

醫生不給無益治療的權力

Glenn G. Griener

摘要

醫生渴望從患者那裏挽回某種程度的決策權，這種渴望推動著有關無益治療這一問題的爭論。醫生注意到，有些醫學干涉對某些患者是無益的，因而斷言醫生沒有義務提供無益的治療。“無益”這一概念是很複雜的，許多評論者認為，區分“生理無益”與“定性無益”是有用的。醫生可以決定生理上無益的治療，這一主張很少引起爭端。然而，如果聲稱他們可以不給定性無益的治療，這就會同人們反對醫學家長主義的標準理由相抵觸。人們有理由相信“生理無益”與“定性無益”這種概念區分將不會在臨床實踐中維持下來。本文指出，支援醫生單方面不給生理無益治療的科學資料，也對限

Glenn G. Griener, Ph. D., Division of Bioethics, University of Alberta,
Edmonton, Alberta

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73-91。

制治療的醫院政策提供支援。醫生所利用的從患者手中得到的決定權的資料，也可被行政管理者所利用，使他們從醫生手中得到同樣的權力。雖然醫生這種權力的喪失是無庸置疑的，然而我們有理由相信，“無益”這一概念的模稜兩可性將給醫生帶來權力上的更大損失。

關鍵詞：無益 醫生權力

在過去的五年中，人們已見證了醫學和生命倫理學界中的激烈爭論聚焦在“無益”這一概念上。有關無益的現代爭端始於一些精心設計的研究，這些研究表明，心肺復蘇（CPR）這一普及的醫學干涉卻在許多病例中效果不佳。一些散在的病例報告表明，患者或無能力患者的家屬堅決要求醫生認為無益的治療，這進一步加劇了有關醫療無益的爭端。

一些哲學家認為，他們對生命倫理學的主要貢獻是概念澄清。對他們而言，這一爭論是體現他們自身價值的一次寶貴機會。廣泛流傳又如此這般亟待澄清的概念還不曾存在。對一些醫生而言，這一爭論為其提供了一次修正近年來出現的決定權失衡的機會。據此，醫生會不惜很大代價，去從當代生命倫理學的自主權中挽回其至高無上的權力。這一爭論為恢復醫生權力的傳統觀念賦予了一次機會。尤其是從患者及家屬那裏重獲權力的一次機會（Koch, et al., 1992）。正如一位評論家最近所聲稱的那樣：“所有這些爭論都有一個未被公開但卻始終存在的背景，即，在某種程度上，患者自主權必須服從於醫生的權力”（Schuster, 1992, p.508）。

在本文中，我將利用一點兒時間來澄清概念，以闡明“無益”這一觀點。然後我要證明，對某些病例，放棄患者自主權是無可非議的，醫生應該重新獲得丟失給患者的某些權力。在

結尾部分，我將提出，這種成功是有可能的，但卻是短暫的。無論醫生從患者那裏挽回怎樣的決定權，勢必旋即落入那些主管醫療保健的官僚主義者手中。

一、澄清概念

引起無益爭端的主要原因是，醫生有單方面做出決定的權力，即，在不需要征得患者或無能力患者的代理人同意的情況下，做出醫療決定。無益治療無需提供給患者。即使有能力的患者請求這種無益的醫學干涉，醫生也應拒絕提供它。並且一旦一種醫學干涉治療顯示出無益，即使患者或者無能力患者的代理人請求繼續這種治療，醫生也可撤銷它。美國胸科學會明確闡述了這一觀點：

醫生從倫理上無責任提供以前已被界定為無益的生命維持療法，即使患者或者其決策代理人請求這種醫學干涉。強迫醫生提供明顯無益的醫學干涉將削弱醫療職業倫理道德的誠實性（1991, p.728）。

明確“無益”這一概念，並確定哪些醫學干涉是無益的，這是邁出劃清“有關醫生對患者提供醫療護理責任”界限的第一步。

一篇關於“無益”的早期研究報告聲明，這一概念令人“捉摸不定”，並告誡說，該概念有無數處含糊不清，這將限制它在臨床環境中的使用（Lantos, et al., 1989）。自那時起，眾多作者力求通過潛心的概念解析或者按條款來闡明這一概念。儘管對“無益”這一概念的解釋仍沒有達成一個全面的共識，但有一個基本的共識，即，這一概念具有兩種性質不同的含

義：生理無益與定義無益 (Younger, 1988)。

生理無益治療的主要含義是指某項醫學干涉達不到預期的軀體目的。如果預期心肺復蘇 (CPR) 不能恢復循環與呼吸，那麼，基於這一含義，繼續 CPR 將被視為無益。在生理無益這一概念中，不包含對軀體目的的評估。避免任何評估是可能的，因為本概念寓意著，治療將根本不能獲得預期效果，而不是效果可以受益于患者。

定性無益是適用於所預期的軀體目的存在質疑時的病例。當某種治療被判斷為定性無益時，所做出的聲明應該是，雖然這項治療可能成功地獲得預期效果，但這種效果是不值得實現的。有效的治療可能不是有益的治療。因為醫學治療的目的是使患者受益，無益治療是從醫學上講就是無益治療。如果說某種效果不值得獲得，就意味著上述兩種或者其中任何一種情況。有時判斷是在不考慮獲得預期效果所需要付出的代價的情況下做出的，也就是說，這種效果本身就被視為不值得追尋。例如，許多人認為，在持久性昏迷狀態下生存沒有任何價值 (美國胸科學會, 1991; Davis, 1993)。根據這一觀點，僅僅像植物般的生命 (沒有任何恢復意識的希望，或者與他人沒有任何聯繫) 是不值得維持的。一些人對通過 ICU 的機械和技術來使患者的生命多維持幾天或幾周的價值提出了質疑 (Jecker and Pearlman, 1992)。在許多普通病例，人們的確主要考慮的是對“定性無益”的判斷。有時，人們承認，效果 (孤立地考慮時) 是有益的，但是又發覺治療本身反過來會給患者帶來傷害。CPR 是一個典型的例子，這一程式可能會造成患者肋骨骨折、氣管損傷。這種情況下，這類治療是定性無益表明，是治療給患者帶來的弊處遠大於益處的簡明說法。

區分不同含義的“無益”，目的是為醫療保健環境中運行的倫理推理提供服務。當只有生理無益的治療處在爭端中時，醫生有權不給無益治療的主張很少遭到非議。“無益”這一概

念的魅力部分在於，它似乎通過令人滿意的劃分工作來回避爭執。患者有權選擇他願意追尋的目標，而醫生則有權對可得的治療是否能達到預期目標進行判斷。宣稱某種治療為生理無益的醫生似乎只是以科學證據為依據做出預言，而不是給出價值判斷。因為它不涉及對預期目標的任何評估，所以醫生的決定似乎沒有價值。因而醫生不能受到將其價值強加于患者的譴責。

A. 生理無益

“生理無益”的含義在它是否回避了價值判斷的問題上不是完全沒有爭議的。兩點爭議值得一提。對這些問題的思考有助於明確醫生不給生理無益治療的權力的根源。

首先，人們關注判斷生理無益理論依據的科學嚴謹性。關於“無益”的爭論，是由對 CPR 的後果研究燃發並愈演愈烈的。現在有大量確鑿可信的關於 CPR 後果的研究資料，均來自各類患者和各種不同情況。然而，在這方面，CPR 卻是個例外。眾多醫學干涉卻不曾得到類似可信的資料，而且其嚴謹的後果研究還尚待設計與開展。不過，臨床醫生已對這些治療形式的效果有了印象。這些印象時常來源於臨床經驗。如果精心設計的研究資料不可得，那麼，醫生應該使用他們的臨床經驗來確定無益嗎？在一項治療被宣佈為無益之前，無益的證據必須達到怎樣的程度呢？

宣稱治療為無益的醫生個人，如果他的斷言僅僅是依據個人的臨床經驗，似乎就使他的評估被質疑為偽科學。醫生的斷言有可能僅僅被當作尚需進一步驗證的假說。爭論點之一是有關引證證據的質量的評價問題。這表明，生理無益所關注的是，醫生單方面做出決定的權力要有良好的科學基礎。明確的科學基礎的建立，必然要涉及到評估性的判斷；醫生必須確定現成的經驗證據是否支持有關療效的既定結論。這種決定要求

醫生具備研究設計和解釋說明的專門知識。為此，決定證據是否充分的權力，應該歸於醫療學術機構（ACCP/SCCM Consensus Panel, 1990, pp.956-957）。

第二，有關價值是如何被提出的這一問題涉及到設置生理無益的概率閾。美國心臟協會列出三種情況，據此，可以在“一個嚴格的意義”下認定復蘇無益。其中一種情況是，“在精心設計的研究中，在特定的條件下，實施 CPR 後沒有生還者被報道”（1992, p.2283）。但是正如 Robert Truog 指出的那樣，“在現實生活中，這類事情決不存在，如果給予充分的機會，可以想像得到的最不可能的後果也可能產生”（1992, p.144）。做出臨床決定所依賴的證據是以統計學為基礎的。一般來說，不能確切地預言，某種治療不會在某一特定患者身上產生預期效果。最大限度可以說這項治療不太可能產生預期效果。假如一個精心設計的研究表明，某種醫療程式在當時達到預期療效的成功率為 1%，那麼應該如何對這種療法給予評價呢？是否應該被鑒定為生理無益？其成功的概率不低於多少才可以被允許應用呢？誰有權回答這個問題？雖然在日常醫療實踐中也將決定權留給學術團體，但是對這一問題的處理與實驗設計的性質截然不同。設置概率的閾值涉及一個不可避免的風險價值評估。沒有明顯的理由使人確信，學術團體更有資格對“何種情況下成功的概率太低不值得追尋”做出判斷。當醫學治療閾被設定時，另外兩種可能性又出現了：不是允許患者為自己做決定，就是牽涉到學術機構來參與設定這些界限。

儘管人們普遍贊同醫生可以不給生理無益的治療，但其實際意義可能相當小。學術機構通常要設立嚴格標準來衡量那些經驗證據。所以只有極少數的後果研究滿足其標準，並證明治療的無益。

B · 定性無益

生命倫理學有關“無益”的爭論中，最具的爭執點是圍繞著此類被確認為定性無益的治療。其中蘊含的問題是：“誰有權決定所產生的療效是否有益？”因為此類爭議常常涉及到諸如 CPR 或人工餵養之類的生命維持治療，所以問題又出現了：“誰有權決定這位患者的生命是否值得維持？”當然，在很多病例，醫生與患者或者患者決策代理人，在對關於治療後果、患者的目的與價值的資訊進行完全的相互交流之後，會達成一個共識。然而，在某些病例也有可能達不成共識，當彼此分歧依然存在時，最終決定權的問題是最令人棘手的。

將權力交給責任醫生，會有一些公認的危險。醫生可能以個人的價值觀為依據做出決定，而這種決定可能與患者的不相吻合。這種行為可能導致醫生潛意識地對那些身體或精神上有缺陷的人，甚至對少數民族或者社會地位卑微之人的歧視。這也意味著，患者是否能得到治療將取決於恰是某位醫生的偶然性，而不是就醫條件。這些實際的利害關係應提醒人們正視這種決定某種治療屬於定性無益的權力應該歸於醫療職業，而不是醫生個人。因此，適當的專業機構應該制定醫療實踐準則，闡明哪些醫療後果不值得追尋。這一建議又惹來其他一些類似的評論文章。

這類評論常與 Robert Veatch 的名字聯繫在一起，其主要論點是，沒有理由將評估這一職責指派給醫學專業。那樣做表明，醫生已掌握了有關道德評估的專業知識，而事實上，他們沒有掌握。甚至這種專業知識可能是不曾存在的。一些擁護醫生權力者的反應是，醫生經常被授予這種特權（Tomlinson and Brody, 1990）。最後，多數人定格於低調的觀點：“醫學界充其量可以提出‘無益’的定義，而最終應由全社會來確定這一概念”（Schneiderman and Jecker, 1993, p.437;）。

但是，甚至這種低調的主張也易遭受嚴厲的反對。

很多人認同某些醫療結果不值得努力達到。所以對定性無益的標準達成廣泛共識是可能的。然而，很明顯，並沒有達成共識。例如，一些人堅信維持植物人的生命是值得的。那麼怎樣對待這些特殊的生命呢？患者自主權維護者主張，患者的選擇應該指導醫生醫療措施的制定 (Youngner, 1988)。而另一些人則推崇患者沒有權力選擇治療，而且無益的治療可以被不給 (Schneiderman, Jecker and Jonsen, 1990)。

C. 策略

在有關生命倫理的文獻中，不同派系均關注各自的立場、地位，並且清楚了是什麼因素帶來持久的僵局狀態。生理無益與定性無益之間的區別已開始使人們意識到，應該脫離學術期刊的方式，並進入公共政策階段，具體體現在各種機構最近發佈的關於撤銷生命維持療法準則中。這些對“醫生沒有道德義務提供生理無益的治療”展示出了廣泛的認同。“醫生無責任提供生理無益的醫學治療(也就是說，治療不能產生預期的生理改變)” (Appleton International Conference, 1992, p.6) “一位衛生保健專業人員沒有義務提供、開始或者維持一項被其謹慎判斷為生理無益的治療” (Society of Critical Care Medicine, 1990, p.1436)。患者自主權並不意味著患者有權請求這種治療。“在患者或其代理人請求某種治療，而責任衛生保健專業人員已經很明確地認定該治療對達到其生理目的是無益的，因而不能給患者帶來任何生理益處時，專業人員就沒有義務提供此項服務” (Hastings Center, 1987, p.32)。這些聲明代表著大眾意識。事實上，很難想象出一個理由來支援實施生理無益治療的這一職責。

發佈準則的一些委員會和工作組已被當前有關醫生的專門知識的局限性和自主權的重要性的爭議所動搖。他們雖然維護

醫生不給生理無益治療的權力，但卻否認醫生有權不給被其確定為定性無益的治療。Hastings 中心的準則就是這種觀點的代表：“儘管一項治療將產生生理益處，但是這種生理益處不足以保證治療是正當的，這一衛生保健專業人員的價值判斷不應該作為決定某種治療是否無益的基礎”(1987, p.32)。就像美國醫學會精心推敲後所闡明的那樣，對定性無益的判斷“只有在患者本人是決策人之一，並且總是與其個人價值及特權相吻合的前提下才是適當的”(1991, p.1870)。其他聲明仍含糊不清，而且沒有表態決定權到底應該歸屬何處。例如，Appleton 準則聲明：

一位醫生認為某種生命維持療法生理無益的，然而，儘管如此，“無益”的另外含義是因為低成功率或者殘存的生命低質量，那麼關於不給或者撤銷這種治療的決定，應該在與患者或者其代理人對治療“無益”的性質與程度給予充分而自由的討論背景下做出。

因為醫生可能開展一次充分而自由的討論，但卻不能使患者或其代理人信服治療應該被停止，那麼就命令中止治療。

D. 對臨床行為的影響

生理無益與定性無益之間的區別，通過近期有關生命維持療法使用的政策聲明，引發了許多學術上的爭議與反饋。然而，很合理地試問，二者的區別在臨床上的意義是否與在學術討論中的相同呢？有理由確信不是的。首先，臨床上出現的病例經常涉及到無益的因素之間複雜的相互作用。如果一種治療被認定為無益的，一方面是因為達到目的的概率相當低，另一方面又可能因為目的本身的價值令人懷疑。在許多情況下，只是因為在醫學干涉旨在達到的目的問題上沒有促成明確的共

識，就可能引起爭端。也有更多的直接證據表明這些區別在臨床討論中沒有被仔細斟酌。

Mildred Solomon及其同事最近訪問了一些醫生，力求明確生命倫理學文獻中所使用的有關術語是否按醫生討論有關“無益”的方式被反映出的。訪問結束時，她總結到：

醫生以多種和矛盾的方式來使用“無益”一詞的概念及辭彙本身。時常，“無益”的概念很清楚地被用作生命質量評估的理論基礎...，然而，經常引起爭議的是，這一辭彙又被用來意指效驗及有關渴求進一步治療的賢人哲士的評估性判斷。當有關“無益”爭議發起時，它們最常被利用來支援以對生命質量的思考為基礎的評估性判斷。極少被用來表明定義醫學上無效的治療 (Solomon, 1993; pp.232-3)。

這一結論令人矚目。希望維持二者區別在道德倫理法中居關鍵地位的人們可能會認為，Solomon的結論提示了一個更適當教育的需求，即醫生應該被培訓以區分“無益”的不同含義，並且將其恰如其分地運用於倫理道德爭端中。但是，Solomon提出了使人確信這一策略不能奏效的理由，她推測：

就是因為無益概念的模稜兩可，才使其能發揮其作用。用醫學專業術語托辭價值判斷的意向可以行使它的社會心理的功能。傳遞“醫學上再沒有什麼其他措施可以採用的了”這一資訊給患者的這些辭彙使棘手的價值問題的討論變成不必要的了，而且幫助醫生避免了與患者的艱辛探索 (pp.235-236)。

如果醫生不能或者不情願區分生理無益與定性無益，也許最好還是完全廢棄這一概念 (Truog, et al, 1992)。這一思

路至少給出一個什麼應該成為主要爭端的更清晰話題：醫生權力的範疇是什麼？

二、再聚焦於爭端

至今出現的大多數爭執是，從倫理上講，是否允許醫生單方面做出不給無益治療的決定。只要有足夠資料證實某項治療是生理無益的，這種決定似乎當然是在醫生職權範疇內。當有人企圖將這種許可權擴展至定性無益的治療時，現實的爭端出現了。這一爭端已激烈到白熱化。但一些同樣迫在眉睫的爭端轉移了人們的注意力。

迄今為止，爭議中的問題一直是，“醫生是否有義務提供無益治療”。Lawrence Schneiderman, Nancy Jecker 與 Al Jonsen 最初把他們的工作描述為重建醫學倫理的傳統格言，包括受道德倫理與法律界重視的“無益治療不是義務的”這一格言，沒有任何道德準則或者法律曾經要求醫生施與或者允諾無益治療”(Schneiderman, et al., 1990, pp.949-50)。難題的這一特性描述在眾多當代辯論中產生了“醫生的自行斟酌權”這一假想。此事正在探討中。如果治療是無益的，醫生可以單方面決定不提供它；但是也可以決定提供給知情同意的患者。最近，Jecker 和 Schneiderman 修改了他們的結論，使這一問題再次成為人們關注的焦點：“常規要求醫生禁止實施無益的醫學干涉。”(1993, p.158) 他們以前主張醫生沒有義務提供無益治療，現在卻認為醫生有義務不提供無益治療。

Jecker 與 Schneiderman 提出一系列理由支持他們的“醫生有責任不給無益治療”的論點。首先，他們認為，提供無益治療的醫生應該受到因誤導或者迷惑患者的譴責，無論哪一種情況都有損于患者的信賴感。而且帶來的社會影響是公眾對醫

療權力的關注倍增。其次，他們認為提供無益治療會使醫生偏離其使臨終患者舒適的中心任務。最後他們指出，提倡無益治療與醫療宗旨是背道而馳的。如果實施無益治療，那將會有損於醫療事業的誠實性。

可能出現的情況是，提供無益治療的醫生，必然會誤導（通過給予治療有效的虛假樂觀印象），或迷惑（通過給予混淆的資訊）患者。但是這只明確了不提供這種治療的職責。更難的情況是遇到這類患者：他/她因要求某種特殊的醫學干涉而開始了與醫生的協商，並且不願醫生對各種不樂觀後果的坦言相告而堅持一意孤行。尚不明了的是，在這種情況下，同意提供該治療的醫生（而且他/她也確信該治療無益）最終一定會因有損于患者的信賴或者失職于慰藉患者而受到譴責。但是，從另一個角度看，醫生願意提供醫學干涉是因為患者請求它，醫生並沒有顧及這種行為與其深思的臨床判斷自相矛盾的這一事實，其實這可能會給瀕臨死亡的患者以必要的安慰。

Jecker與Schneiderman關於醫生職責的結論，似乎支援或者說與其觀點一致，即提供無益治療會違背主要的醫學準則，他們最有力的論據涉及到給患者造成生理上損傷的生理無益的醫學干涉，CPR就是一個典型的例子。不提供醫學干涉的職責源於“不做對患者有損害的任何事”的義務（p.154）。典型的例子是，無能力的臨終患者（他/她正在遭受病痛折磨）的家屬拒絕接受DNR（不復蘇）醫囑。“不提供醫學干涉”的做法是直截了當的。而傳統責戒允許對患者做出傷害，只要所帶來的益處大於弊處，將一種醫學干涉判斷為“無益”表明，該醫學干涉沒有補償性的益處。

然而，Jecker與Schneiderman的結論較之更具普遍性，他們希望對“醫生應該不給無益的醫學干涉”做出決定，即使該醫學干涉不傷害患者。但是他們提出的論據卻十分沒有說服力。首先聲明“醫療專業從沒有試圖實施無益的醫療服

務”（p.154），然後就直奔結論。

上述論點存在兩個問題。一是立論的前提需要證據支援，而Jecker與Schneiderman卻沒有提供。如何明確一個社會機構如一種職業的宗旨，這一問題懸而未定。即使立論的前提被接受了，但論點卻面臨著不可忽視的反對意見。當某事物沒有按其發明者設計的意圖發揮作用時，不能一概得出：這種用途是錯誤的，或者應該被阻止。例如用螺絲刀清理指甲，這一做法決無可非議。人們需要其他的立論前提來證明這種無意的用途應被禁止。還有一些現成的例子，當無意的用途給事物本身帶來損失時，這種用途就值得懷疑了。例如用螺絲刀剝冰，會損傷刀刃。但是很難看出實施醫學干涉是怎樣損害醫生的技術技巧的，即使通常的後果極不可能達到時。正相反，在通常的後果沒有預期到的情況下，掌握醫療技能是不足為奇的（Orlowsky, et al., 1990）。另一種說法是，當資源必須定量分配時，其無意用途就應該受到懷疑。當資源缺乏時，這種無意用途意味著該事物的“正常”用途將不可得。如果為一位生存機會很小的患者提供CPR，事實上這種努力意味著醫療專業人員的技術和必需的醫療設備將不能用於另外一位有更大生還機會的患者。

一些作者樂於將醫生不給無益治療的職責定格在道義範疇內，以保存有限的醫療資源（Murphy and Finucane, 1993）。然而，Jecker與Schneiderman認為這一觀點對他們不適用，因為他們將“無益”論點的邏輯推理與醫療資源的分配的討論截然分開。他們明確地認為，做出醫療無益的決定不能考慮費用問題：“理由是，治療可能會給患者帶來益處並達到一個有質量的益處”（1992, p.194）。

Jecker與Schneiderman先前的維護醫生不給無益治療權力的評論文章當然不能結論性地確定：醫生不提供無益治療的職責不存在。所以他們應該展示出更有力度的辯護。這種辯護

應該是有意義的。不給無益治療的職責這一觀點具有爭議。它提出許多值得探索的問題。例如，這一職責意味著醫生可能被判斷為違背了對患者提供醫療護理的職責，因為他們提供了太多的維持生命的醫學干涉。這又提出了一個問題，當上述情況發生時，什麼醫療法適用於患者呢？患者能夠向專業懲戒性機構提出控述嗎？或者能起訴醫生嗎？這裏，我想補充說明的是，職責是存在的，但是它屬於某人而並非醫生。

三、無益與官僚主義權力

許多早期的有關“無益”的辯論臆測：有人在玩兩人遊戲。或者醫生單方決定治療無益，因而不應該提供給患者；或者患者以其本人價值為依據決定是否需要那項醫學治療。最近一些進展顯示，這種描述太個人利己主義了。例如，它忽視了醫學機構在制定科學的臨床業務規範中所起的作用。同時也忽視了其他幕後工作者。

醫生並不是唯一解釋後果研究的人，醫院管理者或者政府醫療保健規劃者也有介入研究的權力。這些人可能很適合於通過督導研究而獲得有關資訊。如果這些公開得到的證據表明某種治療是生理無益的（普遍地或者針對某一患者群體而言），那麼這些官員可以限制其可得性。

支持“醫生有權單方面做出在特定情況下不給或不提供生理無益治療的決定”的觀點也支持官方的“治療在這種情況下不能實施”的政策決定。另外，有充分理由相信，這類政策的實行是醫療健康管理者的責任之一。

如果限制實施生理無益的治療在道義上無異議，並且大多數評論家表示贊許，那麼就不存在是否利用這種方式節省開支的問題了。無論醫療保健經費是否短缺，將經費用於這種治療

是不負責任的表現，確實也顯得不合理。當醫療資源短缺時，這種浪費從道德上遭到人們的反對。用於達不到預期效果的患者身上的醫療經費應該用於受益其他患者。

醫學倫理學的傳統主張，對同行業而不是對患者需求的考慮不允許強加給醫生的臨床決策（Pellegrino and Thomasma, 1988）。然而，只有少數一些醫生現在挑戰這一傳統觀念（Brennan, 1991），更多的醫生繼續支持它（Angell, 1993）。大多數醫生會贊同，當醫生開始定量分配有益治療時，就違背了醫療事業的宗旨。

醫療保健管理者對其職業行為卻沒有任何類似的道德限制。的確許多人認為，對短缺資源的負責任地經營是管理者道德作用的整體組成部分。加拿大健康服務高級官員學會的“道德行為準則”，要求管理人員“在資源及醫療衛生機構職責所能及的範圍內，努力確認與滿足社會健康的需求”（CCHSE 1991, p.5）。因此，如果需要有人擁有職業責任去阻止生理無益的醫學干涉的使用，那麼，這人應該是管理人員而不是醫生。

健康管理者本身所提出的方案是，他們應該利用後果研究的資料去決定對特殊醫療干涉的使用範圍的限制。醫療衛生機構的政策不允許生理無益的治療。醫生在處理具體問題上仍扮演重要角色，但可能是一個更官僚化的角色。因為醫生具有診斷方面的專門知識，這是確定某一患者是否附合接受治療的標準所必需的。如果患者不滿足標準，那麼醫學干涉就被認為無益，因而不實施。依據這種方案，治療是無益的這一評估確實影響到醫生的權力，但它是以一种意想不到的方式。

只要管理者權力僅能觸及到“生理的無益”，醫生可以毫無顧慮地接納這種介入。但是從醫生的角度看，所有正在漸漸失去的是他們不感興趣的提供醫療服務的能力。然而，我們早就指出，生理無益與定性無益之間的區分，在臨床上經常被忽

視。是否有理由認為，它將更穩定地保留在管理系統中呢？如果不，那麼對醫生又意味著什麼呢？

過去有記載，生命倫理學家曾致力於臨床環境中的概念明確，結果卻令人疑惑。例如，儘管多年努力企圖消滅在倫理討論中公認的有關“不給”與“撤銷”的區別，當醫生考慮撤銷生命維持療法時，仍沿用二者的區別（Solomon, et al, 1993）。管理者可能有理由忽視理論家的關於生理無益與定性無益之間的區別，而且更含蓄地提及“無益”（沒有限制語）。

Solomon 提議，醫生喜歡以“無益”的名義來討論中止治療，因為當他們與患者談論價值判斷時感到不安（Solomon, 1993）。即使醫生是欣慰的，這種交談也會有一定難度，因為現代倫理必然驅使他們受人懷疑。探討是否自己相信某種後果有價值的醫生，有可能被譴責為將自己的評估強加給患者。唯一可以清楚地避開嫌疑的價值討論是以誘出患者本人的評估為目標的討論。“無益”一詞因為含義的模稜兩可，允許醫生準確地避開這些譴責。一旦這詞被“定性的”所限制，則很顯然，評估是必不可少的。

Solomon 的關於“無益”一詞在臨床環境中有一定意義，是因為它含義的模糊的這一純理論性假說，似乎在管理環境中也應該有同樣的作用。因為管理者會遇到與醫生相似的難題。他們中的許多人在談論有關構成決策基礎的社會價值時，亦感不安。然而醫生有時有機會與患者討論價值，但是管理者卻沒有明確的討論會或者物件來商議此事。另外，有一個值得思考的疑點，是否存在“社會價值”來供其討論呢？居眾多難題之首的是一更為特殊的難題。如果一個特定的醫療服務因費用昂貴而不能實施，那麼一定會遭遇一大堆司空見慣的反響。做如此生命的管理者將被譴責為將倫理與經濟混為一談。如果是生命維持治療，人們會說，是“以人命為代價”。相反，如果治療因無益而未被實施，則顯示出社會資源管理良好的局面。因

為資源短缺必須縮減醫療服務的管理者一定設法利用這一概念的模糊性，並且聲稱只有無益的服務才被取締。

雖然有必要來區分“無益”的討論與“定量配給”的討論在邏輯上的區別，值得注意的是，這種區分是否能在實踐中堅持下來。如果不能，則關於“無益”的爭議將有一個令人啼笑皆非的結局。醫生可以從患者那裏重獲一定的決定權，同時，他們也可能失去相當一部分給管理者。結論可能不僅僅是，醫生不必提供治療，而是醫生沒有治療可以提供。

（大連醫科大學 高 溪 譯 瀋陽醫學院 婁長春 校）

參考文獻

- Alpers, A. and Lo, B.: 1992, 'Futility: not just a medical issue', *Law, Medicine and Health Care*, 20, 327-329.
- American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine (ACCP/SCCM) Consensus Panel: 1990, 'Ethical and moral guidelines for the initiation, continuation, and withdrawal of intensive care', *Chest*, 97, 949-958.
- American Heart Association, Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees: 1992, 'Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care', *Journal of the American Medical Association*, 268, 2282-2288.
- American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs: 1991, 'Guidelines for the appropriate use of do-not-resuscitate orders', *Journal of the American Medical Association*, 265, 1868-1871.
- American Thoracic Society: 1991, 'Withholding and withdrawing life-sustaining therapy', *American Review of Respiratory Diseases*, 144, 726-731.
- Angell, M.: 1993 'The doctor as double agent', *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 3, 279-286.
- Appleton International Conference: 1992 'Developing guidelines for decisions to forgo life-prolonging medical treatment', *Journal of Medical Ethics*, 18 (supplement).
- Brennan, T.: 1991, *Just Doctoring: Medical Ethics in the Liberal State*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles.
- Canadian College of Health Service Executives (CCHSE); 1991, 'Standards of ethical conduct for health service executives', in Baylis, E and Downie, J. (eds.) *Codes of Ethics: Ethical Codes, Standards and Guidelines for Professionals Working in a Health Care Setting in Canada*, Department of Bioethics, The Hospital for Sick Children, Toronto.
- Davis, D.S.: 1993, 'Shifting the burden of proof', *Second Opinion*, 18 (3), 31-36.
- Hastings Center: 1987 *Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying*, The Hastings Center, Briarcliff Manor, N. Y.
- Jecker, N. S. and Pearlman, R. A.: 1992, 'Medical futility: who decides?', *Archives of Internal Medicine*, 152, 1140-1144.
- Jecker, N.s. and Schneiderman, L. J.: 1992, 'Futility and rationing', *American Journal of Medicine*, 92, 189-96.
- Jecker, N.s. and Schneiderman, L. J.: 1993, 'Medical Futility: The duty not to treat', *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2, 151-159.
- Koch, K.A.: Meyers, B.W. and Sandorni, S.: 1992, 'Analysis of power in medical decision-making: an argument for physician autonomy', *Law, Medicine and Health Care*, 20, 320-326.
- Lantos, J.D. et al.: 1989, 'The illusion of futility in clinical practice', *American Journal of Medicine*, 87, 81-84.
- Miles, S.H.: 1991, 'Informed demand for "non-beneficial" medical treatment', *New England Journal of Medicine*, 325, 512-515.
- Miles, S. H.: 1992, 'Medical futility', *Law, Medicine and Health Care*, 20, 310-315. Murphy, D.J. and Finucane, T.E.: 1993, 'New do-not-resuscitate policies: a first step in cost control', *Archives of Internal Medicine* 153, 1641-1648.
- Orlowsky, J.P.: Kanoti, G.A. and Mehlman, M.J.: 1990, 'The ethical dilemma of permitting teaching and perfecting of resuscitation techniques on recently expired patients', *Journal of Clinical Ethics* 1, 201-205.
- Pellegrino E. and Thomasma, D.C.: 1988, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York.
- Schneiderman, L.J. and Jecker, N. S.: 1993, 'Futility in practice', *Archives of Internal Medicine*, 153, 437-441.
- Schneiderman, L.J.: Jecker, N.S. and Jonsen, A.R.: 1990, 'Medical futility: its meaning and ethical implications', *Annals of Internal Medicine*, 112, 949-954.
- Schuster, D.P.: 1992, 'Everything that should be done-not everything that can be done', *American Review of Respiratory Disease*, 145, 508-509.

- Society of Critical Care Medicine, Task Force on Ethics: 1990, 'Consensus report on the ethics of foregoing life- sustaining treatments in the critically ill', *Critical Care Medicine*, 18, 1435-1439.
- Solomon, M.Z.: 1993, 'How physicians talk about futility: making words mean too many things', *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 21. 231-237.
- Solomon, M.Z. et al.: 1993, 'Decisions near the end of life: professional views on life-sustaining treatment', *American Journal of Public Health*, 83, 14-22.
- Tomlinson, T. and Brody, H.:1990, 'Futility and the ethics of resuscitation', *Journal of the American Medical Association*, 264, 1276-1280.
- Truog, R. D.: 1992, 'Beyond futility', *Journal of Clinical Ethics*, 3, 143-145.
- Truog, R.D.: Brett, A. S. and Frader, J.: 1992, 'The problem with futility', *New England Journal of Medicine*, 326, 1560-1564.
- Youngner, S.J.: 1988, 'Who defines futility?', *Journal of the American Medical Association*, 260, 2094-2095.