

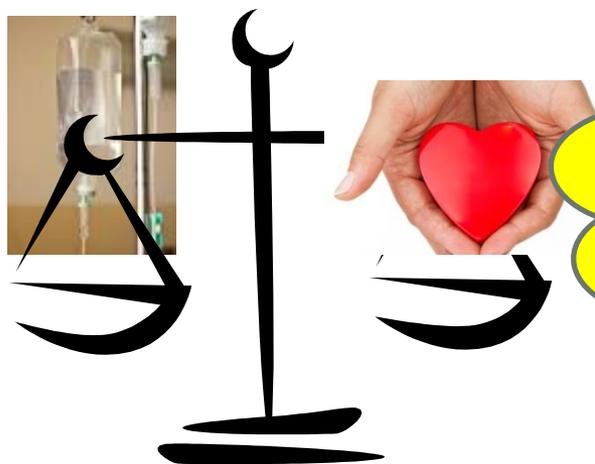
臨終的醫療和照顧決定

沈茂光醫生

2017年12月9日

人工補液（吊鹽水）

- 女 / 76歲 末期淋巴瘤
- 嗜睡、缺水、血壓低
- 女兒希望病人舒舒服服去世，也擔心人工補液會引致母親不適，如心臟衰竭



- 醫生應否因病人缺水和血壓低而給予人工補液？

導管餵食

- 男 / 43歲 末期鼻咽癌
- 靠導管餵食
- 神智混亂，自己拔掉導管
- 兄長要求約束病人雙手，再插導管餵食
- 病人兩天後去世



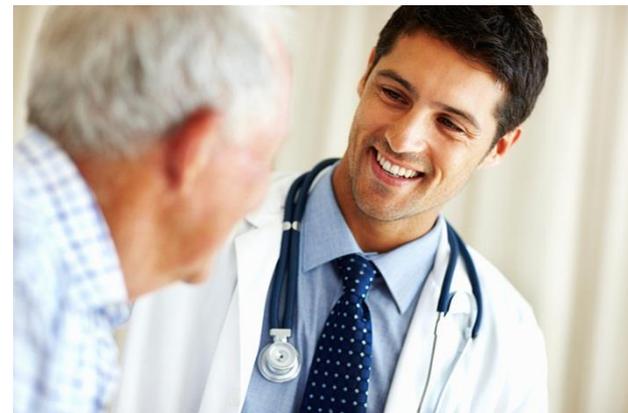
約束病人雙手，再插
導管餵食這決定是否
正確？



預設醫療指示 (AD)

預設醫療指示

- 作出指示的人在自己精神上有能力作出決定之時，
- 指明自己一旦無能力作決定之時所希望接受的健康護理形式。



預設醫療指示

- 這些指示：
 - 幫助醫護人員及家人作出決定
 - 確保病人的意願獲得依循



為何不作心肺復甦術？
如何取捨？

如何取捨？

- 心臟跳動、血液循環恢復的機會
- 出院的機會
- 回家的機會
- 活動能力、自我照顧的能力

心肺復甦術的成效

	%
血液循環恢復 – 70 歲以上	38.6
出院	
65 歲以上	14.8
90 歲以上	11.6
生存 1 年以上	
70 歲以上	15 – 20
75 歲以上	7
生存 6 月以上	
80 歲以上	5 - 6

出院往哪裡？

出院往：	出院人數的百分比	接受心肺復甦人數的百分比 (只 10.5% 出院)
家	38	4
院舍	18	2
康復中心	24	2.5
療養院	20 (其中 70% 在一星期內去世)	2

*80 歲以上的病人

Cardiology 2002; 97: 6-11

影響心肺復甦術成效的因素

- 缺乏自我照顧能力的病人
- 轉移癌 / 血癌
- 老人，尤其是大過 75 歲
- 引致心跳停頓的疾病：非心臟病，特別是腎病、肺炎、腦退化

心肺復甦在癌症病人的成效

- 作者翻查了 22 個研究。
- 在其中 11 個研究，在施行心肺復甦法之後，沒有生還者。
- 在其中 2 個研究，各有 1 個生還者，但都在數天後去世。

Wallace et al. Support Care Cancer 2002; 10: 425-9

心肺復甦在韓國

- 作者研究了 165 位轉介紓緩治療的末期癌症病人。
- 143 (86.7%) 位決定了不作心肺復甦。
- 醫護人員為其餘的 13 位施行了心肺復甦，卻沒有生還者。

心肺復甦在台灣

- 作者回顧了 177 因癌症去世的病人。
- 114 (64.4%) 已決定不作心肺復甦。只有 1 位病人是自己決定，4 位由朋友決定，其他由家人決定。
- 其中 33 位病人，雖然沒有作決定，醫護人員也沒想到施行心肺復甦術，因他們認為沒有成效。
- 醫護人員為餘下的 30 位病人施行了心肺復甦術，卻沒有一位生存至出院。

不過，不作心肺復甦術 ≠ 不搶救



病人可否拒絕導管餵食？
瀕死病人需要人工餵養嗎？

瀕死病人需要人工餵養嗎？

- 多數瀕死病人不感到肚餓或口渴
- 如果感到肚餓或口渴，少量食物或水已足夠
- 少量食物和水，可以維持生命一段時間，如四星期
- 多數瀕死病人會感到口乾，所以要用水滋潤口腔



病人可否拒絕導管餵食？

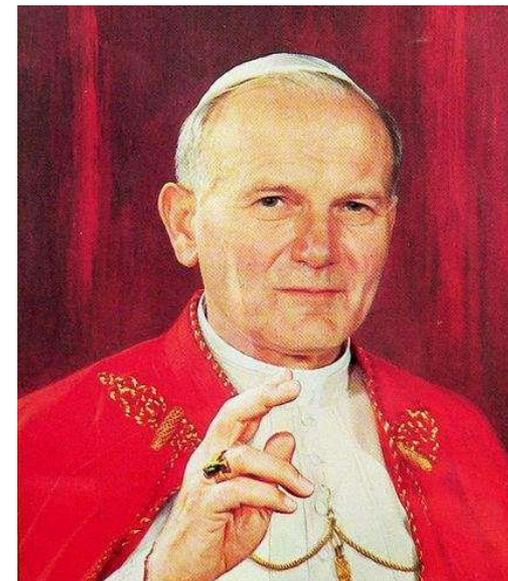
- 人工營養及水份在醫學倫理上屬基本照顧，是應該提供給所有的人，包括植物人的。
- 但當患者因致命的疾病而步向死亡，提供人工營養及水份已不能延長生命或令患者舒適，反而可能變成過重的負擔，所以不是必須提供的。

拒絕心肺復甦和人工餵飼，
是否等同安樂死？

拒絕「特殊的」或「不相稱的」醫療

- 當死亡已逼近且不可避免時，人可以本著良心拒絕採用希望極小而又麻煩的方法來延長生命。
- 拒絕「特殊的」或「不相稱的」醫療方法，並不等於自殺或安樂死；而是表示能接受人類的病痛，面對死亡。

教宗若望保祿二世 《生命的福音》 #65



拒絕「特殊的」或「不相稱的」醫療

- 每個人都有義務以相稱的方法維持自己的生命。
- 相稱是指對成效有合理的希望，及不需要支付過高的費用或承受過度的風險及負擔。
- 每個人都可以拒絕以「特殊的」或「不相稱的」方法去維持生命。

在預設醫療指示中，我是否可以拒絕所有治療？

可以拒絕哪類治療？

- 醫生須尊重病人接受或拒絕任何治療的權利，
- 但醫院管理局建議的預設醫療指示
 - 只針對維持生命治療，
 - 並不涉及其他確實有益的治療，如傷口護理，
 - 更強調紓緩治療的重要。



紓緩治療與疼痛控制

- 疼痛控制在照顧臨終的病人，是至關重要的。

美國主教團《天主教醫療服務的倫理及宗教指示》2009

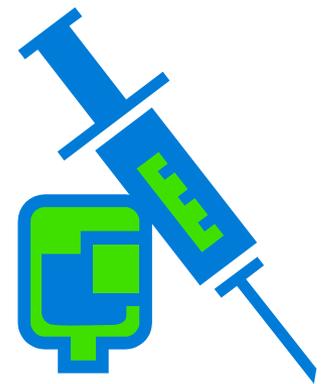


簽署預設醫療指示

需要一個過程...

預前照顧計劃

- 病人、醫療服務提供者、病人家屬及其他有關人士的一個溝通過程，商討當病人不能作出決定時，對病人提供適當照顧方式
- 除了臨終照顧計劃外，可包括死後的安排，如身後事、遺體解剖、器官捐贈...



預前照顧計劃

1. 選擇代言人
2. 討論「比死更差」的情況
3. 討論不同治療的好處和害處
4. 討論病人的優次和價值觀
5. 討論死後的安排
6. 討論預設醫療指示
7. 測試代言人對病人意願的理解
8. 簽署預設醫療指示的安排及跟進

病人的責任



- 先與家人討論，才作出預設醫療指示
- 作出指示時，邀請家人陪同
- 訂立預設醫療指示後，通知家人及醫護人員
- 可以考慮向家人、醫護人員及律師提供預設醫療指示副本
- 確保醫生作出治療決定時，已知悉病人的預設醫療指示
- 當更改或撤銷預設醫療指示時，確保醫生和家人都得悉已更改或撤銷該指示

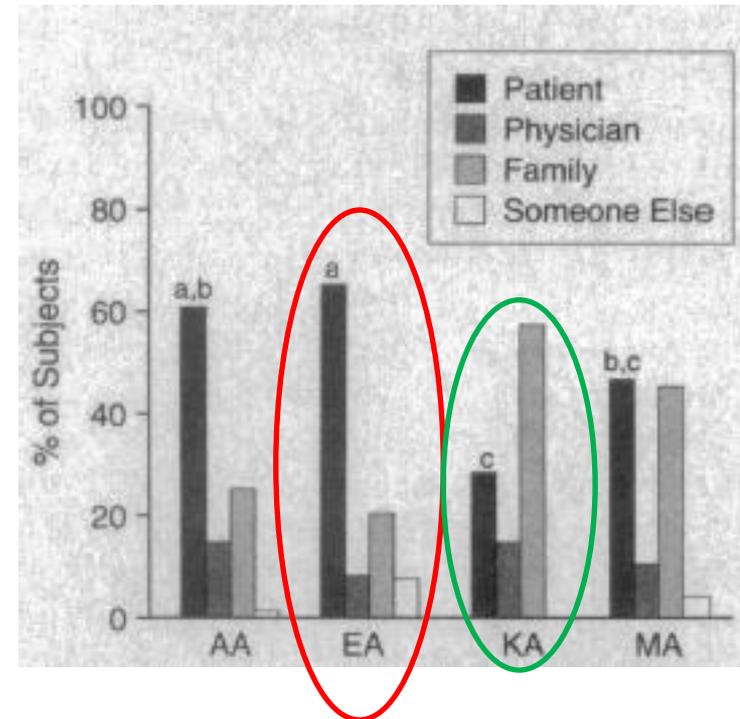


問題

如果病人和家人沒有共識，怎辦呢？

應否接受維持生命治療

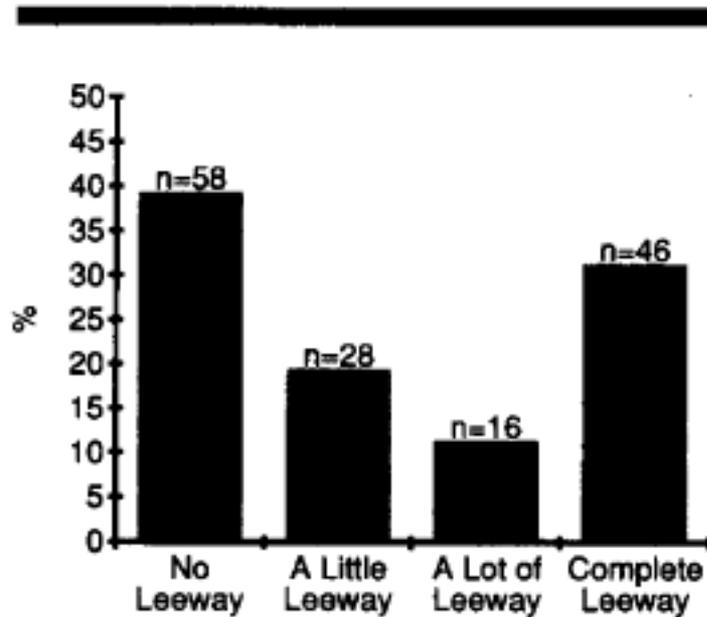
- 由誰去決定？



AA: 非裔
EA: 歐裔
KA: 韓裔
MA: 墨西哥裔

Blackhall et al. JAMA 1995;274(10):820

家人的角色



Amount of leeway subjects granted to their physician and surrogate to override their advance directive if overriding were in their best interest. Percentage of subjects choosing each response (N = 148). About one third of the subjects answered "no leeway" and one third answered "complete leeway."

- 縱使病人簽了預設醫療指示，他有多願意，家人根據他的最佳利益，而不遵從他的指示呢？

Sehgal et al. JAMA
1992; 267(1): 59

東亞文化的自決原則

- 東亞指中國（包括台灣、香港）、日本、南韓
- 重視家庭自決
- 重視和諧共處

觀察和聆聽

- 很多時候，寧可拖慢步伐，切勿心急，好能觀察和聆聽他人。



教宗方濟各《福音的喜樂》46

極大的耐心

- 無論過程有多麼困難或漫長，也要亦步亦趨地陪伴；
- 需要極大的耐心。



教宗方濟各《福音的喜樂》24

結論

結論

- 死亡是一個分享的過程：病人與身邊重要的人一起走過最後的旅途。
- 病人自決是重要的，但病人也注重家庭的和諧。
- 預設醫療指示可以保障病人的意願獲得依循，也可以幫助家人作出決定。

