

# 從無效到病人分類

Robert A. Gatter, John C. Moskop

## 摘要

無效概念決定著①對持久植物狀態（PVS）病人提供生命支援治療是否是適當的；②對絕症晚期病人提供監護（ICU）是否是適當的（這兩類病例以下稱為“範例病例”）。對人的生命價值含義的基本分歧妨礙了無效概念的應用。病人分類規劃（確立醫療保健優先權標準的程式）是闡述這些範例病例的一個引人注目的選擇性框架。病人分類規劃允許社會從以下各個角度去考慮這些範例病例：各種不同的道德觀念、有限的資源、相爭的醫療保健需

---

Robert A. Gatter, Jr., J.D., Center for the Study of Bioethics, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin 53226, U.S.A.

John C. Moskop, Ph.D., Department of Medical Humanities, East Carolina University School of Medicine, Greenville, North Carolina 27858, U.S.A.

原載：*The Journal of Medicine & Philosophy*, Vol. 20:191-205, 1995。

《中外醫學哲學》III : 1 (2000年2月) : 頁 93-109。

求。另外，範例病例至少提出了這樣一個實質性問題：對其治療是否為浪費？病人分類規劃能否成為鑑定和評估這類浪費的治療的有效模式。本文論述了如何實施病人分類規劃以闡述範例病例問題，並最終得出結論——該規劃提供了一個超出無效範圍來推進範例病例爭端的方法。

**關鍵詞：**病人分類 無效 資源分配

如何將無效的概念適當地應用於醫學治療，醫學及生命倫理學文獻仍就此繼續展開激烈的爭論（Blackhall, 1987; Callahan, 1991; Jecker, Pearlman, 1991; Lantos 等, 1989; Miles, 1992; Morreim, 1994; Schneiderman, Faber-Langendoen, Jecker, 1994; Schneiderman, Jacker 及 Jonsen, 1990; Tomlinson 和 Brody, 1990; Truog, 1992; Truog, Brett 及 Frader, 1992）。如果一個行為不能達到其目的，這個行為即為無效。在醫療衛生領域，大部分的行為具有有益於病人的目的。關於無效的爭議集中在以下議題：1.什麼構成了利益？2.醫生必須怎樣確信一項特定治療將是無效的？3.無效決定應該對特定的治療決策和實施承擔什麼後果呢？然而，並非所有無效決定都會引起爭議，例如，大家公認，扁桃或製劑作為治療癌症的藥物是無效的，那麼，醫生就不應開此藥的處方，並且應拒絕病人使用此藥的要求。有關無效的許多爭議圍繞著兩種更具爭議的病例：①是否為持久植物狀態（PVS）或高級腦功能喪失病人提供持續的生命支援治療；②是否為絕症晚期病人提供監護（ICU）（Callahan, 1991; Jecker 和 Pearlman, 1992, Morreim, 1994; Schneiderman, Jecker, Jonson, 1990; Truog, Brett, Erader, 1992）。我們稱之為無效爭端的範例病例，並非因為他們是具特殊說服力的例子，也並非是無效治

療的模式，而是因為他們是爭議的焦點。

許多年來，評論者爭論的是，對於一項特定的治療，何時應確定其為無效的適當標準。有兩種標準在爭端中占支配地位：① Schneiderman 等人（1990, 1994）建議，當一種治療提供給至少 100 個病人都沒有效果時，或者僅維持在持久植物狀態時，以及當依賴 ICU 時，這種治療即為無效。根據這個標準，這些範例病例的治療是無效的。② Truog 等人描述了一個更加嚴格的標準。即只有當一種治療不能維持生理生命或不能獲得預期的生理效果時，這種治療才為無效（以下稱 Truog 提出的標準為無效的生理學標準）。Truog 等人建議，“無效”術語的使用要限定在這種生理學概念中；依據此標準，所舉範例病例的治療並不是無效的。

雖然有關無效的爭議仍在繼續，但至少在兩個重要方面已達成共識。首先，大多數評論者贊同，任何無效的標準必須是富含價值含義的，這意味著，無效治療的每一個定義都要做出有關治療的真正目的的假設。因為維持生理功能的醫學目的是直接的和顯而易見的，所以，這種無效的生理學標準對有關繼續治療的價值做出假設的餘地便很小了。其他的無效標準含有對病人生命質量和壽命的附加價值的判斷（Callahan, 1991; Jecker, Pearlman, 1992; Lantos, 1989; Miles, 1992; Morreim, 1994; Schneiderman, Faber-Langendoen, Jecker, 1994; Tomlinson, Brody, 1990; Truog, Brett, Frader, 1992）。

其次，為數眾多的評論者（包括差異很大的無效標準的主要建議者們）贊同，對所推薦的無效標準的實施應基於支持該標準的社會一致認可（Callahan, 1991; Jecker, Pearlman, 1992; Miles, 1992; Morreim, 1994; Schneiderman, Faber-Langendoen, Jecker, 1994; Tomlinson, Brody 1990; Truog, Brett, Frader, 1992）。為了防止個別醫生或病人將他們自己

的無效觀點強加於別人，社會一致認可可以盡可能地保護已持有的價值觀念。從這個角度看，社會一致認可是必需的。

我們贊同提出醫學無效定義的大多數評論者在價值問題上求助於社會一致認可的觀點。如若這樣，佔支配地位的建議處境會怎樣呢？*Fruog*等人的生理學定義是以這樣的假設為基礎的：如果一種治療不能達到它的生理學目的，有理性的人就不可能聲稱這種治療會獲得益處，這樣，採納這種無效的生理學定義的社會一致認可就有了基礎。這似乎是合理的結論。但正如*Truog*等人所承認的，無效的生理學標準只能應用於很少數的病例，它難以給我們提供幫助。*Truog*等人認識到了這些病例的難點，並認為，他們的解決辦法必須經歷許多過程，包括醫師、醫院與病人及其代理人的更好溝通、訴諸於專業人員的思想，以及對有關價值和資源分配的廣泛而公開的辯論。

與無效的生理學定義不同，*Schneiderman*等人建議的無效定義確實提供了有關範例病例的具體結論。但其假設的一部分內容，特別是醫學的真正目的並不包括延長植物人的生命，或通過監護手段延長絕症晚期病人的生命，不可能有堅實的社會輿論基礎。但*Schneiderman*等人持相反意見。當然，有關範例病例治療無效的社會一致認可事實上是一個經驗方面的問題。況且，正如我們所知的，尚無人完成或進行這類問題的廣泛經驗性研究。在缺乏良好的經驗證據的情況下，至少有三個理由去置疑這種一致認可的存在：①*Schneiderman*等人對支持其無效標準的社會一致認可的聲明，已引起了許多著名學者的批評性回應，包括*Callahan* (1991)、*Veatch* 和 *Spicer* (1992), *Tong* (1993), *Morreim* (1994)。②美國法院的裁決仍沒有熱切地去接納任何無效標準。法院當然不能對社會一致認可確保沒有錯誤或單向引導，但在廣為傳播的已宣稱無效的幾個案例（嬰兒L、*Helga Wanglie*、*Jane Doe* 和 嬰兒K）中，法院並沒有批准違背家屬意願而撤消延長生命的治

療。③幾個重要的醫學會公佈的幾項最近聲明並沒有認可*Schneiderman*的無效標準。在他們最新出版的多數心肺復蘇準則中，只有美國醫學會倫理和司法委員會與美國心臟學會急症心臟病監護委員會及分委會 (1992) 接受了無效的生理學標準。這兩個準則明確拒絕基於其他“不明確和不客觀”的標準的單方面醫師決定。在關於急症病人治療的一致聲明中，重症監護醫學會倫理委員會 (1994) 並沒有提出任何有關無效和有效的定義，“因為它們是主觀的、對富含價值的術語未達成共識”。這樣，在缺乏其他證據的情況下（這些證據支持*Schneiderman* 的無效標準存在這方面的社會一致認可，但*Schneiderman* 等人並未提供），這個標準的實施至少應該說尚不成熟。

在我們看來，無效的爭議似乎已將自身陷入了一個困境。大多數評論者認為，無效的定義是富含價值的定義，在被公正地應用於醫療決策前，需要社會一致認可作為基礎。此外，價值問題也是相同的基礎問題，因為它必須獲得社會的認同，為的是得到一致的社會輿論，但它很難區別個人之間的不同宗教、哲學和道德信仰，這首先就會產生有關無效的爭議 (*Morreim*,1994)。爭議比較激烈的問題如下：生命的價值是什麼？個人的意識能力、病痛、預期壽命是怎樣影響生命價值的？醫療保健的目的是什麼？有獲得治療的權力嗎？如果有，它的極限是什麼？支持無效最低標準的社會一致認可很難獲得，致使它實質上阻止了無效定義在解決範例病例中的使用。

這種支持最低無效標準的社會一致認可的缺乏，是無效概念的應用更加受限的一個徵兆。無效概念提出了“全或無”的問題：如果治療對病人無益，則治療無效；如果治療對病人有益，則治療有效。由此看，無效概念並不允許對範例病例經常做出模棱兩可的解答：治療對病人大部分無益，小部分有益，既值得治療，也不值得治療。讓我們探討一下持久植物狀

態的**86歲老婦 Helga Wanglie**的病例。她的丈夫堅持用生命支援療法維持，而不管她的病情如何。但她的醫生則認為，持續的支持療法毫無益處。無效概念要求社會規範該項治療是否有益。這個似乎有理的病例可被做出兩種判定：①生命支持療法可能有益於她，因為這會維持她的生理生命，這不能算生理學意義上的無效；②持續的生命支持療法也可能無益於她，因其不能恢復她的意識，也不能讓她擺脫對生命支持療法的依賴。因此，在這個範例病例中，我們不可能有清晰的治療決策去解答治療是否為無效的問題，因為並沒有這樣的明確答案。

儘管社會上存在著不同的道德價值觀，我們仍必須做出範例病例的治療決策。我們認為，這樣做的前提是，這類範例病例所引發的問題必須在另外一個境地中加以解決，這個境地比無效概念所包容的範圍寬泛的多。病人分類計劃是一個更適宜的框架，據此框架設計的醫療決策準則可解決這類範例病例和其他病例。

病人分類是根據以前公佈的標準，挑選和劃分病人歸入優先治療類別中的一個程式（Winslow, 1992; Society of Critical Care Medicine Ethics Committee, 1994）。它有悠久的醫學歷史。拿破崙的首席醫學官員Jean Larrey男爵首先描述並實施了病人分類：法國戰爭中，因醫療資源缺乏，病人分類被用於決定傷員誰可享有治療優先權。除軍事醫學外，病人分類現已應用於分類急症病人中和受災傷員中誰享有優先治療的順序。病人分類系統也用於分配珍貴的衛生資源（如，有限的醫療設備、移植器官等），以決定哪些病人可優先獲之。病人分類規劃提供了一個不同的程式——驗證標準和優先種類的程式（Winslow, 1982）。因此，它是一個為醫療保健優先權而制定的標準，且病人分類本身即是使用這些標準來做出特殊的治療決策的。

我們認為，病人分類的概念和規劃可有效地應用於範例病

例，因為在經常應用病人分類的環境、條件方面，這些病例擁有相同的本質特徵。在《病人分類和公正》一書中（1982），Gerald Winslow論述了使用病人分類規劃以營造一個資源分配系統的各種情況。他建議，適宜的病人分類規劃應具備以下條件：①一些用於維持生命的衛生資源明顯缺乏（包括用於支付這類衛生資源的資金的缺乏），並預期仍會持續一段不確定的時段；②有一個認可的決策和權力系統，在這個系統指導下實施資源分配計劃。這些條件也適用於範例病例。首先，分配給衛生保健的社會資源普遍存在著濫用現象，由此最終導致緊缺。範例病例治療也處於同樣的境地（J e c k e r 和 Schneiderman, 1992）。美國用於醫療保健的費用佔國民生產總值的 14%，到 20 世紀末將高達 20%。在過去的 5 年中，每人每月衛生保健費用已從 235 美元上升到 436 美元；同時，老年醫療計劃和窮人醫療計劃的費用已分別增加了 64% 和 85%（Clymer, 1994）。此外，醫療費用的 12% 花費在病人生命的最後一個月（Menzel, 1990）。我們不能期待無節制地繼續這種花費。正如Daniel Callahan所說的那樣，納稅人的忍受是有限度的（1987）。有證據表明，社會正飛速地達到醫療費用的花費極限，尤其是在範例病例（Miles, 1991; Angell, 1991）。更有甚者，由整體資源受限造成的醫療保健費用的缺乏，能持續多久尚不得知。第二，這類範例病例所引起的醫療系統即是病人分類計劃可成功地得以實施的有序和權威系統。

這些範例病例的治療決策涉及資源分配的隱性和顯性抉擇。也就是說，每一個抉擇都決定了是否把資源用於一個具體病人或一類病人。如果答案是“不”，病人則不能得到、醫生也不能提供這種有爭議的治療。正如我們將要討論的那樣，病人分類是解決範例病例的有用框架，因為它可幫助醫療保健提供者做出醫療衛生資源分配的決策。我們知道，我們所建議的病人分類方法及該規劃的概念是獨具特色的。如下所述，我們

建議，社區在衛生資源宏觀分配上使用病人分類規劃，並擴展病人分類規劃範圍，使其包含更多的社會資源和病例種類（指那些常常不使用病人分類方法的病例）。另外，我們還建議，社區至少應把最低限度的民主程序納入病人分類規劃。不過，我們所建議的這個程式是（或實際上像）一個傳統的病人分類規劃方法。因為根據公認的標準，它通過限制某些治療服務，來回應維持生命的醫療資源的長期缺乏，並對緊急（或非緊急）的醫療需求能快速做出應答。這個程式依靠執行該程式的醫療系統的有序和權威。

如上所述，無效標準試圖回答有關範例病例的這樣一個問題：治療是否給病人帶來利益？對構成利益要素的分歧，使其為一個難於斷然回答的難題。相反，病人分類規劃程式可以從多維角度去評價範例病例。它不僅考慮利益的存在與否，也估評利益的輕重、所用療法的費用、其他醫療護理的益處及費用、衛生保健的社會需求模式、可利用的資源水平。雖然難以達成這樣的共識：範例病例的治療不能獲利，因而可以放棄。但我們認為，這需要以無畏的責任感進行比較判斷，即何種治療能獲得更大或更小的淨值利益，據此比較判斷，以決定誰擁有使用公共資金的優先權。即使那些相信範例病例治療帶來了一些利益的人，但如果在總體資源缺乏的情況下，要求將範例病例的治療與其他治療在費用和利益上進行比較，他們可能相對很少會同意把優先權給予範例病例的治療。雖不能絕對保證意見一致，但我們認為，由於病人分類規劃程式考慮了各種價值和利益問題（取代只是利益存在與否的單一問題），這為廣泛討論和協調分歧提供了更為有利的前景。Mary Ann Baily 最近說過：“實現合理容納迥異的價值觀、選擇權、需求的資源分配，事實上是社區生活的日常事務，即是我們在社會各個層面上常規操作的事情”（Baily, 1994, p.41）。

對範例病人進行分類並沒有單一的“分類”程式。可在地

方、州、地區及國家各個層面上制定病人分類規劃；也可通過官方、半官方或私人程式來制定病人分類計劃。不過，要使病人分類規劃道德地、充分有效地應用於社區及社會衛生資源的分配，它必須具備下列5個條件（但僅有這些恐怕不全面，也應接納其他的必要條件）。

第一個必要條件是，對實施病人分類計劃的社區的可用衛生資源的合理評估。一般地，評估應限定於公共資源，如，公立醫院及以稅收籌資的健康保險，因為社區只有非常有限的權力去要求私有資源用於公共。但有些私有資源無可非議地被算入公共資源內，因為在某種程度上，它們被控制在公共手中（Morreim, 1994）。它們可能包括私人社區醫院和一些大的私營健康保險公司的設施和服務。規劃者們可能會把分散的公共資源（換言之，是那些能用於滿足許多不同的社會需求，包括衛生保健需求的資源）也計入衛生資源。不過，同時也必須把非衛生保健需求計入到可能花費分散資金的社會需求內。換句話說，規劃者可能未計算這些資源：未標明屬於醫療保健的，但將來可能用於滿足衛生需求中的資源。

第二個必要條件是，對需求做出一個合理的評估，它應與資源相等同，並跨越一定時段。在資源支出問題上，該評估不應作為命令發揮職能，而是為規劃目的，作為核對總和比較費用的方法發揮作用。需求盡可能加以明確，以使分類規劃者能夠評估與需求有關的利益和費用。因為病人分類規劃試圖重新評估適宜的資源分配，規劃者不應只評估資源使用經常遇到的需求，而且也應評估那些日常未遇到的需求。一般地，需求應限定于衛生保健領域內。但如分散的資源被算入可利用的資源內，如上所述，非衛生保健需求也應計算。

第三個必要條件是，按優先權的順序將驗證過的需求進行排序。在對需求進行排序時，規劃者應將多項因素考慮進去，包括最近由重症監護醫學會倫理委員會提供的多項因素

(1994)：改善病人預後的治療的可能性，病人的期望壽命，治療後病人的生命質量，病人的優先選擇權，治療對病人、家屬和醫療衛生機構及社區的代價(包括資金、機會、心理方面等)，個人和公共的道德、宗教價值觀。

無效概念和病人分類規劃之間的一個關鍵差異是：在病人分類規劃概念下，生命質量及道德、宗教價值觀方面的真實一致似乎並不是必需的。當其目的是一致認可的排序時，每個優先權的排序並未要求完全一致。例如，一些規劃者可能將產前監護排列在急診醫療前，而另一些規劃者的排序可能完全相反。儘管有這種排序上的分歧，可以發現社區的絕大多數成員會排列急診醫療的要求享有非常高的優先權。這樣，就兩種治療誰屬更具優先權類型，社區就能夠用公佈的贊同意見協調這些分歧，並決定哪種治療更具優先權。在這些治療的另一端——範例病例的相對排序，雖也會有分歧，但絕大多數公眾會將這些病例列入優先使用公共資源的取捨點之下。毫無疑問，對嚴格劃分資助治療的相對價值的意見，也將有一個“中間地帶”。在為公眾提供衛生資金而確立取捨標準時，承認資源缺乏的事實及各方面的價值，病人分類規劃者就會積極地尋求協調，並依賴於公正的民主程序。此外，提供資金的取捨點應定期地評估，目的是解釋有關支出和選擇權的新資訊。

第四個必要條件是，被建議的分類計劃必須經過將要實施該計劃的社區認可或批准。沒有任何一種可效仿的認可方法。社區可應用現存的政治機制，或依靠不太正式的“群眾路線”程式(Canshaw, 1994)。實施計劃時，關鍵是分類計劃是以廣泛的社區認可為基礎。當必須做出艱難的選擇時，認可將充當推行分類計劃的一個基礎。

第五個必要條件是，分類系統不應破壞社區或社會所制定的基本道德、法律準則。這裏，我們不能提供這些準則的清單。社區與社區之間，可能這些準則大致上會有不同和變化。

我們確實想承認的是，依靠該條件，該程式所制定的分類計劃不應削弱基本社會準則。例如，分類計劃不應要求或束縛醫生，即使對他們的服務需求很多。然而，對於阻礙衛生保健公正分配的現存法規，病人分類規劃也會顯示出修正的需求。

我們認為，病人分類規劃程式可能會給社區解決範例病例提供一個有效的準則。對於一個具體治療是否給病人帶來利益的問題，當考慮了社區資源分配的具體處境後，所進行的抉擇，較之在對抽象的利益概念理解情況下的抉擇，社區更可能贊同衛生保健的優先權。當然，也許有一些社區認為衛生保健的優先權是不合理的。但把範例病例作為研究物件去分類的理由，並不是要保證有普遍的贊同，而是在不同的處境中，用評價範例病例的方式增加贊同的機會。與無效不同的是，病人分類規劃考慮了決定應該做什麼的複雜綜合影響因素：不同社區的價值觀、需求和制約因素(Callahan, 1991; Society of Critical Care Medicine Ethics Committee, 1994; Winslow, 1982)。

正像我們要論述的那樣，病人分類已經並將繼續被用於衛生資源的分配。俄勒岡健康計劃的開展就可視為一種病人分類計劃，該計劃根據各種治療的利益和費用、社區價值觀、總體資源的限制等資訊，列出用於該州窮人醫療計劃受益者的治療優先清單。(Kilzhaber, 1994)。重症監護醫學會倫理委員會最近也簽署了一個有關病人分類規劃的方案，將病人分類規劃作為社區確定如何更好地對解決重症病人使用衛生資源的需求做出反應(Society for Critical Care Medicine Ethics Committee, 1994)。

我們認為，在闡述範例病例方面，病人分類規劃框架比無效框架有許多優勢。首先，如前所述，病人分類規劃評價這些病例時，是以利益、費用、需要、價值觀和可用資源等廣泛的資訊為基礎的。它承認並試圖說明這些範例病例中的問題的複

雜性。尤其是它清楚地認識到，病人、醫生、社會的競爭價值觀必須加以考慮，而且這種考慮必須在資源缺乏的處境中加以統籌。無效框架不可能考慮這種複雜性，因為按照無效的定義，此框架只將範例病例的考慮限定在利益存在與否這一單一的議題上。

第二，解決範例病例要獲得社會的一致認可，較之無效的爭議，病人分類規劃更可能有相對優勢。無效問題如此限制在爭論焦點及認同的機會上，以致於難以得到一致認可的答案。相反，病人分類規劃框架清晰明確地把費用因素和資源受限納入考慮之中。在基本的道德準則的認同方面，較之無效標準的要求，它顯示出更大的獨立性。因而，在達成如何解決範例病例的共識方面，病人分類規劃提供了更大的機會。

第三，病人分類規劃是一個可在社區層次實施的程式。因為它將範例病例的解決置於一個實在的社區處境中，它比無效框架能更好地適合制定政策。基於無效模式解決範例病例的途徑，依靠的是一個單一的、普遍適用的判斷，即只是判斷治療是否提供利益。與此相反，病人分類規劃則允許從背景或社會的各個方面去考慮範例病例。因此，它允許不同的社區以不同的方式解決範例病例，同時並不削弱程式的價值。

第四，把優先治療或限制治療引入醫療決策考慮中，病人分類規劃是一個非常恰當的框架。病人分類是社區衛生保健常用的概念，其規劃是以醫療後果資訊為基礎的。歷史上，在特殊背景下，病人分類作為制定疑難醫療決策的模式來應用。如果衛生保健專業人員理解和接受在這些特殊情況下這種分類是合理的，那麼，在資源更廣泛受限的情況下，日常的衛生保健分配使用病人分類方法，就會幫助他們理解和接受治療優先和治療限制的需要。

最後，病人分類規劃繼承了許多無效方面的優點，也吸取了許多無效爭論的教訓。正如我們預想的，為了工作結論的公

正，病人分類規劃應是一個將自己交給公眾批准的程式。基於這一程式形成的病人分類計劃就可成為一個合法依據，以此依據，衛生保健人員或醫療衛生機構就可拒絕對某些病人進行某些治療，甚至不用經過病人同意。病人分類規劃為無效繼續發揮作用留出了餘地。的確，如果在範例病例或任何其他病例有關治療無效能夠達成共識，則病人分類計劃可以吸收由此產生的任何新標準。

一些人可能會爭辯，我們的建議不適當地混淆了無效概念和資源分配。但這種指責是錯誤的。無效和資源分配是彼此獨立的概念(Jecker和Schneiderman, 1992)，我們並無異議。也就是說，我們承認，無效和分配決策訴諸於不同的資訊，尋求解答不同的問題(雖然相關)，並且有不同的結果。如，我們並沒建議凡是病人分類計劃不能實施的治療必須就是“無效”的。儘管他們各具獨立性，但無效定義和資源分配策略(如病人分類)至少分享了一個共有的目的；鑒定和評估浪費的治療(Miles, 1992; Morreim, 1994; Jecker 和 Schneiderman, 1992)。

由此思路得出的要點是：解決範例病例並非只屬無效概念的專有領地。正如我們定義的那樣，病人分類規劃是判斷範例病例無效的一種選擇，其判斷是基於對浪費的治療的鑒定和評估。因此，如果無效的定義達不成共識的話，就可以使用病人分類規劃。我們認為，病人分類規劃較之無效更可能就“什麼是浪費的治療”達成共識。Jecker 和 Schneiderman 則爭辯說，一個具體的治療如被定為無效，就會導致把一個不提供這種治療的道德責任加給了醫生的結果(Jecker 和 Schneiderman, 1993)。正與此相反，病人分類系統並不建立這種不去治療的道德責任。為瞭解釋這種差異，聯想一個發生在某社區的Helga Wanglie病例。通過病人分類規劃，該社區已經決定，社區的資源不應該用於維持持久植物狀態的個體

生命的治療上。我們也可假定 Wanglie 夫婦非常富有，並且 Wanglie 先生已經用自己的私有資金購買了所有能用於維持他妻子存活的醫療設備，儘管 Wanglie 太太處於持久植物狀態。如果 Wanglie 先生想要花錢雇一個私人醫生和護士（也是用自己的錢），幫助維持他妻子的無意識的生命，對於醫生和護士來說，提供這種醫療和護理在道德上是錯誤的嗎？社區的病人分類計劃不能回答這個問題，它僅僅說明公共資源如何應該或不應該被使用。

結論是：無效的概念不能適當地解決範例病例。因為人們不可能就與範例病例有關聯的“有益”的治療的定義達成共識。病人分類提供了一個取捨選擇。它既可協調一些道德分歧，同時也可尋求解決範例病例的一致認可。病人分類規劃允許社區在不同的價值觀、有限的資源、競爭的衛生需求的背景下考慮範例病例。把這些範例病例重新引入他們自身所致的複雜背景中，我們就能超出無效範圍來推動範例病例的討論了。

（大連理論醫學研究所 趙明傑譯 濱陽醫學院 婁長春校）

## 參考文獻

- Angell, M.: 1991, 'A new kind of "Right to Die" case', *New England Journal of Medicine*, 325,511 ~ 512.
- Baily, M.A.: 1994, the democracy problem, *Hastings Center Report* 24:4,39 ~ 42.
- Blackhall,L.J.: 1987, 'Must we always use CPR?' *New England Journal of Medicine* 317,1281 ~ 1285.
- Callahan, D.: 1987, *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*, Simon and Schuster, New York.
- Callahan, D.: 1991, 'Medical futility, medical necessity: the problem without a name', *Hastings Center Report* 21:4,30 ~ 35.
- Clymer, A.: 1994, 'Costs and access: consensus quickly splinters', *New York Times* (April 13), A ~ 11.
- Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association:1991, 'Guidelines for the appropriate use of do-not-resuscitate orders', *Journal of the American Medical Association* 265,1868 ~ 1871.
- Cranshaw, R.: 1994, 'Grass roots participation in health care reform', *Annals of Internal Medicine* 120,677 ~ 681.
- Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, American Heart Association:992, 'Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care, VIII:ethical considerations in resuscitation', *Journal of the American Medical Association* 268,2282 ~ 2288.
- In re Jane Doe.418 S.E.2d 3 (Ga.1992) .
- In the Matter of Baby K, 832 E Supp, 1022 (E.D.Va.1993) .
- Jacker,N.S., Pearlman R.A.: 1992, 'Medical Futility: who decides?', *Archives of Internal Medicine* 152,1140 ~ 1144.
- Jecker,N.S., Schneiderman L.J.: 1992, 'Futility and rationing', *American Journal of Medicine* 92,189 ~ 196.
- Jecker,N.S., Schneiderman, L.J.: 1993, 'Medical futility: the duty not to treat' , *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2,151 ~ 159.

- Kitzhaber,J.A.: 1994, 'The Oregon health plan: a process for reform', *Annals of Emergency Medicine* 23,330 ~ 333.
- Lantos, J.D.et al.: 1989, 'The illusion of futility in clinical practice' , *American Journal of Medicine* 87,81 ~ 84.
- Menzel, P.: 1990, 'Strong Medicine: The Ethical Rationing of Health Care' , Oxford University Press, New York.
- 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.
- Morreim,E.H.: 1994, 'Profoundly diminished life: the casualties of coercion' , *Hastings Center Report* 24:1,33 ~ 42.
- Paris, J.J., Crone, R.K., Reardon, F.: 1990, 'Physicians' refusal of requested treatment: the case of Baby L', *New England Journal of Medicine* 322,1012 ~ 1015.
- Schneiderman, L.J., Faber-Langendoen, K., Jecker, N.S.: 1994, 'Beyond futility to an ethic of care' , *American Journal of Medicine* 96,110 ~ 114.
- Schneiderman,L.J., Jecker, N.S., Jonsen, A.R.: 1990, 'Medical futility: its meaning and ethical implications' , *Annals of Internal Medicine* 112,949 ~ 954.
- Society of Critical Care Medicine Ethics Committee:1994, 'Consensus statement on the triage of critically ill patients', *Journal of the American Medical Association* 271,1200 ~ 1203.
- Tomlinson, T., Brody, H.: 1990, 'Futility and the ethics of resuscitation' , *Journal of the American Medical Association* 264,1276 ~ 1280...
- Tong, R.: 1993, 'an exercise in futility: are we bidden to "treat" the untreatable?' *North Carolina Medical Journal* 54,386 ~ 391.
- Truog,R.D.: 1992, 'Beyond futility' , *Journal of Clinical Ethics* 3,143 ~ 145.
- Truog, R.D., Brett, A.S., Frader, J.: 1992, 'The problem with futility' , *New England Journal of Medicine* 326,1560 ~ 1564.
- Veatch,R.M., Spicer, C.M.: 1992, 'Medically futile care the role of the

- physician in setting limits' , *American Journal of Law and Medicine* 18,15 ~ 36.
- Winslow, G.R.: 1982, *Triage and Justice*, University of California Press, Berkeley.