

# 醫學倫理 個案集

## 年長病人 晚期護理 服務



策劃及捐助 Initiated and Funded by



香港賽馬會慈善信託基金  
The Hong Kong Jockey Club Charities Trust

同心同步 同進 RIDING HIGH TOGETHER

合作院校 Partner Institution



香港中文大學  
The Chinese University of Hong Kong



香港中文大學  
賽馬會老年學研究所  
CUHK Jockey Club Institute of Ageing

# 醫學倫理個案集

## 年長病人 晚期護理服務



籌劃及製作



合作夥伴



隨著香港人口老化，晚期病患長者人數不斷攀升，公眾對社區晚期病人護理服務的需求亦日漸增加。為此，香港賽馬會慈善信託基金撥款二億五千五百萬港元，於2016年開展推行為期六年的「賽馬會安寧頌」計劃，協助改善社區晚期護理服務的質素，以及為相關服務的專業人員提供培訓，並舉辦公眾教育活動。

「賽馬會安寧頌」結合跨界別力量，聯繫社區及醫療系統，強化現有臨終護理服務。計劃會在社區及安老院舍推行安寧服務，為晚期病患長者提供全面的支援，讓他們可以在充份知情下作出合適的臨終護理選擇，提升他們的生活質素。計劃合作夥伴包括：香港大學社會科學學院、香港中文大學賽馬會老年學研究所、香港老年學會、基督教靈實協會、香港復康會、聖雅各福群會，及聖公會聖匠堂長者地區中心。詳情請瀏覽 <http://www.JCECC.hk/>

## 目錄

I. 簡介	P.3
II. 個案及評論	
1. 劉先生 – 醫護團隊的意見分歧	P.4
2. 陳先生 – 為認知障礙症患者提供餵飼管的抉擇	P.8
3. 黃女士 – 晚期癌症病人的深切治療部分流問題	P.12
4. 郭女士 – 家人要求向病人隱瞞病情	P.18
5. 周先生 – 對應何時展開預設照顧計劃的分歧	P.24
6. 葉先生 – 生命將盡時不給予抗生素治療	P.30
7. 吳女士 – 選中醫不選西醫	P.36
III. 背景資料	
1. 為晚期認知障礙症病人提供餵飼管的決定	P.40
2. 「預設照顧計劃」及「預設醫療指示」 在香港的概念與發展	P.46
3. 醫療專業人員的道德困擾：問題與起因	P.54

個案集為照顧年長晚期病人遇到醫學倫理問題的醫生、護士、社會工作者和專職醫療人員提供開放式網上資源。選取的個案均已諮詢於醫院、診所和社區照顧年長病人的醫護與社會關懷專業從業員，個案中的情況於香港均普遍而具挑戰性。每宗個案都有專家評論，分析倫理難題，並提出實用的臨床處理方法。個案集同時就年長病人晚期護理的重要議題提供背景和額外資源。未來亦會繼續更新，適時加入新的個案和背景資料。

個案集獲「賽馬會安寧頌」計劃（JCECC）的支持，並與香港中文大學生命倫理學中心合作推行。項目意念源自新加坡國立大學楊潞齡醫學院的新加坡生命倫理個案集計劃，該計劃為醫護專業人士提供網上資源，應對當地常見的倫理問題。香港中文大學賽馬會老年學研究所抱著同樣信念設計個案集，因應本地情況為香港的醫護從業員提供支援。

個案集的個案均根據真實內容改編，當中的人物名稱與詳情經修改後，不會透露任何個人資料。



劉先生89歲，八年前中風入院，繼而右邊肢體無力，需要坐輪椅，自此長期居住老人院。劉先生未婚，兩個姊妹不時探訪他。

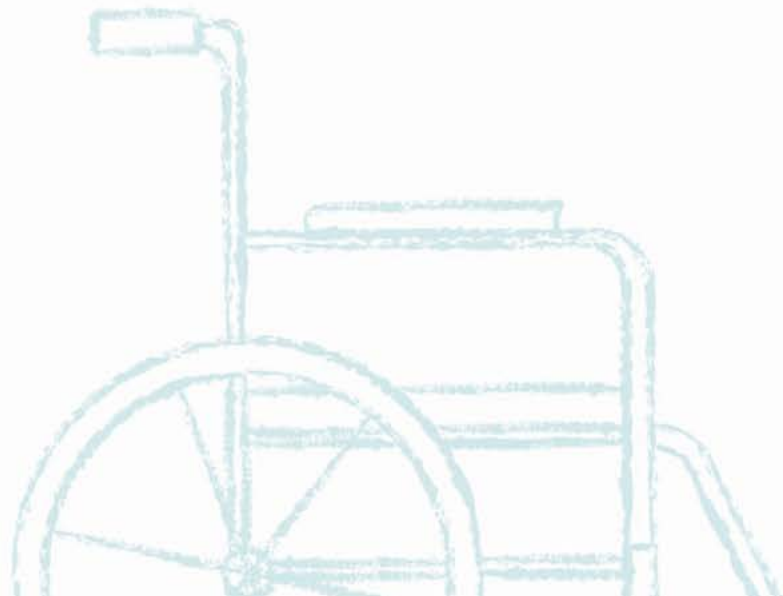
兩星期前，劉先生從輪椅墜地，導致髖部骨折需要入住骨科病房。由於他本身健康欠佳，而且已經需要坐輪椅，骨科顧問醫生單醫生認為劉先生不適合接受髖關節置換手術。之後數天，劉先生開始發燒、咳嗽，並確診患上肺炎。劉先生即使服用抗生素，呼吸系統的情況依然惡化；即使已經透過氧氣罩提供最高量的氧氣，他仍然呼吸困難，引致呼吸急促。

鑑於劉先生身體狀況每況愈下，骨科醫生盧醫生致電劉先生的姊妹解釋：「劉先生患有嚴重肺炎。如果不盡快接駁呼吸機，劉先生剩下的日子不多。」姊妹同意為劉先生插呼吸管和將他接駁至呼吸機。醫護人員將餵飼管插入劉先生內，開始用餵飼管為他餵食。

實習醫生洪醫生過去數星期於醫院照顧劉先生，眼見劉先生使用呼吸機，自己又不時因監察血液氣體而向劉先生進行動脈抽血，令他感到痛苦而心疼。劉先生因經常抽血，導致雙手一片瘀傷。洪醫生認為用呼吸機維持劉先生的生命等同虐待病人，而上級盧醫生未有恰當地與病人家屬討論治療方案的好處及風險。

幸好，劉先生使用呼吸機一星期後，呼吸系統情況好轉，可以移除呼吸管。

然而，一天後，劉先生再次呼吸困難。盧醫生與顧問單醫生討論病情，單醫生同意重新接駁呼吸機。盧醫生吩咐洪醫生聯絡麻醉科醫生，接駁喉管。洪醫生認為劉先生不大可能再次離開醫院，使用呼吸機只會延長劉先生死亡的過程，令他更痛苦，擔心再次使用呼吸機只是徒然。洪醫生不知道應否聽從上級指示，聯絡麻醉科醫生。



## 個案1

劉先生

### 醫護團隊的意見分歧

#### 評論

#### 謝俊仁醫生 — 醫院管理局臨床倫理委員會主席(2005至2017年)

洪醫生擔心再次插喉及使用呼吸機只是徒然，非從病人的最佳利益出發。洪醫生的觀點正確與否，視乎以下因素：

##### a. 病人是否仍有能力作決定？

劉先生已89歲，且患有中風，但不代表沒有能力作決定。如果病人依然有能力作決定，應該參考病人的意願。

##### b. 病人意外前的生活質素是怎樣的？

劉先生已89歲，而且中風後需要以輪椅代步，但並不代表生活質素欠佳。衡量入侵性治療利弊時，生活質素是重要的考慮因素。

##### c. 相關專科醫生有否提供意見，預測重新插喉的治癒機會？

洪醫生的顧問醫生決定重新為病人插喉，代表病人的肺炎依然有機會痊癒。不過，洪醫生認為繼續治療只是徒然。洪醫生是實習醫生，顧問醫生則是骨科醫生。由於雙方意見不一，如果諮詢相關專科（如老人科或胸肺內科）醫生的意見，相信會有幫助。

d. 如果病人已失去決定能力，病人曾否表達對延命治療的價值取向？如果肺炎可能有效痊癒，了解病人先前關於維持生命治療的價值取向，對重新插喉與否的決定，是重要因素。

如果洪醫生考慮過以上因素後，認為再次插喉只是徒然，對病人並非最佳利益，他拒絕只是遵從上級決定的指示，是適當的。洪醫生有倫理責任，依照自己的獨立專業判斷，以病人最佳利益來行事。

洪醫生可以選擇與上級更深入討論，提出自己意見，並建議諮詢相關專科醫生的意見。考慮病人最佳利益，往往牽涉價值取向。故此，與病人、病人家屬和醫療團隊各成員商討，考慮各方的想法，然後達成共識，會有助作出合適的抉擇。

如果醫療團隊成員之間無法達成共識，而時間又許可的話，可以諮詢醫院的臨床倫理委員會。另一方法是訂定時限，嘗試作出治療。醫療團隊應該與病人和病人家屬訂明治療目標、終止治療的條件與治療期限。如果治療期限前未能達成訂定的治療目標，各方可以一同決定撤去維持生命治療。



陳先生84歲，男性，有高血壓，糖尿病和復發性缺血性中風病歷。他的妻子數年前去世。他有兩個兒子和一個女兒，兒女都住在香港。陳先生5年前確診患有血管性認知障礙症，需要坐輪椅。兩年來，他和次子一家同住，主要由媳婦瑪莉照顧。但是，陳先生在過去幾個月變得愈來愈虛弱，瑪莉不能再單獨扶他下床了。其後，陳先生被送到私營安老院居住。

去年，陳先生變得需要臥床，大小便失禁，要依靠他人餵食。他亦因肺炎多次入院，言語治療師建議他進食糊餐，並把飲料增稠。在患上吸入性肺炎後，陳先生有嚴重的口腔吞嚥困難，言語治療師因而建議非口腔進食。

醫生要求與陳先生的家人見面，陳先生的次子和女兒來了。次子說：「爸爸不會想插入餵食管的，他在安老院看過很多以餵食管餵食的老人，他們只能整天躺在床上，這不是他想要的生活。他曾告訴我們，他寧願死，也不要被插入餵食管。」

陳先生的女兒也曾聽過父親說同樣的話，她和次子都決定選擇用人手小心餵食，而不使用管餵。他們都明白當中會有誤吸、肺炎和死亡的風險。

病人接受了人手小心餵食數個月。但是，他接著開始發燒，甚至變得昏迷。他被轉送到醫院，並發現患有嚴重的肺炎。他一直沒有再以口腔飲食，並獲處方靜脈注射抗生素。陳先生的次子和女兒得知父親的病情惡化，並會很快過身。他們理解情況，並同意繼續保守治療。

但是，陳先生的長子在第二天出現，並堅持要開始管餵。他接受父親即將死去，亦同意繼續紓緩治療和維持不作心肺復甦術的指示。不過，他說：「我爸爸死去時要吃飽，這很重要。我不想他變成餓鬼。」臨床醫生不肯定他是否應該拒絕長子的要求。

## 個案2

陳先生

### 為認知障礙症患者提供餵飼管的抉擇

#### 評論

#### 謝俊仁醫生 — 醫院管理局臨床倫理委員會主席(2005至2017年)

分析臨床倫理案例時，應考慮各種重要背景因素，文化因素正是其中之一。中國人對於死亡和面對死亡有一些根深蒂固的看法，病人可能很重視這些看法。在適當的情況下，我們或須尊重這些觀點。但這並不表示我們應該毫無疑問地接受傳統文化觀點。考慮文化因素時，我們應就每宗個案的情況，仔細和其他重要考慮因素相權衡。

我們可以逐步處理這問題：

#### a. 在這個階段管飼會延長病人的生命嗎？

患者因嚴重肺炎而步向死亡，開始管飼不會延長他的生命。插入餵食管不但令病人不舒服，而且，在開始管飼後會令病人有進一步誤吸的風險。

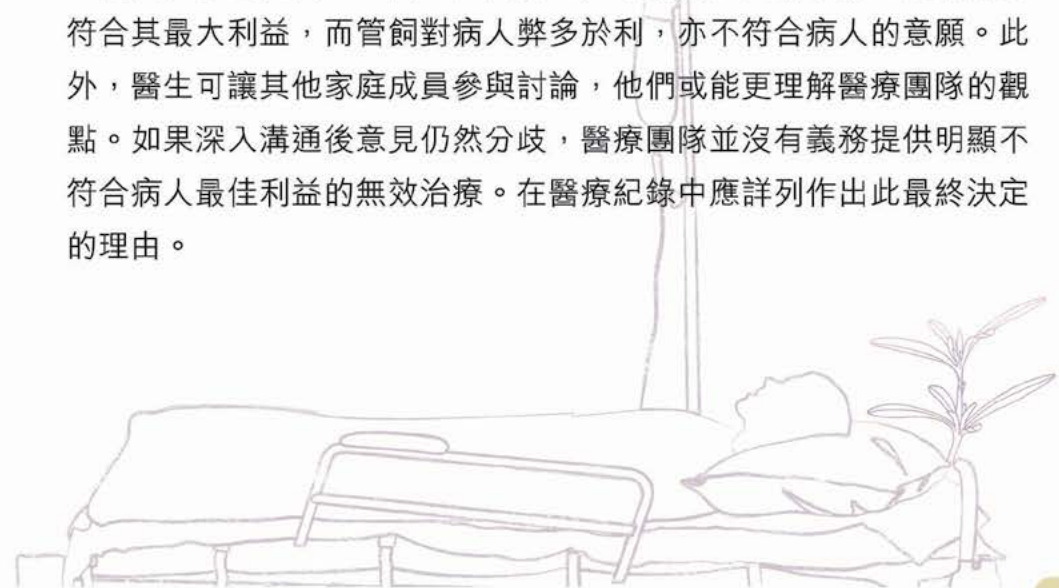
#### b. 「希望死去時要吃飽」是病人的願望嗎？

雖然「死去時要吃飽」是一些中國長者的傳統意向，但這要求是由病人的兒子而非病人本身提出。沒有證據顯示病人過往在有能力作出決定時曾要求死去時要吃飽。相反，病人先前表示不喜歡管飼。

#### c. 平衡益處和損害後，我們應否提供管飼？

決定應否管飼應取決於這是否符合病人的最佳利益，而不是其家人的喜好。在此個案中，考慮到患者的意願並且平衡益處和損害後，我們應該很清楚管飼並不符合病人的最佳利益，因此我們不應提供管飼。

在得出不應提供管飼的結論後，醫生須以適當的方式處理病人兒子的要求。醫生應向病人兒子解釋，令他明白醫生作出此最終決定的理由，而不應單單告知他無權要求管飼。這會有助避免衝突，並減低病人死亡後其兒子的內疚感。醫生應向病人兒子解釋，其給予病人的治療須符合其最大利益，而管飼對病人弊多於利，亦不符合病人的意願。此外，醫生可讓其他家庭成員參與討論，他們或能更理解醫療團隊的觀點。如果深入溝通後意見仍然分歧，醫療團隊並沒有義務提供明顯不符合病人最佳利益的無效治療。在醫療紀錄中應詳列作出此最終決定的理由。





黃女士是65歲退休教師，與丈夫同住，沒有子女。黃女士生性好動，喜歡與丈夫一同行山。黃女士大約兩個月前因呼吸功能衰竭而入院，需要緊急插喉，並入住深切治療部。診斷發現黃女士患有縱隔腫瘤，及阻塞氣管與右支氣管。胸腔外科手術團隊植入氣管支架，使用縱膈腔鏡進行淋巴結活體組織切片。黃女士呼吸系統植入支架後狀況一度好轉，卻出現支架移位導致肺塌陷，影響治療。黃女士送返手術室，胸腔外科手術團隊成功重置支架。不過，黃女士及後感染呼吸器相關肺炎，黏液梗塞亦導致血氧飽和濃度不時降低，手術後數星期情況依然難以控制。

黃女士後來情況好轉，毋須繼續使用呼吸機。停用呼吸機當日，團隊收到切片分析結果。報告確認黃女士不幸患上晚期肺癌，電腦斷層掃描顯示癌細胞可能已經散播到左腎上腺。團隊詢問腫瘤科醫生治療意見，腫瘤科醫生認為病人呼吸系統情況欠佳，不適合進行化療和放射性治療。

負責照顧黃女士的深切治療部唐醫生告知病人和病人丈夫消息。唐醫生解釋，整體治癒機會不高，而且由於癌腫瘤無法切除，導致呼吸系統極有可能再度衰竭。黃女士與丈夫聽了消息後相當震驚，但都能接受現實。

另外，為了準備應對可能出現的醫學抉擇，唐醫生解釋，黃女士的腫瘤如果再次阻塞呼吸道，引致呼吸系統衰竭，黃女士很可能需要插喉。不過，黃女士能夠再次移除呼吸機的機會很微。由於治療的壞處很可能大於好處，唐醫生建議黃女士未來不要再插喉。

黃女士聽罷點頭同意：「如果要一直接駁呼吸機，我希望不要再接再駁了。我不希望自己生命結束的時候仍要接駁呼吸機。」黃女士的丈夫坐在一旁，握著黃女士的手。

對話過後數天，黃女士轉到病房繼續接受抗生素治療。一星期後，黃女士突然出現呼吸困難，導致心跳停頓。黃女士一分鐘內接受搶救後，恢復自發性血液循環與呼吸，不過依然昏迷。胸腔外科手術團隊進行支氣管鏡檢查，發現黃女士的支架不合身造成移位，導致呼吸功能衰竭。團隊為黃女士訂製支架，計劃為她做手術重置支架。同時，胸腔外科手術團隊認為病人需要於手術過程中插喉，手術後亦可能需要呼吸機，所以要求病人轉移深切治療部。

主診醫生諮詢唐醫生意見，並告訴唐醫生，黃女士的丈夫於床邊抽泣，請求醫生「用盡一切辦法救我的妻子」。雖然唐醫生先前與病人同意不再插喉，討論時卻不知道有新支架。胸腔外科手術團隊表示，支架重置手術若然成功，病人有機會重新拔除呼吸機，多活數星期甚至數個月。

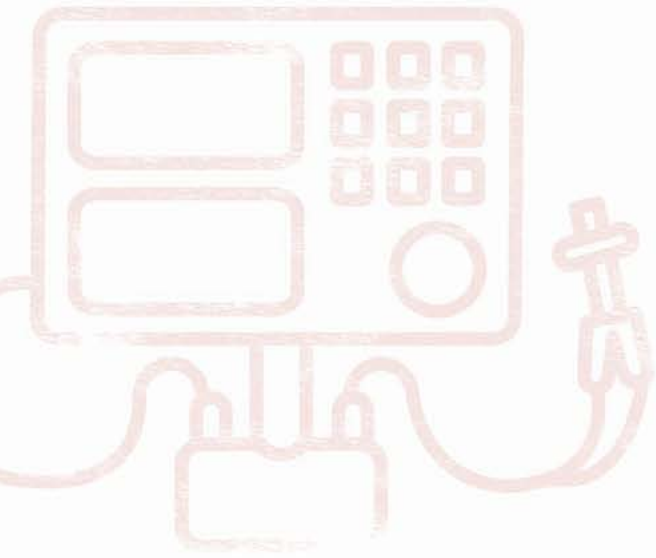


### 個案3

黃女士

## 晚期癌症病人的深切治療部分流問題

另一方面，唐醫生亦清楚支架重置無法保證病人能夠停止使用呼吸機。即使黃女士毋須使用，亦只屬短暫措施。黃女士本身的癌症無法治癒。再者，醫院空置的深切治療病床不多。如果轉移黃女士到深切治療部，其他危殆但治癒機會較高的病人有需要時就無法使用。唐醫生不知道應否轉移黃女士到深切治療部。



### 評論

#### 區結成醫生 — 香港中文大學生命倫理學中心總監

我們經常覺得倫理抉擇是要作「正確」的選擇，但真實臨床情況常常出現兩難情況，並不清楚是否存在單一「正確」的選擇。如果個案中的治療顯然無效，抉擇過程便簡單直接。雖然個案中的根本病況無法治癒，但是胸腔外科手術團隊認為病人重置訂製支架「有機會重新拔除呼吸機」。如果成功拔除呼吸機，病人可能多活數星期至數個月。留意病人已經曾經成功植入（非訂製）的支架，亦曾經成功拔除呼吸機數星期。

如果病人經歷過先前的情況，表明希望以後不再插喉，抉擇過程就變得簡單直接。不過，黃女士說的是臨終前不希望接駁呼吸機。我們無法肯定黃女士意思：究竟是「最後一刻不想插喉」，還是生命最後的數星期至數個月，即使有機會移除呼吸機，也不希望插喉？

有人可能會說團隊無法預見所有可能情況，再逐一排除，取得病人的預設指示。正因如此，預設照顧計劃不能只應對個別情況的治療取向。如果時間情況許可，應該釐清病人決定背後的原因。了解病人的價值觀與看法，特別是不舒適治療方面的意見，有助應對無法預見的情況。

### 個案3

黃女士

## 晚期癌症病人的深切治療部分流問題

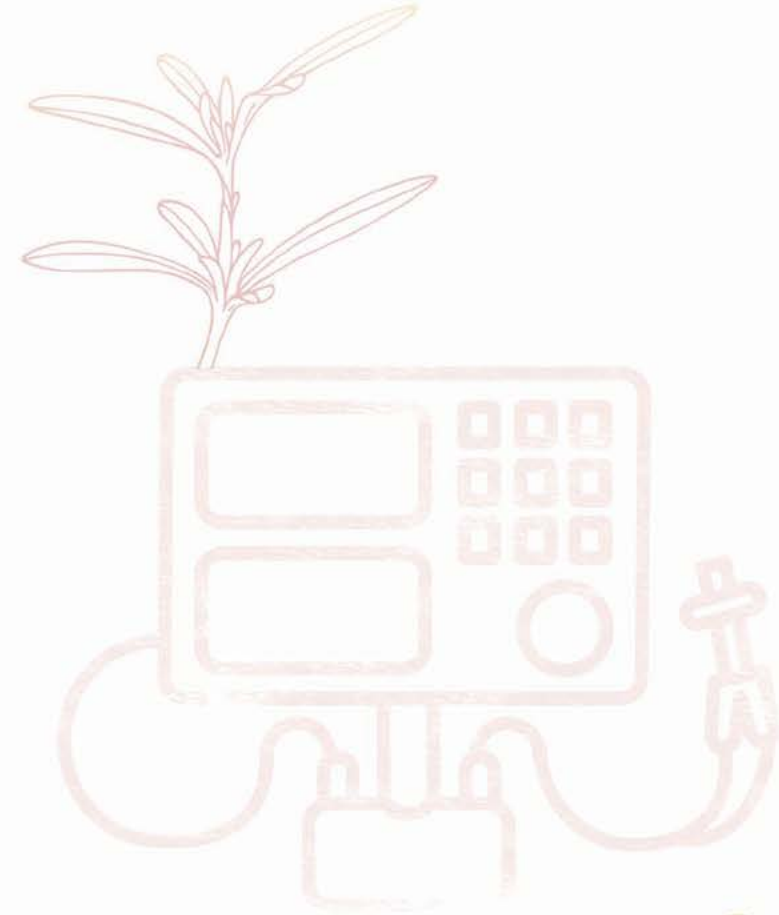
丈夫一邊哭，一邊請求醫生「用盡一切辦法救我的妻子」。丈夫的實際意思大概不是真的「用盡一切辦法」——例如丈夫願意讓黃女士在這危急情況下接受進取的化療嗎？這個時候應該安慰病人的丈夫，再請他思考一下：「如果黃女士此刻能夠表達自己意願，你覺得她會想怎樣做？」

案例的主要概念是要替人作判斷，需要病人親友，通常是家人，作出困難的抉擇，決定是否進行維持生命治療。我們需要清楚分開病人意願和病人親友的意願。不過，兩種意願有時候難以分辨。病人自己的意願應該較親友意願重要。我們不清楚個案中有沒有分開兩種意願。

個案亦出現深切治療部病床不足的問題。任何病人入住深切治療部長期佔用病床，都可能影響其他病人入住的機會。入住深切治療部的准則一般考慮病情嚴重程度、痊癒機會和嚴重情況改善的機會。如果兩名病人同時到達，就需要考慮病人獲益的機會率。個案中深切治療部仍有數張病床空置，單純因為未來其他病人可能無法使用而拒絕轉移此刻的病人，可能會造成問題。

直接務實的處理手法可能對深切治療部團隊相當吸引；團隊可能根據經驗判斷餘下病床大概何時住滿，同時判斷病人會否長期佔用病床，繼而認為病人帶來的「整體效益」比其他潛在病人低。然而，個案中

訂製支架治療的「整體效益」不一定低。深切治療部團隊可以向胸腔外科手術團隊了解清楚，「病人有機會移除呼吸機」的詳情。如果機會極低，代表手術相當於無效治療，會影響抉擇推論過程。如果支架可能有效幫助病人，就能為入住深切治療部提供更有力的論據。





郭女士八十八歲，身體一直非常健康，恆常於住所附近散步，又在家中做菜及進行簡單的家務。郭女士與丈夫和長子一家同住。她還有一個幼子和一個女兒，也喜歡一群孫兒到訪。約一個星期前，郭女士的腹部疼痛，感到噁心並嘔吐數次。於是長子忠文帶郭女士到醫院，其後她被送入病房。

電腦斷層掃描顯示郭女士的結腸有腫瘤阻塞腸道，醫護團隊用鼻胃管減壓，喉管即時抽出深綠色的膽汁至收集容器。團隊再用結腸鏡進行切片，確認郭女士患上結腸癌。主診的梁醫生閱畢切片報告，打算通知病人。這時郭女士正於病床睡覺，忠文在一旁坐下。

醫生告訴忠文診斷結果。忠文看起來憂心忡忡，問：「醫生，有甚麼可以做？我們怎樣幫助她進食？她現在一吃東西就吐出來。」梁醫生回答：「我們要先請外科顧問醫生觀察你母親的病情，才知道甚麼治療方法對她最合適。」

忠文回答：「好的。醫生，請不要告訴我母親診斷結果。我不希望她不開心或過分擔心。」

梁醫生點頭。他早前發現郭女士好像有記憶力問題，已經懷疑她是否有認知障礙，不肯定郭女士有否能力作決定。梁醫生請老人科醫生評估郭女士的認知狀況。

老人科醫生仔細評估郭女士的情況，認為她患有輕度認知障礙，但仍有能力為不同的癌症治療方法作醫療決定。老人科醫生於是詢問郭女士是否希望醫生告訴她的病情。郭女士搖頭說：「不用，我不需要知道。一切事情告訴我兒子就可以了。」

老人科醫生追問：「你如果不了解自己的情況，就無法好好決定自己的療程。」郭女士回答：「我希望忠文為我決定一切。我太老了。我懂的事不多，醫療的事太複雜了。我相信兒子知道應該怎樣做。」

外科醫生隔天與郭女士見面，向醫療團隊建議用手術切除腫瘤。梁醫生告訴外科醫生，病人不清楚自己狀況，也不願意了解，一切都交由兒子決定。外科醫生聽後反對這個做法，說：「郭女士有能力做決定，我們還要為她做手術，怎可能不告訴她真相？如果病人未同意，我就要進行手術，這我不能接受。病人醒來的時候發現自己肚子有個大切口，會發生甚麼事？我們不能向她說謊！」

梁醫生不知道應否告訴病人真相。

## 個案4

郭女士

### 家人要求向病人隱瞞病情

評論

謝俊仁醫生 — 醫院管理局臨床倫理委員會主席(2005至2017年)

#### 家庭在中國社會決策過程的角色

有關告訴壞消息的倫理爭議，這個案顯現了文化因素的重要性。個案中病人兒子與外科醫生意見不合。郭女士的兒子希望母親免受精神上的傷害，不願讓她知道實情。這種態度在中國傳統家庭很普遍，而倫理學家亦曾提出保護式誠實與家庭決定概念作為隱瞞希望知道真相的病人的理據。

在傳統中國社會，的確通常是一家人一起作重大決定。然而，病人未必不能參與決定過程。在這種情況，亦有人質疑保護原則應否蓋過自主原則。不過，個案的郭女士同意兒子的意見，交由兒子代自己做治療決定，不希望了解情況。我們可否跟隨病人和病人兒子的意願呢？

#### 病人的心理傷害

首先，我們看看透露實情一般會帶來的心理傷害。在平衡保護原則與自主原則方面，我們需要回答兩條問題：

#### a. 隱瞞病人真的能夠避免心理傷害？

沒有什麼證據顯示，如果對末期病人隱瞞病情，病人真的會在不了解真相下安然逝世。病人如果自己猜到診斷結果和康復機率，依然會受到心理傷害，並且可能損害更大。當身邊的人一同保持沉默，病人一般會倍感恐懼、緊張、迷茫，不信任醫療團隊，亦無法與家人正常溝通。這時病人無法獲取希望知道的資料，未能釋放猜到診斷結果後的情緒，亦無法獲得適當的心理與靈性支援，更未能善用有限時間，與家人製定未來計劃。更壞的情況，是病人可能為討好家人而假裝不知實情。

#### b. 有方法減輕告訴實情的傷害嗎？

根據紓緩照顧的經驗顯示，小心運用溝通技巧，配合良好的心理、社交與靈性支援，可以減輕告訴壞消息的傷害。

正因如此，如果病人希望知道實情，醫生應該參考以上方法，如實告訴病人，而非瞞騙病人，任由病人自己猜測診斷結果。

不過，我們仍要處理文化問題。如果病人家屬希望參與溝通與決策過程，我們應該尊重。處理手法亦必須因人而異。雖然近期研究顯示大部分中國籍病人都希望了解診斷結果，但仍有小部分病人可能



## 個案4

郭女士

### 家人要求向病人隱瞞病情

不欲知道。我們必須小心了解病人已知多少和希望知道多少。病人如果不希望了解實情，可能會作出不接受或逃避現實的防禦機制。如果沒有適當的支援，我們不應打破病人的防禦機制。我們可以尊重病人而不告知實情，但我們不應該說謊。我們亦應根據病情變化，重新評估情況。

#### 告訴實情的法律理據

其次，我們需要了解有否法律原因而需要告訴實情。如果病人精神上有能力作出決定，法律要求醫生必須先取得病人同意，方可進行治療。根據《香港醫務委員會香港註冊醫生專業守則》，只有在下列情況，同意才屬有效：甲、同意是自願的；乙、醫生已提供恰當的解釋；以及丙、病人清楚明白。換而言之，病人必須獲恰當告知實情，並由病人本人同意接受治療，方可進行手術。病人不得委託家人作決定。這是否表示，我們可以不理會郭女士和忠文的觀點，而告訴實情？

#### 務實處理手法

我們可以採用逐步的務實處理手法，來解決個案的兩難。

##### a. 第一步：

首先與病人兒子討論，郭女士應否進行手術。由於這是清醒病人的要求，所以討論不會構成保密問題。如果兒子同意進行手術，就可以進入第二步。

##### b. 第二步：

接着小心告訴忠文，法律要求病人必須了解情況，並同意接受手術，方可進行手術。我們亦需要解釋，告訴病人診斷結果及小心解釋手術過程，勝過病人自行找出病情和事後才知道醫生做了什麼手術。如果忠文同意，就可以進入第三步。

##### c. 第三步：

小心告訴病人，醫生已經遵照指示與兒子討論，兒子亦已決定應該進行手術。不過，郭女士必須本人同意接受手術，所以醫生仍需要直接與她溝通。如果病人同意，就可以進入第四步。

##### d. 第四步：

小心把壞消息告訴病人，並討論治療計劃，取得病人同意。討論時，應該適切為病人提供心理支援。

只要按照以上步驟，並取得忠文與郭女士同意，就不會違反任何倫理原則。如果忠文不同意，或病人依然拒絕討論病情，應該交由資深醫生繼續討論，而資深醫生需要具備告訴壞消息的良好知識及技巧。我們應嘗試了解忠文和郭女士關注的問題，了解有否錯誤觀念、焦慮和逃避，再加以解釋及提供支援。最終，應能取得成功。

周先生75歲，跟妻子和兒子一家同住。他曾有吸煙習慣並患有慢性阻塞性肺病多年。過去一年，他即使只做一些在家中走動、穿衣服、洗澡等日常活動，也很容易會氣促。由於病情漸趨惡化，周先生需要多次住院。他在過去六個月內已經三度入院，而每次情況好轉前都有數天需要駁上雙正壓呼吸機。

上星期，周先生再次因慢性阻塞性肺病惡化入院。他在胸肺內科病房接受了一星期的治療後，終於能脫下雙正壓呼吸機的面罩。但是，當食物送到周先生跟前時，他一手推開了。病房的註冊護士梁姑娘看見此事，並因周先生過往曾入院數次而認出他，於是向周先生了解他為何不要食物。

周先生回答：「吃東西還有甚麼意義呢？只是為了像這樣不停回來，然後戴上那面罩嗎？根本生不如死！」

梁姑娘聽罷顯得憂心，於是問周先生：「是否有甚麼不對勁？我以為你會因今天不需要戴面罩而開心。」

周先生說：「唉，這開心只是短暫的。我知道自己的肺有多糟糕，一切只是時間的問題。我只是不想重複這種折磨，不停進出醫院。然後有一天，生命就這樣完了。既然我都要死了，我真的不想到最後一刻仍被那面罩束縛著！你知道戴著那面罩有多難受嗎？你不能吃東西，

也不能說話。那面罩只會把氣吹到你臉上！」

梁姑娘說：「聽起來你真的很擔心要再次戴上那面罩。」

「對啊，我再也不想戴上那面罩了！放過我吧！不要再讓我忍受這一切了！我受夠了！」

梁姑娘問：「你有告訴家人你的想法嗎？」

「我試過了，但我的妻子和兒子……他們不會聽的。他們不想我說得這麼消極。他們說我應該聽醫生的話。但醫生根本沒有時間和我談呀！」

梁姑娘認同周先生覺得自己已經進入晚期肺病的想法，而周先生希望舒服一點也很合理，所以梁姑娘決定跟主診醫生甘醫生討論周先生的憂慮。她建議甘醫生可以舉行一次家庭會議，跟周先生的妻子和兒子解釋周先生病情轉壞的情況，並為周先生簽署預設醫療指示(Advance Directive, AD)。

可是，甘醫生不同意。「現在簽署任何預設醫療指示或是討論晚期照顧的議題，都為時過早。目前的治療仍可紓緩周先生的症狀，況且他很快就可以出院了！」

梁姑娘聽了感到無能為力，不知道自己可以怎樣幫助周先生。



## 個案5

周先生

### 對應何時展開預設照顧計劃的分歧

評論

#### 區結成醫生 — 香港中文大學生命倫理學中心總監

我們可以把這個案視為道德困擾的情況來討論。在此情況中，主診醫生對梁姑娘認為是對的事有截然相反的看法，令她無法對病人進行她認為是對的事，因而感到無能為力。

梁姑娘建議舉行一次家庭會議，跟病人家屬解釋他病情轉壞的情況，並為病人簽署預設醫療指示。

在考慮她的道德困擾前，我們可以退一步提出以下幾條問題：

梁姑娘怎麼知道她的建議對病人是最適切的？

有一點是對梁姑娘有利的——周先生曾嘗試跟他的家人討論這問題，但並不成功。我們因此肯定他希望有一個對話。請注意，在決定何時展開預設照顧計劃時，病人有沒有心理準備是一個要考慮的重點。

主診醫生甘醫生是否錯了？

甘醫生似乎將「討論晚期照顧的議題」和「簽署預設醫療指示」網綁在一起。在討論晚期照顧的議題及讓病人表達自己的意願時，預設照顧計劃的過程到最後不一定導致簽署預設醫療指示。在忙碌的

醫院，由入院到出院的時間通常很短，勉強在這段時間內簽署預設醫療指示並不合適，但卻有足夠時間跟病人和其家人展開對話。毋須勉強在一次對話內即時決定是否接受如雙正壓呼吸機的維持生命治療，而是藉這些機會鼓勵家人多聆聽病人的意向。

請注意，在這個案中，梁姑娘明顯也墮入了相同的陷阱，以為展開晚期照顧計劃等同要馬上決定簽署預設醫療指示。如果她當日是建議展開對話，而非立即舉行家庭會議去簽署預設醫療指示，她的建議可能較有機會得到甘醫生的支持。

這是否只是關乎雙正壓呼吸機面罩的問題？

周先生特別強調雙正壓呼吸機造成的負累，但他也質疑進食有甚麼意義，並表達他不想一次又一次地受折磨，以及不想不停進出醫院。進一步探討周先生對醫療護理的看法會更有幫助。臨床醫療團隊不應只集中考慮周先生對雙正壓呼吸機的厭惡，亦可以了解哪些醫護程序令他覺得難以接受，哪些他覺得更合適的護理，以制定符合他意願的醫療計劃。

此外，醫療團隊亦可以考慮對他的情緒進行評估。晚期器官衰竭的病人患上抑鬱並不罕見，情況嚴重者可能會干擾病人的判斷能力和對護理計劃的看法。在沒有充足的背景調查和評估下，就直接透過家庭會議制定預設醫療指示，似乎並不恰當。



## 個案5

周先生

### 對應何時展開預設照顧計劃的分歧

#### 關於道德困擾

如陳裕麗教授所言，詹姆頓（1984）首次定義「道德困擾」為「當醫療專業人員知道甚麼是正確的做法，卻因機構上的限制而無法採取行動」。大部分關於這個主題的文獻都著重討論護士所受到的道德困擾。詹姆頓對道德困擾的定義或具爭議性。醫療專業人員受到道德困擾並不表示他的想法一定是對的。擁有道德直覺（「知道甚麼是正確的做法」）的同時，亦應進行道德反思，並對倫理思辨持開放態度。「機構限制」是事實嗎？還是只是主觀的看法？如果護士感到無能為力，是因為醫生主導的文化（護士應遵從醫生的命令），還是因為個別護士沒有自信能如實闡述其個案？儘管如此，一些醫療機構中討論倫理議題的環境確實不利於「發聲」的文化，對受到道德困擾的員工亦缺乏支援。

#### 個案中的護士可以怎麼辦？

如果梁姑娘可以進一步了解病人的意願，可能會減少她所受的困擾。病人沒有要求舉行家庭會議來即時解決晚期照顧和預設醫療指示的問題。他到底想要甚麼？她可以首先嘗試弄清楚周先生是否真的希望醫護人員和他的家人展開對話，討論他日後的護理服務。然後，她便能向周先生的妻子和兒子講述他的意願，並同時向他們初步介紹有關展開預設照顧計劃的重要性。周先生很可能會是需要長期跟進的個案。進行了初步探討後，便有可能展開進一步的對話。

這是打破困局的務實方法。可能會有人認為這種務實方法不一定總是奏效，也有可能在一些個案中，制度是無可置疑地過度限制，更亦可能並不公平。在某些情況下，醫護人員可能需要向醫院的管理層提出關注，或者對不合醫德的工作方式依良知提出反對。

在這個案中，對於為病人作進一步的評估、促進團隊之間的正面溝通、以及和病人的家人展開對話方面，似乎仍有改善的空間。





葉先生96歲高齡，跟妻子同住，幾個子女都在香港。他曾患結核病及慢性阻塞性肺病。去年，他開始出現吞嚥困難。透過腦部掃描，發現有多處小皮質下中風跡象。葉先生已多次因復發性吸入性肺炎入院。雖然他每次復發時神智一時清醒一時糊塗，身體也愈加虛弱，但每次都會清醒過來，與家人和朋友聊他喜歡的話題，中國歷史便是其中之一。

多次入院的經歷令葉先生很不舒服。他有時會出現頑固性噁心及嘔吐的症狀，並因此不得不連續臥床數日。他每次剛入院就急著出院。這樣反覆多次後，葉先生告訴妻兒：「我活到一把年紀了，在我臨終時，一定不要讓我再多受無謂之苦了。我想安詳地離開。」

醫院的醫生討論過葉先生反覆誤吸的高風險，言語治療師也曾建議為他置入餵飼管。但葉先生的家人還是聽從了他的意願，以他的舒適為首，選擇了人手小心餵食。

一日，葉先生用餐時出現咽喉梗塞，而且有嚴重的呼吸困難。家人立即召喚救護車將他送至急診室。隨後他因吸入性肺炎入住內科病房。儘管葉先生已帶上氧氣面罩，並將供氧量調至最大，但他依然缺氧，處於休克狀態。他床邊的兒子也是醫生，知道父親已經不行了，就跟母親及兄弟姐妹說明了情況。葉太哽咽著點了點頭。

內科病房的莫醫生找到葉先生的家人，表示準備給葉先生使用靜脈抗生素和靜脈注射液。葉太回答，「不用了，醫生。我們不想要這些治療。我先生希望安詳地離開，他不想這樣苟延殘喘。」

雖然莫醫生認同葉先生病情堪危，且生還無望，但對於葉太太的請求，她仍然覺得非常不安。莫醫生覺得有義務給病人注射抗生素，因為她不能完全確定這些治療對病人無效。她心裡有個疑問：僅僅因為病人家人要求，就不提供標準治療了嗎？

## 個案6

葉先生

### 生命將盡時不給予抗生素治療

評論

#### 林楚明醫生 — 沙田醫院老人科專家顧問

醫學的實踐，既講究科學，亦以人為本。科學以實證研究為基礎，往往假設除了被研究的單一因素外，其他所有因素不變或均相同。在實踐以人為本的醫學上，我們必須承認我們在醫學科學上的局限性和不確定性，以關懷及尊重每位病人個體的判斷和選擇為基石。祇將病人視為患有多種不同疾病的身軀，並分別地針對每種疾病作出治療，對病人未必有整體的益處。現實情況中，病人的疾病往往是互為、共生，因此需要整體衡量每個病人的情況，才能得出最佳的治療管理方案。在本個案中，莫醫生當時可能將葉先生的吸入性肺炎獨立地視作「單一疾病」考慮，以抗生素作為「標準」治療。以治療肺炎來挽救葉先生的生命作為醫治成功的唯一令病人得益的重要指標。而各種互相影響病人情況的背景，包括慢性阻塞性肺病、腦皮質下多發梗塞、吞嚥困難、復發性肺炎、以及日漸虛弱這些因素，均未得到適當的考慮。在該個案中，葉先生因患有腦皮質下梗塞及慢性阻塞性肺病造成的呼吸吞嚥功能不協調，是兩種不可逆轉的疾病。該兩不能逆轉情況引發的復發性吸入性肺炎，極大可能亦是葉先生最後死亡的原因。當考慮病人治療管理方案時，應同時考慮交互性共生疾病及其可逆轉性，以及病人的意願和取向。

在得知葉太太要求不使用抗生素後，以下幾點值得莫醫生考慮：

- 使用抗生素後，葉先生的生存機率有多大？抗生素能令其真正康復，還是僅僅延緩其死亡過程？
- 使用抗生素後，葉先生會經歷什麼過程？這些經歷與他的意願相符還是相違？
- 葉先生生病時和健康時表達的意願及取向是否一致？
- 如果莫醫生和醫療團隊終止給予葉先生抗生素有否法律後果？
- 葉先生未完成預設醫療指示，但曾向家人口頭表達了他的意願。他家人的言論是否足以證明葉先生的意願？

在本個案中，葉先生的家人願意承受重複誤吸的風險，選擇了人手小心餵食，以尊重葉先生的意願。而預期的風險確實出現。此時，葉先生的臨床狀態反映他已經臨近生命盡頭。間歇採用抗生素治療復發性吸入性肺炎也許起初能控制敗血病，但頻繁地使用抗生素很可能引起抗生素抗藥性感染，導致最終的失效。即使葉先生能存活，但這次「成功」的抗生素治療的代價則是葉先生的人生會以難以忍受、極度不適的體驗而告終。該體驗是葉先生明確表示不願意接受或延長的經歷。該意願亦是葉先生在無壓力或未發急症的時候，一再表達的意願，可見是經過深思熟慮的決定。重複使用抗生素這種違反葉先生意願的做法，只會令葉先生的身體受折磨的同時，增加他心靈的痛苦。



## 個案6

葉先生

## 生命將盡時不給予抗生素治療

許多醫療服務提供者往往將生存視為最大的好處，而把死亡當作最可怕的結局。儘管死亡對病人是不利的後果，但並不是、也不應是唯一考慮的結果。在病人看來，其他結果，例如殘疾和/或喪失社交活動能力可能比死亡更難接受。<sup>1</sup> 因此，只要認定對病人弊大於利或屬於徒勞的情況下，不提供維持生命治療（包括抗生素）是可接受和合法的。實際上，世界醫學協會發佈的國際醫學倫理守則（2017）作出了最新修訂，將醫生的首要考慮從病人的「健康和生命」修改為病人的「健康」。這個變化表明生存並非評估醫學實踐好壞成效的唯一或最終的要素。同樣的原則亦於醫院管理局的維持末期病人生命治療的指引（2015）中反映出來：「醫療的目的，不應是不顧一切地維持生命，而不理會病人的生活質素及治療的負擔。」。

在防禦性醫療的時代，莫醫生可能擔心在沒有預設醫療指示文件的情況下不提供抗生素治療的責任問題。應當注意的是，雖然最理想是病人有預設醫療指示，但這並非決定撤去或不提供維持生命治療的必要因素。若病人神志清醒，認知清晰，醫護應直接和病人探討其在選擇治療/不治療的意願。如果病人精神上喪失自主能力，該決定應是醫療團隊與病人家屬基於病人的最佳利益達成的共識。而病人的最佳利益應以病人事先表達的意願和價值觀為重。在該個案中，葉先生的其中一子是醫生，他明白父親即將離世，並將該情況傳達給包括母親及兄弟姐妹在內的重要家庭成員。顯然葉先生的家人已經達成了共識，要尊重葉先生的意願，並由葉太太闡明其決定

莫醫生可通過核實葉太太及其他家庭成員對於不提供抗生素治療的潛在後果的瞭解程度、病人的個人價值觀和信念、事先表達的意願、以及所有重要家庭成員對最終目標和病人管理方向的認知是否一致這些資訊，來減輕執行該決定的焦慮。如有懷疑，可徵詢臨床倫理委員會的意見。



## 引用文獻

1. Tsevat J, Cook EF, Green ML, Matchat DB, Dawson NV, Broste SK et al. Health values of the seriously ill. *Ann Intern Med* 1995; 12(7): 514-520.

66歲的吳女士是一名中醫，很少生病。她將自己的健康歸功於注意飲食以及中醫調理。身為單親媽媽，她一邊打理她的小中藥鋪，一邊撫養兒子。現在她的兒子湯也已經年過四十。然而，在過去兩個多月，吳女士出現日益嚴重的咳嗽、氣促及面部腫脹症狀。在湯的一再堅持下，她才很不情願地去醫院看了急症，在胸部X光片上發現大塊縱隔腫瘤。醫生解釋說，這個腫瘤壓迫到她頸部一條名為上腔靜脈的大靜脈，因此導致氣促以及面部腫脹。她入住內科病房，開始類固醇治療，及腫瘤活組織檢查。

不幸地，活組織檢查結果顯示為彌漫性大B-細胞淋巴瘤，並諮詢了腫瘤科的意見。腫瘤科嚴醫生向吳女士和湯說明可選擇的治療方案。她說，不幸是這屬惡性癌症，不治療就會迅速惡化，數周即可致命。可幸是透過化療和免疫治療，這癌症的長期治癒率可達50%。即使未能根治，她仍然有60%的機會可以在一段長時間內控制住癌症病情。嚴醫生建議說：「我如果是你，就立刻入院接受治療。」

吳女士搖頭說：「醫生，我不信你們的藥。我去找認識的中醫幫我。」湯卻很惶恐，他說：「媽媽，如果你現在不入院接受治療，就可能太晚了！」但吳女士仍執意拒絕，要求出院。

嚴醫生得知吳女士拒絕癌症治療不免擔憂。她向吳女士解釋說，即使決定出院，也應該再等一周，至少得把類固醇療程做完，治好她呼吸

和面部腫脹的問題再走。在湯的極力勸說下，吳女士總算同意再住院一周。

在這期間，病房的醫生和護士都試著說服吳女士接受癌症治療。嚴醫生還安排了癌症倖存志願者與吳女士見面，和她分享治療經驗。即便如此，吳女士仍然毫不動搖。嚴醫生又進一步安排了與吳女士及其家人的會面，包括她兒子和她妹妹。湯繼續哀求媽媽重新考慮，但吳女士的妹妹支持她的決定。妹妹清楚吳女士這輩子最依靠中醫，她說：「她的觀念改不了，不管她覺得哪樣最好，我都唯有支持她。」

會面後，湯把嚴醫生拉到一旁單獨談話：「我媽媽說她不想治療，可我覺得她做錯決定！」他大喊著說：「求你救救她，嚴醫生！」嚴醫生知道吳女士意識清晰，有能力自己做出治療決定。但病人的決定仍令她大感困擾，總希望自己還能做點別的事。



## 個案7

吳女士

### 選中醫不選西醫

評論

#### 區結成醫生 — 香港中文大學生命倫理學中心總監

具備精神行為能力的成年病人有權以任何理由拒絕接受治療，即使不明示原因，又即使這樣的決定有可能導致死亡。尊重個人自主是背後倫理原則。在Beauchamp & Childress提出的四大倫理原則中，倫敦帝國學院醫學倫理榮譽教授Raanan Gillon 在強調自主的理念時，將之描述「儕輩之首」(即是最為重要的一則)<sup>1</sup>。這觀點在哲學倫理界尚存爭議，然而在醫療實踐中，獲取病人的知情同意是必須遵守的絕對準則。

不過，要謹記當病人拒絕治療，他的決定未必是永久性、不可逆轉的。在本個案中，吳女士實際上的確改變了主意 — 她並沒有立即出院，而是留院直至類固醇療程完成。這是個好跡象：首先，她沒有放棄自己；其次，當症狀嚴重時，她或許會在一定程度上讓步，接受西醫治療。還需注意的，是任何病人在剛得知自己確診癌症（或其他致命疾病）時，都可能需要時間「消化」噩耗及接受一個治療決策所帶來的全面影響。吳女士特別深信中醫，但她也是一個病人，而這是她生平首次面對如此危疾；因此，顧及她的情緒，探究其潛在擔憂和不願採用西醫的原因，是十分重要的。隨著治療的過程，持續地與她對話，並重新評估其決定和取向，或會有所幫助，而這做法也確為倫理所須的。

在本個案中，還有兩方面值得討論：

#### 1. 中醫作為治療選項：

對於吳女士拒絕循證有效的治療方案，主診醫生和吳女士的兒子尤感難受，甚至覺得苦惱憂慮。即使中醫藥是久經實踐和使用，對於吳女士的個案是否有效卻不得而知。大體上中醫的對照研究證據確實比西醫少得多；故此，諮詢一下資深的中醫師，或查考相關文獻，會是適切的做法。一位西醫，若能尊重中醫藥的理論基礎，就是間接地尊重病人對中醫的取向。這樣，當他 / 她向病人辯證和游說所推薦的治療方案比中藥對治療惡性淋巴瘤功效優勝時，也許更具說服力。

#### 2. 兒子和妹妹持不同意見：

對於是否尊重吳女士拒絕治療的決定，兒子著眼的是不想錯失治療的益處（「善行原則」），而妹妹則傾向尊重吳女士的自主權。從哲學而言，如果某人同意尊重自主權確實為「儕輩之首」(即倫理原則中最為重要)，則其是否應支持妹妹而反對兒子？然而，這並非處理家庭成員意見不合的好辦法；因為這不僅不能解決問題，反而可能加劇衝突。相反，若能肯定雙方都是本著他們相信為病人最有利的前提為考量，對情況可能更有幫助。另外，可以跟吳女士及家人探討替代方案，例如先在某期限內試用中醫治療；如果病情繼續惡化，而其健康狀況允許，就再轉為西醫治療。

#### 引用文獻

- Gillon, Ranaan. Ethics Needs Principles-Four Can Encompass the Rest-and Respect for Autonomy Should be "First Among Equals", *Journal of Medical Ethics* 29:307-312,2003.



## 背景資料

### (1)為晚期認知障礙症病人提供餵飼管的決定

阮君毓醫生— 香港中文大學醫學院內科及藥物治療學系臨床講師

#### 簡介

在香港，對晚期認知障礙症病人，尤其是那些居住在安老院（Residential Care Homes for the Elderly, RCHEs）的患病長者而言，採用管道餵飼是極為普遍的做法。<sup>1,2</sup> 然而，在病人緊急入院的情況下置入餵飼管最為常見，而參與決定的醫護人員並不熟悉病人情況。<sup>3</sup> 臨床醫生通常憑吞嚥功能評估作決定，若病人存在高誤吸風險，則認為給病人置入餵飼管乃屬恰當。如果在決定過程中忽視了關係到病人最佳利益的其他重要因素，該決定可能會出現問題。很多臨床醫生對管道餵飼的益處抱有錯誤的預期，而這些預期並無理據支持，這無疑令上述問題雪上加霜。<sup>4-7</sup> 由於管道餵飼隱含高風險，且會降低病人的生活質素，<sup>8</sup> 因此醫護人員責任重大，需幫助病人家人作出符合病人價值觀和最佳利益的知情決定。本文採用循序漸進的方法，為臨床醫生給晚期認知障礙症病人置入餵飼管的決定過程提供指引。

#### 第一步：探討進食困難的病因

導致認知障礙症病人進食困難的原因眾多。第一步是要徹底評估根源病因是否可以逆轉。例如，胃口不佳可能是因為抑鬱、牙齒問題、未獲治療的痛症、口乾、便秘和藥物副作用。這些都能透過適切治療逆轉。<sup>9</sup> 對於認知障礙症帶來的問題（例如，失用症可能導致病人無法使用餐具或拒絕張口），臨床醫生可以嘗試保守策略，例如提供手抓

食物，引導病人，改變環境，以及改變食物的溫度、口感和味道。<sup>8</sup> 香港某些公立醫院的認知障礙症專門膳食計劃已成功運用保守餵飼策略，解決了部分認知障礙症病人的進食問題。

#### 第二步：判斷病人的整體預後結果

醫護人員和病人家人通常意識不到認知障礙症為末期疾病。病人首次確診後平均壽命為4至9年。<sup>10,11</sup> 晚期認知障礙症病人經常會由吞嚥困難發展至感染復發性吸入性肺炎，這也許代表病人已臨近生命盡頭。<sup>12</sup> 因此，如要判斷預後結果及管道餵飼有無益處，辨識病人處於病程的哪個階段尤其重要。功能評估量表（Functional Assessment Staging Tool, FAST）等預後工具能夠協助臨床醫生作出判斷。<sup>13</sup> 對於某些病例，諮詢老人學專家可能有幫助。

#### 第三步：基於理據衡量管道餵飼和替代治療的風險和益處

如果無法辨識可以逆轉的病因，且保守策略亦無效，臨床醫生才應評估病人是否適合使用管道餵飼。很多醫護人員都誤以為管道餵飼能增加病人的生還率，但是晚期認知障礙症病人的相關研究卻顯示並非如此。<sup>14-18</sup> 一項本地研究得出一致的結果，居住安老院的晚期認知障礙症病人一年內死亡率高達34%，死亡誘因之一便是腸內餵飼。<sup>2</sup>

尚無證據顯示管道餵飼能令晚期認知障礙症病人避免感染吸入性肺炎。病人依然可能誤吸口腔分泌物和胃部反芻的食物導致吸入性肺炎。<sup>19,20</sup> 管道餵飼會降低食道下括約肌壓力，從而引發更加頻繁的胃食管反流



## 背景資料

### (1) 為晚期認知障礙症病人提供餵飼管的決定

現象，因此使用管道餵飼甚至可能導致更多的誤吸性事件。<sup>21</sup> 此外，未有證據顯示管道餵飼能改善晚期認知障礙症病人的身體機能和營養狀況。<sup>8, 14, 22</sup> 管道餵飼亦存在其他顯著風險，包括出血、黏膜糜爛、嘔吐、腹瀉、以及因餵飼管堵塞或移位而導致的重複插管。<sup>8</sup> 在香港，鼻胃管比經皮內鏡胃造瘻管使用更廣泛，但遠不及後者舒適。<sup>3</sup> 為防止病人拔管，可能需要對病人採取身體約束措施。這不但會造成認知障礙症病人情緒激動，還會因限制病人行動而增加其形成壓瘡的機率。<sup>15, 23</sup>

人手小心餵食（careful hand feeding, CHF）是解決晚期認知障礙症病人餵食問題的另一方法。<sup>24</sup> 受過訓練的照顧人士在採用人手小心餵食時，運用餵食技巧，緊密觀察病人，防止病人發生噎塞現象。雖然人手小心餵食無法避免誤吸情況，但從引發吸入性肺炎、身體機能惡化和死亡的角度而言，採用人手小心餵食的結果並不比管道餵飼差。<sup>22, 25</sup> 如果考慮病人生活質素，人手小心餵食效果可能較佳。人手小心餵食與管道餵飼不同，病人用餐時可以享受飲食和社交的樂趣。美國老年醫學會基於這些風險和益處，建議醫護人員採用人手小心餵食替代管道喉餵飼來處理晚期認知障礙症長者的進食問題。<sup>26</sup>

#### 第四步：透過家人參與的決定過程作出有針對性的決定

臨床醫生在考慮使用管道餵飼及其替代治療時，應該聯同病人家人共同決定。如果清楚病人意向，例如病人曾訂立預設醫療指示，則病人意向應作為決定的優先選項；如果不清楚病人意向，則應基於病人的最佳利益作出決定。臨床醫生不但需要熟知臨床事實和理據，還應考

慮其他可能產生影響的因素，包括心理、文化、經濟和醫療機構因素。<sup>27</sup>

病人家人看到病人營養不足，往往都會擔憂，因為大家普遍認為補充營養是護理和安撫病人的一個途徑。<sup>28</sup> 讓病人家人接受至親生命將盡、置入餵飼管也無濟於事這個事實可能需要時間。再者，文化觀念或宗教信仰也可能影響家人看法。因此，臨床醫生應該以尊重的態度聆聽家人的意見，為其提供支援，並在意見出現分歧時謀求共識。受本地文化影響，病人家人普遍擔心病人會「餓死」。<sup>27</sup> 臨床醫生應該抱同理心，表示明白家人看到病人病情惡化感到擔憂，並解釋病人在此階段不會感到饑餓。病人生命將盡，不是因為沒有足夠營養，而是疾病導致身體機能停止。臨床醫生應該強調，如果病人臨近生命盡頭，採用人手小心餵食會令病人更舒適。<sup>3</sup>

在決定過程中，其他團隊成員和照顧人士的想法亦很重要。醫院有否足夠受過訓練的職員或照顧人士進行人手小心餵食，病人何時返回其住所等實際問題都應予以考慮。人手小心餵食後發生誤吸事件的法律責任，亦是醫護人員潛在擔心的問題。因此，醫療機構需要為人手小心餵食提供強而有力的政策支持，推動臨終關懷文化，人手小心餵食方有可能成功施行。<sup>27</sup>

第五步：對末期病人進行人工營養及流體餵養應遵守醫療機構政策  
一旦醫療團隊與病人家人認管道餵飼不符合病人的最佳利益，臨床醫生應該遵照所屬機構的政策，不提供管道餵飼。香港公立醫院的臨



## 背景資料

### (1)為晚期認知障礙症病人提供餵飼管的決定

床醫生應該參考醫院管理局頒佈的《對維持末期病人生命治療的指引》<sup>3</sup>。如果病人臨近死亡（預計在數小時或數日內死亡），即使病人未訂定有效的預設醫療指示，也可以撤去或不提供人工營養及流體餵養。如果病人未臨近死亡，撤去或不提供人手小心餵食的決定必須得到病人家人和醫療團隊的一致同意。醫療團隊必須包括兩名醫生，其中一名必須為相關領域的專家（例如老人學或紓緩治療）。如病人無法吞嚥而導致人手小心餵食不適用，團隊必須諮詢聯網醫療倫理委員會，惟以下兩個情況獲豁免：1) 病人曾口頭向家人明確表示或在預設醫療指示中表達了拒絕使用管道餵飼的意願；及2) 病人一直主動拒絕使用管道餵飼，比如反復拔掉鼻胃管（醫管局指引2015）<sup>3</sup>。

### 結語

為晚期認知障礙症病人提供餵飼管的決定，應該遵守病人自主和仁愛的倫理原則。此外，其決定應是病人家人和醫療團隊的共同決定，即確保綜合考量了病人的預後結果、管道餵飼及替代治療的風險和益處。在理想情況下，確診為認知障礙症的病人在初期心智仍然健全，應有機會表達對管道餵飼以及未來治療方法的意向。一旦病人出現病情惡化的跡象，且喪失行為能力，病人家人就可以繼續沿用預設照顧計劃。家人因而有更多時間接受病人的預期病程，而毋須在病人入院時的「危急關頭」作出決定。此外，家人亦可參考早期討論作出更好的決定，尊重其至親的願望，令其在臨終前得到有尊嚴的照顧。

### 引用文獻

1. Luk JK, Chan FH, Pau MM, Yu C. Outreach geriatrics service to private old age homes in Hong Kong West Cluster. *J Hong Kong Geriatr Soc* 2002;11:5-11.
2. Luk JK, Chan WK, Ng WC, et al. Mortality and health services utilization among older people with advanced cognitive impairment living in residential care homes. *Hong Kong Med J* 2013;19:518-24.
3. HA guidelines on life-sustaining treatment in the terminally ill 2015. Hong Kong: Hospital Authority; 2015.
4. Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA. Barriers to limiting the practice of feeding tube placement in advanced dementia. *Journal of Palliative Medicine*. 2003;6:885-93.
5. Carey TS, Hanson LC, Garrett JM et al. Expectations and outcomes of gastric feeding tubes. *Am J Med* 2006;119:527.
6. Hanson LC, Garrett JM, Lewis C et al. Physicians' expectations of benefit from tube feeding. *J Palliat Med* 2008;11:1130-1134.
7. Brett AS, Rosenberg JC. The adequacy of informed consent for placement of gastrostomy tubes. *Arch Intern Med* 2001;161:745-748.
8. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA* 1999;282:1365-70.
9. Roberson RG and Montagnini M. Geriatric failure to thrive. *American Family Physician* 2004;70:343-350.
10. Larson EB, Shadlen MF, Wang L et al. Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease. *Ann Intern Med* 2004;140:501-509.
11. Boustani M, Peterson CB, Hanson LC et al. Screening for dementia syndrome: A review of the evidence. *Ann Intern Med*, 2003;138:927-937.
12. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK et al. The clinical course of advanced dementia. *N Eng J Med* 2009;361:1529-1538.
13. The National Hospice Organization. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. *Hosp J* 1996;11:47-63.
14. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009:CD007209.
15. Kuo S, Rhodes RL, Mitchell SL et al. Natural history of feeding-tube use in nursing home residents with advanced dementia. *J Am Med Dir Assoc* 2009;10:264-270.
16. Meier DE, Ahronheim JC, Morris J et al. High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: A lack of benefit of tube feeding. *Arch Intern Med* 2001;161:594-599.
17. Sanders DS, Carter MJ, D'Silva J et al. Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: A worse outcome in patients with dementia. *Am J Gastroenterol* 2000;95:1472-1475.
18. Teno JM, Gozalo PL, Mitchell SL et al. Does feeding tube insertion and its timing improve survival? *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1918-1921.
19. Finucane TE, Bynum JP. Use of tube feeding to prevent aspiration pneumonia. *Lancet* 1996;348:1421-1424.
20. Vergis EN, Brennan C, Wagener M, Muder RR. Pneumonia in long-term care: a prospective case-control study of risk factors and impact on survival. *Arch Intern Med* 2001;161:2378-81.
21. Gomes GF, Pisani JC, Macedo ED, Campos AC. The nasogastric feeding tube as a risk factor for aspiration and aspiration pneumonia. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2003;6:327-33.
22. Garrow D, Pride P, Moran W et al. Feeding alternatives in patients with dementia: examining the evidence. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:1372-1378.
23. Teno JM, Mitchell SL, Kuo SK, et al. Decision-making and outcome of feeding tube insertion: a five-state study. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:881-6.
24. Hanson LC, Ersek M, Gilliam R et al. Oral feeding options for people with dementia: A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:463-472.
25. Hanson LC. 2013. Tube feeding versus assisted oral feeding for persons with dementia: using evidence to support decision-making. *Ann Long Term Care* 21(1):36-39.
26. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee, American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:1590-3.
27. Luk JK, Chan FH, Hui E et al. The feeding paradox in advanced dementia: a local perspective. *Hong Kong Med J* 2017;23:306-310.
28. Lopez RP, Amella EJ. Time travel: The lived experience of providing feeding assistance to a family member with dementia. *Res Gerontol Nurs* 2011;4:127-134.



## 背景資料

### (2)「預設照顧計劃」及「預設醫療指示」在香港的概念與發展

#### 謝俊仁醫生 — 醫院管理局臨床倫理委員會主席(2005至2017年)

##### 背景

隨著現代醫療科技的發展，臨近生命末期的病人仍可選擇多種維持生命的治療。然而，某些維持生命的治療其實只是延長病人的死亡過程，弊多於利之餘，更違背病人的意願。醫學界普遍認同，可在適當情況下不提供或撤去這些無效用的治療。<sup>1</sup> 首先，若有行為能力的病人決定不接受維持生命治療（Life-Sustaining Treatment, LST），則其決定必須加以尊重。其次，對於沒有行為能力的病人，若醫療團隊和病人家屬認為治療不符合病人的最佳利益，則可不提供或撤去治療。不過，要衡量病人的最佳利益，除了考慮醫療方面的因素，也要顧及病人的生活質素及價值觀。如果不事先了解沒有行為能力的病人的意向和價值觀，醫療團隊和病人家屬便可能難以達致共識。

如果病人在有行為能力時已事先作出決定，拒絕接受某些維持生命治療，達致共識的難度可能因而減低。病人可指定在甚麼情況下（如病情到了末期或處於不可逆轉的昏迷）不接受哪些維持生命治療。在香港，這種決定通常稱為「預設醫療指示」（Advance Directive, AD）；在其他一些國家，這種事先指示稱為「生前預囑」，其「預設醫療指示」則可能還包括指定一名代言人處理醫療問題。在香港普通法框架下，根據2006年香港法律改革委員會（法改會）關於「預設醫療指示」的報告，<sup>2</sup> 若病人拒絕治療的「預設醫療指示」有效且適用，其

法律效力與當前提出的口頭指示相同，並且必須遵行。然而，目前與醫療護理相關的代作指示在香港未具法律地位。

##### 「預設醫療指示」指引的發展

以往，不論是本港專業醫護人員，還是香港公眾，都甚少討論「預設醫療指示」，直至法改會2004年就「預設醫療指示」發表公眾諮詢文件，情況才有所改觀。2006年，法改會發表相關報告，建議在現行普通法框架下推行「預設醫療指示」，而非透過立法的途徑。法改會進一步提出了「預設醫療指示」表格範本，範圍僅限於病人的病情到了末期、處於不可逆轉的昏迷狀況、或處於持續植物人狀況，惟法改會的表格範本並非普通法框架下唯一可用的「預設醫療指示」格式。2009年，香港食物及衛生局發表《在香港引入預設醫療指示概念諮詢文件》。<sup>3</sup> 在文件中，政府並未向公眾提倡簽署「預設醫療指示」，但卻建議向公眾提供更多關於「預設醫療指示」概念的資訊，並為專業人士制訂「預設醫療指示」指引。此外，該文件亦有討論應否在香港推行「預設照顧計劃」（Advance Care Planning, ACP）概念的問題。2010年，香港醫院管理局（醫管局）發表了《醫院管理局成年人預設醫療指示醫護人員指引》，並分別於2014年及2016年作出修訂。<sup>4</sup> 醫管局的「預設醫療指示」表格由法改會表格範本修訂而來。在2010年的版本中，範圍僅限於病人的病情到了末期、或處於不可逆轉的昏迷狀況、或處於持續植物人狀況；及至2014年修訂後，表格新增一個類別，即「其他晚期不可逆轉的生存受限疾病」（如晚期腎衰竭、晚期慢性阻塞性肺病和晚期認知障礙等）。根據該指引，



## 背景資料

### (2)「預設照顧計劃」及「預設醫療指示」在香港的概念與發展

「預設醫療指示」如有以下情況，其有效性可能受到質疑：

- 擬寫不明確；
- 未有適當簽署；
- 有聲稱或指述病人在作出「預設醫療指示」時受到不當影響；
- 有理由懷疑病人在作出指示時精神上沒有行為能力，或不是妥為知情；
- 病人的實際行為已明顯與原有的預設指示不符，而該不符合的情況顯示病人已經改變主意。

一旦病人陷於預先指明的情況，且不再有行為能力作出醫護決定，有效的「預設醫療指示」便適用。一份有效和適用的「預設醫療指示」具有法律地位，病人家屬不能推翻。如果「預設醫療指示」的有效性或適用性受到質疑，醫療團隊在等候釐清情況期間，應繼續提供一切臨床所需的緊急維持生命治療。在「預設醫療指示」的有效性和適用性釐清後，可以撤去有關治療。

#### 透過「預設照顧計劃」訂立「預設醫療指示」

訂立「預設醫療指示」的方法因國家而異。現時在醫管局，「預設醫療指示」通常由患有嚴重不可逆疾病的病人透過「預設照顧計劃」訂立。「預設照顧計劃」一般指病人與醫護人員、家屬及其他重要成員的溝通過程，以討論病人喪失行為能力作出醫護照顧決定時，怎樣的照顧對病人是為合適。<sup>5</sup> 有些地方則會採用更廣泛的定義，在「預設

照顧計劃」涵蓋範圍內，包括與沒有行為能力病人或未成年病人的家屬所進行的討論。<sup>6,7</sup>

醫管局於2015年9月更新了《對維持末期病人生命治療的指引》，並增加了有關「預設照顧計劃」的新章節。<sup>8</sup> 新的指引建議，「預設照顧計劃」過程可於以下任何一個情況啟動：病人經診斷患上生存受限疾病，病情急速走下坡；認知障礙的早期認知能力下降；疾病顯著惡化；停止針對病況的專門治療；過渡至舒緩治療；慢性疾病經歷急性嚴重病發後復原；經歷多次入院後；或病人入住院舍。但是，「預設照顧計劃」的制訂必須因人而異，評估病人是否已準備好進行相關討論亦至關重要。進行「預設照顧計劃」討論的醫護人員應具敏感觸覺和良好溝通技巧，不應視之為硬性和規範化的安排，或公式化的填寫檢閱表過程。「預設照顧計劃」的討論範圍可涵蓋：疾病的預期進展和預後結果，可提供的治療選擇、好處和風險，病人對醫療和個人照顧的取向和價值觀，以及病人家屬的看法和關注。「預設照顧計劃」的討論結果可包括：決定病人未來醫療或個人照顧的取向，訂立「預設醫療指示」，以及指定一名家庭成員以便日後病人喪失決定能力時作諮詢。

#### 在緊急情況下遵行「預設醫療指示」

在遵行「預設醫療指示」之前，醫生必須判斷「預設醫療指示」是否有效和適用。這在緊急情況下並非易事，尤其是當病人到院前已心跳停止，醫生更須立即作出決定。美國許多州份為克服這困難，制訂了



## 背景資料

### (2)「預設照顧計劃」及「預設醫療指示」在香港的概念與發展

「維持生命治療醫囑」（Physician Orders for LST, POLST）系統。<sup>9</sup> 英國則制訂了指引和程序，確保其他醫護人員（包括救護人員）遵照「不作心肺復甦術」（Do-Not-Attempt Cardiopulmonary Resuscitation, DNACPR）表格執行。<sup>10</sup> 香港醫管局於2014年頒布的非住院病人「不作心肺復甦術」表格正朝這方向發展。<sup>11</sup> 不幸的是，礙於《消防條例》“有職責必須做急救”的條款，本港救護人員尚未接受此做法。

#### 為「預設醫療指示」立法

雖然醫管局的指引可以幫助當局推行「預設醫療指示」和「預設照顧計劃」，但亦有專業人士和公眾就此提出各種疑問，其一便是「預設醫療指示」在香港缺乏立法保障。雖然2006年法改會的報告指出，在普通法框架下，病人在有效和適用的「預設醫療指示」中拒絕治療的決定必須得到尊重，但現行法例可能仍存在灰色地帶。根據香港法例第136章《精神健康條例》中第59ZF條，只要維持生命治療符合病人的最佳利益，醫生可在未經同意的情况下，向喪失決定能力的病人提供治療，但該法例卻並未提及與病人事先拒絕治療決定的關聯。有人可能會說，基於病人的最佳利益，醫生有權推翻病人的「預設醫療指示」。儘管在絕大多數情況下，病人事先拒絕治療的決定與其最佳利益一致，不過，立法有助於澄清該條例這一章節與「預設醫療指示」之間的關係，以免在某些難以判斷的情況下引發爭議。

#### 健康的市民大眾訂立「預設醫療指示」

向健康的市民推廣「預設醫療指示」，不同國家採取不同的態度，如美

國選擇廣泛宣傳有關指示，<sup>12</sup> 英國則採用相對審慎的方法。有人認為，健康的市民大眾未經審慎考慮而簽署「預設醫療指示」可能會帶來問題。一般而言，就永久性嚴重神經損傷的情況訂立「預設醫療指示」存在較少爭議。這種損傷可能是由未能預見的災難事件造成的，例如大範圍的中風或創傷。但無論病情的根源起因為何，此類損傷本身均會令病人的生活質素轉差，所以有關的預設決定較為簡單。然而，就末期疾病所訂下的預設決定卻可能存在多方面的問題。<sup>13</sup> 首先，為適當涵蓋可能導致末期疾病的不同情況，可能需要大量、複雜和令人困擾的資料。<sup>14</sup> 其次，不同末期疾病對病人的生活質素影響不盡相同，在未知所患疾病的情況下，作出沒有針對性的決定可能並不恰當。第三，健康人士對假設患病狀態的觀感可能比慢性病患者差，<sup>15,16</sup> 隨著健康狀況轉差，對治療的接受程度亦可能增加；<sup>17</sup> 也就是說，一個人的治療取向可能會因患病而改變。

事實上，大多數病人即使確診患上嚴重疾病，仍有能力作出恰當決定。故此，讓健康的市民與其家人準備好為未來患病時作出決定，可能比過早決定是否接受維持生命治療更有用。<sup>18,19</sup> 為作好準備，健康的市民需要瞭解死亡過程，以及「維持生命治療」和「預設醫療指示」的意義。儘管長者並不一定需要在患上嚴重疾病前已簽署「預設醫療指示」，但我們仍應鼓勵他們與家人討論死亡準備的問題，並鼓勵他們表達對晚期照顧的價值觀和取向。而要做到這一點，則有賴醫護人員、社會機構和香港政府共同合作，推行公眾教育。如果一位相對健康的年長市民希望簽署「預設醫療指示」，有關指令可以限於其遭受永久



## 背景資料

### (2)「預設照顧計劃」及「預設醫療指示」在香港的概念與發展

性嚴重神經損傷時的治療目標；當此人患上嚴重疾病時，「預設醫療指示」便可以擴展至其他相關情況。

#### 採取甚麼措施有助減少晚期照顧決定在香港遇到的困難？

醫管局應繼續向晚期無法治癒疾病的患者推廣「預設醫療指示」作為「預設照顧計劃」的一部份。除此之外，社會同時亦需在其他方面推行工作。醫護專業人員需要更多有關「預設照顧計劃」和「預設醫療指示」的教育，以提升他們處理此類問題的知識水平和溝通技巧。對於廣大市民，則應推行更多的死亡教育，令他們掌握適當知識和心理準備來面對自己、家人和朋友預期之內或意料之外的疾病。

要提升死亡過程的質素，不能只從「預設照顧計劃」或「預設醫療指示」著手，對末期病人的整體醫療護理和社會支援也應得到改善，否則難以達成病人的某些意向和願望，例如良好的症狀控制和希望過身的地點等。改善的範圍不應局限於專科紓緩治療，還應包括照顧末期病人的所有服務。為此，政府需要訂立整體的生命晚期照顧政策，並按需要來修訂或制訂相關法例。

所有人終究要面對死亡。如果能夠按照自己的意願安詳地度過人生的最後旅程，為生命中珍愛的人留下美好回憶，亦未嘗不是一件好事。

#### 引用文獻

1. HA guidelines on life-sustaining treatment in the terminally ill 2015. Hong Kong: Hospital Authority; 2015.
2. Substitute decision-making and advance directives in relation to medical treatment. Hong Kong: The Law Reform Commission of Hong Kong; 2006. 161.
3. Introduction of the concept of advance directives in Hong Kong consultation paper. Hong Kong: Food and Health Bureau; 2009.
4. Guidance for HA clinicians on advance directives in adults. Hong Kong: Hospital Authority; 2010/2014/2016.
5. Teno JM, Nelson HL, Lynn J. Advance care planning: priorities for ethical and empirical research. *Hastings Cent Rep* 1994;24:S32-S36.
6. A national framework for advance care directives. Australia: Australian Health Ministers' Advisory Council; 2011. 10.
7. Tsai E. Advance care planning for paediatric patients. *Paediatr Child Health*. 2008;13:791-796.
8. HA guidelines on life-sustaining treatment in the terminally ill. Hong Kong: Hospital Authority; 2002/2015.
9. Physician orders for life-sustaining treatment paradigm. USA: National POLST Paradigm. <http://www.polst.org/>. Accessed April 16, 2018.
10. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. London: British Medical Association, Resuscitation Council (UK) and Royal College of Nursing; 2014.
11. HA guidelines on do-not-attempt cardiopulmonary resuscitation. Hong Kong: Hospital Authority; 2014/2016.
12. Kass-Bartelmes BL, Hughes R, Rutherford MK. Advance care planning: preferences for care at end of life. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2003. 3.
13. Tse CY. Reflections on the development of advance directives in Hong Kong. *Asian Bioethics Review* 2016;8:211-223.
14. Randall F, Downie RS. End of life choices: consensus and controversy. Oxford: Oxford University Press; 2010.
15. Kass-Bartelmes BL, Hughes R, Rutherford MK. Advance care planning: preferences for care at end of life. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2003. 6.
16. Patrick DL, Pearlman RA, Starks HE, Cain KC, Cole WG, Uhlmann RF. Validation of preferences for life-sustaining treatment: implications for advance care planning. *Ann Intern Med* 1997;127:509-517.
17. Fried TR, Byers AL, Gallo WT, et al. Prospective study of health status preferences and changes in preferences over time in older adults. *Arch Intern Med*. 2006;166:890-895.
18. Perkins HS. Controlling death: the false promise of advance directives. *Ann Intern Med* 2007;147:51-57.
19. Sudore RL, Fried TR. Redefining the 'planning' in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. *Ann Intern Med* 2010;153(4):256-261.



## 背景資料

### (3) 醫療專業人員的道德困擾：問題與起因

陳裕麗副教授（禮任）— 香港中文大學賽馬會老年學研究所

#### 何為道德困擾？

道德困擾被定義為醫療專業人員的負面經歷，源於他們知道何為正確選擇，但礙於制度局限而無法付諸實行。<sup>1-2</sup> 這種困擾雖然可能與工作壓力和同情疲勞一同出現，但卻不能混為一談。<sup>3-4</sup> 道德困擾初期產生的負面情緒，會化為揮之不去的不安感，並隨時間而累積。<sup>2</sup> 未能徹底解決的道德困擾，可能會令醫療專業人員對倫理挑戰變得麻木。<sup>4</sup>

#### 道德困擾的普及和來源

道德困擾的概念源於護理研究，但不斷有實證顯示，各類醫療專業人員，包括醫生、藥劑師、社會工作者和其他專職醫療人員都曾經歷道德困擾。<sup>6-7</sup> 研究亦發現，有關問題的影響範圍遍佈不同專業，如重症護理、外科護理、腫瘤護理和兒科護理，以及醫護環境下的急症護理、重症護理和長期護理。<sup>3-7</sup> 此外，道德困擾在醫科生和資歷較淺的員工之間也越見普遍。<sup>8-9</sup>

道德困擾主要源於醫護人員需要向患者提供無效醫療；或在明知道不符合患者最佳利益下仍然提供護理服務，並且目睹病人未能獲得良好照料。其他導致這種困擾的原因是醫護人手不足；與不稱職的同事合作；不適當地使用醫療資源；護理服務分割及缺乏團隊合作。<sup>6-10</sup> 2016年，一項本地調查研究了香港護士在急症醫院環境中的道德困

擾程度。<sup>1</sup> 研究使用了修訂版道德困擾量表（Moral Distress Scale-Revised, MDS-R），透過21題描述不同道德挑戰情況的問卷，測量受訪者的道德困擾程度。<sup>5</sup>

如表一所示，得分最高的項目大部分與晚期護理服務有關。似乎當護士實際提供的晚期護理服務與理想的水平存在落差時，道德困擾便會出現。調查結果亦顯示，在腫瘤科、外科和急症護理等不同專科或部門工作的護士，道德困擾程度與重症監護病房護士相當。會持續惡化的慢性疾病越見普及和人口老化問題，揭示了各單位應更著重重症護

表一. 分數最高的5個修訂版道德困擾量表項目\* (N=447)

頻率分數最高的5個修訂版道德困擾量表項目	平均值±標準差
• 遵照家屬的意願為病人提供維持生命治療，即使我認為這並不符合病人的最佳利益。	5.61 ± 4.00
• 按照醫囑執行我認為非必要的測試和治療。	5.19 ± 4.05
• 提供各種維持生命的行動，即使我認為只會延長病人的死亡過程。	5.14 ± 3.88
• 照顧靠呼吸機維生的晚期嚴重病患者時，因為沒有人撤銷有關護理決定，而需要繼續照料他們。	4.39 ± 3.87
• 與未能勝任病人護理要求的護士或其他醫護人員合作。	4.20 ± 3.65

\*使用5個等級的李克特量表，量度受訪者在提供護理時有多常遇到這些情況（頻率）以及在這些情況下受到的干擾程度（強度）。頻率範圍從 0（從不）到 4（非常頻繁），而強度從 0（沒有）到 4（很大程度）。每個項目的頻率分數和強度分數相乘。



## 背景資料

### (3) 醫療專業人員的道德困擾：問題與起因

#### 道德困擾的影響

道德困擾顯然與醫療服務的成本、質素和可持續性有密切關聯。憤怒、焦躁和抑鬱都可能是受到道德困擾的情緒表現。這些情緒是源自照顧病人所帶來的情緒疲憊、挫敗感、內疚、羞愧、無力感，或是與病人的隔閡和對護理病人不聞不問有關。<sup>6-7</sup>

另一方面，道德困擾亦會影響醫療專業人員的健康，導致不同的身體症狀，如心悸、失眠、噁心、疲憊、頭痛、容易流淚和腸胃不適等。<sup>7</sup> 證據顯示，道德困擾與重症護理人員的身心疲憊息息相關。在生理和心理後遺症的交互影響下，導致護理人員欠缺工作滿足感，工作場所士氣低落，甚至曠工。<sup>6</sup> 一些研究發現，道德困擾會更容易令醫療專業人員流失，因為他們會認為自己擁有道德批判能力，卻沒履行應有的道德義務，欠缺專業操守。<sup>8</sup>

#### 我們能解決道德困擾嗎？

道德困擾不僅是一種個人體驗，更可以從更宏觀角度來理解的共同體驗。制度局限被廣泛認同是導致道德困擾的成因之一。而醫療機構的隱性和顯性價值取向，會影響醫護人員在臨床環境的態度和行為。<sup>6,12-14</sup> 最近期的文獻亦指出，政府的財政計劃，以及左右醫療結構和資源分配的政策，影響著醫療環境中的社會政治。而醫療環境裡的社會政治，具塑造醫療倫理氛圍的角色。<sup>3,15</sup> 為了紓緩道德困擾，我們應在醫療系統和機構內推行不同的措施，培養醫療專業人員面對道德問題的能力，讓他們體驗何為道德困擾，以及擁有堅持道德義務的內在能力。<sup>11-16</sup>

以下是一些解決建議：

#### 倫理教育

應引入道德困境的課題在醫療專業人員註冊前的培訓課程和持續專業進修課程中，以增強他們對道德困擾的自我意識。Monrouxe等人（2017）強調，在面對倫理困境時，培養學生的道德決策能力非常重要。以醫生帶領的小組互動環節，可令學生理解錯綜複雜的倫理抉擇，提升他們面對相關情境時的信心和能力。<sup>9</sup> 然而，僅靠提升應對倫理困難的能力，並不足以減低醫療道德困擾。對醫護水平要求較高的醫療專業人員，會因為未能在照顧病人時採取自認為正確的行動，而更容易出現道德困擾。Berger（2014）提出，調解和溝通訓練有助改善醫療專業人員處理衝突的能力，維持患者和醫生的良好關係。<sup>8</sup>

#### 機構層面支援

醫療機構可以採用不同的措施，在機構層面上賦權醫療專業人員，幫助他們解決道德困擾，例如：舉辦跨專業範疇論壇，鼓勵醫護人員就臨床護理中的倫理問題和工作限制進行公開討論；輔導資歷較淺的員工，協助他們處理所學知識與現實臨床護理之間的矛盾；定期安排簡報會，分享個別部門或單位所遇到的倫理挑戰；以及提供諮詢服務。<sup>3, 8, 15-17</sup>



## 背景資料

### (3) 醫療專業人員的道德困擾：問題與起因

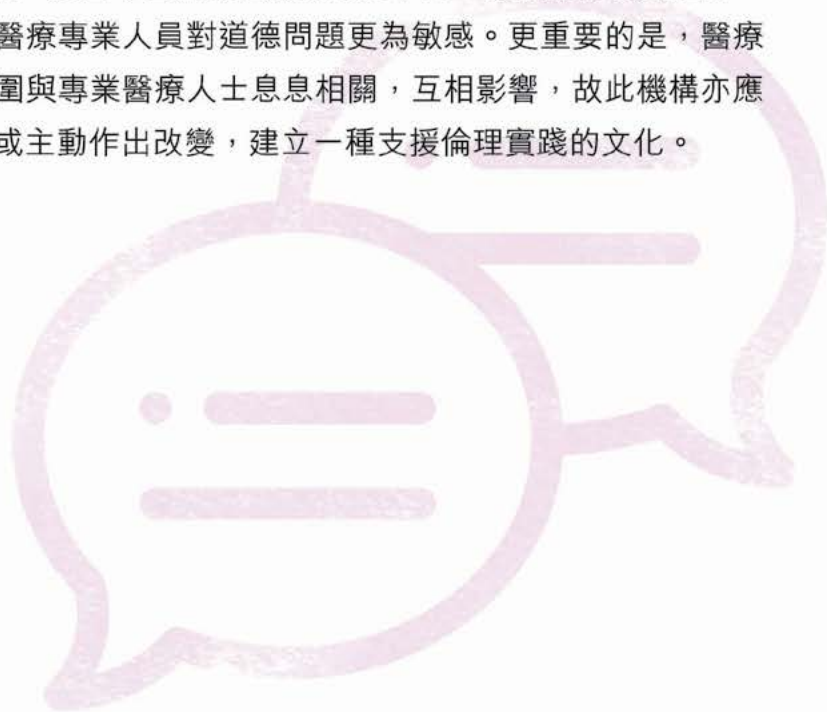
這些公開對話的途徑有助鼓勵醫療專業人員發表意見，找出造成道德困擾的因素，並且共同制定合適的解決策略。以上所有措施都協助醫療專業人員共創道德實踐文化。除上述措施外，臨床倫理委員會亦是臨床醫護人員尋求諮詢的主要對象。委員會的負責範圍甚廣，除了制定倫理準則，還會提供各類倫理諮詢服務，幫助臨床醫護人員釐清他們在道德方面的疑問和道德責任。<sup>18-19</sup>

#### 結論

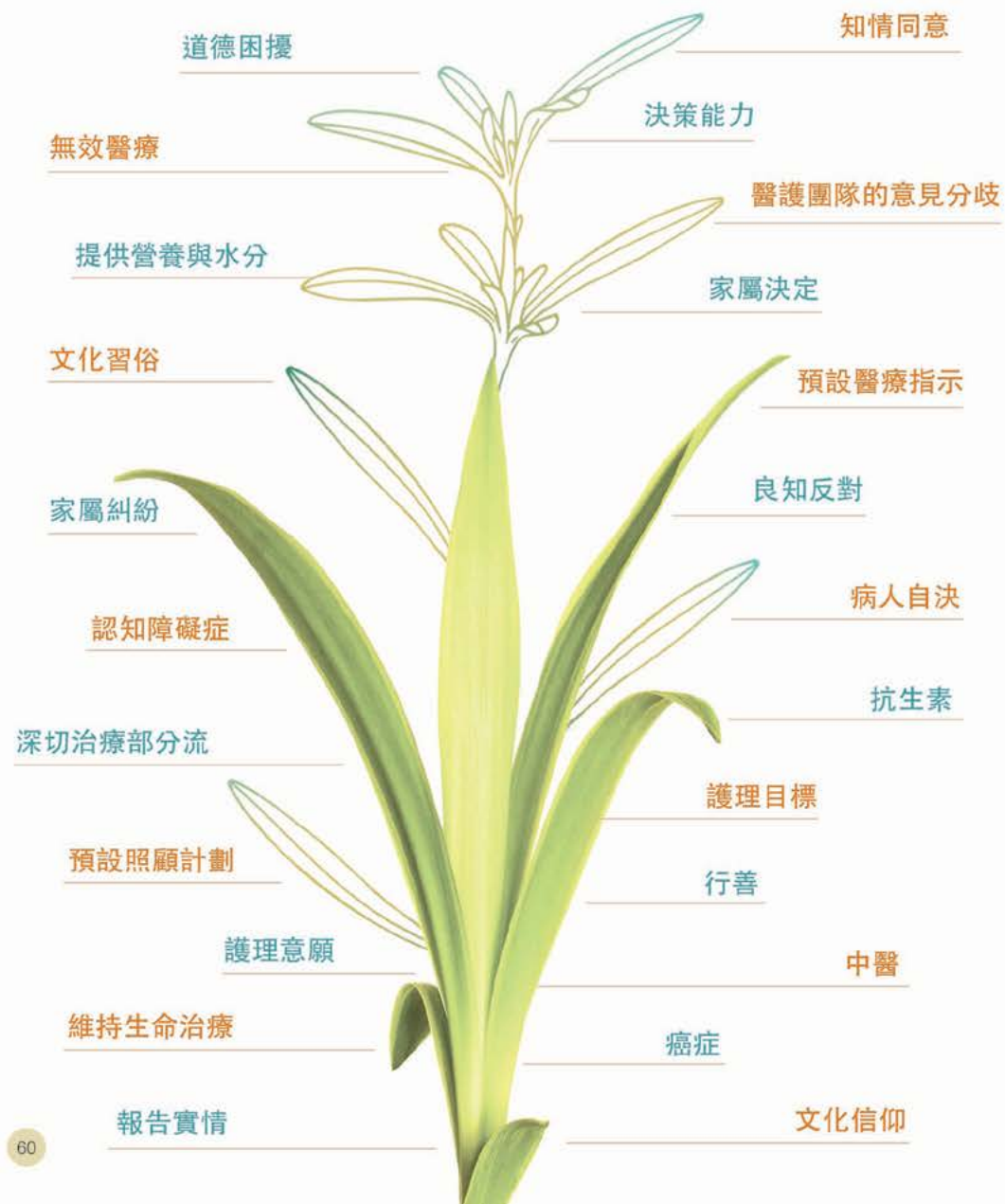
道德困擾是醫療機構日常運作中常見的現象。這種困擾不僅危害醫療專業人員的健康，更會令醫療護理服務質素下降，難以維持良好運作。倫理教育能令醫療專業人員對道德問題更為敏感。更重要的是，醫療環境的倫理氛圍與專業醫療人士息息相關，互相影響，故此機構亦應採取積極措施或主動作出改變，建立一種支援倫理實踐的文化。

#### 引用文獻

1. Jameton A. Nursing Practice: The ethical issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984.
2. Jameton A. Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Women's Health Nurs.* 1993;4:542-551.
3. Varcoe C, Pauly B, Webster G, Storch J. Moral distress: Tensions as springboards for action. *HRC Forum.* 2012;24:51-62.
4. Austin W. Moral distress and the contemporary plight of health professionals. *HEC Forum.* 2012;24:27-38.
5. Harmic AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research.* 2012;3:1-9.
6. Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM. Moral distress among healthcare professionals: Report of an institution-wide survey. *J Nurs Scholars.* 2015;47:117-125.
7. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J Clin Ethics.* 2009;20:330-342.
8. Berger JT. Moral distress in medical education and training. *J Gen Intern Med.* 2014;29:395-8.
9. Monrouxe L, Shaw M, Rees C. Antecedents and consequences of medical students' moral decision making during professionalism dilemmas. *AMA J Ethics.* 2017;19:568-77.
10. Lutzen K, Kvist BE. Moral distress: A comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. *HEC Forum.* 2012;24:13-25.
11. Chan HYL, Lai KF, Lau CK. Examining moral distress among nurses in Hong Kong. Presented in the C U Medical Education Conference. Hong Kong, 2017.
12. Russell AC. Moral distress in neuroscience nursing: An evolutionary concept analysis. *Am Asso Neurosci Nurs.* 2012;44:15-24.
13. Sporrang SK, Arnetz B, Hansson MG. Developing ethical competence in health care organizations. *Nurs Ethics.* 2007;14:825-837.
14. Harmic AB, Bacchall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med.* 2007;35:422-429.
15. Musto LC, Rodney PA, Vanderheide R. Toward interventions to address moral distress: Navigating structure and agency. *Nurs Ethics.* 2015;22:91-102.
16. Sauerland J, Marotta K, Peinemann MA, Berndt A, Robichaux C. Assessing and addressing moral distress and ethical climate. *Dimen Crit Care Nurs.* 2014;33:234-245.
17. Rushton CH. Cultivating moral resilience: shifting the narrative from powerlessness to possibility. *Am J Nurs.* 2017;117:S11-5.
18. Austin W. What Is the Role of Ethics Consultation in the Moral Habitability of Health Care Environments? *AMA J Ethics.* 2017;19:595-600.
19. Annas G, Grodin M. Hospital ethics committees, consultants, and courts. *AMA J Ethics.* 2016;18:554-9.

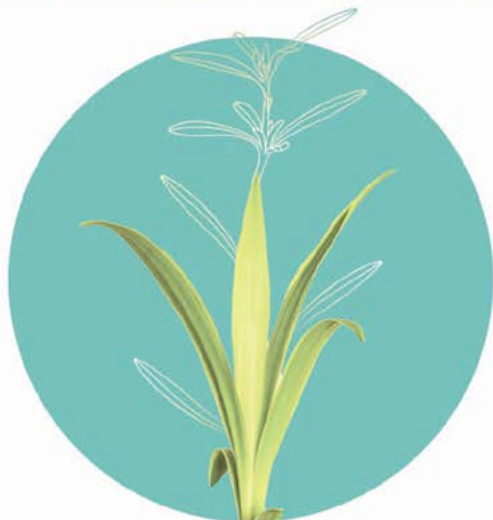


# 主題





賽馬會安寧頌  
JCECC   
Jockey Club End-of-Life Community Care Project



網上瀏覽或下載<年長病人晚期護理服務醫學倫理個案集>：  
<http://www.ioa.cuhk.edu.hk/zh-tw/casebook>

電話 3943 9208  
電郵 [ioa@cuhk.edu.hk](mailto:ioa@cuhk.edu.hk)  
網址 <http://www.ioa.cuhk.edu.hk/>  
地址 香港新界沙田香港中文大學  
康本國際學術園9樓908室  
香港中文大學賽馬會老年學研究所  
出版日期 2019年2月(2000份)

網站 QR code

