

公正、勇敢、誠實地 解決無效爭端

Rosemare Tong

摘要

本文討論了“無效爭端”的歷史及促進醫療衛生專業人員、醫療衛生提供者(指醫院及其它醫療衛生機構)、患者和代理人偏袒某種無效定義的動機。引起無效爭端的因素有：醫療衛生體制改革、財政責任轉移、技術醫學進展及醫療衛生資源的定量配給。對作為目前爭端的一個組成部分的無效的定義進行了探討；同時還對“醫療衛生專業人員、醫療衛生提供者、患者和代理人在接受醫學的目的、能力和局限性方面的各自態度”進行了探究。特別是，醫療衛生專業人員／醫療衛生提供者與患者／代理人之間缺乏坦誠地交流被認為是制定以醫

Rosemare Tong, Ph.D, Department of Philosophy, Davifson College,
Davidson, North Carolina 28036-1719, U.S.A

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

《中外醫學哲學》III：1（2000年2月）：頁45-71。

療衛生為核心的無效政策的主要障礙。最後，對醫院制定無效準則的各種初步嘗試進行了評價，旨在發現問題所在及提出改進措施。

關鍵詞：醫學無效 醫療決定 品德 資源分配

敘述生命倫理學的傳統方法有四個原則：自主權、善行、非邪惡和公正。推測起來，這些規範工具應該能使人們做出正確的生命倫理學決定。然而，很多醫療衛生專業人員及生命倫理學家非常關注這些原則，以致於他們製作了四角普羅克拉斯提斯床（普羅克拉斯提斯為傳說中的強盜，他常使被劫者臥鐵床上，比床長者斬去過長的部分，比床短者，強行與床拉齊。本文指在生命倫理學問題上，強求人們制定一致的制度、政策）。他們常常把廣泛的道德雙關論法“擠入”一個狹窄的概念“鐵柵”，使之不能適應生命倫理學的複雜性。下面這些問題構成了所謂的無效爭端，通過回答這些問題，可以發覺這種趨勢更明顯：何時可以不給或撤消無效的治療（醫學上不適當的或者沒有益處的治療）？當醫療衛生專業人員不顧患者／代理人對某種醫學治療的需要而拒絕開始或繼續時也可以不給或撤消這項醫學治療嗎？要是這樣的話，醫師必須提供哪些論據來證明他們的拒絕治療有道理呢？持不同意見的患者／代理人必須提供哪些反論據來證明他們的對拒絕的治療的需要有道理呢？在不進一步削弱已遭侵蝕的醫患關係的情況下，有解決無效爭端的辦法嗎？

目前，有關無效的大量文章紛紛發表在臨床和生命倫理學出版物上。這並非意味著醫療衛生專業人員以前從未抵制過患者特別是代理人對現在所謂的“無效”治療的需要。正相反，幾年來，許多醫師、護士和社會工作者都一直在探尋對臨終患者和／劇痛難忍患者不給或撤消積極的醫學治療，甚至當其家屬強迫醫師實施時。一些醫療衛生專業人員通過策略的方法、

措施（如，說服患者家屬，使之認識到更多的治療並非是患者表達愛的最佳方式）明顯地贏得了這場“拔河”比賽的勝利。也有一少部分人在這場“戰爭”中失敗了，他們在未諮詢任何人的情況下，為了結束他們判定為無法忍受地延長壽命（為痛苦而痛苦）這一事實，有效地實施了安樂死。因此，促使無效成為一個新論題的因素不是它的突然存在——它已糾纏醫院和其他醫學機構多年，而是它特地被專業生命倫理學家識別為一個“正式”問題。

作為各種因素的結果，60年代和70年代引起公眾注意的不給和撤消醫學治療案例是患者或其代理人抵制強迫其接受的不需要的醫學治療。當時新聞媒體把臨終患者描述為醫生的常規犧牲品。出於對①擔心隨後被起訴，或②遵守、服從某種“醫療技術規則”的考慮，醫生硬要患者“活著”而不顧他們的存在質量。

不令人感到驚訝的是，那個時代的典型案例是 *Karen Quinlan* 案例。當新澤西州法院最終允許 *Quinlan* 的家屬移開旨在延長其持久植物狀態（PVS）存在的人工呼吸裝置時，絕大多數公眾感到安慰。與患者權利積極分子和死亡權利擁護者聯盟，生命倫理學界集中優勢發動了旨在支援患者自我決定權的一系列改革和政策，這一趨勢因預先醫囑（Advance-care Directives）運動及使醫師幫助自殺合法化的企圖而於 80 年代末和 90 年代初達到極點。更成問題的是，生命倫理學界常常把 *Quinlan* 之類的案例作為優勢來論證患者自主權與醫師善行／家長式統治，或患者的“主觀”經驗的相對權力與醫師“客觀”專門技能。這種模式常常使道德天平傾斜，它偏袒患者自主權和患者的主觀經驗，過分地強調這樣可以促成更好的臨床實踐，但這使很多公眾忽略了並非所有的患者都有能力（指決定做出能力），並非所有的家屬都是仁慈的、善良的，病人和臨終者常常缺乏只有醫療衛生專業人員才能提供的資訊。

而且，在Quinlan之類的案例，在關注自主權原則和善行原則之間的衝突時，生命倫理學界的優勢掩飾了有關公正的某些關鍵問題：“延長 Karen Quinlan 的臨終過程可能會不公正地剝奪其家屬的生活，也可能造成醫學資源的不適當分配。推測起來，在60年代和70年代沒有提出資源問題的原因是第三方付費（包括私人的和公共的）的管理體制，它使醫療衛生專業人員和患者不考慮“不顧一切地做每一件事”的高費用，因此，醫師就為患者做了他能做到的每一件事。在平衡對患者的臨床責任與一系列雜亂無章（當時社會的一種普遍現象）的財政責任方面，醫師及其他醫療衛生專業人員並沒有感覺到壓力。

然而，隨著醫療衛生改革運動的全面展開，以及社會正日益注意到醫療衛生的確切費用，當今的醫療衛生專業人員感到，他們負有社會公正的新責任，他們將轉變態度，不再只是滿足患者的最佳利益。另外，或許是對這種趨勢的回應，生命倫理學界在分析不給和撤消醫學治療案例時正開始強調公正原則。因此，80年代和90年代的典型案例為這樣的案例：醫療衛生專業人員把某些積極的治療不僅列為“醫學上不適當”和“無益處”而且也列為財政費用太昂貴。不過，真正使這些所謂的醫學無效案例複雜化的是以下兩個事實：①所給出的不開始或停止治療的原因過分確定——開始或繼續治療被說成是既違反公正原則又違反非邪惡原則；②公眾，特別其中極少數高級官員，不相信醫療衛生專業人員的動機和擔心——在資源萎縮的時代，無效“按扭”可以被自動地按下。

很顯然，生命倫理學界面臨著極大的難題。它需要以某種方式構建無效問題的框架，以此來適當平衡醫師以醫學上適當的方式為患者提供服務的願望（善行／非邪惡）與患者／代理人的心意能夠被賦諸實施的願望（自主權）及社會維持有效、合理的醫療衛生體制的願望（公正）之間的權重。生命倫理學

家必須提醒公眾，有時患者的家屬和朋友欺負和糾纏、威逼和恐嚇、擺佈和誘使醫師、護士、社會工作者及其他人为他們所愛的人提供除“護理”治療之外的任何事情——以維持患者“活著”，而不管其可能已經死了。同樣，生命倫理學家必須告誡公眾，有時醫師及其他醫療衛生專業人員確實不考慮患者／代理人的“不切實際的”治療需要，而實際上這種需要只不過是其價值與根深蒂固的現代醫學價值不相協調的一個簡單的個人需要。最後，生命倫理學家必須提醒公眾，保持持久植物狀態（目前，這種病還無法治癒，唯一出路就是死亡）患者“活著”要花費數百萬美元，並耗費醫療衛生專業人員大量時間和精力。實際上，這些財政和人類資源能拯救或改善仍具有基本人類能力（如，認識、愛、工作）的人的生命，這具有重要的倫理道德意義。

我認為，在無效爭端中，生命倫理學家不能偏袒某方面。除非在這一爭端中完全公正地反映所有主要參與方的正當合法利益，他們將只是根據自己的需要“火上澆油”。生命倫理學家不要將無效爭端視為決定醫療衛生專業人員的“權利”勝過患者“權利”或患者權利勝過醫療衛生專業人員“權利”的一個機會，或社會對公正的關切比患者對自主權的關切更重要或患者對自主權的關心比社會對公正的關切更重要的一個機會；而應該把無效爭端看作研究制定使醫師、患者、家屬、普通公眾關係更密切的醫療程式和政策的一個機會。無效爭端的利害關係在於，未來醫療衛生專業人員——患者——社會關係的安寧，對這種關係的最佳理解不是從權力競爭（但它是其中的一個方面）方面而是從責任交叉方面。

一、Wanglie 夫人案例

迄今為止，得到媒體廣泛宣傳的無效案例一直是 Helga Wanglie 夫人案例。Wanglie 夫人，86 歲，明尼蘇達州人。1989 年 12 月摔倒，發生髖骨骨折。首次成功的治療是在“北方紀念醫院”。1990 年 1 月發生呼吸衰竭後轉入“Hennepin 縣醫學中心”(HCMC)。當時，她仍認識和洞察她的家屬。然而，當於 1990 年 5 月 7 日再次轉院（轉到“貝塞斯達路德教醫院”）時，Wanglie 夫人發生了心臟病發作，並遭受了大腦損傷，從此，她喪失了意識。1990 年 5 月 31 日再次返回 HCMC 時，她仍然依賴人工呼吸裝置和管飼。Wanglie 夫人被最終確診為 PVS 患者，這一醫學判斷使她的醫師斷定，進一步的積極治療無益于 Wanglie 夫人。無論是人工呼吸裝置還是管飼均不能使她恢復正常的人體功能，也不能使她感受到她還活著這一個簡單的事實。Wanglie 家屬表示反對，理由是，他們所愛的人的宗教信仰和道德信仰是她將從進一步的積極治療中受益。他們斷言，生命有內在的價值，在任何和所有情況下（包括持久植物狀態的情況）活著都是值得的。面對家屬的這種反對，HCMC 醫療衛生專業人員請求“Hennepin 縣地方法院”委派一獨立的監護人來確定 Wanglie 夫人的進一步積極治療在醫學上是否是適當的。然而，法院裁定，獨立的監護人是不需要的，因為除了她 53 歲的丈夫外，沒有人能更好地識別和明白 Wanglie 夫人的需要和利益。在這一裁定做出後沒幾天 Wanglie 夫人就死了，她的人工呼吸裝置和管飼沒有頂住死亡。

因為當時 Wanglie 夫人案例已經結案，所以，沒有任何法院規定，在 PVS 患者需要生命維持療法的證據明確、確鑿的情況下，醫師是否仍然可以根據醫學上不適當或無益處而不給

或撤消治療。我認為，醫師有權拒絕患者的治療——如果它在醫學上是不適當的話。接受醫學上不適當的治療可能會使患者“快樂”，單單這一事實本身不是從道德上決定為患者提供它的理由。事實上，照原來樣子，醫師已經有權拒絕給予患者許多醫學上不適當的治療，甚至他們的拒絕使患者感到失望、沮喪和發怒。作為患者的權利，患者要求醫師不能（傷害）（如，通過截肢）他們，不能提供似有道理但卻是不適當的治療（如，用苯丙胺減肥），也不能提供沒有價值的治療（如，用 Laetrile 治療癌症）。

很清楚，醫師有權拒絕為患者提供醫學上不適當的治療，他們無權拒絕為患者提供他們而不是患者認為無任何總體或人類益處（或很少有總體或人類益處）的醫學上適當的治療。因為對醫學上適當的治療的總體或人類益處的判斷遠遠多於醫學判斷，所以，它們不是醫師應為患者做出的那種判斷。醫師和患者的生命優先觀、根本價值和基本利益並不總是或並不通常完全一致。例如，如果一位醫師患有阿爾茨海默氏病（早老性癡呆），則他／她可能就不想繼續活下去，但這並不意味著他／她的所有患者都認為活在阿爾茨海默氏病的命運裏會比死亡更遭。固然，他／她的一些患者可能贊同他／她的阿爾茨海默氏病的生命不值得活著的觀點，而另一些患者則不贊同。因此，必須將醫師對一項治療的醫學適當性或不適當性的判斷與患者對一項醫學治療對其自身有多大人類好處（適當的還是不適當的）的判斷區別開來。

二、醫學上不適當的治療

據 Albert R. Jonsen、Mark Siegler 和 William J. Winslade 的觀點，醫學的真正目的是：

- ①恢復健康；
- ②緩解、解除症狀（包括肉體痛苦和心理痛苦）；
- ③恢復功能或維持已遭損害的功能；
- ④拯救或延長生命；
- ⑤有關疾病及預後的患者教育和諮詢；
- ⑥避免在治療過程中傷害患者。

如果這些是醫學的真正目的——我認為它們是，那麼，很清楚，在醫學上不適當的治療的意義上，文獻中被描述為無效治療的絕大部分只是不發揮療效或極不可能發揮療效的治療（即，Lawrence Schneiderman 及其同事所謂的“定量無效”）。在我們承認醫師對“成功的可能性必須是多低才能判斷一項醫學治療為無效”意見不一致的情況下，Schneiderman 等仍然會堅持，當一種療法用於治療某種特殊的醫學疾病時，醫師可以根據在前“100例”所發生的情況對這種療法的成功可能性得出可靠的結論。這“100例”不一定來自醫師的自身實踐，它可以來自全美各地醫師所累積的經驗。使用這 1% 的指數，成功機會少於 1% 的任何治療都將被視為定量無效，即使患者需要，醫師也不必提供它。一些醫師把這類定量無效（即，無效驗或幾乎無效驗的治療）的適用範圍擴大到 Steven Miles 所謂的非法療法（Non-Validated Therapies）（如，使用高度試驗性骨髓移植程式治療嚴重轉移性乳腺癌，或移植狒狒的心臟拯救臨終的嬰兒）。不過，其他醫師認為，一項治療是高度試驗性的，並不意味著它在醫學是不適當的。與 Schneiderman 等的觀點相反，他們決認為，就試驗性治療來說，有機會（哪怕是少於 1%）總比無任何機會好。

除了把不發揮療效或不可能發揮療效的治療看成醫學上不適當外，很多嚴格執行希波克拉底禁令——“不傷害至上”的醫師堅決認為，他們有責任尊重任何醫學目的，最顯要的目的

是避免在治療過程中無目的的傷害患者。他們聲稱，在無肉體和／或心理益處的情況下，使患者受到傷害，醫師就是背離了自己的職責。例如，一些評論家列舉 Baby L 案例作為傷害性治療（從非人道方面考慮）的一個例子。

Baby L 為胎兒腎盂積水和羊水過少的受害者。除失明、聾啞、四肢癱瘓、嚴重的精神發育遲緩外，Baby L 還遭遇了反復發作的肺炎和四次心肺停止的痛苦。Baby L 的父母堅決要求通過機械換氣和心血管支持來延長嬰兒的生命，而醫療小組則聲稱這種治療不僅“無效”，而且“不人道”。因此，他們拒絕繼續治療 Baby L。不過，他們把 Baby L 轉給了準備尊重父母的盡“一切努力”的請求的醫師。批評家們則對醫療小組的這一決定橫加指責，如果醫療小組確實認為對 Baby L 採取積極“治療”措施與折磨 Baby L 沒什麼兩樣的話，那麼，從邏輯上和倫理上，應阻止醫療小組將 Baby L 轉移給另一組“折磨者”。

Jonsen、Siegler 和 Winslade 在其《臨床倫理學》教課書中描述了另外一種治療，越來越多的醫師把這種治療視為醫學上不適當。Jonsen 等在列舉了醫學的上述 6 個主要目的後，強調，儘管沒對這些目的進行“大體排序”是合理的，但醫學界的意見日趨一致，即“當主要系統發生的進行性和危象性惡化、衰竭似乎導致必然的死亡時，單一地延長生命不是一個獨立的、高於一切的醫學目的。Jonsen 等的觀點得到了生命倫理學家、醫師 Leon Kass 的支持，他就醫學的目的發表了一篇有爭議性的文章。Kass 提出了一些其所謂的醫學的虛假目的，如，快樂、社會適應或社會服從、人性的改變。他認為，延長生命純粹就是延緩死亡。他聲稱，如果醫學有一個至高無尚的目的，那麼，它不是延長生命，而是追求健康或“作為一個整體的機體的最佳運行狀態”。Kass 說，如果是阻止死亡而不是維持健康是醫學存在的理由，那麼，醫學的理想應

該是“人體不朽”。他聲稱，若不推行“無效”術語或“醫學上不適當”短語，那麼，這樣的時代就會到來：“聰明的醫師將承認，不再有任何現實的治療或醫學目的，將不把維持生命作為其目的”。他告誡醫師，“密切注意他們的主要業務，恢復和矯正能夠恢復和矯正的，總是承認死亡必將到來，健康是臨死時的幸福，作為肉體的存在，我們是脆弱的，遲早都要死亡——醫學的或非醫學的。”然而，需要強調指出的是，並非所有的醫師任隨患者同意Kass和Jonsen等的觀點，它會誤導人們不把維持生命作為醫學的目的。如果特免維持生命的醫學目的，人們將會極力宣揚停止治療PVS患者，將不允許任何醫師保持持久無意識的患者活著，也將不允許任何持久無意識的患者請求這種治療。

很難讓醫師和患者對構成醫學上適當的治療的條件均表示贊成，這一事實並不令我們感到驚訝。畢竟，我們所處的時代是“後現代”時代，對一切本質先於存在論者(Essentialist)的聲稱都懷有敵意。推測起來，後現代主義者認為，Kass和Jonsen等之流的思想家厚愛陳舊過時的“自然法則”，按照這一規矩，每一樣事物和每一個人都有一個本質的目的或功能，它超越了所謂的文化結構目的或功能。然而，因為時間和空間的危機迫使他們提出了“自然法則”“無時間”和“無空間”的反論點，所以後現代主義者斷定，像所有其他事物一樣，除了碰巧形成它的前後背景之外，醫學沒有任何實際行為存在。因為沒有任何永久的醫學的真實目的，所以，Kass便按照他們的估計，錯誤地認為，快樂、社會適應或社會服從、人性的改變某種程度上為醫學的虛假目的。畢竟，當前的現實是，醫師常規做美容手術，開各種改變人類個性的處方，從事改善遺傳質量的實踐，沒有一家官方醫療機構譴責他們在從事壞的或虛假的醫學實踐。

三、無益治療

社會公認的事實是，大多數患者和以患者身份的大多數醫師認為，無益的治療就是大多數醫師視為醫學上不適當的治療。大多數患者不需要完全無效或療效不佳的治療。實際上，患者常常和提供無效治療或高度試驗性治療的醫師打官司，控告他們失職或醫療失誤。下述情形的患者例外：①心情非常迫切，願意試用百萬分之一希望的治療；②有受騙感，除非醫師給其開些處方，哪怕只是安慰劑的處方。

同樣，大多數患者也不需要折磨人的治療，除非這種治療能產生或很可能產生他們所認為的實質性益處。很多燒傷患者反抗治療的真正原因是：與得益相比，遭遇疼痛是不值得的。當然，下列情況例外：大多數人把極度劇烈的、無法控制的、無止境的肉體疼痛看作比死亡更遭。例如，一個癌症患者為了能看到她的女兒結婚，可能會請求非常痛苦但可延長其生命的治療；而她的醫師及其他醫療衛生專業人員可能會覺得實施這種必需的、引起疼痛的治療特別難，因為患者請求這種治療本身並不構成醫師等醫療衛生專業人員拒絕這樣做的正當理由。

最後，大多數患者不想像持久植物狀態那樣活著。大多數人想像不出比持久喪失意識並依賴人工呼吸裝置才能“活著”更遭的事情。想到身體會乾癟、皺縮成一個捲曲的更像動物而非人的肉球，患者便毛骨悚然。然而，確實有這樣兩種人，一種是把死亡看成比這種“肉球”更遭；另一種是，像Helga Wanglie一樣，把緩慢的肉體瓦解視為上帝安排的，必須順從。有爭議的是，像順從折磨人的或高度試驗性的治療的人一樣，這些人確信將從他們需要的且將得到的治療中受益而不是受傷害。

四、醫學上不適當的治療與個人化的無益治療

我認為，有關無效的關鍵問題是：“若患者認為某種治療對其或其所愛的人有個人益處，而醫師或其他醫療衛生專業人員則聲稱這種治療在醫學上是不適當的，那麼，患者還有權請求這種治療嗎？”站在醫師一邊的人認為，與拒絕治療的消極權力相比，患者的請求治療的積極權力受到極大地限制。患者的拒絕治療的消極權力會相對容易地得到醫師的尊重，他們必須做的一切就是聽任患者的；相反，讓醫師尊重患者的請求治療的積極權力相當困難，如果這種權力與消極權力一樣迫切的話。有人認為，患者可以慢步走入醫師的辦公室或醫院，請求用最新的治療方法或最不常規的療法來治療他們的疾病，而經治醫師必須不顧一切地提供這種療法。**Allan Brett** 和 **Laurence McCullough** 認為，這種事態預示著好醫學實踐的結束：

臨床衝突的基礎是有關什麼對患者有益的、豐富的、具體的專門知識和專門技能。患者請求醫師提供某種治療的必要條件是：患者的請求有一個被認定了的依據或理論依據。

如果患者有請求醫療護理的積極權力，那麼，這一權力僅限於請求正當的醫療護理，即，醫學上適當的醫學護理。

在評價醫師在無效決定中的決定性作用方面，**Brett** 和 **McCullough** 並不是孤立的，**Kathryn A. Koch**、**Bruce W. Meyers** 和 **Stephen Sandorni** 也強調，做出無效決定和決斷是醫師的職權，也確實是醫師的職責。他們認為，患者的代理

人在為其所愛的人做出“生或死”的決定方面缺乏專門知識。做出最終的醫療決定不是患者代理人而是醫師的任務，因為醫師受過專門培訓，使得他們能確定何時開始、何時繼續，或何時停止治療。

一些人認為，在無效決定中，有決定做出權的不應是醫師而應是患者。就連這些人都承認患者無權請求醫學上不適當的治療。不過，他們堅決認為，被視為“醫學上不適當”的治療決不是確定不變的。在醫療機構內部，對“醫學上不適當的”治療存在著明顯的意見分歧。多數人認為，①積極治療 PVS 患者在醫學上是不適當的，因為對於所有的實用目的來說，PVS 患者是“腦死亡”；②盡力復蘇某些晚期、進行性、臨終的致命性慢性疾病患者在醫學上是不適當的，因為 CPR 的成功機率接近零。少數人則認為，對這兩類患者採取積極的治療措施在醫學上是適當的。

反映上述意見分歧的一個典型的例子是聯體雙胞胎病例。這對雙胞胎（一個叫 Amy；另一個叫 Angela）於 1993 年 7 月出生于美國伊利諾斯州 Maywood 市的 Loyola 大學醫學中心。這兩個女嬰分享一個有缺陷的心臟、她們的肝臟也融合在一起。在諮詢很多醫學及非醫學專家後，這對雙胞胎女嬰的經治醫師 **Jonathan Murashon** 建議不做外科手術，因為外科手術將會導致 Amy 死亡，且 Angela 存活幾周以上的機率不到 1%。儘管 Murashon 沒有明確聲明，對這對雙胞胎實施外科手術是醫學上不適當的行為過程，但他確實說過，對這對雙胞胎實施進一步治療是無效的：“讓我們餵養她們，並給她們保暖，然後，就讓我們把她們交給上帝，憑天由命吧！”不過，當這對雙胞胎的父母懇求外科手術時，Murashon 及其同事卻把這對雙胞胎轉交給了費城兒童醫院的醫師。很顯然，費城兒童醫院的醫師並沒有從醫學上不適當的角度把這對聯體雙胞胎的手術看成無效。他們評述了近年來的醫學進展及醫療技術革

新，對這雙胞胎實施了手術。正如所預料的那樣，Amy 死了，Angela 勉強活了下來。儘管一些醫師和生命倫理學家對這一“奇蹟”鼓掌喝彩（截止作者發稿時 Angela 仍活著），但其他人則持異議。這次“成功”手術的批評家不僅報怨這對雙胞胎總的治療費用（據說已達到一百萬美元），而且報怨在這種情況下做手術構成了“壞”的（即，醫學上不適當的）醫學實踐。的確，有一位醫師這樣評論到：“...很可能保護動物協會不會允許我們對小哺乳動物這樣做”。

因為各持己見的醫師常常公正、勇敢、誠實地解決無效爭端為自己的治療方法、治療行為進行辯護，所以，患者自主權的提倡者對某個醫師或某所醫院所聲稱的醫學上適當或不適當的治療持懷疑態度是不足公正、勇敢、誠實地解決無效爭端奇的。醫療機構是一個高度個性化的專業組織，其專業人員往往以其個人能對特殊患者做出醫學上適當的或不適當的判斷自豪。醫師慣常抵制“食譜大會”式醫學；他們反對這樣的推斷：因為肝移植對某一特定患者群（如，80 歲以上的患者）通常療效不佳，所以它對其他患者群亦將不能很好地發揮療效。不過，在當前的患者自主權時代裏，如果醫師不想被迫提供他們視公正、勇敢、誠實地解決無效爭端醫學上不適當的醫療護理，他們就必須學會如何“照食譜烹調”。為此，最近丹佛市的 14 所醫院及其他衛生醫療機構正著手制定“丹佛市監護使用準則”。這些醫院和醫療衛生機構意識到，對不應予以積極治療的所有疾病達成共識需要做大量工作，所以，它們提出了一個切入點，即，對下列患者拒絕考慮CPR：①臥床不起的轉移癌患者；②C 類肝硬化患兒；③卡式肺囊蟲肺炎發作兩次以上的HIV 感染者；④必須家庭護理的癡呆患者；⑤昏迷持續時間超過 48 小時的患者；⑥經過三天的監護，症狀無任何改善的多器官系統衰竭的患者；⑦實施 CPR 後不能活著出院的患者。如果這些醫院和醫療衛生機構最終就上述達成一致，那

麼，它們的任何一所醫院或醫療衛生機構就將對上述之列患者拒絕實施 CPR。

不過，醫學界對“丹佛市監護使用準則”（GUIDE）存在著某些意見分歧。首先，GUIDE 的目的是什麼；其次，從醫學上不適當的意義上看，哪些治療應考慮為無效。例如，“癡呆”涉及到極廣泛的疾病，其中一些是衰弱性的和喪失人性的，而另一些則不是。當進行民意調查時，GUIDE 的 80 個參與者絕大多數說，他們的主要目的是制定從不必要的痛苦中拯救患者、維護專業人員誠實及降低醫療費用的政策。另外，大多數參與者表達了一個立即與普通公眾協商的願望，因為如果貫徹實施的話，GUIDE 將授權醫師做出有關限制醫療護理的單方面決定。GUIDE 參與者的優勢在於醫學是一門實踐性很強的科學，整個社會，特別是醫師應該就“好”醫學的含義做出解釋說明。在人類關心的範圍內，文化與自然、社會價值與生物事實形成了健康與疾病的界限。

GUIDE 的大多數參與者願意就無效立即與普通公眾協商，但讓人感到迷惑不解的是，在與公眾協商之前，Murphy（GUIDE 的兩位領導者之一）催促丹佛市的醫療衛生專業人員臨時確定構成無效醫療的條件。我認為，這種“關後門”的方法會使已經起疑心的公眾推測，制定無效政策的基本指導思想不是關心患者的健康，而是為了醫療機構贏利的目的限定醫療服務。模糊無效與定量配給的界線不僅會損壞醫學的形象，而且也侵蝕醫患關係。令人遺憾的是，Murphy 促成了這種界線模糊，他聲明，儘管醫療衛生專業人員應對任何人——不管是窮人還是富人拒絕提供醫學上不適當的醫療護理，但這一政策很可能是“不現實的”，因為目前尚無任何有效的方式、方法來阻止富人購買窮人支付不起的“壞醫學”（即，醫學上不適當的醫療護理）。

將無效和定量配給混為一談的絕非 Murphy 一人。美國醫

學會雜誌 (JAMA) 編輯 George Lundberg 最近寫到：“他個人能接受 Uwe Reinhardt 的三層次醫療衛生體制概念：‘基礎、商業和鍍金’”，只要“‘基礎’是確實可靠的、所有人都可獲得的，包括絕大多數美國人”。儘管多數美國人可能也接受 Reinhardt 的三層次醫療衛生體制（畢竟，在美國社會，其他一切事情都是三層次的），但他們仍然不接受 Lundberg 支護的另一觀點。這一觀點是，當達到“鍍金醫療”（基礎和商業計劃中未覆蓋的服務）層次時，應該允許一個人購買限界服務、甚至無效但無禁忌症或重大傷害可能性的服務”。Steven Miles 尋求將“無效”一詞與醫學上不適當的和對個人無益的醫學治療聯繫在一起；與 Miles 相反，Lundberg 很顯然地將“無效”一詞與“奢侈的”醫學治療——醫學上適當的或至少無禁忌症的、且對個人有益的或至少不能導致重大傷害的、但卻非常昂貴的治療——聯繫起來。

如上所述，當 Miles 將醫療無效的概念擴大到包括對個人無益的治療及醫學上不適當的治療時，他犯了一個錯誤；然而，當 Lundberg 把無效與定量配給問題混為一談時，他犯了更嚴重的錯誤。如果“奢侈的”醫學治療無禁忌症，或不能產生重大傷害，那麼，它就不是醫學上不適當的，它就不是無效的。不過，“奢侈的”醫學治療不是無效的本身並不意味著，所有的市民都必然有資格享用它。我們的醫療衛生資源是有限的，並不是每個人都能享有醫學所能提供的最佳服務。例如，富人所能享用的“奢侈”治療窮人同樣應該享用，不過，這是整個社會的任務，不是醫師所能決定的。醫師擁有專門知識，使之能判斷什麼是醫學上適當的治療、什麼是醫學上不適當的治療及什麼是無效的治療。醫師無權決定社會應優先考慮哪些，無權為他們所提供的醫學上適當的服務和醫療用品提供基金。定量配給決定基本上是社會性的而不是醫學性的。社會必須公正地決定哪些醫學上適當的服務和醫療用品它能支付給所

有的市民、哪些不能。

五、結論

一些醫師及其他醫療衛生專業人員認為，解決無效爭端的一種最佳方式就是不提供被他們視為的醫學上不適當的治療。例如，他們推論，如果一位醫師確信 CPR 對患者無效，那麼，這位醫師便無責任向這位患者提供 CPR。至多他／她對患者（最可能是患者的代理人）負有的義務是，通知患者或者患者代理人 CPR 絕對不是一種選擇，患者或患者代理人對 CPR 的請求將不予尊重。壞醫學是絕對的壞醫學，患者（無論是窮人還是富人）無權請求它，因為醫師無責任提供它。

很多醫師對只有醫師才能做出無效決定的這種特權進行了極力辯護，他們在基本邏輯上有共同點，不過，他們試圖對這種特權的範圍加以限制。他們勉強承認：①某些特殊的治療選擇就連醫師都說不清楚，這有些靠不住；②醫師率直地通知患者某些特殊的治療選擇是不能商談的，這有些冷酷無情。醫師 Howard Brody 和哲學家 Tom Tomlinson 極力主張醫師認真詳盡地與患者／代理人討論為什麼他們認為 CPR 是“無效”的；他們甚至提出，在患者／代理人提出異議的情況下，“無效”的 CPR 仍可能是有希望的，但這不是專業人員的責任感，而是出於對普通人同情的原因。Tomlinson 和 Brody 的評論是：

當患者或家屬繼續堅決要求無效的復蘇時，醫師尊重這一要求可能是正當的，但這不是為了尊重患者自主權的原因。相反，患者／家屬的堅決要求所揭示的就是他們從心底裏需要否認。考慮患者的福利而不是患者的權利，可以

鼓勵醫師做出這一需要的決定，勉強地答應盡力復蘇。不過，醫師在做出這一決定時必須慎重，必須考慮周全：①是否有其他方式能滿足這一心理需要；②復蘇嘗試是否極有可能增加患者的不可避免的死亡之前的痛苦；③將要得到滿足的這種心理需要是否是家屬的、而不是患者的。這種考慮的後果可能是促進醫師答應盡力復蘇，而涉及的道德問題則不僅僅是患者／家屬需要CPR這一事實。相反，這是不尊重患者／家屬請求的後果（不管是好後果還是壞後果）。復蘇嘗試對患者有利（益處）還是有弊（傷害），做出這一判斷的權力仍然掌握在醫師手中。

儘管 Tomlinson 和 Brody 關注患者和代理人的“否認需要”，但他們對無效爭端的解決辦法仍然存在倫理學問題，因為它使“無效”治療的提供取決於醫師善行而不是患者自主權。我認為，因為整個醫學界對醫學上不適當的治療還有爭議，所以，醫師將對醫學上不適當的決定與對患者生命質量或社會價值的主觀判斷混為一談是極其危險的，會危害醫學的真正目的。Ruth Macklin 評論到：

在醫師不想提供醫學干涉的情況下，可以採納無效的廣義解釋。構成不願意治療的動機可能是複雜的。醫師不願提供某種治療可能源自該醫師對患者生命質量的主觀判斷：“患者的一般狀況不允許進行積極的或耗費大量時間的或是昂貴的醫學干涉。”醫師可能做出這種判斷的患者例子有：①患有不可逆癡呆的老年患者；②嚴重神經損傷的任意年齡患者；③末期癌症患者；④末期AIDS患者。對患者的社會價值所做出的明顯判斷是：“患者不值得治療”。儘管很少以極明確的方式或極果敢的方式做出聲明，但它是心胸外科醫生拒絕對靜脈內藥物使用者（使用藥物會使

其心臟瓣膜再次感染）實施反復的瓣膜替換術的原因所在。

沒有任何證據表明，醫師（或其他醫療衛生專業人員）能比患者更好地將醫學事實與非醫學價值區分開來；也沒有任何證據表明，醫師能比患者更好地正確識別和誠實地承認其決定和行為背後的動機。為此，如果沒有其他原因，我認為，當醫師認為某種治療在醫學上不適當時，他們應該拿出自己的觀點來與患者和／或患者的代理人討論，並作好充分準備以承認他們最初對某種治療所做出的所謂醫學判斷原來是對生命價值是否值得所做出的非醫學判斷。除非我是錯誤的，在醫師和患者之間展開真心誠意討論的目的應：既不是勸服患者同意他們的醫師判斷，也不是使醫師依從他們的患者請求，而是揭露患者的願望是否符合他們的整體利益，以及在不危及專業人員和個人正直、誠實的情況下確定醫師和其他醫療衛生專業人員是否能滿足患者的利益。

我認為，醫院及其他醫療衛生機構應通過增加和改善醫師和患者之間的交流而不是制定法規條文性無效政策的方式來改進服務，但這並不能抵擋住支持無效政策的潮流、趨勢。有鑑於此，我建議，如果無效政策是不可避免的，那麼，醫院和其他醫療衛生機構應遵循丹佛市的引子，並協力一致地制定無效政策。在無效爭端中，聽取各方的意見越多，所制定的政策就越客觀。如果我們的目的是制定一個公平的、無偏見的和不主觀的政策，那麼，不僅必須聽取醫師的意見，而且必須聽取其他醫療衛生專業人員、特別是患者的意見。真理掌握在大多數人手中，它不為任何一群人所有，而是集體智慧的結晶。人們在一起討論可以相互確認和否認彼此的觀點，在合作和協作的氣氛中，判明真偽。患者很少對構成醫學上適當的／不適當的治療的因素做出最合適的判斷，但他們常常對構成個人有益／

無益的治療的因素做出最合適的判斷。

當然，丹佛市對好醫師不應對任何患者（不管是窮人還是富人）提供的各項治療進行了公正、公開地鑒定，這一嘗試可能會衝擊美國各地的很多醫院和醫療衛生機構。這些醫院和醫療衛生機構都會某種程度地感到，他們需要制定自己的無效政策，他們將很可能尋求制定它。如果這樣的話，我建議，構建一個實在的政策框架，供醫師、其他醫療衛生專業人員和患者開展真心誠意地討論。按照這種模式，Santa Monica醫院中心的無效醫療準則很有希望，儘管它並非完全沒有問題。該政策共有7條，其中前6條在平衡醫師責任和患者權利方面似乎是適當的。該政策規定，當醫師與患者和/或患者代理人發生衝突時，應採取下列步驟：

①經治醫師應該花充足的时间認真地向患者及患者家屬解釋清楚疾病的性質、治療選擇和預後。醫師應解釋說，放棄治療並不意味著放棄患者的舒適、尊嚴和心理支持。

②經治醫師應提供合適諮詢者的姓名，以使患者能聽取有關在這種特定處境下無效的獨立意見。

③護士、醫院教士、患者護理代表的幫助和社會服務應提供給患者家屬。希望召開有醫師、護士、醫院教士、患者護理代表及患者家屬參加的會議。

④應經治醫師的請求，生命倫理委員會可以應邀考慮這種事情，並對醫師和患者家屬提供忠告和諮詢。

⑤應給患者和家屬足夠的時間來考慮這些資訊。

⑥如果採取了上述所有步驟，家屬仍不信服，那麼，醫師和醫院都不必提供無醫學適應症的醫療護理，可以將家屬介紹給另一位醫師（如果能找到的話）和另一所醫院（如果可得的話）。

⑦如果患者不再能從急症住院中獲益，且患者或患者家屬堅決要求住院，那麼就可能實行個人付費機制。

要不是該政策的第7條（最後一條）的話，它就代表無效政策的最佳典範。儘管迄今仍沒有實行個人付費機制，也沒有患者被轉送給另一所醫院，但第7條的威脅語氣提示，像醫療衛生專業人員一樣，醫院需要檢查一下制定無效政策的動機。人們應更重視醫院預算平衡呢？還是應更重視維護醫療職業及醫療衛生專業人員個人的正直、誠實呢？還是應更多地考慮滿足患者的最佳利益呢？

傳統上，醫師非常重視彼此的判斷能力，因此，他們避開制定統一的實踐標準，避開評價彼此治療決定的後果。要不是他們意識到職業自我規範比政府強制的規章更好，他們就不會制定出比過去更詳盡的良好醫療實踐規範。當今社會最大的需要是，醫師向患者解釋清楚良好醫療實踐的參數是什麼。很多美國市民傾向於把他們自己看成是醫療衛生的消費者，有權購買任何投合其心意的醫療衛生用品和服務。然而，當用於醫學時，我非常懷疑“消費者”總是對的這句話。他/她可能極其錯誤，並需要告知他/她。不過，患者不可能相信拒絕用“壞醫學”治療他們的醫師，除非醫師學會與患者溝通、交流，除非醫療衛生機構與整個社會一起準確地劃分“定量配給”和“無效”問題。畢竟，在“不能為每一個人提供必須提供的最佳醫學（定量配給）”與“不願意使任何人遭受必須提供的最遭醫學（無效）的痛苦”之間存在著重大區別。必須讓患者確信，他們的醫師就是他們的律師，“壞醫學”就是有害醫學，而不是純粹的奢侈醫學。

無效爭端為醫療實踐改革提供了機遇。如上所述，醫學是一門實踐性很強的科學，有其自身的優秀的內部標準。即使沒有很好地制定醫學標準，多數醫師（包括患者）也能說出好醫師與江湖醫生或庸醫之間的區別。不過，如果一個人想成為一名好醫師而不是江湖醫生或庸醫，那麼，他/她必須準備著放棄某些個人自主權，Alasdair MacIntyre 寫到：

投身於一門實踐就是接受那些權威的標準，承認自己行為的不當。自己的態度、選擇、偏愛和興趣服從於目前所界定的且不完善的該門實踐標準。

根據 MacIntyre 的觀點，能使一個人在成為優秀實踐者（這裏指優秀醫師）的過程中百折不回的是，擁有若干必不可少的品德，或獲得能促動其成為一個優秀人的人類品質。任何一個有理想的人（努力學習、努力工作，不僅是為了外在報酬，如，金錢、權力或聲譽，而且也是為了內在報酬，如，成為優秀的人）都知道如何努力才能維持其理想。在其他方面，

MacIntyre 認為：

我們必須學會承認什麼歸於他人；在前進的道路上，我們必須準備著自我犧牲；我們必須認真聽取別人提出的有關我們自身不足的意見，並同樣認真地對這些事情做出答復。換言之，我們必須把公正、勇敢和誠實的品德接受為任何擁有內部利益和優秀標準的實踐的必要成分。

如果醫師及其他醫療衛生專業人員關注公正、勇敢和誠實品德的開發，他們就會慢慢接近所謂的無效問題的解決辦法。正如一些人所解釋的那樣，無效問題可引起某些患者（如，PVS患者或想盡一切辦法懷孕的不孕症患者）的不公正問題，這些患者需要極昂貴的但對個人有益的醫療服務和醫療用品，如果是這樣的話，醫師應推進整個社會配給這種醫療護理，並無需對這種醫療護理支付費用。另外，正如另一些人所解釋的那樣，如果無效問題是醫師實施壞醫學（即，提供醫學上不適當的治療），甚至是折磨患者——因為他們擔心被控告，或難於對付不明道理的代理人，那麼，醫師必須集體以及個人勇敢地說：“不。有些東西不管誰想要，或不管誰願意為它們付多

少錢，我們都不能做。”最後，正如再另一些人所解釋的那樣，如果無效問題主要是溝通、交流問題——很多患者擔心治療不充分，而很多醫師卻不情願反映他們的最深層動機（即，對某些特殊類型的患者不給或撤消治療），這就造成了他們之間的交流障礙，那麼，誠實是最佳策略。經治醫師最好說“要是你的孩子是我們的，我們就會選擇終止積極的治療，”而不是說“我們不能為你的嬰兒做任何事”。這種坦白自然會釋放某些反復無常的情感。不過，就是這些情感的釋放，才得以清楚地知道小兒的父母和醫師在想什麼，最終使父母和醫師撇開他們的利益，從而有利於小兒的利益。

最後強調指出的是，“無效”問題是醫師、其他醫療衛生專業人員及患者的創造。令人遺憾的是，無人嚴肅地提出“好患者”的概念。不過，借助好市民的概念及市民權利與義務規範準則，我們可以大致勾畫出好患者的輪廓。固然，患者有權利——患者必須珍惜自己的權利，因為患者是一個特別脆弱的個人群體。不過，患者也有責任和義務。像治療、護理他們的醫師和其他醫療衛生專業人員一樣，患者亦應成為公正、勇敢和誠實的人。公正的患者有公平分配的觀念——不額外要求醫療衛生服務和醫療衛生用品，這樣會剝奪許多其他人享受基礎醫療的權利。當醫師說“不。你所需要的是醫學上不適當的治療，我拒絕把它提供給你，以及任何人，包括美國總統”時，勇敢的患者願意毫不懷疑地相信他/她的醫師。誠實的患者有能力評估其自身的醫學狀況，有能力就對人類肉欲和必死命運的限制達成協定。無效問題將永遠得不到解決，除非醫師、其他醫療衛生專業人員和患者均承認它所隱藏的更深層問題——顯而易見地不能接受對醫學的限制、對社會資源的限制，以及對一個人自己的健康和生命的限制。

儘管生命倫理學家鼓勵醫師和患者在進行道德協商期間運用自主權、善行、非邪惡及公正原則，但他們也極力主張醫師

和患者揭露、探究文化背景和個人觀點，這必然會影響這些倫理學原則的排序。如果生命倫理學家不尋求操縱醫患關係的法律論證模式，如果他們不希望醫患關係是敵對性的，那麼，他們就必須堅決地促成制定一套規章制度以及促成引起爭端。患者、醫師及其他醫療衛生專業人員所需要的是為他們提供更多機會，以使他們就哪些應該加強限制、哪些應該放鬆限制達成協定。因此，生命倫理學家的基本任務是，創造條件，使患者與醫師、其他醫療衛生專業人員展開真心誠意地交流，以為健康或生命處在攸關狀態的人的最佳利益做出艱難的決定。或許很多生命倫理學家不能勝任這項任務，因為他們缺乏成功所必須的品德。像好醫師、好患者一樣，好生命倫理學家必須公正、勇敢和誠實。不具備這些品德，他/她就有成為一個純粹的詭辯家的危險，受人雇用，能以適合於雇主利益的任何方式給名詞術語下定義，制定政策，包括無效政策。

(瀋陽醫學院 婁長春譯)

參考文獻

- Annas, G.: 1982, *The Rights of Patients*, Southern Illinois University Press, Carbondale.
- Barns, J.W.B.: 1964, 'The Hippocratic Oath: an early text', *British Medical journal*, 2,567.
- Blackhall,L.J.: 1987, 'Must we always use CPR?', *The New England Journal of Medicine*, 317-1281-1285.
- Brett, A.A. and McCullough, L.B.: 1986, 'When patients request specific interventions: defining the limits of the physician's obligation', *The New England Journal of Medicine*, 315,1347-1351.
- Carson, R.: 1992, 'Washington's I-119', *Hastings Center Report*, 22,7.
- Cassell, E.: 1993, 'The sorcerer's broom:medicine's rampant technology', *Hastings Center Report*, 23,32.
- Crowe, M.B.: 1977, 'The changing profile of natural life', M.Nijhoff, Dordrecht.
- 'Denver providers ask community to limit futile treatment', *Medical Ethics Advisor*, November 1993,9,134.
- Fox, E. and Socking, C.: 1993, 'Ethics consultants' recommendations for lifeprolonging treatment of patients in a persistent vegetative state', *Journal of the American Medical Association*, 21, 2582.
- Gianelli, D.M.: 1993, 'One Community Looks for Consensus on `Futile Care,' " *American Medical News*, 36, 1 and 10.
- 'Hospitals develop futile care policies to help', *Medical Ethics Advisor*, October 1993, 9,128.
- In re Quinlan*, 70 N.J.10,355A.2b 647 (1976).
- In re Wanglie*, No. PX-91-283 (Fourth Judicial District, Minnesota, Hennepin County, July 1991).
- Jonsen, A.R. et al.: 1986, *Clinical Ethics*, Macmillan, New York.
- Kass, L.: 1985, *Toward a More Natural Science: Biology and Human Affairs*, Macmillan Press, New York.
- Keown, J.: 1992, 'On regulating death', *Hastings Center Report*, 22,39.

- King, J.H., H.: 1986, *The Law of Medical Malpractice in a Nutshell*, West Publishing Company.
- Towards a just, Courageous, and Honest Resolution of the Futility Debate* 189
- Koch, K.A. et al.: 1992, 'Analysis of power in medical decision-making: an argument for physician autonomy', *Law, Medicine and Health Care*, 20,323.
- Lundberg, G.D.: 1993, 'American health care system management objectives', *Journal of the American medical Association*, 269,2554-2555.
- MacIntyre, A.: 1981, *After Virtue*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, Indiana.
- May, W.F.: 1991, *The Patient's Ordeal*, Indiana University Press, Bloomington.
- Macklin, R.: 1993, *Enemies of Patients*, Oxford University Press, New York.
- Miles, S.H.: 1991, 'Informed demand for non-beneficial medical treatment', *The New England Journal of medicine*, 325,512-515.
- Miles, S.H.: 1992, 'Medical futility', *Law, Medicine and Health Care*, 20,310.
- Murphy, D.J.: 1988, 'Do-not-resuscitate orders: time for reappraisal in long-term-care institutions', *Journal of the American Medical Association*, 260,2098-2101.
- Paris, J.J. et al.: 1990, 'Physician's refusal of requested treatment: the case of baby L', *New England Journal of Medicine*, 322, 1012-1015.
- Pobolsky, D. and Rubin, R.: 1993, 'Heal thyself', *U.S. News*, 115,64-76.
- Schneiderman, L.J. et al.: 1990, 'Medical futility: its meaning and ethical implications', *Annals of Internal Medicine*, 112,949-954.
- 'Should elderly patients be given costly, high-tech care?', *Medical Ethics Advisor*, December 1993,9,149-151.
- Stell, L.K.: 1992, 'Stopping treatment on the ground of futility: a role for institutional policy', *St. Louis University Public Law Review*, 11,481-497.
- Tomlinson, T. and Brody, H.: 1990, 'Futility and the ethics of resuscitation', *Journal of the American Medical Association*, 264,1276-1280.
- Toufexis, A.: 1993, 'The ultimate choice', *Time*, 44.
- Veatch, R.M. and Spicer, C.M.: 1992, 'Medically futile care: the role of the

- physician in setting limits', *American Journal of Law and Medicine*, 18,15.
- Wolf, S.M.: 1988, 'Conflict between doctor and Patient', *Law, medicine and Health Care*, 16,197-203.