

# 港島東醫院聯網

伴老共行晚期路：回顧及前瞻

食得是福：你我的選擇？

港島東 醫院聯網  
紓緩治療顧問護師  
楊偉芳護師

二零一六年九月八日

# 吃美食對你人生有多重要？

- 很重要
- 一般重要
- 不重要

當生命到了末期  
可以吃美食對你還重要嗎？

- 很重要
- 一般重要
- 不重要

# 吃

- 食得是福
- 民以食為天
- 吃，一直是東方文化中很重要的一環。
- 食物在東方社會中更代表了對他人的關心與情感傳遞。
- 在醫院中各式食物、補品、湯水及營養補充品一直是探病的第一選擇。
- 家人都用盡心思為病人準備食物。
- 可借當病患到了末期，飲食會變得困難。

# 當生命到了最末期

身體機能大部分喪失包括要臥病在床不能自助活動、失禁、不能用言語溝通，吞嚥進食因難。

- 你希望插鼻胃管用來餵食來爭取營養嗎？
- 你希望順其自然進食食物，不計較能食多少？
- 你仍希望延長壽命嗎？

# 病人、家人 可能有不一樣反應

- 在照顧日漸消瘦的末期病人時，當病患的進食下降，家人往往無法面對，時常可以看到焦急的家人不停地勸說病人吃東西。
- 然而末期病人往往食慾減退，甚至吞嚥困難，家屬往往無法接受病人似乎將餓死的狀況，因此大多會要求醫療人員給予靜脈水分及營養
- 在被告知末期的狀況下，營養往往成了照顧者最後的希望寄託。
- 餵食常常被當成表達關心的一種方式，停止餵食可能會造成照顧者極大的心理負擔及失落。
- 在此時，家人仍可和病患的交流互動、擁抱、撫摸、陪伴都是表達關心與愛的方式，對病患的感受來說，所得到的益處遠比進食重要

# 現代醫療進步

- 香港醫療發達，現今香港的男女人均壽命已進升到世界最長壽地方。
- 醫療科技發達，很多疾病都可以治癒或受到控制。但是，每個人的生命都有盡頭，不少疾病仍可以發展到藥石無靈的階段。
- 當疾病到了末期，病人面對死亡時，現代醫療科技還可以提供有許多醫療介入的方法用以延長生命。
- 但由於疾病不能逆轉，延長的只是死亡過程，對病人可能沒有意義，甚至增加痛楚。
- 以致大多病人的死亡過程往往相當艱辛與痛苦，很多病人無奈地接受。

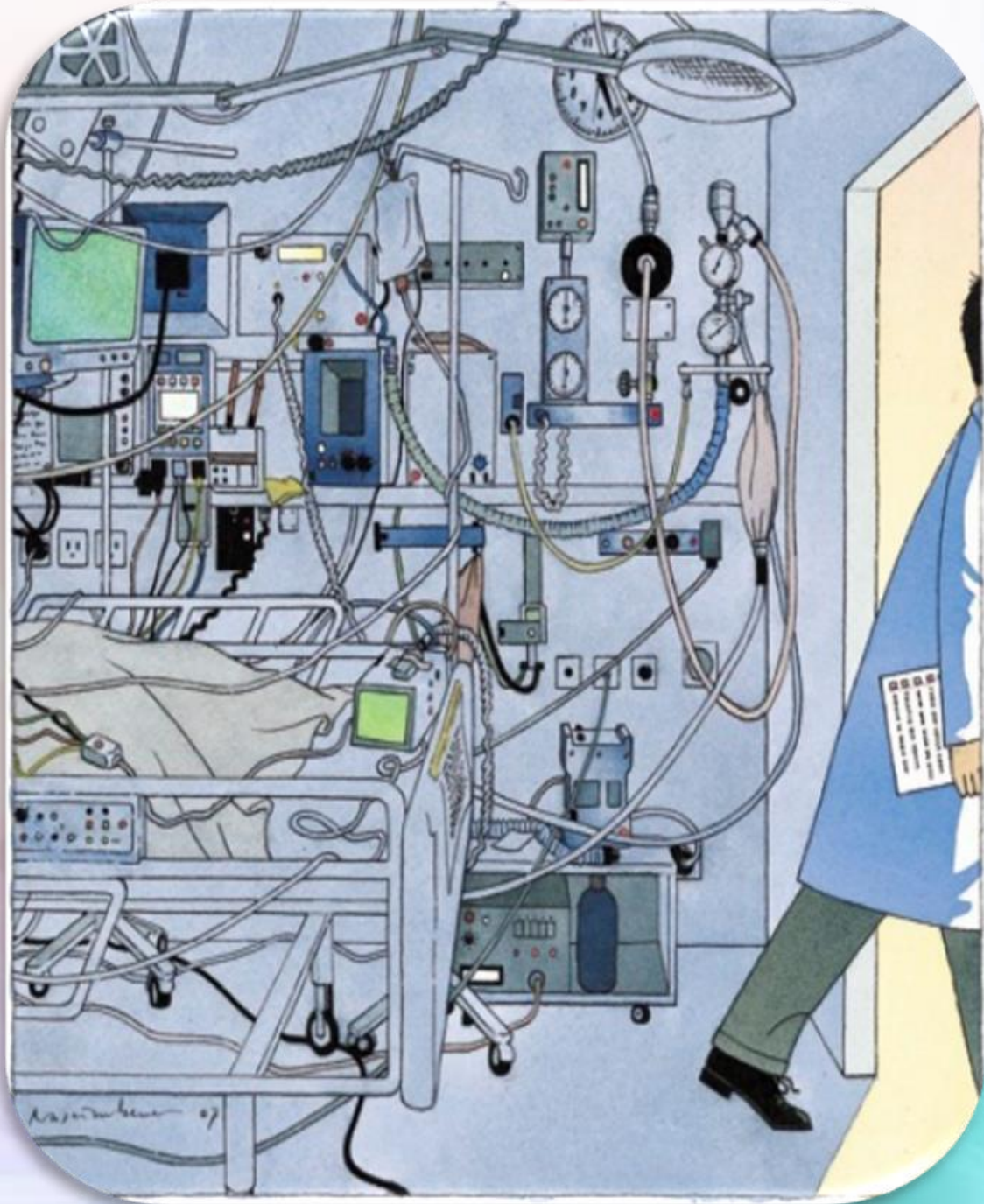


Illustration of



# 維生治療

一般包括

- 心肺復甦術
- 人工輔助呼吸 (呼吸機)
- 血液製品 (輸血、血小板、血漿)
- 心臟起搏器及血管增壓素 (強心藥)
- 人工肺
- 化學治療
- 透析治療(洗腎)
- 抗生素
- **人工營養與水份**
  - 管灌食 (tube feeding)
  - 靜脈營養/輸液(parenteral nutrition/hydration)

# 如果病人吃不下， 是否需放置鼻胃管？

- 不一定，雖然在東方，食物就是愛與關懷的象徵，但若病人因病程進展而吃不下時，即使放置鼻胃管，往往對體力幫助有限，反而增加病人的不適。是否放置鼻胃管，需視病人本人對鼻胃管的接受度而決定，以使病人獲得最舒適及最人性的照顧。
- 每個病人都有權決定不做什麼治療，當疾病已進展至不可逆轉的狀況時更可在有思維能力時預先決定不接受某種維生治療。

# 如果病人吃不下， 是否需給予靜脈營養？

- 不一定，需視病人情形而決定。因部份末期病人因病程進展，即使提供充足的靜脈營養也無法被身體所吸收運用，反而可能增加腹水、胸水或肢體水腫的情形，而造成更大的負擔，因此，需審慎觀察評估靜脈營養對病人的利弊，以使病人得到最好的照顧品質。

# 人工營養、水份

- 人工營養水分已被公認為是醫療措施，末期病人有權在合法預立指示下拒絕不必要的醫療措施
- 並沒有實證可延長末期病人的生命或改善他們的生活品質
- 文獻回顧之報告中，針對末期已擴散癌症病人，給予積極人工營養補給並未改善存活期
- 末期病人病人的體內器官常有明顯退化現象，正常人可代謝的水分卻往往造成末期病人難承受的負擔，因此增加腹水、四肢水腫、腸胃道分泌等問題，反而影響生活品質。
- 反而為病人在臨終階段處於輕微脫水的狀況，能減少許多症狀，包括：噁心嘔吐、喘、痰音及嗆咳，四肢水腫等。這些症狀對病患臨終時的身體舒適度及樣貌影響，常常讓家人見到病人臨終過程的不平靜而有心理上的陰影。

# 容讓臨終病人吃

- 末期病人雖然吞嚥的功能降低，但往往仍可用口攝食，只是想進食的時間及喜愛的口味有所變化，此時更需要照顧者無微不至的照顧，小心餵食，適時的提供病人想吃的食物，如果太早放棄進食的功能而採靜脈給予水分或管灌食，也會減少家人溫馨的照顧。
- 照顧者或會被其他親屬指責的壓力。面對此種困境，需要詳盡的討論及溝通，讓家人了解人工營養水份或管灌食的好處與壞處。
- 同時回歸病患感受，若無饑餓口渴，不需勉強進食。

# 末期病人不吃

- 「不吃、吃不下、吃得少」，被認定為晚期病人普遍的徵兆
- 家人都擔心病人的「不吃、吃不下、吃得少」，引至飢餓導致到陰間要作「餓死鬼」，中國人思想都希望做個飽鬼，讓自己家人變為餓鬼是家人所不能允許的。

# 瀕死的末期病人 會感到飢餓嗎？

- 末期病人在生命期最終期內並不會感受到饑餓及口渴
- 給予過度營養反而可能會增加病人腸道分泌物，增加了噁心、嘔吐等不適
- 而若是病患吞嚥功能退化，家人將大多數精力花費在進食上，而減少了和病人交流活動的機會

# 認知障礙症 (又稱腦退化症或老年痴呆症) 被受社會關注

- 高齡化社會的來臨
- 認知障礙症盛行於老人
- 長期護理院舍老人的認知障礙症盛行
- 而年齡越大，失智比率也愈高



# 認知障礙症

是否被認定為絕症？

是

不是


➤ 認知障礙症是一種腦部退化疾病，患者的腦細胞會急劇退化。病人通常在確診後數年間續漸失去短期記憶，影響自我照顧能力，語言表達或理解有困難，思考及判斷力減弱，對人物、時間及方位感到混亂。現今並無根治性的藥物。

# 阿茲海默症晚期症狀

- 無法記得任何東西或處理事務，
- 無法辨認家人，
- 無法了解文字或語言，
- 但對音樂、觸摸、視覺接觸仍有些反應，
- 吞食食物有困難，
- 無法自己穿衣、洗澡、上廁所，
- 大小便失禁，
- 極晚期: 長期臥床、體重減輕、喪失功能

# 個案

- 王婆婆八十多歲，患有認知障礙症，在安老院居住。由於肺炎發燒，入醫院治療。住院時，因為體弱及神智不清，飲食有困難，使用胃喉餵飼。後來肺炎轉好了，但她的吞嚥能力仍未恢復，離院時仍需要用胃喉餵飼。回到安老院後，王婆婆時常拔掉胃喉，由於王婆婆認知障礙，未有聽取安老院護理員的勸導，護理員惟有將她雙手縛起。這做法本得到林婆婆女兒同意，但她自己的決定卻多反對，就算死也死得舒服，不如由她老院同婆婆因吞嚥困難，是認為或因吞嚥困難，是「安樂死」。



疾患到了末期  
食與不食、由自己作主

# 我有得選擇

- 每個人都擁有選擇治療與照顧的權益
- 什麼樣的事情讓整個人生變得更美好，生活更有品質
- 如一位具有意識的認知障礙症病人，他一樣擁有一般人的體驗權益，能感受到他人的照顧，生活的痛苦與快樂
- 輕度認知障礙症病人擁有自主權，那麼我們必須尊重他的價值觀，承認他有能力去做屬於自己生命重要的決定，而他比其他人更清楚自我的最佳權益所在
- 思考認知障礙症病人患病之前意見或願望的論證

# 醫學裡重要的倫理概念原則

- 病人的自主（**autonomy**）以尊重病人，滿足病人需求為主要精神，但在實際照顧中常面臨的是與家屬的要求或醫療人員的專業有所衝突的困境。
- 醫生「施恩」（**beneficence**）及「不傷害」原則（**non-maleficence**）常應用在每日照顧策略及治療決定時利弊的分析。
- 公平性（**justice**）即個人需求與社會資源分配之均衡，如照顧場所的選擇及安排等。

# 若認知障礙症病人的認知能力衰退到不能自主，何人可代其作出決定？

- 醫療團隊以「病人的最佳利益」即病人可得到的利益與可遭遇到的傷害、痛苦及困擾之間所作的衡量。病人的最佳利益不單只從醫療角度考慮，他們的意願是十分重要的考慮因素，亦要考慮病人的信仰和價值觀，來平衡利益與負擔；如病人無法表達自己，可參考家屬和照顧者的意見，得知病人的價值觀、意願、文化及宗教信仰等以推定病人的最佳利益。

# 預設照顧計劃

- 「預設照顧計劃」是指患有嚴重疾病的病人和家屬與醫護人員透過溝通，來商討日後病危時的醫療及個人照顧計劃。
- 在醫院管理局，「預設照顧計劃」也涵蓋精神上不能自決的病人及未成年病人。醫護人員與病人家屬可根據病人的最佳利益，謀求共識，為病人計劃未來的醫療或個人照顧。
- 何時是商討
  - 所以，**太遲**啟動商討「預設照顧計劃」，病人的心智可能已不能參加討論
  - 反之，**太早**商討，病人及家屬對病情未有深入的體會，未必有心理準備
  - **腦退化症患者要把握心智還健全的初期。**



# 預設照顧計劃的重點

- 針對病人的醫療照顧意向進行討論。
- 根據病人的信念、價值觀、宗教信仰及對生命的看法來表達病人的選擇。
- 是一個具計劃性、自願討論的過程。
- 以病人為中心，由醫療團隊-病人-家屬，在三方溝通討論達成共識下，建構而成的計劃內容。
- 所有討論內容均需被紀錄成預立醫療指示，可隨個人需求定期回顧或修訂。

# 患有認知障礙症病人如何保有其自主權利？

- 從前，當醫生認為病人沒有能力去做醫療決定時，諮詢其家人以代替病者作決定，但現今社會對人權的尊重有增無減，這做法已不被接受。
- 事實上，我們有時的確很難決定誰最能代表病人的意願——其配偶？子女？抑或照顧病者多年的安老院同工？若果牽涉到遺產或其他利益考慮，情況便更形複雜。
- 醫護人員希望每個病人在健康或清醒時能預設醫療旨示(Advanced Directive)，以助醫生知道其本人對於患重病或神智不清時，對於一些入侵性的治療有何取向，這可大大減輕不能知道病人意願時醫護人員面對的困難。

# 認知障礙症病人 預先為自己的晚期人生作選擇

- 隨著病情的發展，認知障礙症的病人逐漸失去自決能力。良好的照顧規劃可以幫助病者提高生活素質，確保認知障礙症病人的願望得到落實和尊重。
- 患者要把握病發初期心智還健全的時期，與醫護人員及家屬商討「預設照顧計劃」；如感覺到合適，更可以訂立「預設醫療指示」，從而確保病人對於其最終的醫療護理意願

# 不給予病人無效的「人工營養、水份」是否「安樂死」？

- 安樂死是「直接並有意地使一個人死去，作為提供的醫療護理的一部分，是違法行為，亦不符合醫護人員的專業守則。
- 停止或不給予病人無效治療絕不是施行安樂死，當無效用的維治療不符合病人的最佳利益，對於瀕臨死亡的病人施予無效的維生治療，只會帶來更多的痛苦。病人需要的，不是這些無效治療，而是要臨終關顧，讓其安然離世。

# 總結

- 人工營養水份對末期病人的幫助有限，在使用上需要和病患及家人共同討論決策，以設立正確的照顧目標。
- 但更重要的是了解病人的真正需求，不論是生理、心理或靈性層次，以病患的生活品質做考量，才能對末期病患有所助益。