

《生命伦理线》 14.10.2024

黄维达医生

中文大学医学院麻醉及深切治疗学系副教授(专业应用)

中文大学生命伦理学中心研究员(礼任)

「维持生命治疗」的真正意义

「什么？停强心药？拔呼吸喉？医生，能不能继续用？」

无论病人因急性危重病，还是因慢性病逐渐转差而将要离世，家属都一定很难接受，更遑论要与他们达成「不提供/撤去维持生命治疗」的共识。

什么是「维持生命治疗」(Life-sustaining treatment)？直接举例来说，就是使用呼吸机维持肺功能、用强心药甚至人工心肺保持心跳及血压，以及用洗肾机维持肾功能等措施，这是在急症医院(尤其深切治疗部)常用的医疗程序。

在绝大多数临床情况，「维持生命治疗」对病者身体的帮助是暂时性的，只是在器官衰竭的时候，用外置机器或药物替代不能正常运作的器官。维持生命治疗对疾病本身(不论感染或肿瘤)，并没有直接治疗的效果。医生选择对病者采取这些措施，是基于病者将有机会痊愈而做，例如预计那些导致器官衰竭的疾病有可能自行痊愈，或经药物或手术治疗后能够复元过来。但如果疾病已被断定为「没可能根治」，或病人「没可能得到有意义的康复」时，采取维持生命治疗也就没有意义了。

不等于安乐死

那么，「不提供/撤去维持生命治疗」是否等于主动采取行动让病人安乐死？这个说法并不正确，是混淆了截然不同的概念。「安乐死」指的是医护人员根据病人要求，主动进行一些医疗程序，例如注射可导致心脏停顿的药物而达致死亡的结果。「安乐死」是一种人工造成的非自然死亡方式，在伦理及香港的法制上都不被接受。至于「不提供/撤去维持生命治疗」，则是医护人员为病人移除非自然的人工机器或药物，然后让病人自然地离去。

简单来说，「不提供/撤去维持生命治疗」其实是回复自然死亡的程序，而「安乐死」导致的却是蓄意做成非自然死亡，这是两者最大区别。能让垂危的病人不痛苦地自然离世，从来都是病人、病人家属及医护人员的共同目标，因此「不提供/

撤去维持生命治疗」，尽管听起来好像负面，却不勉强延长死亡的过程，其实是有正面意义的。

医学进步的确令很多从前的不治之症变成得以救治，因此大家都盼望尽量延长垂危病人的性命，期望奇迹出现，这是人之常情。可是当明知疾病不能根治，却依然盲目坚持使用维持生命治疗，不但对改善病情本身没有意义，反而变成一种过分的干预，令垂危病人的生命不能以最自然方式结束。

当垂危病人的病况严重，医生不建议采取任何维持生命治疗措施，病人家属大多能理解及接受；可是对于已开展了、正在使用维持生命治疗的病者，家属往往难以接受后来的移除措施，感觉是主动放弃治疗。其实，在医学伦理的角度看，两者的意义是一样的，都是不想勉强延长死亡过程。就此而言，坚持不为垂危病人及时移除已进行的维持生命治疗，所造成的痛苦与伤害，比从一开始就不提供维持生命治疗，可能更为严重和更不人道。

共同渡过心理关口

在香港，大部分病人或病人家属，经医生解释后，多能明白垂危病人的疾病本身已足以致命，也接受事实，已经再没有有效的治疗。然而，感情上仍然会不忍心，仿佛这是由自己作出不提供或撤去维持生命治疗的生死决定。为垂危病人拔除呼吸喉及停止呼吸机后，因为病人离世的时间与进行上述程序的时间相距往往很短，病人家属更可能误以为病人的离世是由撤去维持生命治疗所造成，产生更大的内心不安。

医生十分理解这种心情，但终究还是要基于医学上对病情的判断，以及从病人最佳利益出发提出建议。病人家属在考虑是否同意停止使用维持生命治疗的时候，不需要觉得至亲离世是因为自己的决定而造成，这事实上只是病症本身没法根治而造成的必然结果。

对于已被判断为不能得到有意义的康复的垂危病人，不开始、不加强及移除维持生命治疗，是现时香港医疗制度下合乎情理的合法医疗程序。而从医学伦理的角度看，医护人员不应只为减低对病人家属造成冲击而延迟或不移除维持生命治疗。医护人员应辅导家属共同渡过心理关口。

当社会大众明白「维持生命治疗」背后原理，不但能令家属更易过渡心理难关，也能减少医患之间的误会和分歧，这才能更好地为病者订出最合适的医疗方案。