

# 從老年醫學角度反思「治療」

莫俊強

筆者在香港公營醫療體系中工作了三十多年，是一位老人科專科醫生。現以本科的角度，反思西方醫療在香港對於老年病人的「治療」現況，同時亦探討可見將來的發展路向。去年至今的 COVID-19 世紀疫症，對香港以至全世界的醫療系統都造成了極大的衝擊，也值得我們檢視和反思。

## 老年醫學

香港現已成為全球第一最長壽的地方<sup>1</sup>，為香港市民來說，這是一個很大的祝福，但香港老年人口急升，現有一百三十七萬，至 2050 年就有兩百多萬以上，這也是從現在以至未來二、三十年，一個對本地醫療及社福服務體系的重大挑戰。在本港以至全世界，由於老年人口持續地高速增長，而老年病人的治療需求比其他年齡組別的病人要多，老年醫學的重要性也就與日俱增，成為了公共醫療體系的一個極重要部分，其服務容量及發展模式，對整個社會的醫療健康狀況有決定性的影響。事實上，任何有利於治療老年病人的服務模式和發展，也會有利於其他組別的病人。

---

<sup>1</sup> 香港衛生署衛生防護中心 健康統計數字 2021 年 6 月 26 日取自：  
<https://www.chp.gov.hk/tc/statistics/data/10/27/111.html> [assessed on 26/6/2021]  
在過去四十九年，男性及女性出生時平均預期壽命持續增長。由一九七一年男性的 67.8 歲及女性的 75.3 歲，至二零一九年分別上升至 82.2 歲及 88.1 歲。

西方醫學是一門科學（應用科學），也同時是一門藝術（實踐藝術）<sup>2</sup>，老年醫學正是如何將科學診斷配合治療藝術的好例子。隨著醫療科技的進步，現今醫學已進入生物科技的新紀元，各種新的診斷方式及治療方法確是日新又新，從前一些科幻小說的劇情，現今已變成事實。但無論科技怎樣進步，我們治療的對象始終是「人」，人的需要，尤其老年人的需要，似乎並沒有因科技進步而有太多改變。老年病人通常會同時患有多種疾病，醫生提供治療時，需要十分仔細平衡各種治療手段的好處與壞處，而對於「老老」（通常指八十歲以上）病人，現時醫療實証的証據仍然相對地較為缺乏，需要靠醫生的經驗和判斷補足。老年病人大多已走在人生最後階段，離死亡很近，因着生命的有限性，很多為普通人合適的治療決定，為老年病人可以變得複雜甚至困難，在選擇治療方案時，有更多的重要個人考慮，這不是客觀科學可以直接提供答案的。全人治療，即「身、心、社、靈」各方面的關顧，常被視為治療的典範模式，這在老年病人的治療規劃中更為明顯。他們的復原速度較慢，也未必能完全康復，度過急症期後，他們的復康及回歸社區生活的過程，通常需要較長時間，而很多時亦需要家人或社區的額外照顧。面對終老及死亡的現實，他們的心理及靈性的需要，也是治療過程中不可忽略的。因此老年醫學很著重「多專業團隊」的參與，醫生很多時都不是單獨設計治療方案的，而是以病人為中心的，由多專業團隊共同制定，團隊成員通常包括護理、專職治療（如物理治療、職業治療、言語治療等）、社工等，還有病人家屬也是團隊的一個重要份子。由於要幫助老年病人作出最佳的治療方案及選擇，會涉及

---

2 Goldman L, Dennis A, editors, "Approach to medicine, the patient, and the medical profession: medicine as learned and humane profession", *Cecil's Text Book of Medicine*, 22nd ed (Saunders 2004), 1:1-2.

平衡各方面的治療方法以至醫療倫理考慮，團隊的共同參與和合作是十分重要的。

## 醫療科技的進步

人類已經由互聯網時代，進入了人工智能（Artificial Intelligence AI）及生物科技（Biotechnology）的新紀元。在診斷方面，AI 的進步，已開始可以取代醫生寫造影報告，也開始發展以互聯網為平台的診症模式，甚至有用 AI 代替醫生作簡單疾病診斷的嘗試。醫療科技進步也使治療更快更準（如機械臂手術、手術或電療導航系統等）。藥物方面，由於生物醫學科技的突破，發展出各類標靶藥物及生物製劑，這些針對病灶的標靶治療方法已經是常規治療的一部分，雖然我們仍然未能醫好所有的疾病，但從前一些不治之症，很多已經有相當成效的治療方法，由絕症變為慢性病，有時甚至可以根治。但是，這些成效高及副作用少的嶄新治療，大多都極之昂貴，不是一般市民可以負擔的，在社會上會做成「有錢有得醫」的情況，而怎樣在一個有限的公共醫療資源情況下，讓普羅大眾病人都可以受惠於這些新藥，這是公營醫療的一個重要倫理課題。另一個新的發展是遺傳基因的檢測及運用，除了讓一些遺傳病有新的治療方法外，也能夠在未發病時，甚至是在胚胎時，已經可以檢測到疾病的基因，這亦發展出很多有倫理爭議的治療方法。針對老人的認知障礙症及其他退化疾病，很多資源都投放到這方面的醫學研究中去，如幹細胞移植及新藥研發等，研究成果也微露曙光。去年開始的世紀疫症，迫使全球的醫學科學家去盡速研究對應的疫苗，而他們真的在一年內造成了各款有效疫苗，這是其中一個近年來最明顯的醫療科技成果。

科技高度發展促使「實証醫療」變得愈來愈受重視，現在已被西方醫學奉為主臬。從前傳統的醫學研究，較少將老年病人納入研究方案及臨床實驗中，因為老年病人變數多，其產生的數據較複雜及難處理。但近年來，醫療界都認同老年疾病在現今社會和醫療體系的重要性，所以研究老年病人的醫學成果愈來愈多，亦證明很多新進的療法及藥物，對老年病人的效果可以媲美較年輕的病人（如心臟支架手術、器官支援及移植等），因此從前的一些想法，如純粹因為病人的年紀大，就不給與病人某些較新的治療，現在已經不合時宜，還會構成「老年歧視」（Ageism）。為避免此等情況，醫學界已逐漸以病人的生理年齡（Physiological age）而不是實際年齡（Chronological age）去考慮病人能否從治療中獲得裨益，又或者用病人的體弱情度（Frailty）去作出較中肯的判斷，例如一個八十歲的健康長者可以較一個六十歲有中風和三高的病人更能承受一些大手術的風險等。這些都是近年老年醫學的一些良好發展趨勢。

## 醫療的藝術

無論醫療科技如何進步，但它始終都是應用在「人」身上，而這個人的「身、心、社、靈」各方面的需要，千百年來都沒有大改變，特別是老年病人，他們在「心、社、靈」的需要，尤其不可忽視。治療不單是科技層面的事，治療的對象是人，不能離開人性以及人與人之間相處的人性關懷。人與人之間的溝通，尤其醫生與病人及其家屬的溝通，是良好治療過程的一個十分重要部份。

老年病人的治療，除了要平衡身體各個器官及其他疾病的互相影響外，他們的復原時間都是較漫長的，而其心理及靈性需要

也會影響其接受治療的決定及之後復康的進度。除了醫學上對病人身體、疾病及藥物等的科技性考量外，有些時候，由於個別老年病人的特殊情況，還需要考慮各項醫療倫理原則的平衡，才能幫助病人做最佳的治療決定。

傳統西方醫療倫理的基石是由 Beauchamp & Childress 提出的四大原則：「行善裨益」（Beneficence）、「不予傷害」（Non-maleficence）、「尊重自主」（Respect for autonomy）及「公平公正」（Justice）<sup>3</sup>，很多時在老年病人的治療中，各項原則會互相影響，是需要仔細平衡的。絕大部份的疾病治療，都有其一定的副作用，老年病人承擔其副作用的能力會較弱，因此在考慮一些嚴重疾病時，「行善裨益」與「不予傷害」兩項倫理原則的平衡比較便十分重要，而其中的「不予傷害」原則還要考慮病人「心、社、靈」的各方面。當面對兩難抉擇的情況，醫生通常以「尊重自主」原則為先，交由病人自己決定。研究指出，在香港，尤其在老年病人羣中，仍然存在很強的中國人家庭觀念，老年病人作決定時，很多時會有家人及其子女很大程度的參與，這和普遍西方社會的情況是有分別的<sup>4</sup>。若病人能做自主的決定，這些兩難決定就交由病人自己去選擇，醫療團隊在旁協助。但老年病人有自主障礙的情況是相當普遍的，例如患上認知障礙症及其他嚴重的器官疾病影響其認知能力等，在這些情況下，病人會被視為「精神上無行為能力的病人」（Mentally Incapacitated Patients

---

3 區結成，〈病人自主與家庭〉，陳浩文、區結成，《倫理與醫療，如何走下去》（香港城市大學出版社 2018）頁 8。

4 同上，頁 14-17。

- MIP)<sup>5</sup>，要為 MIP 病人尋求最佳的醫療決定，這很多時都是不容易的。

在上個世紀後半期，照顧末期癌症病人的醫療團隊發展了以「病人自主」為基礎的紓緩治療服務，為照顧生命晚期的癌症病人提供了一個嶄新的照顧方向，不用要求病人勉強接受侵入性的或負擔重的無效治療，發展了一套有堅實倫理基礎及臨床有用的治療模式，深入探討了一些重要的臨床倫理問題如「不必跟從無效治療」、「雙害原則」、「安樂死的不道德」等，而老年醫療亦從這些堅實的倫理框架中，發展出為治療及照顧 MIP 的老年病人的原則及指引。

在香港的公管醫療體系中，醫管局已發展了一套「不作心肺復甦術」（DNACPR）及「預設醫療指示」（Advanced Directive）的文件、指引及機制<sup>6</sup>，其中倫理原則的討論及執行指引的編寫，是經過有關專家長時間的反覆商討而訂下的，而其實踐應用亦已運作了多年，是一個頗為成熟的機制。它強調醫療團隊與病人及其家屬詳細商討「預設照顧計劃」（Advance Care Planning）過程的重要性，以及不支持「安樂死」的這個原則<sup>7</sup>。在老年病人的治療中，這套指引及機制幫助了醫療團隊，處理很多常見的 MIP 病人治療抉擇的困難，例如對於有吞嚥困難的 MIP 老

---

5 電子版香港法例 Cap.136 Mental Health Ordinance，2021年6月26日取自：  
<https://www.elegislation.gov.hk/hk/cap136>

6 醫院管理局網頁  
HA Guidelines on Do-Not-Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR) (2020)，  
2021年6月26日取自：  
<https://www.ha.org.hk/haho/ho/psrm/DNACPRguidelineEng1.pdf>  
Guidance for HA Clinicians on Advance Directives in Adults (2020)，2021年6月26日取自：  
<https://www.ha.org.hk/haho/ho/psrm/ADguidelineEng.pdf>

7 謝俊仁〈臨終治療抉擇〉，陳浩文、區結成，《倫理與醫療-如何走下去》（香港城市大學出版社2018）頁86-97。

年病人，強制用胃喉餵食，包括可能需要約束不合作病人的手以避免其拔喉，是否必須及合乎道德？這是一個常在病房遇上的難題，現在合乎倫理原則的選項可以包括舒緩口服進食，以減少約束病人及其不適<sup>8</sup>。這些指引可以在實際臨床的情況下，幫助醫療團隊及病者家人做出一個最合乎病人利益及倫理道德的決定。

隨著人們對「病人自主」權利認同的提升，出現了為爭取病人權益以挑戰醫生家長式權威的情況。很多國家，包括歐美各國以及星加坡，都已為「預設醫療指示」立法，制定了很成熟的法律框架及守則，為病人和醫生提供相應的法律保障。隨著香港人口急速老化，需要處理老年 MIP 病人治療抉擇的情況十分普遍，加上現今香港社會對於尊重人權的日趨重視，為「預設醫療指示」進行本地立法已討論了多年，現在草擬立法的工作正在如火如荼的進行中<sup>9</sup>，可能在明年可以完成，到時，「病人自主」的決定，將會受到法律的保障，而醫療界亦要開始適應醫患關係新的一頁。

## 世紀疫症 COVID-19

2020 年開始的世紀疫症 COVID-19，令全球的醫療系統瀕臨崩潰，尤以去年意大利和今年的印度慘況，最令人難以置信及傷痛，我們之前很難想像，在戰爭或極大災難期間才會發生的醫療短缺引至需要配給，以至有病人得不到必需的治療而死亡的情況，竟然會在麼多國家（甚至是先進國家）中發生。自疫情開

8 莫俊強 <醫療倫理- 個案陳述>《神思》第 54 期（2002 年）頁 25-30。

9 香港食物及衛生局 晚期照顧：有關預設醫療指示和病人在居處離世的立法建議 公眾諮詢 2021 年 6 月 26 日取自：

[https://www.fhb.gov.hk/cn/press\\_and\\_publications/consultation/190900\\_eolcare/index.htm](https://www.fhb.gov.hk/cn/press_and_publications/consultation/190900_eolcare/index.htm)

始，怎樣分配有限而重要的醫療資源（如呼吸機、深切治療病床以至疫苗分配等），以實踐「公平公正」這個治療分配原則，就成為了各國醫療倫理討論的焦點。這個原則，平時於個別醫患關係中少有觸及，但在這兩年的疫情中，卻是人們深入討論及作出嚴肅判斷的重要考慮，關係到成千上萬人的醫療福祉。在配給醫療資源及分流病人時，特別要避免歧視老年病人，很多醫療倫理學者及團體都提供了很好的建議<sup>10 11</sup>，主要是不要用病人的年齡，做一刀切的篩選，而應考慮病人的其他因素如體弱程度及其他疾病的情況等。香港醫管局亦為本港於重要的醫療資源告急時，可以作出合情合理地的分配，商討及制定了有關的倫理原則框架，以備不時之需。

在疫情期間，「防疫與抗疫」變成醫療服務的第一優次，尤其在隔離病房，很多人性的措施都因為防疫需要而未能執行，就連家人探病也停止了。除了治療身體的病況外，「心、社、靈」的各方面都難被顧及，這對老年病人（無論是否「新冠」患者）的治療，產生很多負面的影響及附帶性傷害。雖然有時治療團隊也會盡量作出恩恤的安排，但仍然有頗多長者病人在沒有親人陪伴的孤獨情況下離世（可參閱筆者的一些經驗及見聞分享）<sup>12</sup>。

---

10 Maves RC, Downar J, Dichter JR et al, “Triage of scarce critical care resources in COVID-19: An implementation guide for regional allocation. An expert panel report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians”, Chest 2020; 158(1):212-225.

11 BMA. COVID-19 – ethical issues. A guidance note. 2021 年 6 月 28 日取自：  
<https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf>

12 莫俊強 <與長者抗疫同行>，聖神修院神哲學院 生命倫理資源中心，明愛專上學院 健康科學院 編著《疫流而上-新冠狀病毒帶來的挑戰與反思》（香港：明窗出版社，2020）頁 154-166。



香港於 23/1/20 發現第一個 COVID-19 感染個案，截至 14/6/21，香港有 11879 個感染個案，210 人死亡<sup>13</sup>。而 60 歲以上的病人，佔全部個案的 23%，佔死亡個案的 92%。對年青人來說，COVID-19 相似較嚴重的感冒，但為長者而言，卻是可致命的感染，死亡率是年青人的數十至過百倍。因此保護長者便成了抗疫措施中的一個重點。但抗疫措施如隔離、封區等，嚴重地影響了社會的很多層面，使經濟活動及社會運作明顯下滑甚至停頓，當抗疫措施實施了一個長時間後，社會上便開始出現「抗疫疲勞」，浮現一些反對的聲音，讓保護長者和使社會復甦之間產生張力。

在香港疫情期間，由於政治爭拗的關係，曾經有公營醫療人員，提出要以罷工行動，以迫使政府採取某些措施，當時引起社會大眾及醫療界頗大的爭議。以筆者所見，大部分醫療界人士都不贊成以影響當前病人福祉的行為，作為爭取一些較長遠的目標（縱使是一些美好目標）的手段。醫療者與病人是有一個忠誠的守護關係的，這涉及到「忠誠」（Fidelity）和「照顧者責任」（Duty of care）的倫理原則，這可以追溯到古希臘的希波克拉底誓詞（Hippocratic Oath）。在疫情期間，外國有些地方，有個別的醫護人員因為害怕受感染而離開老人院或醫院，這些行為，雖然可能情有可原，但社會大眾多認為這是不道德的。在危難中，不做逃兵，堅守崗位，這些作為治療者的美德，在十七年前的「沙士」和今次的「新冠」危難中，香港的醫療界都表現得很好。

---

13 COVID-19 pandemic in Hong Kong. Wikipedia, the free encyclopedia. 2021 年 6 月 15 日  
取自:[https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19\\_pandemic\\_in\\_Hong\\_Kong](https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_Hong_Kong)

## 結語

作為現今生物科技世代的治療者，我們需要同時好好掌握醫學科技和治療藝術的兩個面向。除了醫學知識外，我們需要認知及學習新科技的應用，如即時的醫療聯繫，和 AI 科技合作，及追趕最新的醫療資訊以給予病人最好的治療等。另一方面，與病人溝通的技巧也要與時並進，要懂得讓病者了解其病況及相關的醫訊，幫助病人作出最佳治療選擇，並守護在他們身邊，支持他們。無論是那一個醫療分科（除了產科及兒科外），老年病人都是我們的主要病人羣，我們需要認識老年病人的特殊需要，裝備自己去幫助他們面對病苦及不能避免的死亡。「預防勝於治療」，這也適用於老年病人，我們有責任提醒長者要有健康的生活模式及接種疫苗等。

治療者的典範是主耶穌。他在二千年前給予病人神跡般的治療，甚至起死回生，其實現今的醫學也有相近的能力。不過，主耶穌強調祂的醫治，並不只是為病者的身體，也是為病者的心靈及永生的靈魂，讓病者及其近人感覺到天主的國已經臨現，從而得到慰藉及力量。這個對於治療病人時應該涵蓋的廣闊幅度，應該是每一個治療者，尤其是基督徒，需要學習和實踐的。

三十多年前，筆者初踏進醫學院時，在一張海報上讀到這句話：「做個好醫生，醫身、醫心、醫靈魂」，這句話成了筆者這些年來在醫療工作上的晨鐘暮鼓，警醒我免於陷入各種誘惑和迷惘，在此謹與各位現在及將來的治療者互勉！

## 參考書目

1. 陳浩文、區結成編著，《倫理與醫療 - 如何走下去》。香港：香港城市大學出版社，2018。
2. 聖神修院神哲學院 生命倫理資源中心、明愛專上學院 健康科學院 編著《疫流而上-新冠狀病毒帶來的挑戰與反思》。香港：明窗出版社，2020。