

# 「如何早期和癌症及非癌病人與家屬溝通 安寧緩和醫療」紀要

## ~臺大醫院臨床倫理專題演講

演講 / 臺大醫院家庭醫學部 施至遠

整理 / 林劭璇、江翠如

2024 年 4 月 16 日臺大醫院倫理中心舉辦全院員工臨床倫理教育訓練，邀請本院家庭醫學部主治醫師，也是本校醫學院家庭醫學科兼任助理教授施至遠醫師，演講「如何早期和癌症及非癌病人與家屬溝通安寧緩和醫療」。此專題值得分享，是因為這是醫療人員在照顧病人過程中常面臨的情境，也可能是自己和家人會遇到的情況。國內有學者研究指出，如果能夠早期討論末期照顧的各種事項，包括末期判定和家庭會議等，實際上是可增進家屬滿意度，且醫療資源的使用也能更加有效及合理。由於施醫師曾服務本院金山分院和市立聯合醫院，所以在社區的安寧緩和醫療照顧方面，非常具有經驗。以下為施醫師演講內容紀要，業經講者確認，提供給讀者參考。

### 壹、導言

根據國家發展委員會人口資料中推估，未來三十年，臺灣每年死亡人數將由目前約 18 萬人，增加到 2054 年近 32 萬人，此狀況會導致生命末期照護需求逐年增加。而此為數不小的需求，難以單靠安寧團隊支撐。根據美國學者所倡導想法，安寧緩和醫療體系應分為初級照護 ( Primary palliative care ) 和次級照護 ( Secondary palliative care ) [1]。其中提供初級照護的專業人員需具備的能力為「症狀控制 ( 疼痛、喘、焦慮等 )」及「溝通能力 ( 預後、照護目標、DNR 等 )」，應是每個科別每位醫護人員需具備的基本功。

根據 Knaul FM 等人於 2018 年描繪的各類末期疾病狀態的死亡曲線圖示[2]，癌症曲線相對明確易做預後判斷；老衰或失智曲線呈現慢慢往下衰退，當中可能偶有肺炎等突發狀況；而心臟或肺臟衰竭的曲線則相對難以預判，有時病人狀態看似尚

可，但在某次住院可能就無法出院 (圖 1)。在病人因急性症狀感到不適時，要進行深入的溝通是非常困難的，也因此「非癌末期病人」更需及早進行溝通。另外醫護人員需瞭解病人是如何作出決定的，不能僅簡單的認為只要給病人足夠醫療資訊，加上病人具有決策能力 (Capacity)，就有辦法做出決策。因為做決策時，往往還涉及身體症狀、情感、潛意識、人際關係、宗教和文化等多方面因素影響。

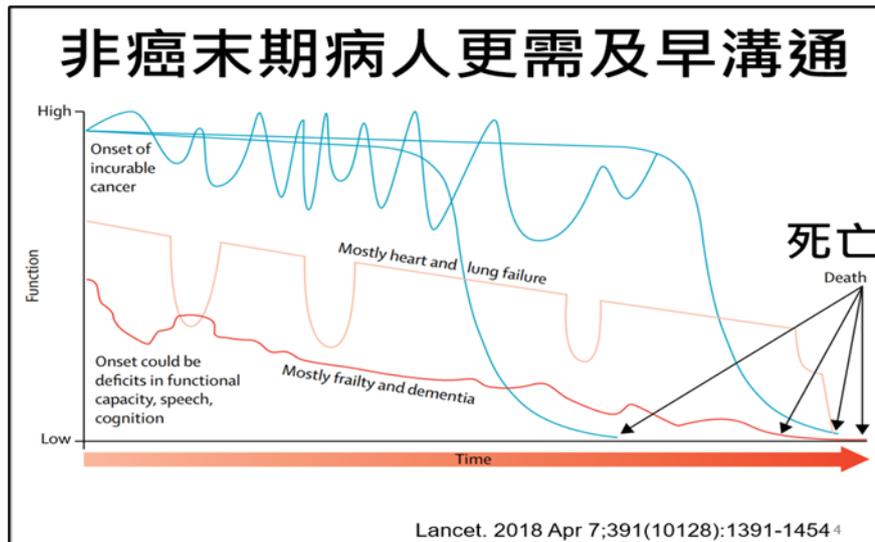


圖1

## 貳、生命末期判斷

根據我國「安寧緩和醫療條例」，末期病人之定義為罹患嚴重傷病，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[3]。健保安寧療護收案條件自 1996 年從癌症開始逐步放寬，包括增加末期運動神經元病患，八大非癌(如心臟衰竭、慢性腎衰竭等)，並於 2022 年納入末期衰弱(Frailty) 老人等，已漸趨完整。即便如此，安寧療護的對象仍不應受到健保規定、疾病或年齡等的限制。

關於「老衰」末期病人的照護經驗，曾照護過一位 94 歲的奶奶，患有糖尿病、高血壓和慢性腎臟病，因跌倒骨折導致健康快速退化至完全臥床，某次因急性症狀來院，醫療團隊建議入住加護病房與使用血液透析等，病歷上記錄了奶奶「拒絕」種種醫療處置，經安寧共照護理師探視，了解到奶奶的先生早逝，她表示這四十年來，一直期待與先生在天上見面的那一天，希望能夠自然善終，爾後團隊協助奶奶入住安寧病房平順往生。同時也建議醫療團隊紀錄溝通結果時，能以「不符合

病人期望的照護目標」取代使用「拒絕」的字眼，更能表示尊重病人自主的精神。英國女皇伊莉莎白二世於 2022 年逝世，由逝世前幾天會見首相的新聞照片對比幾年前，她身形變得消瘦且拄著拐杖，呈現老年衰弱的外觀表現。而英國醫師幫女皇開立的死亡診斷為「Old Age」，這顯示其觀念上高齡老衰到死亡本是自然過程，而非一定要套用某一個疾病診斷。

經驗上有些醫療團隊會以核對健保收案條件之疾病指標，來判斷病人是否處於生命末期狀態，但這樣的判斷其實過於狹隘。英國教授 Dr. Keri Thomas 發展了「Gold Standards Framework」(圖 2)，指導基層醫師辨識病人的安寧療護需求 [4]。首先思考「如果病人在未來一年內死亡，你是否會感到驚訝？」如果答案為否，意味著需啟動病人生命末期照護溝通；如果答案為不確定，再接續評估「共通指標」：如多次住院、功能退化、需要他人照顧，或病人主觀不想再接受治癒性治療等；如果答案仍為不確定，再進一步評估「疾病指標」，如某疾病是否已達末期狀態。在高齡化社會之下，越來越多病人因多重原因致生命末期，如同時合併有老年衰弱、器官衰竭與癌症。

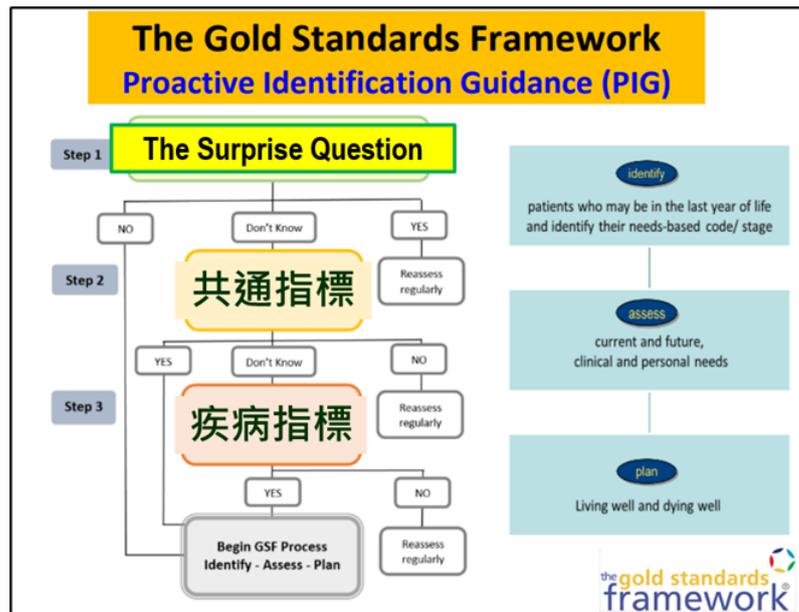


圖 2

### 參、照護決策與溝通

曾照護一位罹患肺癌 10 年併有多處轉移的七十多歲病人許阿姨，身體日漸虛弱且出現吞嚥困難，入院後與她討論人工營養水分照護的方式，團隊說明目前評估預後的生命期可能是幾週的時間範圍，她了解後表示希望採取最不會延長生命時間

並能兼顧舒適的方式，於是照護共識為不使用鼻胃管，僅嘗試少量皮下點滴的照護方式。當討論醫療決策時，醫療團隊應避免採用類似勾選菜單選項的方式，意即拋出幾個選項，然後完全交由病人與家屬來選擇。表面上看似尊重其自主權，但由於病人可能無法完全理解這些訊息，也無法將其應用於自身價值觀中，故實際上反而是削弱其自主權。因此，在醫療情境中，與病人與家屬討論心肺復甦術或各項維生醫療選擇時，醫療團隊最好能提出建議的照護方案，以協助病人在基於其價值觀和照護目標下做出醫療決策。

在與末期病人或家屬溝通過程中，不宜帶著預先設定的想法來討論，例如要勸說簽署 DNR，應先協助病人或家屬建立對預後 ( Prognosis ) 尤其是預期存活時間的正確認知，因為當病人面對到幾天或幾個月的預後判斷，其想法應該會不同。接著，在此基礎上進一步傾聽並了解他們的價值觀和照護目標 ( Goals of care )。最後，再共同擬定最適切的照護計劃 ( Plan )。此外，在說明病況時，也需要帶領病人家屬看到全程全人的觀點，不能只著眼在當下的病況。例如一位胰臟癌的病人，經歷一段時間的治療後，出現多處轉移且生活功能衰退，後續併發肺炎且導致敗血症入院。與家屬討論病況時，不應只專注在感染症的治療，而是與家屬共同回顧照護歷程病情與功能變化，理解到目前的敗血症，其實是整個胰臟癌病程軌跡的一部分。這樣的引導方式有助於讓病人家屬更能體會到病況軌跡與嚴重度，因此能做出更好的照護決定。

溝通某些較敏感議題時，也應避免過於單刀直入，可採用如「我們希望...，但是擔心...」或「以往照護病人的經驗為...，不知您的想法是...」這樣委婉的溝通方式。同時，照護團隊也需認知到病人家屬決策反覆的「鐘擺效應」，這反映其內在衝突，但實為正常且常見的現象，希望照護團隊能多給予包容。

## 肆、家庭會議

當面臨醫療決策困境時，家庭會議是一種有效的溝通方式。要注意的是，家庭會議並非由醫療團隊單向說明目前的病況，而是透過先探詢方式了解家屬目前想法，接著說明相關醫療訊息，最後再詢問是否理解與仍有問題(Ask-Tell-Ask)。《新英格蘭醫學期刊》的一篇文章指出，家庭會議本身也是一種處置(Procedure)，是所有醫師和團隊成員都需學習的技巧，這並非一般以為的只需坐下來就有能力進行會談，而是需要經過學習與不斷演練。當家庭會議遇到意見衝突時，醫療團隊應傾聽與同理，並探討可能原因 ( 悲傷、家庭、罪惡感、信任感等 )，即時澄清誤解，當下無法馬上解決的治療意見衝突，可先採用限時嘗試治療 ( Time-limited Trials,

TLTs) 的方式，爭取更多的溝通時機[5]。

## 伍、侵入性治療決策溝通

面臨侵入性治療的選擇時，病人與其家屬可能不知如何決定，例如一位八十多歲林爺爺，罹患輕微認知功能障礙，住院檢查發現胸部有主動脈瘤。當家屬對於接受主動脈支架術式感到猶豫時，醫療團隊可運用圖示說明出最好及最壞的結果(Best case/Worst case)，同時分析最可能的結果，並給予建議，讓他們理解不同治療方案的可能預後情況，協助病人及家屬做出知情決策[6]。

當面臨病人的要求已無實質效果的治療，並渴望奇蹟出現時，醫師可運用 AMEN 的溝通模式。Affirm：肯定病人期待奇蹟出現的想法；Meet：傳達與其站在同一陣線，期待奇蹟出現；Educate：說明奇蹟出現是上天扮演的角色，「同時」(避免用「但是」)身為醫療團隊的角色，是幫助判斷現實的狀況，並根據現況給予建議；No matter what：無論結果為何，團隊都會陪伴病人走過接下來的每一步[7]。

「幽谷伴行」是安寧療護常提到的概念，意指醫療團隊陪伴病人走過死亡的幽谷，照護過程不能過於偏重醫療端的想法，需留下空間給病人表達，因為我們照護的是人，而非問題(The person, not the problem) [8]。

## 陸、結語

有時會聽到家屬轉述，原團隊表示因為不做「積極治療」了，就轉介給安寧療護，讓病人家屬帶著安寧療護為消極照護的想法來諮詢。實際上，安寧療護也是積極的照護，是積極的追求病人的身心靈安適。對此目標有幫助的治療，會新增或加強；對於此目標沒幫助，甚至造成負擔的，則會停止或減少。在各項維生醫療的決策中，所謂的無效醫療絕對不是單方面由醫師定義，則需由醫療團隊與病人及其家屬共同溝通討論後，依循病人的價值觀與喜好來選擇。安寧緩和照護不是放棄、不是消極、更不是等死，而是學習如何好好的過每一天，直到最後一刻。隨著生命末期照護需求日益增加，前述的照護經驗與心得希望能提供醫療專業人員和照顧者參考。

## 參考文獻

1. Quill, T. E., & Abernethy, A. P. (2013). Generalist plus specialist palliative care--creating a more sustainable model. *The New England journal of medicine*, 368(13), 1173–1175. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1215620>
2. Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., Arreola-Ornelas, H., Gómez-Dantés, O., Rodriguez, N. M., Alleyne, G. A. O., Connor, S. R., Hunter, D. J., Lohman, D., Radbruch, L., Del Rocío Sáenz Madrigal, M., Atun, R., Foley, K. M., Frenk, J., Jamison, D. T., Rajagopal, M. R., ... Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Study Group (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet (London, England)*, 391(10128), 1391–1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
3. 全國法規資料庫—安寧緩和醫療條例。 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawSingle.aspx?pcode=L0020066&flno=3>
4. GSF PIG 6th Edition Dec 2016 K Thomas, Julie Armstrong Wilson and GSF Team, National Gold Standards Framework Centre in End of Life Care.
5. Widera, E., Anderson, W. G., Santhosh, L., McKee, K. Y., Smith, A. K., & Frank, J. (2020). Family Meetings on Behalf of Patients with Serious Illness. *The New England journal of medicine*, 383(11), e71. <https://doi.org/10.1056/NEJMvcm1913056>
6. Kruser JM, Taylor LJ, Campbell TC, Zelenski A, Johnson SK, Nabozny MJ, Steffens NM, Tucholka JL, Kwekkeboom KL, Schwarze ML. “Best Case/Worst Case”: Training Surgeons to Use a Novel Communication Tool for High-Risk Acute Surgical Problems. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Apr;53(4):711-719.e5.

7. Cooper, R. S., Ferguson, A., Bodurtha, J. N., & Smith, T. J. (2014). AMEN in challenging conversations: bridging the gaps between faith, hope, and medicine. *Journal of oncology practice*, 10(4), e191–e195. <https://doi.org/10.1200/JOP.2014.001375>
8. What “Holding Space“ Means + 5 Tips to Practice(2020). <https://www.gstherapycenter.com/blog/2020/1/16/what-holding-space-means-5-tips-to-practice>