

政制事務委員會會議  
2012年6月18日會議

「中華人民共和國香港特別行政區就聯合國《殘疾人權利公約》提交的首份報告」  
意見書

張馨儀

本意見書試就精神病患及其家屬於本港香港公營醫療體制中所面對的治療政策漏洞、及其生命權、人身自由及安全及保護人身完整性，提出相關立法和法例修訂的意見。

## **1 促請落實全面告知權，修訂相關法例**

1.1 聯合國保護病人權益及促進精神健康照護要則〈聯合國大會 1991年12月17日通過〉  
其中〈要則十一：治療的同意〉清楚列明：

「任何治療必須告知患者後，取得同意方能進行。  
被告知後的同意是在自由意志下、沒有任何的威脅、不當的誘導，透過適當的方式或語言使患者了解相關的諮詢而獲得患者在下列各方面的同意：

- a. 診斷上的評估；
- b. 所提示治療方法的目的、方法、時間過程以及預期的效益；
- c. 可代替的治療方式，包括較少干擾的治療；
- d. 治療可能引起的痛苦或身體不適，以及建議治療方法的風險和副作用。

患者在被徵求表示同意的程序中可以請求一人和一人以上在場，再由他表示同意。  
患者有權拒絕或者停止治療，拒絕或停止治療的後果必須向患者解釋清楚。  
絕對不可以要求患者或是誘導患者放棄被告知後同意的權利，假若患者願意這樣做，也要向患者解釋清楚，沒有獲得患者被告之後的同意是不能夠進行治療的。」

然而，本港並沒就此要則修訂法例。於向精神科求診人士或精神病患於本港公營醫療體制中，由一開始問診、確診、覆診期間，也沒有獲全面告知以知悉完整治療方藥，包括藥物治療所有風險、預計期限、可代替的治療方式等資訊及權利。患者在對治療片面認知下，被動地接受治療，治療後遺卻由患者獨力承擔。此權力不公平情況應予正視。

(關注精神病康復者權益會 [立法會 CB(2)2378/11-12(04)號文件]中{3.1}亦有提及此狀況)

建議精神科藥物的作用或基本資料應清楚列明於患者藥物包裝上並予詳細解釋，包括：

- 1 藥物成分/原材料
- 2 科研證明
- 3 口服藥物與打針的分別
- 4 與何種普通科和專科藥物/食品的負面化學作用
- 5 副作用

1.2 患者的自主權、停止治療權、轉換藥物權於不整全的資訊下均被剝削。

尤其有關精神科藥物的副作用，對腦部的永久損害，多被本港精神科醫生隱瞞。  
有違〈公約〉17.5 條提倡的平等精神。

有關精神科藥物效用的質疑及反對理據已由國際間資深精神科醫生、臨床心理學家、  
腦神經學專家等專業人士公開發表：

a. 藥物成癮

2002 年美國食品及藥物管理局(U.S. Food and Drug Administration)指出抗抑鬱藥 Paxil 的製造商違反製藥業操守及誤導公眾，因而強制製造商向病人和醫生發出警告：部份人會對藥物上癮，停藥時可能會有嚴重副作用。此裁決影響深遠。向公眾揭破被隱瞞多年的藥物真相。

b. 精神科藥物效用不比安慰劑強

2002 年，英國皇家精神科醫院(Royal Collage of Psychiatrists)調低抗抑鬱藥的有效聲明：S S R I 如 prozac、Paxil、Efexor 十多年前面世以來被宣稱有效率至少百分之七十。有效率只有百分之五十至六十。

將此類藥物與安慰劑(placebo)反應作對照的臨床測試中，發現安慰劑醫治抑鬱症的有效率便有百分之四十七至五十。即顯示此類藥物的療效可能並不比安慰劑強。

(2002 年 7 月 15 日於網站 Journals.APA.org 刊登: "The Emperor's New Drugs, "Prevention and Treatment, 第 23 卷, 5 章)

同樣令人注目的是，用腦部掃描確認藥物對腦部的「正面果效」時，服食安慰劑的人相比服食精神科藥物的人，有相同甚至更強的活動量。

(2002 年 5 月 7 日 Shankar Vedantam 於<<華盛頓郵報>>發表"Sugar Pills Fight Depression")

註：安慰劑(placebo)是指實際上沒藥理效力的「藥物」如糖粒或維他命丸，但因病人相信其效力而心理獲舒解。

c. 因服藥造成腦部永久損害

抗精神病藥如 prozac、Paxil、Zoloft 對腦部有一種類似安非他命（或稱「冰」，amphetamine)的作用，會引致身體化學元素不平衡，影響肝、腎、子宮等器官功能，或造成真正腦病變。

Joseph Glenmullen 著作中(如:<<Prozac Backlash>>;New York: Simon and Schuster, 2000)

說明許多藥物會傷害腦部，造成不可挽救的腦細胞死亡，甚至引致無法逆轉的「遲發性運動障礙」(Tardive Dyskinesia)。除認知能力受損外，患者的許多肌肉(包括面部肌肉)都會變得不能自

控，身體常不自主地扭動、抽搐，面容扭曲。服藥五年的人，每一千位便有二百五十人染上此病，全球有數百萬人因服藥而患了真正的腦病變。這是全球公認的數據。

#### d. 「新藥」在推出市場前的臨床實驗成疑

「2004年2月，禮來藥廠就 Cymbalta 臨床實驗，受測者都沒有憂鬱的症狀，在試驗中有 11 個企圖自殺，4 個成功自殺，其中一位是崔西 19 歲的學生，上吊自殺。事後，藥廠稱因為是自殺個案乃出於隱藏的憂慮傾向。即使如此，同年的 8 月份仍然准許 Cymbalta 推出市場，因為在試驗前沒有進行有關自殺傾向的問卷調查，所以報告仍可以說自殺率是 0，此藥物可服用一輩子。我們以為這些精神病藥都經過長久的研究階段、最少 2-3 年觀察反應才推出市場，可是，最後的臨床實驗往往只用 6-8 個星期去研究，短則只有 4 個星期。現已有消費者權益組織警告市民拒絕服用推出市場未滿 7 年的精神病藥物，因為藥廠安排了我們作最後的臨床實驗的白老鼠。」(紀錄片：《狠狠撈一筆 精神科毒害的秘辛》摘要/公民人權委員會出品)

#### e. 「腦部化學物質元素不平衡」之疑

資深美國精神科醫生 William Glasser, M.D 在其著作:<< Warning: Psychiatry can be hazardous to your mental health>>指出:

「目前，沒有人知道 DSM-IV 所列的精神病症狀的具體成因，只是有各種推論，例如血清素 (serotonin) 過低。血清素是一種腦部化學物質，正常老鼠腦部的血清素水平，高於那些面對壓力及研究員認為「表現」抑鬱的老鼠。研究員用老鼠做實驗不用人作研發藥物的基礎之一，因準確測量血清素水平的唯一方法，便是將腦部磨碎作分析。即使將老鼠與人比較的推論是正確的，我們仍然不知道，是抑鬱減低血清素水平，還是血清素過低引致抑鬱。」  
即使精神科醫生使用腦部掃描，亦不能準確測量人的血清素水平。

基於精神病學說(organic psychiatry)與臨床診斷是割裂的，不同於其他普通科及專科門診，本港公營精神科醫療系統中，於患者問診、覆診期間沒有提供嚴格科學性臨床檢驗及證實患者腦袋病變。

註:作者 William Glasser, M.D 曾於洛杉磯矯形醫院擔任九年精神科醫生;後創立現實治療法 (Reality Therapy)、選擇理論(choice Therapy)。  
(其著作中譯本:<<精神病可以不藥而癒?!>>/青草地全人發展中心出版/2012年2月/香港初版)

1.3 根據《精神健康條例》被強制治療的人士，沒被告知可向《精神健康覆核審裁處》上訴的權利。

1.4 接受治療的人士(不論是門診及入院治療)沒被告知和解釋<持久授權書>的適用範圍。

<持久授權書>現存漏洞:

這種授權書是授權人在精神上有能力行事的時候簽立，並在其日後變為精神上無能力行事後繼續生效。持久授權書只適用於關於授權人的財產及財政事務的決定，不能用以轉授權力就授權人的健康護理事宜作出決定。

現時並無規定訂立一般的授權書應由1名律師或1名醫生見證，也沒有規定應由任何人見證。然而，持久授權書必須在1名律師及1名醫生在場的情況下簽署。

自從《持久授權書條例》在1997年7月1日生效以來，只有極少數的持久授權書已予註冊。

1.5 現存香港法律對「精神上無能力」定義過於含糊，促請法律改革委員會研究相關立法的可行性。

## **2 促請加強醫療體制連貫性及部門間溝通**

2.1 於外國，例如美國，問診者主要先由家庭醫生觀察後，才轉介至精神科;但於本港，公私營醫療獨立運作，病歷不互通，公私營醫生沒深入溝通，若轉介個案，難以就患者的獨特情況商量適合的治療方案。公營醫生亦較少向精神病人詳細解釋病名分類。

2.2 外國有註冊精神科社工負責跟進個案，本港則欠缺專責社工。特別是本港公營醫院內的精神科醫生跟社署社工溝通不足，令患者得不到整全的服務。

## **3 提議加強家屬在治療中的參與**

家庭是人格發展的基石，影響深遠。然而，家屬往往在治療/患者覆診初期有較多的參與外，較少機會與精神科醫生直接和密切溝通。建議可參考美國就精神病人與家庭關係的研究，例如<Sanity, Madness, and Family>/R. D. Laing/Aaron Esterson / Penguin (Non-Classics) 出版

## **4 要求政府設立高層次機制，引入多元治療**

4.1 可參考外國做法:英格蘭在副首相辦公室轄下設立----消除社會孤立組，以解決精神病患被社會孤立的問題。  
(民主黨 於立法會 CB(2)2371/11-12(01)號文件中亦有提及)

4.2 世界衛生組織(World Health Organization)對精神分裂症的治療果效進行多次研究發現在貧窮、精神醫學不發達的國家如印度、尼日利亞、哥倫比亞等，精神分裂症的康復率比已發展國家如美國、英國、丹麥高很多。三分之二的個案有理想結果，已發展國家則只有三分之一。因此，政府應研究於公營醫院內引入多元治療法例如:順勢療法(homoeopathy)、中醫以保障精神病患選擇權利，並呼應文首提及的<要則十一:治療的同意>C項，為精神病患提供可代替的治療方式。

#### 4.3 民主黨於立法會 CB(2)2371/11-12(01)號文件中提及:

「康復諮詢委員會與康復專員負責推廣公約和監察公約在香港落實的情況，但是，康復專員作為勞工及福利局副秘書長屬下一名高級行政人員，沒有權力推動各政府部門落實公約。康復專員和康復諮詢委員會制訂的《康復計劃方案》提出多項建議和目標，但卻沒有權力促使各部門落實建議。由於香港缺乏具廣泛職權的人權機構，因此並無合適的機制監察當局如何落實公約。」故此，設立高層次機制是政府需要考慮的計劃。