

# 急診安寧緩和醫療：挑戰與展望

◎文 / 莊佳璋



圖片提供：張淑貞



1993年，莎拉·凱瑟迪 (Sheila Cassidy) 於其著作「幽谷伴行：安寧照顧的意義」(Sharing the Darkness—The Spirituality of Caring) 中提出對臨終病人痛楚的傾聽、陪伴其走過人生最後階段的心靈照護觀念。同樣的，近年來我國隨著急重症醫療品質的提升，伴隨著健保的重荷衝擊及超高齡社會的來臨，國內急診醫療逐漸由單純急救模式走向靈性、全方位的人性關懷。其中，“跨領域緊急醫療整合模式”(multidisciplinary integrated model of emergency care) 係急診單位於急性照護外，提供急診病人及家屬更深一層的醫療決策分享 (Shared decision making) 與全人照護。是故，急診緩和醫療不僅是一種觀念上的突破，更是實務上的需求，尤其面對大數據的衝擊及 AI 資訊整合的更新挑戰，急診醫護人員更應利用此跨團隊的協同模式達成生

理、心理、社會及靈性照護。

成人教育強調的是經由學習導致觀念上的改變，進而影響其行為模式。在急診紛亂緊湊的環境下，急診同仁常無暇面對末期病人及家屬的照護，尤其是不可預期的疾病變化，往往讓一線同仁倍感壓力甚至無力。近幾年來，繼重症單位推動 DNR 及社區在宅安寧的趨勢下，推廣急診緩和醫療的觀念逐漸被接受。急診緩和醫療與一般癌症末期病人情境截然不同。家屬多肇因於意外傷害或病情突然而將病人送至急診，其通常未接觸或未具有緩和醫療的概念，故當下於急診處理過程中對醫護同仁的期望有所落差。因此，急診醫療團隊的溝通技巧、跨醫療團隊的默契、法律及政策面的考量與制定、相關專科醫師（團隊）的溝通以及病人轉歸等問題，是於急診推動緩和醫療時必須面對的問題及挑戰。

成大醫院急診部配合院方政策，於民國 106 年 1 月院方成立「緩和醫療推動工作小組」時成為六大安寧工作團隊之一，除了積極培訓急診同仁接受安寧專業課程外，亦定期討論臨床實例，並與資訊室開發跨領域團隊的「急診醫療資訊平台」(EIS)，期使急診安寧療護在跨領域的醫療團隊合作下能進行全面性的評估與諮詢。另外急診也積極參與全院性的緩和醫療推動工作小組，建立跨領域的作業標準與流程，建置跨領域資訊會診與回覆機制，並結合跨領域團隊資源，包括住院安寧及居家安寧醫護團隊、藥師、心理師、社工師及志工團隊等，提供急診需要緩和醫療服務的病人及家屬共同諮商照護及服務。推動期間亦藉由每月的定期會議、讀書會及案例討論，讓團隊更加熟悉急診緩和醫療服務的特色及照護重點，並透過案例分析協助釐清臨床倫理困境及相關法則等。至今急診緩和服務的案例及進行安寧緩和及家庭諮商會議約 450 人次，推動 DNR 意願書及同意書簽署的案件也逐步成長。

急診安寧病人的善終的照護空間及資源應用充分之下，我們分析近 3 年急診接受緩和醫療服務的特性，其中非癌症病人約占 55%，住院率約 80%，且病人就醫時的緊急狀態包括已是難以控制的症狀（64%）、已反覆就醫多次及身心的功能性退化（42%）、為需複雜的長期照護（38%）等。病人之病情嚴重度檢傷判定級數為一級至二級約佔八成，診斷以肺部

疾病及心臟衰竭為主，>65 歲的老年患者約七成。另外急診緩和醫療諮詢及服務內容主要是協助病情認知、協助說明及簽署 DNR、症狀處理、協助醫病間溝通、提供舒適護理、協助醫療的決策、心理社會支持以及疼痛處置等為主，而此服務的成果已於民國 107 年急診醫學會暨學術研討會中發表。因此急診醫護同仁當面對瀕死病人時，除了盡心盡力搶救病人外，亦逐漸開始提供適當的病人接受緩和醫療照護。然而急診病人壅塞，有限的就醫空間環境限制，醫療團隊經常無法提供充分時間與機會進行緩和醫療家庭諮商會議，讓病人或家屬有充分的時間瞭解緩和醫療的內容，因此急診單位推動緩和醫療服務過程中，跨領域的資源應用更顯重要。目前急診單位初步提供諮商服務後，八成的病人由跨領域團隊及即時共照模式，安排入院安寧照顧，但仍希望未來配合安寧緩和共同照護中心的運作，落實居家「在宅安寧」觀念的推廣，減少病人急診往返就醫及焚膏繼晷於急診滯留時的苦難，另一方面也期望急重症醫療資源得以有效運用。

急診緩和醫療的推動是一項使命，也是未來必然的趨勢，如同世界衛生組織的統計仍有高達 86% 民眾未接受緩和醫療照護。雖目前我們體制未臻完善，民眾及醫院同仁觀念上仍未普及，但在醫院的重視及鼎力支持下，相信我們在未來運作上將更趨於成熟，不僅提供台南民眾更優質的急診品質，更期望能兼顧靈性照護上的慈懷境界。