



危重病人真的 有選擇嗎？

(文：歐陽嘉傑醫生)

雖然深切治療部（ICU）可以用高科技醫療，但只能延長生命，有時也不能救回病人一命。70歲的X婆婆由於以前患上了嚴重肺病，因而盡失左肺功能。她因肺炎入院，又因呼吸衰竭入了ICU治療，需要用呼吸儀器維持生命。21日後她接受了氣管造口手術，繼而陷入腎衰竭並要「洗血」。但她不斷感染肺炎，持續需要呼吸儀器維持生命，終於在ICU治療了133日離世。另外82歲的Y公公因多年慢性氣管炎，需要家居氧氣。他因肺炎入院，患上呼吸衰竭入了ICU，需用呼吸儀器維持生命。他亦不斷感染肺炎，於ICU治療了175日離世。。究竟ICU延長了生命，還是拖長了死亡的過程？

其實在深切治療醫學發展的初期，這種問題已出現。12歲的菲菲在1952年夏天於哥本哈根患上了小兒麻痺症。當時哥本哈根只有一間醫治小兒麻痺症的醫院，而那醫院只有7部俗稱「鐵肺」的呼吸器。但每天有6至12

位病人陷入呼吸衰竭，因此醫生要選擇哪些病人可以採用「鐵肺」呼吸器救命。但始終死亡率仍然十分高：31位陷入呼吸衰竭的病人有27人死亡！當年8月27日以柏遜醫生為菲菲進行了氣管造口手術及用人工呼吸，成功救活了病人。隨後以柏遜用同樣的方法治療小兒麻痺症的病人，大幅度增加生還率，而這種治療方法從而發展成為現今的高科技醫療專科。但菲菲雖被救回一命，卻因小兒麻痺症而四肢癱瘓，又永久失去了呼吸能力。她住院7年才能回家，到她1971年病逝時，一直都要靠儀器幫助呼吸。高科技醫療只能延長生命，給病人時間去康復。若病人無能力復原，高科技醫療始終不能救命。

教宗庇護十二世於1957年11月24日，為回應醫學界對教廷，因深切治療的發展，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



歐陽嘉傑醫生
教區生命倫理小組主席（左）

陳惠明醫生（右）

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1980年發表的《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，或是不願意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，只須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，也毋須自責。

然而要戰勝重病而生還，有可能要付出沉重的代價。48歲的病人甲，起初只有腸道病徵，繼而因休克入院。後來又因多個器官衰竭入了ICU，雖然ICU救了他一命，但令他的雙腳壞死。後來他接受了雙腳切除手術，安裝了義肢回家。71歲的病人乙，行山遠足暈倒。入院後休克而收入ICU；ICU也救了他一命，但令他的雙手和雙腳壞死。起初他不肯把死肢切去，最後終於接受了雙手和雙腳切除手術，並安裝了義肢回家。