



一九九八年春季

長期病患

專題文章

政府對長期病患者的康復政策及服務

長期病患的社會詮釋

糖尿病自助組織組員認為自助活動的「有助元素」

從心臟病友互助組織「關心您的心」看自助組織促進健康的角色

香港善終運動何去何從？

帶領長期病患者邁向積極人生

論安樂死作為醫療手段的倫理涵意



香港社會服務聯會

論安樂死作為醫療手段的倫理涵意

彭美慈、余雲楚

醫護倫理傳統，源遠流長。早於公元前四世紀的古希臘，希波克拉底(Hippocrates)已奠下醫療事業的根基，把醫療定位為救死扶傷的專業。流傳至今的誓詞，仍是今天醫護工作的主流價值。其中的一段如下：

我按照我的才能和決心，遵守被認為對病人有益的生活規範，嚴禁對病人的一切毒害和妄為，我不給毒藥於要求我給的任何病人，也不作任何這類建議；同樣也不給婦女墮胎的藥栓；我胸懷純潔和聖潔以度日和操業。【註一】

隨

著醫學科學的發展，人類死亡的疾病譜發生了根本變化。腫瘤、心臟病、腦血管病等慢性病已取代急性傳染病而成為主要死因。醫療科技的進步，或可舒緩慢性病患者的病情發展，甚至用儀器去維持垂死者的生命。然而，這不單造成社會及用者的經濟負擔，也令人質疑醫療科技為人類帶來福祉或禍害。縱使生命可延長，但患者的生命質量未必有改善【註二】。自七十年代掀起的安樂死運動，可算是普羅大眾的決心，要修正希波克拉底的醫護倫理傳統，將安樂死作為醫療手段的一種，使患有不治之症及對生命完全失去希望的人有一解脫的途徑【註十六】。且看香港醫護界的回應，是一貫衛道作風，重申醫護的天職是尊重生命，救治病人是職份，採用措施去終止生命是違反醫護倫理傳統，故萬不可行【註十七至十九】。話雖如此，安樂死的意識，已悄悄地成為醫療行為的一部分。本文試圖解釋安樂死如何作為醫療手段的一種，並引述曾發生於陝西省及香港的兩個案例，探討安樂死作為醫療手段的倫理原則。

安樂死與醫療手段

生老病死乃自然規律，人類無法逃避死亡，也不能無休止地把生命挽留，但人可有不同死的方式，甚至作出選擇怎樣死。死，可分兩大類，就是自然與非自然。前者乃老衰而死，後者則是人為因素所致。非自然的死，可分為自殺、謀殺、謀殺等，也可分為死於不幸(如天災或意外)和死於人為疏忽。在醫療事故的死因聆訊中，若事件判是人為疏忽，有關醫護人員便要負上法律責任【註三、四】。安樂死是屬於死的哪一種呢？在中國傳統中，死得安樂是福份。語意間描述人在臨終時無怨無悔，無牽無掛，含笑而逝的一幅祥和景象。死得安樂，視為人之常情，人心所嚮往。有謂壽終正寢是福氣，不得好死是咒詛。誰又願生之終結成咒詛呢【註二十至二十三】？話雖如此，「安樂死」的現代用語，有其特定意思。

「安樂死」可算是介乎自然與非自然的一種死亡方式，意圖終止患不治之症而痛苦不堪的生命。病人活在死亡的陰影下，死已是一個可望的將來，但安樂死不算是自然死

亡，因生命是靠人為因素終止。安樂死的方式，包含自殺和謀殺的成分，它不能算是自殺，因病人要依靠他人成全才可了結；也不算是謀殺，因為施行者不帶蓄意置人於死地的殺人動機(如謀財、報復等)。與其他死亡類別最顯著不同的是安樂死屬於一種醫療手段，是醫護人員有意引致一個人的死亡作為他提供醫療的一部分。醫療的介入，可採取積極或消極的手段。當事人可以是出於自願(voluntary)，也可以是不自願(involuntary)或不自覺(nonvoluntary)的。積極的醫療手段，乃指採用某種措施，如注射毒藥以加速病人死亡。消極的手段，包括放棄治療或搶救，停止使用維持生命的措施，如終止人工銀飼等，致使病人的生命縮短。自願安樂死指病人採取主動要求，在知情同意下進行。違反當事人意願而施行安樂死，屬不自願。非自願安樂死指向沒有或失去判斷力的當事人進行安樂死，如嬰孩、嚴重弱智或昏迷病人【註三及四】。以下引用兩個案例說明之。

陝西案例

在中國首宗備案的安樂死事件，發生於一九八七年的陝西省【註二十三至二十五】。死者夏氏患有末期肝癌，已陷入昏迷。主治醫師應死者兒子要求，給患者注射冬眠靈。夏氏於數小時後證實死亡。事後其子女間發生爭執，把事件告上法院，控主治醫師及夏氏之子故意殺人罪。案件經五年之久才結案，被告罪不成立。理由是夏氏的主要死因為肝病癌病，醫師的藥物加深了患者的昏迷程度，促進其死亡，並非死亡的直接原因。雖屬故意行為，但情節亦屬輕微，危害不大，故不構成罪行【註五】。單就醫療手段來說，此案屬積極非自願的安樂死。然而，從

安樂死的原意來說，值得商榷。夏氏之死，引發一場家庭糾紛及五年的訴訟。死者於黃泉之下豈可瞑目？

這案件帶動了民間的回響，爭論安樂死是否可行。鄧穎超發表個人立場，表示贊成，認為安樂死符合唯物辯證法。她指出自己已立字為據，於臨終時不採用生命維持措施。一九八八年，醫學倫理學會於上海舉辦全國會議，主題是安樂死。有關安樂死的調查更在中國多處進行，其結果大都顯示多數人贊同放棄治療為一合理的醫療手段；但對於積極安樂死則有保留，視乎患者是誰【註二十】。一九九零年的調查顯示大部分人(79.6%)贊成替嚴重先天畸形的新生兒施行安樂死，但對老人則有別的看法【註二十一】。一個國際性比較研究的結果顯示，中國護士絕不贊成替老人癡呆患者施行積極安樂死。若有法可依，他們則會應末期癌患者的要求，協助其安樂死【註二十六】。建議為安樂死立法的聲音，也漸成力量。支持安樂死的立法理據是：

- (一) 民間的意見是支持安樂死者居多，故為安樂死立法，是順應民意。
- (二) 社會價值及道德價值是不斷的更新。中國現行的優生、優育、優教的三優政策，已廣為民間接受。在提高生命質量的前提下，優死的觀念漸為普遍，故信議安樂死是切合時宜。
- (三) 施行安樂死能善用醫療資源，作合理的分配發展臨終關懷和高術醫療，可提供切合病人的病情需求的服務，和提高醫療效益【註二、七至十一、二十四及二十五】。

要求替安樂死立法的草案，終於在一九九五年提交全國人民代表大會討論。雖然議案遭否決，但贊成安樂死作為醫療手段的一

彭美慈小姐現任香港理工大學護理及醫療科學系助理教授；
余雲楚先生現任香港理工大學應用科學系助理教授

種已得到一定的民間認可，是無可置疑的。一九九七年，贊成安樂死的聲音擴大，在調查中，當被訪者被問及對極危重病人要求結束自己的生命，並立字或立言為據，家屬亦同意的情況下，是否贊成安樂死。接受調查的三千三百零二人中，百分之九十四點八表示贊成。比一九九零年的調查，數目明顯增加【註六】。

香港案例

與內地相比，香港各界對安樂死的關注，就顯得沉默。至今為止，只有幾個專業組織發表過立場。一九九五年衛生福利科提出草擬安樂死政策的立場書，醫學會、宗教團體及善終服務會等隨即回應，一致否定積極安樂死的可行性。【註十七至十九、二十七、二十八】之後傳媒再沒有報導政府有何跟進工作。擷眼看來，香港社會對安樂死的意識薄弱，贊成安樂死的人也不多，故不存在以安樂死作為醫療手段的情況。但事實上果真如此嗎？

有關施行「類安樂死」的醫療手段，可見發生於一九九一年的一個終止病人洗腎治療案例。案主王大，患有腎病，亦因中風而導至半身不遂，故需一邊洗腎，一邊做物理治療。及後院方決定對王大放棄治療，終止洗腎。事前只跟其家屬解釋，瞞著王大。病人事後才得悉自己病情已到無可救治的地步，生存意志驟變消沉，病情惡化，家人感到內疚及無奈，向傳媒質疑此醫療決定是否形同謀殺。主治醫師為事件辯護，謂病人繼續洗腎會有危險，並影響她的生命質量；加上洗腎名額有限，該讓給其他更需要及能獲得療效的人。主治醫師更指出這決定是事前取得病人的家屬同意；問題只是病人事後知悉，純因家屬及醫護人員沒有好好保密，導

致病人不安而已【註十二、十三】！

單看事件的醫療手段，王大的個案屬消極，不自願的安樂死。從倫理的層面看，院方的做法明顯地有商榷餘地。事後病人及其家屬感到無奈愁苦，縱使王大的縮短因疾病煎熬的生命，卻何來安樂。事件只憑醫師的決定而放棄治療，並認為此行為有考慮病人的生命質量，衛生資源得以更妥善分配，其理據欠合理性。此舉或可收經濟之效，卻未能使死者瞑目、生者心安，明顯與安樂死的意圖背道而馳。時至今日，洗腎服務已刪除年齡的限制，類似王大的個案理論應不會再發生。但這並不代表「類安樂死」的醫療手段沒有在香港施行。

一九九四年香港醫院管理局、香港醫學會和消費者委員會訂定病約章，申明病人有知情同意權，在有足夠資訊下選擇接受治療或不接受治療的權利【註十四】。假若病人決定放棄治療，意圖縮短生命，醫療人員理應在尊重病人的權利之前提下，順應病人的要求。在這種情況下，安樂死理應可以被接受。問題是，香港醫護界因為傳統的倫理觀下普遍不接受以積極手法施行安樂死。故此，病人約章在這方面的推廣，只意味著消極安樂死作為醫療手段的理據被認同，而不是更根本地反思有關安樂死的倫理考慮。近年醫管局設立倫理委員會，草擬「放棄搶救」(Do-not-resuscitate) 指引，各醫院也設立小組，制訂相關指引，在在顯示「類安樂死」的執行已見端倪。

倫理思考

本文無意評論中港兩地對安樂死的執行情況，只想重申消極安樂死的醫療手段在兩地均有使用。有關積極安樂死，則只在內地有群眾參與的討論和立法的要求。另一方

面，既然消極的醫療手段在香港已有蔓延的趨勢，正視其執行的合理性是急不容緩的，否則類似陝西夏氏及香港王大的案件將接踵而來。

安樂死作為醫療手段，要正確反映安樂死的本質特徵和施行的意圖。按張贊寧的分析，合乎倫理的安樂死，應包括以下幾點：

- (一) 病人是患有現階段醫學科學技術所不能救治而又極端痛苦的疾病；
- (二) 執行時是按照其本人意願；
- (三) 目的是解除痛苦；
- (四) 醫護人員提供使病人在無痛苦的狀態下加快結束或不再延長死亡過程的醫護服務；
- (五) 醫護手段要體現安樂死的三大原則，即無危害原則，無痛苦原則，和不違背本人意願原則【註十五】。

不自願的安樂死是違反倫理的，若病人未到不可救治或痛苦不減滅的地步而給予「類安樂死」的醫療手段，也是不合乎倫理。從醫護人員的角度看，較為合乎倫理的做法，應該是在了解病人的意願後，進而體察他與家屬的關係，最後取得病人及其家屬的知情同意。當然，在整個過程中醫護人員須要對病人的狀況作出合理的判斷，是否已到無可救治、藥石無靈的地步。判定醫療無效的準則眾說紛紜，且帶有濃厚的價值取向。故此，單憑醫療人員的判定是不足夠的，尚需要社會倫理作基礎【註二十九】。

時至今日，若醫護人員要秉承希波克拉底的遺訓，「遵守被認為對病人有益的生活規範」，他們就絕不能固步自封，以一個超然的專業身分自居和公眾的意向脫軌。相反，他們應多從病人及其親屬的觀點出發，考慮他們所考慮的，正如內地醫護界流行的一句話：「想病人之所想，急病人之所急」。至於

在政策的層面上，一切有關釐定「類安樂死」的醫療措施，更應讓公眾參與，以增加其透明度和民主性。如果醫護人員能坦誠地公開和交待現行「類安樂死」的醫療行為，那麼他們便不辱希波克拉底的精神。

註釋

- 一、李傳俊、何玉軍、游榮芝編(1993)。《醫德學概論》。北京：中國醫藥科技出版社，269頁。
- 二、徐成、朱永烈(1992)。「安樂死的法律參與」。《中國醫學倫理學》，10月(5)，35-37頁。
- 三、邱仁宗(1987)。《生命倫理學》。上海：上海人民出版社。
- 四、羅秉祥(1994)。《生死男女——選擇你的價值取向》。香港：突破出版社。
- 五、王可摘(1992)。「全國首例安樂死終審結案」。《中國醫學倫理學》，8月(4)，26頁。
- 六、楊玉蘭、雷衍弘(1997)。『優死』——時代的挑戰與探索」。《第八屆中華醫學倫理學會中青委會會議》，11月，華山。
- 七、劉勇(1993)。「中國的放棄治療現象及倫理問題」。《中國醫學倫理學》，4月(2)，51頁。
- 八、姚軒鶴、余德華(1992)。「關於安樂死道德評價問題的思考」。《中國醫學倫理學》，8月(4)，23-26頁。
- 九、倪黎明(1993)。「50例放棄新生兒治療與安樂死」。《中國醫學倫理學》，4月(2)，53頁。
- 十、陳振東、高宗榕、李海亭(1993)。「終末期癌症患者及其親屬的求醫動機」。《中國醫學倫理學》，4月(2)，49-50頁。

- 十一. 許毅、王秀英、王明明、楊麗 (1997)。《略論兒童的生命質量與醫學倫理》。《第八屆中華醫學倫理學會中青委會會議》，11月，華山。
- 十二. 譚家輝 (1991年9月23日)。[年逾五十五歲東院拒洗腎，病人丈夫指形同謀殺]。《明報》。
- 十三. [港府只需多撥二千萬元津貼洗腎將無年齡限制]。(1991年9月25日)。《明報》。
- 十四. 香港醫院管理局 (1994)。《病人約章》。香港。
- 十五. 張贊寧 (1991)。[關於安樂死的幾個問題——與林亞剛同志商榷]。《法律科學》，2，87-91頁。
- 十六. Roy, D. (1996). Orientations and tendencies in bioethics (1970-1990). In G. Viofora (Ed). Bioethics: A History. San Francisco: International Scholars Publication.
- 十七. Chung, L. (28 July, 1995). Active Euthanasia - a slippery slope. South China Morning Post.
- 十八. Putong, G. (17 July 1995). Medical body keeps stand against euthanasia. Hong Kong Standard.
- 十九. Mahewson, R. (11 July 1995). Strict control urged on euthanasia laws. South China Morning Post.
- 二十. Qiu, Renzong (1991). Morality in Flux: Medical Ethics Delmmas in the Pe ople's Republic of China. Kennedy Institute of Ethics Journal Mar: 16-27.
- 二十一. Qiu, Renzong (1993). Chinese medical ethics and euthanasia. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2(1): 69-76.
- 二十二. Hu, Peicheng (1993). Euthanasia: the acceptability of active euthanasia in China. *Medicine and Law*, 12: 47-53.
- 二十三. Shi, Dapu (1991). Euthanasia in China: a report. *The Journal of Medical and Philosophy* 16: 1-318.
- 二十四. Qiu, Renzong; Jin, Dajie (1992). Bioethics in China: 1989-1991. In: Lusting, B. Andrew. Ed. Bioethics yearbook, volume 2. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 355-77.
- 二十五. Qiu, Renzong; Jin, Dajie (1995). Bioethics in China: 1991-1993. In: Lusting, B. Andrew, et al. Ed. Bioethics yearbook, volume 4: Regional development in bioethics, 1991-1993. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 339-65.
- 二十六. Davis, A. J.; Davidson, B.; Hirschfeld, M.; Lauri, S.; Lin, Juying; Norberg, A.; Phillips, L.; Pinnam, E.; Shen, Changhui; Lann, R. V.; Zhang, Huilan; Ziv, L. (1993). An international perspective of active euthanasia: attitudes of nurses in seven countries. *International Journal of Nursing Studies*, 30(4): 301-10.
- 二十七. Lee, E. (13 July, 1995). Passive policy an alternative. *Eastern Express*.
- 二十八. Mercy killing split. (11 July 1995) South China Morning Post.
- 二十九. Beauchamp, T.L.; Childress, J.F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. (4 Ed.) New York: Oxford University Press.

歡 迎 訂 閱

第一四四期

一九九八年春季

出版者：香港社會服務聯會

香港軒尼詩道十五號溫莎公爵社會服務大廈十一至十三樓
電話：2864 2929

主席：李家祥 總幹事：許賢發

《社聯季刊》編輯委員會

主 席：吳水麗 岑麗娟 邱可珍 林智中
 委 員：何志安 楊懷曾 鄭健娜 羅致光
 主 編：黃麗華 編輯：譚燕瑜 印刷：平圖設計印刷有限公司
 每本售價：港幣拾貳元正 香港柴灣康民街6號
 金萬峰工業大廈十五A
 電話：2889 8817