

倫理學的辯護和支持： 放棄治療

杜治政

摘要

儘管醫學在飛速進步，但由於種種原因，放棄治療在臨床中有日益增多的趨勢。放棄治療是人們的一種理性選擇。合理的放棄治療是醫學人道主義在某種特殊情況下的理性表現。區分放棄治療的不同情況，正確界定放棄治療的範圍，合理選擇放棄治療的措施，確保不發生不應放棄治療的病人被放棄，在全過程中始終尊重病人的自主權，妥善處理對於是否放棄中的分歧，並維護病人的整體利益，是履行放棄治療中倫理學應予充分注意的問題。

關鍵詞：放棄治療，治療無效。

杜治政：主任醫師，教授。中國醫學與哲學雜誌社。大連市聯德街2號，
郵編：116021。

《中外醫學哲學》III：1（2000年2月）：頁111-126。

© Copyright 2000 by Swets & Zeitlinger Publishers.

一、無法迴避的現實

儘管醫學科學在突飛猛進，儘管有悖於醫生的責任與義務，也儘管病人有求生的強烈意願，放棄治療在今天仍是不可避免的且是經常都在發生的事實。

根據對大連醫科大學附屬一院、二院和大連市中心醫院的粗略統計，在神經科的不可逆轉的危重病人中，放棄治療的病人約占 20%；在腫瘤科的晚期病人中約占 30—40%，近三年來放棄治療的晚期腫瘤病人有 120 人。安徽醫科大學附一院腫瘤內科 1992 年 1 月—至 8 月 31 日收住的晚期腫瘤病人共 35 人，其中 29 人直系親屬一致希望只要給病人以常規處理，不要作過多的支持和搶救治療，且患者年齡愈大，這種願望愈強烈。另外 6 例中四例意見分歧，只有兩例其家屬堅持要求對病人進行搶救（陳振東，1993, p.49）。陝西省婦幼保健院新生兒科從 1989 年元月至 1992 年間計有家長簽字放棄治療的新生患兒 50 例且全部死亡（倪黎明，1993, p.53）。由於治療費用的上漲和醫療保險制度的推行，也由於人們生命質量意識的提高和生死觀的變化，還由於願意死於醫院的人增多，放棄治療的病人呈上升趨勢⁽¹⁾，其中尤以農村和自費醫療人群為甚。

目前放棄治療的病人主要為：(1) 晚期癌症患者；(2) 腦死亡、植物人、深度昏迷且無恢復意識可能的病人；(3) 多臟器衰竭的晚期病人；(4) 特重度燒傷病人；(5) 具有嚴重缺陷的新生兒。其中以具有嚴重缺陷新生兒放棄治療最為突

出。陝西省婦幼保健院統計表明，幾乎 82% 的家長要求對“極度低質量兒”進行被動安樂死。關於燒傷病人，以往放棄治療極為少見，近年來醫學界甚至社會對某些極重度燒傷病人是否應不惜一切代價搶救也提出質疑（熊治川，1996, p.327, 328）。放棄治療的病人群體中有如下一些特點：以前以老年人為多，現在各個年齡段均有；不僅限於自費病人，公費或醫保病人亦有；不僅限於臨終前的病人，有些甚至可存活相當長時間的病人也要求放棄治療；職務較高且費用不受限制者少有要求放棄治療的情況。

放棄治療的原因主要有如下幾方面：(1) 經濟方面的原因。一些患者無力支付鉅額且治癒無望的醫療花費。這在放棄治療中佔大部分。大連某院一胃癌患者，夫妻雙方均為下崗職工，住院一月，花了 6000 元，其妻及父母均要求出院，不久死於家中。提出因經濟原因放棄治療者多來自患者本人，但也有並非患者本人自願而由家屬提出者，且可發生於並非治療完全無望的個別患者；(2) 認為既然治不好，為免除劇烈疼痛，要求放棄治療，提前結束生命。大連某院一女性患者，醫科大學教師，肝癌晚期，本人堅決要求放棄治療，自己拔除輸液管。其丈夫也同意。此類以幹部、知識人群為多；(3) 經濟並不困難，生命也可維持一段時間，但由於家屬不願付出太大的代價和精力，同時因為考慮即使過了這一關，下一關也難過，對本人和家庭都是麻煩，故要求放棄治療。如一 13 歲的女患，腦膠質瘤，1997 年手術，出院兩年，復發，1999 年 9 月來院檢查，再住院，醫院擬再手術，但患者家屬拒絕，要求醫院給點水維持維持，1 個月後死亡。此種情況也可發生出自家庭內部的利益衝突和某種不良動機因而提出放棄治療。看來，放棄治療的原因不外兩方面，一是治療無法阻止即將到來的死亡，一是無力支付醫療費用。從倫理學的角度看，因無力支付費用放棄治療必須以治療無效為前提。在不能充分證明治

(1) 据美國醫學倫理和司法委員會提供的資料，人們死亡的地點發生了戲劇性的變化。60 年代以前，死亡大多發生於家中。此後發生於醫院的死亡不斷增長。1949 年為 50%，1958 年為 58%，1977 年為 70%，1987 年為 77% (JAMA 1992, 267 (16))。在中國尚未見此種統計。

療無效的情況下因經濟困難而放棄治療，其倫理根據是不充分的。對此，醫生應當反復向病人或其家屬說明情況，使之對此有充分的瞭解。只有把這兩者結合起來考慮時，放棄治療才可以認為是合理的。

死亡是不可避免的；醫學無力杜絕死亡；人們不能不考慮效果無限制地使用醫療資源；以及人們力求減少死亡前的痛苦的願望，都使得放棄治療永遠都是擺在醫生面前的一個要思考的課題。放棄治療並非對醫學失去信心，也非對醫療資源的吝嗇使用，更非對醫學人道主義的背離。放棄治療是人們在某些特殊現實面前的一種理性的選擇，是人類理智占勝迷茫的表現。

二、放棄治療的不同類型

現實發生的放棄治療有種種不同情況，有必要作具體的分析。

主動放棄與被動放棄：主動放棄是指病人主動要求放棄治療，出於本人的自願，出於病人本人對治療前途的理性認識和其他多方面的考慮而作出的一種自主選擇。被動放棄是指並非病人本人的自覺要求，或則因為病人喪失了表達本人意願的可能，由家屬提出；或則迫於家屬不支付（包括難以支付）費用；或則對治療前程實屬無奈而被迫不得不接受放棄治療的現實。大連某醫院1995年收治一例68歲的女性膀胱癌患者，有子女8人，本人有求生欲望，但子女堅決要求放棄治療，許多藥都不要醫生用，說用藥要聽他們的，多次表明來院就是等死的。此種情況以多子女的老年病患為多見。致於有嚴重缺陷新生兒的放棄治療，當然均屬被動放棄治療之列。

單方同意放棄與雙方同意放棄：目前，在我國，單方放棄

和雙方放棄的情況都存在，當然以雙方同意放棄者為多。單方放棄是指醫方或患方一方要求放棄治療，其中以患方要求放棄者多見。醫方放棄治療的病人大多為經醫生在門診接診時已有明顯死亡體征的病人，醫方表示無能為力，或者請家屬另請高明；雙方同意的放棄治療，一般是指病人住院後，經過檢查，會診和一段時間的治療後，醫生認為無治癒希望，向病人家屬交待治療的難愈後果，由病人或其家屬權衡利弊後作出的一種選擇，因而是醫患雙方較為滿意，同時也是比較符合倫理，難以發生醫療糾紛的一種放棄治療。在種種放棄治療中，醫生沒有決定權，決定權在病人或病人家屬，但醫生的病情介紹是病人或病人家屬選擇的基本依據，體現了病人自主和醫患合作的精神，是應當提倡的一種放棄治療模式。

明示放棄與暗示放棄：明示放棄是指病人或病人家屬明確表示放棄治療並在病歷上簽字的一種放棄治療，這種情況在整個放棄治療的病人中較少。暗示放棄是指病人家屬或病人有放棄治療的要求，並通過多種途徑向醫生表示（暗示），但拒絕在病歷上簽字。如大連市某醫院1997年收治一72歲的腦溢血的患者，病人失去知覺10小時，醫生建議手術，家屬表示經濟困難，示意醫生隨便給一點處置，聽其死亡，但家屬拒絕簽字。由於中國有講究孝道的傳統，雖然明知無治癒可能，但由於害怕旁人的指責，落個不孝的罪名，因而家屬大多拒絕簽字，此種情況特別在多子女的病人中更為多見。暗示放棄治療給醫生帶來一定的困難。一方面難以拒絕，因為在治癒無望的情況下放棄治療是唯一的解脫；另一方面在家屬不簽字的情況下又可能存在醫療糾紛的風險，因而醫生必須十分謹慎。這就要求在病歷上做好記錄，並履行會診等程序，防止發生意外。值得指出的是，由於個別病人擔心別人指責他們的家屬，雖然本人強烈要求放棄治療，本人也不願在病歷上簽字的情況也時有發生。

全部放棄與部分放棄：全部放棄是指放棄任何治療和處置，以等待死亡。一28歲的女性患者，病毒性腦炎，腦組織廣泛壞死，昏迷21天，因經濟困難，家屬要求不與搶救，甚至要求停止輸液，並表明只有500元錢，但堅決拒絕簽字。無奈，醫生只好在病歷上記載病人家屬拒絕任何治療。全部放棄治療似有悖於人道精神，但它卻能較為迅速地結束病人的痛苦，因而看來又是有益於病人。部分放棄治療是指放棄針對原發病變的治療或搶救性治療，對某些近期內可能死亡者給與液體等支持療法。此種情況較為多見，且更易為醫生和家屬接受，也體現了人道精神，但由於給與水糖等支持療法，可能要延長病人的痛苦時間，使病人處於痛苦掙紮中，這又與放棄治療的初衷相背離，實為放棄治療中的一個難點。看來，在這樣一些倫理選擇兩難的問題上的處理，只好交由病人或病人家屬決定。很難形成一個固定的模式。這也可能是倫理多元選擇的一個具體實例。

情緒性放棄與穩定性放棄：情緒性放棄治療是指患者或家屬由於對病情突然瞭解時引起的感情衝動而提出放棄治療的要求，待情緒穩定後又發生了變化，要求撤消放棄治療。一般此種情況常發生入院初期，多見於腫瘤早期或中期的患者。穩定性放棄是指病人或家屬經過深思熟慮後作出的決定，一般多見於病患晚期和經過疾病折磨後產生的意願。醫生必須區別這兩種不同情況的放棄治療，情緒性放棄很難代表病人或病人家屬的真實意願。只有穩定性放棄治療的要求方能予以考慮。穩定性放治療提出的條件是：(1)必須是在醫生多次介紹病情後，在病人或家屬對病情有較充分瞭解的基礎上，並經病人和其家屬充分思考後提出的；(2)必須是在經歷了一定時間治療後並是在病人有了一定痛苦體驗後提出的；(3)穩定性放棄治療的提出是經過多次反復後提出的，一次性的意願很難是穩定的；(4)病人激烈疼痛時的決定不能作為定論，要待病人平

靜後再作思考。放棄治療是關係對生命的最後決定，醫生必須創造充分的條件為病人或家屬作出理智的選擇。

三、有關放棄治療的倫理學問題

(1) 關於放棄治療概念的界定。

一般認為，放棄治療是指對不可治癒的晚期患者或能維持呼吸心跳，但生命質量極度低劣且不能復蘇意識的患者，不再給與人為地延長生命的治療。這一界定包含兩個最基本的條件：一是放棄治療的患者必須是不可治癒的晚期患者，這其中可能是那些任何治療都無法阻止其呼吸心臟停止跳動患者，也可能是那些心臟呼吸雖未停止跳動，但不能恢復意識的患者。另一條件是不給予人為地維持生命的治療。所謂不給予人為地維持生命，既包括不採取針對病因採取的根治性治療措施，也包括不給予維持生命的液體供給。但是，人們對後者的倫理性爭議頗大。怎能允許看著一個病人眼睜睜的渴死、餓死呢？的確，從外觀上看，停止水糖供給似不近情理。然而，放棄治療的本意不正是減少病人的痛苦麼？給予起搏、呼吸機的支持和給予水糖的支持，不都是延長痛苦的生命麼？兩者並無實質性的區別是十分清楚的，並無道德與不道德的差別。究竟選擇何者，應由病人或病人家屬確定。

當然，在當前實際放棄治療的病人中，還包括一部分可能維持相當長時間生命的患者，也包括某些有一定治療價值的患者。但由於家屬拒絕支付費用，擔心日後的沉重負擔，因而要求放棄治療，一些醫生出於無奈，實際上也接受了他們的要求，因而有的醫生主張將放棄治療定義為：由於各種原因對可治癒或具有一定治療價值的患者和不可治癒的患者放棄人為地

維持生命的治療。但是這樣的定義顯然是弊多利少的，並可造成嚴重的後果，同時也背離人道原則，因而這一定義是不可接受的。對於那些有治癒希望和治療價值而家屬要求放棄治療的患者，醫生應當反復說服家屬接受治療，而不能同意他們的要求。

(2) 如何確保放棄治療的病人確是不可治癒的病人？

在放棄治療的五類病人中，此種情況一般容易發生於深深昏迷病人之中，其他如晚期癌症患者，慢性病所致多種臟器衰竭患者，極重度缺陷新生兒，特重度燒傷病人，只要診斷確立科學，一般可避免發生可能治癒而被放棄的可能。但是，即是如此，對於此種病人的放棄治療，也必須經科學診斷、會診和有關人員的審定方可放棄。

美國心臟學會和急症心臟護理學會認為，拒絕或撤銷生命支持對下列情況的末期患者的最後階段是正當的：（1）當患者保持無意識狀態時；（2）當患者繼續治療的經濟負擔超過任何好處時；（3）當公認的科學資料提示成功復蘇的機會相當遙遠時。他們還認為腦死亡的決定至少應在七天後才能作出（JAMA, 1992, 268〔16〕, p.2282）。美國醫學心臟學會的這些意見，可供我們參考。

關鍵的問題是如何對待深昏迷病人。深昏迷的原因是複雜的，深昏迷的病人也多種多樣。有急外傷引起的深昏迷，有因病毒性腦炎等疾病引致的深昏迷，有因腦腫瘤引發的深昏迷，也有因一氧化碳中毒發生的深昏迷，而這種種深昏迷的愈後是大不一樣的。如大連市某院收治一名13歲的女性患者，因闌尾炎手術麻醉意外，停止呼吸，腦僵直，呈植物狀態，全市會診，認為治療無望，建議家屬安排後事，但患者家屬苦苦要求治療，經搶救後治癒。實踐表明，對突發性深昏迷的病人（如外傷，一氧化碳中毒等）的放棄治療要十分謹慎，以免發生意外。

對於植物人是否一律放棄治療，我國醫學界的意見不一，特別當有植物人恢復意識的消息發表後。但是，由於植物人長期處於昏迷狀態，完全依賴鼻飼及其他人工維持生命，很少有恢復意識的可能，並且消耗大量衛生資源。據有關資料報導，美國每年1萬名植物人大約消耗15億美元。湖南某醫院一植物人住院一年零八個月共支出費用近百萬元（王成菊，1998, p.419），大連市一幹部因植物狀態住院11月，支出130萬元。因而醫學界普遍認為植物狀態的病人當屬放棄治療的對象，“放棄對植物人的救治就成為臨床倫理學中一個十分重要而又具有實際意義的問題----討論確定放棄搶救的醫學標準及相關的法律程式和倫理學問題實屬必須”（JAMA, 1992, 268〔16〕p.2287）。不同病因形成的植物狀態其後果大不相同，因而在對待放棄植物人的決策上必須十分謹慎。

確定放棄治療的病人，當然首要的根據是治療無效和治癒無望的病人。但是，僅僅是治療無效或治癒無望都不能作為放棄治療的根據。必須對種種無效作具體分析。治癒無效可以發生在很多病人身上，如許多心腦血管病人，許多糖尿病病人，許多心衰呼衰病人，都是不能治癒的，但對他們顯然不能放棄治療；治療無效的情況更為複雜。什麼是無效？嚴格地說，任何治療都不是無效的。只要呼吸心跳沒有停止，任何處置都會產生效果的。效果有正面效果、負面效果、顯著效果、微小效果、預期效果、非預期效果等。在無效的判定上，必須和原發病的消除、死亡的延遲、費用的消耗、病人的痛苦減輕、生命質量的低劣等多方面綜合考慮，才能作出合理的判斷。放棄對那些無治癒希望的病人，只能限定在一定科學水平條件下，經最大努力，仍不能阻止病人可能於近期死亡，不能消除病人的極度痛苦、生命質量極低劣、且要消耗較大財力者。因此，依據治療無效對是否作出放棄治療的判斷，必須和具體病種、經濟耗費、病人的痛苦程度、死亡臨近時間長短等方面情況綜

合考慮，切忌只依據單一因素作出結論。

在現實發生的放棄治療的病人中，的確存在個別不應放棄而被放棄的情況。如某些雖然難以避免死亡但能存活相當長的時間（如6個月至1年）的病人，某些經治療後生存質量雖較差但並非完全失去生活能力的病人，但由於治療費用過大而家屬難以支付，或由於家屬成員之間缺少情感基礎，家屬經常採用拒付費用的辦法以要求放棄治療。對於此種情況，醫方當然首先應耐心說服病人家屬接受治療，並曉以大義。在實在不接受時則可採取勸其出院並做好記錄，必要時可令其簽字，要求承擔放棄治療的後果。

為防止發生不應放棄治療的病人被放棄的情況出現，從醫方面來說，則應當把好診斷的關口，並確立相關的審議制度和程式，以確保不發生差錯；從患方面說，則應在確切瞭解病情的基礎上，在家屬、病人之間反復醞釀，與醫生合作作出適當的選擇。醫、患及患者家屬三方取得共識，是避免發生不應放棄治療的病人被放棄的最好保障。

(3) 誰有權決定放棄治療？

這是放棄治療倫理學中的一個十分重要的問題。一般說，患者本人最有權決定是否放棄治療，此權應屬於患者本人，任何人不能越俎代庖。因為生命是屬於他自己的，每個人有權支配自己和安排自己的一切，只要這種安排不構成對他人權利的侵犯。但是，在實際上，事情遠非如此。由於許多病人在重病情況下，特別是那些腦昏迷病人，已不能明確表示自己的意志。至於那些重度殘疾的嬰兒，更無從談起自己的意志，因而就提出了誰來作出放棄治療決定的問題。一般說，在此種情況下，按習慣應由家屬來作出決定。第一決定人應是病人的配偶，其次是病人的父母，再次是子女，最後是病人委託的代理人（如律師）。一些西方國家是如此，按我國的習慣也是如此。

在由誰來決定放棄治療的問題上，最為常見的麻煩有三：一是醫生在放棄治療決定作出中的作用是什麼？顯然，醫生不能決定是否放棄治療，不能代替病人作出這種決定。此種決定應屬於病人或其家屬。但是，醫生並不是袖手旁觀的。醫生的責任是詳盡地向病人和其家屬介紹病情及其種種發展可能，為病人和家屬提供選擇的依據。醫生應當在充分準備的基礎上，向病人和家屬系統地全面地如實地（不能擴大也不能縮小）介紹病情。醫生雖不直接作出放棄治療的決定，但醫生的這種介紹實際上為病人的選擇確定了方位，醫生的責任是很重的。任何醫生都必須嚴肅地對待此事，絲毫不能馬虎；二是醫生與病人及其家屬之間發生不一致怎麼辦？如上說，此種問題應當通過醫患間反復溝通以取得共識。一般地說，在多次充分介紹的基礎上，雙方是能取得共識的。如果一旦雙方的認識不一致，或則是病人或家屬的選擇顯然背離了科學準則，或則是家屬的選擇背離了病人的利益，醫生都應當再次向病人或病人家屬說明，提醒他們的選擇可能產生的嚴重後果，並可向院方或病人工作的單位反映，以求共同說服；當這些努力仍未奏效時，當然仍應尊重病人或其家屬的選擇。但醫生應記錄所作努力的一切，並提醒病人或家屬承擔其選擇的後果；三是病人與家屬之間或病人家屬間發生的不一致。這是更為常見的不一致。一般說，病人與家屬出現不一致時應以病人的意見為准；在配偶與子女間不一致時，應以配偶的意見為准；在子女之間發生不一致時，應在醫方引導下通過溝通取得一致。仍不能一致時則可考慮爭取單位或其他方面的調節取得一致，或由醫院倫理委員會、社區調解機關調解。總之，在出現不一致時醫方不宜以某方的意見為決策的依據。

由於中國的特殊情況，個人的工作單位有著重要的作用，因而常有單位介入的情況發生。一般說，除個別特殊情況外，病人的工作單位無權代替病人或家屬作出是否放棄治療的決

定。醫院不能接受這種決定。因為這種決定是沒有法律效力的。

(4) 關於象徵性治療。

所謂象徵性治療，是指那些於病情沒有任何作用的治療，這些治療不是針對病情需要而提出的，而是滿足家屬成員心理安慰或向社會暗示家屬已經作了最大的努力而採取的。如給病人輸送生理鹽水等。由於我國是一個講究孝道的國家，子女對父母盡孝被視為天職。父母有病子女理應治療，對有病的父母不予醫治常常要受到社會的指責。一些子女為了避免落個不孝之名，也為了滿足對病人和自身的安慰，常向醫生提出此種請求。應當說，這是中國具體情況下放棄治療的另一種形式，於醫、於患都無不妥之處，醫方可以支援和配合。

(5) 放棄治療中的兩個具體問題。

放棄治療中還有兩個具體問題：一是如何對待特重度燒傷病人的放棄治療？對於中輕重度燒傷的治一般無異議，但對於特重度燒傷病人的放棄治療，實有不少難處。特重度燒傷病人的燒傷面積一般均在95%以上，其治療目標是創面消滅，心跳呼吸正常，消化泌尿功能存在。但此類病人的治療成本很大，通常需要幾十萬或百萬不等，更為重要的此類病人治療後生命質量極差，有的出院後由於面貌全非，家屬難以接受，社會交往也甚困難，故有的出院後自殺死亡，致使治療的結果蕩然無存，因而提出如何對待此類病人的治療。由於此類病人大多為青壯年，且不少係為搶救國家財產所至，不僅家屬，就是國家也有義務盡力救治這種病人，因而十分令醫生們為難。顯然，此類病人只要有存活的可能，放棄治療是於情於理難容的，可否由國家設置一種安置這類病人的專門場所以安置他們呢？

另一個問題是如何對待自殺病人？某些生命垂危且極度痛

苦的病人，由於忍受不住疼痛的煎熬，常採取自殺以結束痛苦，對此當無異議，醫生對病人的此種自殺行為無需盡力進行干涉，但當病人向醫生提出此種要求時，要求醫生提供幫助時，醫生如何處之？一般說，醫生不能直接公開提供幫助，否則有可能涉及故意殺人罪的法律糾紛。儘管美國醫學會倫理和司法委員會認為：“在安樂死和醫師幫助自殺之間有倫理上的相應區別，這使醫師幫助自殺在倫理上更吸引人選擇，醫師幫助自殺比安樂死提供給患者更加自主結束生命的方式。”（JAMA, 1992, 267〔16〕p.2229）實際上，據瞭解，在我國一些醫院，幫助自殺在某些醫患相互理解較深的關係中也已經在悄悄進行（如一些醫生分次開出某些安眠藥），只是這些事未採取公開的形式。但是，也正如美國醫學倫理和司法委員會所指出的那樣：“醫師幫助自殺的倫理異議與安樂死類似，因為兩者在本質上都是意指導致死亡的干涉 ----- 醫師幫助自殺與安樂死有許多相同的危險。”（JAMA, 1992〔16〕p.2223）因此，醫生不宜接受病人提供自殺支援的要求，但對頻死前極度痛苦且已發生的自殺，家屬又未提出搶救要求者，一般無須盡力搶求。

(6) 放棄和撤銷治療措施的合理選擇。

放棄治療的措施包括：（1）放棄針對消除原發病採取的治療；（2）放棄針對生命垂危採取的搶救措施；（3）放棄由於疼痛採取的止疼措施；（4）放棄維持生命的基本補給措施。究竟何種放棄治療的措施更為道德呢？顯然，既然放棄治療的病人是無可治癒的病人，既然放棄治療的目的是避免延長無可挽回的生命的痛苦和不必要的耗費，那麼，（1）（2）兩種治療措施的放棄就是理所當然的。但是，是否放棄採取止痛和維持生命的基本補給呢？這就需要作具體分析了。例如，對於晚期癌症病人來說，止痛無疑是一種善行，但止痛劑常可成隱，

可能給病人帶來新的痛苦，因而又使醫生猶豫不決。致於生命基本補給是否放棄，更有悖於人道，但給與生命補給，對於某些垂危病人來說，可延長其痛苦生命的相當長時間，這又與放棄治療的初衷相悖。這也是令人兩難的問題。如何處置？似乎可行的辦法是依病人或其家屬的意見而定。放棄治療與撤銷治療是不盡相同的。放棄治療一般是指因種種原因不採取某種治療，而撤銷治療是對已經採取的某種治療進行撤銷。從實質上看，兩者似無質的區別，某一措施一開始就不採取和採取後撤銷並無根本區別，但在倫理情感上的份量是不同的。因呼吸困難不給機械呼吸任其死亡，人們似乎比較容易接受，但在已經給與機械呼吸的情況下再撤除機械呼吸，其人們的情感刺激是有所不同的。“在撤除和拒絕生命維持療法之間也沒有倫理上的區別。撤銷生命支持從感情上可能比拒絕生命支持更困難，因為醫師執行了促進死亡的行為。”(JAMA, 1992, 267〔16〕p.2229)。因此，在放棄治療的具體執行上應首選一開始就不採取某種治療措施，而不宜在採取後再去撤銷某種治療措施。在拔除輸液管，撤除呼吸機等問題上，更應以家屬的意見為依據，醫生不能輕易自行其是。

(7) 放棄治療與醫生的善行。

放棄治療與醫學倫理要求的善行並非矛盾，這是顯而易見的。醫生的責任是幫助患者恢復健康，解除痛苦。“醫師的責任僅僅是提供合理的醫學治療並拒絕提供整體上不利於患者健康的治療。當醫師應患者的請求拒絕或撤銷治療時，他（她）就已經履行了向患者提供合理治療的責任。提供治療的責任不包括把治療強加於不情願的患者的责任。醫師不提供有害的治療”(JAMA, 1992, 267〔16〕p.2233)，當然醫師也不應提供使病人痛苦的治療，而這種痛苦又不能得到相應回報。醫生放棄的治療是那種使病人痛苦難延長而又不能避免死亡的治

療，是那種無意義的消耗資源的治療，是那種對病人和他的家屬弊多利少的治療。

目前，在我國的不少醫生中，對放棄治療的顧慮甚多，認為放棄治療有悖於醫生的職責，有損於醫師的形象，因而對病人或他們的家屬的這種要求不予理會，擔心醫療糾紛，故而增加了病人的痛苦，耗費了許多不應耗費的資源。應當認識到，放棄治療也是一種對病人負責的表現，是在一種特殊情況下應當履行的一種人道主義的職責。

（本文在寫作過程中，曾得到大連醫科大學附屬一院，二院雷征林，馬獻圖，侯菊生教授和大連市中心醫院神經科王蘇平主任的支持，特此致謝）

參考文獻

- 陳振東：終末期癌症患者及其家屬的求醫動機。《中國醫學倫理學》，1993年，第2期
- 倪黎明：50例放棄新生兒治療——安樂死。《中國醫學倫理學》，1993年，第2期
- 熊治川：關於燒傷治療價值的哲學，《醫學與哲學》，1996年，第6期
- 美國心臟學會：復蘇倫理（譯自JAMA，1992，268(16)），《醫學與哲學》，1993年第8期
- 王成菊：植物人救治面臨的倫理思考，《醫學與哲學》，1998年，第8期
- 美國醫學倫理和司法委員會：臨終決定（譯自JAMA，1992，267(16)），《醫學與哲學》，1993年，第1期