

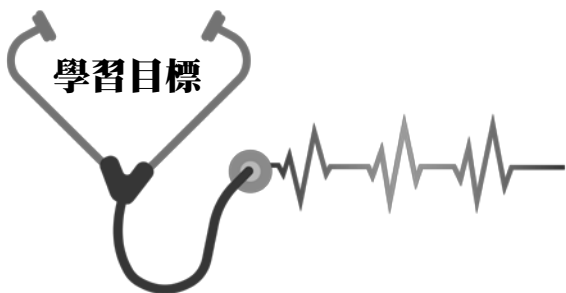
(02 章頭頁)

(02 章頭頁)

33

C
H
2
O
與
1
的
抉
擇

學習目標



34

- ✧ 了解照護器官移植病人可能遇到的各種狀況。
- ✧ 反思當病人逃避不願面對醫療抉擇時，醫療團隊可運用之溝通技巧，以及不同職類專業介入溝通的時機點及方法。
- ✧ 學習如何在維繫生命的醫療決策與病人意願間取得平衡點。
- ✧ 建立面對強勢、不易溝通的病人，提供醫療建議與方向的模式。

五十六歲的林女士，因擴張性心肌病變導致心臟衰竭。九年前開始在台北慈濟醫院心臟內科門診進行追蹤，近兩年，兩次因心臟衰竭入院，當時已建議她評估心臟移植治療的可能性，但林女士不願家人擔心，而未將入院一事告知任何人，同時也擔心手術帶來的疼痛與不適，拒絕心臟移植。

前年 10 月，林女士因胸痛不適、冒冷汗，急性心衰竭，至醫院急診時進行呼吸道插管，入住內科加護病房。兩天後，轉入普通病房，心臟內科團隊初步診斷，確認心衰竭惡化，藥物已無法有效改善，若未能進一步治療，死亡不可避免，於是會診心臟外科團隊，向家屬說明心室輔助器與心臟移植等後續治療過程。幾番考量後，家屬同意於 10 月底裝置左心室輔助器（Left Ventricular Assist Device ,LVAD），入住外科加護病房，此時生命跡象轉趨穩定，開始等待心臟移植，並於 11 月 18 日轉入普通病房。

心臟衰竭已惡化，需要心臟移植的林女士，卻因個性易焦慮擔心，不願做抉擇，而且拒絕治療。但在病危無法自己做決定時，家屬同意插管裝置心室輔助器。林女士清醒後，被迫必須面對一連串治療與生命的抉擇，她會如何調適，醫療團隊又該如何給予協助。

◆ 心臟內科主治醫師

林女士來門診求診時，已經是嚴重心衰竭，心臟功能非常差，但只要跟她提到心臟移植，或找家人一同討論，她就開始哭，什麼話都聽不進去。器官捐贈協調師不斷的溝通，她還是不敢面對。林女士是神智清楚的患者，很明確說不想做移植，所以別人很難幫她做決定。基於尊重病人自主權的原則，我們尊重她的決定，但是並沒有放棄治療，她選擇不移植，我們依舊給她最好的治療，並且持續告知她，心臟移植是唯一的路，團隊也做好病人隨時從「不要」改成「要」的心理準備。

心臟移植是一個重大決定，沒有辦法強迫。臨床有移植成功，但因為術後一念之差不想吃抗排斥藥，而發生排

斥無力回天的案例。所以在溝通過程中，我們必須不斷評估病人的治療配合度，若病人身心靈沒有照顧好，就算手術成功，他心裡關卡過不去，不配合後續服藥，很有可能前功盡棄。

我們做到全程的陪伴，但醫療團隊的困難點在於病人始終無法面對，無法敞開心房，最後導致病危時才置入心室輔助器。

◆ 心臟外科主治醫師

生命跡象穩定等待移植的林女士，面臨到第一個需要決策的問題，這個問題是她的 O 型血液，只能接受 O 型血型捐贈者的心臟，所以來源非常有限，有可能需要用到條件不是非常理想的捐贈者心臟。舉例來說，若碰到一般年紀較大的邊緣型捐贈者（marginal donor），或是有 B 型肝炎、C 型肝炎、冠心症等疾病之心臟，林女士是否要採用？整個過程如同小女孩在撿貝殼，走到一半看到一個貝殼時她必須思考要不要撿，若不撿這一個，下一個會不會出現，沒有人知道。醫療團隊無法等到出現邊緣型捐贈者時再詢問林女士決定，所以必須先溝通。

由於病人本身已有 B 型肝炎抗體，評估可以使用 B 型肝炎捐贈者的心臟，但病人不曾得過 C 型肝炎，所以

若接受了 C 型肝炎捐贈者的心臟，可能導致日後必須接受 C 型肝炎的治療。詢問後，林女士未正面回應問題，經過跨團隊會議討論，決定暫時將決策延遲，不強迫她立刻做決策，而是等到心臟出現時再來詢問她的想法，以減輕壓力。

◆ 器官捐贈協調師

前年入院時，林女士表示自己易焦慮，不會和先生、兒子討論病情，所以幾次住院都自行前來，待症狀緩解就出院，對醫師提出的心臟移植建議，她覺得很可怕，所以多採取保留、拒絕的態度，並反覆詢問「錢」跟「治療效果」等問題，林女士的簡式健康量表（參考本書第六章第 171 至 173 頁說明）分數都在十分以上，屬於嚴重焦慮型。

去年，她因心臟嚴重衰竭危及其他器官功能，入住加護病房。家屬及手足決定積極治療，為她植入左心室輔助器。植入輔助器的手術後林女士主要的護理問題為「無望感」，她對於身上裝置心室輔助器感到非常悲傷，經常哭泣，且表示身上有管路不知道如何生活，不斷強調自己「非常緊張，擔心換心臟要等很久，不知道什麼時候才能輪到我；根本不想下床從事任何活動；很想出去但是不知道能去哪，覺得好沮喪；渴望回家。」

◆ 護理師

初期，面對林女士不斷哭泣無法配合復健，護理團隊適時與林女士討論情緒變化及心理感受，鼓勵她表達焦慮、生氣或哀傷等情緒，同時，也給予心臟移植術前衛教，協助管路固定減輕因晃動造成的疼痛，引導病人接受病情現況。但林女士依舊稍有疼痛不適就不願下床，成效不佳。且怕痛的林女士，非常關注自己的傷口，導致在換藥上有許多要求，她希望在管路與皮膚間墊很多紗布，以免摩擦。儘管專科護理師向她說明，她仍堅持自己的想法，在多次溝通後，團隊選擇盡量順應林女士的要求。

等待的時間相當漫長，林女士逐漸藉由尋找生活中的支持力量來度過，如期待家庭新成員小孫女的加入、同病房病友的鼓勵、移植術後病友的打氣、精舍師父給予的關懷祝福等，她藉此得到心靈的平靜以及找尋到積極復健的動力，但大多時間還是覺得人生沒有希望。

◆ 物理治療師

物理治療師在個案裝置心室輔助器後開始介入，協助復健。主要針對呼吸訓練及體力耐力訓練。我們教導林女士腹式呼吸，也透過呼吸訓練儀教導吸球，希望能維持肺部擴張及肺活量，以免術後因麻藥、疼痛造成肺部塌陷、

影響痰液清除。心肺耐力訓練則以原地踏步開始，因為林女士對疼痛的反應比較大，又膽小，所以復健計畫的執行相較其他人來說較慢。最初由器官捐贈協調師、專科護理師協助，讓她推著機器繞病房行走，待她對行走比較不害怕時，再拉長距離。

團隊計算林女士的行走距離，換算成當下的活動量，活動過程也監測心室輔助器的流速，看輸出數值是否合理。原則上繞病房一圈約一百公尺，她每次繞最多不超過三百公尺。移動過程發生管路扯到皮膚造成不舒服時，護理師就立即協助管路固定，減輕她的疼痛，以增加她的行走意願。

◆ 社工師

林女士第一次住院時，社工師要到病房訪視之前，大家就不斷提醒說林女士心理特質有多麼敏感又纖細，所以千萬不要一開口就是「移植」，因為那樣一定會嚇到她。第一次的病房訪視「如同所有人的預期」，林女士願意談先生、談兒子、談家庭，偏偏對於自身心臟衰竭的後續醫療計畫總是顧左右而言他。當次住院還沒有機會進行第二次會談，林女士就已出院，雖不至於用落荒而逃來形容，但在那之後，再也沒有收到需要進行進一步評估的訊息通

知，因為林女士不願面對，也不再回診。

再見面，已是一年後的加護病房。心臟衰竭末期，家人在討論後決定為林女士裝上左心室輔助器。清醒之後的林女士，彷彿世界天崩地裂，見什麼都不對眼，情緒起伏比一年多前更大。最深刻的不安，來自於對未來的不確定。

因為了解她的不安來自何處，但沒有人可以對於「何時」能進行心臟移植給予明確的答案，所以團隊裡的每一個人，除了在各自專業上的服務以外，只能盡可能給予陪伴，不間斷的醫療、福利相關資訊說明，以及再陪伴。

案例說明 2-2

林女士安裝心室輔助器，必須輔以抗凝血劑的使用，而抗凝血劑有引發消化道出血的併發症，所以在林女士等待心臟到第五個月（約一百五十幾天）時，出現嚴重上腸胃道胃出血情況，不得不從普通病房轉到加護病房。

針對是否停止抗凝血劑的使用，林女士、家屬與醫療團隊，再次面臨兩難。

42

用生命走入生命——全人醫療臨床教案集

照護說明 2-2

每一次的選擇都必須謹慎思考、評估利弊。住院對林女士而言，是無盡漫長歲月的磨難；而等待期間遇到併發症，不僅是生理上的折騰，更是心理的煎熬，讓林女士再度覺得人生沒有希望。

◆ 心臟外科主治醫師

林女士因胃出血被轉移到外科加護病房，醫療團隊緊

急進行腹部血管攝影後，檢查顯示左胃動脈出血，這時若停止使用抗凝血劑，心室輔助器會有產生血栓、失靈的風險，可能導致死亡；但若持續使用，將無法抑制出血情況，嚴重的出血亦可能危及生命。

將情況向林女士和家屬說明清楚，醫病共同決策的結論，決定先停止抗凝血劑的使用，先解決出血問題。團隊為林女士做了血管攝影、停用抗凝血劑、用制酸劑減少胃酸、輸血等醫療處置後，出血情況得到控制。停用抗凝血劑期間，雖然沒有出現大型血栓，但有部分小血栓造成林女士腦部小中風。

抗凝血劑的停用後，團隊為林女士換了整組心室輔助器，繼續等待適合的心臟。

◆ 器官捐贈協調師

在等待過程中發生腸胃出血的合併症，是林女士的一個危機，護理團隊偕同醫師積極處置的同時，也隨時關注病情變化，適時提供適切的治療選擇與方向，如藥物調整、更換管路、限制合併症產生。此外，也跟林女士的先生談論到預後不佳時的善終規劃，先生表示以搶救為優先，若真的沒辦法，他們也會接受。這一部分僅與先生談，沒有告知林女士。

由於林女士的個性非常容易焦慮，這次的合併症讓她再度覺得人生沒有希望，「有沒有希望」這件事對林女士而言相當重要，她覺得怎麼又發生這種事情，顯得相當悲觀，因此醫療團隊繼續給予正向心理支持、鼓勵以及探視關懷。

原本想照會心理師協助林女士心理調適，但林女士拒絕，她不太願意跟其他人談，會覺得「我自己想過就好了」，所以不容易介入關懷。因此，只要她心情不要太差或拒絕復健、拒絕治療，我們對她的容許範圍會盡量放寬，盡量尊重她的想法。

◆ 社工師

心室輔助器的使用終究有其缺點。當裝著機器等待的時間愈來愈長，影響生命安全的副作用就更容易出現，對於林女士以及家人的心情都是煎熬。林女士婚後長期扮演家庭主婦的角色，家中成員除了先生以外就是三個兒子。長久以來作為家中獨一無二的女性角色，讓她與家中其他男性們維持著既親近又有距離的關係。

因此當醫療決策面臨困境時，要不要繼續積極處理？先生和三位兒子幾乎無法提供意見，還是只能與林女士溝通。而處理後仍無法知道下一個危機什麼時候會出現，更

重要的是，就算這次的危機安然度過，還是不知道什麼時候可以等到心臟移植。這種種因果環環相扣，團隊每個成員都試著跟林女士討論，但她的焦慮、她的無希望感、她的挫折，讓她開始跟團隊討價還價。所以我們只能退而求其次，先跟先生討論過後，再由先生轉換成林女士可以接受的方式和語言告訴她。

案例說明 2-3

移植手術後排斥，是移植病人的一個併發症，醫療團隊為了要確認病人的排斥性，通常會在術前執行「群組反應性抗體篩檢」，但發現林女士人類組織抗原抗體（Panel Reactive Antibody,PRA）的檢驗值 CLASS I 高達 87.3、CLASS II 為 59.6，屬於術後高排斥風險的病人。於是移植團隊邀集腎臟內科、藥劑科、檢驗科、風濕免疫科、社服室召開個案討論會議，商議是否需要採用減敏療法。

照護說明 2-3

個案討論會決議讓林女士採用減敏療法，但需徵得林女士的同意。於是醫療團隊蒐羅各大醫院文獻報告，要提供林女士了解，但發現對於術後高排斥風險的病人，是否採取減敏療法，並沒有一致公認的答案，該如何選擇？這讓林女士再度面臨難題，而極為不安。

◆ 心臟外科主治醫師

目前無一致公認有效的減敏療法，且實行減敏療法需負擔龐大醫療費用，同時有極大的副作用，可能造成免疫力低下而發生感染情形；若不實施減敏療法，患者很有可能移植後產生排斥，危及生命。這個問題是林女士、家屬與醫療團隊共同面對的艱困情況。

團隊將相關資訊做了整理，告知林女士：「以目前的證據、抽血報告來看，可能會遇到的狀況有兩種，一個是不容易配對到適合的捐贈者，延長等待時間容易產生併發症；第二種是即使配對到，術後排斥可能性還是很高。這個問題目前各大醫院跟文獻報告沒有一致的解決方法，一些小規模減敏療法的報告療效也不一致，所以要徵詢妳的意見，看是否願意實施團隊建議的減敏療法。」也讓林女士知道若沒有意願，醫療團隊依舊會尊重她的選擇，待發生移植排斥的併發症時，再行處理。

我們讓病人知道這是醫病共同面臨的問題，並會診風濕免疫科，分析執行療效。

◆ 風濕免疫科

PRA 測試是以非病人的淋巴球上表面抗原加入病人

的血清去做反應測試，觀察陽性反應的比例，若 PRA 顯示極高，表示抗體反應很強。病人移植前測血液看抗體反應，林女士抗體反應很高，可能與多次輸血與長時間使用心室輔助器有關，屆時若移植新器官，會擔心發生病人體內抗體與新器官產生交叉反應。

因不確定林女士等待心臟的時間需要多久，但所給予的減敏治療方法是若時間充裕，建議以血液置換的方式，洗血漿五到六次，兩天洗一次，洗完血漿同時再施打降抗體的針劑「莫須瘤」，但此治療模式完全沒有健保，必須自費。林女士評估後，決定採用醫療團隊建議的治療方式——血漿置換。

一般減敏治療會有擔心影響生命徵象及輸血感染問題的風險，還好林女士實施之後狀況穩定，且在治療過程中等到心臟，順利進行移植，之後繼續打降抗體針劑「莫須瘤」，降低排斥。

◆ 社工師

曾詢問林女士對減敏治療的想法，林女士表示：

1. 治療要花費四十到五十萬，若換心後還是有排斥情形，或是治療沒有效，廠商會退錢嗎？而且聽

說這是廠商試新藥。

2. 聽說之前有換心的人做治療才兩次而已就等到心臟，換了之後也沒有排斥作用，這樣是不是表示不用治療也有可能不會排斥。
3. 之前你們說我抽血數值過高，抽血時我是在加護病房，一直在輸血，你們確定那抽血值是正確的嗎？
4. 四十幾萬是整個減敏治療過程，還是之後會再加上其他機器費與技術費？
5. 做完配對成功率有多少？
6. 會不會做完卻等不到心臟？
7. 會痛嗎？會有什麼藥物反應？

由於過程中林女士多次哭泣，經安撫後暫時平穩，但隨著等待時間加長，病人情緒更易焦慮，於是增加訪視次數並予以鼓勵，同時陪同團隊進行醫療說明，包括家庭會議之召開，以協助病人及家屬對於醫療介入有更多了解。

◆ 器官捐贈協調師

對於前瞻性的減敏療程，林女士依舊反覆詢問價錢與效果這兩個問題。林女士個性較被動不積極，沒有肯定的

答案就不願意嘗試。醫療團隊耐心等待病人與家屬的理解，評估經濟負荷，也鼓勵尋求第二醫療意見，建議林女士多參看不同醫院的處理方式，但是林女士及家屬多尋找網路資料，不願意諮詢其他醫院，網路許多不正確的訊息反而導致他們更慌亂，產生更多掙扎。

對此，醫療團隊也不斷開會，尋找可行、對病人傷害小、費用少一點的處置方式，這個減敏治療是預防性的執行，效果是他們的主要考量，醫療團隊明白「說明成效沒有一定，但希望降低交叉配對陽性的機會」，這個解釋對病人及家屬來說很牽強，所以我們給予時間考慮，共同討論出醫病雙方皆可接受的治療方向，以達最佳治療效果。

此外，原先林女士不太願意復健，這樣的情況持續到換心成功的病友前去探視時，對林女士說：「你再也不復健，永遠都會等不到機會。」之後，林女士才開始比較認真下床走路復健。成功的病友見證，對她來說，應該是看到未來的希望。

歷經一百九十天漫長的等待，終於盼到好消息，一顆經血液交叉配對顯示結果為陰性的心臟，去年4月，在醫療團隊的妙手下，移植到林女士體內。

團隊共同的用心照護，加上林女士術後的努力復健，心臟功能恢復良好，順利出院。

照護說明 2-4

漫長的等待之後，林女士盼到心臟移植的機會。在醫療團隊用心照護下，順利換心，加上她自己努力配合復健，預後狀況良好。

◆ 主治醫師

林女士的心臟移植手術相當順利，穩定後兩個月回診拿免疫製劑的藥物，並每年執行切片檢查，看心臟是否有排斥、是否有心血管疾病等情況發生。

◆ 護理師

經過漫長的等待與期間合併症的波折，林女士終於順利移植心臟，且過程平安。術後林女士相當配合復健，在移植前她求助宗教寄託不安的情緒，所以隱約覺得順利等到心臟是宗教的關係。

術後林女士心情好很多，但偶爾想起之前的不順利還是會哭。有了預期回家的日期，對她具有很好的激勵作用。她很關心日後的自我照護，諸如：可以吃什麼、可以做什麼、可不可以去工作場所等，護理團隊也逐一給予衛教。

◆ 復健師

心臟移植後需偕同醫師、復建、營養、藥師團隊，給予出院返家的訓練規劃期程，讓病人可以安心出院返家，離開病人的角色，重新適應獲新生的健康人生。

術後著重復健，因此出院前，以達到一般生活品質為目標，至少爬樓梯、去公園散步，不會造成身體負擔為主。可能返家日期在即，因此她的復健意願提升許多，且有病友協助心理建設，產生激勵效果，復健過程相當順利。

◆ 社工師

出院那天，又哭又笑的，不只林女士跟她的家人，複雜的情緒也包括了陪伴超過半年的團隊成員。保持電話追蹤以及門診的關心，縱然每次林女士回想起那段等待的煎熬，還是會哭，但是此時的眼淚，已帶著下雨過後的彩虹；雖然未來的路還要繼續配合醫療處置，但至少，曾在鬼門關前排迴的日子，讓林女士學會更珍惜眼前的生活。

【全人醫療觀點】

醫病共享決策是以病人為中心的臨床醫療執行過程，兼具知識、溝通和尊重此三元素。心思極為敏感與脆弱的個案，卻面臨極重大的疾病，心臟衰竭需要換心，換與不換都讓她困擾；術後高排斥風險的體質，又讓她需在治療與不治療的抉擇中掙扎不已。這個 0 與 1 的抉擇中，醫療團隊發揮了哪些全人醫療精神，得以讓個案願意接受積極治療，並配合術後復健，換得健康身體，重新過著有希望的生活。

54

用生命走入生命——全人醫療臨床教案集

一、病人心結

或許林女士有某些擔心還是沒讓團隊知道，只要病人的心沒有打開，醫療團隊真的就沒有辦法硬性介入。所以若能適時鼓勵病人尋求第二醫療意見，或請心理師、社工師及早介入；多用一些技巧讓林女士願意敞開心房，解開心結，或許可能早一點進入心臟移植的過程。

林女士為什麼等到情況這麼差才願意接受治療，這一點是值得團隊去反思的。在初期不願意跟任何人討論是她的決策沒錯，但是醫療團隊應該可以有辦法及早建議，或

邀請病人更積極的面對病況接受治療，而不是逃避。

二、面對抉擇難題

林女士在病危時，家人不得已爲她做了決定，爲她與醫療團隊溝通裝上維生系統及輔助裝置，待清醒後，林女士覺得世界都變了，原本不想面對的事情全部發生了。醫療團隊要如何讓她接受這個事實？過往她的個性就是不想做決定，能拖則拖，以拖代變，以不變應萬變，但是在昏迷幾天後醒來，必須要每天做不同的決定，這對她來說是很大的壓力。

每位病人的特質不同，有些病人非常有決斷性，有些則優柔寡斷，所以團隊跟每個不同的病人間，會形成不同的溝通模式。照護林女士的團隊在與她的溝通過程中，形成一股默契，主治醫師扮演黑臉，只告訴她建議，沒有討論的餘地，需要討論的部分則由器官捐贈協調師、護理師及社工師出面，其他團隊成員給予支持。

第一次面臨的決策，是要不要那些不是非常理想的心臟？之後要決定是否要實施減敏療法。目前我們的全人照護是由入院後開始，但可以思考醫療團隊日後有沒有可能在病人尚未惡化前，就先召集病人全部的家屬，告知將來

可能遇到的情況，把後面的模式搬到前面，及早開始全人的照護。

三、溝通的巧變

針對此類必須「心臟移植」的重大疾病患者，最大衝擊是無法接受、害怕面對，進而拒絕。因此，醫療團隊如何在病程的不同階段，更積極用哪些不同專業領域去介入，可以讓患者接受疾病的事實，並願意面對治療，是很重要的溝通技巧與關鍵。

林女士在家裡較強勢、很有自己主張，先生講的話不一定會聽，孩子的意見也無法影響她，除非她自己願意接受，其他人都沒有辦法給予建議。還好她原生家庭哥哥、姊姊講的話她會聽，所以就林女士自己小家庭加上原生家庭的支持來說，林女士的家庭背景很完善。

就醫療的立場而言，醫療團隊可以在第一次林女士拒絕心臟移植時，就向她的家人建議，不要順著她，畢竟家庭背景這樣完善，若林女士不做任何處理，這樣的鸵鳥心態會讓先生、孩子感受到很大的壓力。林女士屬於焦慮、不願與人聊心事的個性，這種個性真需要運用團隊力量交互影響，否則徒增治療溝通的無力感，所以醫療團隊在與

林女士的相處上會隨時做微調，如果她對某個人生氣，就換另一個人跟她溝通。臨床護理師、器官捐贈協調師、專科護理師相互搭配，在不同時期有不同介入，更能發揮團隊力量。

對於林女士不斷對自我照顧失去控制而感到沮喪的情形，儘管護理端做到傾聽、鼓勵表達、支持、探視關懷等措施，但仍應適時尋求心理師的專業協助。

林女士很怕痛，一點疼痛就不願意配合復健，但醫療端對於疼痛已經提供很多協助，管路部分也調整很久；同一時間另一名同樣是心臟移植病友的鼓勵，對林女士有很大的心理支持，所以日後可以多找些個案，利用同儕團體的力量，讓病人更有信心。增加心理諮商的協助，可以使整個醫病的溝通能夠更圓滿。

運用團隊不同職類角色的相互搭配，充分與病人溝通，是讓林女士成功完成手術，很重要的關鍵。

四、醫療自主

一開始，我們尊重病人的「逃離」——不願意接受也不願意進一步談心臟移植的想法。但，再見到病人時，病情卻已嚴重到讓她無法自己做出醫療決定。被迫由家屬決

定的情況下，當她被救治到清醒的階段，赫然發現自己必須接受裝上心室輔助器的事實，這些對林女士而言，是一連串的天崩地裂，在充滿不確定等待時間長短的因素加成下，負向的情緒經常在住院過程中排山倒海而來，也常常影響到後續醫療計畫的進行。醫療團隊嘗試各種方法給予打氣鼓勵，但是，每個病人的人格特質及家庭環境都不同，這些努力似乎無法百分之百進到林女士的心坎裡。

正因為人往往無法「單獨的」活著，所以我們常常會顧及到家人的顧慮，成全著社會所期待的行為。在這個陪伴的過程裡，團隊不斷與自我進行倫理上的對話。雖然，常常陷入沒有結果的「大哉問」，但也經歷了一段「見山是山，見水是水；見山非山，見水非水；見山還是山，見水還是水」的過程。回到最初，或許針對每一個病人不同的情況給予「個別化」、「可隨時調整」的服務與陪伴，才是最初也是最終的結論。

◎附錄：等候移植登錄基準（行政院衛生福利部衛部醫
字第 1051661036A 號修訂）

一、待移植者適應症

(一)心臟衰竭且 Maximal VO₂ < 10ml/Kg/min。

(二)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且 Maximal
VO₂ < 14ml/Kg/min 者。

(三)心臟衰竭：

1. 核醫檢查 LVEF < 20%，經六個月以上藥物
（包括 ACE inhibitor、Digoxin、Diuretics 等）
治療仍無法改善。

2. 如有重度二尖瓣閉鎖不全，經核醫檢查 LVEF
< 25%者。

(四)嚴重心肌缺血，核醫檢查 LVEF < 20%，經核
醫心肌灌注掃描及心導管等檢查，證實無法以
傳統冠狀動脈繞道手術治療者。

(五)紐約心臟功能第四度，持續使用 Dopamine 或
Dobutamine > 5 mcg/Kg/min 七天以上，經核醫
檢查 LVEF < 25%或心臟指數（Cardiac index）
< 2.0L/min/m² 者。

(六)心臟衰竭已使用 ECMO、VAD 等心臟輔助器
且無法斷離者。

(七)復發有症狀的心室性不整脈，無法以公認有效
方法治療者。

(八)其他末期心臟衰竭，無法以傳統手術方法矯正
者。

二、待移植者禁忌症

(一)有無法控制的感染者。

(二)愛滋病帶原者，惟符合以下標準時，不在此限：

1. D4 數值大於 200 cells/ μ l 至少六個月。
2. 遵循醫囑並穩定接受雞尾酒療法(HAART)，
且最近六個月內測量不到 HIV 的病毒量(HIV
viral load 小於 50 copies/ml)。
3. 排除有未受控制、潛在致命之伺機性感染或
腫瘤。
4. 日後仍有抗逆轉錄病毒之治療選擇(應事先與
感染科醫師討論及確認)。

(三)肺結核未完全治療者。

(四)有惡性腫瘤者，不宜心臟移植：

1. incidental renal carcinoma,in situ carcinoma
(excluding bladder) ,Dukes'A colon
cancer,basal cell carcinoma，以上四者不影響心
臟移植。
2. malignant melanoma,breast cancer,GI
carcinoma,lung cancer，完全治療後，無癌症
復發，未達五年者 (disease-free interval <
5years) 。
3. 其他癌症，完全治療後，無癌症復發，未達
兩年者 (disease-free interval < 2years) 。

(五) 心智不正常者或無法長期配合藥物治療者。

(六) 嚴重肺高血壓經治療仍大於 6 Wood Unit；異
位心臟移植者不得大於 12 Wood Unit。

(七) 失代償性肝硬化且有凝血異常者。

(八) 嚴重慢性阻塞性肺病，FEV1.0 < 50% 預期值
或 FEV1.0/FVC < 40% 預期值。

(九) 活動性消化性潰瘍。

(十) 嚴重腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法
自理，且無法接受重建手術者。

(十一) 免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療
仍預後不良者。

(十二) 藥癮、酒癮患者。

三、心臟移植疾病嚴重度分級表 (100 年 8 月 16 日第二次修訂)

等級	定義	有效期間	等候時間
1A	1. 使用機械性循環輔助器 (1) 體外膜氧合器 (extracorporeal membrane oxygenator ; ECMO) 使用中 (2) 心室輔助器 (ventricular assist device ; VAD) 使用中；惟病人安裝後出院達 30 天以上，且期間未因該儀器之問題再住院者，應調降等級至 1B。(101 年 2 月 1 日起實施) (3) 主動脈氣球幫浦 (intra-aortic balloon pump ; IABP) 使用中 2. 呼吸衰竭 (氣管插管並使用呼吸器中)	7 天	1A
1B	1. 強心劑依賴者 (Inotropes dependent) 且住院中 2. 嚴重心律不整 (復發性 short run VT)	14 天	1B+ 1A

	3. 無法施行冠狀動脈繞道術，有不穩定心絞痛，無法脫離 NTG (Nitroglycerin) 靜脈注射者 4. 病人安裝後出院達 30 天以上，且期間未因該儀器之問題再住院者 (101 年 2 月 1 日起實施)		
2	未符合等級 1A 或 1B 條件之心臟移植等候者	180 天	2+1 B+1 A
7	暫時性不適合心臟移植者		
註：疾病嚴重度：1A>1B>2>7			

四、心臟移植分配原則 (100 年 8 月 16 日第二次修訂)

(一) 絕對因素

血型需符合血型相同 (identical) 或相容 (compatible) 之規定，始得接受分配。

1. 血型相同：捐贈者血型 O 型對應血型 O 型之等候者；捐贈者血型 A 型對應血型 A 型之等候者；捐贈者血型 B 型對應血型 B 型之等候者；捐贈者血型 AB 型對應血型 AB 型之等候者。
2. 血型相容：捐贈者血型 O 型對應血型為 A 型、B 型、AB 型之等候者；捐贈者血型 A 型

對應血型 AB 型之等候者；捐贈者血型 B 型對應血型 AB 型之等候者。

(二) 相對因素（依下列順序依序考量）

1. 年齡：十八歲（含）以下的捐贈者優先分配給十八歲（含）以下等候者。
2. 疾病等級「1A」之等候者。
3. 勸募醫院：心臟分配採不分區制，其中以「勸募醫院」較「其他醫院」之等候者優先。
4. 以相同網絡的器官勸募組織（organ procurement organizations）較不同網絡的器官勸募組織之等候者優先。
5. 疾病等級「1B」較「2」之等候者優先。
6. 等候時間：以「等候時間長」較「等候時間短」之等候者優先。
7. 相同時間：若等候時間天數相同，則以使用「體外膜氧合器（ECMO）」優先考量，「心室輔助器（VAD）」為第二考量，「主動脈氣球幫浦（IABP）」為第三考量，最後考量「呼吸器」。

8. 血型：以「血型相同」較「血型相容」之等候者優先。
9. C 型肝炎：捐贈者有 C 型肝炎 (Anti-HCV(+))，其捐贈之心臟以「有 C 型肝炎」之等候者優先。捐贈者無 C 型肝炎 (Anti-HCV(-))；其捐贈之心臟以「無 C 型肝炎」之等候者優先。
10. 捐贈者「B 型肝炎表面抗原陽性 (HBsAg(+))」或「B 型肝炎表面抗原陰性且表面抗體陰性且核心抗體陽性 (HBsAg(-) and Anti-HBs(-) and Anti-HBc(+))」：其捐贈之心臟以「B 型肝炎表面抗原陽性或表面抗體陽性或核心抗體陽性 (HBsAg(+) or Anti-HBs(+) or Anti-HBc(+))」之等候者優先；捐贈者 B 型肝炎表面抗原呈陰性 (HBsAg(-)) 其捐贈之心臟以「B 型肝炎表面抗原陰性 (HBsAg(-))」之等候者優先。
11. 曾為活體器官捐贈者。(101 年 2 月 1 日起實施)

(三) 備註

心肺移植應分別登錄心臟及肺臟移植等候名

單，當受贈者分配得到其中一項時，另一項器官，其移植醫院應與「排序結果擬分配」之醫院，依雙方病人當時病情等因素進行協商，如達成分配協議，得不受分配原則之限制，並隨即通知勸募醫院處理；若無法達成協議，則回歸各自分配原則辦理。



【延伸思考】

1. 林女士在初期不願意接受治療，團隊回顧當初醫病溝通的過程，是解釋的不夠清楚，以至於病識感不夠？還是她對團隊的治療沒有信心？是否可以請家屬協助溝通？
2. 在目前的醫療領域裡，究竟有沒有「真正的」醫療自主？自主是好還是不好？實踐在醫療場域裡的自主，究竟是病人自主？家屬自主？醫療專業自主？還是社會期待下的自主？
3. 面對情緒起伏大，且主導性強的病人，除了照護團隊成員的軟硬角色相互搭配外，在運用相同疾病經驗的病友鼓勵方式時，應該有哪些先備措施？
4. 使用抗凝血劑，等待移植器官的不確定性，以及容易焦慮的個性，是否促成了病人產生上消化道出血的併發症？及早邀請心理師協同照顧、教授減壓技巧，是否可以減少此併發症的機率？