

# 關於放棄臨床無效治療的 倫理學思考

郭永松

## 摘要

對於沒有臨床救治希望的病人，要不要繼續治療？誰有最終的決定權？這既是臨床醫療問題，又是一個涉及社會倫理法規的問題。對於這樣的病人，不放棄治療可能意味著要消耗更多的醫療資源但又無法挽救病人，但是如果放棄治療，可能會遇到更多的來自社會傳統的、倫理法規的問題。筆者認為，在社會多元化發展的今天，面對臨床無效治療，應在尊重病人或病人家屬有最終決定權的前提下，以一定道德、法規為依據，按照一定的醫療程式和法律手續進行處理，可能是更為符合人道和社會公眾利益的理性選擇。

---

郭永松，副教授，浙江大學醫學院，浙江省杭州市延安路353號，郵編：  
310031

《中外醫學哲學》III：1（2000年2月）：頁127-140。  
© Copyright 2000 by Swets & Zeitlinger Publishers.

關鍵詞：放棄 無效治療 多元化

## 一、臨床病例引發的思考

在臨床，醫務人員可能會碰到這樣的病例。

**病例一：**某男，67歲，因肺癌手術後半年繼發肝癌入院，入院後常規治療，症狀日益加重，疼痛加劇，使用止痛劑仍無效，病人及其家屬請醫生幫助致死，遭拒絕。此後，病人由於不堪忍受病痛的折磨，自行要求出院，放棄治療。

**病例二：**某孕婦，28歲，臨產時住進某醫院產科，並分娩了一位嚴重畸形男嬰，該男嬰除了嚴重的唇齶裂之外，還伴有嚴重的室間隔、房間隔缺損和左心發育不良。該男嬰出生後就必須依靠特殊的醫療措施維持生命，費用很高。在醫生向患兒家長交待了病情，說明對此病目前還無根治辦法後，家長經再三考慮，要求醫生放棄對嬰兒的搶救治療，醫生根據嬰兒的病情和家長的要求，最後終止了對患兒的搶救。

**病例三：**國外，某女，因意外事故，多方搶救無效，成了植物人，在長達17年的“存活”中，僅護理費就高達600多萬美圓。

在醫療活動中，每一個醫務人員都有可能碰到這樣的病例，雖然處理的方法不一樣，但都會產生這樣幾個基本問題：如何確定治療無效？放棄無效治療的倫理法規依據是什麼？誰有權決定放棄無效治療？本文就這些問題進行初步探討。

## 二、臨床無效治療的界定

臨床無效治療是一個很難界定的概念，從醫學角度看，它還沒有明確的定義，也沒有具體的標準，更沒有放棄無效治療的醫學標準（至少在醫學上，還沒有放棄治療的專業標準）。所以，臨床無效治療是一個相對概念，是一個歷史範疇。但為了便於學術討論，我們只能按目前的醫療水平把無效治療定義為，患病者已進入瀕死狀態，生命質量極差，以現代醫學技術又不能阻止這一病程的惡化，也無法改善病人的生命質量，死亡已不可避免，只是時間問題，此時所進行的醫療救治可稱為無效治療。事實上，在臨床的醫療活動中，醫務人員往往根據病人所患疾病的性質、病情和現有的醫療條件，大致可以確定醫療救治的效果和實際價值，並依照慣例會把有關情況通知病人家屬或病人所在單位（如**病例2**），病人家屬會根據醫生的說明和建議決定是否放棄治療（如**病例1**）。一般情況下，醫生不會自行作出放棄搶救或治療的決定。但也會出現另一種情況，即醫生決定放棄治療，但這樣做往往會引起醫療糾紛，甚至訴諸法律，關於這一點我們將在後面討論。

從理論上講，無效治療的界定還有許多問題值得探討。首先，無效治療的界定究竟是醫學的，還是社會、倫理的？如果是醫學的，那麼無效治療更有賴於生物學的標準和確認，醫生在這一過程中將起到非常重要的作用；如果是社會、倫理的，或首先是醫學的，也包含社會、倫理的，那麼無效治療的界定將會複雜的多，至少在醫生宣佈治療無效時，還有一個社會認可的問題。為此，醫生還會承受社會、倫理的壓力，尤其要決定是否放棄治療時，還必須考慮到各種社會因素，如經濟的、傳統習俗的、倫理和法律的等。所以，在醫學還不能很清楚地回答所有與生命存在和生命延續有關的問題之前，討論什麼是

無效治療，什麼是無效治療的臨床標準等將對決定是否放棄無效治療有著重要的意義。當然，這首先是醫學的問題，但如果涉及到是否放棄治療那就會變的更加複雜。

### 三、是否放棄無效治療引起的社會倫理爭論

如果把這樣的問題提出來討論，可能每一個人都會有自己的看法，倫理學家會從各自信奉的道德體系中找到依據，當然反對放棄無效治療的人更容易找到理由。即便這種理由帶有世俗的、傳統的色彩，但不可否認的是，醫學人道主義和醫學功利主義是爭論雙方的重要倫理依據。

為了便於討論，我們把反對者和贊同者可能持有的觀點和依據分別加以羅列。

**1. 反對者的觀點和依據。**反對者的出發點有醫學的，也有社會倫理的，主要有以下幾種：

(1) 放棄無效治療是和醫務人員救死扶傷的工作職責相背離的。從古到今，醫療職業之所以被人們尊敬、信任，就是因為在臨床救治過程中，只要病人還有一息生命、一點希望，醫務人員就不放棄搶救，這種過程本身就體現了醫學人道主義。

(2) 放棄無效治療實際上是放棄了醫學科研的機會，放棄了醫學發展的原動力。醫學之所以能發展到今天，就是因為醫務人員在無數次沒有希望的救治過程中，找到了機會，獲得了繼續探索的動力。

(3) 放棄無效治療有可能使病人失去自然改善病情或通過繼續治療延長生命的機會。

(4) 放棄無效治療還意味著有可能改變醫療行業盡心盡力

救治病人，全心全意為群眾健康服務的形象。這種形象是和傳統的醫學職業道德規範聯繫在一起的，因為，在傳統的醫學道德規範體系中，還找不到放棄無效治療的倫理學依據。

#### 2. 贊同者的觀點和依據。

(1) 放棄無效治療是對人的生命價值的尊重。這種觀點主要來源於醫學功利主義，即在臨床醫療活動中，要充分考慮到搶救和治療的實際效果，要考慮到代價與所產生結果的關係。

(2) 放棄無效治療是對醫學科學發展現狀的客觀承認。在近100年裏，醫學的迅速發展使人類的健康狀況得到了極大的改善，但即便如此，我們也不能不承認，醫學並不能治療人類的所有疾病，對於相當一部分疾病或疾病發展的晚期，臨床醫療的救治效果往往很差或根本無效，在這種情況下，治療和放棄治療是等效的。

(3) 放棄無效治療有利於衛生資源的合理分配。臨床無效治療往往是代價很大，實際效果很差，甚至無效，如果能予以放棄，就可以節約大量的衛生資源，用到更需要的病人身上，這將有利於衛生資源的合理分配，提高衛生資源的使用效率。

(4) 放棄無效治療有利於減輕病人家屬的經濟和心理負擔。這也是部分家屬選擇放棄的理由。

(5) 放棄無效治療可以減少病人的痛苦。如果是病人自己的意願，那麼放棄也意味著對病人自主權力和人格尊嚴的尊重。

是否放棄無效治療的不同觀點實質上反映了當今社會道德多元化的現實傾向，諸如此類的倫理現象還有：醫學人道精神與現實功利思想、衛生保健社會福利觀與人人承擔義務觀、醫德義務論與醫德權利論、醫生父權主義與病人自主權、生命神聖觀與生命質量觀、生命倫理的同一性與多元化的爭論等，這種爭論向大一統的傳統醫德思想提出了嚴峻挑戰。這表明，目前我國醫德是以相對性為主導方面和突出特點來體現其絕對性

與相對性辨證統一關係的，來體現不變與變的辨證統一關係的（孫福川，1997, p.40）。這與後現代主義時代出現的道德相對主義傾向是一致的。

應該看到，在理論上討論是否放棄無效治療可能是倫理學家和社會學家的事，而在臨床實踐中，這個問題的處理遠比理論複雜的多。當醫務人員面對沒有生存希望的醫療搶救，決定放棄時，一系列的問題將會接踵而至，以下的病案就是一個很典型的例子。

**病例四：**某日晚7時許，23歲的女青年陳某某在橫穿馬路時，被汽車撞倒，身負重傷。司機當即將傷員送往某醫院搶救。在醫院檢查發現，傷員兩側瞳孔不等大，光反射微弱，初步診斷為腦外傷，顱骨凹陷性骨折，下肢骨折。由於該院醫療條件有限，傷員在接受初步處理後被送到某大醫院。在大醫院，醫生對傷員採取了輸液，喉部插管，做腦CT等診療措施，並請外科、ICU等有關醫生會診，認為病人腦幹損傷，瞳孔散大，血壓、呼吸、脈搏等生命體征都不平穩，搶救成功的可能性很小，並將這一情況告知傷員家屬。據傷員母親說，當時醫生這樣勸她：你女兒病情嚴重，已經沒救了，若在醫院停止呼吸，會被遷送到殯儀館火化，趕快回去還可以“有陳排”（講一下排場）。就這樣傷員於當晚11時15分從大醫院出院，第二次被送到小醫院，並直接進了太平間。當時傷員還有心跳，呼吸。為此，她的母親二次叫值班醫生，說女兒還有呼吸，沒有死，懇求醫生救救她的女兒，但醫生卻說連大醫院都說救不活了，我們還有啥辦法呢？直到傷員在太平間躺了8個小時後，發現仍有心跳、呼吸，於是再次被送往另一家大醫院，重新接受搶救，但終因傷勢過重而死亡。此例由醫生決定放棄救治的病例引起了社會的強烈反響。當地報紙以“活人竟被送進太平間”、“一位母親的述說”等標題，在第一版作了連續報道（郭永松，1999, p.34）。

這個病例涉及到的社會、倫理問題遠比醫療實踐本身複雜得多。這裏不排除有醫療服務態度、責任心等因素，但本文所關心的首要問題是：對於沒有救治希望的病人，醫院能不能放棄搶救？這是一個涉及到醫學人道主義的老問題，儘管在上文中我們已經列舉了贊同或反對兩種截然不同的觀點，但這只是理論上的，要作為臨床醫療實踐的依據卻會屢屢碰壁。根據醫學人道主義的觀點，人的生命是寶貴的、神聖的，無論病人處在什麼狀態，只要還有一息生命，就應當積極搶救，即使要付出巨大的代價；而醫學功利主義則認為，人的生命雖然寶貴，但由於醫療資源是有限的，所以在醫療搶救中必須考慮病人的生命質量和生命價值。對患有絕症、重症的病人，搶救無效時，放棄搶救可能是更為明智的選擇，這也是為了更合理地分配和使用醫療資源。事實上，這兩種不同的觀點，在醫療行業與社會中都未能形成共識，更沒有制訂出人們普遍能認可和接受的道德原則。

如何來看待這兩種截然不同的觀點，能否在社會多元化發展成為主流的今天，從人類整體和理性的角度去審視放棄或不放棄無效治療可能帶來的正負兩方面的效應，這正是我們需要深入討論的問題。

#### 四、關於放棄無效治療的倫理學思考

眾所周知，醫學人道主義是一個歷史範疇，它以尊重病人的生命和尊重病人的權利為核心內容。但時至今日，當醫務人員對社會整體承擔更多健康責任的時候，當醫學的發展足以讓人們開始重視生存質量和生命價值的時候，我們不能不重新審視以病人個體的權利為核心的醫學人道主義。同時我們在對社會整體健康利益與低質量、甚至無意義個體生存利益進行比較

時，不能不產生這樣的疑問：不放棄無效治療的醫學人道主義是不是對更多人的不人道？當然這樣的提問也只是代表了多元道德價值體系中的一種觀點。我們並不尋求在理論上達成統一，但希望這樣的探討有助於臨床倫理問題的解決。

然而，擺在我們面前的難題是，一方面，社會現實和醫療行業現狀要求我們繼續強調和弘揚醫學人道主義，積極救治一切病人；另一方面，醫療救治效果的有限性和衛生資源的匱乏有迫使我們必須從醫學功利主義和人類整體健康利益的角度出發，從新的醫學目的出發，考慮放棄臨床無效治療，以便使有限的衛生資源得到更合理的應用。這是一個痛苦的轉變，也是一種理性的抉擇。如果說，傳統的醫學人道主義是以個人的生命權利為核心的，那麼現代的醫學人道主義是包含個人在內的以整體健康利益為核心的。因此，從人類整體利益來看，這是醫學人道主義在新的歷史條件下的發展。在這裏，我們需要借助於後現代主義賦予人類的懷疑精神，在“上帝已經死了”的感召下，大膽提出新的設想。

實踐證明，道德原則的合理性與一切科學的合理性一樣，是歷史的合理性。一切科學真理只是對無限宇宙某一部分的正確反映。醫德原則也一樣，它所體現的也只是一定範圍一定時期的道德規律，而不是恒古不變的絕對戒律（馮澤永，2000年，P.40）。因此，如果我們能跳出傳統的倫理思維定勢，從歷史和發展的角度看問題，不僅考慮個體的健康利益和生存權力，而且考慮如何公平地分配和使用有限的衛生資源，維護更多人乃至全體社會成員的健康權利，那麼我們應該能夠回答為什麼要放棄無效治療，並且能夠為這種醫療抉擇找到充分的倫理學依據，這就是：

(1) 包含生命質量和生命價值原則在內的現代醫學人道主義。承認生命及其價值至高無上的前提下，強調生命並不是絕對神聖的，生命就醫學意義而言有價值大小之分。當人的生命

已經進入瀕死階段或生命質量極低，已有的醫療手段又無法改變這一狀況，那麼此時的生命已經失去了存在的價值。

(2) 非常重視代價與效果關係的醫學功利主義。任何醫療行為都要考慮代價和效果，如果醫療救治代價很大，但效果又很差，病情的發展已不可逆轉，此時的搶救已沒有實際意義，繼續救治也只是對生者的一種感情上的安慰和道義上的解脫。

(3) 衛生資源的合理分配、使用與社會整體的健康利益。衛生資源的有限性迫使我們在考慮每一個病人個體的同時，更要理性地關注社會全體成員的健康利益，並通過衛生資源的合理分配，產生最大的健康效益，以體現公平、效率的社會理念。而不放棄無效治療就會造成衛生資源的浪費，也就不可能實現這樣的社會理念。

(4) 病人個體在特殊情況下對與生命相關行為的選擇權力。當病人身患重病，生命質量極低，又醫治無效時，生命權和健康權已失去了存在的現實基礎，在這樣一種特定條件下，病人的自主權已上升至第一位，並成為行使最終決定權的倫理法規基礎。

## 五、關於放棄無效治療的決定權及倫理依據

在臨床實踐中，如果病人確實沒有搶救希望了，那麼誰有權決定放棄搶救和治療呢？是醫務人員，還是病人自己或其家屬？這裏又涉及到本文討論的另一個問題：病人權利與醫務人員權利的關係問題，以及行使決定權的倫理法規依據。眾所周知，在醫療實踐中，醫生具有獨立、自主的權利。採用何種方法治療，動手術還是不動手術，服用何種藥物，住院治療還

是門診治療等等，所有這些都是醫生權利範圍內的事（何倫，1989, P.75,77）。但醫生行使權利不是沒有條件的，這些條件主要有兩個：一是符合醫學科學的，二是符合醫學道德法規的。而病人在醫療活動中也擁有許多權利，包括：獲得醫療與護理；知情同意；瞭解有關診治資訊；保守個人秘密；拒絕治療和實踐等權利，其中，最主要的有維持生命，享受公正醫療的權利（中華醫學會醫學倫理學會，1998, P.191）這也是醫務人員承擔醫療責任和義務的主要道德、法律依據。

從本質上講，病人權利與醫生權利應當是一致的，至少在終極目標上是一致的，雖然，在具體的價值取向上和實踐中會有差別和矛盾。但是，在是否放棄無效治療的問題上，兩者可能會產生特殊的矛盾衝突，請看以下兩種情況：

其一，醫務人員根據病情認為已經沒有搶救的希望和意義了，然而，病人或其家屬堅持要求不惜一切代價繼續搶救；

其二，當病人或其家屬根據所獲醫療資訊，認為已沒有救治希望，決定放棄，而醫務人員根據慣例（如醫學人道主義），認為沒有放棄治療的法律依據，所以為避免糾紛，應當繼續救治。

這兩種衝突從本質上講，已不再是為了病人的康復，而是行為依據上的對立，此時，誰有最終決定權呢？筆者認為，在一般情況下，病人的權利與醫生的權利是相互制約的，兩者發生衝突時，決定權究竟取決於何者，關鍵要看，這個決定是否有利於病人的康復，是否有利於公眾整體的健康利益，是否有利於醫學科學的發展，即合目的性、合理性和合道義性。但在涉及病人生命或對健康有重大影響的醫療活動中，病人應當享有最終決定權；如果病人處於昏迷狀態，已喪失意識，則病人的監護人（家屬等）可代替病人行使決定權。在醫生權利與病人權利的關係中，之所以病人或其家屬享有最終決定權，而且醫生權利應服從于病人的權利，這是因為，病人是健康利益

和生命的主體，也是享受醫療服務的主體，醫生對病人的任何處置都直接或間接地影響著病人的健康和生命。為此，在大多數國家，病人作為健康利益和生命主體的事實和由此獲得的權利都是以法律和道德的形式加以確認和保護的。有關的民法、國際法等都把保護人的生命和健康作為最基本的內容。因此，作為健康和生命的直接承擔者對自身的生命和健康應當享有最終的決定權，對維護生命和健康的要求必須得到道德和法律的保護，因而，完全有權決定是否接受某種醫療處置。而對人的權利的尊重，對人的生命權和自主權的尊重正是醫學人道主義的核心所在，也是醫學發展的必要條件和道德基礎。這一點即使在社會多元化發展的今天也已成為人們的共識。

根據上述討論，筆者認為，在面對涉及病人生命的重大舉措時，尤其是決定是否放棄無效治療時，雖然已與病人的康復無關，但病人的自主決定權仍然是至關重要的，如果病人已喪失意識，則病人的家屬或其他監護人可代替病人行使權利，正如中華醫學會醫學倫理學分會在《慢性病患者生命末期治療決策與倫理要求》一文中所指出的，病人生的質量的確定必須以科學為依據，而且是在與該患者有關的主要醫生間形成的共識。決定放棄治療，必須取得患者同意或患者家屬的同意，並形成文字的契約（中華醫學會醫學倫理學會，1998, P.189）。這就意味著，在案例4中，只要病人權利方仍要求搶救，則醫務人員就應積極救治，直至病人去逝或放棄這一要求。這也是為了避免在維護社會整體健康利益的過程種造成對個人基本權利的侵害。

在決定是否放棄無效治療這一重大問題時，由於病人及其家屬方面的文化知識背景、要求與醫務人員的文化知識背景不同，也有可能意見相反，這種情況正如美國生命倫理學家恩格爾哈特所指出的，醫生與病人之間常常是道德異鄉人，他們並不持共同的道德前提或基礎，從而可以通過圓滿的道德論證來

解決道德爭端（恩格爾哈特，1996, P.2）長期以來，醫學中的家長主義曾經在處理這類衝突中發揮過重要作用，但隨著社會的進步、醫學的發展和醫學模式的轉變，個人權利，包括病人的自主權受到了普遍的重視，傳統的醫療家長主義已經不再適用。建立相互尊重、相互平等的醫患關係已經成為社會的共同要求。然而，由於存在著醫患之間多方面的差別，對同一病人的生命，出現兩種不同的認識態度和處置方式並不奇怪。尤其在後現代主義時期，由於利益主體的多元化，人們需求的多元化，價值觀念的多元化，呈現在我們面前的是一個多元的、道德衝突的世界。在各種各樣的“道德異鄉人”之間，信奉的是不同的道德觀念，有不同的道德標準（沈銘賢，2000, P47）。問題在於當我們置身於多元化價值觀和道德衝突的社會文化背景下，如何處理臨床無效治療更符合道德、符合人性、符合社會的共同利益。對此，筆者認為遵循“允許原則”和整體利益原則，力求個人權利與社會利益的辨證統一，在承認病人或病人家屬有最終決定權的前提下，按照一定的道德法規程式和醫療程式列事可能是更為理智和符合社會要求的選擇。

## 六、建立放棄無效治療的必要程式

為了保證放棄無效治療這一行為的合（倫）理性、合法性及合目的性，建立以下程式是必要的。

(1) 首先醫務人員應對病人生命狀況及預後作出科學判斷，確認已無搶救希望和意義（當然，在此之前應先建立治療無效的臨床醫學標準）；

(2) 將判斷結果提交醫療小組（而不是個人）討論、核審，必要時應提交由醫院組織的專家組核准；

(3) 在病人或監護人同意放棄搶救前，醫務人員一方面仍要採取各種醫療措施搶救或維持病人的生命，減輕病人的痛苦；另一方面則要耐心細緻地向病人家屬說明情況，包括病人的病情性質、現狀、預後和代價，讓他們充分瞭解有關資訊，並獨立地做出是否放棄治療的決定。如果病人意識清醒，應首先由病人做出決定，如果病人已經喪失意識，應由其法定監護人代為決定。醫務人員必須在得到明確的具有法律意義的同意後才能放棄搶救，或僅採用維持生命的醫療措施，以避免醫療資源的浪費；

(4) 在此過程中，需要經營醫生的詳細記錄、擬放棄搶救的理由及客觀指標記錄、對病人家屬介紹病情的記錄和有關人員尤其是病人家屬同意放棄搶救的文字契約，必要時還應做法律公證；

(5) 在完成上述程式之後，醫務人員仍需對病人的生命體征作最後的檢查，在確認沒有希望後才能放棄搶救。這些做法既是醫療要求，也是道德、法規的要求，是處理醫患權利關係的必要程式和手段，其中不僅包含著對病人權利的尊重，對醫學人道主義的遵從，也包含著對醫學功利主義的有條件認可，是兩者在多元價值體系並存的現實條件下的辨證統一。當然，這一程式還需要有關法規的確認和保護。

特別需要指出的是：這個程式不僅是醫學（科學）的，也包含著社會倫理法規的要求。在本文的討論中，我們試圖為放棄無效治療找到能讓人接受的倫理學依據，並從社會整體利益和道德上為這種行為進行辯護。為此，社會和法律部門要盡快制定有關的醫療法規，使這一行為有法可依；另一方面，醫務人員應當謹慎從事，尤其要在堅持醫學人道主義的前提下依照一定的醫療程式進行，以保證醫療實踐的合理性與合法性。

## 參考文獻

- 孫福川、杜建偉、吳衛平：《當代中國醫德建設與相對主義醫學倫理學》  
[J]，醫學與哲學，2000，1：40。
- 郭永松：《從一個案例引發的醫學倫理學思考》[J]，《醫學與哲學》，  
1998，12：34
- 馮澤永：《關於道德原則的幾點思考》[J]，醫學與哲學，2000，1：46
- 何倫等：現代醫學倫理學，浙江：浙江教育出版社，1989，75，77
- 邱仁宗：《生命倫理學：普遍主義還是相對主義？》中國醫學倫理學，  
1996，(2):7
- 中華醫學會醫學倫理學分會：《病人的醫療權利與醫務》，醫學與哲學，  
1998，(4)：191
- 邱仁宗、卓小勤、馮建妹：《病人的權利》，北京：北京醫科大學、協和醫  
科大學聯合出版社，1996，43
- 中華醫學會醫學倫理學分會：《慢性病患者生命末期治療決策與倫理要  
求》，醫學與哲學，1998，(4):189
- (美)恩格爾哈特，范瑞平譯，《生命倫理學基礎》，長沙：湖南科技出版  
社，1996，2
- 沈銘賢，《我是一個絕對主義者和普遍主義者》[J]，醫學與哲學，2000，  
1：47