

末期肺癌患者之安寧療護

蔡孟修 柯獻欽

奇美醫療財團法人 奇美醫院 緩和醫療中心

摘要

肺癌是常見且死亡率很高的癌症，根據衛生福利部死因統計：2016年台灣有9,372人死於肺癌，佔所有死亡人數的5.4%，無論是男性或女性，肺癌都佔癌症死亡原因的第一位，肺癌的五年存活率僅19.7%，每年健保花費117億新台幣。末期肺癌患者深受症狀所苦，對生活品質的影響甚鉅。安寧緩和療護不刻意延長生命或改變病程，而是著重在症狀控制，顧及病人身體、心理、社會與靈性的受苦。與病人及家屬開誠佈公的溝通，以病人的舒適為前提，設定務實可達成的照護目標。臨床上醫師常常不知何時讓安寧療護介入，而且過度顧忌止痛藥與鎮靜劑的副作用，使得末期肺癌病人所接受到的緩和安寧醫療明顯不足。許多國外的腫瘤醫學會都建議：在病人與醫療團隊辛苦抗癌的歷程中，緩和醫療的早期介入，有助於改善病人的生活品質，甚或能延長病人的生命。本文闡述：末期肺癌患者的評估以決定安寧療護介入的時機；以混合處置模式兼顧積極的疾病治療與緩和的安寧療護；瞭解醫病溝通的障礙與改善溝通的方法；末期肺癌患者的種種症狀及可能之處置方式，讓末期肺癌病人的最後階段得以善終。

關鍵詞：肺癌 (Lung cancer)
緩和醫療 (Palliative care)
症狀處置 (Symptom management)
照護目標 (Goals of care)

引言

近數十年來全世界的肺癌病人都有顯著增加，在台灣也不例外，1974年時台灣的肺癌死亡率為每十萬人口9.28人，到2016年增為每十萬人口39.90人，在四十幾年間增加到4.3倍！國人之肺癌在流行病學上有些特徵與西方國家不同，包括：女性肺癌的發生率特別高，西方國家之男性肺癌的死亡率是女性的7~8倍，台灣則只有1.8倍（圖一：2016年台灣男性肺癌死

亡率為每十萬人口50.9人，女性為28.9人）；歐美國家的肺癌患者85%是吸菸者，在台灣則不及50%的肺癌患者有吸菸；無論男女，肺癌之細胞型態均以腺癌為主，根據2012年統計，女性肺癌有高達82%是腺癌，男性肺癌也有49%是腺癌；肺腺癌的臨床表現以周邊型居多，早期多無症狀，容易延遲診斷。

雖然近十幾年來在治療肺癌上有長足的進展，諸如：標靶治療與免疫治療的問世，但這些療法並非通體適用，只對某部分肺癌患者有

效，而且旨在延長患者的存活期，能藉此而讓肺癌痊癒者仍屬鳳毛麟角，末期肺癌患者終將面臨癌細胞對治療產生抗藥性，病情復發藥石罔治的窘境。

末期肺癌之特性與病人評估

末期癌症患者在初診斷後，通常會先接受正規的化學治療或標靶治療，此時會先維持一段具有良好生活機能的病程，除了治療所帶來的副作用外，病人與癌共存相安無事，直到治療產生抗藥性，病情可預知的惡化，一些原發或轉移的症狀接踵而來，病情加劇，病人可能在短期內（數週到數月）死亡。相較於其他的慢性疾病，如：慢性肺阻塞 (COPD)、失智症，肺癌的病程與存活期算是比較好估算（圖二）²。

早期的肺癌（Ⅲ a 期之前）的治療以手術切除為主，輔以化學治療或放射線治療，此時才有痊癒的機會；但不幸的是六成左右的肺癌患者在初診斷時已屬末期（包括局部晚期Ⅲ b 與遠處轉移Ⅳ期），晚期的肺癌通常無法治癒，即使藉由妥善的治療，其平均存活期在一年半至

兩年之間，治療的目標放在延長生命與控制症狀。末期肺癌的病人在病情惡化時，深受各種症狀所苦，此時病人希望能控制症狀更甚於延長生命，不希望在最後階段時被插管或急救³。一般末期病人需要安寧醫療資訊的時間點，遠早於醫生所認定的時間，故不太可能發生過早討論臨終議題的情形。當醫生自問：「這個病人如果在半年內死亡，我會覺得驚訝嗎？」，如果答案是否定的，那就是安寧療護介入的時機。Temel JS 等人在 2010 發表研究：末期轉移性肺癌的病人，若能早期介入緩和照護，反而比傳統治療更能延長病人的生命⁴。

其實緩和醫療 (palliative care) 是基於減少病痛，提升生活品質，在病程的任何階段皆適用，可與治癒性治療一起進行，可由原醫療團隊負責，不是在安寧團隊介入後才開始實施⁵。並不是只有試圖改變病程的治病醫療 (curative-restorative care) 才是積極治療，緩和醫療也是積極的治療，積極地控制病人的症狀，促進病人的舒適。安寧療護 (hospice care) 則包含於緩和醫療之中，適用於預期存活低於六個月的末期



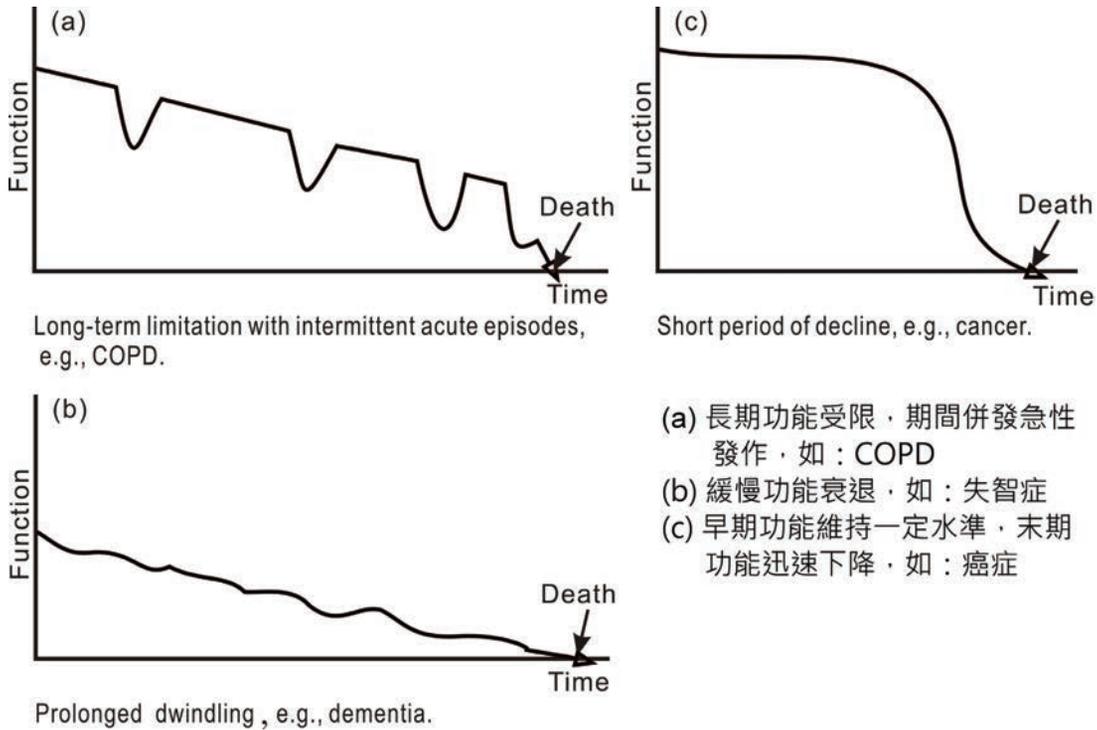
圖一：台灣歷年男女肺癌死亡率：可見無論是男性或女性，肺癌的死亡率都是逐年上升，但是女性肺癌死亡率的成長高於男性。（資料來源：衛生福利部統計處）。

病人，不施行治癒性治療、心肺復甦術與維生醫療，通常由安寧療護團隊主導（圖三）。

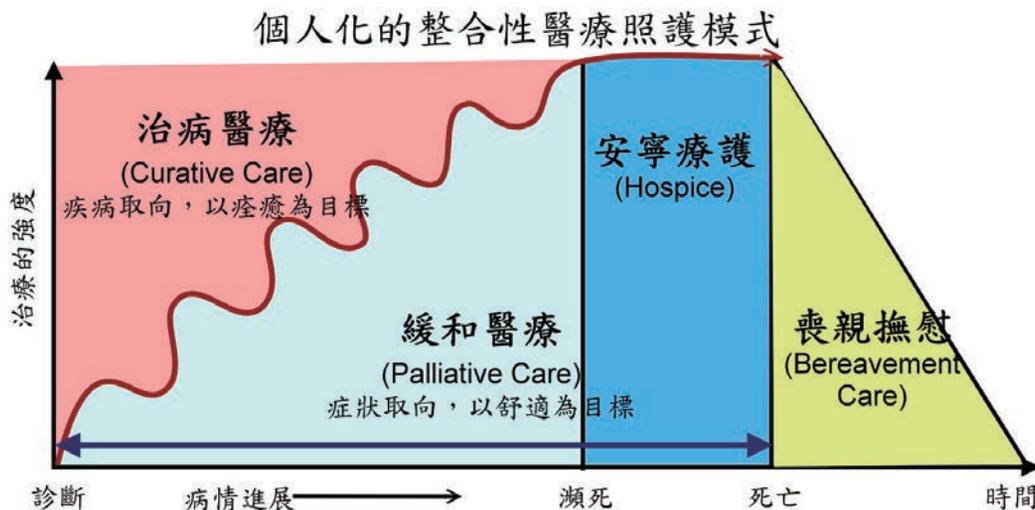
溝通問題

溝通不足是臨終照護的最大障礙之一，但國人常忌諱談論死亡，當不知死之將至時就談

不上安寧療護。傳統的觀念中，安寧療護給人失敗或放棄的聯想，病人也擔心安寧療護的介入就是被原來的醫師放棄，會打斷照顧的連續性。忙碌的醫師也鮮少有足夠的看診時間與病人討論安寧療護，原主治醫師害怕臨終討論會奪走病人的希望，並摧毀病人對醫生的信任，



圖二：進展性慢性疾病 (progressive chronic illness) 之三種典型病程 (disease trajectory)。



圖三：個人化的整合性醫療照護模式：緩和醫療 (palliative care) 與治病醫療 (curative care) 是並行不悖的，緩和醫療以治療症狀與促進舒適為目的，在疾病診斷初期即可介入，隨著病情的惡化，緩和醫療的比率逐漸加重。安寧療護 (hospice care) 屬於緩和醫療的一部份，常於預期病人死亡前六個月內實施，以尋求善終為目標。即使在病人死亡後，家屬與照顧者的喪親撫慰 (bereavement care) 仍是需要的。

而且醫師常常覺得病人還沒有準備要討論臨終議題。醫生避免講到不好的預後，認為病人死亡就是治療失敗，就這樣拖著，直到病情可預期地變嚴重了，才匆忙探詢病人的意願，此時病人可能已被插管而難以溝通；或陷入昏迷而不知其意願為何，致使無法遵照病人的意願而造成遺憾。其實絕大部分的患者都希望有人能跟他們討論臨終課題，包括：疾病預後與預立醫囑 (advance care planning, ACP)，但只有不到 20% 的患者得到滿足。

公開承認「末期肺癌是進展性、不可逆，且預後不佳的疾病」是溝通的第一步，病人希望醫師告知的臨終照護內容包括下列五部分⁶：

- 一、疾病的診斷與病程如何—確切診斷是什麼？接下來會發生什麼事？
- 二、治療對控制症狀、促進生活品質、與延長生命的角色—接受積極的治療會比較好嗎？
- 三、預後—末期肺癌的存活率多高？對生活品質有何影響？
- 四、臨終的過程如何—末期肺癌的臨終症狀會很痛苦嗎？
- 五、預立醫囑 (advance care plan, ACP)—臨終時病人想在那裏接受照顧？想由誰照顧？惡化時進一步接受治療的意願，包括：抗生素、呼吸器、與其他維生醫療。

改善溝通的技巧是促進溝通的首要條件，好的溝通技巧是包括：

- 一、雙向進行—醫護人員鼓舞病人與分享希望，但也暗示病人可能逐步邁向死亡。我們期望最好的狀況，卻也為最壞的情形做準備。
- 二、開放式問題—如：「你會擔心未來嗎？」、「你希望我們能達成什麼目標？」，讓病人能暢所欲言。
- 三、避免使用的無助語詞—如：「沒有什麼好做的了」、「停止治療」、「撤除照護」，不要讓病人有被放棄的感覺。
- 四、不做維生醫療不代表是照護打折—我們不希望積極的治療加深病人的痛苦，而減輕病痛一直是我們的目標。

五、告知不同的治療選項與預後訊息—以數據形式做具體的表達，如：「急救後的存活率多高？」、「100 位像你父親病況的病人中，有 10 人可以活過一年」。

末期肺癌之症狀及其治療

末期肺癌病人的症狀負荷極重，常見的症狀包括：呼吸困難、疼痛、咳嗽、咳血、疲倦、失眠…等。除了生理症狀外，心理問題也佔了很重的角色，大多數的末期肺癌患者有臨床相關的焦慮或憂鬱。病人最在意的是：不要被嚴重的症狀煎熬而痛苦地死亡，但醫生卻因害怕藥物的副作用，而不敢積極地用藥控制症狀，如：顧忌嗎啡類與抗焦慮劑的抑制呼吸作用。

一、呼吸困難

呼吸困難是降低生活品質的元凶，是讓病人不想再活下去的主因。呼吸困難是主觀的感覺，源於氣道、肺部與胸壁的受體接受到的訊息，與中央呼吸運動活性無法配合。通氣需求量增加或通氣的機械過程受損（如：氣道阻力增加、順應性降低）導致，而認知、情緒、行為等因素都會影響呼吸困難的感受。

呼吸困難的處置原則包括：（一）降低通氣需求—氧氣治療、運動訓練、降低能量消耗；（二）增進通氣的功能—支氣管擴張劑、抗發炎藥物、呼吸訓練以促進呼吸肌的功能；（三）改善中樞神經的感受—在藥物方面可使用嗎啡類與鎮靜劑；在非藥物方面是教育、心理支持與行為治療。

氧氣治療主要用於嚴重低血氧症 ($P_aO_2 \leq 55$ mm Hg) 者，可以增加低血氧者的存活率與生活品質。呼吸困難的病人在臨終時大多會使用氧氣，但氧氣治療有其負擔：它在某種程度上造成病人的心理依賴，即使短暫中斷氧療也會感到焦慮；笨重的氧療設備會限制病人的居家與外出的活動，氧氣面罩則會妨礙病人與家屬間的溝通；氧氣治療讓病人感到恥辱與難堪，妨礙社交活動，導致孤立；氧氣的助燃特性有一定的危險性；氣流會造成呼吸道黏膜乾燥不舒

服；長期氧氣治療的經濟負擔也是個問題。另外，撤除氧氣治療並不容易，會使病人窘迫、感覺被放棄、害怕生命因此縮短⁷。

減緩呼吸困難的非藥物方法包括：肺部復健（訓練呼吸技巧以增加呼吸的機械效率）、煽風（吹過鼻腔、口腔或臉頰的冷空氣流可降低呼吸困難的感受）、降低通氣需求（調整活動步調，以較少的勞力完成日常活動）、與放鬆策略（肌肉放鬆法、視覺與誘導意象、自我催眠、音樂分散注意力）。

藥物治療在臨終前數週到數月特別重要，包括：支氣管擴張劑（若合併阻塞性肺病）、類固醇、鴉片類（opioids）與鎮靜劑（sedatives）。

口服或注射鴉片類可減少呼吸困難，增加運動耐受性。口服 morphine (20 mg/day) 可使呼吸困難改善 15%-22%。用於撤用呼吸器的病人，不僅不會加速死亡，反而可以延長自主呼吸的期間。當嗎啡用於治療呼吸困難時，其劑量較用於止痛時為低，可以從低劑量、高頻率 (morphine 1.25-2.5 mg PO q4h) 開始，期間若仍有突破症狀 (breakthrough)，可每小時給一半劑量，小心往上調整並監測反應，增加至最低有效劑量。如此方式並不會導致 P_aO_2 下降或 P_aCO_2 上升 (> 40 mm Hg)，用於緩和呼吸困難的嗎啡劑量，不會造成呼吸抑制與增加死亡率。目前並無證據顯示吸入劑型的嗎啡可有效改善呼吸困難，故不建議使用吸入劑型。嗎啡初使用的短期副作用包括：噁心、嘔吐、頭暈，可增加漱口次數，少量多餐，採清淡飲食，或口含冰塊、吃蘇打餅乾或乾性食物，以減輕症狀。一般在藥物使用 4 天左右身體適應此藥物後，此症狀即可減輕。長期具耐受性的副作用包括：嗜睡、便秘與排尿困難，須給予緩瀉劑，監測意識狀態與瞳孔大小。一般中低劑量的嗎啡絕少造成呼吸抑制，若副作用過大時，可投予解毒劑 naloxone。

鎮靜劑可與鴉片類併用於嚴重呼吸困難者，單獨使用 alprazolam 或 buspirone 並無顯著好處，反而可能降低血氧濃度。注射劑型可使用 midazolam 2.5-5.0 mg SC 2h PRN 或 10-30 mg/24 hr SC infusion。

亨利氏環利尿劑 (loop diuretics)，如：furosemide，有利於降低肺部充血，對合併有左心衰竭或癌性淋巴炎患者有幫助。

緩和性鎮靜 (palliative sedation) 是使用強力鎮靜劑，劑量調整到讓病人喪失意識，用於極度呼吸困難、躁動、缺氧的病人。可使用下列藥物：

- (一) Phenobarbital 200 mg IV/SC bolus, then continuous IV or SC infusion at 600 mg/d; usual maintenance dose, 600-1,600 mg/d.
- (二) Levomepromazine 2.5 mg-5.0 mg qd or bid, or SC infusion at 5-25 mg/d.
- (三) Midazolam 2.5-5.0 mg q2h SC PRN or SC infusion. 可往上調整劑量。

非侵犯型正壓呼吸器 (non-invasive positive pressure ventilation, NPPV) 不使用人工氣道，而利用非侵犯型介面，如：鼻罩、面罩或鼻套管，做正壓機械通氣，典型的機器為雙相呼吸道正壓換氣輔助 (bi-level positive airway pressure, BiPAP)。NPPV 使用於呼吸困難的末期病人的目的在降低呼吸做功、舒緩呼吸困難、與維持病人清醒。NPPV 也可短暫延長病人的生命，如：等待重要的親友到來時。但是使用時的噪音、穿戴面罩的難受與恐懼感，都會影響 NPPV 的使用。而且 NPPV 的使用舒適度視病人有很大的差異，病人若不能適應則反而蒙害，病人是否能忍受束緊的面罩是使用 NPPV 的成功關鍵。口鼻分泌物過多、意識不清楚都是使用 NPPV 的禁忌，因為會增加誤嚥的危險。初次使用 NPPV 時需要呼吸治療師從旁密切觀察與協助，故不太可能在居家環境中使用。而且 NPPV 也可能如同傳統呼吸器一般，會延長死亡的過程。NPPV 用於末期病人，在降低呼吸困難、病人對 NPPV 的忍受度、是否可減少嗎啡的使用…等效果都值得商榷，故不建議常規在末期病人使用。

二、咳嗽

九成的肺癌患者伴有慢性咳嗽，且嚴重程度多在中重度以上，足以影響睡眠。處置上先找出可逆的病因，如：避免吸入刺激物、

避免服用 angiotensin-converting-enzyme (ACE) inhibitors、治療過敏性鼻炎、減少口鼻分泌物、治療胃食道逆流、以抗生素治療呼吸道感染、以支氣管擴張劑或類固醇治療阻塞性肺病…等。

若咳嗽源於腫瘤阻塞大氣道，則可根據病人狀況採取疾病導向治療 (disease-directed therapy)，如：緩和性化學治療 / 放射線治療、支氣管鏡下施行雷射切除 (laser resection) 或支架置放 (stent placement)。

當咳嗽病因不易排除時，症狀導向治療 (symptom-directed therapy) 就相形重要。中樞作用的止咳藥 (centrally acting antitussives) 分為鴉片類與非鴉片類，codeine 是最古老的止咳藥，有超過 150 年的歷史，另外 hydrocodone 與 morphine 均可降低咳嗽的頻率與嚴重度。Dextromethorphan 是最常見的櫃臺上止咳藥水 (over-the-counter cough syrups) 成分。Gabapentin 與 pregabalin 是 g-aminobutyric acid (GABA) 類似物，均屬於非鴉片類中樞止咳藥物。Benzonatate 是周邊作用的止咳藥 (peripherally acting antitussives)，藉由麻醉延展受器 (stretch receptor) 而達到止咳效果。

祛痰劑 (expectorants, 如：glyceryl guaiacolate) 與黏液溶解劑 (mucolytics, 如：acetylcysteine) 是屬於促咳劑 (protussives)，可幫助病人把濃痰咳出來，本身並沒有止咳的效果。由於此類藥物會使痰量增多，不應使用於無力咳痰的病人。

瀕死病人因乏力與氣道分泌物增加，八成有咳嗽的症狀，此時使用抗膽鹼藥物 glycopyrrolate 可減少分泌物，降低咳嗽。

三、疼痛

47% 的肺癌患者有疼痛問題，接受安寧療護的肺癌患者更高達 76% 為疼痛所苦。肺癌的疼痛可源於腫瘤壓迫神經、侵犯胸壁、惡性肋膜積液與骨轉移¹⁰。肺癌患者的止痛治療明顯不足，因醫生唯恐藥物的副作用縮短病人生命，如：非類固醇類消炎藥 (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) 造成支氣管攣縮、

鴉片類造成呼吸抑制；病人 / 家屬則害怕抗藥性 (愈吃愈重) 或上癮。

癌症止痛藥分為：非鴉片類 (nonopioids)、鴉片類 (opioids) 與輔助性止痛藥 (adjuvant analgesics)。非嗎啡類止痛劑以 NSAIDs 為主，如：acetaminophen, ibuprofen 與 cyclooxygenase-2 (COX-2) inhibitors；類固醇 (如：dexamethasone) 有助於轉移所造成的骨痛與頭痛，另可增進食慾，減少嗜睡；弱嗎啡類止痛劑 (weak opioids) 包括：codeine, tramadol 與 buprenorphine, codeine 的效價是口服嗎啡的十分之一，tramadol 則是嗎啡的五分之一。強嗎啡類止痛劑 (strong opioids) 包括：morphine, oxycodone, hydromorphone 與 fentanyl, 可使用 morphine 10-30 mg PO q4-6h 或 5-20 mg q4h SC；morphine 與 oxycodone 都有緩釋錠劑型，可降低給藥頻率。Fentanyl 有貼片劑型，可 72 hr 使用一片即可。有些抗憂鬱劑 (tricyclic antidepressants)，如：imipramine，及抗癲癇劑 (anticonvulsants)，如：Gabapentin 與 pregabalin，也有止痛效果，特別是對某些神經病變的疼痛有效¹¹。

骨轉移所造成的疼痛可施予放射線治療 (external radiation therapy)，可合併雙磷酸鹽 (bisphosphonates)，如：zoledronic acid，或 RANKL 單株抗體 denosumab。脊椎因轉移而發生壓迫性骨折可以外科手術固定 (surgical fixation)，以避免四肢癱瘓或失禁；對於頑固性疼痛可請麻醉科醫師施予神經阻斷術 (nerve blocks)。

四、喘鳴 (Stridor)

喘鳴源於上呼吸道狹窄產生亂流，導致尖銳高頻的呼吸音，主要發生於吸氣期。原因包括：腫瘤由外壓迫或向內生長阻塞氣道、異物誤嚥、咽喉水腫或感染…等，發生的速度與阻塞的程度決定喘鳴的嚴重性¹²。如果喘鳴是突然發生的，可給予注射或吸入 epinephrine 以治療過敏或水腫。若效果不彰，為了保證足夠的通氣與氧合，有時需要氣管內插管、緊急氣管切開、或硬式支氣管鏡，但這些侵犯性處置在末期肺癌病人常無法達到其預期效果，並可能

增加受苦。

迅速控制症狀須使用 opioids 與 benzodiazepines，一開始先予以 morphine 5-10 mg IV or SC every 10-30 min 與 lorazepam 0.5-1.0 mg IV or SC every 15-60 min，增加劑量至症狀緩解，甚至須用到緩和性鎮靜¹³。向病人/家屬保證「我們將盡全力讓症狀得到控制」，但有時症狀控制與意識狀態無法兼顧時，還是要讓病人/家屬選擇是要舒服睡著？或是醒著受苦？

五、咳血

約 20% 肺癌病人曾經歷咳血，並有 7-10% 肺癌病人以咳血為初表現。咳血常發生於鱗狀細胞型肺癌、肺部開洞或使用 bevacizumab 治療。咳血通常會讓病人/家屬感到震驚，處置取決於病人的狀態與咳血的嚴重性。少量血絲痰只要給予安慰使其安心即可；大咳血通常定義為：24 hr 內咳血量大於 500 ml，或咳血速度大於 100 ml/hr，是預後不佳的癥象，可能成為終結性命的事件。

處理上可讓病人穿上深色罩袍與使用深色床單，不要在床邊留下收集血痰的杯子或帶血的衛生紙，避免觸目驚心的視覺衝擊。讓病人側躺，出血的肺部在下邊，避免血水外溢到健康的肺部，造成吸入性肺炎而影響血氧飽和度。矯正出血傾向 (hemorrhagic diathesis)，停用抗凝血劑 (anticoagulants)，給予氧氣治療、強力止咳藥與鎮靜劑，避免咳嗽誘發更多咳血，降低病人緊張焦慮。可給予吸入 epinephrine、口服或靜脈注射抗纖維溶解劑 (antifibrinolytics)，如：tranexamic acid，但效果並未確立。

若病人狀況不致太差，可考慮介入性治療¹⁴，包括：支氣管鏡電灼術 (electrocautery) 或雷射凝固療法 (laser coagulation)¹⁵、血管攝影下支氣管動脈栓塞術 (bronchial artery embolization)。若病人已在瀕死階段，則可給予 midazolam 0.2 mg/kg IV or SC 以減輕痛苦。

六、惡性肋膜積水

一半左右的癌症病人於病程中終將產生惡性肋膜積水，其中以肺癌與乳癌最為常見，

表現症狀以氣促、乾咳、肋膜痛、胸緊、運動耐受量受限制和疲倦為主，身體檢查出現呼吸音減低與叩診呈鈍音，影像學檢查以胸部 X 光與超音波為主。確定檢查以肋膜腔穿刺 (thoracentesis) 合併細胞學和肋膜切片生檢 (pleural biopsy)，可達 73-90% 的診斷率。

肺癌一旦出現惡性肋膜積水即屬於第四期，預估生命存活期約 4-12 個月，處置上包括：單純肋膜腔穿放術 (simple thoracentesis)、胸管胸廓造口術 (tube thoracostomy)、肋膜沾黏術 (pleurodesis) 與胸腔鏡手術 (thoracoscopy)。

肋膜腔穿放術同時用於診斷與治療，可暫時性解除症狀，副作用為出血、氣胸與再擴張性肺水腫 (re-expansion lung edema, 好發於單次放液量大於 1,500 ml)，在生命期很短或無法承受其他治療方法的病人可反覆施行。

胸管胸廓造口術常使用小口徑胸導管 (small-bore catheters, 8-14F)，如：豬尾巴導管 (pigtail catheter)，不僅病人較舒適，也較少發生癌細胞沿著管道散佈 (tract implantation)。可同時併用肋膜沾黏術，使用的硬化劑 (sclerosing agents) 包括：talc, bleomycin, doxycycline 與 picibanil (OK-432)。

胸腔鏡手術 (thoracoscopy) 的好處是：可以直接看到肺組織的再擴張，辨認分隔的 (septated) 區域並加以引流，將胸管放到最適當的位置，同時給予滑石粉硬化劑，其診斷率與肋膜沾黏的成功率都可以達到九成以上。

七、疲倦

約 3/4 肺癌病人曾經歷癌症相關疲倦 (cancer-related fatigue, CRF)，疲倦是主觀、多面向的症狀，整體感覺從疲累到耗竭都有可能。疲倦會妨礙病人機能運作的能力，對生活品質影響甚鉅。多數末期癌症患者有疲倦的症狀，但須排除貧血或低血氧症等可矯正的因素。肺部復健有助於改善疲倦，對改善呼吸困難、情緒功能與自我控制的感覺都有幫助，有時只是踱步並有足夠的休息就有效果。

對體能極差的癌末患者而言，運動與復健將不再適合，疲倦常合併呼吸困難、憂鬱與失

眠這三項症狀。以能量保存方法與放鬆技巧改善這些合併症狀，將有助於改善疲倦。另外可嘗試中樞神經刺激劑，如：methylphenidate 10 mg PO bid-tid 或 modafinil 200 mg PO qd，可能有助於改善癌症與慢性神經患者的疲倦。

八、焦慮與憂鬱

約八成左右的肺癌患者有憂鬱症傾向，憂鬱症會降低生活品質，也會影響預後。呼吸困難會導致或加重焦慮，反之，焦慮本身也會加重呼吸困難，心理問題是惡化與經常住院的預測因子。心理症狀（如：厭食、體重減輕、睡眠障礙）難以與肺癌本身的症狀作區分，而只有少數併有心理問題的肺癌患者有接受精神方面的治療。

可用的藥物包括：

- (一) 三環抗憂鬱劑 (tricyclic antidepressants, TCA) 一如：nortriptyline (25 mg) 1# tid-qid, 屬於第二代的 TCA。
- (二) 選擇性血清素再吸收抑制劑 (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI) 一如：Fluoxetine 20-60 mg PO qd 或 Sertraline 50-200 mg PO qd。

肺部復健也可改善心理問題，但非常嚴重的末期肺癌患者並不適合做復健。進展性肌肉鬆弛法對末期肺癌病患是最有效的非藥物治療法；認知行為治療也可能有幫助，但這些訓練法均需反覆練習、提早介入，才有功效。社會隔離也會導致憂鬱症，來自親友與社區的支持，可減輕末期肺癌患者的心理問題。

九、瀕死囉音 (“death rattle”)

病人瀕死時嘈雜的呼吸聲音，源於病人自我保護氣道的功能已喪失，使得上呼吸道的分泌物過多，常造成家屬的恐慌與不捨。此時可使用抗毒蕈鹼性藥物 (muscarinic anticholinergics) —

- (一) Hyoscine-N-butylbromide 20 mg IM PRN
- (二) Glycopyrronium 0.4 mg SC q6h PRN, or 0.6-2.4 mg/24 hr SC infusion

- (三) Atropine 0.1% eye drops 2-4 drops SL q2h PRN 舌下吸收，可由家屬自行給予。

結 論

肺癌是所有癌症之中的頭號殺手，在台灣無論男性或女性，肺癌都是癌症死因的第一位，預後不佳且發生率仍逐年攀升。末期肺癌患者隨著病況加劇，各種症狀接踵而來，在身體、情緒、社會、心靈上都承受著莫大的苦痛，嚴重影響其生活品質。緩和醫療以減輕病人症狀，增進病人舒適為目標，不只適用於瀕死的患者，可早期介入癌末病人的療程，以提升病人的生活品質。藉由良好的醫病溝通，讓病人 / 家屬瞭解疾病的進展與預後，確認病人的意願，建立務實的治療目標。對於末期患者而言，死亡是必然的歸宿，死亡並不表示醫療的失敗，它也是專業照顧實踐的機會，安寧療護是多專科跨團隊的醫療，與其他醫學專科一樣重要，做好安寧療護，病人受益的程度也不亞於醫學的其他領域。

參考文獻

1. 衛生福利部統計處：105年死因統計年報 <https://www.mohw.gov.tw/dl-38801-07b7b75e-069e-4ecc-ae8f-21b40dc7051c.html>
2. Lim RB. End-of-life care in patients with advanced lung cancer. *Ther Adv Respir Dis* 2016; 10: 455-67.
3. Brown CE, Jecker NS, Curtis JR. Inadequate palliative care in chronic lung disease. An issue of health care inequality. *Ann Am Thorac Soc* 2016; 13: 311-6.
4. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-742.
5. Chandrasekar D, Tribett E, Ramchandran K. Integrated palliative care and oncologic care in non-small-cell lung cancer. *Curr Treat Options Oncol* 2016; 17: 23.
6. Janssens A, Kohl S, Michielsen T, Van Langendonck S, Hiddinga BI, van Meerbeeck JP. Illness understanding in patients with advanced lung cancer: curse or blessing? *Ann Palliat Med* 2016; 5: 135-8.
7. Booth S, Kelly MJ, Cox NP, Adams L, Guz A. Does oxygen help dyspnea in patients with cancer? *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153: 1515-8.
8. Bobb B. A review of palliative sedation. *Nurs Clin North Am* 2016; 51: 449-57.
9. Gifford AH. Noninvasive ventilation as a palliative measure. *Curr Opin Support Palliat Care* 2014; 8: 218-24.

10. Potter J, Higginson IJ. Pain experienced by lung cancer patients: a review of prevalence, causes and pathophysiology. *Lung Cancer* 2004; 43: 247-57.
11. Simmons CP, Macleod N, Laird BJ. Clinical management of pain in advanced lung cancer. *Clin Med Insights Oncol* 2012; 6: 331-46.
12. Murgu SD, Egressy K, Laxmanan B, Doblare G, Ortiz-Comino R, Hogarth DK. Central airway obstruction: Benign strictures, tracheobronchomalacia, and malignancy-related obstruction. *Chest* 2016; 150: 426-41.
13. Kvale PA, Simoff M, Prakash UB, American College of Chest Physicians. Lung cancer. Palliative care. *Chest* 2003; 123:284S.
14. Masuda E, Sista AK, Pua BB, Madoff DC. Palliative procedures in lung cancer. *Semin Intervent Radiol* 2013; 30: 199-205.
15. Bauer TL, Berkheim DB. Bronchoscopy: Diagnostic and therapeutic for non-small cell lung cancer. *Surg Oncol Clin N Am* 2016; 25: 481-91.
16. Shinde AM, Dashti A. Palliative care in lung cancer. *Cancer Treat Res* 2016; 170: 225-50.

Palliative Care in Patients with Advanced Lung Cancer

Meng-Hsiu Tsai, and Shian-Chin Ko

Palliative Care Center, Chi Mei Hospital

Lung cancer is the most common cancer globally and is the leading cause of cancer death in both men and women in Taiwan. Patients with advanced lung cancer suffer from progressive dyspnea, pain cough, stridor, hemoptysis, fatigue, anxiety and depression, etc. The significant symptom burden can adversely affect patients' quality of life, adding more to the constellation of physical, emotional, psychosocial and existential suffering. Aiming at symptom amelioration and patient comfort, palliative care helps to effective and timely assessment and management of symptoms in an interdisciplinary manner via open communication and dynamic goal setting. We suggest to introduce palliative care earlier to advanced lung cancer patients for better symptom control and life quality. Comprehensive interdisciplinary team-based palliative care should be an integral part of routine care for patients with advanced lung cancer. (*J Intern Med Taiwan* 2017; 28: 325-333)