

【病例報告】

運用安寧療護協助一位呼吸器依賴病人 走完生命末期歷程

邱麗芳¹ 曾琇鈴² 黎瑞萍¹ 王寧道¹ 洪宗杰¹

摘要

急重症病人在獲得良好的醫療照護後，病情穩定使用呼吸器者得以延長生命，但其中有 31% 無法順利脫離而成爲呼吸器依賴患者。此類病人的預後並不理想，除了高住院率和高死亡率之外，生活自理能力逐漸降低、生活品質差，產生憂鬱、焦慮和低自尊等心理問題，甚至意識不清、肢體無法活動且僵硬，生活功能完全依賴照顧者；此外，冗長的住院天數造成醫療成本的消耗，同時也造成主要照顧者和家屬長期的經濟和身、心、社會壓力。本文爲一呼吸器依賴之末期老人痴呆患者，經引用安寧療護條例的觀念，並積極給予氣道衛生處置和漸進性呼吸訓練，在最佳狀態時給予拔管脫離呼吸器，協助病人成功脫離呼吸器一段時日。在與家屬溝通後取得一致同意，之後再次發生呼吸衰竭時，便援引家屬簽署之「不施行心肺復甦同意書」，不再插管使用呼吸器，使病人得以善終，減輕病人和家屬的不必要的痛苦和負擔。期待此個案分享，對於日後照護此類病人有所幫助，且有助於安寧觀念的推廣。

(安寧療護 2011 : 16 : 2 : 228-239)

關鍵詞：呼吸器依賴、脫離呼吸器、安寧條例、安寧療護

¹財團法人為恭紀念醫院胸腔內科 ²和松居家護理所

通訊作者：邱麗芳

地址：苗栗縣頭份鎮信義路 128 號 為恭紀念醫院 呼吸治療科

電話：037-676811*88829 0983643702

E-mail：fionachiu0826@gmail.com

前言

隨著醫學的進步，許多慢性病雖無法治癒但得以獲得控制，於是產生許多呼吸器依賴之病患，加上中央健保局於 2000 年推行呼吸器整合照護計畫，使得呼吸器依賴病患能得到即時的照護與補助而延續生命。當病人於疾病急性期發生呼吸衰竭而接受插管使用呼吸器後，會先入住到加護病房(intensive care unit, 簡稱 ICU)接受照護，在病況改善後給予呼吸訓練拔管，若能連續自呼不使用呼吸器超過 72 小時，則定義為脫離成功；但若使用呼吸器每日大於六小時，連續使用超過 21 天仍無法脫離，即被稱為呼吸器依賴病患。此時若無器官系統不穩定、外科術後二周內需因相同原因開刀或氧氣狀況不穩定之情況，病人則需由 ICU 轉至呼吸照護中心(respiratory care center, 簡稱 RCC)，此單位適合病情穩定之病人，且主要目標為積極訓練呼吸器之脫離，在 RCC 可入住的 42 天期間若仍無法脫離者則需轉至呼吸照護病房(respiratory care ward, 簡稱 RCW)，或是評估病患家庭的環境、人力因素、主要照護者能力許可後，也可建議居家呼吸器照護。而有些呼吸器依賴病患介於可脫離呼吸器之邊緣，拔管可能成功，但也可能造成立即性或可預期的呼吸衰竭而威脅生命，導致醫師不願意冒風險拔管，使得病

患只能長期依賴呼吸器維生，直到發生合併症或器官衰竭才終了一生，而這段期間的延命是否有意義仍可待商榷⁽¹⁾。

目前依照安寧照護條例規定，若無病患意識清醒時所填之「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，只有家屬之「不施行心肺復甦同意書」，仍須由臨床上兩位醫師診斷為末期病程，再經醫院倫理委員會同意才可以撤除維生設備，但實際上此程序乃窒礙難行；且大部分呼吸器依賴病患為長期臥床，其意識狀態、活動能力、生活自理能力日漸退化喪失，因此常無法表達其接受安寧治療的意願，而家屬代為決定又面臨親情與罪惡感之間抉擇的兩難⁽²⁻⁴⁾。

此時若能在臨床上儘可能治療病患疾病至穩定狀態，並給予漸進式呼吸訓練，評估在最佳狀態時給予拔管脫離呼吸器，然因潛在疾病狀態，雖預期將來仍會有呼吸衰竭之再次發生，屆時則在有家屬的「不施行心肺復甦術同意書」之情況下便不再插管，同時可在拔管後接受安寧療護，於生命的末期，維護病患的生命品質和尊嚴，協助其安然地走完人生。

材料與方法

在接受插管使用呼吸器病人的當中，大部分在急性疾病治療後或外科手術後病況穩定即可成功拔管脫離呼吸器，少部分

因慢性疾病因素或不可逆的器官衰竭則需終生依賴呼吸器；但除了上述兩種情況之外，仍有一部分病人是介於可脫離呼吸器之邊緣，拔管後可成功一段時日，但因疾病因素可能有再次呼吸衰竭的可能性，在臨床上是否嘗試拔管成功脫離或是成爲呼吸器依賴患者，可能因醫護團隊的評估和家屬的意見，而產生兩極化的結果。本文之個案即是介於此灰色地帶，在給予臨床積極處置、考量病人病情及生活品質與尊重家屬心意之後，選擇對病患和家屬都最好的處置方式，有一圓滿的結果，因此選擇此案例與大家分享。

個案介紹

個案爲一 92 歲、男性之老年癱瘓病患，過去病史爲 94 年水腦做過腦室-腹腔分流術 (ventriculo-peritoneal shunt；V-P shunt)、高血壓未規則服藥控制、膽結石等。99 年因進食容易噎到，導致吸入性肺炎住院三次，99/10/14 又因吸入性肺炎導致呼吸衰竭插管並使用呼吸器，在加護病房(intensive care unit，簡稱 ICU)期間經治療病情改善後給予呼吸器脫離訓練，最多可訓練至以 T 型管(T-piece)自行呼吸七小時，不過因咳痰功能差，醫師評估拔管後可能因痰咳不出而必須再插管，於是不願意替病人拔管，建議做氣切手術，但家屬

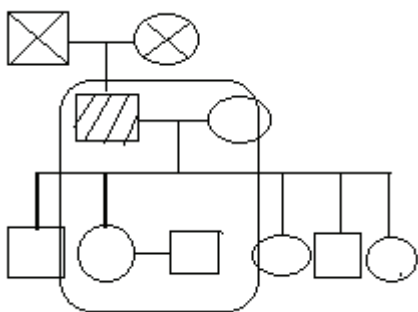
不忍病患受苦便拒絕並轉到呼吸照護病房(respiratory care ward，簡稱 RCW)繼續照護，約一個月後因不捨個案在外留置而轉介居家照護。於居家照護期間由呼吸治療師(respiratory therapist，簡稱 RT)予以間歇式呼吸訓練，家屬並積極給予紅外燈照射、生機飲食、精油按摩等輔助療法。

由於病患爲 92 歲高齡老人癱瘓症患者，在呼吸器依賴後身體更是日漸虛弱、嗜睡，又因插管無法由口表達語意，有時僅能以簡單點頭搖頭或眨眼示意，生活功能完全退化至需人照料，毫無生活品質可言，家屬不忍看病患長期插管使用呼吸器受苦，於是要求居家 RT 協助拔管，若病情變差則不再插回；家屬表示病患於生前曾表達病危時不想插管或急救之心意，但當時並未簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，故依當時法律規定，雖有家屬之「不施行心肺復甦同意書」，於插管後亦不可撤除。但居家 RT 評估後認爲病患呼吸功能尚可，唯咳嗽功能較差，於家中拔管較不妥當，於是轉介到本院 ICU，此胸腔科主治醫師同時也是安寧病房主任，評估過後認爲病患有機會脫離呼吸器拔管，於加護病房照護時給予化痰藥、胸腔物理治療、呼吸器脫離訓練等，在積極解決氣道衛生與防範吸入性損傷後，於第三天評估病情穩定予以拔管脫離呼吸器成功，呼吸型態及生命徵象平穩；但考量此病人之高齡和疾

病因素，未來仍有發生呼吸衰竭之可能性，於是與家屬充分溝通後告知未來病情可能的變化，家屬可接受並簽署了「不施行心肺復甦同意書」。在給予加強照護注意事項及灌食技巧衛教後，隔日出院回家照顧，順利解決了困境。

直到兩個多月後，病患因意識狀況變差、發高燒再度住院治療，經檢查為吸入性肺炎及雙側硬腦膜下出血，會診神經外科醫師建議開刀，但家屬擔心全身麻醉手術後無法順利移除人工氣管內管(endotracheal tube, 簡稱 ET tube)，故拒絕開刀，於普通病房接受安寧照護與治療，最後病患於住院 10 日後因呼吸衰竭、心跳停止而辭世。

此個案育有二子三女，平時與案妻及二女兒一家同住，且其為主要照顧者和決策者。個案之家族樹如下圖：



文獻查證

呼吸器依賴

流行病學及治療現況

美國健康照護財政局(Health Care Financing Administration)將長期呼吸器依賴病人定義為：每天使用呼吸器至少 6 小時，且需連續使用超過 21 天。研究顯示脫離呼吸器的失敗率高達 26-42%(平均 31.2%)、死亡率約 27%，又吸入性肺炎常造成呼吸器脫離失敗且合併有高的致死率。長期呼吸器依賴無法脫離的原因，經常是潛在性的病因沒有解決或合併有其他器官功能缺損、心理問題等。依照 2004 年一項南台灣的研究發現，病患成為呼吸器依賴的平均年齡為 71.2 歲，男性占 53%，轉入時的疾病類別有：肺炎及慢性肺疾(45%)、外科術後(24%)、敗血症(13%)、腫瘤(7%)、心血管疾病(6%)及腦血管疾病(5%)；與病理生理學相關者：呼吸負荷、心臟負荷、神經肌肉的能力、神經肌肉異常的重症疾病、神經心理學因素、代謝與內分泌疾病；一般而言台灣地區的呼吸器依賴患者特徵是走向老年化及具有多重慢性病的族群^(2, 5-6)。

根據統計顯示，有 38% 以上的使用呼吸器合併鼻胃管灌食病人，會發生口咽分泌物或胃容物的吸入，若發展成吸入性肺炎則有 30-60% 之死亡率，且反覆的吸入性肺炎也是造成患者呼吸衰竭接受插管、進出加護病房或是呼吸器脫離失敗的原因之一；故 2008 年本團隊有一研究係針對 RCW

呼吸器依賴患者，探討「改良式低容積間歇性鼻胃管灌食法」對於預防肺吸入之成效，即將每次灌食量由傳統方式的250-300ml，改成先灌100-150ml，隔30分鐘後再將剩下的100-150ml灌入，由於高齡且長期臥床之病人胃容量較小，約降低至120-150ml，傳統的鼻胃管灌食容易造成灌食過量而增加腸胃負荷，甚至瞬間反噎而導致肺吸入；而此研究的結果雖未達統計意義，但仍顯示低容積間歇灌食法的反噎發生率較低、腸胃耐受力較佳、胃吸收力較高、腹脹現象與暫停灌食比例較低，因此有預防及減少吸入性肺炎之趨勢⁽⁷⁾。

有研究顯示，RCC之病患當有較低的APACHI分數(入住ICU時)、較高的白蛋白數值(albumin)和PaO₂/FiO₂比值時，成功脫離呼吸器的機率較高。而RCC病患約有40%可以脫離呼吸器，其餘的60%呼吸器依賴患者則需下轉RCW或居家照護，此階段的目標不再是脫離呼吸器，而是如何維持病患較佳的生活品質，並且要關注到家屬的經濟負擔及心理調適層面⁽⁶⁾。

呼吸器依賴患者的身心狀態及生活品質

此類呼吸器依賴患者多數為臥床且依賴著呼吸器維生，其意識狀態、活動能力、生活自理能力日漸退化喪失，因此常合併有低自尊、高度憂鬱和焦慮等心理問題，同時因長期與社會隔離、行動受限而嚴重影響生活品質⁽¹⁾。

而根據研究顯示，呼吸器依賴病患的生活功能獨立性很差。國外學者曾以65歲以上使用呼吸器兩個月以上的病患為對象，初期在SF-36之身體生理功能平均得分為30，兩個月後降為0。初期的身體範疇平均得分為29、心智範疇為53。但病患兩個月後多無法測量此兩大範疇，主要係因病情變差，神智不清而無法接受測試⁽⁸⁾。

家屬之經濟、身心壓力與負荷

在呼吸器依賴病患的下轉機構中，一研究以RCW和居家照護比較，結果顯示：RCW的照護總成本較高，呼吸道感染次數也較高，但仍低於ICU或RCC之個案；不過優點是RCW因有呼吸照護專業團隊之照顧，病患之迴轉次數較低，病患或家屬在身體、心理、社會三層面均具有較高之滿意度⁽⁹⁻¹⁰⁾。

在病患家屬的壓力和負擔方面，一研究以台灣中部至北部居家呼吸照護機構為研究對象，結果發現：1. 呼吸器依賴以男性略多於女性，近六成個案並無任何社會資源的補助；2. 呼吸器依賴病患之主要照顧者的負荷，以財務負荷為最明顯，其次是生理、社會、心理之負荷⁽¹¹⁾。

呼吸器依賴患者的醫療成本與現況

長期呼吸器依賴病患會造成醫療資源與成本增加，依照2008年國民醫療保健支出之統計，佔全國國內生產總值(Gross Domestic Product, 簡稱GDP)6%左右，其

中個人醫療照護服務支出有 6001 億元，較 85 年 3165 億元成長 89.6%，以疾病別來看呼吸系統疾病佔 12.8%，其中大約三成費用使用於呼吸器依賴患者。故儘早整體性評估病人的身體準備度，確認病人生理問題及心理問題，提供適當的醫護措施，可有助於此類病人儘早脫離呼吸器，除了去除病患插管的不適和行動受限的痛苦外，也能減輕家屬的壓力和負擔，同時也可以降低醫療成本的消耗⁽⁶⁾。

安寧療護觀念之導入

安寧照護的法律層面

在適用對象上，我國安寧緩和條例將「末期病人」界定為「罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且醫學上有證據，近期內病程進行至死亡不可避免者」。依據安寧緩和條例第七條規定(2010 年 01 月 26 日修訂)：「不施行心肺復甦術」，應符合下列規定^(12-13, 18)：

1. 應由二位醫師診斷確定為末期病人。
2. 應有意願人簽署之意願書。

末期病人符合第 1 項、第 2 項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。

第四項第一款至第三款之親屬一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術同意書，並經該醫療機構之醫學倫理委員會審查通過後，予以終止或撤除心肺復甦術。

此病人於生病前曾表達病危時不想插管或急救之心意，但當時並未簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，故依當時法律規定，雖有家屬之「不施行心肺復甦術同意書」，於插管後亦不可撤除。但經由適當治療與呼吸訓練後，此病人之情況是有機會拔管成功脫離呼吸器的，故若能在最佳狀態時給予拔管，雖因潛在疾病狀態，預期將來仍會有呼吸衰竭之再次發生，屆時則在有家屬的「不施行心肺復甦術同意書」之情況下便不再插管，同時可在拔管後接受安寧療護，於生命的末期，維護病患的生命品質和尊嚴，協助其安然地走完人生。

安寧共同照護的推廣

世界衛生組織對安寧療護的定義是指照護威脅生命疾病的病人，目的是為提升病人及其家屬的生活品質，並未限定「癌症末期病患」才有接受安寧療護的需要，「非癌症重症末期病患」也有相同的需求⁽¹⁹⁾，因此為維持人之尊嚴，尊重每一個人都有權利依照自己的意願與需求，於生命的末期選擇在安寧緩和醫療的照顧下，有尊嚴地離開人世。

安寧共照的收案對象，主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者：

1. 老年期及初老期器質性精神病態
2. 其他大腦變質
3. 心臟衰竭
4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者

5. 肺部其他疾病
6. 慢性肝病及肝硬化
7. 急性腎衰竭，未明示者
8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本案例為老年癡呆患者末期，符合第一項診斷，並於拔管脫離呼吸器後，於普通病房接受安寧共同照護。

安寧照護的倫理層面

依照 Jonsen & Siegler 提出的臨床倫理議題思辨四象限評估，再針對此呼吸器依賴個案做以下討論⁽¹⁴⁻¹⁵⁾：

1. 象限一：醫療因素考量（行善與不傷害原則）

個案為 92 歲高齡男性病患，因腦部水腫於五年前放置腦室-腹腔引流管(V-P shunt)，之後生理功能和意識狀態便每況愈下，因吞嚥功能退化而易噎到，導致吸入性肺炎而多次住院治療。此次因呼吸衰竭插管後脫離困難，呼吸器依賴由 RCW 轉回居家照護，病情進展至不可逆，家屬不忍看病患受苦，於是轉介至本院是希望能「脫離呼吸器」，照護團隊須先釐清家屬為什麼要脫離？給予可能影響脫離因素的評估及改善後，尊重個案及家屬的決定，模擬脫離後的可能結果、照顧問題並擬定配套措施。

2. 象限二：病人意象考量（尊重自主原則）
個案的意識狀態大部分為嗜睡(E3M4Ve)，偶而對家屬叫喚可睜眼點頭反應，但無法清楚表達意願，身體因長期臥床而日漸虛

弱，無法自由活動。家屬表示病患先前於意識清楚時，曾表達病危時不想插管或急救之心意，但當時並未簽署意願書；而個案有二子三女，平時與案妻及二女兒一家同住，且其主要決策者。兩人均不忍個案再插管受苦，希望能儘早脫離呼吸器和拔管。

3. 象限三：生命品質考量（行善、不傷害與自主原則）

病患因年紀大、腦部手術後且罹患老年癡呆症，生理功能及意識狀態日漸退化，又因多次吸入性肺炎插管導致呼吸器依賴，病情進展至不可逆，且日常生活功能完全依賴家人照顧。在臥床無法活動、意識不清之情況下，毫無生活品質，同時也是家屬長期的經濟和身心負擔。故脫離呼吸器對個案和家屬而言都是一種解脫，得以有尊嚴的走完人生最後一程；對家屬更能減輕照顧及經濟上的負擔；依據安寧緩和照護模式，讓個案及家屬都能得到身心上的平安。

4. 象限四：社會脈絡或其他情境考量（守信與公平正義原則）

若臨床評估病人有機會脫離呼吸器，便應積極幫助病患治療疾病至穩定狀態時拔管，之後呼吸衰竭則依家屬的「不施行心肺復甦同意書」不再插回，使之安然地走完餘生。此決策過程不僅僅是臨床上的治療處置很重要，同時醫護人員須有安寧療

護的觀念，和家屬充分地溝通，協助其減少末期病程的痛苦，獲得心靈的安適。

安寧照護的情感層面

呼吸器依賴病患通常因太虛弱或意識不清，而無法參與是否撤除維生設備等醫療決定，因此決定權通常落在家屬身上，要下這樣的決定對家屬和醫療團隊而言壓力是相當龐大的，以致於家屬與醫療團隊間常有意見分歧、衝突或罪惡感的產生^(2,12,16)。

本個案的意識狀態不清，在脫離呼吸器前醫療團隊先和案妻、女兒充分溝通，解釋拔管後可能的結果，並評估家屬的心理準備程度，包含面對可能死亡的態度和想法，並鼓勵多陪伴個案，在多次確認其心意後，盡可能處理氣道衛生下，給予拔管脫離呼吸器，並讓女兒和案妻都陪伴在床邊。拔管後患者呼吸次數介於每分鐘25~30次之間，呼吸型態尚顯平順，但咳痰功能差，仍需不定時抽痰。女兒及案妻看見病患順利拔除人工氣管內管(endotracheal tube)，感覺病患終於可以減輕痛苦，心情較為舒坦欣慰，也對後續病情發展有心理準備，於是給予加強照護和灌食技巧衛教後，隔天便辦理出院返家照顧。呼吸器依賴病患因長期行動受限，生活功能退化至完全依賴他人，除了住院之外多待在家中而與社會隔離，而病情的起伏、多次住出院也造成照顧者和家庭

的沉重壓力。針對此類病患，安寧療護的及早介入或許能對患者身心靈和家庭有所幫助。但家屬在作此決定時，心裡也常會有掙扎、不捨、罪惡感等情緒，故此時醫護人員應適時引導其說出內心想法和感受，並給予充分的支持、解釋和協助溝通。

討論與建議

導入安寧觀念的脫離呼吸器程序

綜合關之文獻資料與個案臨床撤除情形討論如下^(2,13,15-16)：

1. 脫離呼吸器前：

- (1) 和病人及家屬討論確定脫離呼吸器的決定，盡可能說清楚目前疾病的狀況，以及未來可能的變化和結果。
- (2) 團隊成員討論有關脫離呼吸器的計畫及流程，並依病患情況隨時調整更新照護計畫。
- (3) 向病人及家屬解釋呼吸器脫離的整個過程並討論使用藥物的情況。脫離的過程中家屬是否在場？如果在場，則需向其解釋在脫離過程中病人可能的狀況；如果不會在場，需有可聯絡電話，以及做好通知病人情況改變的規劃。
- (4) 醫療團隊必須多花時間陪伴病患及家屬，適時給予支持和解釋，協助面對可能死亡的心理準備，用心聆聽其感受，並鼓勵病患及家屬把握現在在

起的時光。

2.脫離呼吸器時

- (1)必須在病患及家屬身心均達充分準備度後執行。
- (2)前一天晚上停止經由腸道的餵食；依照病人及家屬的需求協助佈置環境。
- (3)當天可安排先梳洗、更衣、化妝等，醫療團隊成員：醫師、護理師、呼吸治療師、心理師、宗教師、社工師都可待在病床旁。
- (4)注意病人反應，依照病人的意願選擇適當的藥物與劑量；使用 opioid 類藥物緩解疼痛和喘的情況；需鎮靜時可以給予適量 benzodiazepine 類藥物。

3.脫離呼吸器後

- (1)留給病人與家屬一段私人的時間，並給予家屬適當的情感支持，提供處理哀慟資源的資訊及後續追蹤哀傷輔導。
- (2)當病人往生後，協助遺體護理及葬儀事宜；如果病人情況穩定與家屬討論進一步的處置方向，如此才能協助病人及家屬得到善終。
- (3)安排時間聽取團隊成員照護過程的感受。

由於呼吸器依賴患者多為高齡且長期臥床、意識不清、全身虛弱無力，插管後氣道保護防禦功能缺損、腸胃功能變差而容易因灌食過量導致吸入性氣道損傷甚或

肺炎，故臨床上此類病患在鼻胃管灌食時，建議採用「改良式低容積間歇性鼻胃管灌食」，可以預防反覆肺吸入造成之氣道損傷、肺炎，甚或呼吸器依賴之情況⁽⁷⁾。

在醫療進步的今天，要延長生命比接受死亡還要容易的多。儘管病人已幾近於死亡，多數醫師仍對於撤除維生治療有所保留，這或許是因此做法與原本接受的醫學訓練，以持續積極治療疾病為目標相違背，且撤除維生治療可能造成病人立即的死亡而造成家屬的誤解及法律問題等有關。在介於可脫離呼吸器邊緣的病人，醫療團隊應考量病人病況及生活品質、家屬的意見與想法，儘可能協助其脫離呼吸器拔管，或是選擇適當的後續照護方式。而傳統的醫學教育只教授生、老、病而獨缺面對「死亡」的態度，因此，醫療人員面對生命結束會視為醫療的失敗而非生命的自然現象。故在國外已成為一門醫學專業的「安寧療護」教育及「死亡教育」，在台灣的醫療環境仍未普及及完備，故針對醫護人員培養安寧的知識、技術、及態度，在未來仍是我們需要努力的方向^(12,17)。

此病人很幸運地能依呼吸器脫離過程，成功脫離呼吸器拔管，同時醫療團隊在充分地與家屬溝通，導入安寧療護觀念後，經過兩個月後病人發生肺吸入及雙側硬腦膜下出血時，於一般病房採安寧共照方式照護至病患安詳離世，家屬心安了無

遺憾，醫療團隊亦感尊重病患及家屬的決定，圓滿祥和地結束整個照護過程。在此個案身上成功落實了四全的照顧，令整個醫療團隊感到欣慰並獲得繼續努力的動力。

結論

呼吸器依賴之病患，通常是因為慢性心肺疾病、腦部或重大手術後、肌肉神經疾病等因素所造成，此時期疾病通常已治療至慢性不可逆狀態，呼吸器脫離的機會也大為降低，故此時除了給予適當疾病處置，避免灌食導致的肺吸入之外，重點應轉移至評估病患的意識狀態及生活品質，以及家屬的經濟及身心負荷，並適時導入安寧療護的理念，期望能提供病患適當之照護品質、家屬之身心靈安適，並達到合理醫療成本控制之目標。

參考資料

1. 王玉玲、吳杰亮。呼吸器依賴患者之死亡率、生活品質、生活功能與醫療資源消耗初探—以中部某醫學中心為例。台灣呼吸治療雜誌 2008;7(2):79。
2. 賴怡樺、施富金。成功脫離呼吸器之影響因素與護理。榮總護理 2009;26(4):382-7。
3. 鄭玉惠。協助一位使用呼吸器的居家病患脫離呼吸器之照護經驗。長期照護雜誌 2007;11(2):200-10。
4. 張惠如、邱月秋、高本蓉、李玉秀。提升病患成功脫離呼吸器之專案改善。長庚護理 2009;20(4):471-84。
5. 陳長宏、林偉傑、李政宏等。轉入呼吸照護中心病人呼吸器脫離成功之決定因子。胸腔醫學 2004;19:236-42。
6. 古世基、余忠仁。台灣地區呼吸器依賴患者醫療體系及病患照護之回顧。台灣重症醫學 2010;11:25-31。
7. 黎瑞萍、陳美方、沈建業、王寧道、洪宗杰。使用呼吸器時改良式低容積間歇性鼻胃管灌食對預防肺吸入的成效。台灣呼吸治療雜誌 2008;7(2):21-31。
8. 江玲玲、吳清平、王儷穎、吳英黛。呼吸器依賴患者的生活功能及生活品質。物理治療 2004;29(1):40-7。
9. 李麗琴、盧美秀、張文英、湯澡薰、吳子卿。比較呼吸照護病房與居家照護對長期呼吸器依賴病患之成效。台灣醫學雜誌 2002;6:514-22。
10. 陳慧秦、鄭文輝、林孟志。由家屬的角度探討長期呼吸器依賴患者的照護問題。呼吸治療 2008;7(2):1-19。
11. 黃卓禕、李世代、張宏哲、江玲玲、李俊年。居家呼吸器依賴病患與主要照顧者負荷之初探。台灣呼吸治療雜誌

- 2008;7(1):1-14。
12. 陳婉青、蔡佩渝、蘇育德。協助末期慢性阻塞性肺部疾病患者撤除呼吸器：一個案報告。安寧療護雜誌 2008;13(1):101-10。
 13. 周希誠、王慧宜、林靜頤等。安寧療護之撤除癌症末期病患呼吸器。中山醫學雜誌 2004;15:213-7。
 14. 呂映瑾、陳冠廷。漸凍人呼吸器之撤除：一個案報告。安寧療護 2009;14(1):70-9。
 15. 林靜芳、王浴。協助漸凍人撤除呼吸器之護理經驗：一個案報告。安寧療護雜誌 2010;15(2):229-39。
 16. 黃惠美、陳孟君、翁益強。癌症末期病人成功脫離非侵襲性正壓呼吸器之照護經驗。安寧療護 2006;11(1):52-8。
 17. 盧璧珍。安寧療護理念融入非安寧病房癌末病人照護之探討。國立空中大學生活科學系學報 2007;11:245-64。
 18. 台灣安寧照顧協會。安寧緩和醫療條例。2011年6月1日，取自 <http://www.tho.org.tw/>。
 19. 中央健保局。全民健康保險安寧共同照護試辦方案。2011年6月1日，取自 <http://www.nhi.gov.tw/Information/bbs>。

【Case Report】

Adopting Hospice Care to Help The Ventilator-Dependent Patients Pass Their End-Stage Course

Li-Fang Chiu¹ Hsiu-Ling Tseng² Jui-Ping Li¹ Ning-Tao Wang¹ Tsung-Chieh Hung¹

ABSTRACT

As the advance in medical technology, critical patients with ventilator-support after good medical care, have become stable and are able to prolong their survival; but there is still an average of 31% critical patients could not be weaned and become long-term ventilator-dependent patients.

The prognosis of ventilator-dependent patients is not ideal. There is a high rate of hospitalization and mortality for them, and decreased daily activities resulting in poor quality of life. As well as the majority of those patients will have depression, anxiety, low self-esteem and other psychological problems, and even unconsciousness, their limbs are rigid and physical activity are totally dependent. Moreover, the long hospital staying consumes many health care resources, but also results in economic, physical, psychological and social stresses on caregivers and families.

Some of the patients have the chance of weaning from ventilators, but there are still risks of respiratory failure if extubated. If we help the patient to wean from ventilator in best condition, and then adopt the concept of hospice care opportunely, it can help these patients to reduce unnecessary suffering, but also their families the economic and multilateral loading, and even pass away with dignity and quality of life.

We would like to introduce a case of end-stage senile dementia who had long-term intubated with ventilator support, after giving management of the airway hygiene and respiratory training, we tried to extubate, then the patient was weaned from ventilator successfully for 2 months. We also got an identical agreement with his family members, about the “DNR”(Do Not Resuscitate) consent on the recurrence of respiratory failure for the patient. Therefore, the patient could be pass away naturally and peacefully, and his families could be relieved from much unnecessary suffering and burden. We shared this case for caring this kind of patients and promoting the concept of hospice care in the future.

(Taiwan J Hosp Palliat Care 2011 ; 16 : 2 : 228-239)

Key Words : ventilator dependence, weaning, hospice regulations, hospice care

¹ Department of Chest Medicine, Foundation of Wei-Gong Memorial Hospital

² Ho-Song Home Nursing