

醫病共享決策輔助評估表

決策題目

嚴重肺阻塞-當我無力呼吸時，我的選擇是什麼？

0100-0140-4

前言

肺阻塞是無法復原的呼吸道阻塞疾病，會造成肺功能衰退，根據多項大型醫學臨床研究顯示，皆為不可恢復之狀況。因此隨著疾病的進展，當肺功能嚴重衰退時，需要使用氧氣來維持正常呼吸與血液中氧氣濃度(血氧濃度)，避免日常生活受到影響。

隨著疾病的惡化，僅提供氧氣也無法維持足夠血氧濃度時，或二氧化碳濃度持續升高無法排出，則可能已經進入無力呼吸狀況，就需要考慮長期依賴呼吸器來維持生命，或是尊重疾病自然病程，選擇安寧緩和醫療。

嚴重肺阻塞即代表將進入無力呼吸，經兩位胸腔或重症專科醫師判斷，任何處置方式對於改善肺部功能機率較低，可能面臨需要長期使用呼吸器來維持生命，但其意識狀態清楚具備溝通與決策能力者。

適用對象 / 適用狀況

	慢性症狀	急性發作	全身性共病症	疾病末期
造成因素	長期暴露於吸菸或空氣汙染環境	感冒、肺部感染共病症或其他因素引起	長期呼吸道發炎，刺激發炎激素大量產生，引起全身性慢性發炎疾病	反覆急性發作造成肺功能嚴重衰退
症狀特徵	➢ 慢性咳嗽 ➢ 運動後呼吸困難	➢ 咳嗽加劇 ➢ 呼吸急促 ➢ 痰量增加	➢ 心血管疾病 ➢ 肌肉萎縮 ➢ 骨質疏鬆 ➢ 肺癌	➢ 咳嗽加劇 ➢ 無力呼吸 ➢ 呼吸器依賴
可能影響	生活品質不佳、運動耐受力下降、活動能力受到影響、住院風險增加	生活品質不佳、加速肺功能下降、復原期需數周、住院天數增加、死亡率提高、經濟負擔加重	生活品質不佳死亡率上升	活動受到限制、生活品質不佳、住院天數及再住院率增加、經濟負擔加重、面臨死亡的緊張、憂鬱

疾病或健康議題介紹

➢ 肺阻塞對健康的威脅：

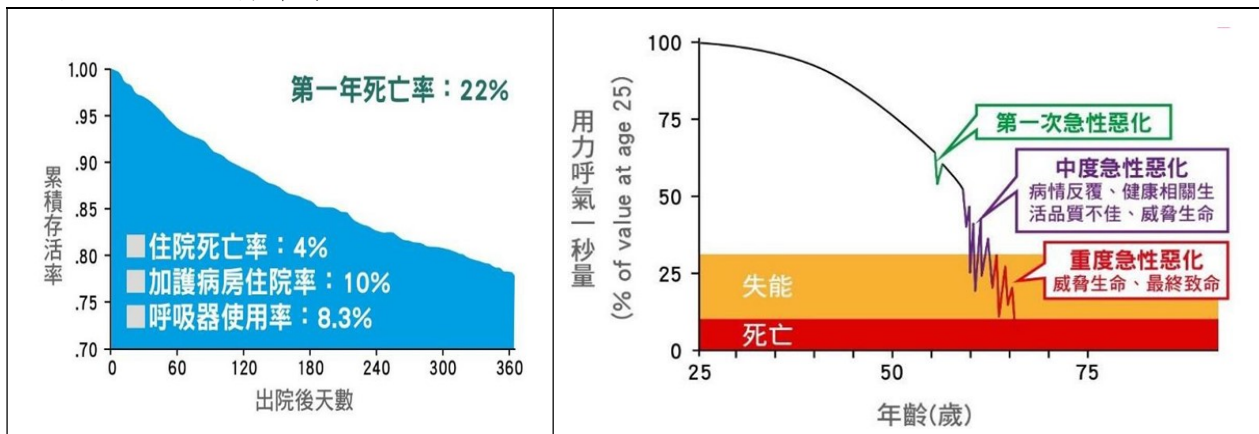
肺阻塞病程可長達數十年，疾病初期因症狀表現為慢性咳嗽、咳痰或呼吸不順，常被誤認為是感冒或氣喘，但若持續吸菸、暴露於空氣汙染環境中，確診時病程往往已進展到中、末期。根據統計台灣之肺阻塞患者，第一次因急性發作而住院時其住院死亡率為 4%、須加護病房照護率為 10%、呼吸器使用率為 8.3%、這些病人出院後第一年死亡率為 22%。

高雄市立小港醫院
(委託財團法人高雄醫學大學經營)
Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital
病歷號碼： 姓名： 生日：

➤ **肺阻塞末期：**

肺阻塞急性惡化，會導致肺功能劇烈下降造成無力呼吸，使患者提早達到依賴呼吸器存活的臨界點。隨著疾病嚴重度及急性發作頻率增加，反覆無力呼吸將嚴重影響病人的生活品質，甚至對生命造成威脅。

若病人能自理生活、無論接受呼吸器維生治療或安寧照護，儘量減少躺床時間，維持活動量，都有助於延長身體活動功能及自我照顧能力。但隨著病情發展，仍無法避免身體逐漸衰弱及需要被他人照顧的情形。能延後多久 需要依靠他人照顧的時間，依每位病人的狀況不同可以跟您的醫師討論。



肺阻塞對健康的威脅

醫療選項簡介

選項一：依疾病自然病程選擇安寧緩和醫療

➤ 安寧緩和醫療是由專業團隊提供身、心、靈的全人照顧，以舒適的醫療方式（例如藥物）替代侵入性治療，積極且全面協助病人改善疼痛和不適，關懷及陪伴疾病末期病人，減輕症狀，預防再度發生急性惡化。同時，透過預立醫療照護諮商決定過程，與醫療團隊共同討論您預立醫療決定，尊重您的醫療決策，完成預立醫療決定書。


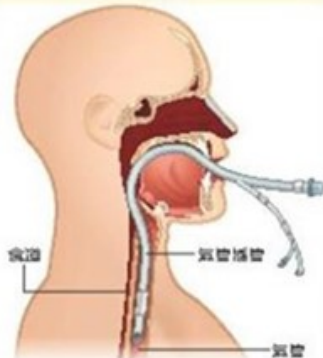
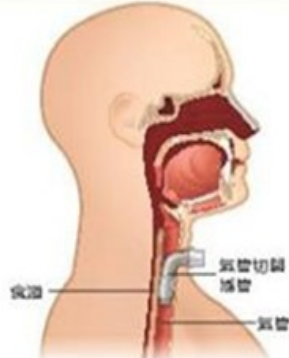
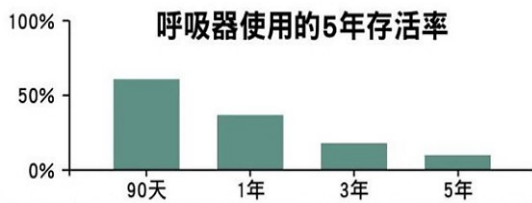

醫療介入的時機

- 肺阻塞症狀未能獲得改善，且更加惡化
- 嚴重肺功能退化
- 嚴重日常活動力退化
- 嚴重共病症
- 每年急性惡化致住院 2 次以上
- 曾經因惡化導致無力呼吸一次以上
- 居家氧氣使用
- 使用非侵襲性陽壓機械通氣
- 使用鴉片類藥物改善呼吸困難的不舒服
- 使用鎮定劑改善緊張與憂鬱症狀
- 藉由營養補充品以增強呼吸肌肉力量及改善整體健康狀態
- 透過肺部復健改善虛弱無力的症狀

高雄市立小港醫院
 (委託財團法人高雄醫學大學經營)
Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital
 病歷號碼： 姓名： 生日：

安寧緩和 醫療內容	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 配合醫療團隊給予持續性治療，如：抗生素及拍痰抽痰等協助分泌物排除 ➤ 發生急性無力呼吸時不實施插管、壓胸、電擊等急救措施 ➤ 透過預立醫療照護諮商決定過程，與醫療團隊依您預立醫療決定，尊重您的醫療決策，包含內容如下： <ol style="list-style-type: none"> 1.維持生命治療：指心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等任何有可能延長病人生命之必要醫療措施。 2.人工營養及流體餵養：指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分。
----------------------	---

選項二：使用呼吸器的維生治療

長期使用呼吸器維持生命		
非侵襲性陽壓呼吸器	侵襲性陽壓呼吸器	
雙相型陽壓呼吸器	氣道內插管(氣管內管)	氣管造口術(氣切)
		
使用時機		
<ul style="list-style-type: none">➤ 呼吸性酸中毒➤ 協助侵襲性呼吸器拔管失敗病人脫離呼吸器➤ 拒絕插管之肺阻塞病人。	<ul style="list-style-type: none">➤ 非侵襲性陽壓呼吸器治療無效者➤ 危及生命的急性呼吸衰竭(低血氧症以及高碳酸血症)	
使用呼吸器對病情的幫助		
以台灣 2012 年研究為例：	50,481 依賴呼吸器病人中，15%為 COPD 患者，隨病人年齡增加平均餘命縮短。	
以台灣 2015 年研究為例：	呼吸器依賴個案平均存活時間：16.4 個月。	

高雄市立小港醫院
 (委託財團法人高雄醫學大學經營)
Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital
 病歷號碼： 姓名： 生日：

使用呼吸器治療的醫療負擔																		
以台灣 2012 年研究為例：	平均一年醫療支出: 31,085 美元(平均每月約台幣 8 萬元) 平均一年自費開銷: 20,09 美元(平均每月約台幣 5 萬元)。	<div style="text-align: center;"> 經濟負擔 </div> <table border="1" style="margin-top: 10px; font-size: small;"> <caption>經濟負擔數據 (單位: 美元)</caption> <thead> <tr> <th>年齡組</th> <th>醫療支出</th> <th>自費開銷</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><65歲</td> <td>1,791,385</td> <td>1,416,422</td> </tr> <tr> <td>65-74歲</td> <td>1,115,944</td> <td>671,240</td> </tr> <tr> <td>75-84歲</td> <td>989,365</td> <td>558,894</td> </tr> <tr> <td>>85歲</td> <td>807,882</td> <td>389,648</td> </tr> </tbody> </table>		年齡組	醫療支出	自費開銷	<65歲	1,791,385	1,416,422	65-74歲	1,115,944	671,240	75-84歲	989,365	558,894	>85歲	807,882	389,648
年齡組	醫療支出	自費開銷																
<65歲	1,791,385	1,416,422																
65-74歲	1,115,944	671,240																
75-84歲	989,365	558,894																
>85歲	807,882	389,648																
您目前比較想要選擇的方式是： <input type="checkbox"/> 透過預立醫療照護諮商決定過程，完成預立醫療決定書 <input type="checkbox"/> 尊重疾病自然病程，選擇安寧緩和醫療 <input type="checkbox"/> 使用呼吸器的維生治療 <input type="checkbox"/> 還需要與醫護團隊及家人討論																		
請透過以下四個步驟來幫助您做決定																		
步驟一、選項的比較，比較不同治療的優點、風險、費用、照護地點。																		
	依疾病自然病程選擇 安寧緩和醫療	使用呼吸器的維生治療																
要做的事情	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 選擇預立醫療諮商決定 ➢ 接受安寧緩和團隊的專業協助 ➢ 利用藥物來改善不適之症狀 ➢ 透過專業協助使病人及家屬情緒上能夠平靜與坦然 	依醫師專業判斷病人需要使用合適的呼吸器類型																
優點	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 預立醫療決定與安寧和緩醫療條例(DNR)相輔相成，讓病人作主，維持尊嚴善終 ➢ 減少侵入性治療 ➢ 減少後續所帶來不適 ➢ 減輕末期病人身心靈痛苦、給予緩解性、支持性的醫療照護 	非侵襲性陽壓呼吸器 雙相型陽壓呼吸器 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 無須手術 ➢ 病人有機會可以說話並進食 ➢ 須考慮鼻胃管進食 ➢ 氧氣治療：減輕呼吸困難的感覺、穩定肺部循環、提高活動耐受力、睡眠生活品質 	侵襲性陽壓呼吸器 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> 氣道內插管(氣管內管) 無須手術、降低傷口感染造成的併發症 </div> <div style="width: 48%;"> 氣管造口術(氣切) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 減少呼吸器引起的肺炎風險 ➢ 病人有機會說話和吞嚥 ➢ 更換管路較容易 ➢ 減少長期使用氣管插管的併發症 </div> </div>															

高雄市立小港醫院
(委託財團法人高雄醫學大學經營)
Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital
病歷號碼： 姓名： 生日：

		病人的存活時間較長、家屬有更多的時間可以陪伴病人
風險及缺點	➢ 病人隨著自然病程可能比使用呼吸器維生治療更早面臨無力呼吸及生命終點 ➢ 需接受持續性安寧緩和醫療否則無法有效降低病人痛苦	➢ 臉部因面罩擠壓，造成皮膚破損及疼痛 ➢ 排痰不易、腸胃漲氣、嘔吐造成吸入性肺炎 ➢ 長期臥床與機構安置，活動受到限制，需依靠他人照顧 ➢ 長期失去生活自理能力的情況下容易產生憂鬱的情形 ➢ 家人因長期照顧病人，容易產生精神壓力及體力負擔 ➢ 易發生呼吸器相關肺炎、聲帶受損
費用	經濟負擔小	長期照護費用、醫療費用的支出
照護地點	➢ 居家安寧照護 ➢ 住院安寧照護	➢ 慢性呼吸照護病房 ➢ 居家呼吸器使用

步驟二、了解您選擇治療方式時會在意的因素?以及在意的程度?

尊重疾病自然病程 (選擇安寧緩和醫療、預立醫療決定)	比較接近	一樣	比較接近	使用呼吸器的維生治療
	←		→	
我的人生已經圓滿 我願意接受疾病自然病程	< < <	○	> > >	我希望能有更多時間陪伴我的家人
我擔心長期醫療照護的醫療照護費用	< < <	○	> > >	我可以負擔得起長期醫療照護費用
我不希望呼吸器讓我的外表及儀容受到改變	< < <	○	> > >	我可以接受呼吸器造成外觀上的改變
我不願意接受呼吸器治療帶來的風險及副作用	< < <	○	> > >	我可以接受呼吸器治療帶來的風險及副作用
我擔心我的家庭沒辦法負荷照護人力	< < <	○	> > >	我的家庭可以安排長期照護人力
其他：_____	< < <	○	> > >	其他：_____

步驟三、您是否已經清楚知道依疾病自然病程選擇安寧緩和醫療與使用呼吸器的維生治療的不同呢?

1. 非侵襲性陽壓呼吸器無須手術，可以延長生命，然而有可能會造成皮膚受損、影響生活品質，有插管使用呼吸器的風險	<input type="checkbox"/> 對	<input type="checkbox"/> 不對	<input type="checkbox"/> 不確定
2. 接受長期呼吸器治療，可以延長生命	<input type="checkbox"/> 對	<input type="checkbox"/> 不對	<input type="checkbox"/> 不確定
3. 接受長期呼吸器治療，會因受限於呼吸器而影響生活品質	<input type="checkbox"/> 對	<input type="checkbox"/> 不對	<input type="checkbox"/> 不確定
4. 接受呼吸器治療會需要長期照護的人力及經濟上的費用負擔	<input type="checkbox"/> 對	<input type="checkbox"/> 不對	<input type="checkbox"/> 不確定
5. 接受安寧緩和醫療，將依照疾病自然病程，無法以人工方式延長生命	<input type="checkbox"/> 對	<input type="checkbox"/> 不對	<input type="checkbox"/> 不確定

高雄市立小港醫院
(委託財團法人高雄醫學大學經營)
Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital
病歷號碼： 姓名： 生日：

6. 接受安寧緩和醫療，主要是積極改善病人不適的症狀，不等於完全不治療

☐ 對

☐ 不對

☐ 不確定

步驟四、您現在確認好治療方式了嗎？

☐ 我想透過預立醫療照護諮商決定過程，完成預立醫療決定書，並尊重疾病自然病程，選擇安寧緩和醫療。

☐ 使用呼吸器的維生治療

☐ 我目前還無法決定：(下列可複選)

☐ 我想要再與我的主治醫師討論我的決定。

☐ 我想要再與其他人（包含家人、朋友或第二意見提供者）討論我的決定

☐ 對於以上治療方式，我想要再瞭解更多，我的問題有：

瞭解更多資訊及資源：

- 衛生福利部國民健康署-健康九九網站<http://health99.hpa.gov.tw/default.aspx>
- 自在呼吸健康網 <http://asthma-copd.tw/>
- **衛生福利部-預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統**
<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/RWD/PageType/acp/introduction.aspx>

參考文獻

1. 台灣肺阻塞臨床照護指引
2. Ho TW, Tsai YJ, Ruan SY, Huang CT, Lai F, Yu CJ; HINT Study Group. PLoS One. 2014; 9(12):e114866.
3. Hillas G, Perlikos F, Tzanakis N. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2016 Jul 13; 11:1579-86.
4. Hung YS, Chen CH, Yeh KY, Chang H, Huang YC, Chang CL, Wu WS, Hsu HP, Lin JC, Chou WC. Formos Med Assoc. 2013; 112(7):406-15.
5. Chou WC, Lai YT, Hung YS. J Res Med Sci. 2013; 18(7):594-600.
6. Lee MJ, Chen CJ, Lee KT, Shi HY. PLoS One. 2015; 10(4):e0122618.
7. Hung MC, Lu HM, Chen L, Lin MS, Chen CR, Yu CJ, Wang JD. PLoS One. 2012; 7(9):e44043.
7. James K. Stoller, Ralph J. Panos, Samuel Krachman, Dennis E. Doherty, Barry Make, the Long-term Oxygen Treatment Trial Research Group. Chest. 2010 Jul; 138(1): 179-187.
8. Carlucci A1, Vitacca M2, Malovini A. COPD. 2016 Oct; 13(5):632-8. End-of-Life Discussion, Patient Understanding and Determinants of Preferences in Very Severe COPD Patients: A Multicentric Study.
9. Gainza-Miranda D, Sanz-Peces EM, Alonso-Babarro A. J Palliat Med. 2019 Mar; 22(3):290-296. Breaking Barriers: Prospective Study of a Cohort of Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients To Describe Their Survival and End-of-Life Palliative Care Requirements.
10. Wilson ME1,2, Majzoub AM1, Dobler CC. Crit Care Med. 2018 Aug; 46(8):1209-1216. Noninvasive Ventilation in Patients With Do-Not-Intubate and Comfort-Measures-Only Orders: A Systematic Review and Meta-Analysis.
11. Houben CH1, Spruit MA2, Schols JM. J Pain Symptom Manage. 2015 Jun; 49(6):1109-15. Patient-Clinician Communication About End-of-Life Care in Patients

高雄市立小港醫院
(委託財團法人高雄醫學大學經營)
Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital

病歷號碼：

姓名：

生日：

With Advanced Chronic Organ Failure During One Year. Can early introduction of specialized palliative care limit intensive care, emergency and hospital admissions in patients with severe and very severe COPD? a randomized study.
12. Weber C, Stirnemann J, Herrmann FR. BMC Palliat Care. 2014 Oct 21;13:47.

完成以上評估後，您可以攜帶此份結果與您的主治醫師討論。