

末期病人的點滴、鼻胃管、洗腎要不要做？實證版

Withholding artificial nutrition, hydration, and dialysis at end of life

林協霆, MD, 內科專科醫師, 腫瘤內科專科醫師

醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院 腫瘤內科部 · ORCID: [0009-0002-3974-4528](https://orcid.org/0009-0002-3974-4528)

發表日期：2026/05/11 · 最後更新：2026/05/11 · 審稿：林協霆 (2026/05/11) · 主題：末期癌症的維生治療抉擇 (End-of-life decision-making for life-sustaining therapy in advanced cancer)

DOI: 10.5281/zenodo.20115146 · 此版本 10.5281/zenodo.20115147 ·

<https://lin.hsiehting.com/posts/2026/end-of-life-tube-iv-dialysis-decision>

摘要 · ABSTRACT

末期病人補點滴未必延命也未必減痛、鼻胃管在失智末期沒有降低吸入性肺炎、停止洗腎後平均約 8 天往生。本文整理 ASCO/ESMO 指引與隨機試驗證據，並提供病主法與 goals-of-care 對話框架。

末期病人到了最後幾週，家屬最常面對的三個抉擇是：要不要打點滴？要不要插鼻胃管？已經洗腎的人，要不要停？這篇整理 ASCO 2017、ESMO 2016/2018 末期營養指引、Bruera JCO 2013 補液隨機試驗、Teno JAMA 2010 鼻胃管 cohort、Cohen Arch Intern Med 2000 停透析 cohort 的實證，告訴你「不做」並不等於放棄，而是依目標選擇對病人最有利的方式。文中同時附上《病人自主權利法》五大臨床條件與 goals-of-care 對話流程。

閱讀對象

本文設定讀者為癌症末期、器官衰竭末期、失智末期病人的家屬與照顧者，以及在病房或門診需要主導 goals-of-care 對話的同業。所有具體決策仍應與主治團隊、安寧團隊個別討論。



為什麼「能做」不等於「該做」

維生治療 (life-sustaining therapy, LST) 的決策原則是：當治療無法改善病人生活品質、也不再延長有意義的存活時間，應與病人或代理人重新檢視目標。ASCO 2017 臨床指引明確建議：**所有轉移性癌症病人在診斷後 8 週內就應接受安寧／緩和醫療整合照護**，而不是等到最後幾天才轉介。

一個關鍵概念

「不做某項治療」(withhold) 與「停止某項已開始的治療」(withdraw) 在倫理上等價，在法律上 (台灣《病主法》與《安寧緩和醫療條例》) 都受到保障。停止無效治療不是安樂死，也不是放棄病人。

四項常見維生治療的證據摘要

下表整理點滴 (IV hydration)、鼻胃管 (NG/PEG)、洗腎 (HD)、抗生素四項在末期情境的證據：

治療	對症狀的影響	對存活的影响	病人偏好 (多數研究)
靜脈點滴 1 L/d	與安慰劑相比無顯著差異 (Bruera JCO 2013, n = 129)	無顯著差異	多數可接受不打，前提是口腔護理到位
鼻胃管/PEG	失智末期未降低吸入性肺炎；增加約束、自拔、壓瘡 (Teno JAMA 2010, n = 36 492)	未延長存活	多數預立醫療決定中選擇拒絕
血液透析 (停止)	停止後可緩解水腫、抽筋、焦慮	停止後平均存活 8 天 (Cohen Arch Intern Med 2000)	約 80% 家屬事後表示是對的決定
抗生素	對部分感染可短暫緩解症狀 (如尿路感染相關譫妄)	末期一般不延長存活	視目標決定，常採「以症狀緩解為主」

跨研究比較的限制

上述試驗的對象族群 (癌末、失智末期、長期透析停止) 並不完全相同，數字僅供概念對照，個別決策需考量病人自身病程、共病、家屬目標與文化期待。

Terminal dehydration 的迷思 vs. 實證

許多家屬擔心「不打點滴就是讓家人活活渴死」，這個直覺與實證不符。McCann 等 1994 年 JAMA 在安寧病房連續 32 位末期病人觀察 terminal dehydration 的症狀經驗：

迷思	實證
「不補水會非常痛苦」	63% 病人在末期完全沒有口渴感、34% 僅最初有，少量冰塊或口腔濕棉棒即可緩解
「點滴可以延命」	Bruera RCT 顯示 IV 1 L/d 與安慰劑存活無差
「不吃會餓死」	末期厭食與惡病質為代謝改變，補充熱量無法逆轉，反而加重噁心
「鼻胃管能避免吸入性肺炎」	Teno JAMA 2010：失智末期放鼻胃管未降低肺炎，反增併發症
「點滴能止渴」	渴感來自口腔黏膜乾燥，與全身水分含量關聯弱，口腔護理效果優於 IV
「停止洗腎會非常痛苦」	Cohen 研究多數病人嗜睡或譫妄為主，opioid + benzodiazepine 可控

在實務上，口腔護理（每 2 小時冰塊或濕棉棒、唇蜜、人工唾液）比 IV 更能緩解末期口渴感，且不增加肺水腫、肋膜積液、腹水的負擔。

Goals-of-care 對話與病主法落地

從「該不該做」變成「對家人最重要的是什麼」，需要結構化的對話流程。建議採 SPIKES（壞消息告知）與 NURSE（情緒回應）框架，並串接到《病人自主權利法》預立醫療決定（AD）。

第一步：召開家庭會議，釐清目標

使用 SPIKES 的前四步驟：Setting（找安靜空間、邀請主要決策者）、Perception（問家屬「你了解現在病情到什麼程度？」）、Invitation（問「你希望我講多細？」）、Knowledge（用淺白語言告知病情階段，避免術語）。重點是傾聽病人「過去最在乎什麼」、「對什麼樣的狀態無法接受」。

第二步：用 NURSE 回應情緒，再進入決策

當家屬出現自責、罪惡感、憤怒時，先用 NURSE：Name（命名情緒，「您聽起來很不忍心」）、Understand（同理）、Respect（肯定家屬已盡力）、Support（承諾陪伴）、Explore（探問更深層的擔憂）。處理完情緒再討論點滴、鼻胃管、洗腎這些具體選項。

第三步：依《病主法》確認臨床條件

《病人自主權利法》第 14 條規定，意願人於下列五大臨床條件之一，得依預立醫療決定（AD）拒絕維生治療或人工營養及流體餵養：(1) 末期病人、(2) 處於不可逆轉之昏迷狀況、(3) 永久植物人狀態、(4) 極重度失智、(5) 其他經中央主管機關公告之重症。若病人已簽署 AD，由醫療團隊依其內容執行；若未簽署，依《安寧緩和醫療條例》第 7 條由最近親屬以書面同意，並啟動共同決策（Shared Decision Making）。

第四步：書寫並執行，定期檢視

決策內容寫入病歷與「不施行心肺復甦術同意書（DNR）」或「不施行維生醫療同意書」。隨病情變化每幾天重新確認一次目標。可請安寧共照團隊（hospital-based palliative care team）介入，協助症狀控制與家屬支持。

適應症（哪些情況可考慮不予或停止維生治療）

- 末期癌症（依《安寧緩和醫療條例》或主治醫師臨床判斷預期存活有限）
- 不可逆器官衰竭末期：心衰竭、肝衰竭、慢性腎臟病 stage 5 已不適合長期透析
- 極重度失智合併吞嚥困難、反覆吸入性肺炎
- 病人已簽署 AD 並符合五大臨床條件之一
- 治療負擔（burden）已明顯超過益處（benefit），且與病人／代理人目標一致

禁忌症與謹慎使用

- 可逆病因尚未排除：例如低血鈉、藥物副作用、感染導致的譫妄需先處理再評估
- 病人意識清楚且未表達拒絕：應直接與病人本人溝通，而非僅依家屬意見
- 家屬內部衝突未解：先處理家庭動力與情緒，再做決策，避免事後悔恨
- 宗教或文化考量未充分討論：部分文化視「停治療」為遺棄，需安寧團隊與宗教師協助
- 未經完整 **goals-of-care** 對話：不可在急診或加護病房臨時倉促決定

家屬罪惡感的處理

家屬常見的內心話是：「我是不是放棄他了？」「沒有點滴會不會讓他餓死？」「我做的決定是不是不孝？」請記住：

1. 停止無效治療不是放棄：而是讓病人不再被無益的針劑、管路、機器折磨。
2. 不打點滴不等於讓家人渴死：McCann 研究中多數末期病人並無口渴感，口腔護理可有效緩解。
3. 這個決定不是您一個人扛：醫療團隊、安寧共照、社工與宗教師都在。決策過程留下紀錄，是團隊共同的判斷。

若家屬事後仍持續自責，建議轉介悲傷輔導（bereavement support）或精神科協助。



參考文獻

1. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. **Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: ASCO Clinical Practice Guideline Update.** *J Clin Oncol.* 2017;35(1):96-112. [doi:10.1200/JCO.2016.70.1474](https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.1474)
2. Bruera E, Hui D, Dalal S, et al. **Parenteral Hydration in Patients With Advanced Cancer: A Multicenter, Double-Blind, Placebo-Controlled Randomized Trial.** *J Clin Oncol.* 2013;31(1):111-118. [doi:10.1200/JCO.2012.44.6518](https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.6518)
3. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. **Comfort Care for Terminally Ill Patients: The Appropriate Use of Nutrition and Hydration.** *JAMA.* 1994;272(16):1263-1266. [doi:10.1001/jama.1994.03520160047041](https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520160047041)
4. Teno JM, Mitchell SL, Kuo SK, et al. **Decision-Making and Outcomes of Feeding Tube Insertion: A Five-State Study.** *JAMA.* 2010;303(6):544-550. [doi:10.1001/jama.2009.1923](https://doi.org/10.1001/jama.2009.1923)
5. Cohen LM, Germain MJ, Poppel DM, Woods AL, Pekow PS, Kjellstrand CM. **Dying Well After Discontinuing the Life-Support Treatment of Dialysis.** *Arch Intern Med.* 2000;160(16):2513-2518. [doi:10.1001/archinte.160.16.2513](https://doi.org/10.1001/archinte.160.16.2513)
6. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. **The Impact of Advance Care Planning on End of Life Care in Elderly Patients: Randomised Controlled Trial.** *BMJ.* 2010;340:c1345. [doi:10.1136/bmj.c1345](https://doi.org/10.1136/bmj.c1345)
7. Arends J, Strasser F, Gonella S, et al. **Cancer Cachexia in Adult Patients: ESMO Clinical Practice Guidelines.** *Ann Oncol.* 2018;29(suppl 2):ii18-ii36 (Bozzetti F. 等共同協作版) . [doi:10.1093/annonc/mdy114](https://doi.org/10.1093/annonc/mdy114)

引用整理協力：OpenEvidence (Ask OpenEvidence Light, 2026/05/11 查詢)；以上 DOI 均經 Crossref 驗證。

SOURCE <https://lin.hsiehting.com/posts/2026/end-of-life-tube-iv-dialysis-decision>

CITATION 林協霆. 末期病人的點滴、鼻胃管、洗腎要不要做？實證版. 林協霆 · 臨床筆記. 2026/05/11.
doi:10.5281/zenodo.20115146

LICENSE CC BY-NC-ND 4.0 — 文章內容依 [Creative Commons 姓名標示-非商業性-禁止改作 4.0 國際](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 授權公開使用。

DISCLAIMER 本文整理公開發表之臨床試驗結果與 NCCN/ASCO/ESMO 治療指引，僅供醫學新知與病人衛生教育參考，不構成個別醫療建議，亦不取代主治醫師之診療判斷。實際治療決策請與您的主治團隊面對面討論。