

轉診案例分享：高齡衰弱且新診斷肺癌病人

多科就醫轉銜居家照護 分級醫療管理中心

整理

個案是一位 91 歲的高齡女性，日常生活活動受限，無法自行行走，需要家屬攙扶才能移位至輪椅上。有高血壓、糖尿病、氣喘、C 型肝炎及重度失智症等疾病，平常在臺大醫院心臟內科江君揚醫師門診追蹤，同時也在郵政醫院的胸腔科及神經科就醫領取長期慢性病用藥。

2021 年 9 月因左腳周邊動脈阻塞性疾病，住院截掉左足大拇指，後續規則在臺大醫院外科部黃慧夫醫師門診治療。11 月底發現左足第 2-5 趾頭有發黑的情況，經門診醫師轉至急診，並由江醫師收治住院。病人住院三個月，住院期間新發現肺臟腫瘤，由於考量個案年邁，家屬不希望個案接受進一步的切片手術，增加身體的不適，於是家屬簽立不急救同意書，也希望朝安寧緩和醫療方向，以舒適照護為目標。2022

年 2 月中病房團隊照會分級醫療暨轉銜照護管理中心（以下簡稱分級醫療管理中心）協助整合與轉銜。

分級醫療管理中心護理師與兒子會談，他表示出院後預計接媽媽回桃園八德區有電梯的大樓居住，也希望在她生命最後的時間可以回到嘉義老家善終，也是完成媽媽的願望。於是分級醫療管理中心開始聯繫桃園幾家醫院，包含敏盛醫院、衛生福利部桃園醫院等，最後確認聖保祿醫院附設居家團隊可以銜接八德區 S2 重度居家醫療註，視病情變化再轉為 S3 安寧居家醫療。分級醫療管理中心曾家琳醫師與病房住院醫師討論住院時的藥物整合，減少不必要的藥物，由於未來出院將由聖保祿醫院的居家團隊協助，同時也請病房的住院醫師與聖保祿醫院家醫科林怡君醫師電話進行交班，並確認居家訪視日期，預計聖保祿護理師先到居家訪視後，並在本院追蹤一次後，再由該院林醫師接手。

病人於 2022 年 2 月底出院後，病人先回本院門診追蹤一次，

個案精神狀況佳，管灌消化也正常。3 月中居家醫療的醫師開始到個案家訪視並銜接藥物開立，家屬對於整個轉銜過程及居家團隊醫療服務感到親切，也非常滿意。

（註：2016 年健保署啟動「居家醫療照護整合計畫」，將不同族群的到宅服務給付整合為「居家醫療」(S1)、「重度居家醫療」(S2)、「安寧療護」(S3)三階段。）

轉銜好夥伴 聖保祿醫院分享

這次臺大醫院轉介一位跨縣市整合高齡衰弱個案，兩院團隊轉銜溝通良好，實質交班落實無縫接軌的轉銜照護，不僅個案病摘提早送達，也及時告知家屬出院後接手單位與訪視日期，三方共同訂好未來的照護目標（家屬、臺大醫院、聖保祿醫院），顯著縮短後續照護團隊與個案家屬的磨合。



聖保祿醫院林怡君醫師（圖右）與張琦珍居家護理師（圖左）

當病人出院一週後，先由本院的居家護理師進行第一次家訪，並於臺大醫院端進行出院後門診追蹤。個案情緒平穩，家屬照顧用心，儘管病人可以少量進食，但仍以鼻胃管留置為主，確保養分攝取。由於重度居家醫療靠的是良好的醫護團隊合作，團隊中的居家護理師會再視情況，透過較高頻率的訪視與每月換管，提供個案專業的評估與照顧技巧的指導，也會為個案尋找適當的資源，安撫了家屬的焦慮。

第二次家訪則在三月下旬由家醫科林醫師及張護理師一起進行，因病人失智症型態睡眠障礙，醫師與個案家屬討論未來照顧及處置方向，並說明重度居家醫療的服務型態（S2），銜接調整臺大醫院藥物，訪視當日也回饋予臺大醫院協助轉銜的曾醫師。居家團隊規劃於五月初進行第二次聯合家訪，未來若是病情變化，會再調整到密集訪視的 S3 居家安寧的階段。第二次訪視後，因病人再度發生血痰，家屬聯繫居家護理師後，預約林醫師門診，由家屬至門診取藥，並討論用

藥調整，這些都必須在取得家屬信任之下進行。這次的過程是一個醫病雙贏，很好的轉銜經驗。

1. ※內容摘錄自臺大醫院分級醫療暨轉銜照護管理中心

星月通訊季刊第七期：

<https://www.ntuh.gov.tw/RMC/Fpage.action?fid=6840&btype=1>

分級醫療暨轉銜照護管理中心