

急診安寧緩和 醫療指引

管仁澤 醫師
黃建程 醫師
張閔斌 醫師



CONTENTS

目錄

急診安寧緩和醫療指引

序

許建清 醫師

壹

急診安寧緩和醫療的
評估照護目標與溝通

01

管仁澤 醫師

貳

急診安寧緩和醫療的
處理與症狀控制

06

黃建程 醫師

參

末期疾病危機與
困難選擇議題

09

張閱斌 醫師



序言

隨著醫療技術的不斷進步和社會的高齡化，我們在急診面臨的挑戰也日益增加。其中，如何在急診環境中提供高品質的安寧緩和醫療服務，已成為我們醫療工作者不可忽視的重要課題。急診醫學的特點在於其高強度、高風險和高壓力，這使得在急診推行安寧緩和醫療尤為重要且具有挑戰性。

本指引《急診安寧緩和醫療指引》正是在這樣的背景下應運而生，旨在為急診醫療工作者提供一套完整且可操作的指導方針。本指引內容涵蓋了從病人評估、照護目標的設立到與病人及其家屬進行有效溝通等各個方面，充分考慮到了急診特有的環境與需求。

作為急診醫學會的理事長，我深知急診醫療工作者每天面臨的巨大壓力和挑戰。我們希望通過這本指引，能夠幫助大家在急診環境中更好地推行安寧緩和醫療，從而提高病人的生活質量，減輕病人及其家屬的痛苦。同時，也希望能夠促進急診與其他科室之間的合作，共同為病人提供最優質的醫療服務。

感謝所有參與本指引編寫的專家和醫療工作者，你們的努力和付出使這本指引成為可能。希望本指引能夠成為急診醫療工作者的重要參考資料，為我們共同的目標——提供優質的急診安寧緩和醫療服務，貢獻一份力量。

台灣急診醫學會理事長

許建清 醫師

2024.07.02

壹 急診安寧緩和醫療的 評估照護目標與溝通

管仁澤 醫師

前言 INTRODUCTION

1 緩和醫療照護整合進入急診室

急診部宜與安寧及緩和醫療團隊合作，建立出有效和簡單的執行措施，例如建立電子病歷中的自動觸發警示和轉介提示，促進緩和醫療的引入和轉介。

2 緩和醫療照護定義和原則

緩和醫療照護的執行範圍及其與安寧醫療的區別

「安寧照護」是對生命末期階段的病患提供緩和醫療照護，大多在病患預估壽命短於六或十二個月。重點是提供舒適而不是治癒疾病。

「緩和醫療照護」的目的是緩解有嚴重疾病的病患在所有疾病階段的不舒服，症狀、疼痛和壓力，無論其診斷如何，它並不限於在生命末期的照護。對於有嚴重疾病的病患，在任何年齡和任何嚴重疾病的進展到任何一個階段時間，緩和醫療照護都可以被適當的提供，也可以同時跟治癒、復原、跟延壽的治療一起。

次專科緩和醫療照護

但當病患有很困難處理的症狀、或複雜的心理社會病症、或病人家庭之間在治療或瀕死議題溝通有強大抵觸等，這將需要安寧緩和醫療專長人員。

A

評估，決定醫療照護的目標，照會安寧緩和醫療團隊

1

決定醫療照護的目標——識別出病患有緩和醫療照護或安寧醫療的需求

先評估預後及溝通

以「計畫最糟糕的情況但用好的期待」的態度進行討論。
評估預後時的項目：

現時疾病情況評估、與疾病專科的原意見或病歷紀錄

功能狀態評估

病人在進入急診室前的基本功能狀態將是此次的急病在介入醫療處置後結果的最佳預測因子。

問簡單問題，「病人日常的活動有需要協助嗎？」、「病人一天有多少時間是躺在床上呢？」。

或使用有預後預測價值的病人的功能狀態量表，如「緩和身體活動功能量表」(Palliative Performance Scale, PPS)。

臨床醫師對於病人預後的判斷

以「驚訝問題法」問自己「對這個病人在這幾個星期、或幾個月內死亡，或者是在這次住院內會死亡我會驚訝嗎？」。較常運用在癌症病患，但有些資料已在非癌病患例如心衰竭的病患展現出其用處來。

使用適當的話語討論病患的醫療照護目標

幫助病人說出自己的問題，使用「開放性問題法」來對話，引導出病患想要達到的目標。

要有面對不同文化的敏感度。

在急診室就開始的對話可能不會立即解決問題，但把在急診室進行「嚴重疾病」的討論作為是種「教育時刻」是有其意義的，為病患及其親人與其他臨床醫師的未來對話諸如照護上的選擇奠定基礎的準備。

迅速溝通醫療照護目標

將維持生命急救措施治療說明為是項「限時的治療嘗試」(time-limited trial)的選擇，看看治療是否符合照護目標。

或將維持生命治療描繪為「往康復的橋樑」，這暗示著維持生命治療並不意味著無限期的治療，是僅在病患將來有康復可能性時才是合適的。

可參考VitalTalk的指南，例如「REMAP- R重新定義、E預期情感、M描繪未來、A與價值觀一致、P符合價值的計劃」幫助討論。

與醫療代理決策者合作

當病患失去自己表達意願的能力或失去做出複雜醫療決定的能力

若患者已完成適當的文件，比如「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」或「預立醫療決定」(AD)，找到清楚的代理人。

如果患者沒有指定醫療代理人，則根據法規找到代理決策者。

一般原則提示

「替代判斷」的原則，代理人的角色是基於他們認為病患會想要怎樣的療護內容而做出治療決策。

表現對患者的尊重，可先詢問如下問題，如書面的預立意願書、患者之前的口頭陳述、以及有關病患其生活方式及偏好的信息，都可以讓代理人有時間考慮病患的意願，對做決定提供出有用的指引。

急診室中醫療照護程度的決定

當病患及其家人或其他決策者堅持要進行積極治療，但醫療端認為已不需要這樣的治療時，溝通應該更為謹慎，宜避免「拒絕」或是說治療「無效的」。

替代方案包括說明該治療「無適應」(當這種治療與良好的療護不一致時)，或者「無益處」(當這種治療不太可能達到期望的結果時)，或者「可能使病患感覺更糟」(當

這種治療造成的傷害大於好處時)。

在無法及時達成共識的情況、或如果尚無法提供緩和醫療時，急診醫師應默許仍於爭議的治療，策略是將進行的治療聲稱是「限時的治療嘗試」(time-limited trial)，允許親人有時間聚集，理解病患的狀況、並目睹到患者是處在未能康復、或無益治療的痛苦負擔中。

2

緩和醫療照護諮詢照會、安寧醫療轉介

緩和醫療照護在急診室的執行

何時在急診室啟動緩和醫療諮詢或照會

用篩檢工具可幫助決定是否有必要照會緩和醫療團隊。
舉例的篩檢的方式如下

STEP 1

評估需求

確認您的病患是否至少患有一種慢性且是生命有限的疾病

STEP 2

照會

如果病患至少有一種生命有限的疾病，並且具有以下一個或多個接續條件之一，請考慮進行安寧緩和醫療照會：

頻繁醫院求診。症狀未能受控制。功能下降。照護者對照護目標感到不確定或憂愁苦惱。「驚訝問題」：如果病患在12個月內或在此次住院期間死亡，您不會感到驚訝。預計病患會在急診室死亡。家人要求進行緩和醫療和/或安寧醫療。

SPICT(Supportive and Palliative Care Indicators Tools)

這是一個分兩階段評估病患健康惡化與死亡的風險的篩檢工具，可用來評估和辨識末期衰弱老人是否讓安寧緩和照護開始介入。甚或可應用於其他有嚴重慢性病的患者。

從急診室轉介至安寧醫療

病患希求的是進行將症狀緩解的支持性治療和保持生活品質，而不是延長生命。當病患不希望返回醫院，但要在家中進行藥物管理、症狀控制、日常活動和需調整協助時，安寧醫療就是最適合的。向緩和醫療照護團隊做諮詢照會。

B

溝通令人難以接受的消息 (Difficult news)

一般原則提示

- 醫師須細心接受對方訊息。
- 避免使用模糊的語言。避免使用醫學術語或過於冗長的狀態描述。
- 不要將任務委託給其他經驗不足的人。
- 在可能的情況下，避免突然或過早結束討論。宜讓病患或其親人有時間過濾與渡過、提問。護士或社工可陪同您提供支持。

在急診室傳遞壞消息 (bad news) 六步驟

先組織及準備好、病患知道甚麼？、病患還想知道多少？、告知訊息、對對象情緒的流露的反應、計劃下一步與追蹤。

舉例比較知名的模式如下，供給參考：

「SPIKES - Setting環境、Perception探詢知情、Invitation引導詢問、Knowledge知識與資訊提供、Empathize同理、Summary總結」模式。與上述步驟是搭配的。

對不向病患說壞消息的要求的回應

臨床醫師必須去平衡病人自主權的需求和尊重家人或其他親人的意願，也必須理解到「病人自主權利法」的基本理念是確保病人享有知情、選擇與決定的自主權利。

與剛過世病患的家人或親人會面

專為急診醫師開發的傳遞嚴重消息和死亡消息工具，「單字助記法」如下：

「GRIEV_ING - gather、resources、identity、educate、verify、give space、inquire、nuts and bolts、give」。

「ABCDE - Anticipate、Be aware of yourself and your surroundings、Conversation and concerns、Debrief and documentation、Ending the encounter」。這用於創傷病患的訊息告知。

在傳達死亡消息時，要認知到病患家庭和其親人是沒有時間去適應，有關死亡的消息是無法軟化的，而醫師應會使用到「死亡」的詞語「死亡了、瀕死、或已死亡」，這可能需要讓病患的親人心裡稍先準備，開頭時例如說：「我恐怕有一些壞消息」後才直接說出，而醫師也要有準備去應對家屬情緒的產生。

應對家屬強烈情緒的方式

「NURSE-Name面對說出對方情緒、Understanding理解情緒、Respect尊重對方、Support提出支持、Explore請告訴我更多」

通常，有社工或是宗教人員在場將有助於家屬的情緒處理、提供支持。

參考文獻

- 01 UpToDate : Palliative care for adults in the ED: Concepts, presenting complaints, and symptom management. Authers : Tammie E Quest, MD, Sangeeta Lamba, MD 【<https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-adults-in-the-ed-concepts-presenting-complaints-and-symptom-management>】
- 02 UpToDate : Palliative care for adults in the ED: Goals of care, communication, consultation, and patient death. Authers : Tammie E Quest, MD, Sangeeta Lamba, MD 【<https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-adults-in-the-ed-goals-of-care-communication-consultation-and-patient-death>】
- 03 EPEC-O Participant's Handbook, Module 7 Communicating Effectively; Emanuel LL, Ferris FD, von Gunten CF, Von Roenn J. EPEC-O: Education in Palliative and End-of-life Care for Oncology. © The EPEC Project,™ Chicago, IL, 2005
- 04 Therese Svarovsky, Having Difficult Conversations: The Advanced Practitioner's Role; J Adv Pract Oncol.2013 Jan-Feb; 4(1): 47–52.
- 05 New curriculum helps trauma docs communicate better with patients, by Sangeeta Lamba, MD, FEBRUARY 6, 2017
【<https://www.gold-foundation.org/newsroom/blog/new-curriculum-helps-trauma-docs-communicate-better-patients/>】
- 06 安寧緩和醫療-理論與實務 作者 台灣安寧緩和醫學學會/ 出版商合記，出版年代 2013
- 07 緩和醫療症狀舒緩指引(A Guide to Symptom Relief in Palliative Care, sixth edition) 譯者 王英偉 謝至鏗 / 出版商合記，出版年代 2015



貳 急診安寧緩和醫療的 處理與症狀控制

黃建程 醫師

A

急診評估及處置原則

- 1 病人中心的照顧**
 重點在於緩解病人的痛苦，同時給予病人及家屬全面的身心支持。
- 2 治療決策**
 根據病人狀態變化，評估是否需要進行心肺復甦術或維生治療。
- 3 溝通與協調**
 與病人的安寧緩和醫療團隊保持聯絡，確保急診治療符合病人的照護目標。
- 4 止痛管理**
 評估病人的疼痛程度，確保提供適當的止痛藥物和劑量。
- 5 避免侵入性治療**
 除非獲得病人家屬和安寧緩和醫療團隊的同意，否則儘量避免進行侵入性治療。
- 6 臨終關懷**
 當病人臨終之際，為病人和家屬提供一個私密空間，讓家屬能陪伴在側。
- 7 症狀管理**
 對於躁動或緊張症狀，提供藥物緩解，必要時給予氧氣支持。
- 8 後續規劃**
 與安寧緩和醫療團隊討論病人的後續治療方向。

對於末期疾病病人未接受安寧緩和醫療的情況，可與病人及家屬討論是否進行維生治療。在無法立即決定的情況下，可考慮限時醫療嘗試，以評估治療效果，並根據結果調整治療方針。

B

呼吸困難之處理

1

照護目標確定

首先確認病人的照護目標，這將引導後續的治療選擇。

2

評估可逆因素

探尋導致呼吸困難的可逆性原因，如缺氧、水腫、疼痛或貧血等，避免進行過多不必要的檢查。

3

藥物治療

類鴉片藥物是緩解呼吸困難的首選，通常以靜脈注射 morphine 1 mg 或口服 morphine 5mg 每小時開始。若症狀持續，可考慮加入苯二氮平類(benzodiazepines)藥物。此外，提供氧氣和使用電風扇吹臉部，可以提供額外的舒緩。

4

非侵入性通氣

在照護目標未明確前，非侵入性通氣如Bi-PAP可作為緩解急性症狀或過渡至安寧緩和醫療的選項。

5

針對可逆因素的治療

若呼吸困難原因為可逆性或可治療性，應考慮相應的治療，如胸腔穿刺引流術等，以減輕病人的症狀。

C

疼痛之處理

1

疼痛評估

疼痛是末期病患常見的問題，特別是在癌症患者中。重要的第一步是了解病人的疼痛歷史和當前使用的類鴉片藥品，以便適當調整劑量。

2

類鴉片藥品選擇

類鴉片藥物是治療急性疼痛的首選，尤其當病人已展現藥物耐受性。選擇藥品時，要考慮疼痛強度、目前止痛方案、肝腎功能狀態、可能的副作用，以及病人是否能夠吞嚥。

3

劑量和給藥方式

- Morphine：靜脈注射 1-3 mg，需要時每3-4小時重複。注意腎功能不全病人的特殊處理。
- Fentanyl：靜脈或皮下注射 25-100 mcg，適用於血流動力學不穩定病人。
- 口服劑型：Morphine, Oxycodone, Tramadol, 和 Codeine 皆可用於不同程度的疼痛控制。

4

處理突發性疼痛

對於已經使用類鴉片藥品的病人，處理其急性突發性疼痛 (breakthrough pain) 的方法是使用病人一天內類鴉片藥品總劑量的5-20%。

5

調整劑量

若疼痛持續或加重，根據疼痛的程度和病人對藥物的反應調整類鴉片藥品的劑量。

D

發燒及感染之處理

1

感染判斷

感染在末期病患中十分常見，其評估與處理應基於病人的照護目標及生命終末階段的預期。

2

治療決策

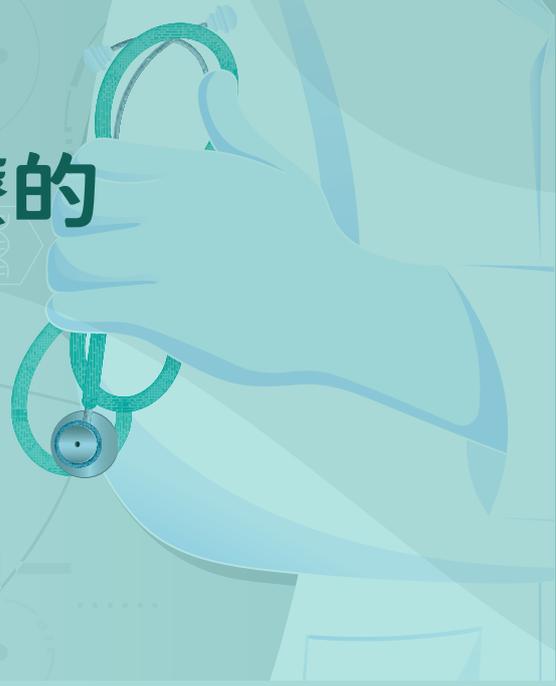
如果病人的照護目標是提升生活品質，推薦使用經驗性口服抗生素進行治療。是否進行血液培養、靜脈輸液或抗生素治療、以及實驗室檢測，應根據病人狀況和與病人及家屬的討論來決定。

參考文獻

- 01 Lamba S, Quest TE. Hospice care and the emergency department: rules, regulations, and referrals. *Ann Emerg Med.* 2011;57(3):282-290.
- 02 Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative care in the emergency department. *Perm J.* 2014;18(2):77-85.
- 03 Reeves K. Hospice care in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2008;34(4):350-351.
- 04 Vink EE, Azoulay E, Caplan A, Kompanje EJO, Bakker J. Time-limited trial of intensive care treatment: an overview of current literature. *Intensive Care Med.* 2018;44(9):1369-1377.
- 05 Palliative care for adults in the ED: Concepts, presenting complaints, and symptom management [<https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-adults-in-the-ed-concepts-presenting-complaints-and-symptom-management#H1159194099>]

參

急診安寧緩和醫療的 末期階段與 困難選擇議題



張閱斌 醫師

A

末期階段

1

重要認知

最後幾小時、幾天，是讓病人及其照顧者做調整的時間。

停止不需要的藥物。

解釋跟處方藥物一樣，幫助病人與親屬了解改變，自然溫和的死亡有時是令人欣慰的事情。

確保能給病人所需的宗教和心靈照護。

確保環境是適當的：舒服並且根據病人的需求安靜(或熱鬧)。

2

控制身體症狀

幫助處於痛苦的病人，鎮靜絕非第一線療程。必須要先嘗試其他方法

呼吸雜音

改變姿勢可能就足以降低呼吸道分泌物的產生，否則，hyoscine可幫助至少一半的病人。

呼吸急促

考慮增加空氣流動(風扇或開窗)、氧氣和充分解釋，考慮使用鴉片類藥物，也可以合併使用benzodiazepine來減低恐懼和無法呼吸的感覺。

尿失禁

以舒適為考量，考慮使用棉墊或導尿管，男性病人也可使用尿套

噁心/嘔吐

持續經由最適途徑使用抗吐藥物。

抽動筋攣

可能是過多的鴉片類藥物導致肌肉抽搐，此種狀況下降低劑量即可，其他的原因有可能是尿毒症或是神經狀況改變，低劑量的midazolam會有幫助。

臨終的不安和躁動

在確保病人的其他症狀需求(癢、水腫、皮膚損傷、口腔問題、膀胱或腸道問題)已經被照顧之後，可給予midazolam 2.5-5mg SC 需要時使用。

3

器官捐贈

器官的捐贈在全世界都很短缺，有些病人或親屬會考慮器官捐贈，並且感覺這是這個悲劇所能帶來的至少是一個好的結果，而我們醫護人員可以告知相關資訊，讓親屬們有多一個選項的可能性。

4

當死亡來臨時

對於病人來說

大部分末期病人身體各個系統溫和的慢慢下降，那種突然間的戲劇化死亡是很少見的。通常是生命柔和的消逝，死亡緩緩來到，祥和安靜是最常見的狀態。

對於親屬來說

有些人容易哭泣，有些人急切地想要說話，通常是表達他們的釋然，有時候，某些親屬可能會沒辦法接受病人的惡化或死亡，並且對顯而易見的事情表現得非常震驚或憤怒，尤其在急診的環境底下。但很少有人會真的忽略事實，其實只是他們還沒有準備好面對這樣糟糕的現實而已。可能需要有經驗的安寧照護團隊專業人士(醫師、護理師、宗教人員和社工)的幫助。

對於專業照護者來說

有幾個原則是我們可以跟隨的。

- ◆ 找到你的角色，讓家屬能夠以他們的方式做事。
- ◆ 保持靜默有時很不自在，但在該安靜的時候應該安靜(沒有任何話語能讓事情變好的)。
- ◆ 若他們希望說話，那麼就與他們談話，若他們想要安靜，就讓他們保持安靜。
- ◆ 有些人(特別是受過專業訓練的照護人員)會想要確定病人已經死亡。在死亡後，最後一次呼吸後數分鐘再宣告死亡。有些病人有幾分鐘會間斷性的呼吸。
- ◆ 死亡後，在場的人若願意的話可以留下，但也給予他們想要獨處的空間。
- ◆ 若親屬中有孩童，幫助家長給予小孩機會見到遺體，並且適當地回答他們問題。

B

困難選擇議題

1

作出合乎倫理的選擇：

事實上，沒有辦法抉擇的情形並不多見。一個很常見的問題就是認為幾乎沒有辦法在這種情況下作出選擇，但在現實上這是很少發生的。總是會有一些解決方法是相對來說可行的。舉例來說，病人拒絕手術來治療腸阻塞，但其實簡

單的腸造口手術就可以快速地把問題解決。這裡的重點是我們應該尋求他人專業的意見，特別是很多看似倫理的困難狀況，最後發現並不複雜，只是還沒有去探討臨床方法而已。

什麼影響了我們的決定？

◆ 偏見

檢視是否有偏見的存在，從階級、種族、性別、性向、生活方式、文化信仰。許多證據顯示的確有些人比較不容易接受到健康照護。這些偏見甚至可影響疾病的發病率及死亡率。

◆ 誰的利益

如果病人有做決定的能力，只有他們自己可以決定對他們最有利的情況，但我們應該注意病人是否被親屬強迫去做不想要的決定。如果病人不具備做決定的能力，則要根據符合病人最大利益的流程來進行。

◆ 誰的價值

不同的解決方法反映著不同的價值觀。在決策的過程中應考慮行動過程是否出自於關懷？有什麼價值是被犧牲的？誰的價值是被犧牲的？是否違反平常所遵守的規定？如果大家都做這個決定會發生什麼事？

2

決定的能力：

一個具有決定能力以及了解所有相關信息的人，有權利做出任何決定，即便旁人認為這個決定似乎不太明智或古怪。小於18歲的較大兒童有能力做出是否需要維生醫療的決定，我們必須尊重。

若有疑問，必須進行決定能力的兩階段測試：

第一階段：此人之心智或大腦功能是否遭受損傷或收到干擾？

第二階段：此損傷或干擾使得此人無法做出其所需要的特定決定？

可以藉由四個功能測試來評估：

◆ 他們能了解這些資訊嗎？

特別注意：必須要以病人可理解的方式來告知。

◆ 他們能記住這些資訊嗎？

特別注意：這只適用於需要夠長的時間才會運用或評估這些訊息的狀況。

◆ 他們能運用和評估這些訊息嗎？

特別注意：他們必須要能夠表明，他們有辦法去思考這些治療建議和替代方案的優缺點。

◆ 他們能表達他們的決定嗎？

特別注意：照顧者必須想盡一切可能的方法來達成此事。

必須完成此四項測試才能判斷病人是否具有決定能力，每個階段的評估結果應該被記錄下來，最好引述病人的話。

3

預立醫療決定：

根據民國108年<病人自主權利法>施行後，公民們能藉由簽署「預立醫療決定書」，預先表達當自己處於疾病末期、不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智等「特別臨床條件」時，有無接受「維持生命治療」、「人工營養或流體餵養」的意願。而這對於我們急診工作者有什麼樣的影響？這裡為大家整理一些常見的問題。

問題一：什麼情況下會使用到「預立醫療決定書」？這個跟急診沒有關係吧？**回答一：**

至2024年初，簽署預立醫療決定書的民眾已經將近7萬人，且持續增加中。身為急診工作者，我們必須要知道只有當病人處於以下臨床條件（疾病末期、不可逆轉之昏迷、永久植物人狀態、極重度失智、其他經中央主管機關公告之病人病況難以忍受及疾病無法治癒之情形）時，才會啟動預立醫療決定。且以上臨床條件的診斷，必須經過兩位具相關專科醫師資格之醫師確認，並經緩和醫療團隊至少兩次照會確認病人有無救治可能。

問題二：病人自己的意願前後不一致，或是病人與其他（醫療委任代理人、親屬、醫師與緩和醫療團隊）意見不一致時，該如何依循？**回答二：**

對於病人意願不一致時，舉例來說，假如病人之前是要插管，但現在意願是不要，目前規定是依預立醫療決定書的註記內容為準，除非病人完成撤回或變更的程序，假如病人之前是選擇不要插管，但現在意願是想插管，那當然就是要先執行了，所以核心其實是**病人當下意願最大**的概念。病人與其他關係人意見不一致的時候，必須依照病人的預立醫療決定書內容處理。當醫療團隊與病人意見不一致的時候，則需要仰賴不斷的溝通以及意見交流，必要時也有義務對病人提供轉診的服務並提供適切的協助。

問題三：「預立醫療決定書」跟「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」有什麼不同？**回答三：**

兩者的法律依據、適用範圍與效果都不相同，兩者是可以並存且不會互相抵觸的。「預立醫療決定書」除了保障末期病人，還擴大到其他四種臨床條件病人，且拒絕醫療的範圍還包括，不接受鼻胃管灌食等延命措施範圍。「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」僅針對末期病人，拒絕接受維生醫療以及心肺復甦術。

預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書跟預立醫療決定書，第一大不同就是判定，前者只要兩個專科醫師，後者要兩位相關專科判定加上安寧照會兩次，所以當個案已經填了預立醫療決定書，而且在末期病人的條件下都選擇不要維生醫療，有經驗的安寧或是急診醫師就會跟病人提及，務必要考慮簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書，這樣在急性變化時，才能快速被判定跟執行不要維生醫療。

參考文獻

- 01 Liverpool Care Pathway v12(Oct 2009). Liverpool: Marie Curie Institute. Available on www.mcpcil.org.uk (accessed Oct 21 2009).
- 02 de Graeff A, Dean M.(2007) Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standard. *Journal of Palliative Medicine*. 10(1): 67-85.
- 03 Doyle D.(1994) *Caring for a Dying Relative: a guide for families*. Oxford: Oxford University Press.
- 04 Mental Capacity Act Code of Practice. www.dca.gov.uk/legal-policy/mental-capacity/mca-cp.pdf (accessed 24 Nov 2009)
- 05 緩和醫療症狀舒緩指引 譯者 王英偉 謝至鏗 / 出版商合記 2015
- 06 財團法人中華民國安寧照顧基金會



作者群

管仁澤 醫師

林口長庚紀念醫院急診醫學部 副部主任

黃建程 醫師

奇美醫院整合醫療中心 主任
奇美醫院急診部高齡急診科 主任
國立中山大學醫學院學士後醫學系 合聘教授
高雄醫學大學醫學系 兼任教授

張閱斌 醫師

亞東紀念醫院急診醫學部 主治醫師



急診安寧緩和醫療指引