

《生命倫理線》 11.5.2020

區結成醫生 中文大學生命倫理學中心總監

深切治療配給誰？

周前應邀到香港兒童醫院在網上講了一堂倫理課，主題是抗疫中的深切治療服務應當如何配給(rationing)。邀請是在四月初收到的，當時香港在危機邊緣，市民從全球惡化中的 COVID-19 大潮回港，每天新增確診病例數十宗，全城關注一旦社區出現大爆發醫院能否承受，會不會出現意大利的悲慘情況，醫生要被迫放棄一些危急的病人。不少記者問同一條問題：深切治療病床和呼吸機用盡時，怎樣決定該放棄哪些病人？有沒有什麼指引？要不要制訂特殊的指引？意大利的醫學專科制訂的指引為什麼受到批評？

香港很幸運，疫情最終受控，沒有惡化至那個田地。現在來談深切治療的配給，好像只是理論或學術討論了，但試看新加坡遭受的第二波疫潮之凶猛，醫院忽然面臨「爆煲」甚至需要配給深切治療服務的情景，在香港是有機會出現的。

多年來講醫療倫理課也會討論資源分配的挑戰，深切治療服務的配給是有用的例子。今次講課，問題變得有些迫切。新近發表可供參考的文章甚多，教學相長，第一步當然是一手細讀意大利那挑起爭議的指引。

意大利指引

意大利疫情始於2月，至3月初急劇惡化。它本來擁有良好而普及的醫院服務，病人一般不愁「有病無錢醫」（「無錢不敢求醫」在美國和初期的湖北疫潮是現實），至3月10日左右，醫院系統尚能勉強應對，但新症(尤其是重症)此時遽增，醫院滿瀉，病人無法全部得到救治。意大利前線醫生撰寫的一篇文章描述，到3月中，整個醫療系統瀕崩潰，院內感染蔓延，前線醫護每天眼睜睜見病人失救死亡，比擔心自身健康的焦慮更難承受。前線因而向意大利麻醉、急救、深切治療多個專科(SIAARTI)的聯席倫理委員會尋求指引，委員會主任 Dr. Marco Vergano 領導小組作出框架建議。

SIAARTI 指引在3月16日發出，迅即招來批評，指它「年齡歧視」，因為在提出的十多項建議中，有一處明言在極端情況下，深切治療服務「可能最終需要設定收症的年齡上限」。指引解釋，一來極高齡的病人能故救活痊癒出院的機會很低，二來每名高齡病人住深切治療病床的日數可能比年輕病人長一倍。指引又說，在資源非常

短缺時，基本原則應是以有限資源爭取最大限度地造福最多的人。當深切治療病床飽和的最壞情況下，不可以沿用平日「先到先得」的原則。

這是倫理框架建議中特別矚目的這一段，媒體廣泛引用作報道，但其實是有點誤導。深切治療收症，即使在正常(非疫症流行)情況下，從來也不只是「先到先得」那麼簡單，首先是考慮病情。通常考慮最少兩方面：一、病人如果得不到深切治療，是否很難存活或康復？二、病人入住深切治療病床，是否很可能得益？第一個問題是看病情的危重，第二個問題是關於預後(prognosis)是否樂觀。在緊張疫情底下，兩個問題仍然適用。

在極端情況，有些病人雖然病情危重，但如果存活康復的機會很低，那麼另一個預後較佳的病人可能會獲得優先。3月中旬之後，意大利醫生面臨的窘境是：如果很多危重病人都有不錯的復元機會，該怎樣決定誰優先、放棄誰？其實在今年2月，湖北的醫生其實也面對同樣的難題。2月份中國大陸和3月下旬意大利的分別可能在於，前者未有公開地試圖列明深切治療的配給指引。

匹茲堡框架

在美國，醫療制度本來就貧富不均，應對大流行方面的基建也特別糟糕，加上聯邦政府決策混亂，應對疫情十分狼狽。然而，美國社會對深切治療配給的倫理討論是豐富的，比其他國家有深度。意大利 SIAARTI 發表指引受批評後，美國的倫理學家和醫學界隨即接著討論，草擬準則，公開發表供各州參考。百花齊放，自有優劣長短。在我看來，匹茲堡大學醫學中心的一套框架是較為平衡和經深思熟慮的。兩位合作制訂框架建議的作者之中，Dr. Bernard Lo 與香港有聯繫，多次應邀來港在香港醫學專科學院演講。他本身是一位紓緩治療專科醫生，也是受尊重的倫理學家。

這個框架指引認為，不應以簡單劃線排拒任何患者群體於深切治療服務之外，包括高齡群體。相反，指引建議使用多層次的評分(主要是基於臨床上預後，考慮痊癒機會，以及病人本身有無某些生命限制的病況(life-limiting conditions)。所有符合收症門檻的患者用 1 至 8 級編排優先。分數較低表示從深切治療受益的機會較大。

在這之下的第二重考慮，某些類別人士可以通過減分而獲得更高的優先，例如醫護人員、執行公共衛生措施的人員。在分數相同時，年齡才會列入優先考慮。

框架指引有些建議與意大利 SIAARTI 指引是相同的，特別是提出不應把決定優次(間接就是決定生死)的巨大壓力放在前線醫生肩上。配給的任務應有另設的小組承

擔。其次是要事先與病人(和家人)溝通，要理解深切治療為「有時限的試救」(time-limited trial)，而非一進深切治療就住到底。第三是強調適切的紓緩治療減輕痛苦。