

心臟衰竭病人安寧緩和療護：歐洲安寧緩和療護協會專責小組
專家立場聲明

**Palliative care for people living with heart failure: European
Association for Palliative Care Task Force expert position statement**

文獻出處：

Sobanski, P. Z., Alt-Epping, B., Currow, D. C., Goodlin, S. J., Grodzicki, T., Hogg, K.,...Janssen, D. J. A. (2019). Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. *Cardiovascular Research*, 116(1), 12-27.

一、前言

根據紐約心臟協會(New York Heart Association, NYHA)分類為第三或第四級心臟衰竭的病人，至少有5%在休息或極少的活動時會經歷到許多的不適症狀，晚期心臟衰竭病人有較早死亡的風險(80%的心臟衰竭病人在5年內死亡)；與其他晚期疾病(包括癌症)病人相似，常併有身體症狀、心理負擔和靈性需求。歐洲安寧緩和療護協會(European Association for Palliative Care, EAPC)和歐洲心臟病學會建議晚期心臟衰竭病人接受安寧緩和療護以改善末期生活與臨終品質。在歐洲僅有少數心臟衰竭病人接受安寧緩和療護(死亡前：50%的癌症病人，7%心臟衰竭病人；接受安寧緩和療護的死亡病人中僅有1%是心臟衰竭病人)，晚期心臟衰竭病人接受安寧緩和療護可減輕病人及其親人受苦，並減少再住院的機會。

本文將討論以下主題：基本定義、症狀評估、啟動安寧緩和療護的時機、症狀照護(呼吸困難、疼痛、憂鬱和焦慮)、預立醫療照護諮商(advance care planning, ACP)、靈性和全人照護、倫理困境、醫療調整、臨終照護與安寧緩和療護。

二、基本名詞定義

1. 「安寧緩和療護(palliative care)」是對疾病無法治癒者的積極、整體性照顧；此階段對緩解疾病的治療仍有反應，但疾病繼續進展，生命存活也持續縮短。安寧緩和療護不局限於特定的診斷，也不限於特定的預後，即使特定疾病的衰退軌跡和病人特質不同，安寧緩和療護的原則皆在改善生活品質。安寧緩和療護在疾病軌跡的初期即應介入，並隨著疾病的進展而增加，或病情好轉則可減少/撤回(圖1)。安寧緩和療護強調症狀以及社會、心理和靈性等議題。肯定生命並將死亡視為正常過程，旨在既不加速也不延遲死亡。
2. 「安寧療護(Hospice care)」是安寧緩和療護中之特定服務模式，著重於瀕臨死亡者的全人及所愛之人之照護，照顧重點在於個別性的需求與選擇，主要的目標不是治癒疾病，乃致力於免於疼痛，提供尊嚴、和平與平靜的照護。
3. 「生命末期(End of life, EoL)」是指疾病進展、無法治癒，到自然死亡前的時期，生命末期的時間與疾病的特性、共病症相關，可能幾個月到幾天，但不同於瀕死階段的幾天到幾小時。

4. 「轉銜照護(Transition of care)」是指改變照護地點、階段與目標，照顧的目標有治癒、延長生命、優化功能、促進舒適、完成生命目標、支持家屬/照顧者。
5. 心臟衰竭是許多功能性與結構性心臟疾病的末期階段，心室充滿或輸出血液的功能受損，典型的臨床症狀有呼吸困難、足踝水腫、疲憊，可能伴隨頸靜脈壓上升、肺部囉音與周邊水腫等徵象。
6. 心臟衰竭整合性照護是指依據病人與照顧者在心臟衰竭不同歷程的多變需求中，同步介入以心臟衰竭安寧緩和療護指引導向的照護(圖 1)

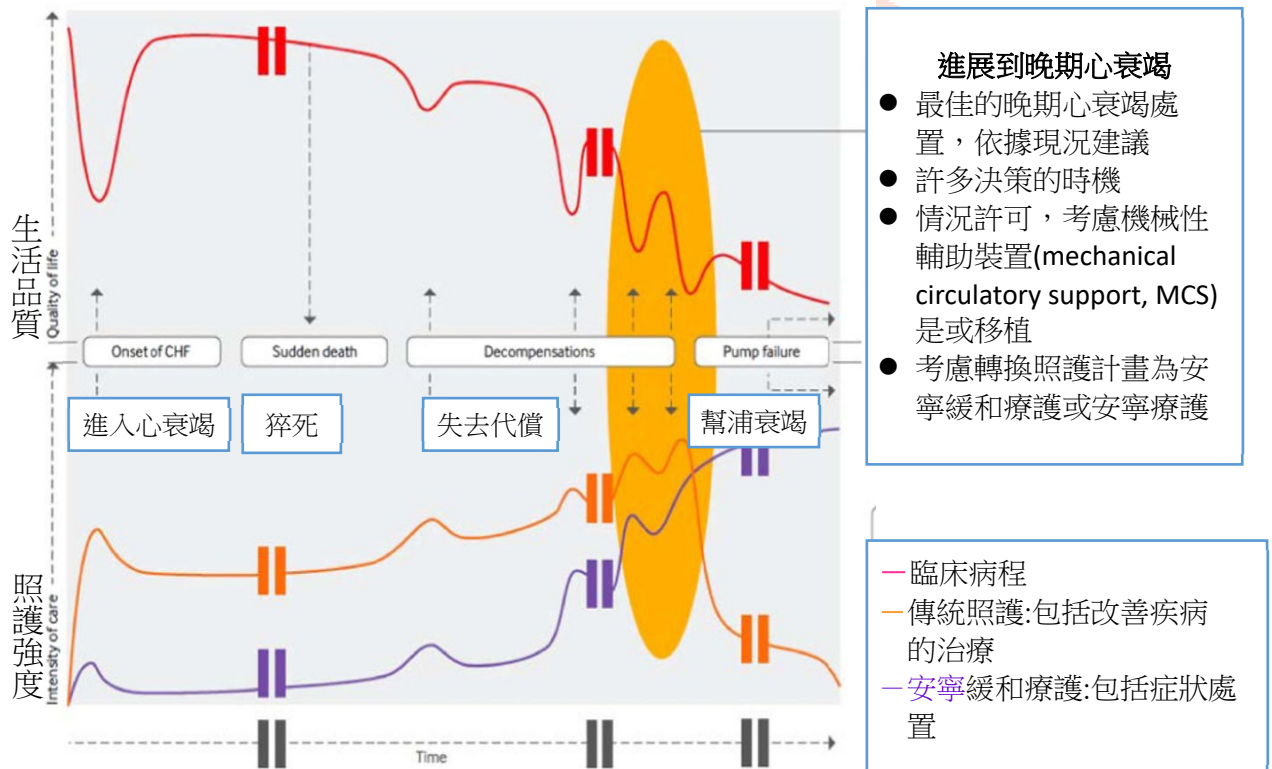


圖 1

7. 預立醫療照護諮商(ACP)是一個過程，使個人可以與家人和健康照顧提供者事先討論在未來失去決策能力時之醫療處置與照護的目標與喜好，並記錄與檢視其適切性。

三、症狀評估

1. 心臟衰竭症狀:可能與心臟衰竭(呼吸困難、疲憊、虛弱)、共病症(骨骼肌疼痛)、病人整體狀況或治療的副作用(老化、噁心、便秘、沮喪、焦慮、睡眠問題、混亂、譫妄)相關(圖 2)。
2. 系統性症狀評估:心臟衰竭的困擾症狀在疾病的歷程中經常持續出現，但可能被視為理所當然或被忽略，需做系統性症狀評估以確認病人症狀與導因。
 - (1) 整合性評估工具:數字量表(Numeric Rating Scale, NRS)、多重症狀評估表(Edmonton Symptom Assessment, ESAS)與多面向評估工具(Integrated Palliative care Outcome Scale, IPOS)。運用數字量表(NRS)持續性的評估，可有效量化症狀的負荷與治療的效益；多重

台灣安寧緩和護理學會研發委員會---2019年9月份文獻摘譯

摘譯者:張賢真委員、許美柔委員、廖怡菁委員、賴維淑委員

症狀評估表(ESAS)簡單且有廣度,在臨床上常被使用,包括症狀的困擾、症狀的強度、對生活功能與生活品質的衝擊等相關需求;Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS)可以用來評估病人的焦慮與憂鬱狀況。

- (2) 疾病專一性評估工具:如 Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ, 12 題短量表) 或安寧緩和療護評估工具如 Functional Assessment of Chronical Illness Therapy-Palliative Care scale(FACIT-Pal) 可以評估影響舒適的因素與處置成效。



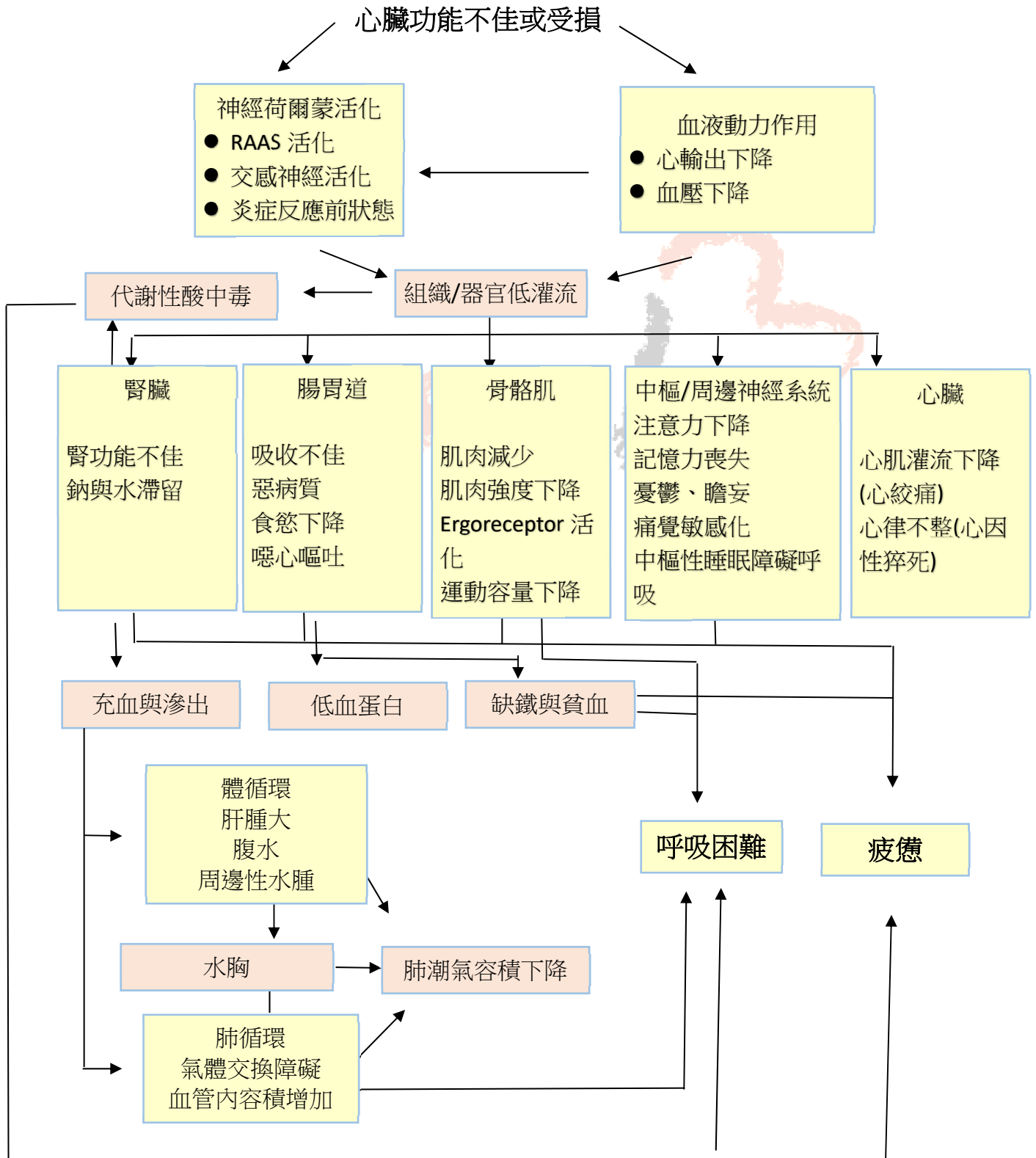


圖 2 與安寧緩和療護相關之心臟衰竭主要症狀病理生理學

四、啟動安寧緩和療護的時機

心臟衰竭的照護指引強調安寧緩和療護是晚期心臟衰竭或是生命末期病人的一種選擇，在疾病早期介紹安寧緩和療護，隨著疾病進展與需求的提升而增加。

1. 以症狀為基礎的評估：因目前疾病預後的預測工具效用不佳，且安寧緩和療護的需求與預後不相關，預後的不確定性反而阻礙安寧緩和療護需求的評估，以症狀為基礎的評估反而比預後評估對啟動時機的評估更有幫助，即使依照最佳的治療指引治療，包括改善心臟功能或延長生命的治療，症狀仍然持續，即應啟動安寧緩和療護，如等待心臟移植或植入心室輔助器 ventricular assist device (VAD)。
2. 評估時機：在較穩定的晚期心臟衰竭病人每年檢視心臟衰竭狀況時，或在每次健康狀況有意義的變差時，應和病人討論照護的目標，評估安寧緩和療護的需求與啟動時機(圖 3)，安寧緩和療護啟動的時機包括痛苦的症狀、存在性的困擾、心臟衰竭的復發與加劇、持續進展的衰弱及家屬的擔憂等等。
3. 評估工具：進展性心臟衰竭需求評估工具(Needs Assessment Tool: Progressive Disease-HF, NAT: PD-HF)，包括病人的安適狀況、照顧者的照護能力、照顧者的安適狀況、有轉介專業人員協助的需求等四個構面，可協助確認安寧緩和療護是否對病人有幫助。Supportive and PC Indicators Tool (SPICT)可以協助確認病人是否處在身體惡化或瀕死過程中有安寧緩和療護的需求。

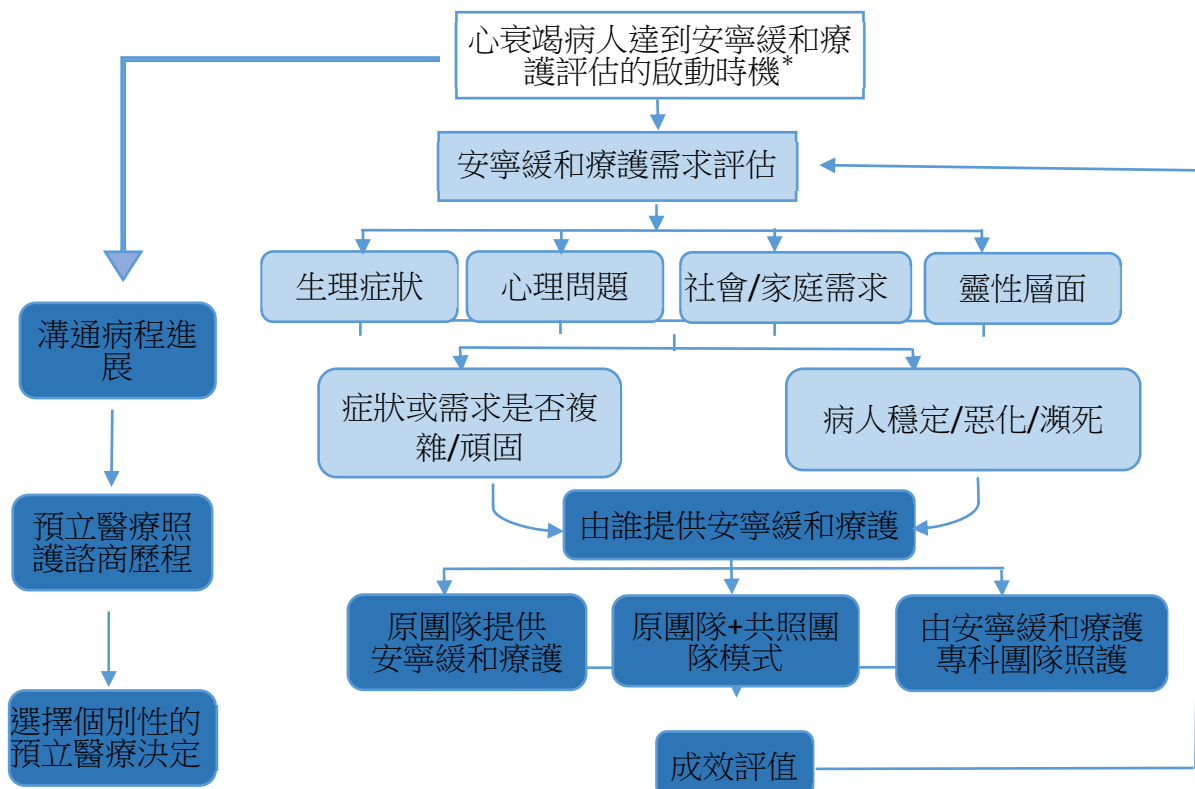


圖 3 提供心臟衰竭病人安寧緩和療護流程圖

台灣安寧緩和護理學會研發委員會---2019年9月份文獻摘譯

摘譯者：張賢真委員、許美柔委員、廖怡菁委員、賴維淑委員

*啟動安寧緩和療護評估的時機

1. 心臟衰竭疾病軌跡有重要的改變
 - 出院前出現新的心臟衰竭病兆伴隨頑固、嚴重的症狀
 - 於心臟植入性電子儀器或植入式心臟整流去顫器(ICD/CIED)置換前
 - 有心臟移植或機械性循環輔助資格者
 - 高危險、高負荷的處置或治療
 - 在救回突發性心臟停止之後
 - 晚期心臟衰竭的症狀或徵象：特別是有風險標記或符合轉介到第三級心臟中心的條件，如 NYHA 第三/第四級，食慾/體重喪失、身體耗竭、開始使用靜脈 inotropes，12個月內因心臟無法代償而非計畫性住院或訪視超過一次。
2. 週期性的心臟衰竭追蹤或健康狀況重要的改變
 - 週期性心臟衰竭追蹤(穩定狀態至少每年評估一次)
 - 重要的健康狀況改變(新發生重要的共病症)
3. 病人/家屬相關因素
 - 期待增加溝通
 - 要求過度的醫療處置
 - 主要照顧者或親屬要求或過度負荷
 - 病人有無法確認的退化或死亡
 - 要求加速死亡或自殺
 - 家屬或團隊要求照護病人
 - 近親發生重大的變化(配偶或主要照顧者有新的疾病或死亡)
 - 自我健康照顧能力下降

心臟衰竭安寧緩和療護的基本定義與照護原則如下表：

表 1、心臟衰竭病人安寧緩和療護的原則

主題	描述	照護心臟衰竭病人之臨床應用
安寧緩和療護 Palliative care	指在疾病治療的同時所提供的積極照護；應在疾病早期介入，並隨著疾病的進展，病人和照顧者的需求而增加。	安寧緩和療護透過身體症狀、社會心理和靈性問題的照護措施來輔助最理想的心臟疾病治療策方法
安寧療護 Hospice care	是安寧緩和療護的特定服務模式，提供瀕臨死亡病人與其所愛者之照護	不適合或不再希望住院的晚期心臟衰竭病人，可由專業的安寧緩和療護團隊在居家提供如同醫院般的適切照護
生命末期 End-of-life	儘管接受了最佳的心臟病治療，疾病仍不斷進展，生命存活期為幾個月到最後幾天的時間	治療的目標著在照護而非治療。隨著心臟衰竭的加重，逐步提供死亡準備。
症狀和問題評估 Symptoms and problems	使用經過驗證的症狀/問題評估工具： — 增加症狀/問題的偵測	多重症狀的ESAS、多面向IPOS（評估生理症狀、心理和社會問題）、HADS和PHQ-

台灣安寧緩和護理學會研發委員會---2019年9月份文獻摘譯

摘譯者：張賢真委員、許美柔委員、廖怡菁委員、賴維淑委員

主題	描述	照護心臟衰竭病人之臨床應用
assessment	— 評估治療/處置的效益(著重於症狀緩解)	9 是心臟衰竭病人症狀與問題的有效評估工具。
安寧緩和療護啟動時機 Triggers for initiating palliative care	辨識症狀的持續存在或安寧緩和療護需求未被解決，有助於確認安寧緩和療護介入的增加。	即使已提供改善心臟功能或延長生命的治療，困擾的症狀仍然持續，即應啟動或加重安寧緩和療護（提供或轉介專業安寧緩和療護服務）。症狀/問題的評估工具（例如 ESAS、IPOS、HADS、PH-9）或整合性安寧緩和療護需求評估工具（如 NAT：PD-HF）可幫助確定病人或照顧者是否有未滿足的需求。
安寧緩和療護服務 Palliative Care services	安寧緩和療護的提供可以在住院、門診部或居家：包括安寧緩和療護介入、照會安寧緩和療護專家或跨領域多團隊安寧緩和療護的介入。	— 心臟科和安寧緩和療護團隊的合作是確保心臟衰竭病人無論在哪個病程或照護場所都能依照其需求獲得安寧緩和療護的關鍵。 — 在尚未商議任何的服務模式時，心臟照護小組，至少可以聯繫安寧緩和療護專家。

五、症狀處置

(一)呼吸困難

呼吸困難是主觀經驗呼吸不適或不同強度呼吸困難的感覺。它可是急性、慢性或發作性的(慢性波動性的發作)呼吸困難，慢性呼吸困難症候群是指已治療潛在性的病理生理病症仍因呼吸困難活動受限失能，約 90%的晚期心臟衰竭病人在極輕度活動或休息時仍經歷呼吸困難，嚴重限制了病人的日常生活活動與生活品質。心臟衰竭之慢性呼吸困難可能與血液動力狀態、骨骼心肌病變、肌少症、慢性或急性共病症相關，如果可能，應矯正與治療加劇因子。建議治療心臟衰竭（重新建立和/或維持最佳容積狀態）或伴隨疾病時，應合併非藥物和藥物治療症狀。

1. 非藥物治療:

- (1) 個別性的運動：心臟衰竭的人應給予量身訂做運動，有助於改善心臟功能和骨骼肌病變。
- (2) 物理治療方法，包括呼吸訓練，神經電氣腿部肌肉刺激，手持風扇吹拂臉部和助行器可能有幫助。
- (3) 放鬆，可以嘗試呼吸放鬆訓練、心理治療。
- (4) 氧氣療法，可以改善低氧血症患者呼吸困難的症狀，但不建議使用在僅有輕度低氧血症或正常血氧的病人。

2. 藥物治療:

台灣安寧緩和護理學會研發委員會---2019年9月份文獻摘譯

摘譯者：張賢真委員、許美柔委員、廖怡菁委員、賴維淑委員

- (1) **主要為鴉片類藥物**：鴉片類藥物最適用於穩定的慢性阻塞性肺疾病病人 (COPD)。大多數研究已證實使用口服低劑量嗎啡可改善呼吸困難，最近，低劑量緩釋型嗎啡已運用於慢性阻塞性肺病、心臟衰竭或癌症所引起的慢性呼吸困難症狀。心臟衰竭患者其嗎啡使用，應由每天 10 毫克開始 (2.5mg 短效型，每天四次；5mg 緩釋型每天兩次或每天一次 10mg 給予)。63%的參與者其臨床上症狀有顯著的改善，其中 67%的人每天使用 10mg 即有反應，25%的人劑量需調到每天 20 mg，8%的人調至每天 30mg 可達到效果。開始治療或增加劑量的最初 24 小時內可看到效果，一週內可增加改善的幅度。如果效果不佳，至少一星期內不應增加劑量，口服嗎啡劑量最多 30mg/24 小時 (或同等劑量的其他類鴉片)；嚴重腎功能不全 (第 4 和 5 期慢性腎臟疾病，GFR <30mL/min)、末期心臟衰竭患者和老年人，應小心或避免使用嗎啡，或者使用代謝產物不需從腎臟排出的鴉片類藥物，如 fentanyl。
- (2) **Benzodiazepines**：缺乏證據支持或反對使用此類藥物，但會增加嚴重 COPD 病人的死亡率，與其他風險 (例如跌倒)，應謹慎使用。Benzodiazepines 應作為呼吸困難的第二線或三線用藥。

(二)疼痛

1. 盛行率：大多數晚期心臟衰竭患者都有疼痛症狀。疼痛隨著病人年齡和心臟功能等級的增加而增加，在心臟衰竭 NYHA 的第四級患者，至少 61% 的人有中度疼痛，超過 40% 的心臟衰竭住院病人有疼痛症狀。疼痛未適當處置會降低生活品質，並與疲憊、沮喪、住院次數增加相關。安寧緩和療護可減輕病人的痛苦和負擔。
2. 原因：心臟衰竭患者疼痛可能來自心臟 (缺血性) 或非心臟性 (肌肉骨骼或消化不良、痛風、周圍血管引起的疾病、腿部水腫或腹水等)。
3. 處置：依疼痛生理病理機轉處置 (神經性、缺血性、傷害性或炎症性疼痛)
 - (1) 心臟缺血性疼痛：抗心絞痛用藥，若仍然是一個很嚴重的問題，可考慮脊髓刺激，亦可使用靜脈鴉片類藥物緩解急性冠狀症候群之心絞痛，鴉片類藥物減緩胃排空，可能延緩口服抗血小板藥的吸收，促腸胃促動藥物或腸胃外藥物可改善這種不良作用。
 - (2) 慢性非癌性疼痛：非藥物和非鴉片類藥物為首選藥物治療。非類固醇抗炎藥 (NSAIDs) 會增加體液滯留，應避免使用於心臟衰竭患者。接受 NSAID 治療的穩定患者，常有心臟衰竭惡化的風險增加。許多心臟衰竭的人併有腎功能障礙 (特別是老年人)，服用利尿劑和 ACE 抑制劑加 NSAID，增加腎臟傷害。
 - (3) 如果仍持續疼痛，應考慮由最低劑量開始使用鴉片類藥物。在腎臟嚴重受損的人，使用代謝產物較安全的鴉片類藥物，methadone、fentanyl 或 buprenorphine 是好的選擇。

(三)憂鬱及焦慮

1. 盛行率：心臟衰竭病人尤其是晚期者的憂鬱症盛行率明顯高於一般人 (分別高達 42% 和 70% 比 20%)。
2. 憂鬱症是心臟衰竭住院和死亡的重要危險因子，也是負向預後的指標。憂

台灣安寧緩和護理學會研發委員會---2019年9月份文獻摘譯

摘譯者：張賢真委員、許美柔委員、廖怡菁委員、賴維淑委員

鬱導致無法自我照護，藥物遵從性下降，吸煙增加和活動下降，產生身體不適和體重增加等。憂鬱症狀可能與心臟衰竭症狀重疊，情緒低落會使下丘腦-垂體-腎上腺（HPA）分泌，導致皮質醇升高。

3. 評估：因憂鬱會造成身體功能降低與心臟衰竭不穩定，建議對所有心臟衰竭病人進行憂鬱評估。
4. 認知行為療法和有氧運動訓練可能有效。
5. 藥物，可以抑制過度激活抑制憂鬱相關的神經內分泌 HPA。選擇性血清素抑制劑（SSRI）和 $\alpha 2$ 拮抗劑（mirtazapine）是心臟衰竭病人最安全的抗鬱藥。然而，與單胺氧化酶抑制劑（MAOIs）類似，可引起高血壓。三環抗憂鬱藥（TCA）可引起體位性低血壓，使心臟衰竭惡化和心律不整發生，心臟病人應避免使用。SSRI（如 citalopram）和 mirtazapine 可導致 QT 延長及誘發心室性心搏過速，應避免使用。

表 2、與心臟衰竭病人安寧緩和療護處置相關之要素

主題	描述	心衰竭病人之臨床應用
呼吸困難安寧緩和療護	已給予最佳的心臟治療，仍持續出現呼吸困難（休息或輕度用力），須被視為提供症狀處置的指標。	多模式安寧緩和療護，包括呼吸放鬆訓練、認知行為治療、助行器、手持風扇和低劑量口服嗎啡，都可能改善呼吸困難強度、不適感和功能的衝擊。
疼痛處置	疼痛是心臟衰竭常見症狀，通常是伴隨其他疾病，需要症狀處置	<ul style="list-style-type: none"> ● 採用局部和非藥物療法。 ● 藥物治療可使用鴉片類藥物，腎功能不良者應小心使用。 ● 禁用非類固醇抗炎藥(NSAIDs)。 ● 可使用沒有不良的血管副作用的 Paracetamol
憂鬱的處置	憂鬱為常見合併症，增加再次住院風險並限制生活功能	應積極治療憂鬱症。採多模式介入（包括認知行為治療），以選擇性 SSRI 或 mirtazapine 為第二線治療。

(六)預立醫療照護諮商 (Advance care planning, ACP)

預立醫療照護諮商是安寧緩和療護的基本要素，可促進完成預立醫療決定，討論生命末期的偏好，提升照護偏好與實際接受的一致性，減少再住院率。

1. ACP 重要的障礙

- (1) 臨床醫生覺得 ACP 重要的障礙：病人或家庭成員不願接受不良的預後，病人或家庭成員難以理解維持生命的治療方法的局限性或不良影響，以及家庭成員之間對於治療目標的意見分歧。
- (2) 病人與家屬覺得 ACP 重要的障礙：不確定他們所期待的照護，較著重於維持生命甚於討論生活品質，及不確定哪位醫生負責生活品質的照護。

2. 預立醫療照護諮商啟動時機：預立醫療照護諮商可在生命中任何一個階段啟動，心臟衰竭的疾病軌跡較不明確，較有認知功能障礙的風險，因此，當心臟衰竭病人能參與決策過程時即應啟動預立醫療照護諮商，不應延遲到生命末期才啟動。儘管提供疾病最佳治療方法，並在以疾病為導向的治療方案已用盡，但在疾病發作的轉折點(如住院，症狀加重或功能下降)仍應考慮預立醫療照護諮商。當病人準備好時即可啟動 ACP。
3. 預立醫療照護諮商：不應局限於討論和記錄維持生命的治療偏好，應該溝通照護的目標，病人和所愛的人對生命末期的看法，透過和安寧緩和療護團隊溝通可確認並聚焦照護目標。此外，照護目標與喜好(維生醫療)需定期檢視與更新。另外，需討論疾病特定層面需要處理的部分，如擔心生命末期呼吸困難，對植入式心臟復律除顫器 (ICD) 進行調整，以使其在瀕死階段不會傳遞電擊或撤除 VAD 提供的機械循環支持。

(七)全人照顧和靈性

「全人照護」概念基於將病人視為由身體、思想和靈性組成的整體。最好的醫療應該根據心理和靈性狀態，提供最佳的醫療服務、靈性關懷，確保將人視為一個完整的個體。適切的醫療、心理和靈性照顧有助於促進病人的成長，因應無法治癒的疾病或傷害。這種完整感的增長就是一種療癒的過程，此概念體認到關係的意義，所有參與照顧的人包括：病人自己，病人與其家人、朋友和關懷團隊，除了身體上的外，還增強了靈性在人的生活中的作用和心理方面。靈性具有多重向度的性質，包含了存在性問題、價值觀和宗教觀。雖然靈性被公認為安寧緩和療護(PC)的四個面向之一，但該領域的研究尚未在心衰竭病人方面發展起來。研究認為靈性是生活品質的重要組成部分，會影響個人解決困難的能力。心衰竭的病人及其照護者的需求會受到絕望的影響、孤立和自我形象的改變(喪失信心、依賴性、負擔)與其慢性病有關。在心衰竭惡化過程中，靈性的安適可以減少隨著時間發生變化產生的症狀困擾。而一項研究表明幸福感與較低的憂鬱症發生率有關；社會和心理衰退都傾向於與身體衰退有關，而靈性痛苦則是獨立波動的。相較於功能狀態和共病症，靈性平安更能預測死亡率，靈性安適越高，則憂鬱的發生率就越低。希望和無望與憂鬱和靈性在概念建構上相互連結。一項研究表明，希望(hope)的表達對心血管結果具有正面影響，靈性諮商對生活品質有正面影響。

因此，全人照護是醫療在治癒疾病之外，同時關注內在療癒的自發性歷程，即“在心理和靈性上變得更加融合和完整，使人變得更加完整的現象，病人自己也能充實地活著”。臨床醫生與病人之間的關係，除治療疾病，也應該**治療性共在(therapeutically present)**，即此時此刻(here and now)，增加病人的尊嚴，增強其作為獨特的人之感覺，並與靈性關懷人員，例如：牧師，共同協助病人對意義的追求，同時也照顧好自己(包含個人和專業之自我成長)。

(八)倫理困境

在照護心衰竭病人時，四個倫理原則：行善、不傷害、自主及公平正義的所遭逢的困境。行善是指醫療照顧者有義務為他人的福祉行事；不傷害為是指醫療照顧者有義務預防或避免傷害病人，應權衡預期的利弊、治療方法。雙果效應(double effect)概念已被建立，意指如果意圖良好，無意造成有害作用且治

療的潛在利益大於危害，則允許臨床醫生開立具潛在的有傷害的藥物、程序或其他治療方法。

尊重病人自主權，醫生需告知病人疾病、預後、風險、好處和替代方案。對於晚期心衰竭病人，醫生應告知植入式心臟裝置（例如 ICD）的撤除和停用此醫療設備的醫療選項，例如：對 ICD 進行調整，以使其無法電擊。醫生應確保在知情的情況下，病人做出拒絕或拒絕的決定，並尊重要求撤除治療此類決定。尊重病人的自主權也奠定了預立醫療照護諮商(ACP)，臨床醫生應鼓勵晚期心衰竭病人明確表達並記錄其與醫療照護相關的價值觀、目標和偏好。公平正義要求醫生根據他們的醫療檢查和醫學證據，給予關於治療和需求的建議，而非針對病人的特定特徵（例如：種族和性別）。

照顧病人時，當兩個或多項上述倫理原則彼此相衝突時，會出現倫理困境，例如：對於晚期心衰竭病人，不予或撤除維生醫療通常會產生這些困境。若病人要求停用植入式心臟裝置（即裝置療法的撤除）與臨床醫生本身所認知的行善和不傷害職責相衝突時，臨床醫生應努力解決困境，例如，召開個案討論會議。對於無法解決此類困境的情況，應考慮倫理諮詢或安寧緩和療護諮詢。系統性檢視病人的醫療情境，以及與健康照護相關的價值觀、目標、偏好、生活品質、情境脈絡特徵與其他因素，有助於解決倫理困境並提出解決方案。

(九)調整醫療

照護目標以改善舒適、緩解症狀為主。過程需要與病人及其家人溝通，並隨時檢視正在進行的治療其適用性及有效性。設定新目標後，應評估其使用的適應症、症狀控制或預防相關的治療。如果可能的話，應將心衰竭的治療持續優化，如果耐受良好並且定期檢查劑量，應繼續進行症狀控制或症狀預防；若為已不適用於適應症的藥物，應該考慮停用引起不良反應的治療。**通常啟動安寧緩和照護時，停止任何心衰竭治療都是不合適的**，因為許多治療，例如血管張力素轉換酶抑制劑（ACEI）和抗血管張力素 II 型 I 受體阻斷劑（ARB）或血管張力素受體抑制劑（ARNIs），它們可能對症狀控制很重要。如：利尿劑有助於控制呼吸困難，除非有明確的理由，否則不應停止。如果病人病情惡化，液體攝入減少，利尿劑劑量減少可能是適當的。ACEI、ARB 或 ARNI 可能有助於預防肺部充血，但可能導致症狀性低血壓或腎功能惡化，**劑量減少或停藥應個別性評估**。 β 受體阻斷劑可預防心動過速和/或心絞痛，尤其是心房顫動病人容易出現心率過快。如果由於症狀性低血壓需要減少或停止治療，或心輸出量低，應逐步進行，Digoxin 可能成為一種選擇。對於嚴重的心搏過緩， β -阻斷劑應減少或停止。藥物可做為提供安寧緩和療護方法的一部分，使進展性心衰竭的症狀改善。有時可能需要間歇性輸注靜脈內 inotropes 藥，在住院甚至居家中被作為安寧緩和療護的介入，以改善症狀和生活品質。**瀕臨死亡的病人則不應開始或繼續使用 inotropes**，因為他們通常在這種情況下不再提供任何症狀上的好處。如果心衰竭狀態改善，之後需要重新調整治療方法，包括重新開始或增加先前減少的心衰竭藥物劑量，或是減少或停用緩解症狀的藥物，例如：若使用鴉片類藥物後，呼吸困難和疼痛已獲改善。及時與有植入式心臟整流去顫器(Implantable Cardioverter Defibrillator, ICD)的病人討論，可以選擇重新調整，以避免潛在的痛苦和通常無用的電擊。停用心臟節律器(pacemaker)的請求更為複雜，一些病人擔心主動性心臟節律器(active pacemaker)會延長生命，**但這種療**

法既不會延長死亡時間，也不會引起症狀。此外，即使在臨終的病人中，抗心搏過緩的節律器可以預防由於低心率和/或心律停頓（例如頭暈、暈厥和呼吸困難）引起的症狀，並改善生活品質。同樣，應避免中斷再同步組件(resynchronization component)，因為喪失節律器誘導的同步會加劇心衰竭相關症狀。當病人或其照顧者要求停用抗心搏過緩或再同步節律器時，應考慮採用跨專業方法，包括安寧緩和療護、心臟科與倫理。

(十)臨終照護

心衰竭病人中約 60-70%的死亡是由心血管原因引起的，與心衰竭相關的死亡常是突然的或進行性的心臟幫浦衰竭所引發，由於這個原因，團隊照顧心衰竭病人應該熟悉瀕死照護及喪親家屬哀傷撫慰，並就這些問題進行溝通。瀕死的確認應跨專業團隊討論，以便整合不同專業的臨床看法。在臨終階段可能發生不想進食、因認知衰退而減少言語溝通、改變呼吸型態和存在性受苦。死亡是一個動態過程，關注診斷評估之變動性與病人及其家屬的身心靈需求變化同等重要。

許多人偏好在宅善終，但是所有病人中有 60-80%會死於醫院、護理之家、長照機構與安寧病房。臨終照護地點的選擇會在疾病過程中發生變化。一個家庭中，病人能否在家中死亡，照顧者的支持佔重要因素。而及早的 ACP 有助於實現病人的偏好。當死亡時，呼吸的“死亡嘎嘎聲”和瞻妄是常見的，如果因為某些原因尚未停止 ICD，如此一來，就會發生不必要的 ICD 震顫，可以將磁鐵貼在設備的發生器上，以防止進一步震顫，如果可能，執行電子停用。應當停止或不啟動所有對維持舒適最佳化沒有幫助的診斷、治療和護理措施。

表 3、支持心臟衰竭病人相關的安寧緩和療護措施

主題	描述	心衰竭病人之臨床應用
預立醫療 照護諮商 (ACP)	透過溝通過程，幫助個人確定 照護目標、以及對未來醫療處 置的偏好與照護，尤其是維生 醫療。 ACP 的結論可以是：預立醫療 決定或指定醫療委任代理人	疾病特定面向需成為 ACP 討論 的一部分，例如害怕呼吸困難、 無法控制的疼痛、或瀕死階段植 入式心臟節律除顫器的處置。
倫理 困境	以四個倫理原則協助決策，在 晚期心衰竭病人的照護過程 中：行善、不傷害、尊重病人 的自主權和公平正義。 照護過程中當兩個或兩個以上 倫理原則相衝突時會產生倫理 困境。	尊重病人自主權，臨床醫生需告 知病人有關他們的疾病、預後、 風險、益處和檢查和治療的替代 方案與治療，包括植入式心臟裝 置（例如 ICD）的撤除和停用此 醫療設備的醫療選項。尊重病人 自主權也奠基了 ACP 的過程。 對於無法解決的倫理困境，可考 慮倫理諮詢或安寧緩和療護諮 詢。
靈性 照顧	關注宗教需求、價值觀和存在 性需求。	靈性照顧涉及廣泛的措施，從臨 床醫生的治療性共在(therapeutic

主題	描述	心衰竭病人之臨床應用
		presence)到靈性照顧/牧靈人員和牧師等專家提供的專業協助。
調整醫療	評估適應症藥物使用的有效性，當設定新目標後，需持續性評估。	調整治療是一個動態過程，可能包括減少劑量/停止服用不再有益的藥物，特別是在引起不良副作用之藥物；或在臨床情況改善後重新開始/滴定先前撤回/降低劑量的藥物。 規則是：傷害、負擔或長期影響=停止；症狀改善=繼續/調整劑量。
臨終照護	瀕死是一種醫學診斷，診斷應該是既不忽略也不拖延。死亡是一個動態過程，症狀不斷變化，需要密集的安寧緩和療護。	病人及其家人應獲得適當的諮詢、支持和放心。為了保持最佳化的舒適，所有無效益的治療應該停止或不啟用，包括停用 ICD 和其他設備（如果以前未執行）。

(十一)安寧緩和療護(palliative care, PC)

跨專業的照護涵蓋了病人和家人，並滿足病人無論在家或機構都能得到安寧緩和療護之需求。安寧緩和療護分為一般(generic PC)和專業(specialist PC)。一般安寧緩和療護稱之為“安寧緩和療護方式(PC approach)，由所有接受過基本 PC 培訓並將 PC 融入常規照護的醫療專業人員提供；專業 PC 由接受過專業培訓的跨專業人員，針對具複雜性病人需求和症狀提供專業安寧緩和療護，提供理想的疾病特定處置和照護。PC 團隊通常包括醫師、護士、健康照護專業成員和牧靈人員，有時也包含藥師和倫理學家。照護團隊包括心理師、醫師、物理治療師、職能治療師、營養師、語言治療師和社工師等。每個專業都各司其職扮演著在滿足病人和家屬的 PC 需求之重要角色。例如：物理治療師和職能治療師，在非藥物處置面向尤其重要，例如緩解呼吸困難處置和提升功能能力。職能治療師對於疲憊和焦慮的非藥物處置，以及評估、提供設備以維持功能並優化生活品質，PC 還提供喪親者哀傷撫慰。

(十二)結論

PC 提升了許多心衰竭病人及其家人的生活品質。對於大多數人來說，一般 PC(generic PC)和理想的心衰竭照護是需要的，並且可以由核心團隊（心臟科、基層醫療或老年照護）提供，若有需要，可評估轉介專業 PC 之必要性。針對心衰竭所提供的 PC，需正確理解各種 PC 服務，並辨識病人的 PC 需求，PC 所關注的是症狀控制、支持決策、溝通，包括疾病進展和生活品質問題，及早進行 ACP 並瞭解病人的心理、社會和靈性問題。PC 應該輔助心臟科照護，而非替代。只要病人有需要，無論預後如何，為所有心衰竭病人提供心臟科和 PC 的整合性照護應成為現代醫療的方式，以提供心臟病病人更周全的照護。