

# 「對臨終病人的處理」

---勞永樂議員立法會動議演辭



“鑒於對臨終病人的處理，在世界各地引起很大爭議，而目前已有國家立法將安樂死非刑事化，並加以規管，亦有些地方已經立法，全面禁止執行安樂死，本會促請政府關注本港對臨終病人的處理情況，並研究是否需要設立規管機制。”

主席女士，我動議通過印載於議程內的議案。首先，我要跟各位同事說，這並非一項提倡安樂死合法化的議案。同事如果表決支持這項議案，並不等於支持安樂死合法化。

事實上，人類社會是充滿各種禁忌。對傳統中國人來說，死亡更是叫人敬而遠之的忌諱。我提出這議案的第一個信息是告訴大家，死亡是可以討論，而且是須討論的：討論如何面對死亡，令整個社會瞭解臨終病人的需要，正視他們的問題。

死亡是人生無可逃避的事實。不論醫學科技發展如何超卓，仍然存在不少局限；不治之症，加以治療也始終是無法倖免。不過，疾病總有一個發展過程，如何令臨終病人有尊嚴地走畢人生最後一程，在世界各地一直引起極大的關注及討論。

去年 11 月，荷蘭下議院通過安樂死條例，今年 4 月亦獲上議院通過，令荷蘭正式成為全世界首個可以合法地進行安樂死的國家。這項破天荒的舉動，隨即又引起新一輪的討論。

事實上，處理臨終病人並非單是醫學界的事情，而是涉及整個社會。立法會代表了社會不同人士的聲音，亦應匯集社會對這個課題的看法，以回應世界的發展趨勢及社會訴求。這便是我提出議案的主要原因。

社會人士一般對臨終決策的種類及定義眾說紛紜，其中存有許多混淆的地方。因此，在進入正式討論之前，我希望首先解釋清楚甚麼是安樂死，以及經常跟安樂死混淆的兩種情況。

根據大部分國家，其中包括剛立法通過安樂死合法化的荷蘭，以及香港醫務委員會（“醫委會”），皆同意以下對安樂死（Euthanasia）的定義：那便是“以蓄意及直接方法殺死病人，作為治療的一部分。”（“Direct intentional killing of a person as part of the medical care being offered.”）可是，根據香港法例第 212 章（侵害人身罪條例）的規定，安樂死是絕對不容許的。

有兩個很容易與安樂死混為一談的情況。第一個是“終止無效治療”（“forgo futile treatment”）。其實，“終止無效治療”純粹是一項醫學的決定，在考慮到一種治療未能達致醫療上的效果或目的，而採取放棄或終止該項治療。在這種情況下，病人的死亡完全是由於不能逆轉的病情，而不是由於“停止治療”，所以不應該視為“被動安樂死”。我認為為了避免引起公眾混淆，不應該再使用“被動安樂死”這個名詞。

另一個很容易被混淆的觀念，便是“病人拒絕治療”(“patient’s refusal of treatment”)。當病人在神智清醒的情況下瞭解病情及治療建議後，使用他自己的決定權利，以及考慮到他自己的個人因素，拒絕接受治療；這些治療可以包括有效或無效的治療。這種情況亦不算是安樂死。根據香港現行法例，上述兩項臨終決定——即“終止無效治療”及“病人拒絕治療”，都是合法的。

混淆其實是經常出現的。即使是上周六的(南華早報)頭條，引述在香港一所大學一組研究員進行有關安樂死的調查報告時，對安樂死所下的定義，亦同樣將上述3種情況混為一談。我認為在這樣模糊的界定下，這項研究其實未必有一個很好的參考價值。

在大家情楚瞭解了各項對臨終決策的基本定義後，讓我們看看曾經實施安樂死的地區的實際情況、作為議會的考慮。

為安樂死合法化開創先河的荷蘭，雖然獲得皇家荷蘭醫學會支持——學會相信這樣是有助那些無望及難以抵受疾病痛苦的病人尋找一條出路，但最後能否達致整體社會的好處，相信仍有待法例的執行，才可定論。

其實，“真正”在全世界第一個推行安樂死合法化的地區，並不是荷蘭，而是北澳洲。有關法例是在96年7月生效，但實施9個月之後，在97年3月卻撤回法案。那段期間，一共有7名癌症病人依法申請，其中4人在法律容許下成功進行安樂死。澳洲綜合研究了該7宗個案，發表報告，並且刊登在具權威的醫學期刊上。

根據那期刊的報告，要求安樂死的臨終病人，在澳洲是須獲得兩名醫生同意，證明在不使用額外方法的正常治療程序下，將會死亡。不過，報告質疑末期癌症病人的潛在生存期限其實是非常難預測，所以不同的專家有不同的意見。

事實上，醫學界對“臨終”(“terminal”)兩個字的詮釋意見不一，不同專家有不同的“期限”預測。即使美國最高法院及不同州分，對“臨終”亦有不同的演繹。例如威斯康辛州以30天為限；維珍尼亞州法院則可以長達數月；亞利桑那州則包括永久植物人及無可逆轉的昏迷。還有一件事我們要留意的，醫學科技日新月異，隨時可以延長病人的死亡過程，即使醫學界，也很難對甚麼叫“臨終”達到一致的看法。

此外，根據北澳洲的安樂死法例，要求安樂死的病人須事先經精神科醫生核實有否患上可以治療的抑鬱情況。根據該份報告，7名申請人中、有4人出現抑鬱病徵，好像情緒低落、反應遲緩、有自殺傾向等。不過、由於申請者已經有求死傾向，所以他們可能會故意向醫生隱瞞有關抑鬱的病徵，令精神科醫生難以作出準確的評估。

面對落實執行安樂死時，存在很多灰色地帶，而且備受爭議，北澳洲最終撤銷有關法例。

我作為醫學界代表，當然與醫委會對臨終病人的照顧的立場一致，我不贊成在香港實施合法的安樂死，因為這是完全違反醫學界的道德及操守。醫生的天職是救治病人，以及有責任使臨終病人帶著尊嚴，以及盡量在少受痛苦的情況下離開世界。所以，所有醫生都應該竭盡所能，紓緩臨終病人身體及情緒上的各種問題及痛苦，絕對不是協助病人尋求死亡。

有些關注紓緩醫學及善終服務的醫生指出，病人發出安樂死的要求，大多數是由於病人的

身體及心理上所受的痛苦難以控制。因此，病人要求安樂死，其實未必是求死的信號，而是一種求助的信號。因此，我們應該針對臨終病人求死的消極情緒，加強善終服務，幫助臨終病人面對死亡及離開世界的痛苦，紓緩疾病所帶來的各種痛苦，提高病人的生命質素，讓他們有尊嚴的離開世界。我相信這樣便可以減少臨終病人求死的訴求。

現時，香港每年大約有 3 萬人逝世，其中三分之一(大約 1 萬人)是末期癌症的病人，而其中四成的末期癌症病人(4000 人)正在接受以紓緩病人痛苦為主的善終服務。事實上，在多種藥物及治療配台下，臨終病人大部分的痛苦情況都能夠受到控制。英國 St. Christopher 善終醫院曾經進行一項調查，發覺九成九的病人都無痛楚。除此以外，我們亦要加強面對生命與死亡的教育，為病者及家屬提供身心的全人照顧，以減輕所有人由於親屬離世而感到的痛苦。由此可見，照顧臨終病人不單止是醫護界的責任，亦是家人及我們社群的責任。

醫學界在反對安樂死之餘，亦認同在適當的情況下，其中包括“停止無效治療”及在病者同意下“終止無效治療”。事實上，在臨終病人身上使用過多高科技，不單止不能夠產生治療效果，甚至可能引起更多不必要的痛楚，令臨終病人不能夠安然離開世界。因此，在世界各地的醫療界，“停止無效治療”已獲得廣泛認同及予以實施。

面對臨終抉擇，如果病人及他們的家屬意願不同，我們應該優先考慮病人自決的權利。不過，當病人不能夠表達個人意願時，醫生的決定，便應該以確保病人最大利益為依歸。在決定過程中，醫生應尋求家屬的意向，但一旦出現任何爭議，可交由醫院的倫理委員會，甚至交由法庭裁決。

因此，為了保障及尊重病人的意願，當局可以考慮立法制訂臨終前的“預前意願”(“advance directive”)，讓臨終者在獲得足夠相關資訊的情況下，預先表達其治療意願。新加坡政府已經在 1996 年 5 月通過有關法例。我建議政府應該慎重考慮這一點。

面對臨終病情，病人可以在神智清醒的情況下，清楚表達他們的個人意願，以及制訂具法律約束力的“預前意願”。這不單止可以知道臨終病人的心聲，更可讓家人及醫生瞭解病者的意願，相信會較容易作出合乎病人最大利益的決定。

我們必須理解，荷蘭通過安樂死合法化，相信是有他們獨特的歷史、個人、社會及文化價值觀、以及醫療體制的背景。回顧香港，我希望藉今次的議案辯論，喚起香港人一起思考安樂死背後的信號，以及在安樂死之外，我們是否還有其他可行的選擇。

作為醫生，我雖然理解臨終病人在面對不治之症時所帶來的極大痛苦，但絕對不贊成以安樂死來解決。相反，透過今次辯論，會否令我們更關注臨終病人發出安樂死的訴求，其實是尋求紓緩痛楚的求救信號？除此之外，臨終病人的意願能否及早獲得充分照顧，同樣值得我們關注。在這情況下，現在考慮立法制訂“預前意願”是否適當的時候呢？

上述問題，絕對不是醫學界可以單方面作決定，希望藉著今次的討論，我們能夠摸索一條積極面對死亡的路。主席女士，我謹此陳辭。