

## Recent Advances in Palliative Sedation for Terminally Ill

John On-Nin Wong<sup>1,2,3</sup>, Hsiao-Mu Yang<sup>2</sup>, Chiu-Hua Huang<sup>3</sup>

### Abstract

Palliative Sedation (PS) is a widely used medical intervention by sedatives and analgesics to reduce patient's consciousness to relieve severely intolerable sufferings and refractory symptoms for the terminally ill. The intent of PS is to relieve the burden of patient and to do so in such a manner so to preserve the moral sensibilities of the patient, the medical professionals involved in their care, and concerned family and friends. This article will review the status of the recent applications, indications, concerns of staff and family, and the process of PS (patient's assessment, obtaining consent, sedative medications, patient's monitoring, the role of nutrition and hydration and the administration of previous medications). We also discuss the special applications of PS in palliative care settings, such as, in emergency situations, for respite and for psychological distress. The European Association for Palliative Care has developed a 10-item framework that addresses the key clinical issues to be considered when institutions are developing guidelines for PS. We summarize series studies and our experiences, which will be presented in this article separately.

Taiwan J. Pain

2019;29(2) : 37-46

### Key Words:

Palliative sedation,  
Terminally ill, Intolerable  
suffering, Refractory  
symptoms

### 一、前言：

緩和性鎮靜 ( Palliative Sedation 簡稱 PS) 是應用鎮靜藥物，造成病人意識下降或失去意識，使生命末期難治之嚴重不適症狀及大量無法忍受之痛苦得以緩解。由於在運作當中，醫療人員、病人及家屬，有關執行的態度與倫理等問題，須作深度的溝通及討

論。本文列出各項相關的議題，參考過去各專家的研究報告，詳細加以論述。[1-2]

### 二、臨床上應用情況及適應症：

緩和性鎮靜 (PS) 可應用於大人及小孩，尤其是嚴重沒法治癒之疾病，目的在緩解其難治之不適症狀。

1. Departments of Pain Management and Palliative Medicine;

2. Palliative Shared Care Team, St. Martin de Porres Hospital, Chiayi, Taiwan, R.O.C.;

3. Departments of Pain Management and Palliative Care Unit, Chi-Mei Medical Center, Liou-ying Campus, Tainan, Taiwan, R.O.C.

Correspondence to: John On-Nin Wong

Address: 565, sec. 2, Ta-ya Road, Chiayi City, Taiwan, R.O.C.

Phone: 886-52756000 Ext. 3631

E-mail: d294002@hotmail.com

[3-5] 常見之症狀治療包括：難治之疼痛、呼吸困難、激動性譫妄及抽筋等。

在不同形式的機構下，其常見的盛行率如表一所示。[1] 一般來說，於末期病人之平均使用率在 25-33%，其中使用後約有 20% 病人會有明顯之心肺功能抑制作用，並有約 4% 病人因此快速死亡。[6, 7] 從系統性回顧研究得知，居家照顧的使用率約為 5-36%，但在安寧緩和機構的使用率可達 64-67%，總括來說平均約在 25-33%。[6, 8-10] 本院 2019 年統計的資料顯示：安寧病房 205 位末期病人中，使用 PS 的比例為 39%，又癌症安寧病患中使用率為 34%，非癌症安寧病患為 70%。非癌症病患使用比例較高的原因，可能因此類病人病情非常不佳時才願意接受安寧，例如移除呼吸器並拔管或撤除其他維生醫療等情況下，病人會馬上出現較嚴重不適症狀，家屬或病人均願意接受 PS。(表一)

根據一些歐洲國家的報告中指出，其 PS 使用率從 2006 年的 2.5-8.5%，在數年內快速爬升，例如英國升至 19%；瑞士則從 2001 年的 6.7% 升至 2013 年的 25%；荷蘭則從 2005 年的 8.2% 升至 2015 年的 18.3%；而比利時則從 2001 年的 8.2% 升至 2013 年 12%。其中也顯示以安寧醫師進行的連續式深度鎮靜 (Continuous deep sedation, CDS) 比率可達 15%，連續式鎮靜使用直到死亡為止 (Continuous sedation to death, CSD) 者比率可達 55%。但相反地，比利時的研究指出，他們經提昇安寧緩和照顧的品質基準及以安寧團隊共同進行決策 (Decision-making) 之運作模式，經六年的努力，CDS 可從使用率 7% 降至 2.5%；而日本的安寧緩和照顧單位內進行 CDS 也只有 1.4%。[6]

PS 除了應用於末期難治症狀外，對一些緊急情況，也可以考慮使用，包括：大量性出血、窒息、無法抵抗的疼痛危機及嚴重末期呼吸困難等。[11-13]

其他還有一些間歇式或輕度鎮靜 (Intermittent or mild sedation)，可在使用 PS 前先選用，例如有意識的鎮靜 (Conscious sedation)，主要是說病人症狀得以緩解，但仍然保留言語刺激的反應，其互動能力並沒有完

全消失。

至於難治症狀 (Refractory symptoms) 之定義，簡單來說，已使用各種侵入性及非侵入性之治療方法，病人仍呈現下列情況者謂之：1. 無法獲得適當的緩解，2. 過多且沒法忍受的副作用，3. 在可忍受期間內可能沒法得到緩解。

表一、緩和性鎮靜於治療難治症狀之盛行率 [1, 2]

研究者	報告年份	總個案數	進行地點	使用比率 (%)
Ventafriidda	1990	120	居家 (Home)	52
Fainsinger	1991	100	住院 (Inpatient, IP)	16
Morita	1996	143	安寧病房 (Hospice)	43
Stone	1997	115	住院及居家 (IP and Home)	26
Fainsinger	1998	76	安寧病房 (IP hospice)	30
Chiu	2001	251	住院安寧 (IP palliative care, PC)	28
Muller Busch	2002	548	住院安寧 (IP palliative care)	14
Sykes	2003	237	安寧病房 (Hospice)	48
Morita	2004	107 ± 57*	多中心研究 (Multicenter)	<10 至 50
Kohara	2005	124	住院安寧 (IP palliative care)	50
Vitetta	2005	102	安寧病房 (Hospice)	67
Rietjens	2008	157	住院安寧 (IP palliative care)	43
Maltoni	2009	518	多中心研究 (Multicenter)	25
Mercendante	2009	77	住院安寧 (IP palliative care)	54
Wong**	2019	205	安寧病房 (Hospice)	39
Wong**	2019	175	癌症安寧 (Cancer PC)	34
Wong**	2019	30	非癌安寧 (Non-cancer PC)	70

註：PC: Palliative care (安寧緩和照顧)；IP: Inpatient (住院病患)；\* 為各中心平均個案數，並由 81 位安寧醫師問卷回覆；\*\* 為本院最近的統計。

### 三、醫療人員與家屬關心的問題：

一般情況下，考慮作 PS 時，會考量此方法在作用上

的反應及倫理上的問題，況且家屬正猶豫在同意與不同意這個治療計劃，及擔心治療進行會拖延等事情上，常造成家屬及醫療人員重大的壓力。

常遇到的第一個問題是PS是否會加速死亡(Hastening death)？根據多個研究，曾嘗試比較有作PS與沒有作PS對生存期之影響，但總括的結果認為兩者生存期都差不多(有作PS的甚至比較好)。[14-21]

其他倫理專注的還有『安樂死(Euthanasia)』的問題，安樂死是主動使用方法結束生命，通常來自於病人本身要求；相對地PS是使用藥物方法緩解其難治之痛苦及症狀，非故意結束其生命；在與病人家屬溝通並取得同意書時也特別強調這一點。[22]

我國在2000年通過『安寧緩和醫療條例』，歷經三次修訂已接近完美，同時『病人自主權利法』(簡稱病主法)於2018年開始實施，使國人的「生命自主」(Self-determination)的權利得到適當的保障。因此，有了這兩條法例，安樂死的急迫性及爭議性已不復存在；反之，病人生前已有簽署安寧條例之意願書或病主法之預立醫療決定(Advance directives, 簡稱AD)，在與病人及家屬討論或溝通使用PS就方便多了。同樣地，國外也有相同的經驗，在與家屬溝通時仍然要強調PS是緩解末期沒法控制的痛苦，是按醫學上的指引並被「生命自主權」(Autonomy)所支持，且是合法的，沒有倫理上之問題。[23-25]

至於PS病人是否不予營養及水分，則有爭議，因可能會造成病人缺乏營養及脫水，重點是，作PS時上列論點非主要的考量，目標是要緩解難治的症狀。

[26, 27]

綜合以上問題，在運作時應注意的事項，包括：1. 倫理問題的運作：要以不傷害原則：避免濫用、不慎重及無技巧的使用PS；[28] 2. 照顧團隊的問題：要常關注團隊所承受的壓力，經團隊會議及個案討論方式，來討論專業及情緒反應相關問題，以舒緩成員的壓力；[29, 30] 3. 家屬及友人問題：除說明使用PS的方法及目的外，更強調此法在緩解病人的極度痛苦症狀，並非加速其死亡，並適時向家屬報告PS之進度，鼓勵家屬及友人在病人使用PS前或

較清醒時，多與病人接觸並盡量完成其心願及道別(完成其四道人生：道謝、道歉、道愛、道別)，以減低家屬及友人之深度壓力。[23]

## 四、進行步驟：

### A. 病人的評估

評估病人是否適合進行PS相關的情況，討論未來照顧的方向等議題：

1. 病人為嚴重疾病且死亡已不能避免，同時有沒法忍受之痛苦，未來需臨床醫療照顧者。
2. 評估及討論之內容應包括：緩和性鎮靜(PS)之目標、好處、風險及其他可取代之治療方式。
3. 末期疾病病患病情繼續惡化且有嚴重不適症狀，例如急性腸阻塞、腦壓上升、沒法診治之肺部感染...等，同時病情之預後均應作深入討論。
4. 總括來說，使用前應作多科整合性專家之討論，包括緩和醫療小組、疼痛及精神心理等專科醫師。[31, 32]

### B. 同意書的取得 [1,2]

通常PS的同意書須經病人、家屬及相關人員作詳細說明及討論，經同意後經病人或家屬簽名取得，下列因情況不同在作法上會有所差異：

1. 病人意識清醒且可溝通，可參與共同討論者，討論內容包括
  - a. 病人目前病況及造成不適的原因。
  - b. 說明目前的症狀治療並沒有成功。
  - c. 疾病的預後包括估計其生存機率。
  - d. PS基本原則、目標、方法：包括鎮靜深度、病人之監視及可能終止之情況。
  - e. 其他除PS以外可使用之治療方法。
  - f. 預期發生之反應：包括降低其意識之程度、精神心理之活動、溝通之能力及口部進食等問題。
  - g. 可能之風險：反向性之躁動、延後或不適當之症狀緩解及可能產生之加速死亡等。

2. 病人意識不清無法自我決定者：
  - a. 可參考我國『緩和醫療條例』之「意願書」及『病人自主權利法』其中「預立醫療自主計劃」( Advance care planning, ACP )之方式，按病人之「預立醫療指示(醫囑)」( Advance directive, AD )進行。
  - b. 如果病人沒有「意願書」或「AD」，PS的討論，包括同意書，必須經合法的程序取得(例如：家屬或委任代理人)。
  - c. 如果以上各種方式都沒法達成，臨床醫師可以按病人最佳利益及舒適，以PS作為標準的醫療處置之決定。
3. 緩和性鎮靜同意書：舉例如下圖一所示。

圖一、『緩和性鎮靜』同意書範例

<p>病人_____因患嚴重且無法治癒之末期疾病，導致難治之不適症狀，已使用各種治療方法，仍無法獲得適當緩解；經家屬與醫療團隊詳細討論後，願意接受『緩和性鎮靜』(末期鎮靜)治療，來緩解大量無法忍受之痛苦，同時也了解並接受此種治療可能導致之副作用，例如失去意識(如嗜睡、昏睡)甚至死亡等。</p> <p>立此為據。</p> <p>本人(或家屬)已經與醫師討論過接受這個醫療處置的效益及可能的副作用，本人對醫師的說明都已充分了解，並且保有此資料副本一份。</p> <p>病人(或家屬)：_____ (簽章)</p> <p>與病人之關係：_____</p> <p>說明醫師：_____ (簽章)</p> <p>中華民國_____年_____月_____日 [本同意書一式二聯：第一聯病歷存查；第二聯交病患或家屬保存]</p>
---

### C. 鎮靜藥物 [1,2] (表二)

1. 鴉片類藥物 ( Opioids )：鴉片類藥物是使用 PS 之重要藥物之一，包括嗎啡 (Morphine) 及吩坦尼 (Fentanyl) 等，尤其是嗎啡，可調整其劑量用以緩解病人之疼痛及呼吸困難 (喘) 等症狀，同時該類藥物也有部份鎮靜的效果。一般而言，嗎啡常與其他鎮靜藥物一起輸注，以達最佳效果
2. 苯二氮平類藥物及抗精神劑 ( Benzodiazepines & Neuroleptics )：是 PS 內最重要之藥物，包括 Midazolam ( Dormicum®)、Lorazepam (Ativan®)、Diazepam ( Valium®)、Haloperidol ( Haldol®)、Chlorpromazine ( Wintermin®) 等，主要是使病人

鎮靜，尤其是激動性譫妄 (Agitated delirium)，同時降低病人的不適及增加治療的滿意度。其中 Midazolam 起始作用快，但作用時間短，適合連續靜脈輸注；Haloperidol 則為長效型，起始作用時間較慢，但效果不錯；Lorazepam 則介於兩者之間。以上均可用於安寧病房、加護病房，甚至居家安寧使用。[33]

3. 其他藥物：以輔助 PS 的性質緩解其他相關不適症狀，使 PS 得到更好的效果，包括：Propofol、Phenobarbital、Steroids、Scopolamin、Glycopyrrolate、Hyoscine-N-butylbromide (Buscopam®) 等。其中 Propofol 及 Phenobarbital 為麻醉鎮靜劑，有抑制呼吸之作用，須小心使用；類固醇 (Steroids) 有消炎消腫之作用，但小心造成腸胃道相關之副作用；Scopolamin 及 Glycopyrrolate 可減少口腔內之分泌物；Hyoscine-N-butylbromide (Buscopam®) 可減少腸子之蠕動，降低腸阻塞的不適感等。[34, 35]

### D. 藥物使用途徑方式 [1,2]

1. 住院或居家給藥：一般以住院給藥為主，少部份為方便病人及家屬，作居家給藥。
2. 給藥途徑及方式：選擇合適藥物後，可予靜脈、肌肉、皮下、肛門、甚至鼻胃管、胃造口等途徑給藥；同時最好是按時給藥 ( Around the clock administration )，並以連續輸注 ( Continuous infusion ) 或間歇注射 ( Intermittent bolus ) 方式給予。
3. 藥物調整：給藥後，調整其劑量至症狀獲得適當緩解；同時控制其鎮靜程度起碼可提供病人之痛苦得到適當緩和。必要時緊急補充適量之藥物 ( Emergency bolus therapy ) 作突發症狀之治療。一般最理想之方法是以「合併藥物治療」( Combined therapy )，例如合併鎮靜藥物與鴉片類藥物或抑制分泌藥物一起使用，會得到更好的效果。[36]

表二、緩和性鎮靜治療中常使用之鎮靜藥物及劑量

藥物名稱	藥理學	劑量 (成人)
鴉片類藥物 (Opioids)		
嗎啡 Morphine	主要作為中樞神經 (CNS) 中 $\mu$ 接受體的促進劑，除有強的止痛效果外，並有止喘及鎮靜的效果	間歇給藥：每 2-6 h 給予 1-5 mg 靜注或皮下注射；藥物劑量須視病人過去是否已使用過同類藥物而定，個體的差異性可能很大。 連續輸注：0.5-2 mg/h 靜注，使用劑量仍應依實際情況及需求之目標 (止痛、止喘、鎮靜等) 而定，注意個體的差異性，也沒有最高劑量限制。 (一般而言，嗎啡常與其他鎮靜藥物一起輸注，以達最佳效果)
苯二氮平類藥物 (Benzodiazepines)		
Midazolam (Dormicum®)	短效之 $GABA_A$ 促進劑，快速穿透中樞神經 (CNS)，作用時間短，須要連續輸注來維持其效果。	急性期：需要時每 5-15 min 給予 1-5 mg 作靜脈注射，直至病人安靜為止。 連續輸注：0.5 - 5 mg/h 靜注或皮下注射，調整劑量至病人安靜為止，最高劑量可達 20 mg/h。(可能有天花板效應)
Lorazepam (Ativan®)	中效之 $GABA_A$ 促進劑，起始作用較慢，較 Midazolam 作用時間長。	間歇給藥：每 2-6 h 給予 1-4 mg 靜注或 6-8 h 使用 1-2 mg 皮下注射。 連續輸注：0.01-0.1 mg/kg/h 靜注或皮下注射，最高劑量可達 10 mg/h。 (可能有天花板效應)
第一代抗精神劑 (First generation antipsychotics)		
Haloperidol (Haldol®)	鎮靜發生於 Dopamine $D_2$ 、 $5HT_{2A}$ 、 $H_1$ 、 $\alpha_1$ 、 $\alpha_2$ 及 Muscarinic 等接受器之拮抗作用，同時合併止痛失憶效果，起始作用時間約為 20-40 分鐘。	開始之負荷劑量 (Loading dose)：2-5 mg 靜注或皮下注射。 間歇給藥：每 4-8 h 給予 2-5 mg 靜注或皮下注射。 連續輸注：0.3-1.2 mg/h 靜注或皮下注射。 兩者之最高總劑量可達 100 mg/d。
Chlorpromazine (Wintermin®)	同上	間歇給藥：每 4-12 h 給予 12.5 -25 mg 靜注或皮下注射。 連續輸注：3- 5 mg/h 靜脈注射。 (有效劑量為 37.5-150 mg/d) 直腸給藥：每 6-12 小時給予 100 mg。
巴比妥類藥物 (Barbiturate)		
Phenobarbital	加強 $GABA$ 及抑制 $Glutamate$ 作用，提供長效鎮靜、安眠及抗痙攣作用。	開始之前劑量 (Loading dose)：1-3 mg/kg 靜注或皮下注射 (約 100-200 mg)，需要時再重覆注射。 連續輸注：0.5 mg/kg/h 靜注或皮下注射 (約 800 mg/d)，如需要時可增至 2400 mg/d。 (高劑量時會有呼吸抑制的作用)
短效麻醉藥物 (Short-acting anesthetic)		
Propofol	超快速短效全身麻醉劑，經由 $GABA_A$ 之增強作用及可能抑制 $Glutamate$ 之作用，致中樞神經 (CNS) 達抑制效果。	開始連續輸注：5 ug/kg/min iv，每 5-10 分鐘調整，並每次增量 (Increment) 5-10 ug/kg/min，有效劑量為 5-50 ug/kg/min。 (高劑量時會有呼吸抑制的作用)

### E. 病人的監視 [1,2]

#### 1. 瀕臨死亡的病人 (Imminently dying) :

通常不作常態性生理監視 (例如 TPR 及 BP)，只觀察病人是否舒服；呼吸次數的監視主要在了解病人有否呼吸不順及快速等問題，如果愈惡化表示死亡臨近，更不可減少鎮靜藥物及降低其鎮靜程度。

#### 2. 非瀕臨死亡的病人 (Not imminently dying) :

此類病人監視目的主要在維持病人的生理穩定，包括：鎮靜程度、常態性之生理狀況 (例如 HR、BP、SPO<sub>2</sub>)，如果呼吸抑制出現，則要調低其鎮靜藥物之劑量。

#### 3. 當鎮靜及症狀控制已達成：

如果病人或家屬在鎮靜前有要求的情況下，可向下調整其藥物之劑量，使病人回復清醒，給予病人及家屬再度溝通的機會；反之，如果沒法清醒，且不適症狀又再出現，死亡可能已經臨近。

### F. 營養及水分給予之角色 [1,2]

對瀕死及無意識病人給予人工營養及水分，並非照顧的主要目的，一般來說未必合適。但由於想法與臨床意見分歧，因此，可參考臨床醫師、倫理學家、病人、家屬及良好的臨床規範等意見，並要看病人當時的情況，才作最後決定。

### G. 最近服用藥物之繼續使用 [1,2]

在鎮靜前用作治療症狀之藥物，除非該等藥物無效或造成不舒服之副作用，原則上都應該繼續服用；止痛藥物亦不例外，亦應繼續使用，但如有嚴重副作用或過量 (例如：呼吸抑制)，劑量則須要調整。

## 五、緩和性鎮靜之特殊應用：

### A. 緊急性鎮靜 (Emergency sedation)

緊急使用 PS 去緩解瀕死病人突發性沒法控制的症狀，包括大量出血、窒息、嚴重末期呼吸困難及無法控制的疼痛危機等。[11-13]

### B. 喘息性鎮靜 (Respite sedation)

間斷性使用 PS 來緩解嚴重症狀，例如不適症狀、疼痛、躁動、嘔吐等，但不一定是難治者，並可使用於其他非鎮靜治療方法嘗試之前。[37]

\*兩者治療之最終目的，病人可回復治療前之意識，重點是病人要安全並把風險降到最低，同時也要使用最低有效劑量及基本生理指標之監視。

### C. 難治的存在性或心理性不適 (Refractory existential or psychological distress) 之鎮靜

難治的心理性症狀及存在性不適，使用緩和性鎮靜是兩難問題及不易用此方式來解決，原因包括：1. 不易判斷它是難治。2. 有些不適症狀的嚴重程度不易評估。3. 標準治療基本上是沒有生命危險性，例如心理治療、宗教諮商及靈性支持等。4. 與生理症狀不同，其嚴重情況不代表其生理情況惡化。[38-40]

## 六、歐洲緩和醫學會緩和性鎮靜指引的 10 項架構 (準則)：

歐洲緩和醫學會提供了『緩和性鎮靜指引』的 10 項架構準則 (10 item framework)，給各機構作擬訂 PS 指引時之參考，也就是說如果使用 PS 時之步驟，有按照其所示之架構內容所設計之指引進行，可達高品質且完美的治療。此架構內容如表三所列。[41]

表三、歐洲緩和醫學會 (EAPC) 緩和性鎮靜指引的 10 項架構 (準則)

1. 建議 PS 進行前作生命末期照顧使用鎮靜治療的可行性及預案計劃的詳細討論。
2. 描述 PS 的適應症並考慮病人是否適合使用鎮靜。
3. 描述 PS 所須要的評估及會診相關步驟。
4. 特殊的 PS 同意書的要求。
5. 明示須與家屬作共同決策之討論。
6. 提出選擇 PS 方法之方向。
7. 提出劑量調整、病人之監視及照顧之方向。
8. 給予水分、營養及原本服用之藥物使用之決策指引。
9. 家屬對照顧及資訊的需求。
10. 醫療團隊的照顧。

註：PS: Palliative sedation (緩和性鎮靜)

## 七、結論：

1. 緩和性鎮靜 (PS) 是使用鎮靜藥物，降低末期病患的神智或造成無意識，使無法忍受的症狀得以緩解。
2. PS 可使用於晚期沒法痊癒的疾病之成人及小孩，主要是減輕其嚴重且難治之症狀，包括：疼痛、呼吸困難、激動性譫妄及抽筋等。
3. 據目前資料顯示，作 PS 之病人比沒作 PS 者，不會縮短其生命期 (Survival)。
4. 病人有急性痛苦 (Acutely suffering)，須由有安寧經驗的專科醫師作緊急性評估。
5. 不管選擇那種緩和鎮靜藥物，都須經過『劑量調整』(Dose titration) 至獲得適當症狀緩解；「鎮靜程度」(Level of sedation) 則起碼能達到病人痛苦得到合適的緩解。
6. 病人已進行 PS，其監視 (Monitoring) 須按其臨床情況來決定：
  - a. 病人頻臨瀕死，其生命徵兆不須要作規律性之監視，真正重要之觀察指數是病人是否『舒服』。
  - b. 病人非頻臨瀕死，合理的監視是需要的，包括：鎮靜程度及規律性之生理監視 (HR, BP, SpO<sub>2</sub>)。
7. 人工水分及營養治療之給予，其決策應獨立於 PS 之外。
8. 在 PS 進行前，症狀治療之藥物必須繼續使用，除非是沒效或產生不適之副作用；而藥物如果造成病人不舒服都應停止使用。
9. 照顧團隊應警覺到組員的壓力 (Staff distress) 存在，所有組員都須要了解鎮靜的理由及照顧的目的；可透過小組會議及個案討論，來研討決策的專業性及情感性的問題。
10. PS 的特別應用，包括：1. 緊急性鎮靜 (Emergency PS)、2. 喘息性鎮靜 (Respite PS)、3. 難治之心理症狀及存在性不適之鎮靜
11. PS 有別於主動的安樂死 (Voluntary active euthanasia, VAE)，即主動使用藥物導致病人死亡；而 PS 則用藥物緩解病人難治之痛苦及症狀，並非故

意加速其死亡。

12. PS 大部份使用於末期病患，只要合乎「安寧條例」的規範，相關專科醫師均可依病人實際臨床情況，使用於緩解病人沒法處理及撤除維生後之不適症狀。

## 參考文獻 (References)：

1. Cherny NI, Smith TJ, Givens J: Palliative sedation. UpToDate 2020 <https://www.uptodate.com/contents/palliative-sedation>
2. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10:31.
3. Angheliescu DL, Hamilton H, Faughnan LG, et al. Pediatric palliative sedation therapy with propofol: recommendations based on experience in children with terminal cancer. *J Palliat Med* 2012; 15:1082.
4. Pousset G, Bilsen J, Cohen J, et al. Continuous deep sedation at the end of life of children in Flanders, Belgium. *J Pain Symptom Manage* 2011; 41:449.
5. Kiman R, Wuiloud AC, Requena ML. End of life care sedation for children. *Curr Opin Support Palliat Care* 2011; 5:285.
6. Twycross R. Reflections on palliative sedation. *Palliat Care: Res and Treat.* 2019; Narrative Review 1-16.
7. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, et al. Efficacy and safety of palliative therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *JPSM* 2005; 30: 320-328.
8. Garetto F, Cancelli F, Rossi R, et al. Palliative sedative for the terminally ill patient. *CNS Drugs* 2018; 32: 951-961.

9. Mercadante S, Porzio G, Valle A, et al. Home Care Italy Group Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2011; 41: 754-60.
10. Caraceni A, Zecca E, Martini C, et al. Palliative sedation at the end of life at a tertiary cancer center. *Support Care Cancer*. 2012; 20: 1299-307.
11. Bishop MF, Stephens L, Goodrich M, Byock I. Medication kits for managing symptomatic emergencies in the home: a survey of common hospice practice. *J Palliat Med* 2009; 12:37.
12. Falk S, Fallon M. ABC of palliative care. Emergencies. *BMJ* 1997; 315:1525.
13. Nauck F, Alt-Epping B. Crises in palliative care- a comprehensive approach. *Lancet Oncol* 2008; 9:1086.
14. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a (EAPC)'s 10-item framework that addresses the key clinical issues in palliative sedation for the management of refractory physical symptoms at the end of life.- systematic review. *J Clin Oncol* 2012; 30:1378.
15. Beller EM, van Driel ML, McGregor L, et al. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 1:CD010206.
16. Daly BJ, Thomas D, Dyer MA. Procedures used in withdrawal of mechanical ventilation. *Am J Crit Care* 1996; 5:331.
17. Campbell ML, Bizek KS, Thill M. Patient responses during rapid terminal weaning from mechanical ventilation: a prospective study. *Crit Care Med* 1999; 27:73.
18. Wilson WC, Smedira NG, Fink C, et al. Ordering and administration of sedatives and analgesics during the withholding and withdrawal of life support from critically ill patients. *JAMA* 1992; 267:949.
19. Maeda I, Morita T, Yamaguchi T, et al. Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer (J-Proval): a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study. *Lancet Oncol* 2016; 17:115.
20. Rietjens JA, van Zuylen L, van Veluw H, et al. Palliative sedation in a specialized unit for acute palliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36:228.
21. Schur S, Weixler D, Gabl C, et al. Sedation at the end of life - a nation-wide study in palliative care units in Austria. *BMC Palliat Care* 2016; 15:50.
22. Materstvedt LJ. Distinction between euthanasia and palliative sedation is clear-cut. *J Med Ethics* 2020; 46:55.
23. Tursunov O, Cherny NI, Ganz FD. Experiences of family members of dying patients receiving palliative sedation. *Oncol Nurs Forum* 2016; 43:E226.
24. Fins JJ, Bacchetta MD, Miller FG. Clinical pragmatism: a method of moral problem solving. *Kennedy Inst Ethics J* 1997; 7:129.
25. Gevers S. Terminal sedation: a legal approach. *Eur J Health Law* 2003; 10:359.
26. Craig GM. On withholding artificial hydration and nutrition from terminally ill sedated patients. The debate continues. *J Med Ethics* 1996; 22:147.
27. Hahn MP. Review of palliative sedation and its distinction from euthanasia and lethal injection. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2012; 26:30.
28. Higgins PC, Altilio T. Palliative sedation: an essential place for clinical excellence. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2007; 3:3.



29. Ziegler S, Merker H, Schmid M, Puhan MA. The impact of the inpatient practice of continuous deep sedation until death on healthcare professionals' emotional well-being: a systematic review. *BMC Palliat Care* 2017; 16:30.
30. Leboul D, Aubry R, Peter JM, et al. Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff: a qualitative focus group and personal written narrative study. *BMC Palliat Care* 2017; 16:25.
31. Feldman HA, McKinlay JB, Potter DA, et al. Nonmedical influences on medical decision making: an experimental technique using videotapes, factorial design, and survey sampling. *Health Serv Res* 1997; 32:343.
32. Christakis NA, Asch DA. Biases in how physicians choose to withdraw life support. *Lancet* 1993; 342:642.
33. Mercadante S, Porzio G, Valle A, et al. Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: a prospective study. *J Pain Symptom Manage* 2014; 47:860.
34. Collins P. Prolonged sedation with midazolam or propofol. *Crit Care Med* 1997; 25:556.
35. Krakauer EL, Penson RT, Truog RD, et al. Sedation for intractable distress of a dying patient: acute palliative care and the principle of double effect. *Oncologist* 2000; 5:53.
36. Wong JON. Difficult pain problems: An integrated approach for terminal illnesses. In Wong JON et al: *Pain Assessment and Management for Terminally Ill Patients*. Taiwan Academy of Hospice Palliative Medicine and Ho-Chi Publishing Co., Ltd. 2017: pp 229-258.
37. Morita T, Inoue S, Chihara S. Sedation for symptom control in Japan: the importance of intermittent use and communication with family members. *J Pain Symptom Manage* 1996; 12:32.
38. Taylor BR, McCann RM. Controlled sedation for physical and existential suffering? *J Palliat Med* 2005; 8:144.
39. Ciancio AL, Mirza RM, Ciancio AA, et al. The use of palliative sedation to treat existential suffering: A scoping review on practices, ethical considerations, and guidelines. *J Palliat Care* 2020; 35:13.
40. Voek A, Nekolaichuk C, Fainsinger R, et al. Continuous palliative sedation for existential distress? A survey of Canadian palliative care physicians' views. *J Palliat Care* 2017; 32:26.
41. Cherny NI, Radbruch L, Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009; 23:581.

## 緩和性鎮靜於末期疾病治療上應用之近況

黃安年<sup>1,2,3</sup>、楊小慕<sup>2</sup>、黃秋華<sup>3</sup>

緩和性鎮靜 ( Palliative Sedation 簡稱 PS) 是應用鎮靜藥物，造成病人意識下降或失去意識，使生命末期難治之嚴重不適症狀及大量無法忍受之痛苦得以緩解。由於在運作當中，醫療人員、病人及家屬，有關執行的態度與倫理問題，須作深度的溝通及討論。本文列出各項相關的議題，包括：臨床上應用情況及適應症、醫療人員與家屬關心的問題、PS進行的步驟 ( 病人的評估、同意書的取得、鎮靜藥物的使用及使用途徑方式、病人的監視、營養及水分給予之角色、最近服用藥物之持續使用…等 )、緩和性鎮靜之特殊應用 ( 緊急性鎮靜、喘息性鎮靜、難治的存在性或心理性不適之鎮靜…等 ) ，最後列出歐洲緩和醫學會提供的『緩和性鎮靜指引』10項架構 ( 準則 ) ，給大家作擬訂 PS 指引之參考。本文除列舉過去各專家的研究心得外，並加入個人經驗，詳細加以論述。

**關鍵字：**緩和性鎮靜、末期疾病、沒法忍受之痛苦、難治之症狀

- 
1. 天主教聖馬爾定醫院 疼痛科暨緩和醫學科
  2. 天主教聖馬爾定醫院 安寧共同照顧小組
  3. 奇美醫學中心柳營分院 疼痛科暨緩和病房

通訊作者：黃安年

通訊地址：嘉義市 60069 大雅路 2 段 565 號

電話：05-2756000 Ext. 3631

E-mail: d294002@hotmail.com