

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁

醫院管理局

對維持末期病人生命治療的指引

版本	生效日期
1	2002年4月
2	2015年12月1日
3	2020年9月1日

檔號	CEC-GE-7
作者	臨床倫理工作小組(2002) 醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引檢討工作小組 (2015) 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 (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	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁

目 錄

摘要

1. 引言
 - 1.1 背景
 - 1.2 指引的目的
 - 1.3 倫理原則
2. 對末期病人的治理
 - 2.1 末期病人的定義
 - 2.2 照顧末期病人的目的
 - 2.3 有尊嚴地逝世
3. 對安樂死的立場
4. 不提供或撤去維持生命的治療
 - 4.1 維持生命治療的定義：
 - 4.2 何時適宜不提供或撤去維持生命的治療？
 - 4.3 無效用治療的界定
 - 4.4 停止和撤去（無效用治療）並無倫理上的分別
5. 與成年病人有關的決定
 - 5.1 有能力作出決定的成年病人拒絕接受維持生命治療
 - 5.2 預設醫療指示
 - 5.3 精神上無能力行事作出決定的成年病人於有法定監護人時的決定
 - 5.4 為精神上無能力行事、無有效預設醫療指示及無法定監護人的病人決定不提供或撤去維持生命治療
 - 5.5 病人或病人家人要求提供無效用的治療
 - 5.6 試行有時限的維持生命治療
6. 與未成年病人有關的決定
 - 6.1 倫理考慮
 - 6.2 決定程序
 - 6.3 不提供及撤去維持生命治療
 - 6.4 父母和醫護團隊的角色
 - 6.5 實際考慮

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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46頁

7. 溝通及意見不一致的處理
 - 7.1 與病人及病人家人的溝通
 - 7.2 與病人及病人家人意見不一致
 - 7.3 醫護團隊成員間意見不一致
 - 7.4 預設照顧計劃
8. 人工營養及流體餵養
 - 8.1 定義及適用情況
 - 8.2 屬於治療方式
 - 8.3 人工營養及流體餵養以外的選擇
 - 8.4 額外保障規範
 - 8.5 精神上有能力作出決定的病人
 - 8.6 有預設醫療指示的病人
 - 8.7 當死亡臨近及不可避免
 - 8.8 當病情屬晚期但未臨近死亡
9. 紀錄和檢討臨床決定
10. 提供照顧及支持

參考文獻

附錄

1. 香港醫務委員會香港註冊醫生專業守則第26條
(對末期病人的治理) (2000年11月修訂)
2. 不應使用“被動安樂死”一詞的原因
3. 從倫理角度有關晚期認知障礙病人餵養的討論
臨床倫理工作小組成員 (2002)

醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引檢討工作小組成員名單 (2015)

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)

醫院管理局 臨床倫理委員會成員 (2019年7月)

(此指引的內容以英文本為準)

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁

摘要

指引的目的：

香港醫務委員會2000年的《香港註冊醫生專業守則》第26條載有“對末期病人的治療”，本文件就該條文而釐定倫理原則及溝通渠道，以便作出不提供或撤去維持生命治療的決定，並強調妥善尋求共識的重要性，以及建議一些取決方向以處理意見不一的情況。文件所述有關維持生命治療的原則和取決方向，亦適用於其他未符合「末期病人」定義的重病患者。

末期病人的定義：

末期病人指患有嚴重、持續惡化及不可逆疾病的病人。這些病人對針對病源的治療無反應，預期壽命短，僅得數日、數星期或幾個月生命。

照顧末期病人的目的：

照顧末期病人，旨在提供恰當的紓緩治療，及給予病人家人支援。即使已不提供或撤去不適當的維持生命治療，仍應繼續提供照顧及支持。

對安樂死的立場：

註冊醫生專業守則對安樂死的定義是“直接並有意地使一個人死去，作為提供醫療護理的一部分。”醫管局謹再申明其反對安樂死的立場。這種做法有乖倫理及違法。

維持生命治療的定義：

“維持生命治療”是指所有能夠延遲病人死亡的治療。

何時適宜不提供或撤去維持生命的治療？

醫管局認為在以下情況不提供或撤去維持生命的治療，是合乎倫理和法律上可接受的：

- a) 一名精神上有能力作出決定而且已妥為知情的病人拒絕接受維持生命治療，及／或
- b) 該項治療已無效用。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

無效用治療的決定：

1. 狹義來說，無效治療是指生理上無效用的治療。當臨床理據及經驗顯示一項維持生命的治療極不可能生效，這項治療即屬無效用。有關決定通常由醫護團隊作出。
2. 對於大多數臨床情況審視治療是否無效用，實際是衡量治療對病人的負擔及好處；治療雖可延長生命，但要考慮該治療是否符合病人最佳利益的問題。由於評估對病人的負擔及好處時須考慮病人生活質素並涉及價值觀的問題，故此，就此廣義而言，治療決定是由醫護團隊、病人及病人家人透過謀求共識的過程而達成。

不提供和撤去（無效用治療）並無倫理上的分別：

醫管局同意不提供及撤去治療兩者之間並無法律或倫理上必然的差別。為病人開始提供維持生命治療的醫生，應可於該治療無效用時，撤去該項治療。容許醫生這樣做，在療效不能肯定的情況下，醫生仍可開始提供治療，並可於證明病人明顯無得益時考慮撤去治療。對一些在接受維持生命治療初期療效並不肯定或顯著的病人而言，容許醫生這樣做事實上對病人更有保障。

與成年病人有關的決定

除了治療根本屬生理上無效的情況，作出決定的程序基本上是醫護團隊、病人及病人家人建立共識的過程。

1. 若成年病人精神上有能力作出決定而且已妥為知情，則其不接受或撤去維持生命治療的決定必須加以尊重。醫療小組需確保病人已獲充份解釋及有能力作出有關決定。
2. 當病人一旦喪失作出決定的能力，病人事先作出拒絕接受維持生命治療的有效指示仍會受到尊重。
3. 精神上無能力行事作出決定的成年病人的監護人（並獲授權同意接受治療）在治療被視為符合病人的最佳利益下，在法律上有權同意接受治療，因此若治療被視為對病人無效，監護人亦理應有權不同意治療。醫護團隊須向監護人提供正確資料，協助監護人作出決定及謀求共識。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁

4. 當病人精神上無能力行事作出決定，又無法定監護人及有效預設醫療指示時，若決定不提供或撤去維持生命治療，最終須是根據病人最佳利益而作出的醫學決定。但醫護團隊須致力與病人家人謀求共識，除非病人家人的觀點明顯違反病人的最佳利益。

決定病人的最佳利益時須考慮的因素，包括治療的功效、病人會否遭到痛楚或困苦、病人會否出現不可逆喪失知覺、治療能否改善病人情況及改善程度、以及治療的入侵性。

此外，應盡可能確定病人事先表達的意願及價值觀。應將上述因素告知病人家人，徵求他們對病人可能認為是有利事項的意見，謀求共識。若可能的話，有關決定應循序進行。

有些時候，某項延長生命的治療被醫護團隊視為必要及符合病人最佳利益，但病人家人未必贊同。就法律而言，醫護團隊可繼續進行必要及符合病人最佳利益的維持生命治療。但如非緊急，應盡可能透過溝通與病人家人謀求共識。

5. 在生理上治療明顯無效用的情況下，醫護團隊沒有義務應病人或病人家人要求提供無效用治療。若然病人或病人家人對廣義解釋的無效用治療未能理解，則醫護團隊有需要與病人及病人家人作進一步溝通，謀求共識。

當被要求繼續進行所有技術上可行的治療，而病人實際上並無復元希望時，醫生並無義務答允一些對有限資源的不公平的索求。

6. 當維持生命治療很有可能已經再無效用，但仍未能予以確定時，醫護團隊可與病人及病人家人協議明確的治療目的及終結點後，考慮為病人試行有時限的維持生命治療。若在嘗試期結束後仍未能達到先前議定的治療目的，則可確立治療無效用，亦即可共同決定撤去維持生命的治療。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	發文日期	2020年7月2日
		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 46 頁

與未成年病人有關的決定：

未成年病人參與決定的程度應與其成長程度相符，無論在作出決定的任何階段，他們的意見都應予以重視。

醫生、病人及知情的父母應共同作出決定，臨床因素由醫生主導，而在最佳利益上，則由父母主導。醫生應接納父母的決定，除非該決定在未成年病人最佳利益方面與醫護團隊的理解有嚴重衝突。

溝通及意見不一致的處理：

良好的溝通技巧及感同身受的態度，至為重要。

1. 若醫護團隊與病人及病人家人意見分歧嚴重，一直未能透過溝通解決，可要求有關的醫院／聯網醫療倫理委員會協助，提供指引。

一名精神上無能力行事的成年病人若沒有法定監護人，在個別情況下，醫護團隊可考慮向監護委員會申請委任監護人。

若未能解決分歧，醫護團隊可徵詢法律意見。

2. 若然醫護團隊成員間意見不一致，可徵求另一名醫生的意見。此外，亦可向醫院／聯網醫療倫理委員會尋求指引。若經深入討論後醫護團隊仍有成員良知上（非醫療理由）認為不應不提供或撤去維持生命治療，則應盡可能准許該成員將照顧病人的工作移交其他同事。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁

人工營養及流體餵養：

人工營養及流體餵養是治療方法的一種。人工營養及流體餵養有別於口腔餵食物及水，後者乃基本照顧的一部份，故不應不提供或撤去。不過，除了以下情況：

- a) 死亡臨近及無可避免；或
- b) 一名精神上有能力作出決定的病人已明確表達意願。

在決定不提供或撤去人工供給營養及水份前，應要遵守額外保障規範。

紀錄和檢討臨床決定

在病人的醫療紀錄內，應詳細記載決定的理據。在適當情況，決定應於執行之前及之後加以檢討，以兼顧任何情況的改變。

必須記錄有關決定是不提供／撤去所有維持生命治療，抑或只是不提供／撤去某些維持生命治療。決定不提供／撤去某項維持生命治療不必表示亦不提供／撤去其他維持生命治療。

提供照顧及支持

醫護人員應一直為病人控制徵狀、給予關懷照顧及情緒支援。同時亦應向病人家人提供情緒支援。

參與不提供或撤去維持生命治療的醫護人員亦會受到情緒和心理壓力，故應為他們設立妥善的支援機制。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁

醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引

1. 引言

1.1 背景：

隨著醫療科技發展，維持生命治療的方法亦日益繁多，因此，我們有必要在生命末期的關懷照顧和積極醫療介入兩者之間求取平衡。維持生命的治療既以「維持生命」為目的，故此往往被視為理所當然的做法。但在考慮開始及繼續任何維持生命的治療時，必須同時評估治療為病人帶來的負擔和風險、其功效的局限性，以及對比之下的淨利益(net benefit)。有些時候，維持生命的治療對病人並無淨利益，而只會令病人承受治療帶來的痛苦和負擔。因此，我們必須思考，在甚麼情況和基於什麼理由，醫生不應開始，或不應繼續維持生命的治療。

決定應否不提供或撤去維持生命的治療是臨床醫學最困難的決定之一。這種決定不但涉及在認知上接納維持生命治療並無效用、更要在情感上明白病人已步向生命盡頭。對治療之利弊，人們可能意見不一，病人是否已屆生命盡頭，也可發生爭議。因此，不提供或撤去維持生命治療的決定，必須兼顧倫理、法律及醫療機構的標準。香港醫務委員會註冊醫生專業守則（2000年11月）有關「對末期病人的治理」（附錄1）為這個複雜的課題提供了一個概念架構。為了加深醫管局醫護人員對此課題的理解，以及協助他們作出決定，醫管局謹就此課題作出指引。

1.2 指引的目的：

- 肯定不提供及撤去維持生命治療，於適當的臨床情況下，是倫理及法律上可予接受的做法。
- 制定不提供及撤去維持生命治療的醫管局內部準則，從而保障病人福祉及醫護團隊的專業工作。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

- 釐定倫理原則及溝通渠道，以便作出不提供或撤去維持生命治療的決定。應尊重病人拒絕接受維持生命治療的自決權。醫護團隊可不提供 / 撤去無效用治療。在大多數臨床情況下，決定治療是否無效用必須考慮生活質素的因素，而且須建基於由醫護團隊、病人及病人家人一起尋求共識的過程（請參閱第 1.2 段末的附註）。
- 建議一些取決方向，以便於醫護團隊、病人及病人家人對是否不提供 / 撤去維持生命治療意見不一時，能夠作出決定。

雖然醫務委員會的註冊醫生專業守則第26條只言及對末期病人的治理，但本文件所述有關維持生命治療的倫理原則和取決方向，亦適用於其他未符合「末期病人」定義的重病患者。

附註：就本指引而言，參與的「病人及病人家人」是指精神上有能力作出決定的病人及病人家人（不論病人的精神狀況如何），除非精神上有能力作出決定的病人拒絕其家人參與。「病人家人」不單指傳統意義的「家人」，更包括監護人、以及與病人親密或對病人特別重要的人仕。

1.3 倫理原則：

- 1.3.1. 倫理原則指可就所作決定或行動提供合理分析及理論基礎的基本價值觀。由於它們僅是指導原則，故須充份考慮臨床情況及評估風險和利益，很多時候並需衡量對立的倫理原則。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

1.3.2. 作出臨床決定時，通常需要考慮的倫理原則有以下各項（Beauchamp T & Childress J，2001年）：

- 有益(beneficence)：照顧病人及充分尊重病人福祉及利益（保存生命、紓解痛楚、減少傷殘）的責任。這方面的專業名詞及概念包括“病人的最佳利益”及“對病人的好處”。
- 無害(non-maleficence)：“不加傷害”。在本指引下，指避免使用醫學上無效的介入而延長病人的痛苦，以及充分考慮醫療介入的風險及傷害。
- 自決(autonomy)：尊重一名精神上有能力作出決定的人的權利，由他決定接受或拒絕臨床顯示需進行的醫療治理（包括維持生命的治療）。病人在作出選擇時應獲足夠資料，並須對其選擇負責。尊重病人自決有時亦包括尊重病人身體整全。舉例來說，雖則精神上無能力行事作出決定的人無法表達其意願及無法作出選擇，任何有關維持生命治療的決定必須顧及其身體整全。
- 公平(justice)：為病人提供治療時，應本乎公平合理的原則。一個常被考慮的相關原則就是“衡平”(equity)。任何人都不應因殘疾、年齡或社會地位等因素而遭受不公平的對待（歧視）；另一方面，沒有人可以妄顧對其他人的影響或資源短絀，而要求享有永無止境的權利（例如要求不顧一切地治理）。

應用上述原則時，也必須考慮本地文化。中國人對「一己」的觀念異於西方，而會兼顧與親人的關係（Ho DYF，1995年）。中國人家庭較西方家庭亦扮演更重要的決策角色（Fan RP，1997年）。本文件確認家人參與決定的重要性，雖則家人的意見不可凌駕有能力作出決定的成年病人的意見。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁

2. 對末期病人的治理

2.1 末期病人的定義：

末期病人指患有嚴重、持續惡化及不可逆疾病的病人。這些病人對針對病源的治療無反應，預期壽命短，僅得數日、數星期或幾個月生命（Calman KC, 1978年、McCusker J, 1984年）。

2.2 照顧末期病人的目的：

照顧末期病人，旨在提供恰當的紓緩治療，以改善病人的生活質素及給予病人家人支援。對末期病人而言，紓緩治療是對生命的尊重，但病人同時亦接受死亡將無可避免。紓緩治療不是要加快生命的結束，其目的是為病人消除痛楚及其他困苦病徵。醫生不應假定治療／藥物的不良副作用會縮短壽命，而不提供這些可有效紓緩垂死病人痛苦的治療／藥物（Royal College of Physicians, 2001年）。病人何時死亡，往往是取決於疾病的進程，而非所使用的藥物（Brody H, 1997年）。紓緩治療亦為病人提供心理及靈性上的幫助，並協助紓解病人家人在病人患病及逝世時的哀傷。即使已不提供或撤去不適當的維持生命治療，仍應繼續提供照顧及支持（WHO, 1990年）。

2.3 有尊嚴地逝世：

對末期病人而言，最重要的是讓他們有尊嚴地逝世。這包括：(1)保障病人的身體和心靈尊嚴；(2)消除痛楚及困苦；(3)尊重病人的選擇；及(4)珍惜生命的最後階段。

尊嚴是指一個人內在或習得的，對本身作為“人”的價值感覺。因此，“價值”的定義可能會因人而異，受個人的價值觀、人生經歷、以及文化、社會及宗教背景所影響。因此，前段所列的各點並非包攬無遺，必須由個別人士自己衡量。要讓末期病人有尊嚴地逝世，有賴病人、病人家人、醫護團隊及社會的共同努力。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

3. 對安樂死的立場

- 3.1 註冊醫生專業守則對安樂死的定義是“直接並有意地使一個人死去，作為提供醫療護理的一部分。”醫管局謹再申明其反對安樂死的立場。這種做法有乖倫理及違法。病人要求安樂死，往往是因為症狀不受控制，或備受社會、心理或靈性問題困擾，而尋求幫助。我們固然不會依從病人安樂死的要求，但必須妥善處理病人所面對的種種問題。這方面需要與病人及其家人仔細溝通。醫管局亦基於同樣理由而反對醫生協助病人自殺。

4. 不提供或撤去維持生命的治療

4.1 維持生命治療的定義：

“維持生命治療”是指所有能夠延遲病人死亡的治療，包括心肺復甦術、人工呼吸、血液製品、起搏器、血管加壓藥、針對特別病況的專門治療（例如化療或透析）、對致命感染提供抗生素、以及人工營養及流體餵養（BMA 1999年，第3.2條）。我們會在第8條特別探討人工營養及流體餵養的情況。

4.2 何時適宜不提供或撤去維持生命的治療？

不提供或撤去維持生命治療是一項重大決定。若處理失當，可能違背倫理，而法律上亦難被接受。醫管局認為在以下情況不提供或撤去維持生命的治療，是合乎倫理和法律上可接受的：

- (a) 一名精神上有能力作出決定而且已妥為知情的病人拒絕接受維持生命治療。
- (b) 該項治療已無效。

對於精神上無能力行事作出決定的病人或兒童病人個案，病人的家人或監護人的角色要作特別考慮。詳見以下第5及第6條。

不應使用「被動安樂死」一詞的原因請參看附錄2。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

4.3 無效用治療的界定：

- 4.3.1 狹義來說，無效用治療是指生理上無效的治療。當臨床理據及經驗顯示一項維持生命的治療極不可能生效，這項治療即屬無效用（Schneiderman LJ，1990年），例如為即使是輔以最大的血管加壓藥而仍不能逆轉的毒性休克病人進行心肺復甦術，（American Medical Association，1992年）。在生理上明顯無效的情況下，醫生沒有倫理上的責任去提供無效治療（American Thoracic Society，1991年）。有關決定通常由醫護團隊作出。
- 4.3.2 對於大多數臨床情況審視治療是否無效用，實際是衡量治療對病人的負擔及好處，治療雖可延長生命，但要考慮該治療是否符合病人最佳利益（BMA 1999年，第11.1(a)條）。就此廣義而言，由於評估對病人的負擔及好處時須考慮生活質素並涉及價值觀的問題，故此醫護團隊、病人及病人家人的觀點也會影響無效治療的決定（Truog RD，1992年）。醫療的目的，不應是不顧一切地維持生命，而不理會生活質素及治療對病人的負擔（BMA 1999年，第1.2條）。
- 4.3.3 於衡量對病人的負擔及好處時，治療決定是由醫護團隊、病人及病人家人透過謀求共識的過程而達成（Helft PR，2000年；Nasraway SA，2001年）。醫護團隊應向病人及病人家人講述病人預後的實際評估，例如有關該急症的可逆性、疾病的嚴重性及預期的生活質素（Pochard F，2001年）。在考慮過程當中，醫護團隊必須顧及病人的價值觀及意願，和病人家人為病人利益而作的觀點，有時並需在限定時間內試行一些治療。此持平的考慮過程，是決定是否不提供或撤去無效治療的基礎（American Medical Association，1999年）。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁

4.4 停止和撤去（無效用治療）並無倫理上的分別：

- 4.4.1 醫管局同意英國和美國當局的意見，即不提供及撤去治療兩者之間並無法律或倫理上必然的差別（BMA 1999年，第6.1條；ACCP/SCCM，1990年）。繼續提供治療與開始提供治療的理據並無兩樣。當一項治療被視為無效用時，將之撤去的決定，與不提供該項治療的決定，都是基於相同的倫理原則。
- 4.4.2 為病人開始提供維持生命治療的醫生，應可於該治療無效用時，撤去該項治療。對一些在接受維持生命治療初期療效並不肯定或顯著的病人而言，容許醫生這樣做事實上對病人更有保障，否則醫生為了避免永無止境地對毫無起色的病人提供治療，可能索性選擇不提供該項治療。合理的做法是，在療效不能肯定的情況下，醫生仍可開始提供治療，並可於證明病人明顯無得益時考慮撤去治療（BMA 1999年，第6.1條）。
- 4.4.3 雖則不提供治療與撤去治療原則上並無倫理層次分別，但在實際生活中，撤去維持生命治療於感情或程序上對醫護團隊、病人及病人家人來說，都較不提供維持生命治療更為困難（BMA 1999年，第6.1條；Luce JM，1997年）。當醫護團隊隨後發覺為病人提供的維持生命治療並無效益而需要撤去治療時，這個治療路向的改變可能會被病人及病人家人視作放棄病人。因此在開始提供治療前，有技巧地講解治療目的和終結點，並於提供治療後細心溝通，將有助日後於需要時撤去該項治療（Faber-Langendoen K，1994年）。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

5. 與成年病人有關的決定

除了在治疗根本屬生理上無效，以致別無選擇外，作出決定的程序基本上是醫護團隊、病人及病人家人建立共識的過程。

5.1 有能力作出決定的成年病人拒絕接受維持生命治療：

5.1.1 若成年病人精神上有能力作出決定而且已妥為知情，則其不提供或撤去維持生命治療的決定必須加以尊重。

5.1.2 醫療小組的角色：
就此，醫療小組的職責如下：

- (a) 確保病人已獲充份告知治療的性質、作用、風險和好處、可能併發症，以及其他可作的選擇(包括不作治療)，並且確保病人對於有關風險和好處不受錯誤的假設或訊息誤導；
- (b) 恰當地評估病人精神上的能力。除非有證據顯示病人缺乏精神上有能力作出治療決定，否則，醫生要假設所有成年人有該能力。要評估病人是否有能力同意或拒絕治療，醫生須確定以下各項：
 - 病人是否有能力廣義明白及保留與作出決定相關資料的記憶，包括接受或不接受建議治療的可能帶來的後果？就此，病人只需保留有關資料的記憶一段時間，以作出有效決定；及
 - 病人是否有能力使用有關資料及互相衡量比重？及
 - 病人是否能因應決定的重要性而作出相應的決定？及
 - 病人是否有能力以其他人明白的方式表達其決定？



醫院管理局
HOSPITAL
AUTHORITY

病人安全風險管理 / 質素及安全部

醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引

檔號	CEC-GE-7
發文日期	2020年7月2日
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 46 頁

在這方面，醫生必須信納病人作出決定的能力並沒有受到疾病或藥物影響。請注意：即使輕度精神病患者亦可能有能力作出決定，只要該患者符合上述的精神能力條件。

若對病人的精神能力有懷疑，應徵求精神科醫生的獨立意見。

- (c) 確保病人有能力作出自由的選擇（即不受任何人的不適當壓力）。有效的同意必須是病人自願及不受其他人不適當影響的情況下作出選擇。在作出決定前，病人衡量不同因素時可能感到壓力，故必須確保病人沒有被第三者影響，致令其不能行使自由意志。
- (d) 若病人拒絕治療並不符合其利益，醫護團隊應有同理心地作進一步解釋。
- (e) 若醫護團隊對病人是否有能力作出決定，或對以上(a)至(d)四項程序是否足夠方面未能達致共識，則應徵求第三者的意見。通常這第三者應是一位與病人臨床治理並無直接關係的資深醫生。

5.1.3 除非病人反對，否則讓病人家人參與討論及謀求共識，是良好的做法。不過，家人的意見不可凌駕有能力作出決定的成年病人的意見。

5.1.4 詳細資料可參閱醫管局“Legal Principles on Informed Consent”。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁

5.2 預設醫療指示：

在許多先進國家，若病人喪失作出決定的能力，病人事先作出拒絕接受維持生命治療的有效和適用指示會受到尊重。在英國、美國、澳洲、加拿大及新加坡等國家，都以普通法原則或專門立法來規定這個做法。由於香港尚無有關預設醫療指示的成文法，故此醫管局將依循普通法行事。詳情請參閱《醫院管理局成年人預設醫療指示醫生指引》最新版本。

5.3 精神上無能力行事作出決定的成年病人於有法定監護人時的決定：

在本指引內，“法定監護人”或“監護人”的定義是“根據《香港精神健康條例》（法例第136章）由香港監護委員會委任並獲授權同意接受治療的監護人”。若治療被視為符合病人的最佳利益，監護人在法律上有權同意接受治療，因此若治療被視為對病人無效，監護人亦理應有權不同意治療。醫護團隊須向監護人提供準確資料，協助監護人作出決定及謀求共識。

5.4 為精神上無能力行事、無有效預設醫療指示及無法定監護人的病人決定不提供或撤去維持生命治療：

5.4.1 最終決定須是根據病人最佳利益而作出的醫學決定。但醫護團隊須致力與病人家人謀求共識，除非病人家人的觀點明顯違反病人的最佳利益。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

5.4.2 決定病人的最佳利益時，須考慮下述因素，以衡量對病人的負擔及好處（BMA 1999年，第18.1條）：

- (a) 對建議治療的功効的臨床判斷；
- (b) 病人會否遭到嚴重難以治理的痛楚或困苦；
- (c) 病人會否出現不可逆喪失知覺（ATS，1991年）；
- (d) 若提供治療，能否改善病人情況及改善程度；
- (e) 在當時環境下，治療的入侵性是否有理據支持；

此外，應盡可能確定病人事先表達的意願及價值觀。應切實將上述因素告知病人家人，向他們了解病人會認為是有利的事項，並協助謀求共識。若可能的話，有關決定應循序進行，讓參與各方有時間討論、解釋及思索。

5.4.3 有些時候，某項延長生命的治療被醫護團隊視為必要及符合病人最佳利益，但病人家人未必贊同。就法律而言，醫護團隊可繼續進行必要及符合病人最佳利益的維持生命治療。但如非緊急，應盡可能透過溝通與病人家人謀求共識。

5.4.4 當病人精神上無能力行事作出決定，並且沒有家人可提供有關病人價值觀及意願的資料，醫護團隊在決定病人的最佳利益時，應要格外審慎，並應有兩名醫生參與討論，然後才決定不提供或撤去維持生命治療。如遇疑難，可徵詢醫院 / 聯網醫療倫理委員會的意見。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

5.5 病人或病人家人要求提供無效用的治療：

5.5.1 在生理上治療明顯無效用的情況下，醫護團隊沒有義務提供無效用治療，並應用同理心向病人及／或病人家解釋。

5.5.2 在一些情況下，病人／家人會要求醫護人員提供一些並非生理上無效用的治療，但醫護團隊認為治療不能對病人提供淨利益。這種情況會在以下時間出現：

- 當醫護團隊未充分有效地向病人／家人講述對病人狀況的實際評估（Gilligan T & Raffin T，1997年）；
- 當病人／家人無視維持生命治療缺乏效用，在此「效用」是指有意義的預期壽命及生活質素；
- 當病人／家人雖經醫護團隊解釋後，繼續懷有不切實際的期望。

對於以上情況，有需要作進一步溝通以澄清錯誤的資料或不切實際的期望，令醫護團隊、病人及病人家人可謀求共識。若對治療是否無效仍未清楚，則可考慮試行有時間的治療（參看第5.6段）。

5.5.3 當被要求繼續進行所有技術上可行的治療，而病人實際上並無復元希望時，醫護人員在倫理上有責任把可動用的資源作最佳的運用。他們有時必須作出困難的決定。雖然這是一個範圍甚廣的問題，本文件難以充分加以討論，但很明顯醫生並無義務答允一些對有限資源的不公平的索求（BMA 1999年，第11.1(d)條）。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

5.6 試行有時限的維持生命治療：

在一些臨床情況下，維持生命治療雖然很有可能已經再無效用，但未能完全確定，而病人及其家人仍未認為治療不具效用。在這種情況下，醫護團隊應：

- 確保已向病人及病人家人說明疾病不可逆轉的可能性，而後者亦已明白。醫生應坦誠解釋治療很可能無效用及其潛在風險和傷害。
- 經與病人及病人家人協議明確的治療目的及終點後，考慮為病人試行有時限的維持生命治療。醫生為病人提供一項訂明時間的治療，通常為期若干日，以評估病人對治療的反應。若在嘗試期結束後仍未能達到先前議定的治療目的，則可確立治療無效用，亦即可共同決定撤去維持生命的治療（Singer PA，2001年；Nasraway SA，2001年）。

6. 與未成年病人有關的決定

（註1：根據1995年醫管局醫務法律指引第D1:2.1條，未成年病人指18歲以下的病人。

註2：未成年病人監護人的角色就如同是其父母）

6.1 倫理考慮：

- 6.1.1 對未成年和成年人應使用相同的基本倫理原則。未成年病人一如成年病人，考慮應否為他們提供或撤去治療的主要因素，包括病人的最佳利益，以及評估治療的好處及負擔（BMA 1999年，第14條）。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

6.1.2 病人的最佳利益是指就某項治療而言，病人可得的利益跟可遭到的傷害、困擾及痛苦之間而作出的衡量（CPS, 1986年）。決定最佳利益的準則包括有關未成年人士能否發展知覺、互動溝通及有意識的行為，以及會否遭到嚴重又無可避免的痛楚及困苦（BMA 1999年，第14條）。

6.2 決定程序：

6.2.1 未成年病人參與決定的程度應與其成長程度相符（AAP，1994年）。醫護人員應鼓勵和協助他們瞭解所接受的治療及照顧。他們的意見和願望對評估最佳利益極為重要，無論在作出決定的任何階段，都應予以重視（BMA 1999年，第14條）。

6.2.2 讓病人參與討論其醫護需要，有助促進病人、其父母及醫護人員之間的信任及關係。若某年幼病人拒絕接受治療，醫護人員應耐心和努力探討原因，並糾正任何對治療的誤解。醫生和父母對未成年病人就應否不提供或撤去維持生命治療的明確意願，應加以重視。未成年病人的年齡愈近18歲，其意願應更獲重視。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁

6.3 不提供及撤去維持生命治療：

不提供及撤去未成年病人的維持生命治療應遵照無效用醫療的原則（見第4條），包括狹義的生理上無效用或廣義的涉及生活質素的無效用治療。在以下情況，醫生可考慮不提供或撤去維持生命治療（RCPCH，1997年）：

- 持續植物人狀況。這種狀況的定義是病人在頭部創傷後12個月或其他腦部受損後6個月，對本身及周圍環境並無知覺、能自發性地呼吸、循環系統穩定、出現彷彿睡眠及清醒的閉眼及開眼循環期。病人須完全倚賴他人照顧，對外邊世界無反應溝通。
- “沒有機會”的情況。未成年病人的病情十分嚴重，而提供維持生命治療僅能延遲死亡，而不能明顯地紓緩痛苦，亦不能改善生活質素或潛能。醫生並無法律責任為他提供任何不符合病人最佳利益的治療。
- “毫無意義”的情況。雖然病人經治療後可能會生存，但其身體或精神殘障的嚴重性，已達該名病人不能承受的地步。在這種情況下，該未成年病人將無法參與是否繼續或停止治療的決定。
- “無法忍受”的情況。未成年病人及／或其家人認為，鑑於疾病的持續惡化和不可逆，繼續治療是難以承受的。無論醫生對治療可達致的功效有任何意見，他們仍希望撤去某項治療，或拒絕繼續接受治療。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

6.4 父母和醫護團隊的角色：

6.4.1 對一名未成年人負有父母責任的人士，只要是基於該未成年人的最佳利益及有準確資料為依據，則在法律和倫理上都有權同意或拒絕進行治療。通常他們的決定應被接納，除非該決定在未成年人的最佳利益方面與醫護人員的理解有嚴重衝突（BMA 1999年，第15.1條）。

6.4.2 當醫生在臨床上未能肯定應否提供具體治療（因為未能肯定有關治療的好處是否足以抵銷負擔）時，應坦誠通知未成年病人的父母。醫生有責任向病人、病人父母或其他恰當的決定者提供各治療方案的充分資料，包括治療的風險、不適、副作用、好處、以及成功的機會（如果知悉）（AAP，1994年）。醫生、病人及知情的父母應共同作出決定，臨床因素由醫生主導，而在廣泛的最佳利益上，則由父母主導（BMA 1999年，第14條）。

6.5 實際考慮：

6.5.1 當未能肯定治療是否符合未成年病人的最佳利益時，可試行有時限的治療，隨後加以檢討。這可提供時間以評估治療成效及進一步審核臨床情況，以及與未成年病人的父母討論（BMA 1999年，第15.1條）。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

6.5.2 於決定不提供或撤去維持生命治療前，應盡量容許有足夠時間供有關人士討論、解釋及考慮。父母應在作出決定前與親友商量，而徵求其他臨床專家的意見及支援家庭的人士，例如宗教人士的意見，亦可能有幫助（BMA 1999年，第15.2條）。如有需要，可轉介未成年病人及其父母接受臨床心理學家及社會工作者的評估、輔導及支持。

7. 溝通及意見不一致的處理

7.1 與病人及病人家人的溝通：（Faulkner A，1998年；Lo B，1999年）：

- 良好的溝通技巧及感同身受的態度，是與病人、病人家人及監護人溝通的要素。
- 決定過程往往因病人及病人家人情緒困擾而受影響。因此，於討論具體的臨床決定前，可先行瞭解病人及病人家人的關注、目標及價值觀。
- 醫護團隊應體諒病人及病人家人可能有否認、憤怒、內咎、責備及憂傷等心理反應。當病人面對死亡掙扎時，積極聆聽和感同身受的態度本身已具治療價值。若了解病人及病人家人的社會、文化及宗教背景，將有助於溝通。
- 倘認為維持生命治療並不適合，必須讓病人及病人家人明白醫學上無效及舒緩性治療的意義。
- 必須讓病人及病人家人明白，醫護團隊會一直為病人控制症狀、給予關懷照顧及情緒支援。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

7.2 與病人及病人家人意見不一致：

7.2.1 當與病人及病人家人意見不一致時，應進一步溝通以糾正不正確的資料或不切實際的期望。這方面可尋求善於處理溝通問題的醫療人員協助。

7.2.2 若分歧嚴重，未能透過溝通解決，可要求有關醫院／聯網醫療倫理委員會協助，提供指引，委員會亦可從中調解。

7.2.3 一名精神上無能力行事的成年病人若沒有法定監護人，則醫護團隊可考慮在以下情況向監護委員會申請委任監護人（Guardianship Board of Hong Kong，2000年）：

- 家庭成員之間就不提供／撤去無效治療意見相持不下。
- 有證據顯示家人有不當的動機。

監護委員會可適當委任一名病人親人或其他人為監護人。

7.2.4 如未能解決分歧，醫護團隊可徵詢法律意見。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

7.3 醫護團隊成員間意見不一致：

- 7.3.1 醫護團隊的成員應力求共識。若未能取得共識，應徵求另一名沒有直接參與照顧病人的資深醫生的意見。
- 7.3.2 若醫護團隊成員的意見嚴重分歧，可向醫院／聯網醫療倫理委員會尋求指引。
- 7.3.3 若經深入討論後醫護團隊仍有成員良知上（非醫療理由）認為不應不提供停止或撤去維持生命治療，則應盡可能准許該成員將照顧病人的工作移交其他同事（BMA 1999年，第24.1條）。

7.4 預設照顧計劃：

若病人患嚴重並持續惡化疾病，病人、其醫護服務提供者、家人及照顧者可透過預設照顧計劃程序，計劃病人未來的照顧。透過此過程：

- a) 精神上有能力作出決定的病人可表達本身對未來醫療或個人照顧的意願，或作出拒絕接受維持生命治療的預設醫療指示；
- b) 精神上無能力作出決定的成年病人或未成年病人，其家人與醫護團隊可根據病人的最佳利益謀求共識，為病人計劃未來的醫療或個人照顧。

進行預設照顧計劃討論的醫護人員應要具敏感觸覺及良好溝通技巧，詳情請參閱2019年《醫院管理局預設照顧計劃指引》。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

8. 人工營養及流體餵養

8.1 定義及適應症：

人工營養及流體餵養特別指不經吞嚥而為病人供給營養或水份的方式，包括使用鼻胃管、經皮胃管道、靜脈或皮下輸液，以及靜脈營養（BMA 2007年，第12.1條）。當未能進行口腔餵食，或口腔餵食不足以滿足病人需要或有吸入風險，便可能需施行人工營養及流體餵養。然而，人工營養及流體餵養亦會對病人造成風險和負擔，故有必要就個別情況衡量利弊。在適當情況，應分別就人工流體餵養及人工營養作出考慮，因在不同臨床情況兩者各有好處和風險。

8.2 屬於治療方式：

在一些普通法司法管轄區，包括英國，人工營養及流體餵養屬於治療方式。在某些情況，經考慮病人意願及衡量治療的好處和負擔，人工營養及流體餵養可予撤去或不予提供（BMA 2007年，第12.2條）。然而，經口腔供給營養和水份是基本護理的一部分，故不應不予提供或撤去（BMA 2007年，第11.1條）。

8.3 人工營養及流體餵養以外的選擇：

在一些情況，即使病人有餵食困難，在考慮人工營養及流體餵養以外，口腔餵食仍是可考慮的選擇。當與病人及其家人討論是否提供人工營養及流體餵養時，這往往是整體討論的一部分。在一些臨床情況，有證據顯示人手小心餵食的結果與管道餵食相若（請參閱附錄3）。在一些個案，經考慮不同選擇的好處和負擔，以及病人的價值觀和意願，即使病人有餵食困難，以人手小心餵食在倫理上可予接受。附錄3載有從倫理角度有關晚期認知障礙病人餵養的討論，可供作參考。我們須注意，在不同的臨床情況不同餵養選擇有不同好處和負擔，故有必要就個別情況作考慮。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

8.4 額外保障規範：

有些人認為人工營養及流體餵養與其他維持生命治療有重要分別，亦有人認為這些屬基本護理（BMA 2007年，第12.1條；GMC 2010年，第114條）。有鑑於此，當口腔餵食不足以滿足所需或不合適，醫院管理局認為除了下文第8.5至8.7段所述的一些情況外，在決定不提供或撤去人工營養及流體餵養前，應要執行額外保障規範，包括在一些情況下進行司法覆核。

8.5 精神上有能力作出決定的病人：

當一名精神上有能力作出決定而且已妥為知情的病人拒絕人工營養及流體餵養，其決定應受到尊重。

8.6 有預設醫療指示的病人：

當病人精神上無能力作出決定，病人事先作出拒絕接受人工營養及流體餵養的有效及適用指示應受到尊重。對於處於持續植物人或不可逆轉昏迷狀況的非末期病人，在撤去其人工營養及流體餵養時，須留意2016年《醫院管理局成年人預設醫療指示醫生指引》第38-40段的特別指示。

8.7 當死亡臨近及無可避免：

若精神上無能力作出決定的病人未具有效的預設醫療指示，當死亡臨近及無可避免，遵照其他維持生命治療的相同原則，不提供或撤去人工營養及流體餵養可予接受。就本指引而言，“臨近死亡”指預計在數小時或數日內死亡（GMC 2010年，第2條）。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁

8.8 當病情屬晚期但不是臨近死亡：

若病人病情或情況處於或臨近晚期，且精神上無能力作出決定，但預計不會在數小時或數日內死亡，有時要確切衡量人工營養及流體餵養的好處和負擔並不容易。我們或會有疑問，如不滿足病人的營養或水份需要，可能會令其承受痛苦症狀和併發症，或如嘗試滿足我們認為病人的營養或水份需要，可能會引致他們不必要的痛苦（GMC 2010年，第113條）。若病人未具有效拒絕接受人工營養及流體餵養的預設醫療指示，在考慮不提供或撤去人工營養及流體餵養時，必須執行以下保障規範：

- 8.8.1 醫護團隊與病人家人（如有）根據病人事先表達的意願及價值觀，透過溝通達致共識，認為不提供或撤去人工營養及流體餵養的決定符合病人最佳利益。醫護團隊中最少須有兩名醫生，其中一人須是有關專科醫生。
- 8.8.2 如病人不能吞嚥，除了以上第8.8.1段所述的規定外，醫護團隊在決定不提供或撤去人工營養及流體餵養前，應徵詢聯網醫療倫理委員會的意見，除非：
- 病人在喪失自決能力前，明確表達拒絕人工營養及流體餵養的意願（由其家人清楚轉述或在病人仍具自決能力時於醫療紀錄內清楚載列），或
 - 病人積極及重複表示抗拒人工營養及流體餵養。
- 8.8.3 應詳細紀錄作出決定的過程及理據，以便需要時進行檢討或審核。
- 8.8.4 若醫護團隊與病人家人的意見不一致，可遵照第7.2及7.3段所述方式處理。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁	

8.8.5 如對決定有懷疑，醫護團隊可尋求法律意見，包括諮詢應否由法庭解決。

8.8.6 對於處於持續植物人或近似狀況的病人，必須尋求原訟法庭聲明。

9. 紀錄和檢討臨床決定

9.1 在病人的醫療紀錄內，應詳細記載決定不提供或撤去維持生命治療的理據。

9.2 不提供或撤去維持生命治療的決定，在適當情況，應於執行之前及之後加以檢討，以兼顧任何情況的改變。

9.3 必須於紀錄寫明，有關決定是不提供／撤去所有維持生命治療，抑或只是不提供／撤去某些維持生命治療。決定不提供／撤去某項維持生命治療不必表示亦不提供／撤去其他維持生命治療。例如，「不作心肺復甦術」只是說「不作心肺復甦術」，並非表示不要施行其他維持生命治療。

10. 提供照顧及支持

10.1 即使決定不提供或撤去維持生命治療，醫護人員仍應一直為病人控制徵狀、給予關懷照顧及情緒支援。

10.2 在決定不提供或撤去治療後，病人的至親很多時除了感到哀傷外，並會感到內咎和焦慮。因此，在決定不提供或撤去維持生命治療之前或之後，都應給予病人家人支援（BMA 1999年，第26.1條）。

10.3 必須明白，參與不提供或撤去維持生命治療的醫護人員亦會受到情緒和心理壓力，故應設立妥善機制，讓有關人員於作出決定之前、決定期間及決定之後，均可得到適切的支援（BMA 1999年，第26.2條）。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 32 頁，共 46 頁

參考文獻

ACCP/SCCM Consensus Panel (1990). Ethical and Moral Guidelines for the Initiation, Continuation, and Withdrawal of Intensive Care. *Chest*, 97:949-58.

American Academy of Pediatrics (1994). Guidelines on Forgoing Life-sustaining Medical Treatment: Policy Statement, RE 9406. *Pediatrics*, 93(3):532-536.

American Medical Association (1992). Ethical Considerations in Resuscitation. *JAMA*, 268:2282-8.

American Medical Association (1999). Medical Futility in End-of-life Care: Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. *JAMA*, 281:937-941.

American Thoracic Society (1991). Withholding and Withdrawing Life-sustaining Therapy. *Am Rev Respir Dis*, 144:726-31.

Beauchamp TL & Childress JF (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5th ed). Oxford University Press.

British Medical Association (1999). *Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment: Guidance for decision making*. London: BMJ Books.

British Medical Association (2007). *Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment: Guidance for Decision Making*. 3rd ed. Malden, Mass.; Oxford: Blackwell Publishing.

Brody H et al (1997). Withdrawing Intensive Life-sustaining Treatment - Recommendations for Compassionate Clinical Management. *New Engl J Med*, 336:652-7.

Calman KC (1978). Physical Aspects. In: Saunders C (Ed), *The Management of Terminal Disease*. London: Arnold.

Canadian Paediatrics Society (1986). Treatment Decisions for Infants and Children: Position Statement of the Bioethics Committee of CPS, ref no. B86-01. CPS.

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 33 頁，共 46 頁

Faber-Langendoen K (1994). The Clinical Management of Dying Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Chest*, 106:880-8.

Fan RP (1997). Self-determination vs Family-determination: Two Incommensurable Principles of Autonomy. *Bioethics*, 11:309-322.

Faulkner A (1998). ABC of Palliative Care: Communication with Patients, Families and Other Professional. *BMJ*, 316:130-132.

General Medical Council (2010). *Treatment and Care Towards the End of Life: Good Practice in Decision Making*. London: General Medical Council.

Gilligan T & Raffin T (1997). Physician Virtues and Communicating with Patients. *New Horizons*, 5:6-14.

Guardianship Board of Hong Kong (2000, Nov 22). *Guardianship & the Law on the End of Life*. Guardianship Board of Hong Kong.

Helft PR et al (2000). The Rise and Fall of the Futility Movement. *NEJM*, 343:293-296.

Ho DYF (1995). Selfhood and Identity in Confucianism, Taoism, Buddhism, and Hinduism: Contrasts with the West. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 25(2):115-138.

Lo B (1999). Discussing Palliative Care with Patient: ACP End of Life Care Consensus Panel. *Annual of Int Med*, 130:744-9.

Luce JM (1997). Withholding and Withdrawal of Life Support: Ethical, Legal, and Clinical Aspects. *New Horizons*, 5:30-7.

McCusker J (1984). The Terminal Period of Cancer: Definition and Description Epidemiology. *Journal of Chronic Disease*, 37:377- 85.

Nasraway SA (2001). Unilateral Withdrawal of Life-sustaining Therapy: Is it Time? Are We Ready? *Crit Care Med*, 29:215-217.

Pochard F et al (2001). French Intensivists Do Not Apply American Recommendations Regarding Decisions to Forego Life-sustaining Therapy. *Crit Care Med*, 29:1887-92.

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 34 頁，共 46 頁

Royal College of Paediatrics and Child Health (1997). Withholding or Withdrawing Life Saving Treatment in Children: A Framework for Practice. London: RCPCH.

Royal College of Physicians (2001). Medical Treatment at the End of Life: A Position Paper. Clin Med JRCPL, 1:115-7.

Schneiderman LJ et al (1990). Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications. Ann Intern Med, 112:949-954.

Singer PA et al (2001). Hospital Policy on Appropriate Use of Life-sustaining Treatment. Crit Care Med, 29:187-191.

Truog RD et al (1992). The Problem with Futility. NEJM, 326:1560-4.

World Health Organization (1990). Cancer Pain Relief and Palliative Care. Geneva: World Health Organization.

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 35 頁，共 46 頁

香港醫務委員會
香港註冊醫生專業守則
第26條（對末期病人的護理）
（2000年11月修訂）
（在2016年的版本，此為第34條）

- 26.1 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。
- 26.2 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。
- 26.3 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。
- 26.4 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。
- 26.5 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。
- 26.6 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	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 36 頁，共 46 頁

不應使用“被動安樂死”一詞的原因

雖然“被動安樂死”一詞被一些人用以表示“不提供或撤去維持生命治療”，但在醫學先進國家的正式討論中，並無使用這個名詞。比較有名的例子包括：1983年調查美國醫學及生物醫學倫理問題及行為研究總統特任委員會公布的“決定中止維持生命治療”（治療決定的倫理、醫學及法律問題報告書），以及1994年英國上議院專責委員會英國醫學倫理報告書。各醫學先進國家的有關專業指引亦沒有使用這個詞。醫管局亦不贊成使用“被動安樂死”一詞，以免產生誤解：

- (a) 在恰當情況下決定“不提供或撤去維持生命治療”，在倫理和法律上是可以接納的。這跟醫務委員會守則定義為“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”的“安樂死”在倫理上和法律上都截然不同。後者被一些人稱為“主動安樂死”，除了荷蘭、比利時和盧森堡外，在全球都屬違法。使用“被動安樂死”一詞去形容恰當地不提供或撤去維持生命治療，可能令人誤以為這項決定在倫理上和法律上與“主動安樂死”相同。
- (b) “不提供或撤去維持生命治療”包括很多不同的情況，由停止為末期惡性腫瘤病人進行心肺復甦術，以至停止為一名持續在植物人狀態的病人提供人工供給營養都屬本詞涵蓋範圍。但前者並無爭議性，而後者卻極具爭議性。如果使用“被動安樂死”一詞，人們可能會把所有“不提供或撤去維持生命治療”的情況，都當作是一如後者般極具爭議性的情況。
- (c) “被動安樂死”一詞可能含有“有意殺害”的意思。我們支持不提供或撤去僅能延長死亡過程的無效用治療，但我們並不支持有意的殺害。

因此，避免使用令人誤解的“被動安樂死”，而改用較中性的“不提供或撤去維持生命治療”會有助這個課題的公開討論。同時，在個別情況下如有需要與病人及病人家人討論，使用後者亦會達致更積極的後果。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 37 頁，共 46 頁

從倫理角度對有關晚期認知障礙病人餵養的討論

1. 引言

- 1.1 晚期認知障礙病人常併發進食困難（Mitchell 2009年；Hanson 2011年，2013年）。病人出現進食困難有不同原因（RCP 2010年），包括口腔前期、口腔期或咽部期。晚期認知障礙病人併發復發性肺炎、發燒及進食困難（Global Deterioration Scale 7分）預後不佳，39% 在6個月後死亡，存活期中位數為1.3年（Mitchell 2009年），雖不是臨近死亡，但是無可避免。
- 1.2 晚期認知障礙病人常因併發進食不良或吸入性肺炎而入住醫院急症病房，大部分的腸內餵飼都是在病人急性病發及住院時插入鼻胃管或經皮胃管道。香港較常使用鼻胃管，而許多先進國家則使用經皮胃管道。不過，管道餵食會引起不適，特別是鼻胃管。醫護人員常處於兩難情況，不容易決定應提供／繼續或不提供／撤去人工營養及流體餵養。
- 1.3 經系統性翻檢文獻，發現晚期認知障礙病人接受腸內餵飼未能有效防止吸入性肺炎、延長存活期、提升生活質素、功能或營養狀況，或減少感染和壓瘡。此外，管道餵飼亦會引致併發症，而增加使用約束會對病人生活質素有不良影響（Sampson 2009年；Finucane 1999年；Garrow 2007年）。英國一項就插入經皮胃管道病人進行的審核顯示，認知障礙病人組別使用經皮胃管道所得結果遠遜於其他組別，例如中風引致吞嚥障礙的病人及口咽癌病人。認知障礙病人組別預後極差，雖然透過經皮胃管道可提供營養補充，但病人在1個月及12個月後的死亡率分別為54% 及 90%。作者建議制訂更嚴謹的轉介準則，以免施行無效的經皮胃管道插入程序（Sanders 2000年）。此外，有證據顯示以人手經口腔小心餵食（人手小心餵食）（Li 2002年；Sherman 2003年；DiBartolol 2006年）是有效維持營養的方法（Mitchell 2004年；DiBartolol 2006年；Hanson 2013年）。再者，在病人結果方面，包括就死亡、吸入性肺炎、功能狀況及病人舒適感方面，人手小心餵食最低限度與管道餵飼相若（Mitchell 1997年；Garrow 2007年；Hanson 2013年）。本附錄末部載有人手小心餵食的定義。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 38頁，共 46頁

2. 國際趨勢

- 2.1 儘管不同地域會有文化差異，但我們可參考國際趨勢以作借鏡，國際趨勢是以治療結果的最新理解作為依據。
- 2.2 美國老人科學會大力提倡採用人手小心餵食，以取代為吞嚥困難的晚期認知障礙病人施行腸內餵飼（AGS 2014年；Gillick 2000年；DiBartolol 2006年；Palecek 2010年）。應致力促進口腔餵食，例如對環境作出調適，及引入病人為本的餵食方式，包括改良餐單、口腔衛生、姿勢、復康及教育照顧者。醫院及院舍職員應為病人提供選擇，並尊重病人任何事先表達的意願，不應強行要求或向病人或其家人施壓而採用管道餵飼。
- 2.3 在英國，不同醫療團體提倡跨專業參與為每名病人制訂個人化照顧計劃。為照顧者提供足夠的預後資訊，尤其當病人未有作出預設醫療指示，有助他們就管道餵飼作出知情決定（BGS 2009年，2012年）。若嘗試了所有方法促進口腔餵食但不成功，便可能須使用管道餵飼，但須定時檢視，如出現併發症則應撤去（RCP 2010年）。根據英國國家健康與臨床卓越機構（NICE）的指引，不應為嚴重認知障礙病人一概施行人工餵養。對這些已處於疾病晚期的病人，應着重給予病人舒適感和生活質素，而不只是着重吸入風險（NICE 2006年）。
- 2.4 澳洲及新西蘭老人醫學會（2011年）認為管道餵飼能有效為病況非持續惡化（如中風）的吞嚥困難病人提供臨時營養補充，但對於病況持續惡化的吞嚥困難及有吸入風險的病人（如晚期認知障礙），效果則成疑。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 39頁，共 46頁

3. 餵養選擇的決定過程

- 3.1 如病人有進食困難，應否為病人提供人工營養及流體餵養，或是即使有吞嚥困難仍依賴口腔餵養，在作出決定時倫理及醫學法律因素是重要考慮。對於晚期認知障礙病人，應採用舒緩照顧方式。其他環境因素有時亦為重要，例如由於人手小心餵食須一對一進行，過程費時，當實際情況不容許，可以選擇管道餵飼。在某些情況，經考慮不同餵養選擇的好處和負擔後，儘管病人有吞嚥困難，以人手小心餵食在倫理上可予接受。
- 3.2 口腔或管道餵飼的重要分別，是口腔餵飼可讓病人從進食及社交獲得愉快感覺；相反，以餵食管輸給食物及水份不能讓病人獲得愉快感覺（Lipman 1996年）。
- 3.3 決定過程應建基於醫護團隊成員與病人家人根據病人的最佳利益謀求共識（Li 2002年；Eggenberger 2004年），同時考慮病人任何事先表達的意願和意向，或預設醫療指示，並須有一名專科醫生直接參與，通常為老人科醫生。由不同專業組成的醫療小組，包括醫生和護士，以及一般有的言語治療師及營養師，應為病人作出評估，並與病人及其家人溝通，述明病人的特徵，包括痛苦程度、併發呼吸道疾病、吞嚥功能、活動能力、吸入風險、營養失調及整體預後，並找出厭食、體重下降及吞嚥困難的可逆原因（如間發性感染、環境改變）及作出治療。醫護人員應提供管道餵飼以外的選擇，並詳細解釋短期及長期的影響（BGS 2012年），亦應考慮促進口腔餵食及減低風險的措施。另一方面，亦應考慮措施減低人工營養及流體餵養引起的不適。經皮胃管道可能會引起較少不適，可作為鼻胃管以外的選擇。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 40頁，共 46頁

- 3.4 醫療團隊及病人家人必須明白，即使以人手小心餵食，病人仍有吸入風險，如若不小心進行，風險會更高。他們亦須明白，病人在住院時及出院後，由於病人情況及照顧環境不同，餵食方式亦會不同。因此在作出決定時，須仔細衡量不同選擇的風險和好處，針對個別情況作出考慮。
- 3.5 如口腔餵食不足以滿足所需或不合適，在決定是否提供人工營養及流體餵養時，應遵守本指引第8段所述的保障規範。如未能達致共識，可遵照第7.2 及 7.3段所述的建議。
- 3.6 當施行管道餵食，應定時評估病人的吞嚥能力，以及營養和流體是否足夠。在一些個案，醫護人員會為病人試行有時限的管道餵食，在插入管道前訂明治療目的（如體重增加）及終結點（如病人無法忍受管道餵食）。醫護人員應定時檢視應否繼續施行管道餵食，同樣，亦可為病人試行有時限的人手小心餵食，訂明治療目的及終結點。
- 3.7 紀錄作出決定的過程和理據是十分重要的。

人手小心餵食定義（Li 2002年；Sherman 2003年；DiBartolo 2006年）：

照顧者以人手小心為病人餵食所需的技巧包括：不時提醒病人吞嚥、每口食物讓病人吞嚥數次、每次吞嚥後清清喉嚨、每口食物少於一茶匙份量，以及適當使用凝固粉。照顧者應留意病人非言語的提示，如示意已吞嚥可繼續進食，或出現哽塞，或食物積聚於口腔內。照顧者為長者進行人手餵食時，應全程專注於餵食過程，切勿分心。病人進餐時，應保持其身體坐直，以減低哽塞及吸入風險。對於一些口腔乾涸的病人，在食物中加水或加汁使其濕潤，或將食物與適當稀稠度的流質交替餵食均有助吞嚥。

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 41 頁，共 46 頁

參考文獻:

American Geriatric Society. 2014. American Geriatric Society Feeding Tubes in Advanced Dementia Position Statement. J Am Geriatr Soc 62(8):1590-1593.

Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine. 2011. Position statement: Dysphagia and aspiration in older people. Australas J Ageing. 30(2):98-103.

British Geriatrics Society. 2009. Good Practice Guide: Nutritional advice in common clinical situations. <http://www.bgs.org.uk/index.php/topresources/publicationfind/goodpractice/41-gpgnutrition>

British Geriatrics Society. 2012. Best Practice Guide: Dysphagia management for older people towards the end of life. <http://www.bgs.org.uk/index.php/topresources/publicationfind/goodpractice/2328-bpgdysphagia>

DiBartolol MC. 2006. Careful hand feeding: a reasonable alternative to PEG tube placement in individuals with dementia. J Gerontol Nurs 32(5):25-33.

Eggenberger S & Nelmes T. 2004. Artificial hydration and nutrition in advanced Alzheimer's disease: facilitating family decision making. J Clin Nursing 13:661-667.

Finucane T E, Christmas C, Travis K. 1999. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. JAMA 282:1365-1370.

Garrow D, Pride P, Moran W et al. 2007. Feeding alternatives in patients with dementia: examining the evidence. Clin Gastroentol Hepatol 5:1372-1378.

Gillick MR. 2000. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. N Eng J Med 342:206-210.

Hanson LC, Ersek M, Gilliam R, Carey TS. 2011. Oral feeding options for people with dementia: a systematic review. J Am Geriatr Soc 59:463-472.

Hanson LC. 2013. Tube feeding versus assisted oral feeding for persons with dementia: using evidence to support decision-making. Ann Long Term Care 21(1):36-39.

Li I. 2002. Feeding tubes in patients with severe dementia. Am Family Physician 65(8):1605-1611.

Lipman TO. 1996. Ethics and nutrition support. Nutrition in Clinical Practice 11:242.

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 42 頁，共 46 頁

Mitchell S, Buchanan J, Littlehale S, Hamel M. 2004. Tube-feeding versus hand-feeding nursing home residents with advanced dementia : A cost comparison. JAMDA 5(2):S23 – 29.

Mitchell SL, Kiely DK, Lipsitz LA. 1997. The risk and impact on survival of feeding tube placement in nursing home residents with severe cognitive impairment. Arch Int Med 157:327-332.

Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al. 2009. The clinical course of advanced dementia. NEJM 361:1529-1538.

Morris J, Morris S. ADL assessment measures for use with frail elders. In: Teresi J, Lawton M, Holmes D, Ory M eds. Measurement in Elderly Chronic Care Populations. New York: Springer, 1997:130-156.

National Institute for Health and Care Excellence. 2006. Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg42/resources/guidance-dementia-pdf>

Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ et al. 2010. Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. J Am Geriatr Soc 58:580-584.

Royal College of Physicians and British Society of Gastroenterology. 2010. Oral Feeding Difficulties and Dilemmas: A guide to practical care, particularly towards the end of life. <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/oral-feeding-difficulties-and-dilemmas.pdf>

Sampson EL, Candy B, Jones L. 2009. Enteral feeding for older people with advance dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2:CD007209.

Sanders DS, Carter MJ, D’Silva J et al. 2000. Survival analysis in Percutaneous Endoscopic Gastrostomy feeding: a worse outcome in patients with dementia. Am J Gastroenterol 95(6):1472-1475. Sherman FT. 2003. Nutrition in advanced dementia: tube-feeding or hand-feeding until death? Geriatrics 58(11):10-12.

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 43 頁，共 46 頁

臨床倫理工作小組成員 (2002)

<u>名稱</u>	<u>醫院及職銜</u>	
高永文醫生	醫管局總辦事處專業及公共事務總監	(聯合主席)
謝俊仁醫生	九龍東醫院聯網總監 / 基督教聯合醫院醫院行政總監	(聯合主席)
張大成醫生	醫管局總辦事處醫務規劃發展副總監	(前任主席)
胡令芳教授	香港中文大學內科學系及藥物治療學系	
陳健生醫生	靈實醫院胸肺及紓緩治療科部門主管	
區結成醫生	九龍醫院康復科部門主管	
陳真光醫生	瑪麗醫院深切治療部主任	
歐耀佳醫生	聖母醫院外科部部門主管	
李俊生醫生	伊利沙伯醫院內科顧問醫生	
阮嘉毅醫生	廣華醫院兒科顧問醫生	
曾煥彬醫生	雅麗氏何妙齡那打素醫院麻醉科顧問醫生	
楊美雲醫生	東區尤德夫人那打素醫院臨床腫瘤科高級醫生	
廖雅慈博士	香港大學法律系副教授	
王穎珊醫生	香港大學精神醫學系助理教授	
羅秉祥博士	香港浸會大學宗教及哲學系主任及副教授	
劉浩醫生	醫管局總辦事處高級行政經理(特別事務)	
潘梁儉蓮女士	醫管局總辦事處經理(整體行政支援)	(前任秘書)
區蘊儀女士	醫管局總辦事處經理(特別事務)	(秘書)

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 44 頁，共 46 頁

醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引小組成員 (2015)

主席	謝俊仁醫生
秘書：	林少萍博士，病人安全及風險管理行政經理
成員：	陳浩文教授，倫理學家
	林潔宜醫生，病人安全及風險管理總行政經理
	謝文華醫生，九龍西醫院聯網臨床服務統籌(內科) 明愛醫院 醫院行政總監
	黃鑾堅先生，社會服務行政人員
	楊瀚明先生，醫管局總辦事處法律主任
老人科小組委員會	許鷗思醫生，新界東醫院聯網社區外展服務統籌（社區老人 評估小組）／沙田醫院內科及老人科部門主管
兒科統籌委員會	鄭毅山醫生，屯門醫院／博愛醫院兒童及青少年科部門主管
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
護理中央統籌委員會	賴芷君博士（醫療科學），葛量洪醫院紓緩醫學科顧問護師
護理中央統籌委員會	楊偉芳女士，港島東聯網顧問護師（紓緩治療）
言語治療聯系及服務統籌委員會	顏玉卿女士，律敦治及鄧肇堅醫院言語治療主管

 醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY	病人安全風險管理 / 質素及安全部	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 45 頁，共 46 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	檔號	CEC-GE-7
		發文日期	2020年7月2日
	醫院管理局 對維持末期病人生命治療的指引	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 46 頁，共 46 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