



律敦治及鄧肇堅醫院



Ruttonjee & Tang Shiu Kin Hospitals

港島東社區老人評估小組 安老院舍晚期醫護服務



序

因為無助，我們感到徬徨。因為未知，我們感到恐懼。雖則「生有序，死有時」是不爭的事實，怎樣能令院舍內的末期病患長者在平靜、最少痛苦及有尊嚴地走完人生最後一程，保有善終，是愛他們的人最大的心願。但如何表達及安排個人的意願，處理各種疾病引致的身體不適、心理的訴求、面對社交的孤立等，是不少末期病患長者和家人面對的難題。港島東社區老人評估組的「晚程關顧服務」正好回應以上的需求。

隨著人口老化，入住安老院舍的末期病患長者也與日俱增，為了迎合社區長者的需要以及提升院舍末期病患長者的生活質素，我們於二〇一四年一月開始推動「晚程關顧服務」。本服務的概念是---尊重長者，肯定他們的價值，幫助他們活得舒適，紓緩身體的不適，聆聽他們的訴求。透過坦誠的溝通制定「預設照顧計劃」(Advance care planning)，讓長者及其家屬作主導，預先安排對醫療抉擇的想法。

本書內容包括簡述「晚程關顧服務」的一些重要概念。闡述施行急救程序的過程，好讓我們的服務對象在考慮計劃時有較完整的參考資料。另外也扼要地介紹了晚程關顧服務一些護理重點，讓大家更了解患者的護理需要。

港島東社區老人評估小組
二零一五年五月

目錄

03 第一章 認識晚程關顧服務

11 第二章 提出毋須急救指示前 你不能不知的急救程序

17 第三章 認識末期病患者常見的症狀 及有關的護理

25 參考資料



服務概念

A 晚程關顧服務的概念

我們深信每一個人都能自主人生。縱使生命已到晚期，仍能作出適當的選擇，減少身心痛苦，行使自己的意願。

晚程關顧服務是幫助末期病患長者，紓緩其症狀不適、提供舒適護理及身、心、社、靈(註一)的全人照顧，以提升生活質素。並預先在他們清醒或病況未急轉向下時，透過與家屬、醫護人員及院舍照顧員的溝通以取得共識，為臨終期的醫療安排作出抉擇，制定「預設照顧計劃」(Advance care planning)，不提供沒有意義的維持生命治療(以下簡稱維生治療)。這樣既可圓滿末期病患長者的心願，有尊嚴地離世，亦可減輕家屬的無助及在臨終時抉擇的壓力。因此讓生命末期病患長者保有善終是晚程關顧服務醫護團隊最大的心願和祝福。



B 有關晚程關顧服務的疑問？

參加了晚程關顧服務，是否代表得不到任何治療，準備等死？

這是絕對錯誤的說法！晚程關顧服務的概念是紓緩末期病者的症狀，以提升生活質素。因此絕對會使用適當的藥物及治療方式來醫治病人。當患者已達臨終階段，器官衰竭，身體不能逆轉時，才按病者或家屬意願，不作無效急救或治療，使病者有尊嚴地自然離世，以保善終。

誰人可以參加此項服務？

本計劃主要為患有末期病患者而設，包括：末期器官衰竭、末期身體機能衰退、運動神經元疾病、晚期認知障礙症及最近六個月內多次入院之殘弱長者。





我怎知自己或我的家人適合參加此項服務？

你可以向港島東社區老人評估小組合作的安老院舍護士、護理員或直接向本評估小組護士查詢，以作安排及評估。適合的長者及家人，會被安排與負責此服務之醫生會面並作詳細解釋。

此項服務有些什麼內容？

專責「晚程關顧服務」的醫生會向長者及其家屬詳細解釋病況，並按個人需要制定適切的「預設照顧計劃」(Advance care planning)。醫護小組會定時到院舍探訪長者，秉持「全人護理」的概念，減輕長者之徵狀，聆聽其心理的訴求，以改善患者生活質素。



此項服務有些什麼重點？

透過坦誠的對話及密切的溝通，以長者及其家屬作主導，替末期病患者預先制定適切的「預設照顧計劃」(Advance care planning)，例如：在長者臨終時不作無效的急救(包括心肺復甦術及人工輔助呼吸機)及選擇個人接受的照顧方式等，讓病患者選擇在最少痛苦及平靜的情況下有尊嚴地離世。

為什麼要作毋須急救的指示？

我們肯定生命的意義，但同時也承認死亡為生命的自然過程。當先進的醫療科技不能逆轉身體機能或器官衰竭時，無效的維生治療，如心肺復甦術只會延長末期病患者步入死亡的階段，增加痛苦，但病情仍無法逆轉。

參加了此項服務可以退出嗎？

長者或家屬如改變意願，認為不適合，可向老人評估小組醫生或護士提出並退出。



訂立預設照顧計劃及預設醫療指示

A 何謂「預設照顧計劃」 (Advance care planning)

透過病人、家屬及醫護人員的溝通；以理解病人的價值觀和信念，考慮治療的利弊及病人對晚程照顧的期望後，預先為病人臨終期的醫療方式及照顧安排作出選擇。如有需要會轉介不同的專業人員協助如：物理治療師、職業治療師、營養師、醫務社工及牧靈部同工等。同時，醫護人員經商討後會制定意願書，把病人及其家屬所選擇的醫療計劃記錄下來。當日後病情危殆不能自決時，若病人沒有制定「預設醫療指示」提供治療方向，「預設照顧計劃」將成為醫護人員施行醫療程序及臨終期照顧的重大參考基礎。

制定「預設照顧計劃」 (Advance care planning) 意願書之步驟

- 充分思考到達生命盡頭時，甚麼對您最重要
- 根據自己的價值觀及信念，選擇醫護方式
- 把自己的選擇與意願與家屬溝通，並達成共識
- 由醫生講解，將您的預定醫療計劃寫下來，並記錄於醫院的病人電子記錄內，以供其他公營醫療團體參考
- 每半年重檢或按患者的病情和需要修定照顧計劃

可以怎樣選擇「預設照顧計劃」的內容？

意願人可預立不接受心肺復甦術的意願，或其他維持生命治療的措施；包括人工輔助呼吸、心臟起搏器、人工營養及流體餵養，為特定疾病而設的專門治療，例如洗腎等。

B 何謂「預設醫療指示-(當病情到了末期時拒絕心肺復甦術)」 (Advance Directive - To refuse cardiopulmonary resuscitation when suffering from terminal illness)

「預設醫療指示」是一份受「普通法」認可的文件，是記錄意願人對生命末期接受的醫療方案的指示。因此不一定在疾病末期時才可填寫，只要年滿18歲，精神上能自主及知情的病人，便可寫下自己對未來醫療的選擇。此文件需由兩名與意願人沒有利益關係的人士見證簽署，其中一位見證人必須是醫生。在制訂「預設醫療指示」時，最重要是與親屬交待和溝通意願，好讓他們明白意願人的心意。需要時協助執行並給予尊重。





所訂立的預設醫療指示何時啟動？

所訂立的指示只會在意願人的病情到了末期、身體狀況不能逆轉、陷入長期的昏迷，或已失去溝通能力，經醫生確診已進入生命末期才會生效。

「預設醫療指示」意願書的內容簡介

第一部份 意願人個人資料

第二部份 意願人個人的聲明及意願書內容
--- 不接受心肺復甦術的意願

第三部份 見證人的個人資料及簽署

© 如何撤銷「預設照顧計劃」或「預設醫療指示」意願書

本計劃每半年重檢一次，如意願人改變意願，認為不適合，可隨時或在重檢時向老人評估組醫護人員提出撤銷或修改「預設照顧計劃」或「預設醫療指示」意願書的內容。醫生會將更新的資料記錄於意願人的醫療電子記錄內。

有關意願書文件的保存

意願書的「正本」應由意願人自行保管，並通知照顧者或親屬關於文件的存放位置。當意願人因急症求診或入院時，請攜帶意願書並向醫護人員出示文件，以便跟進並依照意願人的個人醫療照顧計劃，作出適切的安排。



第二章

提出毋須急救指示前你不能不知的急救程序

常見的急救步驟

● 施行心肺復甦術

- 胸外按壓維持暫時的血液循環

● 插氣管內導管

- 保持呼吸暢通，以人工呼吸代替自主呼吸

● 心臟去顫術(電擊法)

- 是一種用電擊來刺激心臟電流，希望重新啟動正常心跳

● 建立及維持靜脈注射路徑

- 靜脈注射血管增壓素及其他藥物



當腦部缺氧二分鐘腦部活動便停止，超過五分鐘即有不可逆轉的損傷，超過十至十五分鐘神經細胞便會死亡，對腦部造成永久損害，可導致肢體癱瘓。

主要的醫療程序

A 心肺復甦術

心肺復甦術(簡稱 CPR，cardiopulmonary resuscitation)，為一項當呼吸終止及心跳停頓時，合併使用「心外按壓」和「人工輔助呼吸」來進行搶救的一種緊急性維持生命治療術，目的以圖令停止了之心臟從新跳動及回復呼吸。

心外按壓

「心外按壓」泛指一個人之心臟停頓，醫護人員以手直接按壓患者之胸骨位置，藉以刺激心臟泵出血液，以維護腦細胞及器官組織不致即時壞死。

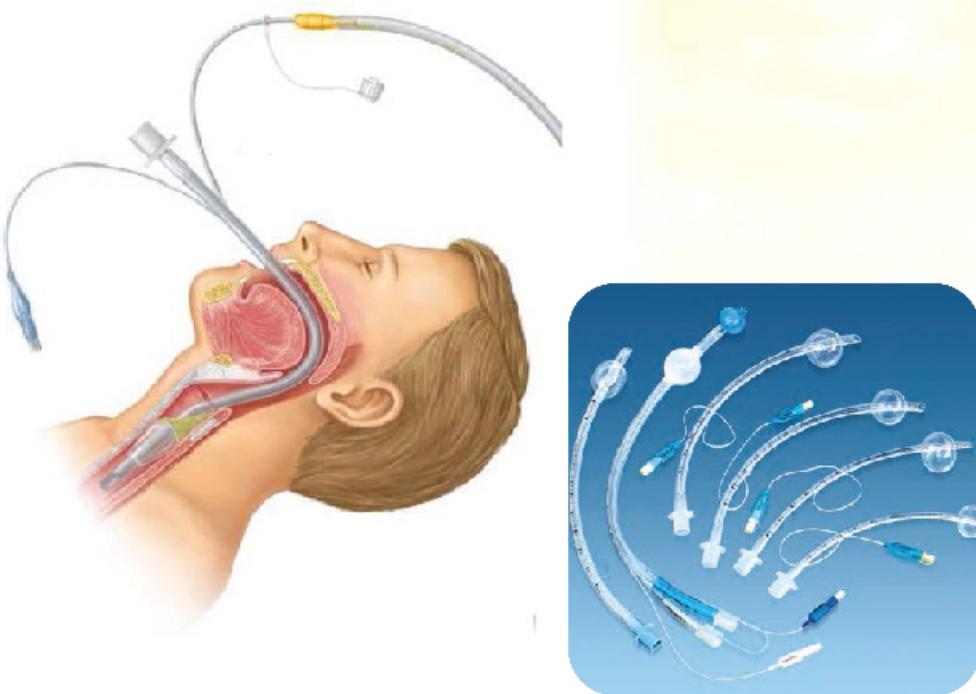


第二章

提出毋須急救指示前你不能不知的急救程序

人工輔助呼吸

當施行「心肺復甦術」時，給予「人工輔助呼吸」以維持心臟及大腦的氧氣供應。侵入性的「人工輔助呼吸」泛指醫護人員使用儀器，將一條「氣管內導管」由患者的口部插入，並固定於氣管內，再將導管連接於呼吸機，依賴儀器控制患者之一吸一呼。整個過程中，患者是處於麻醉或昏迷狀態，及不能活動以配合呼吸儀器運作。



非侵入性的「人工輔助呼吸」

適用於因睡眠窒息症引致的上呼吸道塌陷阻塞；急性期的慢性阻塞性肺疾(chronic obstructive pulmonary disease)；動脈血中二氫化碳濃度高及因呼吸狀況惡化必須反覆住院的病人。



很多人士以為心肺復甦術成功率很高，但實況是其成功率取決於患者身體的狀況，或何種因素導致之心臟停頓。當患者已處於生命末期或多種器官衰竭，其成功率很低，甚至沒有效果。一般情況下，醫生會決定病人是否需要進行心肺復甦術。如患者處於危急情況，又沒有特定的意願下，醫生將不會在進行心肺復甦術前知會家屬。

第二章

提出毋須急救指示前你不能不知的急救程序

B 心臟去顫術(電擊法)

使用極短暫的脈衝電流通過心臟來消除心律不整(Cardiac dysrhythmia)，希望恢復正常的心跳節律。



C 血管增壓素

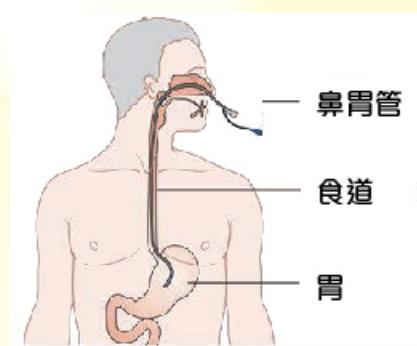
泛指因呼吸及心跳微弱時，患者之血壓下降至危險指數，將一些提升血壓之藥物，經患者的血管直接輸入體內，藉以提升血壓而維持正常的血液循環。



D 其他維持生命治療

人工營養及流體餵養

「人工營養及流體餵養」泛指當一個人因某些原因沒法以口進食，醫護人員將一條軟膠喉管(nasogastric tube)經患者的鼻插入食道，直達胃部，以流質營養液(如奶類)供給營養。



輸血

「輸血」是指因某種原因，引致患者大量出血，為了補充血液或其他血製成品，醫生處方把預製之血液經患者的血管直接輸入體內，以維持身體之運作。

而輸血畢竟是有風險的，有人或因為宗教信仰(如耶和華見證會)而拒絕輸血，亦有某些人還是希望有其他選擇。



第三章

認識末期病患者常見的症狀及有關的護理

生命到了晚期，如能夠提供適切的護理，不但能減少患者因病痛所帶來的身心不適，亦能改善及提升他們的生活質素。

以下是常見的症狀：

疼痛

疼痛是很主觀的，因此要相信病人的感覺，避免曲解病人的描述及表現。

護理方法有：

- 按時按量給予醫生處方的止痛藥。
- 經醫生、護士的指示下運動、按摩、冷熱敷。瘦弱而患有骨質疏鬆的末期病患長者尤其容易發生骨折，故此走路、洗澡及運動需特別小心。
- 家人的陪伴會舒緩病人的情緒，提供舒適的環境、合宜的音樂或遊戲休閒活動皆為輔助之重要方法。



噁心嘔吐

疾病本身或某些藥物皆可能令病人產生噁心嘔吐的情形。

護理方法有：

- 按時按量給予醫生處方的止嘔藥。
- 保持環境清潔及空氣清新，避免刺激及難聞的氣味。
- 少量多餐。
- 吐出來的東西若用深色袋子盛裝可降低病人的擔心。
- 使用病人喜歡的漱口水漱口。
- 適量的拍背或穴道指壓(內關穴)。
- 清潔口腔，若裝有假牙則最好每次進食後均清洗。
- 若病人有鼻胃管留置，可加以引流。



第三章

認識末期病患者常見的症狀及有關的護理

呼吸困難

肺癌或癌症轉移到肺、腫瘤壓迫呼吸道、心臟衰竭、貧血，都有可能引起呼吸困難。

護理方法有：

- 按時按量給予醫生處方的藥劑。
- 家人可輕撫病者背部以緩和緊張情緒。
- 讓病者坐起來，身體傾向或伏向前。
- 保持空氣流通，如打開窗戶，使用小型風扇直吹面上或空調調節室內空氣。
- 舒適的姿勢、輕柔的音樂、放鬆的肌肉，可舒緩胸悶緊繃的感覺。
- 呼吸訓練，使病人感覺能控制自己的呼吸變化：
 - ▶ 嘴唇微開，放鬆肩膀、後背、後頸及上臂。
 - ▶ 精神集中在慢慢把氣吐出。
- 若使用氧氣，需給予口腔、嘴唇適量的濕潤。



虛弱

末期病患者會因病程持續而逐漸顯得疲憊虛弱。

護理方法有：

- 按時給病人醫生處方的藥物。
- 家人溫柔的陪伴，儘量滿足病人的需要。
- 保持舒適的姿勢，若病人臥床不易轉身時，請至少每兩小時協助病人轉換體位。
- 有需要時可使用氣墊床，防止褥瘡產生。
- 補充適量的營養。
- 保持身體的清潔。



第三章

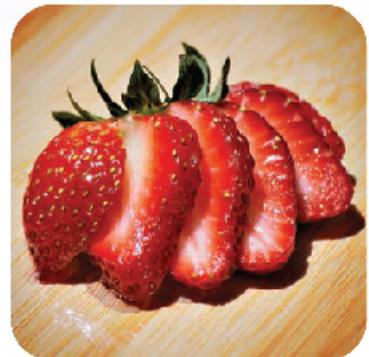
認識末期病患者常見的症狀及有關的護理

食慾不振

消化道的疾病、疼痛、噁心、便秘、口腔潰爛或藥物副作用都有可能引致食慾不振。

護理方法有：

- 按醫囑給予促進食慾的藥物。
- 紓緩口乾、作嘔、便秘、疼痛、情緒等徵狀可改善食慾不振。
- 進食前漱口能刺激味覺，可增進食慾。
- 少量多餐。
- 因應口味的改變而準備一些患者喜歡的食物。
- 慎選食物的種類及軟硬度，避免像豆類、白菜等會產生氣體的食品。
- 不要邊用餐邊喝飲料或水。
- 進食時盡量放鬆心情，不宜強行進食。



吞嚥困難

晚期運動神經元疾病或認知障礙症長者會產生吞嚥困難的情況。護理方法有：

- 如飲用流質時出現咳嗽，容易嗆到，可能是吞嚥困難的先兆，需接受轉介接受言語治療師的評估。
- 根據言語治療師的指引，按比例加入「凝固粉」於流質內。
- 進食時宜採60-90度坐姿，以協助食物下嚥，並預防吸入性肺炎。
- 宜少量多餐。



第三章

認識末期病患者常見的症狀及有關的護理

便秘

症狀包括：脹氣、腹痛或解便不完全感。

護理方法有：

- 增加水分及果汁的攝取。
- 吃高纖維食物如：木瓜、火龍果及奇異果等。
- 病人想解大便時儘快回應協助。
- 順時針按摩腹部。
- 按醫囑給予通便藥物、如便秘超過三天，應給予塞劑或灌腸。



失眠

失眠會使病人不安、疲倦及絕望。

護理方法有：

- 有效的徵狀控制可減少睡眠的滋擾。
- 沐浴、輕柔的按摩、柔和的音樂，可助放鬆精神。
- 純予睡前熱飲。
- 提供寧靜及舒適的環境。
- 日間盡可能減少睡覺。
- 按醫囑給予輕鎮靜劑的藥物。



晚程關顧服務的專責醫生及護士會定時探訪患者，並指導照顧者妥善處理患者心、身、社、靈等各方面的問題。

(註一)

身(身體上)：減輕不適。

心(心理上)：心理社交上的安全感、自主能力及滿足感。

社(社交上)：維持與人的關係，特別是對病者關鍵的人物。

靈(靈性上)：尋求生命的意義、個人的成就及與人的聯繫。

(Corr, Nabe & Corr, 2000)

參考資料

- Corr C., Nabe C. & Corr D. (2000) Death and Dying, Life and Living (3rd edition). Wadsworth: Thomosn Learning Publishing Company.
- Kinzbrunner, B. M. & Policzer, J. S. (2011). End-Of-Life Care: A Practical Guide (2nd Edition). U.S.A.: McGraw-Hill Companies.
- Patient Safety & Risk Management Department/Quality & Safety Division (2014) Guidance for HA Clinicians on Advance Directives in Adults. Hong Kong : Hospital Authority.
- 東華三院社會服務科(2007)。思前想後。香港：東華三院社會服務科
- 財團法人中華民國安寧照顧基金會(2015)安寧衛教手冊(第八次修訂)。台北: 財團法人中華民國安寧照顧基金會
- 陳秀丹(2014)。向殘酷的仁慈說再見。台灣：三采文化
- 善寧會(2010)。善寧會視像教材第一輯：生死教育(第三版)。香港：善寧會。
- 善寧會(2010)。善寧會視像教材第五輯：臨終階段的照顧(第二版)。香港：善寧會。
- 摊抱夕陽服務計劃工作隊(2013)。預設醫療指示意願。香港：東華三院社會服務科復康服務部-攏抱夕陽服務計劃
- 醫院管理局(2008)。紓緩治療服務: 徵狀處理。香港：醫院管理局



人生是不斷的取捨
取是一種本事
捨是一種哲學
放下自己是智慧
放下別人是慈悲

(陳秀丹，2014)

