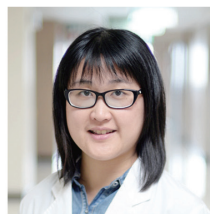




不一樣的愛



佳里奇美醫院

陳昱瑾

兒科 主治醫師

醫療環境的進步，除了醫藥及硬體的進步，醫病溝通近年來也大大的進步，醫病共享決策（Shared Decision Making，簡稱 SDM）是溝通很棒的臨床工具。此工具適用於醫療決定有兩種以上的合理選項，但沒有明顯利大於弊的準確答案。醫療團隊則在提供目前實證醫學的建議之後，將決定權留給病人及家屬。“如果我是極低週數早產兒的父母，我要選擇積極搶救或是緩和療護？”這是在新生兒

科會遇到的一個非常難以抉擇的難題，我們試著運用 SDM 來解決，目前臨床有相當不錯的回饋，在此和大家分享其內容。

孩子出生是一家人開心的期待。然而有些孩子因為某些原因太早出生，小寶貝未成熟的各個器官使其出生後必須遇到更多的考驗。由於醫療科技的進步，從前不容易救活的嬰兒也存活下來，而早產嬰兒可能發生的問題就更須重視了。面臨醫療決策時，父母親該怎麼用滿滿的愛做選擇？



媽咪陪著勇敢的小小寶貝

早產是指懷孕週數滿 20 週，但未滿 37 週之生產，小於 28 週又稱做極度早產。隨著新生兒照護的進步，24~28 週出生的早產兒有高達 5~8 成的存活率。然而小於 24 週的早產兒，因為各器官都極度不成熟，除了低存活率外，常常伴隨著許多併發症，包括：腦室內出血、慢性肺疾病、嚴重視網膜病變、壞死性腸炎、晚發型敗血症及開放性動脈導管等。較嚴重的併發症可能面臨後續的神經學發展障礙，發生於嬰幼兒期的包括：腦性麻痺、心智發展遲緩、嚴重視聽障礙等；而後續學習障礙、語言發展遲緩、過動或注意力不足等可能發生於學齡前或學齡期。

以目前新生兒急救準則來說，出生時妊娠週數小於 23 週或出生體重低於 400 公克的早產兒，若出生後狀況不佳可考慮不予急救。而 SDM 介入的時機是懷孕週數 22~24

週有早產可能之孕婦，在安胎期間會診小兒科醫師了解風險後，媽媽可選擇於分娩時決定是否急救及後續處置，或依優生保健進行緩和療護，以下分述兩種選擇的不同處。

積極搶救：新生兒科團隊生產時會於產房待命，分娩後接手嬰兒的初始評估，進入急救流程維持生命徵象，後轉送新生兒加護病房，使用呼吸器並建立靜脈管路給予藥物及輸液來維持呼吸與循環。此選擇主要能延續新生兒生命，而須面對的難關包括：多項醫療處置及費用、承擔併發症及長期後遺症的風險。

緩和療護：對於有高死亡率和高罹病率的新生兒，在慎重考慮新生兒最佳利益下，若同意進一步治療是無效的且無法改善其長期生存機會，只是增加孩子無謂負擔時，提供具同理心的安寧緩和照護及不啟動急救措施，在倫理上是可被接受的。此時照護重點則以提供人性化、具同情心和文化性的安寧緩和照護為主。

經過醫療團隊的解說，充分了解相關醫療處置、併發症、後遺症風險、醫療費用後，媽媽和家人可選擇積極搶救或緩和療護，也可經由早產兒基金會、新生兒科醫學會網站、新生兒醫療聯合網路等管道了解更多的資訊，以期能給寶寶最完整的愛。

作 · 者 · 介 · 紹

專長 | 一般兒科、兒科疾病衛教諮詢、新生兒疾病照護、幼兒之疫苗注射及生長發育之追蹤、母乳哺育問題、新生兒照顧諮詢

門診資訊

