



台灣新冠肺炎安寧緩和醫療建議

第二版【精簡版】



111.08.22

台灣安寧緩和醫學學會 編著

* 本建議內容版權所有，請尊重智慧財產權，若需引用，須經本會授權同意，並註明出處及原作者 *

台灣新冠肺炎安寧緩和醫療建議

目 錄

前言	1
第一章 新冠肺炎（COVID-19）簡介	3
第二章 病人照護	5
第三章 家屬悲傷撫慰	10
第四章 溝通能力	12
第五章 倫理思辨與法律規範	14
第六章 新冠肺炎疫情期間的安寧居家療護	16
第七章 民眾教育與相關資源	19

Scan Me



台灣新冠肺炎安寧緩和醫療
建議第二版（精簡版）

前言

本學會於去年(2021)邀請第一線照顧新冠肺炎病人的各職類專家編纂「台灣新冠肺炎安寧緩和醫療建議」(第一版)，其內容以緩和醫療導向(Hospice palliative care oriented)，著重在末期、重症病人及家屬在疫情期間的身、心、社、靈、倫理法律之相關的照護內容，以提供醫療人員、民眾及政府相關單位參考，減少與降低疫情對末期、重症病人及家屬帶來的衝擊。

今年(2022)4月全台疫情再度升溫，確診死亡人數日益上升，兒童確診後轉中重症或死亡人數亦同時增加；此外，由於疫情的影響，對有需要的病人如何提供安寧居家照護為今年第二版新增加的兩大重點。同時考量確診病人一經入院隔離接受治療期間，專責照護團隊並不是安寧緩和療護團隊，因此，我們除增修第二版照護建議，並同時濃縮成此精簡版，摘要下列重點內容：

1. 高危險病人的預後評估以及預立醫療照護諮商的建議
2. 症狀緩解的建議：特別是鴉片類藥物使用在末期病人呼吸困難的緩解
3. 末期病人的死亡準備與道別
4. 家屬悲傷撫慰
5. 視訊家庭會議的召開模式
6. 符合倫理原則與法律規範的醫療決策過程:DNR的討論、不予或撤除維生醫療的倫理法律依據
7. 居家安寧病人之照護建議

希冀此精簡版能更方便非安寧緩和醫療團隊的醫療人員參考，以強化全人醫療照護品質。再次感謝今年協助撰稿及提供建議的專家、作者群：

總編輯

蔡兆勳	台灣安寧緩和醫學學會理事長 臺大醫院家庭醫學部緩和醫療科主任
-----	-----------------------------------

諮詢暨專家作者群 (*按姓氏筆劃順序排列)

古世基	臺大醫院內科部加護病房主任
-----	---------------

何宗憲	衛生福利部臺南醫院兒科主治醫師兼主任
-----	--------------------

吳建誼	高雄醫學大學附設中和紀念醫院社區醫學部家庭醫學科主治醫師
-----	------------------------------

李閔華	輔仁大學社會工作學系助理教授
-----	----------------

邱智鈴 國立成功大學醫學院附設醫院護理部督導長

施至遠 臺大醫院家庭醫學部主治醫師

洪毓謙 臺大醫院金山分院家庭醫學科主治醫師

徐愷萱 臺大醫院金山分院家庭醫學科主治醫師

翁益強 衛生福利部南投醫院放射腫瘤科暨安寧療護科主任

彭仁奎 臺大醫院家庭醫學部主治醫師

張賢政 羅東博愛醫院家庭醫學科主任

黃曉峰 臺中榮民總醫院婦女醫學部暨緩和療護病房醫師

黃馨蓀 中山醫學大學附設醫院家庭醫學科主治醫師

黃獻樑 臺大醫院家庭醫學部主治醫師

賴維淑 國立成功大學醫學院護理學系助理教授

第一章 新冠肺炎（COVID-19）簡介

Tip 高危險病人的預後評估及預立醫療照護諮商的建議

一、新冠肺炎重症風險因子：

年齡 ≥ 65 歲、癌症、糖尿病、慢性腎病、心血管疾病、慢性肺疾（間質性肺病、肺栓塞、肺高壓、氣管擴張、慢性阻塞性肺病）、結核病、慢性肝病（肝硬化、非酒精性脂肪性肝炎、酒精性肝病與免疫性肝炎）、失能（注意力不足及過動症、腦性麻痺、先天性缺陷、發展或學習障礙、脊髓損傷）、精神疾病（情緒障礙、思覺失調症）、失智症、吸菸（或已戒菸者）、BMI ≥ 30 （或 12-17 歲兒童青少年 BMI 超過同齡第 95 百分位）、懷孕（或產後六週內）、影響免疫功能之疾病（HIV 感染、先天性免疫不全、實體器官或血液幹細胞移植、使用類固醇或其他免疫抑制劑）。

二、高齡及多重慢性疾病患者感染新冠肺炎後，轉為重症的比例較高，預立醫療照護諮商（Advance Care Planning，ACP）的需要性也受到更多重視。國外經驗顯示在 COVID-19 大流行開始後，許多民眾開始體悟平時就要做好預立醫療照護諮商，讓家人與醫療團隊了解個人的醫療意願。但疫情期間因醫院管制措施，及民眾擔心疫情不敢至醫療院所進行預立醫療照護諮商，讓實務的推動增加許多困難與挑戰。

三、大規模疫情流行期間，預立醫療照護諮商有其重要性。目前現行預立醫療照護諮商，須由跨專業醫療團隊與參與諮商的民眾，面對面完整解釋與說明，並在民眾完成預立醫療決定之文件簽署後，上傳登錄在健保卡，作為日後醫療決策之法定依據，但在疫情流行期間，有其困難之處。遠距視訊及電子文件簽屬，在法規及更完整嚴謹的規劃後，相關親屬若因疫情影響無法到場，可以考慮採用視訊的方式全程參與。

四、當感染新冠肺炎重症入院後，醫療人員、病人及其家屬就必須面臨許多醫療決策，如何一開始就以關心的態度了解病人在末期的醫療照護意願是很重要的議題。特別是高齡及多重共病的病人，合併有呼吸困難、血氧濃度 $< 92\%$ （Room air）、意識改變、發炎指數（CRP）高、或急性腎損傷狀況，因死亡率較高，應事先以關心的態度與病人及家屬討論病情惡化的可能及後續治療與處置的方式，以確認末期照護方向。若病人意識清楚，可與病人及家屬討論及預立醫療決定，

當病人進入末期時可以作為調整醫療照護內容的依據。不僅是尊重病人自主意願，也減少家屬要為病人作醫療決定的困難。

五、若評估病人已進入末期，應與病人或家屬討論生命末期的醫療照護內容，包括不施行心肺復甦術或不予 / 撤除維生醫療。若病人已經無法表達意願，可依照病人先前的預立醫療決定或不施行心肺復甦術，或由家屬代為決定。有需要時應啟動安寧緩和醫療共同照護。

六、兒童安寧緩和醫療照護的介入時機

當兒童罹患可能會有生命危險、生命受威脅(Life-threatening)、或生命受限(Life-limited)的疾病時，即應考慮治癒性 / 延緩性醫療與緩和醫療同時進行。

1. 由於患有複雜慢性病況 (Complex chronic conditions) 如嚴重遺傳病變、嚴重神經病變、遺傳代謝疾病、先天性心臟病、糖尿病、慢性腎臟病、慢性肺病變、免疫缺損等的兒童青少年感染新冠肺炎後容易併發重症，建議這些病人若入院時有嚴重症狀 (例如呼吸困難、發紺、低血氧)、或危急病情 (猛爆性腦炎、急性呼吸窘迫症候群、呼吸衰竭、休克) 等情況時，應盡早以關心的態度與家屬討論末期照護方向。
2. 確診的兒童在剛到達醫院或病情惡化時，應評估重症病人並確認照護目標，並預先以關心的態度與家屬討論可能惡化與需要進階治療的可能性與因應方式，包括不施行心肺復甦術或安寧緩和醫療的討論並適時照會安寧緩和共同照護團隊。

第二章 病人照護

Tip 症狀緩解的建議：特別是鴉片類藥物使用在末期病人呼吸困難的緩解

壹、身體症狀控制

一、呼吸困難

(一) 非藥物照護

1. 降低室溫。
2. 使用冷的布巾讓臉部降溫。
3. 坐起或俯臥的姿勢以緩解症狀。
4. 指導放鬆與呼吸技巧。
5. 當缺氧為呼吸困難的可能原因時，可嘗試給予氧氣。
6. 新冠肺炎病人不建議使用風扇吹拂來緩解呼吸困難。

(二) 藥物治療

1. 其他常用的方法不能有效改善症狀時，可以專業使用鴉片類藥物。
2. 口服途徑優先（Morphine 2mg, PO, q2-4h prn），若無效再增加頻率及劑量，每 24 小時需要之總劑量大約介於 5~30mg。無法口服時，可使用 Morphine 1~2mg, SC, q2-4h prn。
3. 突發劑量（Breakthrough Doses），以原本 24 小時鴉片類藥物總計量的 10% 來使用。
4. 若症狀嚴重，可加上 Midazolam 0.5-1 mg SC/IV q30min prn。
5. 瀕死期可考慮每 24 小時給予 Morphine 15mg ± Midazolam 10mg，使用注射幫浦（Syringe Pump）持續輸注，再根據臨床反應調整劑量。
6. 若病人出現嚴重呼吸困難症狀且近期可能會死亡。
 - (1) Morphine 5-10 mg SC q2h prn。
 - (2) Midazolam 5-10 mg SC q2-4h prn。
 - (3) 考慮每 24 小時給予 Morphine 10-20 mg ± Midazolam 10-20 mg，使用注射幫浦（Syringe Pump）持續輸注。亦建議每 8 小時重新評估需求，可能需要快速增加劑量。

(三) 兒童病人的治療建議

1. 末期兒童病人緩解呼吸困難的鴉片類藥物的劑量，約是用於止痛所需劑

量的 25-50%，但開立藥物與調整劑量的原則和用於止痛是一樣的。

2. 霧化（Nebulized）鴉片類藥物對末期兒童病人止喘的實證研究很少，且會有飛沫微粒散播的疑慮，不建議在新冠肺炎兒童使用。

二、焦慮

（一）非藥物照護

1. 應對病人焦慮的原因進行評估與處置，可能源自於身體症狀、被隔離、穿著防護裝備的照護者，以及恐懼死亡。
2. 詳細說明團隊將如何照護與協助。
3. 定期安排病人與家屬視訊通話，以緩和情緒。

（二）藥物治療

Benzodiazepine 為首選藥物，如 Lorazepam 0.5 mg PO bid-qid prn。若無法口服藥物，可使用 Midazolam 1.25-2.5 mg SC q2-4h prn。

三、撤除呼吸器

- （一）儘可能安排在白天時段進行。
- （二）確認病人、家屬及醫療團隊皆清楚病況與流程。
- （三）撤除前儘可能讓家屬有探視病人的機會。
- （四）撤除前即確保病人舒適，可使用 Morphine 5-10 mg SC 與 Midazolam 5-10 mg SC。需要時，間隔 20 分鐘後可再給藥。
- （五）若預期病人不會立即死亡，應同時給予 24 小時持續輸注的 Morphine 10-20 mg 與 Midazolam 10-20 mg，以減少病人痛苦。
- （六）將生理監測器關閉或設為靜音。
- （七）撤除呼吸器後，可換上非再吸入型氧氣面罩，並可考慮進一步更換為氧氣鼻導管。

四、其他注意事項

- （一）根據病人狀況調整劑量，如衰弱老人（降低 Morphine 劑量）。
- （二）停止對病人舒適度沒有助益的藥物，同時盡量選擇長效型藥物，降低進入病房治療的頻率，兼顧感染控制的需求。
- （三）停止對於舒適度非必要的醫療儀器設備。
- （四）停止或盡量減少靜脈輸液和經腸道營養。

貳、社心靈的評估與照護

Tip 末期病人的死亡準備與道別

一、病人之社心靈評估

病人於急性期之階段性目標，以穩定病人身體狀況為優先，透過信任與親善關係之建立，再漸進深入評估與處理其社心靈需求。於急性期，若病人有明顯躁動、困難配合之表現，可視需要照會精神科醫師。

若需於病人隔離期間提供介入協助，可先評估病人的身體功能狀況和使用通訊設備的能力，再決定現階段合適提供介入之方式。

(一) 評估病人的病況/身體功能狀況/行動受限的程度(隔離病房/負壓隔離病房/加護病房；不需特殊器材/氧氣/高流量氧氣/插管；自行移動/自行移動受限/臥床/約束)。

(二) 評估病人使用通訊設備的能力。

二、「I-CARE」病人及其家屬社心靈照護五大主軸

(一) 隔離的是病毒而非人 (Isolate viruses instead of person)

(二) 持續性溝通 (Continuous communication)

(三) 保證緩解痛苦 (Assuring relief from suffering)

(四) 透過視訊科技關係連結 (Relational connection by virtual technology)

(五) 同理心與情緒支持 (Empathy & Emotional support)

三、病人及其家屬社心靈照護的一般建議

(一) 要隔離防範的是「病毒」，要關心保護的是「人」。尊重病人的尊嚴感，主動向病人自我介紹，或在個人防護裝備隔離衣上明顯標示的照護者姓名，讓互動上更為人性化。

(二) 促進病人與家屬，或病人、家屬與照護者三方的溝通，讓家屬感受醫療團隊會傾盡全力協助病人在照護過程中減少受苦才會安心。

(三) 照護計畫需結合急性醫療處置、預期性的症狀控制藥物、病人的期望及偏好、以及無論病況如何演變都會確保病人舒適。

(四) 了解並詢問目前對病人或家屬而言，「哪些是他們最在乎？覺得最重要(What is important to you)？」的部分，或是有哪些人是需要醫療團隊跟他們談一談的，提供適切協助。

- (五) 以同理心傾聽、關懷，鼓勵病人表達其身心狀態與擔憂，避免空泛的問候，例如：你好嗎？不要擔心等，可視臨床現場狀況調整。
- (六) 促進病人與家屬的連結，提供個人化照護。鼓勵病人與家屬透過電話視訊、寫卡片、錄音、錄影、播放喜愛音樂等方式，拉近距離感與情感連結，紓解因隔離產生之焦慮不安，增加安全感。
- (七) 採圖卡或畫圖方式介紹身上管路或醫療儀器用途，緩解其焦慮且達到有效溝通。
- (八) 增加隔離期間的定向感，任何治療處置前，均須向病人說明，並給予正向鼓勵，增加其信心。
- (九) 主動連結社工相關資源關心病人和家屬的實際需求並提供適當的協助，例如：代為採買或轉交病人住院隔離所需用物，減少病人和家屬的憂慮與牽掛。
- (十) 疫情嚴峻期間限制陪病與探視人數，上述照護建議可依個別性運用在非染疫住院病人及其家屬之照護，並關懷照顧者負荷。

四、臨終病人及其家屬的照護

- (一) 醫療團隊主動持續溝通，提供關於病人疾病進展的最新消息，有助於為病人即將離世預做準備，討論臨終照護計畫。
- (二) 大多數臨終病人及其家屬的願望是不要孤獨離世，因此可透過視訊通話，讓病人及其家屬彼此有更多時間道謝、道歉、道愛與道別，引導家人具體表達對病人的關心、愛與不捨、肯定與欣賞之處、道歉沒辦法為她/他做的、感謝病人的具體事蹟與貢獻等，減少遺憾。另外，因醫護人員無法得知視訊結束後家屬的情緒反應，應於下次聯繫家屬時關心他們的後續狀況。傾聽、了解並接納家屬各種不同的情緒反應，不否認家屬的各種感覺，理解遺憾、自責感受是自然的反應。
- (三) 再保證病人在生命最後階段的舒適、讓死亡的過程中的受苦減至最低，在防疫原則下協助遺體清潔舒適，並讓家屬知道病人是在醫療人員陪伴下並非孤單離世。
- (四) 透過電話、視訊讓病人聽到家人熟悉的聲音、親友為其念經、禱告或祈福的聲音、看到家人，使其感到安慰；提供個人化臨終照護，依其信仰或喜好播放病人喜歡或覺得安心的音樂、佛經、聖樂、宗教信仰象徵物等。
- (五) 製作病人紀念物（如手印或手模），幫助病人家屬回憶至親。紀念物宜由病

人與家屬做合適的選擇。

(六) 病人離世後家屬可能會經歷嚴重的哀傷反應，即複雜性哀傷。因此，宜於病人離世後持續關懷喪親家屬，或透過心理、精神支持幫助家屬經歷哀傷歷程。

(詳見照護建議第一版之完整版「第三章 COVID-19 染疫者家屬哀傷撫慰」)

五、臨終兒童病人及其家屬的照護

(一) 在兼顧感染管制措施的原則下，讓父母參與幫忙孩子清潔及穿戴衣物；寫愛的卡片道別，最後的擁抱、拍照、家人圍繞（視訊方式）、引導四道（道愛、道謝、道歉、道別），以期面對孩子離世時能好好告別。

(二) 喪事處理的討論及資訊提供：喪親家屬藉由參與喪禮事宜進而接受死亡的事實；喪葬儀式需個人化、有意義，對悲慟緩解才有助益，例如為孩子製作音樂、影片等，並尊重家屬想要參與的程度與方式。事後仍可以繼續追念，如往生週年紀念、生日、去生命紀念館拜訪、回憶其生活、寫文章、寫信等。

(三) 依法定規範，相關人員需著適當防護裝備、以雙層屍袋包覆遺體，並以火化處理遺體。在遺體處理過程中，兒童醫療團隊應主動聯繫政府衛生部門居中協調，除了需顧及家屬悲痛心情及禮儀社業者作業流程，當禮儀社業者無法順利調度屍袋時，亦協調向其他業者購買。

第三章 家屬悲傷撫慰

Tip 家屬悲傷撫慰

當親人被診斷為新冠肺炎後，家屬會經歷焦急與悲傷的過程，以下將以治療期與死亡後喪親時期，掌握家屬悲傷撫慰原則。

壹、治療期之家屬照護原則

- 一、家屬面對壞消息，需對預後保持最大希望與預備最壞打算的不確定性。
- 二、家屬與病人盡可能地保持連結，任何形式的連結方法應被詢問、記錄、執行，以減輕家屬無法接觸親人的情緒壓力。
- 三、家屬可以說一說、寫一寫自己的任何心情，在見不到面的時刻，任何記錄與表達都將成為此時此刻與未來彼此相伴的力量。
- 四、家屬的悲傷情緒宜以支持與同理為優先，憤怒、愧疚、自責之情尤其需要被理解、辨識與回應。
- 五、家屬相關醫療訊息的提問能獲得誠實回答，特別注意家屬可以獲得親人被治療的第一手訊息，減低不切實際的想像。
- 六、以家庭使用視訊方式進行家庭會議的召開，同理家屬的語言。例如：「讓您很心疼不捨的事發生了，您可以說一說此刻心情」。

貳、喪親者照護原則

- 一、家屬的悲傷需以慈悲溫柔之心對待。
- 二、家屬的願望、選擇和信仰需被傾聽、尊重。
- 三、悲傷、喪親和死亡是重要的生活經驗。
- 四、喪親者能獲得支援，包括：喪葬處理或補助的實務議題、財務、情感、社會和靈性層面。
- 五、喪親者需要空間和時間，可做的事有：
 1. 與他人談論感受，與家人和朋友保持聯繫，找到處於類似情況的人，親自或在線加入團體。
 2. 注意可能引發悲傷的日期和事件的觸發因素，並做好準備，瞭解它會讓悲傷如何出現、強化和減緩。
 3. 對自己誠實，讓自己體驗這些感覺，並花一些時間來悼念親人。
 4. 尋求幫助，並告訴對方自己的感覺，誠實表達需要支援。

六、認識喪親的悲傷情感持續存在於生活各方面，包括人際、學校和工作場所。

七、喪親的感受會在死亡前開始，終其一生可能都會感受到悲傷情感。

參、兒童的喪親者照護原則

一、**好的臨終照顧是哀傷撫慰的重要關鍵階段**：醫療團隊在照護過程中應盡可能減少家屬遺憾，以病人的最大福祉為前提，協助家屬逐漸認知及面對孩子進入生命末期的現實。

二、**注重我們能為孩子做什麼**（提供同理、安慰、溫暖人性化的照顧、平安順利地走完最後一程）**而不是無法做什麼**（治癒疾病、防止死亡、讓家屬沒有悲痛），盡早辨識哀傷高危險群（如家中第一位確診者）與易被忽略的哀傷者（如手足），進行電話關懷與支持。

第四章 溝通能力

Tip 視訊家庭會議的召開模式

一、視訊家庭會議的目標

- (一) 分享預後訊息
- (二) 釐清照護目標
- (三) 討論生命末期照護選項

二、家庭會議溝通架構模式

(一) VALUE 溝通模式：

重視 (Value Statements)、接受 (Acknowledge Emotions)、傾聽 (Listen)、理解 (Understand the Patient as a Person)、引發 (Elicit Questions)。

(二) SPIKES 病情告知模式：

環境 (Setting)、感受 (Perception)、引導 (Invitation)、知識 (Knowledge)、同理 (Emotion)、總結 (Summary)。

三、視訊溝通需注意事項

- (一) 事前準備：了解病人的背景資訊，決定醫療端與病人家屬端需要參與的人。
- (二) 建立信任：視訊時注視鏡頭而非螢幕，予以簡短聲音回應。視訊溝通優於電話，能夠有更好的治療性存在 (Therapeutic presence) 的感受。
- (三) 進行溝通：控制溝通訊息量為 1 到 2 個重點。
- (四) 面對情緒：聆聽與觀察非語言的訊息。

四、遠距醫療溝通步驟

- (一) 確認連線 (Be present)：確認使用的科技設備及網路連線之品質。
- (二) 溝通目標 (Identify Needs)：確認此次溝通最重要的期待和目標。
- (三) 積極傾聽 (Listen)：積極傾聽病家的表達。
- (四) 同理回饋 (Respond with Empathy)：運用同理心做情緒支持，適當使用各種語調的高低起伏安慰病人來取代肢體上的接觸。
- (五) 分享訊息 (Share Information)：給予適當資訊，並隨時檢視病家是否有在遠距的環境下得到足夠訊息。

五、兒童安寧緩和醫療團隊的操作建議

- (一) 建議要使用可見到雙方動態影像的網路視訊平台 (如 Line、Webex、Skype、FaceTime、Zoom 等) 作為溝通工具。因為動態影像可以讓醫護人員、病人

和家屬在困難的醫病對話中能夠看到彼此，使兒童安寧緩和醫療團隊能夠對文字外的線索（聲調、語氣、表情）和肢體語言做出反應，從而提供家屬更多的訊息與臨終關懷，有助於共同制定整體照護計畫(Advance care planning)與醫療決策。

- (二) 如果家屬因經濟、軟硬體或教育程度（無網路或沒有麥克風、鏡頭；不會使用或安裝軟體），使用視訊平台有困難時，兒童安寧緩和醫療團隊應該準備一組備用設備提前出借給家屬，並注意出借前後完整清潔消毒，避免交叉感染；同時要提供適當教學輔助家屬使用軟體。

六、結語

運用適當溝通架構，導入具有同理支持的臨床照護，並將溝通能力融入高科技的遠距醫療，將有效提升新冠肺炎照護品質及因應未來各種可能發生的新興疫病。

第五章 倫理思辨與法律規範

Tip 符合倫理原則與法律規範的醫療決策過程:DNR 的討論、不予或撤除維生醫療的倫理法律依據

- 一、病況評估、治療目標及預立醫療照護計畫的討論，常包括非侵襲性正壓呼吸器的使用、是否氣管內插管、是否進行心肺復甦術的討論，但不應僅侷限於上述討論。病人及其家屬所重視的價值、文化及特殊習俗的考量、情緒上的擔憂與不安等等，應有充分的機會表達，並應得到適切的回應與尊重。當主責照護團隊因時間、資源、專業組成等條件不足以滿足上述需求，應啟動跨領域團隊合作照護、安寧緩和醫療會診等流程，提供更優質的溝通、決策與醫療照護。
- 二、當新冠肺炎病人發生對氧氣治療反應不佳之呼吸衰竭、甚至併發多重器官衰竭時，經兩位相關專科醫師評估符合安寧緩和醫療條例對末期病人之定義，並簽署意願書或同意書時，得不施行心肺復甦術（Do Not Resuscitate, DNR）及維生醫療。若醫療團隊對於末期的判定有疑義，可會診相關專科醫師或尋求倫理諮詢。
- 三、當新冠肺炎病人因呼吸衰竭，醫師判斷需使用氣管內插管，而且預期病人有相當機會回復到可接受的生活品質，但病人拒絕氣管內插管（Do Not Intubate, DNI）時，醫療團隊應加強溝通。了解病人拒絕嘗試治療的原因，告知插管後可能脫離呼吸器的機率，並給予病人限時嘗試治療（Time-limited trial）的選項，承諾病人若氣管內插管治療效果不如預期，或產生病人無法接受之併發症時，能為病人撤除氣管內插管及其他維生醫療。若病人害怕氣管內插管之不適，也應給予緩解痛苦及考慮緩和性鎮靜的承諾，讓病人有機會接受最適當的治療。
- 四、醫病溝通上應注意釐清不施行氣管內插管（DNI）與不施行心肺復甦術（DNR）的差異，避免病人因過度擔心被 CPR，而無法思考是否氣管內插管的決定。在尊重病人自主的前提下，也要避免治療不足（Undertreatment）。
- 五、不論病人是否使用呼吸器，當病人出現呼吸困難等情況，其他方法已經不足以改善病人的症狀時，在取得病人或其家屬的了解同意後，照護團隊應給予 Morphine 或 Midazolam 緩解病人的呼吸困難或會診安寧緩和醫療團隊提供建議與協助。若病人呼吸困難與焦躁不安的症狀無法有效被緩解，不但造成病人受苦，也可能造成家屬的罪惡感，成為潛在醫療糾紛來源。若醫療團隊覺得病人或家屬的決定有不妥，應啟動跨領域專業人員的協助或尋求倫理諮詢。
- 六、當病人簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」時，家屬可藉由影音見證，並錄音、錄影存證，事後於見證人欄位簽署。相關討論應及早啟動。也可視

臨床情況的進展，持續溝通與討論相關醫療決策。

- 七、當病人使用非侵襲式正壓呼吸器或氣管內插管，但病情仍持續惡化，例如出現多重器官衰竭或瀕死徵兆。或因其他合併症，導致病人出現不可逆轉的昏迷。此時在兩位相關專科醫師評估是末期，又有病人預先簽署的意願書或由家屬替代決定（因為病人已經無法表達，家屬代為表達病人最可能的決定），簽署同意書的前提下，應依安寧緩和醫療條例之規定，撤除呼吸器、血液透析、升壓劑等維生醫療。這也符合醫學倫理行善及不傷害的原則。
- 八、為死亡統計的科學性及精確性，若病人已有嚴重影響健康狀態的疾病（例如癌症、末期腎臟疾病，因腦血管、失智、神經退化性疾病及老衰導致臥床…等），又同時罹患新冠肺炎者，此時新冠肺炎於死因之促進角色如同細菌性肺炎、流感等傳染性疾病。死因應以原本重大疾病診斷為主，新冠肺炎非為主要死因。
- 九、對末期病人而言，能得到適切的安寧緩和醫療為其基本人權。在照護過程所遇到各項倫理困境及法律問題，不僅要符合法律規範，更要透過倫理思辨及溫馨關懷的過程，才能達成生死兩相安的照護目標。
- 十、相對於成人，兒童在法律上視為限制行為能力人，因此他們的醫療知情同意或拒絕都是由父母或法定代理人來決定。為了幫助父母或法定代理人能做好生病兒童的代言人，醫療團隊應提供每一個醫療處置利弊的資訊，也必須給他們時間去思考及提出問題，將醫療焦點放在孩子的最佳利益（Best interests）上。

第六章 新冠肺炎疫情期間的安寧居家療護

Tip 居家安寧病人之照護建議

面對疫情的多變與複雜，安寧居家照護模式須遵循中央疫情指揮中心政策做滾動性調整。針對機構住民或接受安寧居家醫療照顧的病人，若經確診後，防疫政策調整為採就地隔離，因此原本接受安寧居家照護的病人（包含機構及在宅），須由安寧居家團隊持續提供照護，訪視過程中，針對團隊人員的防護措施及確診病人安排訪視的相關流程及注意事項說明如下：

一、訪視前的準備

1. 安寧居家護理師於居家訪視前電話聯絡病人及主要照顧者、同住家人目前有无發燒、上呼吸道感染（鼻塞、流鼻水、咳嗽、喉嚨痛）、不明原因腹瀉及嗅味覺異常、四肢無力等症狀。若病人或同住家屬有上述相關疑似症狀，請病人與家屬進行居家快篩（採檢方式配合疫情指揮中心最新公告）。
2. 病人採檢為陽性時，依衛生福利部規範採視訊看診判陽，並通報確診新冠肺炎。
3. 病人或同住密切接觸的家人確診新冠肺炎時，調整居家訪視順序，安排於最後訪視。
4. 住機構的病人，若該機構限制居家訪視，則改以居家視訊診療方式，提供常規藥物（含針劑嗎啡類藥物）的開立。
5. 告知病人及家屬配合目前新冠肺炎疫情期間，於醫護人員居家訪視過程中，須全程佩戴外科口罩。

二、訪視中照護

1. 搭乘計程車全程戴外科口罩。
2. 病人照護前後確實執行手部衛生。
3. 衛教病人、主要照顧者或家屬每天早晚監測體溫各一次、勤洗手、避免進出公共場所、限制有旅遊史或接觸史、上呼吸道等相關疑似症狀之親友探訪。
4. 居家訪視過卡時，電腦及讀卡機放置處下方鋪防汙紙巾，減少相關物品接觸案家環境。
5. 若有同住家屬確診，告知確實採一人一室隔離。
6. 安寧居家護理師與醫師於居家訪視過程，依病人下列狀況，配戴適當防護裝備：
(1) 病人無確診，配戴外科口罩、護目鏡、防水隔離衣、髮帽、手套、腳套。

- (2) 執行產生飛沫微粒的醫療處置（更換鼻胃管、氣切、抽痰）採飛沫、接觸隔離防護，配戴 N95 口罩、外科口罩、護目鏡、防水隔離衣、髮帽、手套、腳套。
 - (3) 病人有確診或同住家屬有確診時，配戴 N95 口罩、外科口罩、護目鏡及面罩、防水隔離衣、兩層防護（髮帽、手套、腳套）。訪視箱、電腦等放置於屋外，僅準備該病人使用的用物、衛材及酒精紗布進入屋內。
7. 減少接觸居家環境。
 8. 居家照護後，確實執行訪視相關物品酒精紗布擦拭消毒。
 9. 確診病人若於隔離期間在家死亡，事先與家屬溝通防疫規定，遺體會使用屍袋接送至殯儀館，醫療或殯葬工作者對逝者的尊重，也是對生者的撫慰。

三、訪視後照護

1. 居家訪視完畢，離開案家須以酒精紗布擦拭消毒訪視相關物品。
2. 居家訪視穿著防護物品（隔離衣、手套、髮帽等），訪視完一個案家，須重新更換防護物品（隔離衣、手套、髮帽等），護目鏡則以酒精消毒重複使用。
3. 訪視完畢返醫療院所辦公室時，以酒精紗布擦拭消毒相關訪視物品後才可進入。
4. 返回辦公室前請更換乾淨工作服或至淋浴間清潔除汙。
5. 定期每周 1、3、5 辦公室以 500ppm 消毒水清潔地板及擦拭桌椅。
6. 疫情期間，對於在家死亡個案死亡證明書開立的流程規範或其他協助開立證明書的醫師，會擔心遺漏潛在疫病個案，居家安寧醫護團隊盡可能協助照護個案直到完成死亡診斷書的開立，或直接與協助醫師進行醫療資訊轉銜及溝通。死亡診斷書的死亡原因應以該個案原來之疾病診斷為甲原因，乙原因為新冠肺炎。
7. 染疫病人也可能有居家安寧療護的需求，包括：既有居家個案被診斷新冠肺炎就地隔離或不願意住院治療、染疫病人全程都在家治療後進展至末期等情況，末期染疫病人在家治療至善終需考量社區民眾、家屬照顧者等人的公眾利益，以及訪視醫護人員的風險與防護成本。期望未來能平衡在家善終的好處及負擔，民眾及家屬疫苗接種更加普及、防護知能及資源更妥善，醫療體系及國家策略都更有量能後，進而研議相應的具體做法，守護居家的病人。
8. 法定傳染病居家個案死亡後短時間需入殮並火化、主要照顧的喪親家屬也可

能是被隔離者而無法參與喪葬過程，照護團隊應該具有敏感度並提早關心照護，運用影片及視訊，來增進家庭成員對於病況變化的理解，擴增陪伴與道別的機會與時間，減少遺憾。居家確診病人及其家屬社心靈照護與悲傷撫慰詳見第一版第二章 I-CARE 確診病人安寧照護模式及其家屬社心靈照護、臨終病人及其家屬的照護（第 14-18 頁）、以及第三章確診病人家屬的悲傷撫慰。

第七章 民眾教育與相關資源

本章主要是提供醫療人員針對新型冠狀病毒引發之嚴重特殊傳染性肺炎《簡稱：新冠肺炎（COVID-19）》給予一般民眾諮詢回覆的參考，以及進一步提供相關參考資料提供民眾查詢與學習。

一、新冠肺炎疾病相關介紹

新冠肺炎致病原為新型冠狀病毒 SARS-CoV-2。這幾年因新冠肺炎病毒陸續有各種變異株，且相關症狀與後續照護方式也需要根據最新醫學實證和專家共識來隨之因應調整，因此建議醫療人員與民眾可至衛生福利部疾病管制署網站查詢最新內容。

網址：<https://www.cdc.gov.tw/>

二、新冠肺炎疫苗接種

目前針對 COVID-19 感染的預防措施，接種 COVID-19 疫苗是被認為最有效的策略之一，但並非唯一，仍須維持其他預防措施。有關 COVID-19 疫苗接種注意事項，可參閱衛生福利部疾病管制署 COVID-19 疫苗 Q & A 相關資訊。

網址：https://www.cdc.gov.tw/Category/List/P2pYv_BSNazqDSK8Qhlllew#

另根據國外相關資料，針對目前已接受安寧緩和療護的末期病人，基本上認為接種 COVID-19 疫苗對病人仍是安全且利大於弊，但建議病人與家屬仍需與醫療團隊溝通討論施打疫苗。（參考文獻 [https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(21\)00235-9/fulltext](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(21)00235-9/fulltext)）

三、新冠肺炎預立醫療照護諮商（Advance Care Planning，ACP）及死亡識能

此疾病導致全球疫情大流行，以及罹患此病的病人病程有急遽惡化的可能，進而造成死亡，使得在對 COVID-19 病程充滿許多不確定性下，促使所有成年人應要有未雨綢繆的概念，來盡早與家人和醫療人員討論個人意向及表達治療偏好，因此提前與病人本身和家庭討論價值觀、目標和治療偏好統稱為預立醫療照護諮商（ACP），可進一步完成「預立醫療決定」（Advanced Directives，AD）或者是「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，以保障病人若罹患新冠肺炎且進展至死亡不可避免之末期時，能在安寧緩和療護的協助下獲得善終。

若您想要在法律的保障下完成預立醫療照護諮商及簽署「預立醫療決定書」，您可至衛生福利部預立醫療照護諮商專區查詢您方便預約預立醫療照護諮商之醫療院所來完成相關法定程序。

網址：<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/RWD/PageType/acp/HospitalMap.aspx>

四、新冠肺炎線上諮詢

有關新冠肺炎相關線上諮詢的資源，除了以衛生福利部中央流行疫情指揮中心建置的「1922 民眾疫情通報與諮詢服務中心」為管道，來解答民眾疑慮、舒緩民眾情緒及相關因應作為。另外因考量民眾在所在地區之衛生主管機關對於新冠肺炎相關醫療照護流程有所差異，建議可撥打各地方政府衛生局防疫專線，來確認相關事宜。

五、新冠肺炎喪親者的哀傷撫慰與相關網路資源

目前台灣有許多學會與組織提供喪親者的悲傷撫慰資訊與網站連結，以利民眾進一步了解相關資訊：

1. 我的家人命在旦夕怎麼辦（簡易版）

<https://reurl.cc/pgWOml>

2. 我的家人命在旦夕怎麼辦（詳細版）

<https://reurl.cc/yEQzEq>

3. 台灣安寧緩和醫學學會

<https://www.hospicemed.org.tw/ehc-tahpm/s/index.htm>

4. 台灣安寧緩和護理學會

<http://www.hospicenurse.org.tw/UI/B1/B101000.aspx>

5. 財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會

<https://www.hospice.org.tw/>

6. 台灣安寧照顧協會

<https://www.tho.org.tw/>

7. 財團法人佛教蓮花基金會

<https://www.lotus.org.tw/>

8. 財團法人天主教康泰醫療教育基金會

<http://www.kungtai.org.tw/>

【參考文獻】

1. Janssen, D. J., Ekström, M., Currow, D. C., Johnson, M. J., Maddocks, M., Simonds, A. K., Thomy, T., & Marsaa, K. (2020). COVID-19: guidance on palliative care from a European Respiratory Society international task force. *European respiratory journal*, 56(3).
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). COVID-19 rapid guideline: managing COVID-19. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022.
3. Ting, R., Edmonds, P., Higginson, I. J., & Sleeman, K. E. (2020). Palliative care for patients with severe covid-19. *BMJ*, 370.
4. 呂立 (2022) 〈兒童心肺復甦術特殊考量〉,《*新型冠狀病毒(2019-nCoV)感染 兒科重症照護的特殊考量*, 第三版》, 第 63-71 頁, 台北市:臺灣兒科醫學會 兒童重症醫學次專科委員會。
5. NHS. (2020). Caring for people who are dying and those close to them amidst COVID-19 visiting restrictions: Things to consider for health and social care professionals. <http://www.sad.scot.nhs.uk/support-around-death-news/2020/may/caring-for-people-who-are-dying-and-those-close-to-them-amidst-covid-19-visiting-restrictions/>
6. Hauer JM. Treating dyspnea with morphine sulfate in nonverbal children with neurological impairment. *Pediatr Pulmonol*. 2015 Apr;50(4):E9-12.
7. Currow DC, Abernethy AP. Pharmacological management of dyspnoea. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2007 Aug;1(2):96-101.
8. Afolabi TM, Nahata MC, Pai V. Nebulized opioids for the palliation of dyspnea in terminally ill patients. *Am J Health Syst Pharm*. 2017 Jul 15;74(14):1053-1061.
9. 台灣安寧緩和醫學學會 (2020) 〈第二篇 兒童安寧緩和醫療介入三階段 第三章 第三階段-臨終照護 第四節 哀傷撫慰支持〉,《*臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊*》, 第 73-74 頁, 台北市:衛生福利部國民健康署。
10. 《醫療機構因應 COVID-19 感染管制措施指引 111/6/6 修訂》, 第 15-16 頁, 台北市:衛生福利部疾病管制署。
11. 蔡婉宣、林杜凌、賴珮芳、柯靜芬、劉碧隆、王功錦。2020 年臺灣首例嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)死亡個案遺體處理報告。疫情報導 2022 年 2 月; 38 (3): 25-19。

12. The Bereavement Charter Development Group. (2020). A Bereavement Charter for Children and Adults in Scotland: Guidance Notes. [http:// scottishcare.org/wp-content/uploads/2021/01/NESD1377-Bereavement-Charter-PRINT-V2.pdf](http://scottishcare.org/wp-content/uploads/2021/01/NESD1377-Bereavement-Charter-PRINT-V2.pdf) (scottishcare.org)
13. 台灣安寧緩和醫學學會 (2020) 〈第二篇 兒童安寧緩和醫療介入三階段 第三章 第三階段-臨終照護 第四節 哀傷撫慰支持〉，《臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊》，第 70-74 頁，台北市：衛生福利部國民健康署。
14. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361-1367.
15. Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*. 2017;359:j4891.
16. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med*. 2007;356(5):469-478.
17. Carson SS, Cox CE, Wallenstein S, et al. Effect of Palliative Care-Led Meetings for Families of Patients With Chronic Critical Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016;316(1):51-62.
18. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-311.
19. Wu YR, Chou TJ, Wang YJ, et al. Smartphone-Enabled, Telehealth-Based Family Conferences in Palliative Care During the COVID-19 Pandemic: Pilot Observational Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;8(10):e22069.
20. Academy of Communication in Healthcare, 2021. Covid-19: video quick tips to connect. <http://www.achonline.org/Telehealth> . Accessed June 26, 2021.
21. American Medical Association, 2021. : Telehealth quick guide <https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/ama-telehealth-quick-guide> . Accessed June 26, 2021.
22. NEJM Group, 2021. Fostering Human Connection in the Covid-19 Virtual Health Care Realm. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0166> .
23. Bettini EA. COVID-19 Pandemic Restrictions and the Use of Technology for Pediatric Palliative Care in the Acute Care Setting. *J Hosp Palliat Nurs*. 2020 Dec;22(6):432-434

24. Grigoletto V, Nardin B, Taucar V, Barbi E, De Zen L. The ongoing impact of Covid-19 pandemic on children with medical complexity: the experience of an Italian pediatric palliative care network. *Ital J Pediatr*. 2022 Jan 18;48(1)
25. Lang F, Floyd MR, Beine KL. Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening. *Arch Fam Med*. 2000;9(3):222-227.
26. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, et al. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract*. 2009;59(558):29-36.
27. Gray NA, Back AL. Covid-19 communication aids. *BMJ*. 2020;369:m2255.
28. 台灣安寧緩和醫學學會 (2020) 〈第二篇 兒童安寧緩和醫療介入三階段 第一章 第一階段-初始介入 第一節 高風險情境出現，告知壞消息與溝通〉，《臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊》，第 12-20 頁，台北市：衛生福利部國民健康署。
29. 國立成功大學醫學院附設醫院安寧緩和共同照護中心安寧居家醫療因應嚴重特殊傳染性肺炎感染管制作業標準書(2022.05.20)



本建議內容版權所有，請尊重智慧財產權
若需引用，須經作者及本會授權同意，並註明出處及原作者

編著 | 台灣安寧緩和醫學學會
會址 | 100 台北市林森南路 142 號 6 樓
電話 | (02)2322 5320
傳真 | (02)2356 9476
網址 | www.hospicemed.org.tw