

# 臺大醫院倫理規章介紹

## ～「啟動生命末期照護意願徵詢之建議-成人版」

文 / 臺大醫院倫理中心 蔡芸禕、江翠如、蔡甫昌

為尊重末期病人之醫療意願並保障其權益，必須讓病人了解他有選擇安寧緩和醫療及不施行心肺復甦術或維生醫療的權利。醫護人員應在適當時機向病人及親屬說明病情，同時討論生命末期照護之模式與不施行心肺復甦術或維生醫療的選擇。然而臨床實務上，何種疾病狀態可以被判定為「生命末期」，往往不同醫師在不同情況下會有不同之看法或標準。有鑑於何時啟動生命末期照護意願徵詢很重要，本建議由本院臨床倫理委員會發起，邀請本院臨床科部專家提出各醫學領域對於生命末期之判斷標準，經多次研議後，送請醫務行政會議通過。期能提供本院醫護同仁們對於生命末期之判定能有參考標準，並把握時機啟動照護意願徵詢，以提供病人適切的生命末期醫療照護。

### 壹、制定緣起

安寧緩和醫療條例自 1996 年制定至今，歷經 4 次修正，其中在 2011 年放寬了末期病人終止及撤除維生醫療之相關規定，將原來「必須有本人簽署不施行心肺復甦術意願書」方得於生命末期判定後撤除維生醫療，改為由最近親屬共同簽署同意書亦可，但是需配偶、成人子女、孫子女、父母一致簽署同意書，且須由醫療機構之醫學倫理委員會審查通過後，始得以終止或撤除維生醫療。然而英美等先進國家之醫學會皆曾強調，倫理上及法律上「不施行」與「撤除」二者並無差別；特地以較嚴格的撤除流程來減少所謂的「道德風險」實無必要（例如怕久病無孝子）。這些規定在執行一年多後於 2012 年修正放寬，改為只要經由最近親屬一人簽署即可、也不須經過醫學倫理委員會之審查。在此之前，為了能妥善執行「末期判定」與「終止及撤除心肺復甦術」之委員會審查等程序，當時的臺大醫院臨床倫理委員會乃戰戰兢兢經過謹慎的研議、訂定審查流程，並執行了數十例個案之倫理審查，使得這些病人得以順利撤

除維生醫療、走向善終。

1996 年起健保局 ( 現為健保署 ) 將「安寧居家療護」納入全民健保試辦計畫，初期以癌症末期病人為給付對象；2003 年新增末期運動神經元疾病；直至 2009 年除將試辦計畫正式納入常態性支付項目外，並新增八大類非癌的重症末期病人為適用對象，讓末期病人接受安寧緩和醫療照護能更為普及。有鑑於此，本院臨床倫理委員會為使本院同仁執行終止或撤除維生醫療之過程能周全嚴謹，自 2012 年起委請其下之工作小組提案討論本院「生命末期照護意願徵詢之啟動時機」，希望針對末期病人之評估，建立臨床應用較明確之標準，以協助第一線同仁適時啟動生命末期照護相關之醫病溝通。

## 貳、制定過程

本建議書歷經四年的討論，最初由創傷醫學部柯文哲主任提出，並由家庭醫學部蔡兆勳醫師、小兒部呂立醫師起草，參考加拿大及荷蘭期刊文獻、美國克里夫蘭醫學中心 ( Cleveland Clinic ) 及國立安寧緩和照護組織 ( National Hospice and Palliative Care Organization, NHPCO ) 制定之政策指引、以及健保局安寧療護住院標準等資料，擬定了初稿。經工作小組委員於會議上討論修正後，再邀集院內相關臨床專科專家針對內容提供修改建議。期間因應安寧緩和醫療條例再次修法及時調整，並依各專家之意見納入更多分類、更多國際準則，反覆修正後再送給原專家醫師全體檢視，以確保此份文件之妥適性及可用性。感謝以下醫師大力提供專業意見，包括神經科楊智超醫師、邱銘章醫師；心臟科黃瑞仁醫師、何奕倫醫師；胃腸肝膽科劉俊人醫師；腎臟科蔡宏斌醫師；胸腔科古世基醫師；創傷醫學部韓吟宜醫師。

經各科專家擬定完畢後，委員會進一步安排工作小組委員分次前往各科部會議說明，並即時蒐集回饋意見，帶回小組會議再次參考及修正，包括胸腔內科、大腸直腸外科、心臟血管外科、神經外科、血液腫瘤科、心臟血管內科、腫瘤醫學部。再次修訂整份文件並提至本院醫務暨行政會議後，臨床倫理委員會正式完成這份「啟動生命末期照護意願徵詢之建議-成人版」。考量早產兒、罕見疾病、遺傳性疾病等特殊情形無法直接適用，另加上「成人版」避免混淆使用對象及時機。兒童版部分考量小兒之病情及預後太過多樣化，不易訂定共通標準，故暫未研議。

本建議之制定，自政策研議及教育小組第 42 次會議第一次提案，至第 72 次會議正式完成並結案，共經過了 30 次會議討論，可見本會對此指引之重視。雖然如此，本建議於 2016 年業已公布，但是在許多個案討論之場合，卻常發現儘管醫師於病人照護過程中遭遇「末期判定」之困擾，卻仍然有許多住院醫師、主治醫師並不知道本

院有本建議書可供參考，是以在本期季刊中特別介紹。

## 參、內容介紹

| 國立臺灣大學醫學院附設醫院 |                         |      |      |            |            |
|---------------|-------------------------|------|------|------------|------------|
| 文件名稱          | 啟動生命末期照護意願<br>徵詢之建議-成人版 | 權責單位 | 倫理中心 | 頁碼/<br>總頁數 | 1/4        |
| 文件編號          | 01010-2-100008          | 版次   | 1    | 修訂日期       | 2016/05/10 |
|               |                         |      |      | 檢視日期       | 2023/11/27 |
|               |                         |      |      | 公告日期       | 2024/02/07 |

105年5月10日第469次醫務暨行政會議通過

壹、依據安寧緩和醫療條例，末期病人是指罹患嚴重傷病，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。醫療人員須綜合審視病人之所有情況，確認符合上述基本定義。

貳、為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，要讓病人了解他有選擇安寧緩和醫療及不施行心肺復甦術或維生醫療的權利。建議醫療照護人員向末期病人或親屬說明病情，同時討論末期照護模式與不施行心肺復甦術或維生醫療的選擇。有鑑於何時啟動生命末期照護意願徵詢很重要，本建議經各專科研議後提出，提供末期病人的評估要點，作為啟動徵詢時機之參考，方便本院同仁進行臨床評估以提供適切的醫療照護。

一、啟動時機為病人病情判斷為末期時，可考慮的疾病末期參考建議如下：

(一)癌症病人，以下情形均存在者：

1. 無法以目前醫療處置「治癒」癌症或是「有效控制」癌症。
2. 身體現況無法接受任何積極腫瘤治療。
3. 經醫師評估，生存期以大概不超過6個月為原則。

(二)非癌症病人，如：

1. 運動神經元病人，有以下情形之一者：
  - (1) 呼吸功能退化：肺活量小於正常人的30%、休息時有明顯呼吸困難、休息時須依賴氧氣、不願意接受氣管插管、氣切或呼吸器照護者。
  - (2) 病情快速惡化，營養不良：經口進食量不足以維持生命、持續體重減輕、脫水，不願意接受管路灌食者。
  - (3) 病情快速惡化，且發生威脅生命之併發症：如吸入性肺炎、上泌尿道感染(如腎盂腎炎)、敗血症、多處嚴重壓瘡、使用抗生素後仍反覆發燒。
2. 失智症病人，有以下情形之一者：
  - (1) 失智程度嚴重 FAST $\geq$ 7C 或臨床失智評估量表(CDR)之分數為最嚴重程度，無法自行走路、穿衣、洗澡、大小便失禁，一天內不同的正確詞句不超過六句。
  - (2) 過去六個月有嚴重的合併症，如吸入性肺炎、上泌尿道感染(如腎盂腎炎)。

圖 臺大醫院規章格式

一、啟動時機為病人病情判斷為末期時，可考慮的疾病末期參考建議如下：

(一) 癌症病人，以下情形均存在者：

1. 無法以目前醫療處置「治癒」癌症或是「有效控制」癌症。
2. 身體現況無法接受任何積極腫瘤治療。
3. 經醫師評估，生存期以大概不超過6個月為原則。

(二) 非癌症病人，如：

1. 運動神經元病人，有以下情形之一者：
  - (1) 呼吸功能退化：肺活量小於正常人的30%、休息時有明顯呼吸困難、休息時須依賴氧氣、不願意接受氣管插管、氣切或呼吸器照護者。
  - (2) 病情快速惡化，營養不良：經口進食量不足以維持生命、持續體重減輕、脫水，不願意接受管路灌食者。

- (3) 病情快速惡化，且發生威脅生命之併發症：如吸入性肺炎、上泌尿道感染（如腎盂腎炎）、敗血症、多處嚴重壓瘡、使用抗生素後仍反覆發燒。
2. 失智症病人，有以下情形之一者：
  - (1) 失智程度嚴重  $FAST \geq 7C$  或臨床失智評估量表（CDR）之分期為最嚴重程度，無法自行走路、穿衣、洗澡、大小便失禁，一天內不同的正確詞句不超過六句。
  - (2) 過去六個月有嚴重的合併症，如吸入性肺炎、上泌尿道感染（如腎盂腎炎）、敗血症、多處嚴重壓瘡，使用抗生素後仍反覆發燒。
  - (3) 經口進食量不足以維持生命且病人於失智前不願意接受管路灌食者。
  - (4) 經積極管路灌食，半年內體重仍減輕超過 10%，或者血清白蛋白  $< 2.5 \text{ gm/dl}$ 。
3. 嚴重中風病人，有以下情形之一者：
  - (1) 腦中風急性期，合併下列情況：意識昏迷或植物人狀態超過三天，出現不正常或無腦幹反應、無語言反應、對疼痛無退縮反應、無法經口進食維持生命。
  - (2) 長期腦中風，合併下列情況之一： $FAST \geq 7C$ 、 $Karnofsky \leq 50\%$ 、嚴重營養狀況不良。
4. 退化性神經疾病，如 Multiple sclerosis、Parkinson's disease、Huntington's disease 等，有以下情形之一者：
  - (1) 心智功能嚴重退化（ $FAST \geq 7C$  或 CDR 之分期為最嚴重程度），沒有反應或毫無理解力，長期臥床，需人餵食，無法自行走路、穿衣、洗澡、大小便。
  - (2) 病情快速惡化，且發生威脅生命之併發症：如吸入性肺炎、上泌尿道感染（如腎盂腎炎）、敗血症、多處嚴重壓瘡，使用抗生素後仍反覆發燒。
5. 心臟衰竭病人，以下情形均存在者：
  - (1) CHF NYHA stage IV --- 休息時會喘。
  - (2) 心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。
  - (3) 雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的症狀。例如：

- ①因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者。
  - ②曾有心臟停止或心肺復甦術病史。
  - ③心因性腦栓塞合併意識或肢體功能嚴重障礙者。
  - ④左心室射出分率 ( LV ejection fraction )  $\leq 20\%$  。
6. 慢性阻塞性肺病，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 )，合併以下情形之一者：
- (1) 需長期使用氧氣，以維持血氧 $\geq 90\%$ 。
  - (2) 長期呼吸器依賴的病人。
  - (3) 肺心症或肺病造成之肺動脈高壓合併右心衰竭。
  - (4) 合併有其他症狀( 如：惡病質、反覆感染、重度憂鬱 ) 或多重合併症。
7. 其他肺病，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 )，合併以下情形之一者：
- (1) 即使使用氧氣，然而  $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$   $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$  或  $\text{O}_2$  saturation  $\leq 88\%$  。
  - (2)  $\text{FEV1} \leq 30\%$  of predicted 。
  - (3) 需長期使用氧氣，以維持血氧 $\geq 90\%$ 。
  - (4) 長期呼吸器依賴的病人。
  - (5) 肺心症或肺病造成之肺動脈高壓合併右心衰竭。
  - (6) 合併有其他症狀( 如：惡病質、反覆感染、重度憂鬱 ) 或多重合併症。
8. 肝病或肝硬化病人，不適合肝臟移植，反覆因肝病或肝硬化併發症住院，同時合併以下兩種情形者：
- (1)  $\text{PT} > 5 \text{ sec above control}$ ( 高於對照值 5 秒以上 ) 或  $\text{INR} > 1.5$  。
  - (2)  $\text{Serum albumin} < 2.5 \text{ g/dl}$  。
9. 急性腎衰竭病人：已接受腎臟替代療法 ( 血液透析、腹膜透析、腎臟移植 ) 病人。因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在 6 個月內死亡，且病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列六種疾病情形之一，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：
- (1) 惡性腫瘤末期病人。
  - (2) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症。



- (3) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者。
  - (4) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者。
  - (5) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症。
  - (6) 長期使用呼吸器。
10. 慢性腎衰竭病人：慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病人，屬慢性腎臟病第 5 期病人，或已接受腎臟替代療法( 血液透析、腹膜透析、腎臟移植 ) 病人。病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在 6 個月內死亡，且病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列六種疾病情形之一，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：
- (1) 惡性腫瘤末期病人。
  - (2) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症。
  - (3) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者。
  - (4) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者。
  - (5) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症。
  - (6) 長期使用呼吸器。
11. 臨床上病情符合腦死判定準則，但不必經過無自行呼吸測試之病人。
12. 等待心、肺、肝臟移植之病人，已需體外維生系統( 例如：ECMO、IABP、invasive ventilator ( 侵入型呼吸器 ) 等 ) 維持生命，但已被排除接受移植之可能時。
13. 因治療反應不佳，而產生多重器官衰竭，或 SOFA score  $\geq 16$  之病人。
14. 其他未列之診斷，醫療團隊判斷，病人病情近期內進行至死亡屬不可避免者。