

有關有效治療和無效治療 的概念和倫理爭端

Loretta M. Kopelman

摘要

一系列病例使有關醫學治療何時有效、何時無效的爭端明確化、具體化，因而也使有關醫患關係、資源分配、醫患間的溝通交流、同情心、病痛的緩解、自主權、治療不足和治療過度、家長式的獨斷作風及姑息治療的爭端明確化、具體化。瞭解有效和無效是相輔相成的概念，對我們的醫療實踐有益。對治療在爭議性病例是有效還是無效的判斷，有著共同的特點：（1）以醫學科學為依據；（2）反映多種價值；（3）處於或接近有效閾；（4）

Loretta M. Kopelman, Ph.D, Department of Medical Humanities,
School of Medicine, East Carolina University, Greenville, North
Carolina 27858-4354, USA

原載：*The Journal of Medicine & philosophy*, Vol. 20 No.2. 109-121,
April 1995。

《中外醫學哲學》Ⅲ：1（2000年2月）：頁29-44。

令人負擔沉重。我們應關注構成這些判斷基礎的經驗要素、倫理要素及評估要素的正當理由，而不是做出有關是醫生、病人，還是社會一致認同應成為最終決定因素的專橫決定。

關鍵詞：無效 倫理學 醫生權力 同意

當我們詢問某些醫學治療是有效還是無效時，我們必須問它是“針對什麼而言的？”在醫學、法律、生命倫理學文獻中，某些醫學治療是有效還是無效已成為長期以來大家爭論的焦點問題。這些問題常常涉及到如何理解和定位醫學的傳統目的，諸如，維持病人生命、解除病痛、安撫病人或富有同情心地對待病人等職責。需要再次加以強調的是有關醫療衛生專業人員、病人和代理人的自主權的爭端以及對良好溝通交流、知情同意、資源分配、治療不足、治療過度和家長式獨斷作風的關注。

這類爭論已從醫院和學術中心進入法院，一些案例構成了這些爭端的象徵：Nancy Cruzan，一位處於持久植物狀態的女病人，她的家人要求拔去她的喂食導管（Cruzan v. 密蘇里州衛生部主任，1990）；嬰兒 Doe，患有唐氏綜合征，其父母不希望通過外科手術來矯正與其生命不相容的畸形；嬰兒 L，患有多種殘疾，包括失明、耳聾、四肢癱瘓，長到三個月大時停止發育，其母親要求最大限度地醫治患兒（巴黎，1990）；Helga Wanglie，PVS 女病人，她的家人說她要求院方給予她全力治療（Miles, 1991）；嬰兒 K，無腦畸形患兒，其母親堅持對其盡力醫治（In re K, 1994; Miller, 1994）。

概念問題

在上述這些及其他有爭議的病例，判斷治療在醫學上是無效還是邊際有效有以下四個必要條件：

1. 以醫學科學為依據；
2. 反映多種價值判斷，體現對與某種目的相關的某種事情有效性的評估，或者所能達到的目的是否值得；
3. 接近有效和無效的界限，難以確認；
4. 無論在身體、心理還是在經濟上都令人負擔沉重。

在有爭議的病例，對邊際有效或無效治療的判斷要遵循這四個條件。審視這四個條件，將引導、啟發並豐富有關“在這類病例我們應該做什麼”的爭論。在審視這些條件之後，我將對有關如何確定無效治療的各個爭論之間的關係加以分析。

(1) 以醫學科學為依據 關於醫學上無效的治療，由於這些有爭議的病例都屬於標準的醫學治療範疇內。所以，必須獲得可靠的科學資訊，以證實有關病人的診斷、治療和預後的聲明是正確的。與某一目的相關的特定醫療程式可能產生的效果和效用必須以醫學科學為根據。例如，可靠的資訊必須能支援這樣的論斷：如醫學程式可以延長病人生命，使病人恢復知覺或消除病痛。

在特定的條件下，有關治療是有效還是無效方面，這些有爭議的病例處在一個介於理想治療和完全無效治療之間的連續統一體中。這個統一體還包括其他幾種療法，它們是標準治療、創新療法和實驗療法。

理想治療

標準治療

創新治療

實驗治療

未被核實的治療

從醫學無效角度考慮尚存爭議的治療

完全無效的醫學干涉

因此，隨著資訊的更新，曾被認為是介於有效和無效之間的治療很可能在特定的條件下，表明明確有益或者完全無效。例如，由於我們對額葉切斷術治療嚴重精神疾病的害處掌握了更多的資訊，過去存在的有關此療法的爭論自然也就迎刃而解了。因此，對治療在有爭議的病例是有效還是無效的判斷，必須得到證據的支援。並隨著相關證據的變化做出相應的修正。

(2) 反映多種價值判斷，體現對與某種目的相關的某種事情有效性的評估，或者所能達到的目的是否值得。這些價值涉及到尊重病人的選擇或節省地使用資源的責任。善行（做好事，不做壞事或避免傷害）責任構成了負責病人的專業人員和代理人的義務。例如：醫生有責任為病人提供治療，而治療這個詞的部分含義是使病人受益。有爭議的病例總令人對以下這些問題傷腦筋：什麼構成益處，以及如何履行這些職責以使病人受益。一般說來，人們總是不清楚如何理解或定位如下的重要價值：維持病人的生命，提供有效的治療，消除病痛和富於同情心。除此以外，價值取向也幫助我們公正地分配資源並理智地界定無效醫學干涉與實驗性、創新性或標準治療之間的界限。

(3) 接近無效或有效間的界限 在爭議性病例，有關治療的有效和無效的判斷不是對完全無效的治療程式而言的。如，是否提供苦扁桃甙製劑以治療癌症，是否為植物人提供矯正鞋等。應該說，引起爭議的治療一般還是有其目的性，但從總體上說對於它們到底有益與否卻是眾說紛紜了。例如：使用監護（ICU）來維持植物人的生命，對這一醫學干涉的價值有人維

護，有人否認。其實判斷治療有效還是無效不能設定不同的界標，因為不管選擇什麼界限，總會有一個分界線，有爭議的病例亦如此。對於複雜的問題而言，有關治療是有效還是無效的判斷常常是對依據不同的參數所測得的不同負擔和益處的評估的綜合體。例如，為幫助病人解除痛苦，有時就要部分犧牲病人呼吸系統的功能；又比如使病人的生命多延長幾天似乎沒什麼用處，但對其家人來說，他們卻可以聚到一起為病人準備後事。最後，認為醫生沒有責任為病人提供無效治療的說法對於邊緣病例的治療沒有指導、幫助作用，因為爭議的焦點就是這些治療是否無效。

(4) 無論在身體、心理或經濟上都令人負擔沉重 這些有爭議的病例都涉及到令人在肉體、心理和經濟上負擔沉重的治療。可以通過兩種不同的方式來判斷是負擔還是益處。“非比較判斷”僅考慮符合病人最佳利益的治療；相比之下，“比較判斷”則是以他人需要為前提，充分利用藥品、醫療設備、醫療服務和保險賠償費，為病人提供最好的治療（Buchanan and Brock, 1989）。

注重生命質量的非比較判斷只考慮生命的價值，但有關如何定位傳統的醫學目的的爭論卻由此產生了，例如，在維持病人生命的同時還有減緩不斷困擾病人的劇痛，而這一病痛卻是由維持病人生命的醫療技術造成的；當病人沒有能力決定什麼樣的治療對他是最有利時，且醫生和病人代理人就什麼構成治療不足或治療過度問題各執一詞時，這類病例就非常棘手，難於處理。⁽¹⁾ 即使對注重病人生命質量的非比較判斷進行嚴格

(1) 例如，當病人或其家屬對取消令其負擔沉重的治療的要求沒被應允時，他們就可能對這種家長式的獨斷作風產生敵意。也有時當病人或其家屬以訴諸法律相威脅要求醫務人員提供他們認為是令病人痛苦而又不合適的治療時，醫生和護士也可能會有被逼迫的感覺。

界定之後，最佳利益標準也未必就應該對病人採用何種治療才能得出令人信服的一致結論 (Buchanan and Brock, 1989; Kopelman, 1993a)。

有關治療何時有效、何時無效的爭端，人們重新提出的一個問題是，評估治療無效的非比較判斷是否應該與有關如何充分利用資源、服務或保險賠償金的比較判斷相脫離。有關這一問題，Robert A. Gatter, jr. 和 John C. Moskop (1995) 對我們是否能通過取得社會一致認同的方式來解決有爭議的病例持懷疑態度。他們主張依靠病人分類模式來幫助決定對有爭議的病例提供哪種治療。Gatter 和 Moskop 相信，通過評估社區內的可利用資源、人們對它的需求以及人們享有這些資源的社會優先權，我們就可以在如何合理分配公共醫療資源問題上達成一致。依據這一方案，某些勉強對病人有益的治療或是費用昂貴的治療就很可能不被採用，除非病人自己願意承擔這些醫療費用。作者認為，這種模式的好處是，它可以在社區範圍內實施，同時還可以兼顧到社區內的其他需要。

由誰決定

如果對有關合理而又最適合病人的治療計劃所做出的選擇能夠得到醫生、護士、病人及其代理人的普遍社會認同，那實在是再理想不過了 (President's Commission, 1982)。可對於爭議性病例來說，這種理想卻很難實現。對應該採取怎樣的治療方式這一抉擇，常常被限定在誰有權決定這個範疇之內。在爭議病例，對不同的人所給予的權力問題，有以下三點主要建議。

1. 醫生自主權
2. 病人或代理人自主權

3. 社會一致認同

(1) 醫生自主權 根據這個觀點，醫生在處理爭議病例時應該有單方面決定什麼樣的治療是無效治療的權利。例如，如果一種治療方法被認定為“定性無益”，或者在經過多次（至少 100 次）嘗試後結果仍是失敗的，那麼持有“醫生自主權”觀點的人就可以認定醫生能夠根據這種情況做出治療無效的決定，並且可以單方面決定不再建議採用這種治療方法，或是在被要求採用這種療法時不提供這種治療。(2) 對於這種觀點，存在著兩種非常不同的正當理由。“簡約論者”認為，醫生應該對爭議性病例有單方面的決定權，因為在專業領域內，這些爭端是有數的，可簡單地用事實聲明來表示。從這個角度講，針對爭議性病例，依據某項治療將會是有效還是無效的相關資訊，我們就可以決定該如何去做了。但這個觀點有一個缺陷，就是這些病例之所以有時會引起爭論是因為可作為依據幫助我們進行判斷的類似病例還不多見。還有一個最為根本的問題，正像 18 世紀哲學家 David Hume (1777) 所認為的那樣：不能從預述的前提中得出應該怎樣去做的結論。簡言之，有關醫生自主權的這一觀點是一個自然主義的謬論。

還有一種論斷更能證明醫生做出單方面的決定是正當的。為了與簡約論相區別，我叫它“臨床平衡論”。(3) 這種理論

(2) 例如，請參閱 Schneiderman 和 Jecker 的論述，1993。

(3) 我的這句話引自哲學家 Benjamin Freedman (1987)，他試圖通過區分“理論平衡”與“臨床平衡”的方式來解決“臨床試驗何時可以正當地開始”這一問題。理論平衡是一種認識的（認知的）狀態，在這種狀態下完全均衡的證據證明各種治療方式具有同等的價值。而相反，臨床平衡則是指根據研究得出的可行標準所確定的在醫學專家當中卻無法確定的狀態。這種研究應該是用來幹擾臨床平衡的並且在這一平衡達到時使其終止。現有的資料有時將這兩個概念混淆起來，這樣將二者分別賦予不同的名稱應該會對我們有所幫助。

認為，由醫務人員組成專家小組，依照公認的醫療目標和價值標準，以及有關該病情的最權威的資訊對治療何時有效或何時無效做出判斷。某個醫生的判斷或許不夠公正，但我們應該把重點放在專家小組認定的有效或無效治療上。就這一點來看，醫生們應該有權拒絕他們認為無效的治療。

這種決定方式在包括英國在內的一些國家得到了社會上的支持。例如：在 *In re J* 一案中，英國倫敦的“上訴法院”支持醫生拒絕對精神和肉體有缺陷的嬰兒提供治療。Lord Balcombe 法官寫道：“我發覺很難說下達指令主動要求醫生對病人採取特定的治療方式是在公正執法，除非醫生本人要求法院下達這樣的命令。”(Miller, 1994, p.1585)。相反，儘管弗吉尼亞州的法律明文規定醫生有權“拒絕提供其從醫學和倫理道德角度認為是不合適的治療”，可在嬰兒 K 案例中，弗吉尼亞的聯邦上訴法院卻裁定，醫生有責任為患有無腦畸形的嬰兒（當被送到急診室時）維持呼吸系統的順暢。最終的裁決是這樣陳述的：“我們承認醫生在被要求提供他們認為從醫學和道德倫理角度都不合適的治療時處於進退維谷之中。但我們卻不能忽視法令（《急診治療和積極工作法案》）中的普通語言：‘因為這樣做將會超越我們的司法功能’”(In re K, 1994)。(4)

在爭議性病例中，主張醫生有單方面決定權的論點被批評家視為無法令人接受的家長式獨斷作風 (Callahan, 1991; Angell, 1991; Veatch, Spicer, 1992)。而在醫療上的家長式獨斷專行可能會威脅到病人的權利，因為病人並不掌握與病情相關的資訊，也無法做出自我決定來保護自己的利益，使其不會因個別醫生所做出的不正確判斷遭受損失。於是，便出現了知情同意的哲學理論，因為很多人都尋求公正的資訊，並希

望控制或參與有關其治療的決定。

即便社會願意在解決爭議性病例方面依賴專家小組的意見，我們當中仍然會有一些人對如何確認相關的專家小組提出質疑：我們到底依照誰的觀點來做決定：是被認定的調查研究人員，或是臨床醫生，亦或是外行的呼籲者，還是所有這些人都包括在內？即使是專業醫學群體在爭議病例的治療方式上也都存在著不同的觀點。這種專業醫學團體在這一問題上的各類主張便明顯地反映出醫學專家們對這個問題缺乏一致的認同。這也是 Baruch A. Brody 和 Amir Halevy 所探討的問題。他們將無效分為四種類型（生理無效，臨死無效，致命性疾病無效和定性無效），並提出了五種標準（準確性標準，預見性標準，社會認可標準，顯著性標準及不同意標準）。他們認為只有符合這些標準，醫生才可以單方面做出決定。他們強調，主要醫療機構所下的定義都表達了對這一問題的不同觀點。他們對醫療無效的含義能否達成一致（為的是證明醫生做出單方面決定是正當的）提出了質疑。

Glenn Griener (1995) 認為，有關醫療無效的爭論就其根本說來是有關醫生是否有權單方面決定不給予病人某種特定治療的爭論。他認為，這些爭議病例所涉及到的道德標準和價值取向使人們對醫生做出單方面決定提出了質疑。而當醫生辯白說他們之所以單方面做出決定，是基於明確而有說服力的事實資訊及後果研究時，他們對單方面做出決定的追求可能不會維持很長時間。管理者也可以對這類研究進行評估、鑒定。如果他們利用這些研究成果進行資源分配的話，對於沒有爭議的病例，醫生做出單方面決定的機會幾乎沒有。

最後，意見一致本身並不提供道德權力。醫生們之所以贊成某個決定應該出於這個決定本身的價值所在，而不是只因為大家都同意，這個觀點才有價值。簡言之，他們取得一致意見並不見得人們在道德上就傾向於他們所作的判斷。例如：沒從

(4) Miller (1994) 做了這項比較。

病人切身利益著想而在傲慢和個人利益的驅使下做出的判斷就不具有道德的權威性。

(2) 病人或代理人自主權 另一種主張就是病人及其代理人在爭議病例中一般說來應有權決定採取怎樣的治療方式。例如，**Helga Wanglie**處於植物人狀態，而她的丈夫堅持繼續對其進行治療，全力搶救她的生命。從能夠維持其生命這一點來講醫療干涉還是有益的，何況保險公司也願意負擔她的治療費用。根據這種觀點，在社會沒有明確政策規定對這類病人該提供怎樣的治療時，選擇權應取決於病人及其家人的看法 (**Callahan, 1991; Angell, 1991; Veatch and Spicer, 1992**)。爭議病例的爭論焦點是，如何理解治療的益處和負擔，這類決定經常是因人而異。醫生或許是醫療方面的專家，但在有關個人的切身利益、人生計劃等的價值標準方面，他們就稱不上是專家了。

雖說個人決定體現了重要的個人價值取向，但從道德意義上說這種觀點在爭議性病例中並不一定能站得住腳。無論是科學的推理還是道德角度的論證都並不只是一種觀點和傾向。有時病人和他們的代理人的觀點和傾向是站不住腳的。如果採用並完全依賴於病人和代理人的主張，很可能會：(1) 使病人遭受不必要的痛苦；(2) 使醫務人員明知與他們的職業道德相悖，還要按照病人或代理人的要求去做，從而危害到病人；(3) 增加醫療保健費用；(4) 阻撓合理分配政策的實行；(5) 並且妨礙病人分類決定。由於個人意見本身無論從道德上或是科學上都不見得是公正的，因此，病人及其家人在治療上的傾向不足以成為合乎道德標準的公正決斷。

(3) 社會一致認同 還有一個觀點認為，社會認同性是處理爭議性病例的一種合乎道德規範的方式。然而，如果毫無限制地全盤接受這種觀點，可能會導致病人和醫生雙方都失去決定權的後果。另外，按照一致認同行事的社會曾批准過一些罪

惡政策，例如，不公正地拒絕特殊人群的醫療用品、醫療服務及保險賠償金。所以，社會認同性可能會是有偏見的或錯誤的，也就會在合乎道德規範與否的爭論中被認定是一種本身就令人質疑的獨斷專行。

例如：美國“衛生與人類服務部”(相當於我國的中華人民共和國衛生部)部長 **Sullivan (1992)** 代表布什政府根據《殘疾美國人法案》(**ADA, 1990**) 否決了俄勒岡放棄醫療補助方案的申請。俄勒岡的計劃是，拒絕為體重不足500克的早產嬰兒提供積極治療，因為即使對這類嬰兒進行積極治療，他們中的大部分還是無法存活，活下來的孩子中會有幾個是完全健康的，但剩下的則會留下各種殘疾。**Sullivan**認為，俄勒岡的這項計劃違反了《殘疾美國人法案》，因為這類嬰兒是殘疾人(由於早產)。即使他們不是殘疾人，他們也有權獲得對他們有益的積極治療。而俄勒岡之所以得出這項計劃，就是採用民主的方式(如，召開社區會議和進行電話調查)來確定什麼樣的醫療方式是人們贊成的並願意提供資金的。但**Sullivan**則認為，公眾的態度很可能是帶有偏見的。他指出，在我們生活的這個社會中各種偏見根深蒂固，所採用的民主程序很可能就反映了這些偏見。不管是否同意利用公共基金對這類嬰兒進行積極治療，總之，**Sullivan**的觀點被廣泛採用，也就是說只有集體的一致意見並不能保證所得出的結論就一定具有道德上的權威性。

倫理上的正當理由

儘管上述三種解決治療無效問題的方法對我們具有重要的參考價值，但是在處理爭議性病例時沒有一種方式能為問題的最終解決提供一個合乎道德規範的方法。如果力圖使對爭議性

病例治療與否的決定合乎道德標準的話，那麼這最終的決定就不能只是反映某個人或某個群體的好惡。因為傾向性或一致意見都可能由於個人偏見，自身利益，或無知而失去意義。相反，合乎道德標準的公正決定則需要為它的傾向性提供足夠的證據，並使這些證據站得住腳。要做到這一點，就要在推理過程上努力接近完美：要清楚明晰，公正無私，連貫流暢，並且還要將一切相關資訊予以考慮。要做出合乎道德標準的判斷，還得考慮到那些雖然難免有失偏頗，但卻很重要的問題，例如，你得考慮到法律、社會習俗和宗教傳統；你得考慮理解和定位重要價值的一些固有觀念；同時還應對別人的感情、偏好、感覺和應享有的權利具有很強的敏感性和去感知的主動性。爭議性病例的演變過程經常會反映出我們一些易犯的錯誤；如我們有時沒能花一定的時間搞清楚什麼是人們所關心的事情；他們本身存在著怎樣的問題；他們的感情狀況如何；信仰是什麼，以及他們有什麼切身的需要；甚至我們也沒能考慮到人們對待別人的方式是否就是他們自己需要被別人對待的方式。

Nancy S. Jecker 和 Lawrence J. Schneiderman (1995) 因此主張，當人們要求醫生竭力救治時，他們並不見得希望醫生無限制地對其進行治療或採用某種不適當的專門治療措施。其實，他們很可能是因為害怕自己或親屬就此放棄，或因預料到自己或所愛的人將要死去而悲傷不已，才有這樣的要求。我們需要做的是縮小導致產生爭議性病例的那些爭論的範圍，注意多關心病人及其家人的需要。當治療有無效的可能時，我們應該加強溝通，體恤病人及其家人的感情，並多瞭解他們的期望。病人要求醫生竭力治療通常是渴望醫務人員能抱著同情和尊重的心態對病人給予治療。就由誰來決定治療是有效還是無用這一問題，Jecker 和 Schneiderman 認為，病人及其家人的需要一直未引起人們的足夠重視。

Rosemarie Tong (1995) 贊同，我們需要仔細研究爭議性病例中爭論的性質，她還反對在病人要求醫生實施勉強有益的治療時，給予醫生單方面的決定權，因為這並不僅僅是從醫療角度所作的判斷。Tong 認為，當人們在什麼樣的治療是醫學無效的判定上出現分歧時，決策的關鍵在於要加強溝通並同時發揚好醫生和好病人的美德。

結 論

在爭議性病例，弄清醫學有效和無效的概念有助於闡明倫理爭端。首先，認為沒有責任提供無效治療的觀點，即使是正確的，也毫無益處可言。因為，邊緣病例爭論的焦點問題是治療是否有效。其次，由於勉強有效和無效治療的概念涉及到經驗要素和評估要素，所以，無論治療是有效還是無效都需要由事實來證明。一般說來，在爭議性病例，對重要的價值取向的定位不只一種時，對該如何去作也就不只有一種合理的見解了。

第三，處理邊緣病例總是很棘手的。這個問題無法通過選擇新標準來解決，因為每個新標準之下又會出現新的邊緣病例。科學界存在著許多爭論，一般認為，原則上，這些爭論可以通過更好的方法論、研究、資料、假設或定理加以解決。相反，在道德範疇記憶體在的觀點上的分歧則很難用這些辦法加以澄清。這並不是說道德倫理與科學相比缺乏理性的推論；也不意味著科學就是沒有價值標準或者說科學的理論是中立的。事實上，在道德範疇內也存在合乎理性的不同觀點，它們可能導致資源配置、權利職責的分配、醫療目的和原則，品德或價值標準等失衡。就目前而言，對它們的定位被認為是合理的也不只有一種，所以，有關對爭議性病例的治療是有效還是無效的

這一問題就有多種不同觀點。因此，雖然我們不能在道德判斷上取得一致意見，但我們還是承認各種觀點的優勢，並意識到能容許多種觀點並存或許是一個適當的解決辦法。治療過度對病人來說可能是沉重的負擔，也使社會付出很多。然而，治療不足可能會使尋求幫助的人們的尊嚴與權利遭受損害。

(大連外國語學院 徐瑩譯 瀋陽醫學院 婁長春校)

參考文獻

- The Americans With Disabilities Act (ADA) 42 U.S.C. Sec. 12101-12213 (Supp. II 1990).
- Angell, M.: 1991, 'A new kind of "Right to Die" case', *New England Journal of Medicine* 325,511-512.
- Brody, B.A., and Halevy, A.:1995, 'Is futility a futile concept?' *The Journal of Medicine and Philosophy* 20,123-144.
- Buchanan, A.E., and Brock, D.W.:1989, *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decisionmaking*, Cambridge University Press, New York, NY.
- Callahan, D.: 1991, 'Medical futility, medical necessity: The problem without a name', *Hastings Center Report* 21,30-35.
- Cruzan v. Director Missouri Department of Health: 1990, U.S. Supreme Court.
- Freedman, B.: 1987, 'Equipose and the ethics of clinical research', *New England Journal of Medicine* 317,141-145.
- Gatter, R.A. and Moskop, J.C.: 1995, 'From futility to triage', *The Journal of Medicine and Philosophy* 20, 191-205.
- Griener, G.G.: 1995, 'The physician's authority to withhold futile treatment', *The Journal of Medicine and Philosophy* 20, 207-224.
- Hume, D.: 1953, (1777), *An Enquiry Concerning the Principles of Morals*, Open Court Publishing Company, La Salle, IL.
- In the Matter of Baby'K'*, 16 F.3d 590 (4th Cir. 1994).
- Jecker, N.S. and Schneiderman, L.J.: 1995, 'When families request that"Everything Possible" be done', *The Journal of Medicine and Philosophy* 20,145-163.
- Kopelman, L.M., Kopelman, A., and Irons, T.: 1992, 'Neonatologists, pediatricians and the supreme court criticize the "Baby Doe" regulations', in *Compelled Compassion*, A.L. Caplan, R.H. Blank and J.C. Merrick (eds.), The Humana Press, Inc., Totowa, New Jersey, 237-266
- Kopelman, L.M.: 1993a, 'Do the Baby Doe rules ignore suffering?' *Second Opinion* 18,101-113.

- Kopelman, L.M.: 1993b, 'When is medical treatment futile?', in *The Beginning of Human Life*, E.K. Beller and R.E. Weir (eds.), Kluwer Academic Publishers, The Netherlands, 371-381.
- Miles, S.H.: 1994, 'Informed demand for "non-beneficial medical treatment"', *New England Journal of Medicine* 325,512-515.
- Miller, E.H.: 1994, 'Infant resuscitation, a US/UK divide', *The Lancet* 343, 1584-1585.
- Paris, J.J., Crone, R.K., Reardon, E.: 1990, 'Physician's refusal of requested treatment: The case of Baby L', *New England Journal of Medicine* 322,1012-1015.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Behavioral Research: 1982, *Making Health Care Decisions*, Vol. 1 Report, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.
- Schneiderman, L.J. and Jecker, N.: 1993, 'Futility in Practice', *Issues in Law and Medicine* 9,101-102.
- Sullivan, L.W.: 1992, U.S. Secretary of the Department of Health and Human Services, Letter to Barbara Roberts Governor of Oregon in *HHS News*, August 3, 1992.
- Tong, R.: 1995, 'Toward a just, courageous, and honest resolution fo the futility debate', *The Journal of Medicine and Philosophy* 20,165-189.
- Veatch, R.W., Spicer, C.M.: 1992, 'Medically futile care: the role of physicians in setting limits', *American Journal of Law and Medicine* 18,15-36.