

《生命倫理線》 14.10.2024

黃維達醫生

中文大學醫學院麻醉及深切治療學系副教授(專業應用)

中文大學生命倫理學中心研究員(禮任)

「維持生命治療」的真正意義

「什麼？停強心藥？拔呼吸喉？醫生，能不能繼續用？」

無論病人因急性危重病，還是因慢性病逐漸轉差而將要離世，家屬都一定很難接受，更遑論要與他們達成「不提供/撤去維持生命治療」的共識。

什麼是「維持生命治療」(Life-sustaining treatment)? 直接舉例來說，就是使用呼吸機維持肺功能、用強心藥甚至人工心肺保持心跳及血壓，以及用洗腎機維持腎功能等措施，這是在急症醫院(尤其深切治療部)常用的醫療程序。

在絕大多數臨床情況，「維持生命治療」對病者身體的幫助是暫時性的，只是在器官衰竭的時候，用外置機器或藥物替代不能正常運作的器官。維持生命治療對疾病本身(不論感染或腫瘤)，並沒有直接治療的效果。醫生選擇對病者採取這些措施，是基於病者將有機會痊癒而做，例如預計那些導致器官衰竭的疾病有可能自行痊癒，或經藥物或手術治療後能夠復元過來。但如果疾病已被斷定為「沒可能根治」，或病人「沒可能得到有意義的康復」時，採取維持生命治療也就沒有意義了。

不等於安樂死

那麼，「不提供/撤去維持生命治療」是否等於主動採取行動讓病人安樂死？這個說法並不正確，是混淆了截然不同的概念。「安樂死」指的是醫護人員根據病人要求，主動進行一些醫療程序，例如注射可導致心臟停頓的藥物而達致死亡的結果。「安樂死」是一種人工造成的非自然死亡方式，在倫理及香港的法制上都不被接受。至於「不提供/撤去維持生命治療」，則是醫護人員為病人移除非自然的人工機器或藥物，然後讓病人自然地離去。

簡單來說，「不提供/撤去維持生命治療」其實是回復自然死亡的程序，而「安樂死」導致的卻是蓄意做成非自然死亡，這是兩者最大區別。能讓垂危的病人不痛苦地自然離世，從來都是病人、病人家屬及醫護人員的共同目標，因此「不提供/

撤去維持生命治療」，儘管聽起來好像負面，卻不勉強延長死亡的過程，其實是有正面意義的。

醫學進步的確令很多從前的不治之症變成得以救治，因此大家都盼望盡量延長垂危病人的性命，期望奇蹟出現，這是人之常情。可是當明知疾病不能根治，卻依然盲目堅持使用維持生命治療，不但對改善病情本身沒有意義，反而變成一種過分的干預，令垂危病人的生命不能以最自然方式結束。

當垂危病人的病況嚴重，醫生不建議採取任何維持生命治療措施，病人家屬大多能理解及接受；可是對於已開展了、正在使用維持生命治療的病者，家屬往往難以接受後來的移除措施，感覺是主動放棄治療。其實，在醫學倫理的角度看，兩者的意義是一樣的，都是不想勉強延長死亡過程。就此而言，堅持不為垂危病人及時移除已進行的維持生命治療，所造成的痛苦與傷害，比從一開始就不提供維持生命治療，可能更為嚴重和更不人道。

共同渡過心理關口

在香港，大部分病人或病人家屬，經醫生解釋後，多能明白垂危病人的疾病本身已足以致命，也接受事實，已經再沒有有效的治療。然而，感情上仍然會不忍心，彷彿這是由自己作出不提供或撤去維持生命治療的生死決定。為垂危病人拔除呼吸喉及停止呼吸機後，因為病人離世的時間與進行上述程序的時間相距往往很短，病人家屬更可能誤以為病人的離世是由撤去維持生命治療所造成，產生更大的內心不安。

醫生十分理解這種心情，但終究還是要基於醫學上對病情的判斷，以及從病人最佳利益出發提出建議。病人家屬在考慮是否同意停止使用維持生命治療的時候，不需要覺得至親離世是因為自己的決定而造成，這事實上只是病症本身沒法根治而造成的必然結果。

對於已被判斷為不能得到有意義的康復的垂危病人，不開始、不加強及移除維持生命治療，是現時香港醫療制度下合乎情理的合法醫療程序。而從醫學倫理的角度看，醫護人員不應只為減低對病人家屬造成衝擊而延遲或不移除維持生命治療。醫護人員應輔導家屬共同渡過心理關口。

當社會大眾明白「維持生命治療」背後原理，不但能令家屬更易過渡心理難關，也能減少醫患之間的誤會和分歧，這才能更好地為病者訂出最合適的醫療方案。