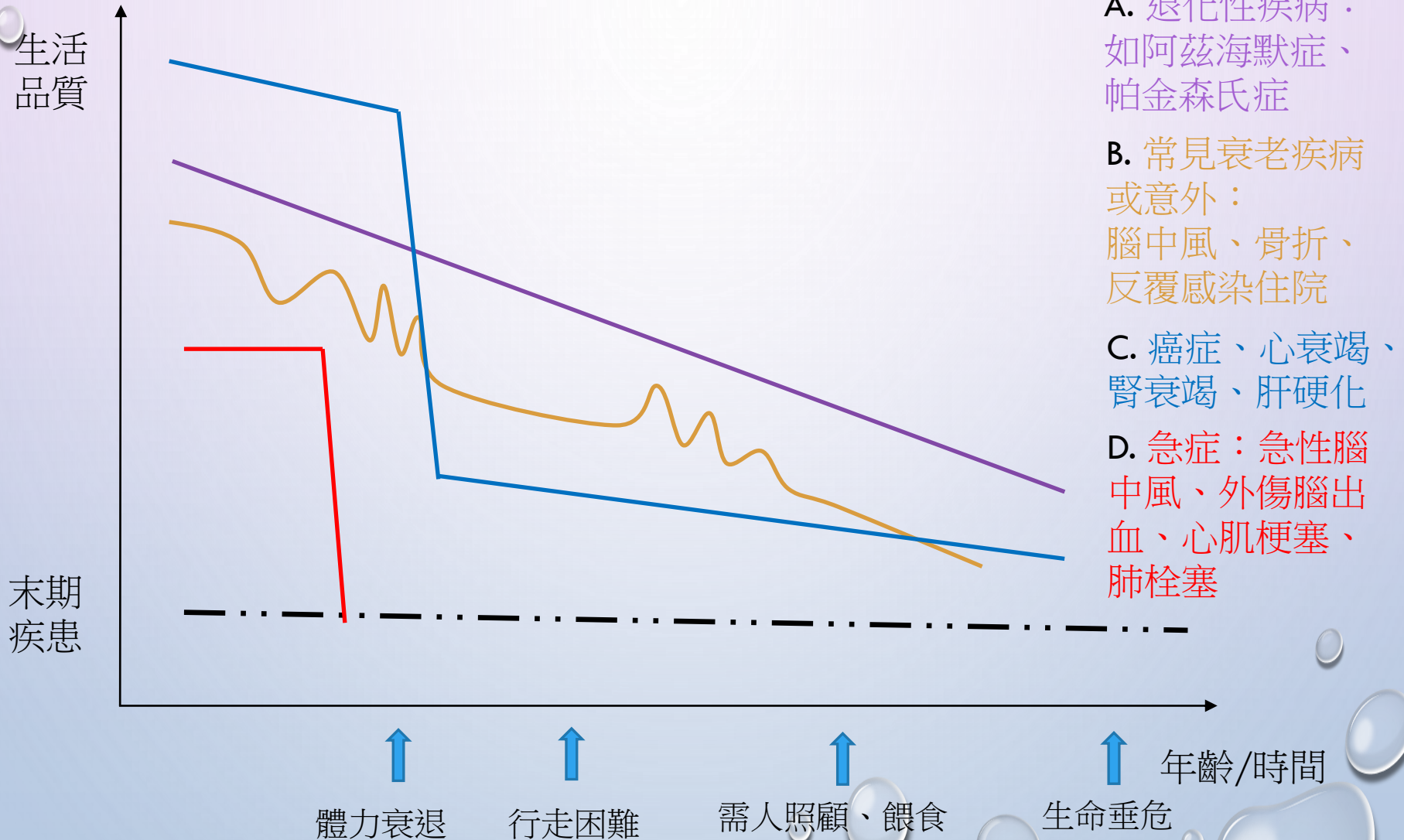
病重(病危) VS 末期

病重(病危) 與 末期

病重(病危) 不等於末期。但總有一天在某個時間點會交會。

可能很快、也可能間隔數年以上。

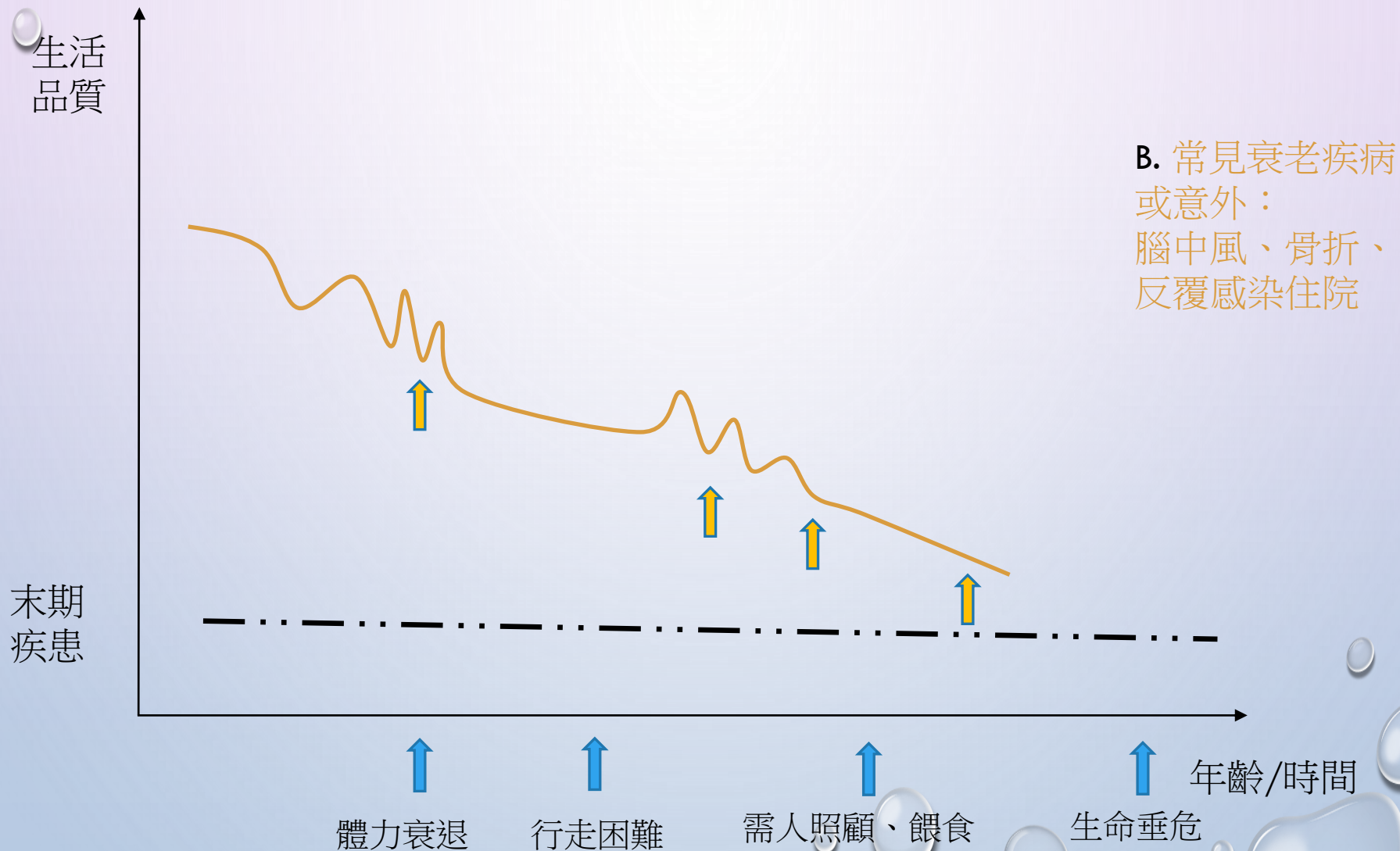
疾病進程



非癌症緩和醫療的介入時機

1. 對象：最常見是多年來逐漸衰老的患者
2. 時機：最常見是患者因重病被送入加護病房後；
但其實在一般病房、甚至門診都隨處可見。
3. 特色與困難處：
 - ✓ 不容易定義「末期」
 - ✓ 家屬之間意見不一（醫療、照顧人力、經濟、其它社會因素）
 - ✓ 家屬總是能夠期待這次治療後能「再進步」
 - ✓ 患者身體狀況下滑的大趨勢未能被察覺

非癌症疾病的安寧緩和介入時機



八大類非癌症末期疾病 介紹

八大類非癌症末期疾病

八大類非癌症末期病人包括：

1. 老年期及初老期器質性精神病態
2. 其他大腦變質
3. 心臟衰竭
4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
5. 肺部其他疾病
6. 慢性肝病及肝硬化
7. 急性腎衰竭，未明示者
8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

八大類非癌症末期疾病

1. 老年期及初老期器質性精神病態

1. 必要條件：

臨床失智評分量表為末期者(CDR =5)，病人沒有反應或毫無理解力、認不出人、需旁人餵食，可能需用鼻胃管、吞食困難、大小便完全失禁、長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。

2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。

3. 病情急劇轉變而造成病人非常不舒適時。

如：電解值不平衡、急性疼痛、嚴重呼吸困難、惡性腸阻塞、嚴重嘔吐、發燒，疑似感染、癲癇發作、急性瞻妄或瀕死狀態。

八大類非癌症末期疾病

2. 其他大腦變質

嚴重神經疾病如：嚴重中風、嚴重腦傷、多發性硬化症、帕金森氏症、亨丁頓舞蹈症等退化性疾病末期，合併以下狀況：

1. 末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生，但病情急劇轉變造成病人極大不舒適時。

如：電解值不平衡，急性疼痛、嚴重呼吸困難、惡性腸阻塞、嚴重嘔吐、疑似感染、癲癇發作、急性瞻妄或瀕死狀態。

2. 末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

八大類非癌症末期疾病

3. 心臟衰竭- 心衰竭末期應最少符合下列二個指標：

(1) CHF NYHA STAGE III或 IV休息或輕度活動時會喘。

(2)原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。

(3)經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。

(4)雖經最大的醫療處置，但仍有極不容易控制的生理或心理症狀如下：

(5)因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者

(6)曾有心臟停止或心肺復甦術病史

(7)常有不明原因的昏厥

(8)心因性腦栓塞

(9)左心室射出分率(LV EJECTION FRACTION) $\leq 20\%$

八大類非癌症末期疾病

4. 肺部其他疾病- 慢性阻塞性肺病CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE - COPD:

休息時就會喘，且病況持續惡化（如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院），合併以下任一狀況：

(1)即使使用氧氣，然而 $PAO_2 \leq 55\text{MMHG}$ 、 $PACO_2 \geq 50\text{MMHG}$ 或 O_2 SATURATION $\leq 88\%$ 。

(2) $FEV_1 \leq 30\%$ OF PREDICTED。

(3) FEV_1 持續下降且速度每年大於40 ML。

(4)六個月內體重減少10%以上。

(5)休息時心跳超過100/MIN。

(6)肺心症或肺病造成之右心衰竭。

(7)合併有其他症狀（如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱）或多重合併症。

八大類非癌症末期疾病

5. 肺部其他疾病

囊狀纖維化，嚴重肺纖維化疾病等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化，合併有其他症狀(如：惡質病，反覆感染，重度憂鬱)或多重合併症等。

八大類非癌症末期疾病

6. 慢性肝病及肝硬化

必要條件，肝病或肝硬化末期，已經評估過不適合肝臟移植者，且合併下列任一項症狀：

1. 困難處理之腹水
2. 自發性細菌性腹膜炎
3. 肝腎症候群
4. 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷
5. 復發性食道靜脈瘤出血
6. 多重器官衰竭
7. 惡病質與消瘦

八大類非癌症末期疾病

7. 急性腎衰竭，未明示者

1. 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併有其他症狀(如：惡質病，惡性腫瘤末期患者，長期使用呼吸器)或多重合併症等。

八大類非癌症末期疾病

8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病第四、五期病患，或已接受腎臟替代療法病患。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併有其他症狀(如：惡質病，惡性腫瘤末期患者，長期使用呼吸器)或多重合併症等。

撤除維生醫療系統（善終）

病人自主權利法

第14條：

病人符合下列臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部份：

1. 末期病人。
2. 處於不可逆轉之昏迷狀況。
3. 永久植物人狀態
4. 極重度失智
5. 其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒，且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。

- 前項各款應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次照會確認。
- 醫療機構或醫師依其專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，得不施行之。
- 前項情形，醫療機構或醫師應告知病人或關係人。
- 醫療機構或醫師依本條規定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，不負刑事與行政責任；因此所生之損害，除有故意或重大過失，且違反病人預立醫療決定者外，不負賠償責任。

關於病人自主權利法的末期病患

- 本法第十四條第一項第二款所稱「不可逆轉之昏迷狀況」，指因腦部病變，經檢查顯示符合下列情形之一之持續性重度昏迷：
 - 一、因外傷所致，經診察其意識超過六個月無恢復跡象。
 - 二、非因外傷所致，經診察其意識超過三個月無恢復跡象。
 - 三、有明確醫學證據確診腦部受嚴重傷害，極難恢復意識。前項診察及確診，應由二位神經醫學相關之專科醫師為之。

臨終關懷流程

病患來源

急診

住院

A: 家庭會議

經一位衛署認定相關專科醫師確認末期病人

B

列印『生命末期病人善終照護意願徵詢書』由醫師解釋內容並簽署

C: 9項

醫師執行評估項目9項、照護內容5項

D: 5項

照會

安寧療護團隊

社工師(員)

精神科

轉介師

宗教團體

醫師每七天再評估是否需臨終關懷

依生命末期病人善終照護意願

遺體
捐贈

選擇
DNR

就近
治療

在院
死亡

瀕死
出院

器官
捐贈

維持目
前醫療

同意書填寫

表單名稱	使用對象	簽署者	使用時機
預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇 意願書	意識「清醒」的民眾和病人	病人 本人 或醫療委任代理人	隨時可以填寫
撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇 意願聲明書	意識「清醒」的民眾和病人	病人 本人 或醫療委任代理人	隨時可以填寫
不施行心肺復甦術同意書(時間點)	「意識昏迷或無法清楚表達意願」之「末期」病人	家屬	施行心肺復甦術等 標準急救程序前
不施行或撤除維生醫療同意書(過程)	「意識昏迷或無法清楚表達意願」之「末期」病人	家屬	<ol style="list-style-type: none"> 1. 維生醫療：呼吸器(BiPAP)、葉克膜、洗腎、全靜脈營養、升壓藥物、NG tube等 2. 不施行才要簽署 3. 撤除(已經用了，後來想移除) 撤除呼吸器要送倫理委員會核備



撤除維生醫療系統
(欲器捐者 需做腦死判定)

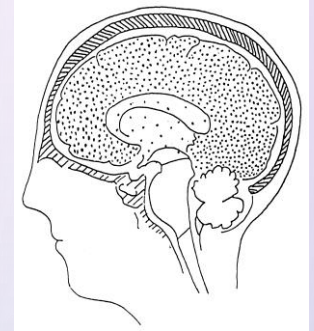
台灣腦死法律規定

植基於腦幹死亡的概念

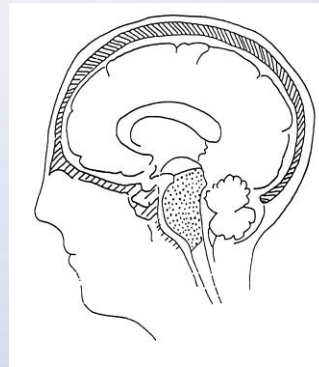
- 附於『人體器官移植條例』
- 1987年6月19日：『人體器官移植條例通過』
- 1987年7月17日：台大進行亞洲第一例心臟移植手術，遭罰十五萬
- 1987年9月17日：衛生署公告『腦死判定程序』
- 2004年8月9日：『腦死判定準則』
- 2012年12月17日：修正『腦死判定準則』



全腦死



植物人
依序現行定義非
腦死



腦幹死

人體器官移植條例

- 醫師自屍體摘取器官施行移植手術，必須在器官捐贈者經其診治醫師判定病人死亡後為之。
- 前項死亡以腦死判定者，應依中央衛生主管機關規定之程序為之。
- 故腦死判定程序建制之初，僅適用於人體器官移植之特定範圍，本署當視實際需要再檢討適用範圍。
- **死亡判定之醫師不得參與摘取、移植手術。**
- 非病死或可疑為非病死之屍體，非經依法相驗，認為無繼續勘驗之必要者，不得摘取其器官。

腦死判定醫師資格

101年12月17日 衛署醫字第1010267797號令 修正『腦死判定準則』

- 病人為足月出生（滿三十七週孕期）未滿三歲者：具腦死判定資格之兒科專科醫師。
- 前款以外之病人：
 - （一）神經科或神經外科專科醫師。
 - （二）具腦死判定資格之麻醉科、內科、外科、急診醫學科或兒科專科醫師。
- 前項所稱腦死判定資格，係指完成腦死判定訓練課程，並取得證書者。
- 本準則公告施行前，已領有台灣小兒神經醫學會所發仍於有效期限內之小兒神經學專科醫師證書者，具腦死判定之資格。
- 腦死判定，應由具判定資格之醫師二人共同為之；其中一人宜為富有經驗之資深醫師。

腦死判定所需觀察時間

開始依賴呼吸器的深度昏迷到『判定性』的
腦幹功能測試

- 罹病原因為情況明顯之原發性腦部損壞，應觀察十二小時
- 罹病原因為腦部受損且有藥物中毒之可能性者，須逾藥物之半衰期後，再觀察十二小時
- 藥物種類不明者，至少須觀察七十二小時

*缺氧性腦病變診斷為腦死的觀察期，最好
24小時以上。

腦死複判

- 第二次判定性腦幹功能測試，應於第一次測試完畢接回人工呼吸器至少**四小時後**，始得為之。但滿一歲以上未滿三歲者，應至少十二小時後；足月出生（滿三十七週孕期）未滿一歲者，應至少二十四小時後。
- 完成**連續二次**判定性腦幹功能測試，如仍完全符合無腦幹反射與不能自行呼吸之條件，即可判定為腦死。

總結

- 住院醫師可輸入末期病人診斷，但僅能暫存；需經專科醫師確認後方可存檔、列印。
- 末期病人確立後需開立醫囑：臨終關懷。
- 經**1位**專科醫師確認末期病人後，住院醫師需填寫『末期病人臨終關懷評估表』，每7天需再評估。
- ACLS 是個點，維生醫療是過程。
- DNR需**2位**專科醫師確認、且病歷需記錄，才完成法定程序。

The background features a light blue gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered in the corners. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance.

案例分享與回饋

(過去怎麼做？現在可以怎麼做？)

例一

護理師們是醫病關係中沉默卻重要的一環。她們比醫師更能體會病家的心情轉折，比醫師更能和病家做朋友。她們用專業與耐心讓醫療過程更加圓滿；沒有她們不行。

圖：專注的表情最迷人 攝於本科的加護病房
Canon 5D + 24-105L 攝



<http://timshea.pixnet.net/album>

圖：認真、親切、又帶著微笑



藥物—妥泰換成樂命達，並搭配藥酸服用。(醫生換藥的考量是服用樂命達，生出健康寶寶的樣本較多)然而，在換藥後的第三個月，因運動較激烈加上換藥的原故，導致癲癇發作。後來，醫生要我自己決定要將藥物換回原本的妥泰，或是加重樂命達的劑量，再試一試！我下次回診就要給醫生答覆了！想請教謝醫師，不知您有何建議呢？^^感謝您的回覆~~~

我要留言

月曆

五月 2017						
日	一	二	三	四	五	六
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

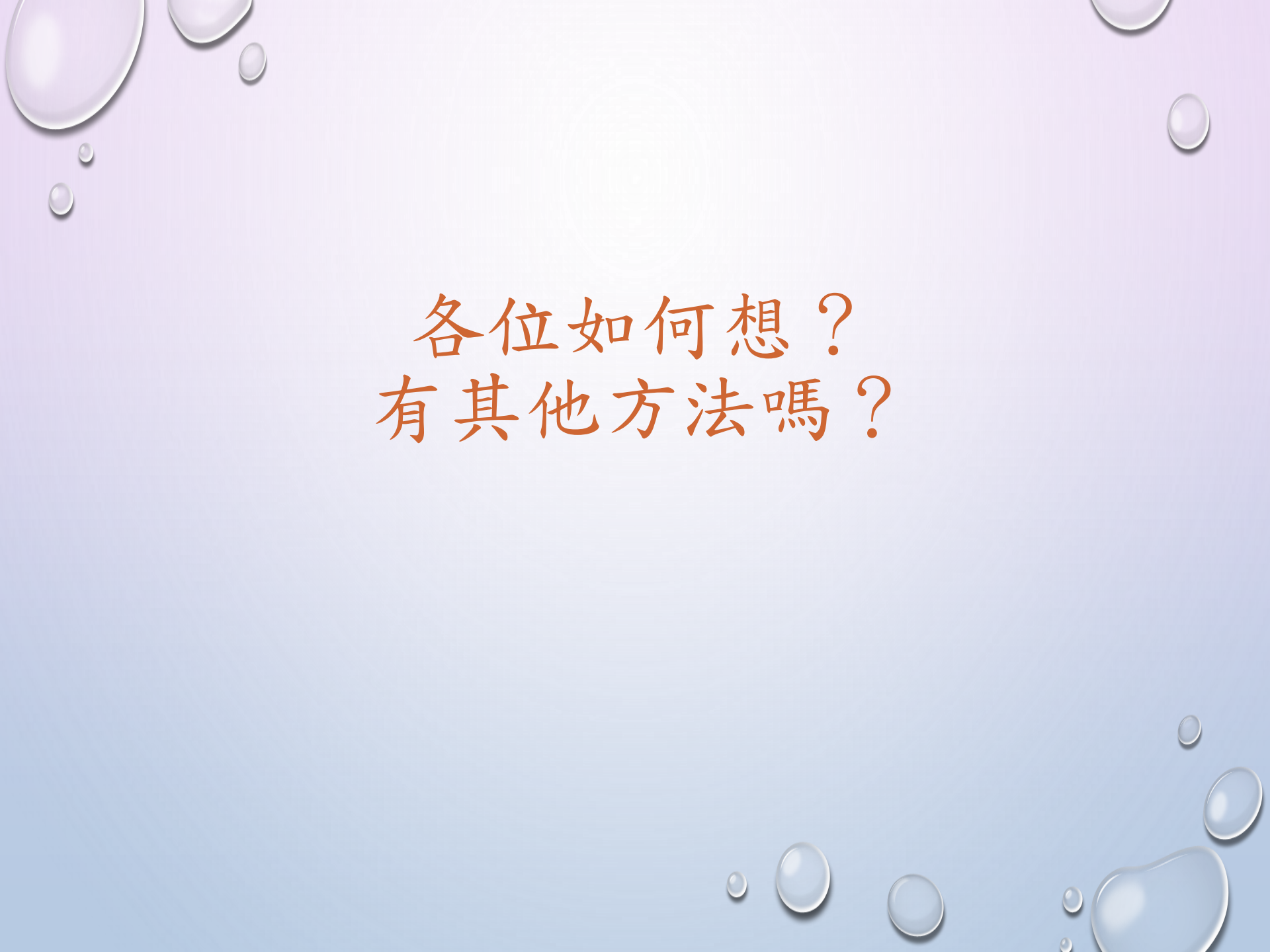
文章分類

- 國外旅遊 (11)
- 台灣之美 (23)
- 白袍心聲 (41)
- 杏林漫談 (32)
- 看影像 說故事 (15)

例一：家屬原本希望積極搶救、後來卻改變主意了

- 中年男性患者，腦幹出血而意識不清，雖可自行呼吸卻呼吸功能不佳，需仰賴呼吸器。
- 太太最初抱持決心「救到底」。但隨著患者腦幹症狀穩定、卻殘留明顯後遺症，開始要考慮長期照顧問題(帶回家、或轉至長照機構)，開始猶豫。(對患者預後不樂觀、經濟考量等等)
- 那時還沒有安寧緩和條例：
 - 方法一：讓家屬幫患者辦理自動出院(CRITICAL AAD)，帶回家。
 - 方法二：醫療團隊在了解家屬心意後，技術性選擇「不做某些處置」。在患者完成肺炎治療、數天後再度因敗血症惡化時，選擇不用升壓劑。
- 有了安寧緩和條例之後：

在兩位神經科醫師判斷患者屬於末期患者後，可依法討論哪些醫療措施不做？包括撤除現有維生醫療系統。



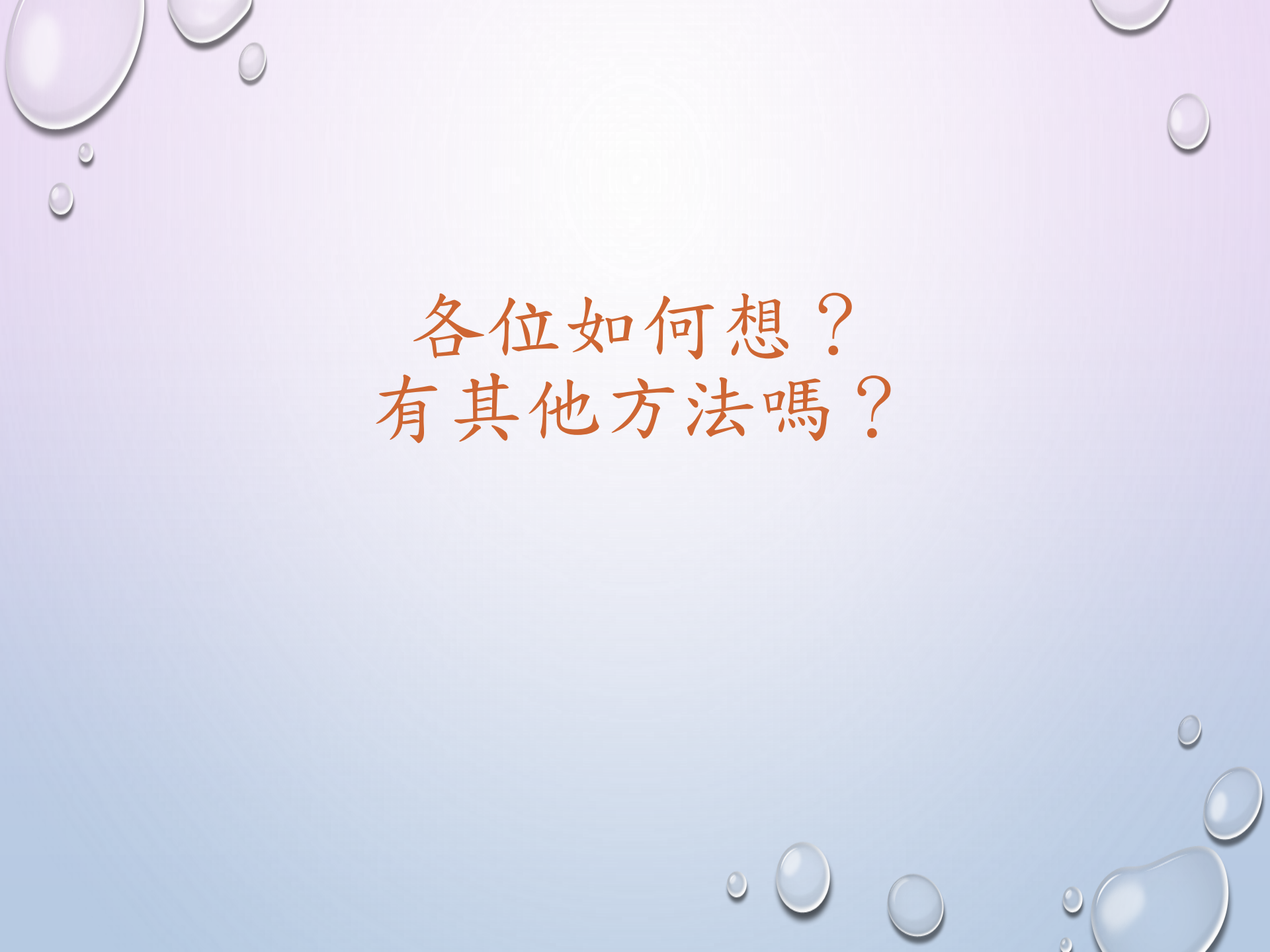
各位如何想？
有其他方法嗎？

例一：家屬原本希望積極搶救、後來卻改變主意了

- 家屬不想繼續治療的可能原因：
 - 捨不得患者長期臥床，不想再受苦？
 - 經濟或其他家庭問題？

例二：醫師判斷患者可以手術、 但患者自行表達不想手術

- 中年男性患者，長期因慢性腎衰竭而接受腹膜透析。本次腦內大量出血，意識迷糊。
- 神經外科問過年輕的子女，分析利弊後，子女表示不考慮手術。故轉到內科加護病房。
- 在內科加護病房治療數天後，發現患者意識有進步。我重新思索，腦部手術應該可以降低腦壓、增加患者存活率與生活品質。
- 子女被醫師說服了。但去詢問患者時，患者清楚表示「不想手術」；醫師去確認，也得到相同答案。
- 最後決定不手術，繼續內科治療。患者最後往生了。
- 子女雖悲傷，卻感激醫療同仁的努力。兒子後來問我：「醫生，我的決定是否是錯的？」我難以回答。



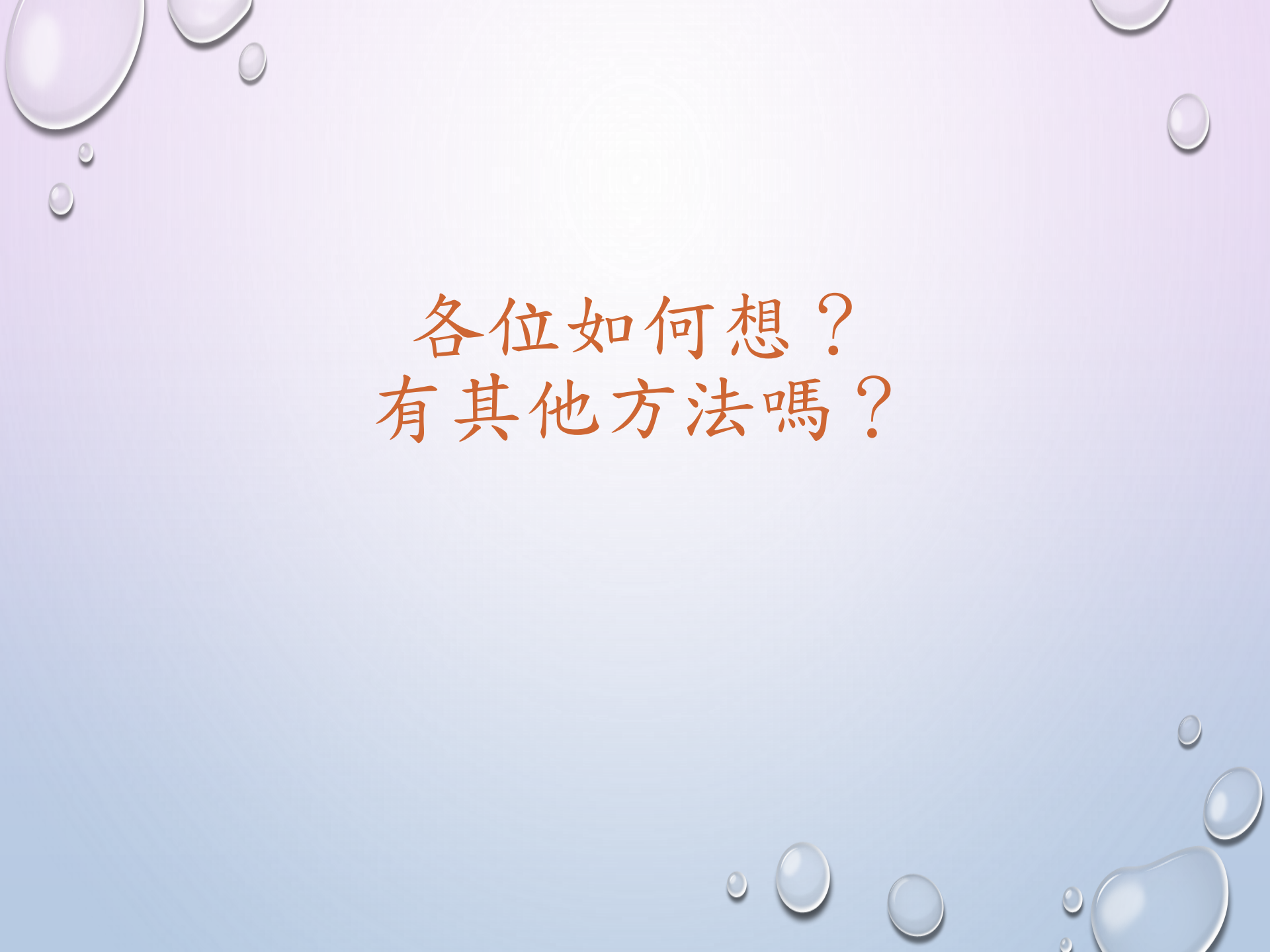
各位如何想？
有其他方法嗎？

醫師判斷患者可以手術、 但患者自行表達不想手術

- 患者不想繼續治療的可能原因：
 - 長期腎衰竭，不想再受苦？
 - 憂鬱？久病厭世？
 - 經濟或其他家庭問題？
- ✓ 我被一位資深醫師批判

例三：患者並不嚴重，但家屬決定甚麼都不做

- 老先生因小中風、合併肺炎住院。意識不清跟兩者都有關，但應該跟肺炎相關性大些。
- 家屬一入院就簽了DNR，表明老先生年事已高，甚麼都不做。包括點滴、抗生素、降腦壓藥、NG都不要。
- 住院醫師碰壁、、、主治醫師也不知能幹嘛？



各位如何想？
有其他方法嗎？

患者並不嚴重，但家屬決定甚麼都不做

- 家屬不希望患者治療的可能原因：
 - 患者年事已高、怕他受苦
 - 怕變成長期照顧患者
 - 患者清醒前曾有表達(交代)不受苦的意願
- ✓ 那、、、送患者來醫院的目的為何？
醫生的作用為何？

關於DNR

- 慢性病人每次轉換照顧地點，例如住院第一天、轉ICU第一天、出院轉護理之家第一天，就應該檢視DNR、AD等等關於維生醫療的既有決策。這應該是標準動作。
- 我們不是因為病人病歷裡有DNR醫願書，就DNR。
醫療行為都是基於醫師的醫囑(判斷)，DNR也是。
- 看到病人有DNR，就要判斷病人是否適用？如果適用，救註記末期，寫個DNR的醫囑；如果當下不屬於末期，也該跟病人及家屬說明，這張DNR意願書在何種情境才會用上。
不要讓病患或家屬有錯誤的期待。

關於病人自主權利法的末期病患

- 本法第十四條第一項第二款所稱「不可逆轉之昏迷狀況」，指因腦部病變，經檢查顯示符合下列情形之一之持續性重度昏迷：
 - 一、因外傷所致，經診察其意識超過六個月無恢復跡象。
 - 二、非因外傷所致，經診察其意識超過三個月無恢復跡象。
 - 三、有明確醫學證據確診腦部受嚴重傷害，極難恢復意識。前項診察及確診，應由二位神經醫學相關之專科醫師為之。

簽署DNR、或撤除維生醫療系統
後

簽署DNR、且病人符合末期病患判定後

面臨的事情：

- 後事安排
- 往生地點
- 衣物準備
- 宗教儀式安排
- 財務安排

心情：

- 道謝
- 道愛
- 道歉
- 道別

回家

- 安寧居家照顧
- 象徵性帶一口氣回家
- 平安後回家繞一下
- 居家環境
- 家屬照顧負擔
- 死亡診斷書取得

法

理

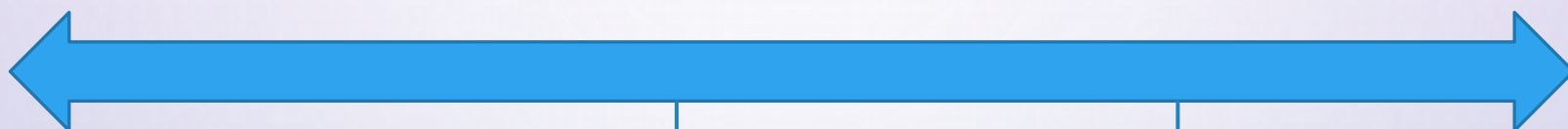
情

行醫謹守天職
積極搶救患者

謹守當患者屬於病主法
或安寧緩和條例之末期
患者時，才予以執行。

當預期患者生活品質
不佳、或會變成長照
者，及早介入安寧緩
和。

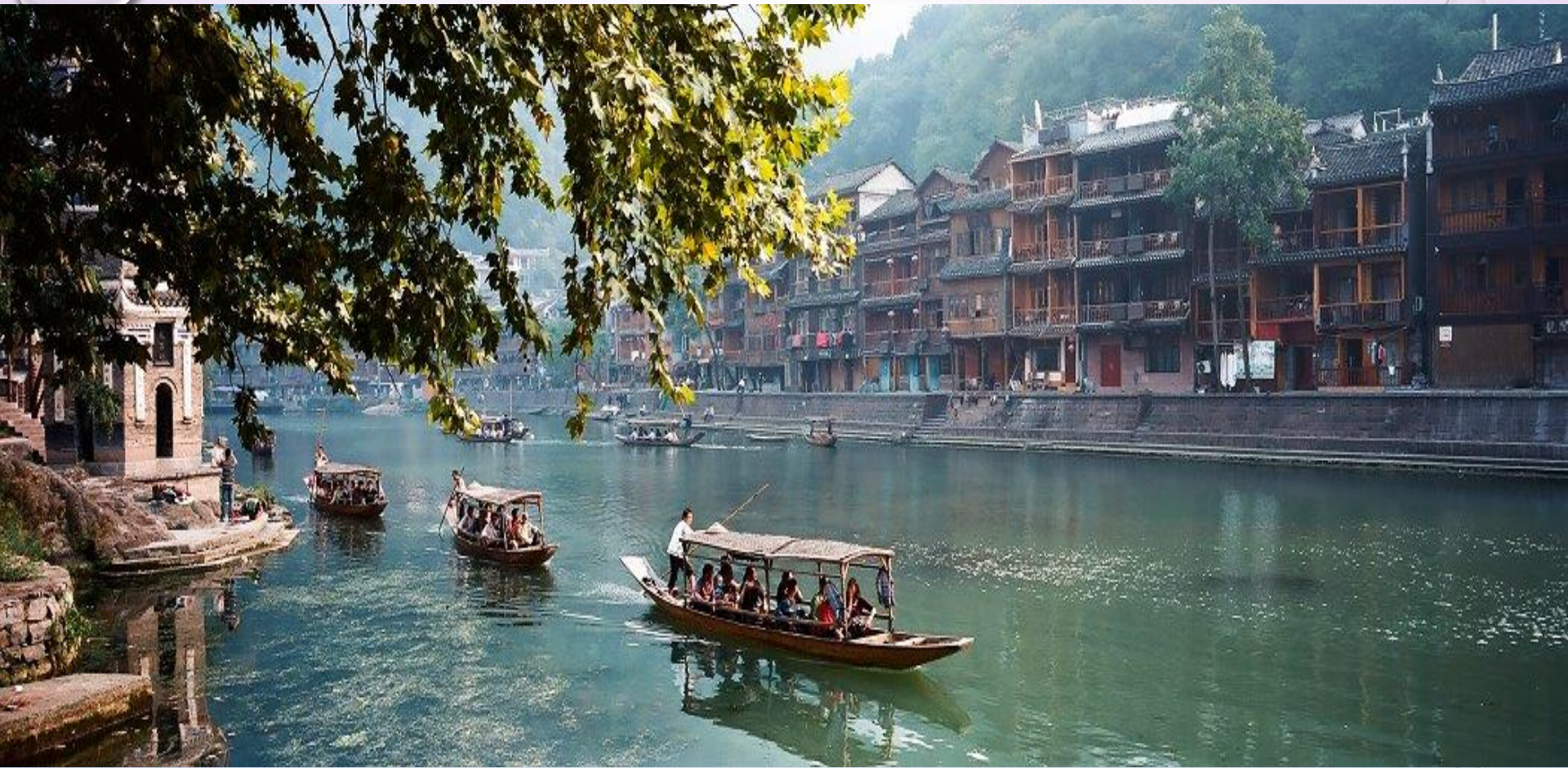
積極善終
反對任何形式的
無效醫療



我目前
的位置

基於救人信念、或
個人信仰，不考慮
撤除維生醫療系統。

NG、IV、抗生素
都不是生命所需。
不要讓病人受苦！



2011 中國 湖南 鳳凰古城