

## 中風病人的安寧介入

文/家庭醫學科 陳宜慶 主治醫師  
緩和醫學科 周希誠 主 任

資料顯示，2011年接受安寧療護的非癌症病人僅412人，只佔0.4%，顯示推廣非癌症的末期患者要接受安寧療護還有很長的一段路要走。

根據衛生福利部的統計，腦血管病變是2017年國人的第四大死因。統計指出除基底動脈中風的病人外，住院中風病人的死亡率約為55%，30天內死亡率為58%，1-2年之死亡率為68%。即使有如此高的死亡率，中風病患接受安寧療護的比例卻是不成比例的低。因中風不僅發病快速，中風的嚴重程度又因出血或梗塞的面積及位置而有所不同，往往讓人猝不及防，更遑論提前做好準備。

再者，中風的病患即使度過了急性期，接下來可能就要面臨長期照護的問題，根據研究顯示，推估國人一生中長照需求時間約7.3年。但在照護的過程中，往往會歷經許多病情起伏，不僅讓照顧者疲於奔命，也讓病人不斷的接受無效的醫療而徒增痛苦，實為雙輸的局面。因此，適時的安寧介入不但能夠提供病患及家屬更為人性化的照護，也能夠避免病患接受無效的醫療處置。



隨著社會風氣的改變，安寧緩和的概念愈發普及，民眾漸漸能夠接受生與死是人生的常態，並以較為開放的態度來面對這個議題。但在許多人的觀念中，多認為安寧療護服務對象是癌症末期的病患或即將面臨死亡的病人，然而對於非癌症的病患來說，因其病情的不確定性，在診斷初期甚至不容易跟末期兩字聯想在一起，不僅病患與家屬難以適從，醫療團隊也難以討論安寧療護的介入時機。

雖然健保署早在2009年就將八大非癌症末期疾病納入安寧療護給付範圍，但根據統計

至於該在何時介入呢？健保對於末期大腦變質的安寧緩和收案規定如下：

1. 末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不舒適時，如：電解值不平衡，急性疼痛、嚴重呼吸困難、惡性腸阻塞、嚴重嘔吐、疑似感染、癲癇發作、急性瞻妄或瀕死狀態。
2. 末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

但對於病患來說，若是真的等到疾病已然造成難以忍受的痛苦才開始考慮安寧照護的介入，顯然是不足夠的。因此若是能夠在開始出現不適的症狀時，讓安寧介入，對於病患及家屬就有比較充足的時間來面對及調適。舉例來說，若是中風使用導尿管的病患即使做了良好的清潔但還是因反覆泌尿道感染而住院；或是消化功能及吞嚥功能下降，無法攝取維持生命所需的營養時；或是疾病已經影響呼吸功能，無法有效咳痰造成反覆感染或是呼吸道的阻塞等，都是可以考慮安寧介入的時機。

安寧療護除了提供症狀的控制之外，更重要的是提供五全的服務，包括身心靈照護的全人服務，全家的身心靈照護，從疾病照護直至最後悲傷輔導的全程服務、包括醫師、護理師、社工師、心理師、宗教師以及志工等等的全團隊服務，以及包含居家安寧的全社區服務。

藉由安寧療護的介入，病患能夠得到更好的症狀控制以及各種專業的服務，並協助病患及家屬了解有效及無效醫療之意義，針對病患之狀況討論適合的治療方針，盡力避免受苦。對於嚴重中風又伴隨有許多併發症的病患來說，不啻是一個增進生活品質的好選擇。

