
 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第1頁，共31頁

醫院管理局

不作心肺復甦術指引

版本	生效日期
1	2014年10月6日
2	2016年1月20日
3	2020年9月1日

文件編號	CEC-GE-6
作者	不作心肺復甦術指引工作小組 (2014年6月) 有關生命晚期決定指引檢討工作小組成員 (2019年9月)
督轄	病人安全及風險管理組
認可者	醫院管理局臨床倫理委員會
認可日期	2020年1月20日


 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第2頁，共31頁

醫院管理局臨床倫理委員會 不作心肺復甦術指引小組成員 (2014年6月)

主席:	陳真光醫生，醫管局臨床倫理委員會成員
副主席:	謝文華醫生，明愛醫院內科及老人科部門主管，醫管局臨床倫理委員會成員
秘書:	林少萍博士，總辦事處質素及安全部病人安全及風險管理行政經理，醫管局臨床倫理委員會成員
成員:	區結成醫生，總辦事處質素及安全總監，醫管局臨床倫理委員會成員 陳浩文教授，醫管局臨床倫理委員會成員 林潔宜醫生，總辦事處質素及安全部病人安全及風險管理總行政經理，醫管局臨床倫理委員會成員 李玉蓮女士，醫管局臨床倫理委員會前任成員 謝俊仁醫生，醫管局臨床倫理委員會主席 黃鑾堅先生，醫管局臨床倫理委員會成員 楊瀚明先生，總辦事處法律主任，醫管局臨床倫理委員會成員


統籌委員會/中央委員會代表

急症科統籌委員會	張大成醫生，將軍澳醫院急症室部門主管
急症科統籌委員會	陳立華醫生，東區尤德夫人那打素醫院急症室部門主管
骨科統籌委員會	張嘉健醫生，屯門醫院矯形及創傷外科顧問醫生
深切治療科中央委員會	鄒富來醫生，明愛醫院深切治療部顧問醫生
內科統籌委員會	林焯森醫生，博愛醫院內科及老人科部門主管
創傷服務中央委員會	林錦華醫生，仁濟醫院深切治療部顧問醫生
紓緩治療中央委員會	劉錦城醫生，律敦治及鄧肇堅醫院胸肺及紓緩治療科顧問醫生及綜合內科部門主管
兒科統籌委員會	李志光醫生，威爾斯親王醫院醫務統籌／新界東醫院聯網兒科臨床服務統籌／威爾斯親王醫院兒科部門主管
臨床腫瘤科統籌委員會	楊美雲醫生，東區尤德夫人那打素醫院臨床服務統籌／東區尤德夫人那打素醫院腫瘤科部門主管
外科統籌委員會	袁維基醫生，港島西醫院聯網臨床服務統籌／東華醫院外科部門主管／瑪麗醫院外科顧問醫生（截至2013年2月）

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第3頁，共31頁


醫院管理局臨床倫理委員會有關生命晚期決定指引檢討工作小組成員（2019年9月）

主席	謝俊仁醫生，醫院管理局臨床倫理委員會前主席
秘書：	楊理其先生，病人安全及風險管理行政經理
成員：	陳浩文教授，倫理學家
	陳真光醫生，私人執業內科專科醫生
	關蕙敏博士，新界東醫院聯網／白普理寧養中心顧問護師（紓緩治療）
	郭愛玲醫生，明愛醫院內科及老人科顧問醫生（紓緩醫學專科）
	李澤荷醫生，屯門醫院兒童及青少年科顧問醫生
	陸嘉熙醫生，港島西醫院聯網服務總監（基層及社區醫療）／東華三院馮堯敬醫院副醫院行政總監及內科部門主管
	莫俊強醫生，屯門醫院副醫院行政總監／屯門醫院內科及老人科顧問醫生
	羅鳳儀教授，養和醫院護士學校校長
	楊瀚明先生，醫院管理局總辦事處法律主任

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第4頁，共31頁

醫院管理局 臨床倫理委員會成員 (2019年7月)


主席	區結成醫生，中文大學生命倫理學中心總監
副主席：	陳浩文教授，倫理學家
	謝文華醫生，九龍西醫院聯網總監／瑪嘉烈醫院／北大嶼山醫院行政總監
秘書：	楊理其先生，病人安全及風險管理行政經理
成員：	陳真光醫生，私人執業內科專科醫生
	陳麗娥女士，靈實醫院護理服務總經理
	鐘健禮醫生，質素及安全總監
	羅德慧女士，私人執業律師
	冼藝泉醫生，病人安全及風險管理總行政經理（截至2019年12月31日）
	羅鳳儀教授，養和醫院護士學校校長
	謝俊仁醫生，醫院管理局臨床倫理委員會前主席
	黃鑾堅先生，社會服務行政人員
	楊瀚明先生，醫院管理局總辦事處法律主任
醫院聯網代表：	
港島東聯網	范漢祥醫生，律敦治及鄧肇堅醫院內科及老人科顧問醫生／綜合內科部門主管
港島西聯網	袁國強醫生，瑪麗醫院臨床腫瘤科顧問醫生
九龍中聯網	高主賜先生，九龍中聯網臨床倫理委員會主席
九龍東聯網	林寶鈿醫生，基督教聯合醫院內科及老人科顧問醫生
九龍西聯網	李啟雲醫生，明愛醫院／瑪嘉烈醫院／仁濟醫院婦產科部門主管
新界東聯網	陳展鵬醫生，威爾斯親王醫院內科副顧問醫生
新界西聯網	莫俊強醫生，屯門醫院副醫院行政總監／屯門醫院內科及老人科顧問醫生

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第5頁，共31頁

目錄

摘要

- 1 簡介
 - 1.1 背景
 - 1.2 應該進行心肺復甦術的推定
 - 1.3 目標及範圍
- 2 作出“不作心肺復甦術”決定的倫理框架
- 3 有關“不作心肺復甦術”決定的一些法律考慮
 - 3.1 精神上無行為能力的成年病人
 - 3.2 最佳利益原則
- 4 有關心肺復甦術
 - 4.1 甚麼是心肺復甦術?
 - 4.2 心肺復甦術的成效
 - 4.3 心肺復甦術後即時存活的後遺症
 - 4.4 心肺復甦術作為治療選擇的好處和負擔
- 5 有關“不作心肺復甦術”
 - 5.1 甚麼是“不作心肺復甦術”?
 - 5.2 何時考慮“不作心肺復甦術”?
- 6 “不作心肺復甦術”決定過程
 - 6.1 “不作心肺復甦術”決定過程中的考慮因素
 - 6.2 精神上有行為能力的成年病人
 - 6.3 精神上無行為能力的成年病人：如有有效及適用的預設醫療指示
 - 6.4 精神上無行為能力的成年病人：如沒有有效及適用的預設醫療指示
 - 6.5 未成年人士
 - 6.6 明顯無效用個案的溝通策略
 - 6.7 精神上無行為能力的成年病人如沒有家人
- 7 溝通
 - 7.1 謀求共識
 - 7.2 溝通技巧
 - 7.3 溝通內容
 - 7.4 探視病人觀點
 - 7.5 當精神上有行為能力的成年病人不欲討論
 - 7.6 當其他人有意向病人隱瞞資料
 - 7.7 “不作心肺復甦術”決定過程中的衝突管理

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第6頁，共31頁

8 預設照顧計劃

- 8.1 甚麼是預設照顧計劃?
- 8.2 預設照顧計劃過程會做甚麼?
- 8.3 制訂預設照顧計劃後怎樣?

9 非住院病人“不作心肺復甦術”

- 9.1 範圍及情況
- 9.2 非住院病人「不作心肺復甦術」文件
- 9.3 對接收醫療團隊的“不作心肺復甦術”建議
- 9.4 非住院病人「不作心肺復甦術」文件覆核
- 9.5 在臨床醫療管理系統中作出標示

10 未成年人士（18歲以下）“不作心肺復甦術”

- 10.1 倫理及法律考慮
- 10.2 不提供心肺復甦術

11 保障規範

- 11.1 應該進行心肺復甦術的推定
- 11.2 作出“不作心肺復甦術”決定醫生的能力水平
- 11.3 標準「不作心肺復甦術」文件
- 11.4 “不作心肺復甦術”決定有效期及覆核
- 11.5 教育及培訓
- 11.6 評估及審核


圖表

參考資料

- 附件 1: 香港醫務委員會《香港註冊醫生專業守則》第 34 段
- 附件 2: 自主原則及最佳利益原則概述

- 附錄 1: 非住院病人「不作心肺復甦術」文件
- 附錄 2: 住院病人「不作心肺復甦術」文件

問答資料

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第7頁，共31頁

摘要

有關心肺復甦術

當病人出現心臟停頓，進行心肺復甦術雖有機會挽回性命，但成效會受多個因素影響，病人既有的健康問題為主要因素。接受心肺復甦術的存活者，頗多會遺留長期神經功能受損。我們必須小心衡量心肺復甦術對病人的好處及可能負擔，當中利弊的考量不僅是醫療決定，亦必須考慮病人的最佳利益，包括其已知或很可能持有的意願。

有關“不作心肺復甦術”

“不作心肺復甦術”是為預期可能出現心臟停頓的病人在以下情況而預先設下的決定。當一個病人在可見的未來很可能出現心臟停頓，而具體情況顯示心肺復甦術是違反病人意願，或不符病人最佳利益，則應考慮作出“不作心肺復甦術”決定。不過，“不作心肺復甦術”並不代表不提供其他維生治療。

作出“不作心肺復甦術”決定的倫理框架

本指引根據香港醫務委員會《香港註冊醫生專業守則》第34段（附件1）所述，涵蓋了對病人及家屬意見的尊重、無效用治療原則及最佳利益原則。最佳利益原則是無效用治療原則的基礎。在大部分的臨床情況，審視治療是否無效，需衡量治療對病人帶來的好處和負擔；考慮到，該治療雖然可能延長生命，但是否真正符合病人最佳利益的問題。由於評估對病人的負擔和好處時，可涉及病人生活質素與價值觀，故此建議醫療團隊應與病人及家屬謀求共識。

醫療人員沒有義務提供不符病人最佳利益的治療。


“不作心肺復甦術”的決定過程

對於精神上有行為能力的成年病人，其知情決定應受到尊重。

對於精神上無行為能力的成年病人，若有有效及適用的預設醫療指示，表明拒絕心肺復甦術，其預設醫療指示應受到尊重。

對於精神上無行為能力的成年病人，若沒有有效及適用的預設醫療指示，醫療團隊應與病人家屬尋求共識，根據病人之前的價值觀和意向，考慮心肺復甦術是否符合病人最佳利益。

對於未成年病人，醫療團隊應與其父母及（如合適）該未成年人士謀求共識，考慮心肺復甦術是否符合該未成年人士的最佳利益。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第8頁，共31頁

在一些明顯治療無效用的個案，為免對病人及家屬造成不必要的心理傷害，醫療團隊進行溝通時應具敏感觸覺。溝通過程並非要求病人及家屬就心肺復甦術作出決定，而是向病人及家屬提供醫療資料，讓他們明白心肺復甦術是不甚合適的治療選擇。

若一名精神上無行為能力的成年病人沒有家人，除非是明顯治療無效用的個案，否則不得作出“不作心肺復甦術”決定。

溝通

應以坦誠態度進行溝通，具同理心，並用淺白語言有條理地循序講解。有關“不作心肺復甦術”的討論，如果可行，由督導有關醫療團隊的醫療人員帶領或指導為佳。

若精神上有行為能力的成年病人未準備就緒討論未來的醫護照顧，醫療團隊應尊重其意願。除非病人拒絕接受資料，否則即使是家屬要求，醫療團隊也不應對病人隱瞞作出決定所需的資料。一般來說，在精神上有行為能力的成年病人，若未經與其本人進行討論，不應作出“不作心肺復甦術”決定。

如有意見分歧，醫生應探視箇中原因、協調期望及釐清錯誤概念或誤解。病人及家屬不可堅持要求醫生進行其認為不合適的治療。如有不同意見，應作進一步溝通以求化解分歧。醫生可諮詢較資深同事的意見，或召開個案會議。如仍有重大意見分歧，醫生可徵詢醫院/聯網臨床倫理委員會或法律意見。一般來說，在未達致共識前，不應作出“不作心肺復甦術”的預設決定。

對於有預設照顧計劃或預設醫療指示的非住院病人的“不作心肺復甦術”建議


對於患嚴重疾病的非住院病人，有時適合向其作出“不作心肺復甦術”建議，但“不作心肺復甦術”建議的範圍應只限於：

(a) 有有效及適用預設醫療指示表明拒絕心肺復甦術的以下類別成年病人：

- 病情到了末期；
- 處於不可逆轉的昏迷或持續植物人狀況；
- 有其他晚期不可逆轉的生存受限疾病

(b) 沒有預設醫療指示、但有明確的預設照顧計劃作出“不作心肺復甦術”決定的以下類別未成年人士或精神上無行為能力的成年人：

- 病情到了末期；
- 處於不可逆轉的昏迷或持續植物人狀況；
- 有其他晚期不可逆轉的生存受限疾病

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第9頁，共31頁

對於精神上有行為能力而病情到了末期的成年人，若其預設決定只限於心肺復甦術，可使用為這類病人而設的「簡短版預設醫療指示文件」。

對接收醫療團隊的“不作心肺復甦術”建議：由於接收的醫療團隊未必有參與先前的決定過程，非住院病人的「不作心肺復甦術」文件並非“不作心肺復甦術”指令。對於有預設醫療指示的成年人，「不作心肺復甦術」文件可確認該預設醫療指示有效，而且病人是處於預設醫療指示所述的臨床狀況。對於有預設照顧計劃的未成年人士或精神上無行為能力的成年人，「不作心肺復甦術」文件可確認原先醫療團隊及病人父母/家屬的決定。在不提供心肺復甦術前，接收病人的診治團隊應要確定不提供心肺復甦術的決定仍然有效及沒有改變，而且接收時病人是處於「不作心肺復甦術」文件所述的情況。一旦有疑問（例如心肺復甦術是否仍符合病人最佳利益），或懷疑有不法行為、意外或重大風險事件，便應為病人進行心肺復甦術。


未成年人士（18歲以下）不作心肺復甦術

有關未成年人士的醫療決定應由相關各方一同商議作出，包括病人、病人父母（如沒有父母則其他家庭成員）及醫療團隊。若該未成年人士心智足夠成熟，有足夠理解力和智力明白“不作心肺復甦術”的決定，該未成年人士應與父母一同作出“不作心肺復甦術”的決定。若該未成年人士及/或其父母不欲進行心肺復甦術，但醫療團隊認為進行心肺復甦術符合該未成年人士的最佳利益，則應尋求法律意見。不過，若對潛在好處會否多於負擔存有疑問，應要考慮該未成年人士及其父母的意見。病人父母不能要求醫生提供違反其專業判斷的治療，但若就該未成年人士的最佳利益確有疑問，醫生應嘗試考慮其父母的意願。

是否不向兒童病人提供心肺復甦術，應循無效用角度作出考量，不論是狹義的生理上無效用，或是廣義的包括生活質素在內的無效用。若該未成年人士及/或家人認為面對持續惡化及不可逆轉的疾病，更多的治療是超出可承受程度，可考慮不提供心肺復甦術。

保障規範

應該進行心肺復甦術的推定：若未有作出“不作心肺復甦術”的預設決定，而病人亦沒有表達過拒絕心肺復甦術，除非有清晰證據顯示心肺復甦術不會成功，否則應為其進行心肺復甦術。即使病人已有“不作心肺復甦術”的決定，但若其心肺停頓是由可逆轉的原因導致，如窒息、麻醉導入、過敏反應或氣管造口套管阻塞，除非病人已表明拒絕在這些情況下作出介入，否則心肺復甦術仍可能合適。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第10頁，共31頁

作出“不作心肺復甦術”決定醫生的資歷：住院病人的“不作心肺復甦術”指令一般是由一名專科醫生簽發或批核。在以下的情況，必須有兩名註冊醫生直接參與，其中一名須是專科醫生：


- 病人精神上無行為能力作出決定，並且沒有家人；
- 為非住院病人作出“不作心肺復甦術”建議

若病人已有有效的「非住院病人不作心肺復甦術」文件，在適用情況下一名非專科醫生可為其作出“住院病人不作心肺復甦術”決定。

標準「不作心肺復甦術」文件：這是必須採用的標準文件，有兩類分別供住院病人（見附錄2）及非住院病人（見附錄1）使用。

“不作心肺復甦術”決定的有效期：住院病人的“不作心肺復甦術”指令在出院後便會無效；非住院病人的“不作心肺復甦術”建議在特定覆核期內如沒有批簽便會無效。

教育及培訓、評估及審核：各醫院應設有相關機制。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第11頁，共31頁

1. 簡介

1.1 背景

當病人心臟停頓，進行心肺復甦術有機會挽回生命，但如病人患有不可逆轉的末期疾病，接受心肺復甦術可能沒有效用ⁱ，並且不符病人意願。對於這些個案，應否不予提供心肺復甦術是涉及複雜的倫理考慮，且應在預期心臟停頓發生之前預先作出決定。本指引根據香港醫務委員會《香港註冊醫生專業守則》第34段“對末期病人的護理”ⁱⁱ所述，並參照醫管局現行有關預設醫療指示以及不提供與撤去維生治療的指引[1, 2]制訂，列出“不作心肺復甦術”決定的主要倫理及法律考慮事宜。在使用本指引的框架及基本原則作出“不作心肺復甦術”決定時，醫療團隊亦須留意，“不作心肺復甦術”決定應按不同臨床及個人情況作個別考量。

1.2 應該進行心肺復甦術的推定

若病人沒有作出“不作心肺復甦術”的預設決定，亦沒有表達過拒絕心肺復甦術，除非有清晰證據顯示心肺復甦術不會成功，否則應該進行心肺復甦術。


1.3 目標及範圍

本指引：

- 1.3.1 更新、擴充及取代 1998 年《醫院管理局(醫管局)醫院內復甦急救決定指引》(請參閱問答資料第 2 題)
- 1.3.2 恪守醫管局的優質服務承諾，因應病人疾病歷程中的不同治療目標提供服務，並保障病人在生命晚期階段拒絕心肺復甦術的權利；
- 1.3.3 就“不作心肺復甦術”決定提供法律及倫理框架；
- 1.3.4 就心肺復甦術成功率及整體效益的臨床評估提供實據基礎；
- 1.3.5 就與病人、家屬或監護人謀求共識及達致決定的溝通過程提供指引；
- 1.3.6 統一表格，用以記錄與溝通“不作心肺復甦術”決定。

ⁱ “無效用”一詞會在下文詳述。

ⁱⁱ 儘管香港醫務委員會《香港註冊醫生專業守則》第 34 段只述及對末期病人的護理，本文件有關不提供心肺復甦術的倫理原則及實務，亦適用於其他嚴格來說不屬於末期病人的嚴重病患者。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第12頁，共31頁


2. 作出“不作心肺復甦術”決定的倫理框架

- 2.1 本指引是根據香港醫務委員會《香港註冊醫生專業守則》第34段（附件1）所述，涵蓋了對病人及家屬意見的尊重、治療無效用原則及最佳利益原則。
- 2.2 在自主原則下，病人意見須受到尊重。尊重家人的意見亦很重要，特別是在考慮精神上無行為能力病人的最佳利益時，需要向家人了解是否得知病人的意願、價值觀和信念。在本指引內，除非是使用「監護人」一詞，否則所述的「家屬」或「家人」不單指傳統意義的「家人」，也包括監護人、以及與病人親密或對病人特別重要的人士。
- 2.3 最佳利益原則是無效用治療原則的基礎。正如《醫管局對維持末期病人治療的指引》所述，[2] 審視治療是否無效，除了狹義上指生理上無效用的治療，實際是衡量治療對病人帶來的負擔和好處；考慮到，該治療雖然可能延長生命，但是否真正符合病人最佳利益的問題。由於評估對病人的負擔和好處時，可涉及病人生活質素與價值觀，故此建議醫療團隊應與病人及家屬謀求共識。
- 2.4 醫療人員沒有義務提供不符病人最佳利益的治療。
- 2.5 有關病人自主及最佳利益的倫理原則概述於附件2。[3]

3. 有關“不作心肺復甦術”決定的一些法律考慮

3.1 精神上無行為能力的成年病人

- 3.1.1 一名無法明白治療的一般性質和效果的成年病人，屬精神上無行為能力去同意或拒絕有關治療。
- 3.1.2 根據《香港精神健康條例》，精神上無行為能力的成年病人可以獲安排監護人。監護人有權同意或不同意精神上無行為能力的成年病人接受治療，而監護人在考慮作出同意或不同意時，必須確保該人士不會因精神上無行為能力而被剝奪治療權利而該治療乃符合病人最佳利益。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
	頁數	第13頁，共31頁	

3.2 最佳利益原則

3.2.1 根據普通法，病人的最佳利益不限於最佳醫療利益，當中涵蓋醫療、情感及所有其他福利。甚麼是病人的最佳利益難具體一一盡列。

3.2.2 根據《精神健康條例》“符合最佳利益”，就對一名精神上無行為能力的成年病人進行的治療而言，指 -

- 拯救病人生命；
- 防止病人的身體或精神健康及福利受損或變壞；或
- 為病人的身體或精神健康及福利帶來改善

法庭判定上述「福利」的定義是廣泛和涵蓋性的用詞，與普通法中病人最佳利益的意思相同。

4. 有關心肺復甦術

4.1 甚麼是心肺復甦術?

心肺復甦術是相對入侵性的治療，目的是協助心臟停頓的病人維持血液循環及氧氣供應。這是一種應急手段，希望能盡量維持重要器官的機能及恢復心臟跳動。在沒有醫療配備的環境下，心肺復甦術包括心臟按壓及人工呼吸，在有醫療配備的環境下，還可包括電擊除顫、注射藥物及人工氣道輔助呼吸等。[4]


4.2 心肺復甦術的成效ⁱⁱⁱ

4.2.1 當心臟停頓，進行心肺復甦術有機會挽回生命，一些存活者或可重獲生命和健康，但對大部分人來說，存活至出院及機能完全康復的機會率甚低。

4.2.2 心肺復甦術成效的量度方法一般為：

- 即時存活率（指成功進行心肺復甦術後存活一小時或以上），
- 存活至出院率，及
- 長期存活者神經功能受損程度

ⁱⁱⁱ 這段及第 4.3 段引述的數字只供參考，數字會隨時間及新療法出現而改變，在不同的臨床情況下亦有所不同。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第14頁，共31頁

4.2.3 心肺復甦術的成效受多個因素影響，病人既有的健康問題為主要因素（見下文第 4.2.4 段）。其他因素包括心臟停頓發生的地點及呈現心律，在醫院內進行心肺復甦術整體存活至出院率為 1:8，醫院外進行的則為 1:12，無收縮心搏停止/無脈搏電流活動為 1:10，心室顫動/無脈性室性心動過速為 1:3，詳情見圖表 1。[5,6,7]

4.2.4 患有惡性腫瘤、慢性腎病、狂暴性敗血症或認知障礙症的病人接受心肺復甦術反應似乎欠理想，詳情見圖表 2。[6,8-10]

4.3 心肺復甦術後即時存活的後遺症

4.3.1 心肺復甦術後心肺不穩定
病人即時存活率 23.8-44% 與存活至出院率 7.6-17%，數字相差甚遠，反映身體狀況的複雜性。在進行心肺復甦術後，很多病人均處於休克及呼吸窘迫狀態，需要持續心臟支援及使用呼吸機，情況仍可致命。


4.3.2 缺氧性及再灌注腦損傷
心臟停頓引起的神經功能後遺症，亦是影響存活至出院的一大因素。在大腦持續缺氧後，會造成不可逆轉的缺氧性腦損傷。[11] 急救後症候群亦會引致進一步腦損傷，症狀包括血管張力不穩定、腦水腫及鈣運轉等。病人接受心肺復甦術後，臨床上會出現嚴重神經功能受損，如難控的抽搐及全身性肌肉不自主抽動，亦會出現持續昏迷或腦幹功能失調。

4.3.3 根據 1999 年發表有關八個國家 20 間醫院進行的國際研究，發現心肺復甦術倖存者有較長期的神經功能受損：接受心肺復甦術後存活六個月的病人中，23%神經功能復原良好，9% 甦醒但神經功能復原不佳，而 66% 從沒有甦醒。[12]

4.3.4 心肺復甦術引致的其他身體損傷
這包括肋骨和胸骨骨折及內臟受傷。根據有關心肺復甦術引致身體損傷研究的審視，肋骨骨折率介乎 13 - 97%，胸骨骨折率介乎 1 - 43%。[13]

4.4 心肺復甦術作為治療選擇的好處和負擔

4.4.1 是否進行心肺復甦術的醫療決定，應根據所帶來的好處和負擔作出考量。這不僅是一項醫療決定，亦必須考慮病人的最佳利益，包括其已知或很可能持有的意願。因此，在考量過程中，與病人或家屬（如病人精神上無行為能力）討論是十分重要。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第15頁，共31頁

4.4.2 衡量心肺復甦術的好處和負擔有以下考慮因素：

- 可能的臨床成效，包括能否成功恢復病人心跳和呼吸，並持續一段時間，以及成功進行心肺復甦術後可切實預期的復元水平；
- 病人已知或可探悉的意願，包括病人之前曾表達的看法、信念和價值觀；
- 病人的人權、包括生存權利及免受有辱人格待遇的權利；
- 病人會否承受嚴重並難以控制的疼痛或苦楚；
- 病人存活及對周圍事物的意識水平。

4.4.3 每名病人的最佳利益必須按個別情況作出考慮，不能單憑病人的年紀或殘障程度，或某專業人員對病人生存質素的主觀看法等因素而決定。

4.4.4 當病人患有不能治癒的疾病症並處於最後階段，預計在數日內死亡，臨床上心肺復甦術不大可能會成功。當考慮負擔的問題，心肺復甦術可能會延長或增加痛苦，令病人承受創傷性及沒有尊嚴的死亡，因此病人及其家人可能會選擇自然死亡，而不進行心肺復甦術。


5. 有關“不作心肺復甦術”

5.1 甚麼是“不作心肺復甦術”？

“不作心肺復甦術”是為預期可能出現心臟停頓的病人在以下情況而預先設下的決定：當心肺復甦術違反病人意願，或不符病人最佳利益。“不作心肺復甦術”僅指在心肺停頓時不接受心肺復甦術，是否提供其他維生治療則應作個別考慮，並可予指明。[2]（請參閱問答資料第1題）

5.2 何時考慮“不作心肺復甦術”？

5.2.1 當以下情況同時出現，醫療團隊一般會考慮“不作心肺復甦術”：

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第16頁，共31頁

- 病人臨床情況迅速或逐步惡化，在短期內可能出現心肺停頓。這些病人可以是住院病人，或是居於家中或長期護理院的非住院嚴重病患者；
- 情況顯示心肺復甦術違反病人意願，或不符病人最佳利益。

5.2.2 若心肺復甦術成功機會大，對病人有整體效益，則一般不會考慮“不作心肺復甦術”。

6. “不作心肺復甦術”決定過程

6.1 “不作心肺復甦術”決定過程中的考慮因素 [14]

- 6.1.1 心肺復甦術好處和負擔的考量（請參閱第4.4段）；
- 6.1.2 病人精神上的行為能力；
- 6.1.3 目前或之前所顯示病人對心肺復甦術的意願。

6.2 精神上有行為能力的成年病人


- 6.2.1 如病人精神上有行為能力，醫療團隊應向病人解釋心肺復甦術的好處和負擔，並探視病人觀點。
- 6.2.2 精神上有行為能力的成年病人可因應個人價值觀和意向，作出拒絕心肺復甦術的個人選擇，即使有關選擇似乎奇怪和不智。只要病人獲提供合理及充足資料以考量好處和負擔，病人的決定應受到尊重。在病人同意下，應將不接受心肺復甦術的決定告知家屬。

6.3 精神上無行為能力的成年病人：如有有效及適用的預設醫療指示

若病人有有效及適用的預設醫療指示，表明拒絕心肺復甦術，當病人精神上無行為能力，其預設醫療指示須受到尊重。有關預設醫療指示的詳細指引，請參閱《醫管局預設醫療指示指引》。[1]

6.4 精神上無行為能力的成年病人：如沒有有效及適用的預設醫療指示

- 6.4.1 若病人沒有有效及適用的預設醫療指示，當病人精神上無行為能力，醫療團隊應向家屬解釋心肺復甦術的好處和負擔，一同探討病人所持價值觀及治療意向，並嘗試與家屬謀求共識，決定心肺復甦術是否符合病人最佳利益。
- 6.4.2 如未能達致共識，請參閱第7.7段有關化解衝突的指引。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第17頁，共31頁

6.5 未成年人士


- 6.5.1 醫療團隊應向未成年人士的父母解釋心肺復甦術的好處和負擔，並向其父母瞭解該未成年人士的任何看法。
- 6.5.2 若該未成年人士心智足夠成熟，有足夠理解力和智力明白“不作心肺復甦術”的決定，醫療團隊可與該未成年人士及其父母一起討論。
- 6.5.3 醫療團隊應就接受心肺復甦術與否是否符合病人最佳利益，嘗試與父母及該未成年人士（如情況合適）謀求共識。
- 6.5.4 有關未成年人士的其他應注意事項，請參閱第10段。
- 6.5.5 如未能達致共識，請參閱第7.7段有關化解衝突的指引。

6.6 明顯無效用個案的溝通策略

- 6.6.1 在一些情況下，醫療團隊可能認為心肺復甦術明顯無效用，這包括當病人：
- 儘管在醫院接受積極或深切治療或生命支援，仍面對不斷惡化及不可逆轉的嚴重疾病或事件；
 - 面對持續不可逆轉的生存受限疾病或狀況，並惡化至即使在醫院繼續接受治療，死亡亦將臨近及不可避免。
- 6.6.2 在這些情況下，為免對病人及家屬造成不必要的心理傷害，醫療團隊進行溝通時應具敏感觸覺。溝通過程並非要求病人及家屬就心肺復甦術作出決定，而是向他們提供醫療資料，讓其瞭解心肺復甦術是不甚合適的治療選擇。若病人不欲接受資料或繼續討論，不應強行作溝通。

6.7 精神上無行為能力的成年病人如沒有家人

若精神上無行為能力的病人既沒有有效及適用的預設醫療指示，又沒有家人可聯絡到，醫療團隊應盡量延後“不作心肺復甦術”決定，待聯絡到家人來討論。若病人沒有家人，便不能作出“不作心肺復甦術”決定，除非是明顯無效用的個案，而在作出決定時，必須有兩名註冊醫生直接參與，其中一名須是專科醫生。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第18頁，共31頁

7. 溝通

7.1 謀求共識

在大部分情況下，討論“不作心肺復甦術”應是與病人/家屬謀求共識的過程。

7.2 醫療團隊帶領進行“不作心肺復甦術”討論須具備的重要溝通技巧

7.2.1 醫療團隊與討論參與者進行溝通應具備的重要特質：

- 態度坦率及誠懇，具同理心及耐心聆聽；
- 對討論參與者的情緒如焦慮、恐懼、否定、憤怒或罪疚感具敏感觸覺；
- 避免將討論變為對抗性；
- 循序逐步進入“不作心肺復甦術”討論。在討論前，先與病人及/或家屬建立互信，這大大有助其後討論時彼此諒解及謀求共識；
- 溝通時使用淺白易明的語言，並明白在認知及期望上，醫療團隊對心肺復甦術成功率及所造成負擔的理解，與病人及/或家屬的期望常有顯著差距。

7.2.2 雖然病人及/或家屬會把“不作心肺復甦術”的決定視為生與死的決定，醫療團隊應清楚述明此決定的概念為讓病人自然離世，而不用承受心肺復甦術造成的負擔。


7.2.3 如果可行，“不作心肺復甦術”的討論由督導醫療團隊的臨床人員帶領或指導為佳，以進行有效和知識為本的決定過程。討論時邀請醫療團隊其他成員（通常是護士）在場是合適及明智做法，讓其作為過程見證人，並協助溝通及提供支援。

7.2.4 應在醫療紀錄內記載任何重要討論，包括與病人或家屬曾討論的要點，以及家屬與病人的關係。

7.3 溝通內容應包括但不限於以下方面

7.3.1 病人情況包括診斷、病況、預後、治療選擇、復元機會、生存質素及出現心肺停頓可能性；

7.3.2 甚麼是“心肺復甦術”及“不作心肺復甦術”；

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第19頁，共31頁


- 7.3.3 該病人接受心肺復甦術的預期結果，若心肺復甦術成功，預計復元程度；
- 7.3.4 心肺復甦術的好處和負擔考量；
- 7.3.5 若心肺復甦術成功，整體好處／負擔及其他治療如持續使用呼吸機或其他器官支援的合適性；
- 7.3.6 病人及家屬的期望、價值觀及意向；以及
- 7.3.7 作出“不作心肺復甦術”決定後應如何？必須向病人及／或家屬強調醫護人員不會放棄病人：會提供所有合適治療，包括舒適治療。

7.4 探視精神上有行為能力成年病人對生命晚期的觀點

- 7.4.1 應要確定病人準備就緒討論生命晚期的事宜，不能違反病人意願強行作討論。
- 7.4.2 若認為病人準備就緒可討論有關生命晚期的事宜，醫療團隊應與病人探索或討論以下各項：
 - 可能影響病人意向和決定的病人期望、信念或價值觀；
 - 病人屬意參與其照顧決定的家人或其他與之親密的人士；
 - 有關心肺復甦術／不作心肺復甦術及其他維生介入程序的預設醫療指示或意向；
 - 如適用，病人擬接受照顧的地方（以及這會否影響可提供的治療選擇）；
 - 如適用，病人對宗教、靈性或個人支援的需要。

7.5 當精神上有行為能力的成年病人不欲討論

- 7.5.1 若精神上有行為能力的成年病人未準備就緒討論未來的照顧，或情感上承受不到有關討論，醫療團隊應尊重病人意願，並延後討論。醫生亦應清楚表明病人可隨時改變主意及索取詳細資料。
- 7.5.2 醫療團隊可考慮一些病人支援措施，如邀請病人屬意的家人或其他與之親密的人士參與討論，以及請其他專業人員提供心理支援。
- 7.5.3 如病人拒絕接受相關資料，醫生應作出紀錄。
- 7.5.4 一般來說，在精神上有行為能力的成年病人，若未經與其本人進行討論，不應作出“不作心肺復甦術”決定。當一名精神上有行為能力的成年病人不欲討論，可諮詢醫療團隊及家屬有關心肺復甦術是否合適的意見，並記載於醫療紀錄內。“不作心肺復甦術”的決定一般須待病人精神上無行為能力時才考慮。（請參閱問答資料第10題）


 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第20頁，共31頁

7.6 當其他人有意向精神上有行為能力的成年病人隱瞞資料

- 7.6.1 除非病人拒絕接受資料，否則即使病人家屬要求，醫療團隊亦不應對病人隱瞞作出決定所需的資料。
- 7.6.2 若擔心提供資料會對病人造成嚴重心理傷害，醫療團隊可考慮一些病人支援措施，並因應病人希望知道多少，以敏感觸覺循序及逐步向病人透露資料。

7.7 “不作心肺復甦術”決定過程中的衝突管理

- 7.7.1 意見分歧或衝突可以是：
- 醫療人員認為“不作心肺復甦術”是合適的臨床決定，而病人或家屬要求進行復甦急救；
 - 精神上無行為能力病人的家屬不同意病人之前的“不作心肺復甦術”意願。
- 7.7.2 醫生應探視其中原因、調適期望，並釐清以下任何錯誤概念或誤解：
- 積極治療與心肺復甦術的混淆；
 - 擔憂作出“不作心肺復甦術”決定病人會被放棄；
 - 有關心肺復甦術介入的性質、病人成功獲救可切實預期的存活期及復元程度。
- 7.7.3 精神上有行為能力的成年人可拒絕治療，但不可堅持要求主診醫生進行其認為不合適的治療。同樣地，家屬亦不可堅持要求主診醫生進行其認為不合適的治療。
- 7.7.4 若經討論後，醫生仍然認為臨床上心肺復甦術並不合適，在預計的情況出現時，醫生沒有義務進行心肺復甦術。（請參閱問答資料第10題）
- 7.7.5 在一些不常見情況，雖然醫生認為應為一名精神上無行為能力的成年病人或未成人人士進行心肺復甦術，但家屬不同意並認為“不作心肺復甦術”是合適的決定。醫生應與家屬討論，根據病人的已知意願，審視甚麼是符合病人最佳利益。心肺復甦術是否合適的最終決定，是以病人最佳利益為依歸。
- 7.7.6 若出現意見分歧，應盡可能作進一步溝通，以釐清錯誤概念或不切實際的期望。對處理棘手溝通過程具有經驗的醫療人員可予以協助。有關醫生亦可考慮請家屬信任的獨立第三者參與、諮詢較資深同事的意見，或召開個案會議。在謀求共識的過程中，醫生應考慮所諮詢各名人士的不同角色。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第21頁，共31頁


- 7.7.7 若經多番溝通仍有不能解決的分歧，醫生可諮詢醫院/聯網臨床倫理委員會，或尋求法律意見，包括請法庭給予指示。
- 7.7.8 一般來說，未與精神上有行為能力的成年人，或精神上無行為能力成年人或未成年人士的家屬達致共識，不應作出“不作心肺復甦術”的預設決定。醫療團隊就心肺復甦術是否合適的意見可記載於醫療紀錄內，以助團隊在病人出現心臟停頓時作出判斷。（請參閱問答資料第10題）
- 7.7.9 應在醫療紀錄內記載任何重要討論，包括與病人或家屬曾討論的要點、家屬姓名及與病人關係，亦極力建議在討論過程中有見證人在場，並記載見證人身份於醫療紀錄內。

8. 預設照顧計劃

（詳情請參閱 2019 年《醫院管理局預設照顧計劃指引》）

8.1 甚麼是預設照顧計劃？

- 8.1.1 預設照顧計劃是指患嚴重及持續惡化疾病的病人與醫護人員、家屬及照顧者的溝通過程，以討論當病人喪失能力作出醫護照顧決定時，怎樣的照顧對病人是為合適。預設照顧計劃是根據精神上有行為能力的成年病人的意向和價值觀，以及個別治療的好處和風險，而作出有關決定的事先及通盤過程。
- 8.1.2 在本指引中，預設照顧計劃溝通過程的對象不單是精神上有能力作出決定的成年病人，亦涵蓋精神上無能力作出決定的成年病人及未成年病人的家人與醫護人員根據病人的最佳利益（包括個人意向和價值觀，以及個別治療的好處和風險）而為其作出照顧決定的過程。[14]
- 8.1.3 當預計一些病人病情持續惡化，應考慮為合適病人在死亡尚未臨近前制訂預設照顧計劃。預設照顧計劃是舒緩治療的一部分，這應推廣至更多的患有嚴重及持續惡化疾病的病人。“不作心肺復甦術”決定，可以是預設照顧計劃的一部分。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
	頁數	第22頁，共31頁	

8.2 預設照顧計劃過程會做甚麼？

- 8.2.1 預設照顧計劃過程應就病人的預後、不同治療的好處和風險，以及病人的價值觀和目標等進行清晰的溝通。
- 8.2.2 應就各項治療作個別考量，包括心肺復甦術，並根據病人表達的意願及其最佳利益作出決定，包括“不作心肺復甦術”。


8.3 制訂預設照顧計劃後怎樣？

- 8.3.1 預設照顧計劃可提升病人自主性，並加強病人與至親的關係，以及減輕照顧者作出決定的壓力。
- 8.3.2 在制訂預設照顧計劃後，可根據情況進行以下程序，以貫徹有關決定：
- 填寫醫療紀錄及預設照顧計劃文件；
 - 委托一名家庭成員作為主要聯絡人，以便日後作諮詢；
 - 填寫住院病人或非住院病人「不作心肺復甦術」文件；
 - 填寫預設醫療指示文件。
- 8.3.3 《醫院管理局成年人預設醫療指示醫護人員指引》可協助醫管局的醫護人員處理有關預設醫療指示的事宜。[1]

9. 對有明確預設照顧計劃或預設醫療指示的非住院病人的“不作心肺復甦術”建議

9.1 範圍及情況

- 9.1.1 不作心肺復甦術的決定不只限於住院病人。有些患嚴重疾病的病人是居於家中或長期護理院，情況也極有可能惡化，然而心肺復甦術不符病人最佳利益，或違反其意願。故此，“不作心肺復甦術”亦可能適合這些病人。對於他們，作出“不作心肺復甦術”建議須有如下的保障規範。
- 9.1.2 對非住院病人的“不作心肺復甦術”建議應只限於：
- 9.1.2.1 有有效及適用預設醫療指示訂明拒絕心肺復甦術的以下類別成年人（請參閱《醫院管理局成年人預設醫療指示醫護人員指引》及附錄）：

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第23頁，共31頁

- 病情到了末期（第1類）^{iv}，
 - 處於持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷（第2類）^v，
 - 其他晚期不可逆轉的生存受限疾病（第3類）^{vi}
- （請參閱問答資料第5及7b題）

9.1.2.2 沒有預設醫療指示但有明確預設照顧計劃訂明“不作心肺復甦術”的以下類別未成年人士或精神上無行為能力成年人：

- 病情到了末期；
- 處於持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷
- 其他晚期不可逆轉的生存受限疾病。

（請參閱問答資料第6及7a題）

9.1.3 若精神上有行為能力成年人的預設決定只限於心肺復甦術，可使用為這類病人特製的簡短版「醫管局預設醫療指示」文件。（請參閱《醫院管理局成年人預設醫療指示醫護人員指引》及附錄）

9.2 非住院病人「不作心肺復甦術」文件

9.2.1 非住院病人「不作心肺復甦術」文件（附錄1）與住院病人「不作心肺復甦術」文件（附錄2）分開處理，目的是：

- 避免與只單一次住院的病人之“不作心肺復甦術”決定混淆；
- 切合這類特別非住院病人的特別需要；以及
- 作為對接收醫療團隊的“不作心肺復甦術”建議（詳情見第9.3段）


9.2.2 文件須由兩名醫生簽署，其中一位須是專科醫生。文件可在非住院環境或在病人出院前於醫院內簽署。

^{iv} “病情到了末期”指患有嚴重、持續惡化及不可逆轉的疾病，而且對針對病源的治療毫無反應，預期壽命短暫，僅得數日、數星期或數月的生命。[2]

^v 持續植物人狀況是指病人因嚴重腦損傷而對周圍事物失去意識，並且與周圍的人失去互動能力，情況永久及不可逆轉。[3]

^{vi} “其他晚期不可逆轉的生存受限疾病”指不劃入第1或第2類的嚴重、持續惡化及不可逆轉疾病，而病情已到了晚期，及生存受限，例子包括：

- (1) 晚期腎衰竭病人、晚期運動神經元疾病或晚期慢性阻塞性肺病病人，因為他們可能用透析治療或輔助呼吸治療維持生命，而不劃入第1類；以及
- (2) 不劃入第2類的不可逆轉主要腦功能喪失及機能狀況極差的病人（即病人因嚴重急性或長期腦損傷而臥床，並且對周圍事物的意識程度及與周圍人的互動能力甚低，情況不可逆轉）。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第24頁，共31頁

- 9.2.3 對於有預設醫療指示的成年人，在簽署「不作心肺復甦術」表格後，醫療團隊應將表格夾附於預設醫療指示文件。（請參閱問答資料第8及9題）
- 9.2.4 對於沒有預設醫療指示的未成年人士或精神上無行為能力的成年人，家屬（或未成年人士的父母）必須在「不作心肺復甦術」文件上簽署。（請參閱問答資料第9題）
- 9.2.5 「不作心肺復甦術」文件正本應存於病人處，並應告知照顧者當病人送院時，須帶同「不作心肺復甦術」文件和預設醫療指示（如有）到醫院。病人醫療紀錄內會存放一份副本。

9.3 對接收醫療團隊的“不作心肺復甦術”建議


- 9.3.1 由於接收的醫療團隊可能未有參與先前的決定過程，「不作心肺復甦術」文件只是一項“不作心肺復甦術”建議，而非“不作心肺復甦術”指令。
- 9.3.2 若一名成年人有預設醫療指示並訂明拒絕心肺復甦術，醫生簽署「不作心肺復甦術」文件證明該預設醫療指示有效，而病人是處於該預設醫療指示所述臨床情況。
- 9.3.3 若一名未成年人士或精神上無行為能力的成年人有預設照顧計劃，簽署「不作心肺復甦術」文件確認了原來醫療團隊及病人父母／家屬的決定。
- 9.3.4 在不提供心肺復甦前，接收病人作診治的醫療團隊應要確定不提供心肺復甦術的決定仍然有效及沒有改變，而且團隊在接收病人時，病人是處於「不作心肺復甦術」文件所述情況。如有疑問（例如心肺復甦術是否仍符合病人的最佳利益），或懷疑有不法行為、意外或重大風險事件，便應為病人進行心肺復甦術。

9.4 非住院病人「不作心肺復甦術」文件覆核

「不作心肺復甦術」文件應最少每12個月覆核一次。若臨床上有需要，醫療團隊可設定較短的覆核期。如在覆核期內未有覆核及批簽，文件會自動無效。

9.5 在臨床醫療管理系統中作出標示

當病人簽署預設醫療指示表明拒絕心肺復甦術，醫療團隊可在臨床醫療管理系統中作出「預設醫療指示」的標示。[1] 對於已簽署「非住院病人不作心肺復甦術」文件的病人，亦已設定系統作出標示。有關標示並非取代存放於病人處的「不作心肺復甦術」文件正本，而只是提醒醫療團隊病人已簽署「不作心肺復甦術」文件。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第25頁，共31頁

10. 未成年人士（18歲以下）“不作心肺復甦術”

10.1 倫理及法律考慮

- 10.1.1 有關未成年人士的醫療決定，應由病人、其父母（如沒有父母，其他家庭成員）及醫療團隊一同商議作出。
- 10.1.2 若一名未成年人士心智成熟，有足夠理解力和智力明白“不作心肺復甦術”的決定，該未成年人士應與父母一同作出“不作心肺復甦術”的決定。[15] 若精神上有自決能力的未成年人士及／或其父母不欲接納心肺復甦術，但醫療團隊認為心肺復甦術符合該未成年人士的最佳利益，便應尋求法律意見。不過，若對潛在好處會否多於負擔存有疑問，應要考慮該未成年人士及其父母的意見。
- 10.1.3 父母不能要求醫生提供不符其專業判斷的治療，但若對該未成年人士的最佳利益確有疑問，醫生應嘗試考慮其父母的意願。
- 10.1.4 在需要時可諮詢醫院／聯網臨床倫理委員會的意見。
- 10.1.5 如需要法律意見，應適時尋求協助。


10.2 不提供心肺復甦術

- 10.2.1 是否不向兒童病人提供心肺復甦術，應循無效用角度作出考量，不論是狹義的生理上無效用，或是廣義的包括生活質素在內的無效用。
- 10.2.2 若該未成年人士及／或家人認為面對持續惡化及不可逆轉的疾病，更多的治療是超出可承受程度，可考慮不提供心肺復甦術。[16]

11. 保障規範

11.1 應該進行心肺復甦術的推定

- 11.1.1 若未有作出“不作心肺復甦術”的預設決定，而病人亦沒有表達過拒絕心肺復甦術，除非有清晰證據顯示心肺復甦術不會成功，否則應為其進行心肺復甦術。
- 11.1.2 一些已有“不作心肺復甦術”決定的病人，其心肺停頓可能是由可逆轉原因引致，如窒息、麻醉導入、過敏反應或氣管造口套管阻塞。在這些情況，除非病人已表明拒絕在此等情況下作出介入，否則，在治療可逆轉的引發病因時，心肺復甦術仍可能合適。[2, 14]


 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第26頁，共31頁

11.2 作出“不作心肺復甦術”決定醫生的資歷

- 11.2.1 對於患嚴重疾病的病人，在診斷或治療時均涉及多個決定程序。故此，“不作心肺復甦術”不是單獨的決定，而是整個治理過程的一部分。
- 11.2.2 醫管局一般採用團隊方式治理這些住院病人，初級醫生會由高級醫生或專科醫生督導。住院病人的“不作心肺復甦術”指令一般由專科醫生簽發或批簽。（請參閱問答資料第3題）
- 11.2.3 不過在以下情況，作出“不作心肺復甦術”決定須有兩名註冊醫生直接參與，其中一位必須是專科醫生：
- 病人精神上無行為能力並且沒有家人；
 - 作出“非住院病人不作心肺復甦術”建議。
- 11.2.4 有“住院病人不作心肺復甦術”指令的病人如轉往另一醫院，如認為合適，接收醫院一名非專科醫生可決定維持“住院病人不作心肺復甦術”的指令。（請參閱問答資料第4題）
- 11.2.5 若一名已有有效的「非住院病人不作心肺復甦術」文件的病人入院，只要該預設醫療指示或預設照顧計劃仍然有效及沒有改變，而病人是處於預設醫療指示或預設照顧計劃所述的臨床情況，一名非專科醫生可作出“住院病人不作心肺復甦術”決定。（請參閱問答資料第4題）
- 11.2.6 如在緊急情況下，當沒有專科醫生在醫院內，而一名沒有有效“非住院病人不作心肺復甦術”文件的病人短時間內可能會出現心臟停頓，醫院內一名獲部門主管核准的高級專科受訓醫生可作出“不作心肺復甦術”決定，惟必須符合以下情況：
- a) 病人的病情已到了末期，如本指引附註（iv）所定義，而該末期疾病之前為醫管局所知；或
 - b) 病人有其他晚期疾病，而就該晚期疾病已有文件記載病人（如精神上有行為能力）及其家屬不同意接受心肺復甦術的意向，而此意向之前為醫管局所知。記載不同意心肺復甦術意向的文件包括：之前入院時的“不作心肺復甦術”指令，表明拒絕心肺復甦術的有效預設醫療指示，以及預設照顧計劃中記載不同意心肺復甦術意向的醫療紀錄或表格。

在上述的兩種情況，均須與病人（如精神上有行為能力）及其家人就“不作心肺復甦術”決定達致明確共識。

就“不作心肺復甦術”的決定，部門主管對其部門的臨床管治負有最終責任。當運作上有需要，部門主管應小心評估其部門的高級專科受訓醫生具備的知識和經驗，然後才給予授權，讓他們為特定類別的病人在特

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第27頁，共31頁

定情況下作出“不作心肺復甦術”決定。有關部門應就獲核准的高級專科受訓醫生備置最新名單，並定期審核所作的“不作心肺復甦術”決定。

11.3 標準「不作心肺復甦術」文件

醫管局病人必須採用「不作心肺復甦術」的標準文件。文件分住院病人（附錄2）及非住院病人（附錄1）兩種，以避免混淆，並方便溝通及進行審核。

11.4 “不作心肺復甦術”決定有效期及覆核

11.4.1 住院病人“不作心肺復甦術”指令：

- 這是按每次住院為準，當病人出院，指令便自動無效。住院病人在放假回家期間或轉院途中，其“不作心肺復甦術”指令會暫緩。
- 當病人轉院留醫，接收的醫療團隊必須覆核“不作心肺復甦術”的指令，使恢復效用。若認為指令合適，接收的醫生應簽署一份新的「不作心肺復甦術」文件。如現有的“不作心肺復甦術”指令合適，可無需如新個案般與病人及家屬重新進行討論過程。
- 醫療團隊須因應治療情況，定期覆核“不作心肺復甦術”的決定，亦應根據病況或情況改變而作出覆核，例如需要進行麻醉、轉送另一部門等。由夜間候召醫生所作的“不作心肺復甦術”決定，翌日應由主診醫療團隊的專科醫生覆核。如取消“不作心肺復甦術”的決定，應清晰地將表格劃去，並明確記錄及傳達決定，以免錯誤地不提供心肺復甦術。

11.4.2 對非住院病人的“不作心肺復甦術”建議：


若於覆核期內沒有覆核和批簽，建議會自動無效（請參閱第9.4段）。

11.5 教育及培訓

醫院應提供教育，讓職員明瞭作出“不作心肺復甦術”決定的原則，並具備適當的溝通技巧和態度。

11.6 評估及審核

醫院應有審核機制，評核“不作心肺復甦術”的決定是否合適。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第28頁，共31頁


圖表

表 1：心肺復甦術即時存活率及存活至出院率

	即時 存活率(%)	存活至 出院率 (%)
醫院內心肺復甦術	41-44%	13-17%
醫院外心肺復甦術	23.8%	7.6%
心室顫動/無脈性室性 心動過速	-	34%
無收縮心搏停止/無脈 搏電流活動	-	10%


表 2：患有其他疾病病人的心肺復甦術結果

	心肺復甦術結果 存活至出院率
癌症病人 [8]	
整體	6.7%
普通科病人	10.1%
深切治療病人	2.2%
局部疾病	9.1%
轉移性疾病	7.8%
透析病人 [9]	
存活至出院	14%
存活 6 個月	3%
其他疾病 [5, 9]	未能存活至出院勝算比
心肺復甦術前一天敗血症	31.3 [6]
轉移性癌症	3.9
認知障礙	3.1
腎功能受損 (血清肌酸酐 > 1.5 mg/dl)	2.2
日常生活能力依賴	3.2 – 7.0 [10]
意識狀態改變	2.2
年齡 > 70, 75, 80 歲	1.5, 2.8, 2.7

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
	頁數	第29頁，共31頁	

參考資料

1. Hospital Authority of Hong Kong. HA guidance for HA clinicians on advance directives in adults. Hong Kong: Hospital Authority; 2010/2014/2016.
2. Hospital Authority of Hong Kong. HA guidelines on life-sustaining treatment in the terminally ill. Hong Kong: Hospital Authority; 2002/2015.
3. Department for Constitutional Affairs of UK. Mental Capacity Act 2005: Code of Practice. London: The Stationery Office; 2007. Available at: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dca.gov.uk/legal-policy/mental-capacity/mca-cp.pdf>
4. Resuscitation Council of UK. Resuscitation guidelines 2010. London: Resuscitation Council; 2010. Available at: <http://www.resus.org.uk/pages/GL2010.pdf>.
5. Peberdy MN, Kaye W, Ornato JP et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. Resuscitation 2003;58:297-308.
6. Ebell MH, Becker LA, Barry HC et al. Survival after in-hospital cardiopulmonary resuscitation. J Gen Intern Med 1998;13:805-816.
7. Sasson C, Rogers MA, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2010 Jan; 3(1):63-81.
8. Reisfield GM, Wallace SK, Munsell MF et al. Survival in cancer patients undergoing in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. Resuscitation 2006;71:152-160.
9. Hijazi F, Holley JL. Cardiopulmonary resuscitation & dialysis: outcome & patients' views. Seminars in Dialysis 2003;16(1):51-63.
10. Ebell MH, Afonso AM. Pre-arrest predictors of failure to survive after in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. Fam Pract 2011 Oct; 28(5):505-515.
11. Cummins RO, ed. Cerebral resuscitation: treatment of the brain after cardiac resuscitation. In Advanced Cardiac Life Support, 15:1-5. American Heart Association; 1997-99.
12. Abramson NS, Safar P, Detre KM et al. Neurologic recovery after cardiac arrest: effect of duration of ischemia. Crit Care Med 1985 Nov; 13(11):930-1.
13. Hoke RS, Chamberlain D. Skeletal chest injuries secondary to cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation 2004;63:327-338.
14. British Medical Association, Resuscitation Council (UK), Royal College of Nursing. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation: a joint statement from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. London: British Medical Association; 2007.
15. Wolff A, Browne J, Whitehouse WP. Personal resuscitation plans and end of life planning for children with disability and life-limiting/life-threatening conditions. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2011;96:42-48.
16. Royal College of Paediatrics and Child Health. Withholding or withdrawing life sustaining treatment in children: a framework for practice. 2nd ed. London: Royal College of Paediatrics and Child Health; 2004.


 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第30頁，共31頁

附件 1

香港醫務委員會《香港註冊醫生專業守則》

第34段 對末期病人的護理：

- 34.1 當病人危殆時，醫生的責任是小心照顧病人，盡可能令病人在少受痛苦的情況下有尊嚴地去世。醫生要尊重病人對控制其症狀措施的自主權，包括身體、情緒、社交及精神等各方面的問題。
- 34.2 安樂死的定義是“直接並有意地使一個人死去，作為提供的醫療護理的一部分”。安樂死是違法及不道德的做法。
- 34.3 停止給垂死病人提供依靠機械的維持生命程序或撤去有關程序並非安樂死。認定給末期病人進行治療已屬無效之後，再考慮病人的根本利益、病人及其家屬的意願，不提供或撤去勉強維持生命的治療，在法律上屬可接受及適當的做法。
- 34.4 尊重末期病人的權利非常重要。如無法確定病人的意向，則須徵詢其親屬的意見。在可行情況下，決定不提供或撤去維持生命程序時須得到病人本人或其直系親屬的充分參與，並向他們提供有關情況的詳盡資料及醫生的建議。遇上意見分歧時，病人的自決權應凌駕於其親屬的意願之上。醫生的決定永遠以病人的最佳利益為最終指引。
- 34.5 醫生須作出慎重的臨床判斷，如醫生與病人之間或醫生與親屬間意見不一致時，須把有關事宜轉介到有關醫院的倫理事務委員會或有關機制徵詢意見。仍有疑問的話，可按需要請法庭給予指示。
- 34.6 醫生可向醫院管理局、香港醫學會及香港醫學專科學院的相關學院索取更多有關參考資料。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理／質素及安全部	文件編號	CEC-GE-6
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局不作心肺復甦術指引	審查日期	2023年7月2日
		認可者	醫院管理局 臨床倫理委員會
		頁數	第31頁，共31頁

附件 2

自主原則及最佳利益原則概述

1 病人自主原則

- 1.1 推定所有成年病人精神上均有行為能力就同意或拒絕任何一項治療作出知情選擇，除非有證據顯示已喪失能力。
- 1.2 精神上有行為能力的病人可作出知情選擇，預設當精神上喪失行為能力時拒絕任何一項治療。
- 1.3 只要符合以下情況，他們的選擇應受到尊重：
 - 他們明瞭其選擇的性質和結果；以及
 - 他們是處於其選擇適用的情況。
- 1.4 若未能確定他們的選擇，病人自主原則並不適用，應遵循最佳利益原則。
- 1.5 如果未成年病人心智足夠成熟及有足夠決定能力去同意或拒絕向他們建議的治療，應要認真考慮他們的選擇，除非有關選擇明顯不符他們的最佳利益。

2 最佳利益原則 [3]

- 2.1 就病人最佳利益而言，我們需要考慮該項治療對病人的成功機會有多大及其整體好處。
- 2.2 在評估整體好處時，除了醫療團隊的意見，亦須考慮在合理切實範圍內可予確定的病人過往和目前的意願、價值觀和信念。如可行和合適，應諮詢病人家屬、其他與病人親密或對其特別重要的人士、與監護人（如有）對病人最佳利益的意見，以及對病人的意願、價值觀和信念有否所知。
- 2.3 病人的最佳利益不應只根據其年齡、族裔、性別、外表、狀況或行為決定。
- 2.4 醫療人員沒有義務提供不符合病人最佳利益的治療。