

# 臨終治療抉擇

謝俊仁

香港紓緩醫學學會榮譽顧問

現代醫療科技發達，很多疾病都可以治癒或受到控制。但是，每個人的生命也有盡頭，不少疾病卻仍可能發展到藥石無靈的階段。不過，當病情到了末期，病人面對死亡時，現代醫療科技還可以提供維持生命治療，延長生命，包括人工呼吸，心肺復甦術等等。

這些現代醫療科技，本意是救治病人。例如，急性肺炎病人呼吸衰竭，瀕臨死亡，人工呼吸機能夠維持病人生命；當肺炎受抗生素控制，肺功能恢復時，病人便可以除去呼吸機，康復出院。

但是，對於末期病人，由於疾病本身不能逆轉，維持生命治療並不能促使病人康復，例如，肺癌病人呼吸衰竭，呼吸機能夠短暫維持生命，但肺功能不會恢復，延長的只是死亡過程，對病人可能沒有意義，甚至增加痛楚。這並不是發展這些醫療科技的本意。要使現代醫療科技能夠持續發展，社會必須處理如何避免科技與療效錯配的問題。面對個別末期病人，應否使用維持生命治療的考慮，牽涉複雜的法律和倫理因素，醫療機構需要有一套合情和合法、並得到社會認同的臨終治療抉擇方式。為此，許多先進國家都已訂立有關指引，香港醫院管理局亦已於 2002 年訂立《對維持末期病人生命治療的指引》，<sup>1</sup> 讓病人、家人和醫護人員，可以商討應否不提供或撤去沒有意義的維持生命治療，讓病人安詳離世。這不單是資源錯配的問題，更牽涉病人自主和病人利益等重要倫理問題，本文將集中討論後者。

## 不等同安樂死

首先要澄清的是，在適當情況下不使用沒有意義的維持生命治療，不等同安樂死。在醫療界和法律界，安樂死是指「直接並有意地殺死病人」，這種做法在世界上絕大部分地方都屬違法。本文稍後將再討論安樂死這課題。

## 不使用維持生命治療的倫理和法律考慮

在什麼情況不提供或撤去沒有意義的維持生命治療才是適當？從倫理角度，我們要考慮病人自主及病人最佳利益；從法律角度，我們要了解當地的有關法律條文，讓決定能夠合情和合法。

首先，我們明白，為神智清醒的成年病人做治療，基於現今法律和倫理考慮，醫生必須取得病人知情同意，才可以進行。否則，即使醫生認為該治療確實可以幫到病人，亦不能強為病人治療。在香港，未得到清醒病人同意而為病人做入侵性治療（**Invasive Procedures**），法律上屬侵犯他人身體。香港醫務委員會的《香港註冊醫生專業守則》指出，<sup>2</sup> 任何可能有顯著風險的治療，都必須得到明確和具體的同意，而且，同意必須是自願、經醫生提供恰當解釋、並病人清楚明白，才屬有效。故此，若成年病人神志清醒，並獲告知適當的資料，其不接受維持生命治療的決定必須加以尊重。為兒童病人做治療，則要取得其父母或監護人的

知情同意，才可進行。

當成年病人神志不清醒，不能作出同意時，如何為病人作醫療決定，各地的法律有不同的規範。香港的《精神健康條例》第 136 章第 59ZF 條，<sup>3</sup> 容許醫生在不清醒病人未能同意的情况下，為病人提供必需和符合病人最佳利益的治療。當考慮某治療是否符合病人最佳利益的問題時，醫護人員應該衡量該治療對病人的負擔及好處。須考慮的因素，包括治療能否改善病人情況及其改善程度、病人會否遭到痛楚或困苦、病人會否喪失知覺而不可逆轉、以及治療的入侵性，更需要考慮病人事先表達的意願及價值觀。由於涉及醫療因素以外的價值觀考慮，而病者家屬較熟悉病人的看法，故此，醫護人員需要與病者家人商討，謀求共識。如果大家認同該維持生命治療不符合病人最佳利益，便可以不提供或撤去。

### 「預設醫療指示」與「預設照顧計劃」

不過，當病人未有事先表達其意願及價值觀，醫護人員與家人可能有困難作出決定。為此，病人可以在清醒時，利用「預設醫療指示」(Advance directive)，預先表達有關維持生命治療的意願。「預設醫療指示」在外國已發展多年，並已訂立相關法例。不少「指示」，除了讓病人預先列出在何種情況不接受何種維持生命治療，亦可以指定醫療代言人，當病人神志不清醒時，代病人作出決定。尊重「預設醫療指示」，除了減少了臨終治療抉擇的困難及爭議，更體現了對病人自主的尊重。

香港現時並未有為「預設醫療指示」立法，不過，香港法律改革委員會於 2006 年的報告書認為，<sup>4</sup> 基於普通法，不接受何種維持生命治療的意願有法律效力，如果該指示「有效」和「適用」，必須受尊重。但是，在香港，指定醫療代言人未有法律基礎。故此，在香港，「預設醫療指示」等同「不接受何種治療」的預前決定。香港法律改革委員會於 2006 年的報告書，提出了以非立法方式推動「預設醫療指示」，並設計了指示範本，適用範圍涵蓋末期病人以及不可逆轉昏迷與植物人。之後，醫院管理局在 2010 年訂立了《醫院管理局成年人預設醫療指示醫護人員指引》，<sup>5</sup> 再在 2014 年的修訂指引，把指示範本的適用範圍擴展至「其他晚期不可逆轉的生存受限疾病」。現時在醫管局，當嚴重病患者的病情不可逆轉，醫護人員可能與病人訂立「預設醫療指示」。

在簽署指示之前，醫護人員需要跟病人及家屬詳細商討，這過程稱為「預設照顧計劃」(Advance care planning)。誠然，與病人及家屬商討面對死亡時的抉擇，並不容易，尤其是當病人和家屬對維持末期生命治療的意義不甚了解。為此，醫管局在 2015 年更新《對維持末期病人生命治療的指引》時，加入了「預設照顧計劃」的指引，並積極為醫護人員提供培訓。醫護人員透過「預設照顧計劃」商討過程，讓病人明白其病情以及可提供的選擇的治療，讓病人表達對治療的意向和價值觀，並簽署「預設醫療指示」。即使病人最後沒有簽署「預設醫療指示」，如果表達了對治療的意向和價值觀，雖然這跟「預設醫療指示」不同，沒有法律效力，但是，仍然很有意義。當病人不清醒，醫護人員與其家屬商討治療方案時，了解到病人的觀點，會較容易作出適當的決定。近年來，透過悉心商討和關懷，簽署「預設醫療指示」的病人數目逐步上升，簽署者亦不局限於末期癌症病人，更包括其他晚期不可逆轉病人。

於一般身體健康的市民，可能不適宜過早為末期疾病訂定指示。首先，末期疾病可以有千百個病因，未有疾病時，個人不可能知道將來面對的末期病是什麼，而不同的維持生命治

療對不同疾病的效果亦不相同。有些情況，雖然疾病不能治癒，但適切的維持生命治療仍可以為病人帶來有意義的數星期或數月存活，故此，很難預先訂定適切的治療計劃；相反，嚴重病患者則已知道病因以及需要面對的實際病況，可以作出適當的抉擇。其次，未有疾病時，個人對生命的價值和對殘障的接受能力，可能與患病後很不同，太早作決定未必適合。最後，大部分末期病人，當診斷為嚴重疾病時，仍然清醒並有能力為治療計劃作出抉擇。

健康市民需要的，倒是及早了解死亡過程和作心理準備，好讓不幸患病時，不至驚惶失措。較年長的健康市民，更可以預早與家屬談論生命末期的照顧取向和意願。當長者不幸患病而喪失神志時，家屬可以按其取向和意願，與醫護人員商討符合病人最佳利益的抉擇。

健康市民如果選擇簽署「預設醫療指示」，指示裏較適合局限於不可逆轉昏迷與植物人的情況。首先，這些情況跟末期疾病不同，可能由突發的嚴重腦中風或腦受創所引致，病人不能預知；其次，在這些情況決定不接受維持生命治療，爭議性並不大。此外，如果香港將來訂立了醫療代言人的法例，健康市民可以利用「預設醫療指示」指定醫療代言人，當不幸患病而喪失神志時，讓代言人替病者作出醫療抉擇。

### 非住院病人「不作心肺復甦術」文件

醫生面對有「預設醫療指示」的病人時，需要衡量該「指示」是否有效及適用，才會跟隨「指示」來提供治療。在緊急的情況，例如病人呼吸衰竭、休克或心臟停頓。他送到急症室時，即使病人家屬帶同病人簽署的「預設醫療指示」，因為很難即時決定該「指示」是否有效及適用，急症室醫生也不是慣常照顧該病人的醫生。故此，一些國家發展了由醫生簽署的指令，說明病人患有嚴重疾病、並按病人意願不應該提供心肺復甦術或其他維持生命治療。在美國，這些指令稱為 Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST) 或 Physician Order for Life-Sustaining Treatment (POLST)。這些指令的效力，有法例或行政指示支持，其他醫護人員必須遵從。

香港醫院管理局在 2014 年更新《不作心肺復甦術指引》時，把指引擴展至涵蓋患有嚴重不可逆疾病的「非住院病人」，並設計了特定的非住院病人「不作心肺復甦術」表格，由醫生簽署，證明該病人的「預設醫療指示」屬有效和適用，故不應該為病人做心肺復甦術。當病人情況惡化，送至急症室時，急症室醫生便可以遵照病人的意願，不為病人做心肺復甦術。

很可惜，現時香港的救護員，由於《消防條例》而未能跟隨「不作心肺復甦術」表格。《消防條例》第 95 章第 7 條說，消防處的職責包括「令該人復甦如何走下去—倫理與醫療或維持其生命」。據政府當局對此條例的理解，即使病人已簽署「預設醫療指示」反對心肺復甦術，並有醫生在「不作心肺復甦術」文件上清晰表示病人的指示屬有效和適用，救護員在運送病人至急症室時，仍要為病人做無效用的心肺復甦術。這帶來完全不必要的痛楚，亦是香港政府需要儘早正視的問題。

### 不構成支持安樂死的理由

在適當情況下不使用沒有意義的維持生命治療，不等同安樂死。容許如此做，亦不構成支持安樂死合法化的理由，兩者在實質上有明確的分別。為避免混淆，醫學界和法律界都不使用「被動安樂死」這名詞來形容前者。

首先，安樂死是用毒藥直接殺死病人。不使用維持生命治療是不再用人工方法延遲死亡，而讓病人自然離世。

其二，面對身心痛楚的病人，除了選擇安樂死，還可以有其他的選擇；例如，現代紓緩治療，透過多個專業團隊的全人關顧（**Holistic care**）以及悉心的徵狀治療，能夠控制到絕大部分末期病人的身心痛楚。不使用維持生命治療，則是現代醫療發展，在尊重病人知情同意和病人最佳利益的前提下，所必須面對的考慮。

其三，是兩者所引起的「滑坡問題」並不相同。不使用維持生命治療，至今已涵蓋非末期病人的人工 餵飼，「滑坡」已到了底，並非倚靠維持生命治療而生存的人，不會因不使用維持生命治療而死亡。至於安樂死的對象，起初是有嚴重身體痛楚而主動要求安樂死的末期病人，但是，現時在荷蘭和比利時，已發展到涵蓋沒有末期疾病而只是心靈痛楚的人。類似的「滑坡」會否在其他地方發生？「滑坡」會否發展至涵蓋並非倚靠維持生命治療而生存的神志不清病人，例如還可以自然進食的認知障礙長者？這是不容忽視的問題。不同的「滑坡」結果，亦顯示兩者本質上並不相同。

### 並非放棄照顧病人

最後，大家要了解，面對末期或病情不可逆轉的嚴重病人，決定放棄維持生命治療並不同於放棄照顧病人。醫護人員只是不去無謂地延長病者的死亡過程，但仍會繼續提供基本照顧及紓緩治療，繼續關懷病人，減低病者的身心痛楚，讓病人可以安詳度過人生的最後階段。

### 整體改善生命末期的照顧

醫療科技持續發展，往往令人忘記了死亡是人生必然的事，令人逃避談論死亡，不為死亡過程做好準備。《經濟學人智庫》在 2015 年公布的《死亡質素指數》調查，<sup>8</sup> 香港排名第 22，比排名第 6 的台灣低。香港的醫療專業持續發展，要包括改善香港的死亡質素，這需要多方面的工作配合。首先，香港需要檢討紓緩治療的質量和服務策略。現時香港醫管局有專科的紓緩治療醫生和護士，但是，服務容量遠遠不及需求，更要面對香港人口老化的趨勢。此外，改善臨終治療抉擇是其中重要一環，為嚴重病患者推動「預設醫療指示」的工作，在過往幾年才起步，還需要有心人繼續努力。市民大眾方面，需要積極推動死亡教育，這也是在《死亡質素指數》調查中，台灣比香港強的項目。死亡教育，是讓市民了解死亡過程，思考死亡與生命，從而更珍惜生命，並在適當時候，為死亡過程作出準備，與家人商討死亡的安排，表達生命末期的照顧取向和意願。這比過早訂立未必適合的「預設醫療指示」，更為重要。

在政府層面上，政府需要為香港訂立照顧末期病人的整體政策，亦要考慮為「預設醫療指示」立法。雖然在普通法框架下，「預設醫療指示」有法律效力，但是，未有立法，可能會有少數的特殊個案引起爭議。香港法律改革委員會提交報告至今已超過十年，很多環境因素已經改變，政府需要重新檢討，應否為「預設醫療指示」立法。上文提及的另一個法律問題，即是救護員因為《消防條例》而必須為末期病人做心肺復甦術，更是香港政府需要儘早正視的問題。

改善香港的死亡質素，其實正正是建立香港醫療可持續發展必要的一環。正如本章開首所言，提升現代醫療科技雖有助治療疾病，但在疾病不能逆轉和死亡難以避免的情況下，如何提高病人的死亡質素則是我們需要解決的問題。故此，我們需要廣闊的視野，更需要各有心人，在不同崗位繼續努力，好讓眾多曾為社會繁榮付出貢獻的香港人，在人生最後的階段得以安詳度過。

1. 香港醫院管理局 (2015)。《對維持末期病人生命治療的指引》2015 年版。香港：香港醫院管理局。取自：[http://www.ha.org.hk/haho/ho/psrm/HA\\_Guidelines\\_on\\_Life\\_sustaining\\_treatment\\_2015\\_tc\\_txt.pdf](http://www.ha.org.hk/haho/ho/psrm/HA_Guidelines_on_Life_sustaining_treatment_2015_tc_txt.pdf)。
2. 香港醫務委員會 (2016)。《香港註冊醫生專業守則》2016 年 1 月修訂本。香港：香港醫務委員會。取自：[https://www.mchk.org.hk/english/code/files/Code\\_ofProfessional\\_Conduct\\_2016\\_c.pdf](https://www.mchk.org.hk/english/code/files/Code_ofProfessional_Conduct_2016_c.pdf)。
3. 律政司《雙語法例資料系統》。香港：香港政府。網頁取自：<http://www.blis.gov.hk/chi/home.htm>。
4. 香港法律改革委員會 (2006)。《醫療上的代作決定及預設醫療指示報告書》。香港：香港法律改革委員會。取自：<http://www.hkreform.gov.hk/tc/publications/rdecision.htm>。
5. 香港醫院管理局 (2016)。《醫院管理局成年人預設醫療指示醫護人員指引》2016 年版。香港：香港醫院管理局。網頁取自 [http://www.ha.org.hk/visitor/ha\\_visitor\\_text\\_index.asp?Content\\_ID=233583&Lang=CHIB5&Dimension=100&Parent\\_ID=200776&Ver=TEXT](http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_text_index.asp?Content_ID=233583&Lang=CHIB5&Dimension=100&Parent_ID=200776&Ver=TEXT)。
6. Hospital Authority (2016). HA Guidelines on Do-Not-Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR) (2016). [online] Hong Kong: Hospital Authority. Available at: [http://www.ha.org.hk/visitor/ha\\_visitor\\_index.asp?Content\\_ID=222235&Lang=CHIB5&Dimension=100&Parent\\_ID=200776](http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=222235&Lang=CHIB5&Dimension=100&Parent_ID=200776)
7. 同註 3。
8. The Economy Intelligence Unit (2015) The 2015 Quality of Death Index: Ranking Palliative Care Across the World. [online] Available at: <http://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>

---

[鳴謝：本文獲香港城市大學出版社授權刊登，摘自《如何走下去—倫理與醫療》，香港城市大學出版社 (2018)，頁 85-97。’ ’ © 2018 香港城市大學出版社。]

