

失智老人生命末期之判定

～內科加護病房倫理討論會報導

臺大醫院內科加護病房醫師 陸美如、陳永瑄、古世基

整理 / 倫理中心 蔡芸禕

壹、案情簡介 (為保護病人隱私，本案有些許改編)

高齡 88 歲老奶奶患有瓣膜性心臟病 (NYHA Fc III)、慢性腎臟病 (stage 3)、糖尿病、高血壓、中度失智症 (CDR=2)、帕金森氏症等疾病，大多數時間意識清醒但有些許混亂狀況 (E4V4M6)，近兩年多靠輪椅移動，偶爾可在攙扶下行走，日常生活活動 (ADL) 部分依賴。老奶奶的配偶已離世，育有 7 名成年子女，平時和三兒子家人同住。此次家人發現奶奶食慾下降、反應變慢、家中簡易血氧測得 (SpO₂) 88%，家人趕緊將老奶奶送醫。

入院後，老奶奶被診斷為肺炎且伴隨急性失代償性心臟衰竭，並接受抗生素和利尿劑治療將近一個月，期間因老奶奶抵抗力差反覆出現肺炎感染，且因呼吸性酸中毒導致意識變差，醫療團隊使用非侵入性正壓呼吸器 (BiPAP) 輔助奶奶呼吸，然而血氧數值仍舊不佳，只好置放氣管內管，並轉至加護病房進一步照顧。

治療後，老奶奶病況逐步穩定、意識逐漸恢復 (E3VtM6)，呼吸器脫離參數 (Weaning Parameters) 通過，應可於近日協助老奶奶脫離呼吸器。然而依臨床經驗，此類病人即使成功脫離恢復自主呼吸，後續仍可能因肺炎、心臟衰竭等病況導致再次呼吸衰竭需要重新插管。因此醫療團隊預計召開家庭會議，詢問其家人當老奶奶再次呼吸衰竭時，是否有重新插管的想法。此時醫療團隊究竟要進行什麼準備，來協助此次家庭會議的召開。臨床醫師提出或許從以下角度進行思考：

貳、討論問題

- 一、病人是否符合末期病人定義，適用安寧緩和醫療條例？
- 二、如何評估病人生活品質與預期餘命，並提供家屬建議？

參、分析

一、我國安寧緩和醫療條例第 3 條、第 7 條規定略以，末期病人為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；不施行心肺復甦術或維生醫療，應由二位醫師診斷確為末期病人，且應有意願人簽署之意願書。意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。

二、參照安寧緩和醫療健保給付的十大對象，來評估疾病是否已達末期。此十大對象包含：癌症末期病患；末期運動神經元病患；（八大非癌疾病）老年期及初老期器質性精神病態、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞，他處未歸類者、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭，未明示者、慢性腎衰竭，未明示者。其中前述順位第(三)、第(四)項內容，或許可作為評估本案病人參考。

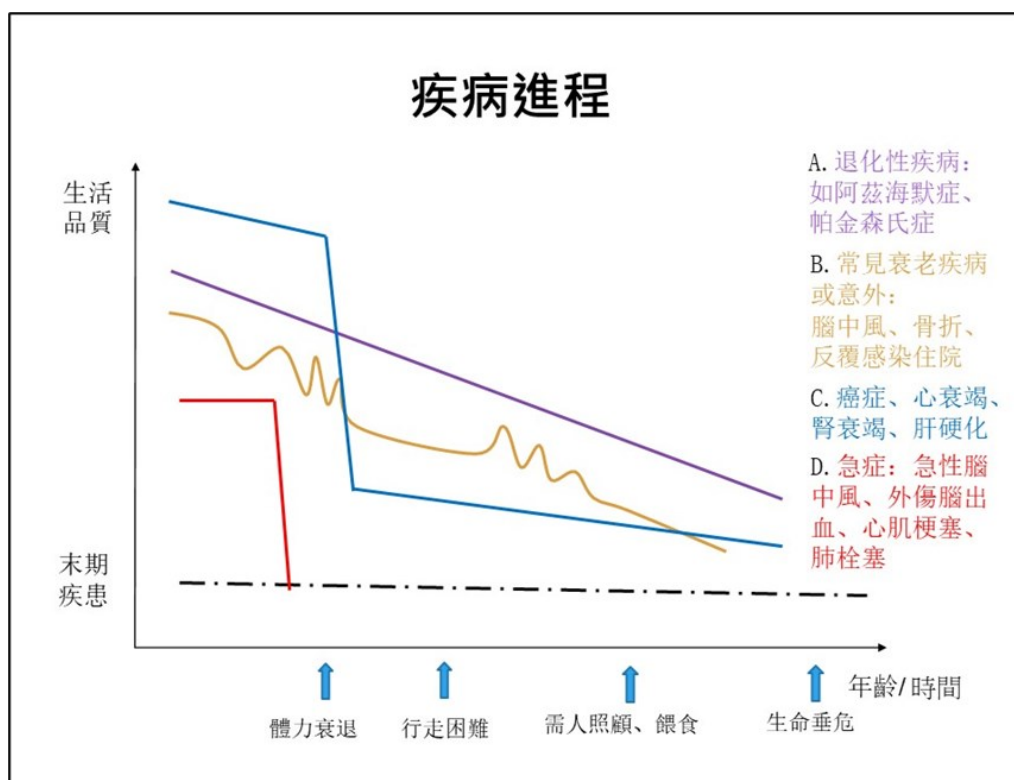
第(三)老年期及初老期器質性精神病態：

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、急性譫妄或瀕死狀態。

第(四)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. 末期大腦變質病人，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、急性譫妄或瀕死狀態。
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。

三、綜上，現況老奶奶所罹患的疾病進展（含中度失智症（CDR=2）、帕金森氏症等），尚未達前述第(三)老年期及初老期器質性精神病態、以及第(四)其他大腦變質的設定條件，又病重或病危並不等於末期情況下，因此或許無法以安寧緩和醫療條例已達末期來向老奶奶的家屬提出不急救（重新插管）之建議。然而以疾病進程來看（見下圖），終有一天會在某個時間點交會。

圖 不同類型疾病進程與年齡及生活品質之關係¹

肆、蔡甫昌教授回應

- 一、生命末期判定：1996 年起健保即已試辦安寧療護，但以癌末病人為主；直到 2003 年新增運動神經元疾病，2009 年起新增八大非癌疾病。臺大醫院 2003 年起歷經 4 年時間，訂定出「啟動生命末期照護意願徵詢之建議-成人版」，內容係由各本院各臨床專科與次專科研議後所提出之標準或條件，可作為判定病人是否已經達到生命末期之依據，因此除了癌症外，尚包含本案可參考的失智症、退化性神經疾病等 14 類，建議醫療團隊若有末期判斷的需求可參考使用。
- 二、預立醫療決定：病人自主權利法訂定後，針對預立醫療照護諮商（ACP）及預立醫療決定（AD）有了明確的定義和規範，然而病人之預立醫療指示（或稱預立醫囑）的推行並非僅限於門診簽署，而是在臨床實務中，醫療團隊應時常和病人與家屬討論，使其充分了解未來病程可能的發展，並對預後做好心理準備，同時應鼓勵病人本人表達意願，才能真正體現所謂的預立醫療決定。因此，面對高齡且多重慢性共病的病人，醫療團隊應盡早向病人或家屬啟動不施行心肺復甦術（DNR）意願徵詢。目前臺大醫院訂有「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」、「生命末期病人臨終照護意願徵詢書」，建議可搭配家庭會議溝通使用，鼓勵病人本人預立末期相關醫療意願。

【本文為 2023 年 9 月 7 日內科加護病房倫理討論會】

參考文獻

1. 謝向堯(2020)。神經內科重症加護病房之安寧實務分享。安寧療護、病主法研習會。取自 <https://reurl.cc/97YndY>。