

淺談慢性阻塞性肺疾病末期之安寧療護

衛生福利部胸腔病院
護理科 / 病房 吳俐雯護理師

慢性阻塞性肺病 (Chronic obstructive pulmonary disease, COPD)，在 2022 年是台灣的十大死因第九位，死亡率為每十萬人口 27.8 人。雖然 COPD 在 2009 年即納入八大非癌安寧療護健保給付，但因安寧病床除了提供給癌症病患外，更擴及至非癌末期病患，在床位數不足的情況下緩和醫學多以癌症病患為重心，導致忽略此族群的緩和需求。臨床上發現此類病患常因病情急性惡化，承受過多侵入性及無效醫療，卻極少接受安寧療護。末期 COPD 病患因病情進展及不可逆造成重度失能及高度殘障，全身性影響之下逐漸瀕臨呼吸衰竭而遭受生命威脅，且嚴重的症狀負荷、頻繁之急救、插管及呼吸器使用，更是讓病患身心受創並承受重大折磨，不但造成家庭、社會負擔，亦強烈影響病患生活品質。

其實 COPD 的病程漫長，末期並非一日到來，醫護人員若能事先引導病患，思考末期時希望接受的醫療處

置，在深思熟慮下預立醫療指示，則可免除日後之困擾。根據 COPD 全球診治指引 (Global Initiative for Obstructive Lung Disease 簡稱 GOLD) 對於第四期極重度 COPD 之衛教建議，除了有關合併症與氧氣治療之訊息告知外，還必須有預立醫療指示以及末期決定之討論。J. R Curtis 則提出更具體的建議，如：第一秒用力呼氣量 (FEV1) 低於預估值之 30%、開始需要長時間依賴氧氣、過去一年內有急性發作住院之紀錄、出現心臟衰竭或其他全身性合併症、體重明顯減輕或出現惡病體質、活動能力降低、以及依賴他人照護的時間增加時，都是該討論末期醫療意願的時機。

安寧療護的定義為「改善病人之生活品質，協助家人面對疾病威脅，並解決身、心、靈、社會等問題」。以病患和家屬為照護中心，提供全人、全家、全隊、全程、全社區的整體性照護，針對 COPD 重症病患及其家庭提供照護需

求得以解決並享有安寧療護照顧之權利，在生命最後的階段有尊嚴的離開。

慢性阻塞性肺疾病病人安寧療護需求

COPD 病患在罹病過程中，有許多安寧療護需求，經由文獻的探討發現，此需求包含：1. 生理需求、2. 心理需求、3. 社會服務需求、4. 疾病資訊需求

1. 生理需求：COPD 病患最常見的症狀為呼吸困難，隨疾病病程越長呼吸困難的嚴重度也越高，研究顯示 COPD 症狀困擾通常大於 6 個月以上，常有呼吸困難的症狀出現，導致活動能力降低，和整天的疲憊感，其他伴隨的症狀有焦慮、憂鬱、體重下降。

2. 心理需求：死亡前一年病人大多對未來充滿不確定感，且經歷夜間難以入睡 (77%)、情緒低落 (77%)，但心理問題較少接受治療。

3. 社會服務需求：病患除了須忍受症狀困擾之外，更包括日常活動功能衰退、無法進行日常生活、需仰賴照顧者、影響家庭活動、喪失生活的獨立性、產生失落感、失去自由和未來期望的落空，造成社會隔離；且無法進

行個人衛生活動包含盥洗和如廁，進而影響生活品質，甚至日常生活皆須仰賴他人照顧，造成照顧者負擔。

4. 疾病資訊需求：因缺乏對疾病末期的認知，導致在晚期的健康狀態比肺癌病患差，30% 病患表示缺乏足夠醫療訊息，甚至接近 40% 的病患不知道會死亡。所以多數病患想要對自己的疾病有更多的資訊，包含疾病的預後及疾病的嚴重程度，希望藉由健康照顧者得到良好的溝通及充分的訊息。

慢性阻塞性肺疾病病人安寧療護之應用

COPD 病患身體功能隨著罹病時間越長，越容易受限制，常常因為疾病變化住院接受治療或突然死亡，醫護人員無法確切掌握病程變化和預後，以致無法談論安寧療護，針對其需求敘述安寧療護之運用

1. 生理照顧方面：COPD 病患生理照顧多以症狀控制為主，症狀控制為安寧療護之基礎，有效的症狀控制能提昇病患滿意度和建立良好的關係；診斷為中度 COPD 以上的病患容易有呼吸困難的症狀出現，造成

焦慮和恐慌，須定期且經常性的評估、諮詢呼吸困難情形以減輕不適；利用呼吸困難量表（如：視覺類比量尺、柏格式量表）評估呼吸困難嚴重程度和治療成果，以治療潛在問題：貧血、低血氧、呼吸道阻塞、心衰竭、肋膜積水等；治療心理因素：焦慮及憂鬱，教導放鬆技巧、轉移注意力、行為治療、呼吸技巧、認知治療及使用抗憂鬱藥；進行肺部復健：運動訓練、心理支持、營養補給、自我教育管理、呼吸技巧，或使用藥物治療來緩解症狀，如：Oxycodone、Methadon、Morphine、hydromorphone、Fentanyl。目前非侵襲性呼吸器 (Noninvasive ventilation; NIV) 已被用為中、重度 COPD 病患急性發作的標準措施，可藉由增加潮氣容積、降低呼吸速率、增加動脈氧分壓，幫助氣體交換及呼吸肌肉休息，治療因二氧化碳蓄積所造成的呼吸衰竭，非侵襲性呼吸器可明顯的減少放置氣管內管，減少併發症並大幅減少住院時間及死亡率。

2. 心理方面：末期病患往往會有呼吸困難的問題，呼吸困難的症狀往往容易使病患有接近死亡的感覺，進而產

生焦慮、憂鬱、恐懼、不易入睡等症狀，而家屬相對的也面臨著失去病患的恐慌和焦慮，護理人員應透過會談、觀察、傾聽建立彼此信任之護病關係，發現病患問題，討論擔心事項，適時關懷、同理情緒以疏導壓力；並提供訊息降低焦慮感受，維持希望，使其感受愛與被愛，鼓勵病患和家屬表達情感，必要時以錄音、照相等方式留作紀念，如發現病患心理諮詢之需求，必要時可轉介相關人員如：心理師、宗教師，協助病人和家屬共同度過憂傷和艱難時刻，幫助病人能完成心願。

3. 社會服務方面：病患症狀困擾越來越嚴重時，活動功能衰退無法進行日常生活，將被迫依賴他人和接受各種輔助醫療設備，喪失生活的獨立性，增加照顧者負擔，可協助家屬將病患轉介社工、居家照護服務或長期照護服務機構，加強社區、急性醫療機構和長期照護機構的連結，以提升病患照護及生活品質，減少照顧者負擔。

4. 疾病資訊方面：接受呼吸器治療通常是 COPD 病患最常見的治療措施之一，須和病患討論臨床治療、呼吸器

使用等問題；尤其最後階段的病情通常和死亡相當接近，因此醫護人員應盡早和病患及家屬討論病情，給予及分享所知道的治療照護訊息，協助決策討論安寧療護及停止延長生命的處置；若到生命末期才討論，容易增加溝通的困難度及增加病患的不確定感。須定期和病患及家庭重要成員共同討論生命末期照護、明確告知疾病具有高度的不確定性及預後跟風險，澄清討論預立照護計劃並不會減少原有的治療，了解是否有其他身體狀況，讓病人覺得比死亡還痛苦。

安寧療護不僅侷限於生命剩下數週的病患，現已將八大非癌疾病納入健保給付，病患、家屬和專業醫療團隊應清楚了解疾病軌跡，選擇支持性照護，早期注重生活品質及症狀控制，幫助病患和家屬了解疾病、討論疾病，減輕焦慮，選擇合適的照護目標及計畫，進而提供機會願望完成，尊重病患自主權、給予病患高品質的醫療，以幫助病患提昇生活品質，並在臨終前能夠安祥及有尊嚴的死亡。



參考文獻

1. Dalgaard KM, Bergenholtz H, Nielsen ME, et al. : Early integration of palliative care in hospitals : A systematic review on methods, barriers, and outcome. *Palliative & supportive care* 2014 ; 12 (6) : 495-513.
2. 衛生福利部統計處：111年國人死因統計結果。Retrieved from <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-74869-1.html>
3. 簡郁芬、葉昱霖、張富勝：慢性阻塞性肺病的疾病分期與治療新觀念。 *家庭醫學與基層醫療* 2013 ; 28 (5) : 121-127。
4. 陳柚綾、黃采薇、陳妮婉：慢性阻塞性肺病患者接受安寧療護相關因素之探討。 *澄清醫護管理雜誌* 2017 ; 13 (1) : 46-54。