

安寧之困境

■文/杜楚林 社區醫學部主任

近幾十年來，癌症是台灣十大死亡原因之榜首，民國89年5月23日立法院三讀通過，並於同年正式施行《安寧緩和醫療條例》，賦予疾病末期病人有拒絕施行心肺復甦術(CPR)的權力，但因法律文字內容，被一些沒有受過安寧訓練或是沒有對安寧條例認識的人有誤解或是過度解讀，所以有二次及最近102年1月9日第三次安寧緩和條例修正案。目的是要把法律解釋得更清楚、更明白，讓民眾及醫護人員解除疑惑，為病人爭取最大利益。

安寧緩和醫療，主要是為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益。例如：(1)一個末期病人沒有簽署意願書且意識昏迷、或無法清楚表達意願時，可由其最近親屬出具同意書代之。(2)若無最近親屬，經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益而作出最佳之處置。現在修正法後，原醫師認為是末期病人並經安寧醫師照會後，二位醫師確認為末期病人，雖沒有意願書或同意書，得予終止或撤除原施予之心肺復甦術或維生醫療。

到目前為止，民眾及醫護人員還是有一些誤解，例如：不作心肺復甦術，法律上是指氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。它是一套急救方法，不能單一項選項，利用這套急救方法，病人才有機會活命。可是常常在意願書或同意書上看到病人或其家屬不要心臟按壓、不要電擊，但要藥物注射。試想想看，一個人在危險時，只要藥物，不壓心臟或電擊等，病人能活過來嗎？記得在大學上生理實驗課時，把牛蛙的心臟拿出來放在實驗盆上，加上腎上腺素(急救時常用的升壓劑)，牛蛙的心臟是跳得比平常快，可是牛蛙會活起來嗎？心臟是跳動，但牛蛙是死亡，人也是一樣。所以希望醫護人員一定要把關，在末期病人這只是延長死亡時間，不是延長生命而是讓病人受苦。

一些用藥及用法，安寧緩和醫療與一般治療方式不同。一般的疼痛，頭痛、生理痛等，可用一些普通止痛劑如普拿疼治療，可是癌症以及有轉移的疼痛，就不能用普通的止痛藥。例如嗎啡，很多人認為會引起呼吸抑制，其實嗎啡對癌症之疼痛，比一般止痛藥較果好，而且可治療一些頑固性的呼吸困難。一般醫療人員常將嗎啡用於肌肉及皮下注射，但嗎啡是用吸入方式，而且效果很好，病人免於注射的疼痛。所以在末期病人，應該廣為使用。安寧照護，是要讓病人舒服、平順走完人生的最後一程，呼吸抑制並不是我們的目標，只要劑量拿捏得當，就沒有這個疑慮。另一個較特別的是凌晨病人因疼痛而睡不著，應該在睡前的止痛劑加倍，但一般人亦會害怕而不敢使用。這樣，病人在半夜因疼痛而無法安睡。

最近有一位病人的太太，強烈要求要拔除已插入之氣管內管，但病人從血壓、體溫、呼

吸、脈搏、血液檢查(包括發炎指數等)、X光，病人之身體檢查都在改善中。當然這不是一個末期病人，也就是說不能拔除氣管內管。所以，不是簽了意願書或同意書，就不作急救動作，要看看是否是末期且不可治癒，才可以不作急救動作。其實，最好是每個人都能在意識清楚時，自己簽下意願書，不要等到沒有表達能力時，由家人為自己做決定，因為這個決定可能不是你願意或是喜歡的。

安寧療護已是國際之趨勢，當疾病威脅到病人的生命時，病人有知的權利，這是有法律的保障，因為病人可以為自己的臨終作妥善的安排。因此醫生有義務把病情告知也要教育家屬，不應隱瞞病程。如此才可以突破安寧的困境，幫助病人。