

編者的話：

本期教區生命倫理小組通訊的主題，是對臨床醫療倫理上限制救治的反思。我們邀請了香港紓緩醫學學會榮譽顧問謝俊仁醫生，為我們介紹醫護界對有關問題的看法；而教區生命倫理小組主席歐陽嘉傑醫生，則從一些深切治療的個案中，帶出教會對限制救治的訓導，期望能喚起教友對問題的關注及反思。

不經不覺間，本通訊已出版多期。出版目的，是介紹與身體、健康、疾病、醫療、生命科技等有關的倫理主題，以加深教友對生命倫理的認識，及對教會就有關方面訓導，有所了解。讀者如對本通訊有任何意見或建議，歡迎致函電子郵件：[bioethics@hsscol.org.hk](mailto:bioethics@hsscol.org.hk)。

## 深切治療的反思：限制救治是合理的嗎？

在一般人眼中，甚至在很多醫護人員眼中，深切治療部是一個充滿高科技醫療器材的地方，可以把患上重病的病人醫治，令他們康復。但醫療科技是有限的；錯誤使用更會將延續生命變成延長死亡。病人何時有責任接受高科技的深切治療，那時可以拒絕用高科技來延長死亡？

首先讓我們就一些真實病例，說明高科技醫療不能延續生命，反而延長死亡的可能性。以下有兩位病人，雖然每人都接受了多於四個月的深切治療，但始終敵不過病魔，在深切治療部離世。

七十歲的L婆婆曾因肺結核症和其他肺病，引致左肺損毀，功能盡失。她因肺感染入院，後又因呼吸衰竭轉入了深切治療部，需要用呼吸器維持生命；入住深切治療部二十一天後，更接受了氣管造口手術。往後她患上了急性腎衰竭，又接受了兩次血液透析治療。她多次因使用呼吸器維持生命而受到肺感染，醫療團隊亦多次嘗試讓她恢復自行呼吸，但告失敗。最後，由於病人接受了多月深切治療仍未能康復，醫療團隊決定限制及撤回維持生命的治療。她經過了一百三十三天的高科技治療，終於在深切治療部死去。

八十二歲的C公公患了慢性支氣管炎多年，因病重而計劃接受長期家居氧氣治療。他因肺感染入院，後來因休克和呼吸衰竭，轉入了深切治療部，要用呼吸器維持生命。他的病情反覆，多次因使用呼吸器維持生命而受到肺感染，經過了一百七十五天高科技治療，終於在深切治療部死去。

另外，有些病人可能到了病情最危急的時候，才向深切治療部求助，結果是深切治療部的高科技治療也不能幫助該病人康復，因此醫護人員不會為病人進行高科技治療。例如有一位八十多歲的婆婆，因腸道問題引致多組器官衰竭，因此主診醫生要求把病人轉到深切治療部。但病人已到了彌留狀態，高科技治療也不能改變病人即將離世的現實，所以深切治療部不肯接收該病人。深切治療醫生向親屬解釋，三組器官衰竭多於一天的病人，死亡率已高達百分之九十五，何況病人有多於六組器官衰竭，預計她是不可能康復的。而且病人情況並不穩定，若要轉移到深切治療部，亦有機會在途中離世：這是醫護人員和親屬都不希望發生的情況。經過解釋後，病人親屬接受了現實，而病人亦稍後在病房離世。

有時候高科技治療在幫助病人的過程，同時亦傷害病人；因此進行這種治療與否，亦要經過多方面

的考慮。當年有一個新生嬰兒，剛出世便發現腸胃阻塞，懷疑是因為腸道神經系統發展不健全，引致部份腸道不能蠕動，故此要為他施行手術，來診斷病情的嚴重性，以及解除腸胃阻塞。但手術進行了七小時後，才發覺嬰兒只有小部份小腸能蠕動，因此腸道功能不能維持生命，只能考慮以全靜脈營養，以維持生命。但全靜脈營養不但昂貴，而且存在很高風險，會傷害到嬰兒，更會危及生命；一份二零零三年的報告指出進行了五年全靜脈營養的嬰兒，只有五分一還活著。這真是一個進退兩難的局面：提供靜脈營養，很可能因靜脈餵飼而令嬰兒死亡；但不提供靜脈營養，便會餓死嬰兒。你會不會提供全靜脈營養呢？

其實以上的病例，充分表現出高科技醫療的限制：中風多次而臥床多年，在老人院陷入昏迷的病人；患上末期心或肺衰竭並情況急劇惡化的病人，還有骨髓移植失敗，其後呼吸衰竭而要用呼吸器的病人，高科技醫療都不可以把他們救回。因此深切治療部對上述病人，和其他病情陷入不能逆轉而即將致命的病人，均不會提供維持生命的高科技治療。這時候，醫生並無企圖做生命主宰，亦沒有把病人判死刑，只不過是接受了醫療科技的限制，承認了醫生根本沒有能力救回病人的生命，接受了病人藥石不靈的現實，因而限制、撤回或不提供維持生命的治療。

深切治療的出現，是由一九五二年，發生於哥本哈根的小兒麻痺疫症所用的醫療程序發展出來的。當時麻醉科醫生應邀參與疫症的治療，以插氣管喉及使用呼吸器，來維持患了小兒麻痺症而陷入呼吸衰竭病人的生命，大幅度增加他們的生還率。深切治療便從此發展，成為現今的高科技醫療專科。但高科技醫療只能延長生命，給病人多一些時間去慢慢康復；若病人本身沒有復原的能力，高科技醫療始終不能救回病人的生命。

早在深切治療發展的初期，醫學界已覺得新的醫療科技，可能帶來了新的倫理問題。教宗庇護十二世於一九五七年十一月二十四日，為回應醫學界因深切治療的發展，向教廷提出的醫療倫理問題，發表了「關於深切治療的演說」，解釋教會對醫學新發展的立場。他界定了「普通」和「特殊」的治療模式，並解釋病人是有倫理責任接受「普通」（ordinary）的治療模式，但可以選擇是否接受「特殊」（extra-ordinary）的治療模式。當直接被問到「當病人的病情已到達醫生都承認是完全絕望的時候，麻醉科醫生...有沒有責任利用呼吸儀器以延長病人的生命？」教

宗回答：「他...沒有這一個責任。」然而，「普通」和「特殊」的醫療程序是很容易被人誤會的。倫理上「ordinary」一字並不作「普通」解，而作「應該」或「常規」解；因此醫療程序分為「常規」（ordinary）和「非常規」（extra-ordinary）兩類，會比較恰當。

信理部於一九八零年發出的《教會對安樂死的聲明》把這些原則清楚地解釋：「假如沒有其他有效的醫療法，在病人的同意下，可以採用最新式的醫術，即使這些方法尚在試驗階段，並且有相當的危險。接受這種治療的病人，可顯示出為人類服務的慷慨精神。如果醫療結果未達預期的效果，在病人同意下，可中斷此種方法。但在做決定時，必須尊重病人及其家屬的合理願望，並且詢問對此有專長的醫生們的意見。醫生們特別要判斷，在儀器和人力的投資上，是否和預期的結果不相稱；他們也要判斷這些醫療技術，是否增加病人的壓力或痛苦而與得到的益處不相稱。只用醫學上能提供的普通方法來治療也是可以的。因此不得強迫別人採用已經使用但有危險或負擔過重的醫療法。拒絕這種方法並不等於自殺，相反的，應被視為接受人類的病痛，或願意避免使用與預期結果不相稱的醫療，或是不願加給家人或社會額外的負擔。即使用了各種方法仍無法避免死亡，那麼可依據良心，拒絕採用希望極小而又麻煩的方法來延長生命，只需照樣給病人正常的照顧。在這樣的情形下，醫生若救不了病人，也毋需自責。」

但有時候病人的情況並不能明確地判斷，病情雖然嚴重，但不能肯定維持生命治療是否會有效時，醫護人員可以為病人於預定的期限內，提供維持生命治療，試試高科技醫療是否可以令病人康復。這也是醫管局在本港公立醫院所採用的政策。若病人接受治療後病情轉好，可以繼續醫治；但若病情未見好轉，時限滿後便可以撤回維持生命治療。這種有時限的維持生命治療，亦可以給危重病人多一個治療機會，接受高科技醫療以延續生命。

總而言之，人類始終不是生命的主宰。天主教教理提醒我們：「生命和身體健康是天主委託給人的珍貴寶物。我們應該合理地小心照料」（第2288條）。「道德固然要求尊重身體的生命，但並沒有把身體捧成是一個絕對的價值。道德反對新偶像崇拜：想要促進身體的崇拜，為它奉獻一切，把身體的健美和體育的成就當偶像來崇拜。」（第2289條）當生命走到了盡頭，限制救治而拒絕高科技醫療是合理的。