

中國第一起嗎啡勝訴案的
背後——臨終關懷病人使用嗎啡
的儒家倫理問題

Behind the First Legal Case of
Morphine in China—A
Confucian Ethic: Reflections on
the Use of Morphine to Treat
Terminal Patients

孫思涵

Sun Sihan

孫思涵，香港城市大學公共政策系博士研究生，中國香港。
Sun Sihan, PhD Student, Department of Public Policy, City University of Hong Kong,
Hong Kong SAR.

《中外醫學哲學》XVI:1 (2018年)：頁 75-95。
International Journal of Chinese & Comparative Philosophy of Medicine XVI:1 (2018),
pp. 75-95.
© Copyright 2018 by Global Scholarly Publications.

摘要 Abstract

緩解癌痛是終末期癌症患者安寧療護的重要目標之一。世界衛生組織提出，嗎啡等鴉片類藥物被列為癌症止痛和安寧療護的首選或必備藥物。而談起嗎啡時，人們常常聯想到毒品。尤其在中國這樣一個深受兩次鴉片戰爭影響的國家，人們畏懼嗎啡，並更加謹慎地使用嗎啡。在臨床上，嗎啡的確能夠有效地緩解患者臨終前因癌症引起的疼痛，但不合理地使用也會引起患者的呼吸抑制，導致其死亡。那麼，臨床上到底應該如何正確地使用嗎啡？嗎啡的使用有哪些制度上的支援？嗎啡被當作主動安樂死的一種手段又是否能夠得到儒家倫理學上的辯護？筆者認為，無論在臨床中，還是在制定嗎啡的相關法律法規中，都應將嗎啡的兩種作用：合理劑量的鎮痛作用和加大劑量的主動安樂死作用嚴格的區分開來。用嗎啡安樂死的行為違背了儒家的孝道、弘毅美德以及儒家生命觀和仁愛的思想。本文將通過探究嗎啡的歷史、臨床使用、政策和儒家倫理四個方面，對嗎啡的使用進行具體的研究和分析。

Pain control is one of the most important goals of end-of-life care for cancer patients in the terminal phase. The World Health Organization recommends that morphine be considered optimal and even indispensable as a means of relieving pain and providing palliative care. However, people often associate this opioid with illicit drugs, particularly in the context of Chinese culture, due to its close association with the two Anglo-Chinese Opium Wars of the mid-19th century. In clinical settings, morphine is usually the preferred treatment for moderate or severe cancer-related pain. However, excessive morphine use may result in respiratory depression and death. Exploring morphine's history and clinical usage, relevant policies, and Confucian ethics, this essay shows that a clear distinction must be made between relieving pain and performing active euthanasia in cases of morphine use in current Chinese palliative care and bioethics. The essay offers an approach based on Confucian ethics to analyze how euthanasia via morphine use violates the principles of filial piety (*xiao*) and humaneness (*ren*), two virtues emphasized in Confucian tradition.

【關鍵字】 嗎啡 止痛 安樂死 儒家 安寧療護

Keywords: Morphine, Painkilling, Euthanasia, Confucianism, Palliative Care

近來，中國第一起嗎啡勝訴案備受關注。2015年5月4日，患有胃癌晚期、並伴有腫瘤全身轉移的66歲段玉霞（女）被收進了北京軍區總醫院腫瘤科。由於病情危重，醫院對該患者採取了鎮痛、平喘等姑息治療，其中包括注射嗎啡。然而，十天後，患者終因呼吸衰竭而死亡。時隔半年，患者家屬以嗎啡攝入過量導致其死亡為由，將患者的主治醫生——北京軍區總醫院腫瘤科副主任醫師——張建偉告上法庭，索要賠償。在張建偉醫生的回憶中，為了減輕患者的痛苦，並在家人簽署了委託同意書和知情同意書的情況下，先後分3次，每次間隔5小時以上給患者靜脈滴注嗎啡10毫克。在頭兩次的嗎啡注射後，患者的呼吸困難得到了明顯的緩解。同時，其腫瘤科主任劉瑞祺也說明，嗎啡雖有抑制呼吸、嗜睡等副作用，但在臨床上發生的概率極低。即使出現，也可使用特效藥進行解救。因此，患者的死亡是由於本身病情過重，而非過量地使用嗎啡（吳琪 2017，110-115）¹。儘管，最終本案以醫院勝訴終結，而嗎啡使用遺留的種種問題值得人們深思。嗎啡有著怎樣的歷史？嗎啡到底是幫助患者減輕了臨終前的痛苦，還是加速了患者的死亡？在臨床中，醫生究竟應該如何謹慎地、有效地使用嗎啡，才能使其在癌症止痛或安寧療護中發揮最大的作用？在儒家倫理學視角下，嗎啡的使用存在何種倫理問題？在接下來的幾節中，本文將具體分析和討論嗎啡的歷史、在醫學上的使用、相關規定政策和使用的倫理問題。

(1) “嗎啡案”轉引自《三聯生活週刊》。

一、嗎啡的歷史和現狀

嗎啡是鴉片的主要有效成份，在 1806 年，由德國化學家澤爾蒂納（Friedrich Sertürner）從鴉片中提取並分解了這一主要生物鹼，並將其命名為嗎啡。嗎啡在鴉片中的含量大約為 10% 左右，然而這些活性物質的效力卻是鴉片的十倍。當時的研究表明，嗎啡具有鎮痛催眠止咳等作用。但如同鴉片一樣，過量吸食會出現昏迷、瞳孔縮小、呼吸受到抑制等症狀。長期使用甚至會引起精神失常或幻想（蔡俊吉 2001，31）。

由於嗎啡此種藥物的臨床性和有效性，嗎啡通常在醫學中得以應用。嗎啡使用量的增長主要是由於兩種非藥物性使用的結果。從技術性的層面來說，運用的典型是 1853 年由亞歷山大·伍德博士（Dr. Alexander Wood）創造的皮下注射技術。此方法與吸入和腸胃消化相比，嗎啡的皮下注射針對患者的臨床反應見效更加顯著與快速，因為嗎啡能夠直接進入血液和肌肉組織。但是，皮下注射帶來的副作用如同直接口服毒品一樣，容易使人成癮。從政治方面來說，美國的國內戰爭（1861-1865 年）、普奧戰爭（1866 年）和普法戰爭（1870 年）加速了嗎啡的應用。當時的軍事醫學以“提供痛苦解脫”為第一要義，嗎啡的注射產生良好的療效，而得以大量地應用。然而，經歷過戰爭的退伍老兵中對嗎啡上癮的比例很高。這種現象後來被稱為“戰士的疾病”。直到 20 世紀初，全世界政府和執行機構通過了取締嗎啡惡習的嚴格的規章制度（每日頭條 2018）。

據了解，全球每年產生大約 298.5 噸嗎啡等效的鴉片類藥物使用量。在此類藥物使用中，中低收入國家嗎啡使用量在全球可分配的嗎啡中不足 4%（Knual et. al. 2017）。而在發達國家，根據 2015 年全球嗎啡使用率分佈，美國為嗎啡使用率最高的國家，為 49.6%，其次是歐洲和加拿大，分別佔 24.9% 和 10.7%（Statista 2015）。全球每年約有 2,500 萬人死於疼痛，而這種疼痛本可以通過嗎啡等鴉片類止痛藥得到緩解。在全球頂級醫學雜誌《柳葉

刀》中，一項研究報告的作者之一——邁阿密大學的費利西·亞科諾爾（Felicia Knaul）教授表示：“數千上萬生活在疼痛中的成年人和兒童被限制甚至被禁止獲得嗎啡。相比於貧窮國家嗎啡類止痛藥的極度缺乏，發達國家則存在極度濫用嗎啡的現象”（Knaul et. al. 2017）。

而在中國，嗎啡在醫學和臨床上的使用更加謹慎與小心。《三聯生活週刊》曾說明，上世紀八十年代初，中國全國一年嗎啡的使用量只有 2 公斤，人均嗎啡使用量排名世界倒數第三，被視為止痛最不令人滿意的國家之一。“直到今天，中國人口佔全球的 20%，但嗎啡的使用還不足全球的 5%”（吳琪 2017，115）。據《金融時報》報導，中國止痛藥（含嗎啡）市場僅為美國市場規模的二十分之一（Wang & Hancock 2017）。人們對嗎啡等鴉片類止痛藥會上癮，確實是一種真實的恐懼。在北京市中心癌痛狀況的一項調查中顯示，高達 81.26% 的患者在“人們很容易對止痛藥上癮”這一觀點上持有不同程度的贊同。“患者在疼痛難以忍受時才迫不得已要求使用嗎啡等止痛藥物與成癮的顧慮有很大關係，甚至 1.27% 的患者即使疼痛難以忍受，也抗拒使用鎮痛藥物，延遲用藥比例為 56.63%”（丁洋 2017）。造成這一局面的重要原因之一來自中國的歷史，使得大部分國人對嗎啡的認知仍停留在過去。罌粟的種植大約在六朝時代由西亞傳入中國，但範圍不大。自宋代以來，鴉片在治療鎮咳、治痢、止痛等方面的突出療效和珍貴價值在眾多醫學典籍中紛有記載，民間將其稱之為“藥中之王”。人們逐漸對鴉片產生的副作用有了認知是始於元代。元朝名醫朱震亨曾指出“其止病之功雖急，殺人之劍，亦深戒之”。在兩次鴉片戰爭前後，作為唯一因為鴉片戰爭在本土打過兩次戰爭的國家，濫用吸食鴉片所導致的孱弱國民形象在人們腦海中留下了深深的烙印和心裡恐懼。以至今，人們聯想或提起鴉片，以及對嗎啡的種種連帶反應，體現出一種本能的畏懼和排斥。另外，受到歷史上著名人物“刮骨療傷”等不怕痛的故事的

深遠影響，國人樂於歌頌“忍痛文化”。這些紮根在人們心中的歷史印記彷彿為嗎啡增加了一項罪名，使人們抗拒嗎啡，謹慎地使用嗎啡。

二、嗎啡的醫學使用

嗎啡在疼痛的控制上扮演著重要的角色，尤其是對於中重度疼痛的晚期癌症患者來說，嗎啡是很好的止痛藥，能夠有效地幫助患者減輕去世前的痛苦，令他們在死前享有片刻的安寧。然而，除了歷史問題讓很多患者抗拒使用嗎啡以外，一些醫生對嗎啡也存在觀念上的錯誤和顧慮，以及行為上的不積極。例如，害怕患者嗎啡成癮或呼吸抑制。這些認知都會造成醫生對於嗎啡的使用心存芥蒂而趨向保守治療，使得疼痛無法得到真正的緩解和控制。因此，針對嗎啡在臨床上的使用以及嗎啡對於疼痛的處理等問題上，筆者採訪了深圳市南山區第六人民醫院腫瘤內科主任，通過對有關嗎啡具體問題的清晰闡述讓讀者對嗎啡有更加直觀的了解。

1. 什麼樣的病人需要使用嗎啡？

在為病人選擇止痛藥前，醫生會針對所有的疼痛患者採用國內外通用的數位分級法（NRS）對其疼痛程度進行量化評估²。疼痛程度可以分為0~10，0分無疼痛，10分為劇烈疼痛。其中1-3分為輕度疼痛患者；4-6分為中度疼痛患者；7分及以上為重度疼痛患者。醫生將通過數位分級法來判斷患者疼痛的級別，並根據評分選擇不同的止痛藥。在止痛藥的選擇上，對於輕度疼痛（1-3）的癌症患者來說，醫生一般會選擇芬必得、塞來昔布等藥物對患者進行止痛。對於中度疼痛（4-6）的癌症患者來說，醫生通常會選擇非嗎啡類藥物的止痛藥，例如曲嗎多為患者止痛。此類藥物

(2) 數字分級法，又為WHO癌症三級止痛中的按階梯給藥原則。

的劑量大約為 100mg/ 支，肌肉注射，止痛力度比嗎啡要弱。患者使用該藥物後可能會出現便秘、嗜睡或口乾等症狀，這些症狀都是藥物副作用的正常表現。患者極少出現抑制呼吸的現象。但是，曲嗎多的使用對於重度患者來說止痛效果不太理想。那麼，對於重度疼痛（7 及以上）的患者醫生一般選擇使用嗎啡或酚太尼貼劑（等同於嗎啡）對其進行止痛。

2. 嗎啡的用量及使用方法

在臨床上，嗎啡存在兩種形式。第一種形式的藥物稱為緩釋嗎啡片。此種嗎啡為 30mg 一片，一次一片，每間隔十二小時可服用一次。如果在十二小時之內，患者出現了爆發性疼痛，則可使用第二種形式的嗎啡藥物，即釋嗎啡片，為 10mg 一片，一次一片。如果患者在服用嗎啡後的一到兩周以內出現了藥物依賴性的反應，即按量服用嗎啡對患者的止痛無效，則醫生可選擇為患者增加嗎啡劑量。在另一種情況下，即患者在第一次服用嗎啡後，醫生將對患者的臨床表現觀察 3-4 天。如患者的疼痛並無緩解，醫生會選擇為病人加大嗎啡劑量，從一次一片，十二小時一次到一次兩片，一天兩次。在治療中重度癌症患者的疼痛時，醫生會根據 WHO 三階梯止痛原則首選口服劑型嗎啡，而非針劑型嗎啡。在對比之下，口服型嗎啡主要有兩大好處。第一，給藥方便，對於選擇在家進行安寧療護的患者，口服型嗎啡更加方便；第二，產生抑制呼吸副作用的概率比針劑型要小，因為口服緩釋型嗎啡效用比較緩慢。臨床上，嗎啡針劑對晚期癌痛患者的呼吸抑制作用偶爾發生，而口服型嗎啡出現此副作用的機率更小。

3. 嗎啡的副作用及應對措施

使用嗎啡的患者除了會出現便秘、嗜睡、口乾等常見副作用外，呼吸抑制是使用嗎啡最嚴重的副作用，也是嗎啡過量唯一會引起死亡的原因。尤其是對於有肺功能問題的患者，嗎啡的用藥需十分謹慎。患者一旦出現呼吸抑制，應立

即停止使用嗎啡，並使用特效藥拮抗劑，即呼吸興奮劑納絡酮幫助患者恢復呼吸。納絡酮屬於針劑藥，一般選用肌肉注射或靜脈推注，能夠有效地對抗嗎啡引起的呼吸抑制作用，所以嗎啡類藥物引起的呼吸抑制並不可怕，一旦發生則靜脈注射納絡酮即可緩解。為患者注射納絡酮之後，在嚴密監測患者生命體徵的情況下，醫生可採取減少嗎啡劑量，或搭配其他非嗎啡類止痛藥的方法，繼續幫助患者緩解疼痛。而為了避免出現呼吸抑制的副作用，醫生在對患者使用嗎啡之前，應對患者的呼吸功能進行評估，評估的方法包括胸部 CT、肺功能測試、動脈血氣分析等，了解患者是否存在嚴重的肺部感染、間質性肺炎、慢性阻塞性肺病等，是否存在呼吸衰竭。通常在以下兩種情況下，醫生應該對患者慎用嗎啡：一是當患者已經出現意識障礙的時候，不可再使用嗎啡對其進行治療，否則會加速患者的死亡；二是當患者的呼吸困難由肺部的本身病變引起，應慎用嗎啡止痛，當合併有呼吸衰竭的時候，應禁用嗎啡，因為嗎啡能夠舒緩的是由癌症疼痛及急性左心衰竭引起的呼吸困難。

4. 口服型嗎啡和針劑型嗎啡的替代品

對於如食道癌或消化道梗阻的中重度疼痛患者，不能使用口服嗎啡的情況下，可以選擇酚太尼貼劑作為嗎啡的替代品。酚太尼貼劑，可以將其貼在身體任何平坦的地方，藥效與嗎啡相當。酚太尼的劑量分別有 4.2 微克一片和 8.4 微克一片，根據病人的疼痛程度選擇不同劑量的貼片，一貼可持續的止痛時間大約為 72 小時。其副作用有口乾、嗜睡、抑制呼吸等，缺點是由於患者出汗和翻身等原因容易造成貼劑脫落，從而影響止痛效果。多項臨床研究表明，酚太尼貼劑在控制主要不良反應發生率方面比嗎啡緩釋片要強，使用方便，作用持久³。在臨床中，除了嗎啡，杜

(3) 歷來有多項關於酚太尼在臨床中使用療效的研究，例如復旦大學附屬腫瘤醫院曹雲開和張勇醫生所發表的《酚太尼透皮貼劑於嗎啡控釋片治療癌痛的臨床觀察》；山東大學孫穎嬌的碩士論文《酚太尼透皮貼劑和嗎啡緩釋片治療中重度癌痛的療效對比》等。

冷丁也被作為一種緩解急性重度疼痛患者的止痛劑，主要用於外科手術後疼痛、腎絞痛等。由於杜冷丁臨床副反應明顯（體位性低血壓和呼吸抑制），臨床上很少用於癌症引起的慢性疼痛。

5. 嗎啡用藥知情告知書

在為患者使用嗎啡之前，醫生會同患者及其家屬簽署嗎啡用藥知情告知書。通常情況下，醫生會根據家人的意願選擇是否為患者使用嗎啡，即便患者有能力，有意識為自己做出選擇。在簽字前，醫生會根據嗎啡的使用條款為患者逐條講解嗎啡的劑量、使用方法、正面效果以及負面反應，尤其會重點講解可能由嗎啡引起的副作用和給患者帶來的不適等。

了解了嗎啡在臨床上的使用以及嗎啡對於疼痛的處理之後，再次反觀這起引發廣泛關注的中國第一起嗎啡勝訴案。在嗎啡案中，由於患者因胃癌疼痛引起呼吸困難，醫生對其採取了注射嗎啡的措施，幫助患者緩解疼痛，舒緩呼吸。因為針劑型嗎啡效果相對較快的特性，在這種情況下對患者使用針劑型嗎啡的舉措是完全合理的，注射的劑量和時間間隔也合乎情理。然而，筆者認為案件仍然存在兩個疑點。第一，文中提起“張建偉讓護士注射嗎啡之前，詢問了在場的段玉霞兒子、老伴和妹妹三個人的意見，並且段玉霞清醒的時候就指定其胞妹簽署了委託同意書和知情同意書，負責她最後的治療簽字”，但是醫生是否就嗎啡劑量，使用方法，尤其是負面反應為患者及其家屬詳細說明這一問題在案件中並未清晰地體現。第二，也是最關鍵的一點，在醫生為患者注射嗎啡之前，是否通過胸部 CT、肺功能測定及動脈血氣等檢查對患者呼吸功能進行評估，以及該患者後期是否合併有嚴重的呼吸衰竭。這一分析是判斷患者是否可以使用嗎啡的重要證據之一。如果患者在注射嗎啡之前就已經出現了呼吸衰竭，嗎啡應被禁用。而這點筆者從文中無從知曉。在案件中，“超說明書用藥”成為了原告將醫院告上法庭的主要原因。嗎啡的說明書中明確指出，嗎啡可用於鎮痛，但並未提及嗎啡可以緩解由癌痛引

起的呼吸困難。因此，嗎啡的使用有何法律依據和政策支持？中國的嗎啡相關制度有著怎樣的發展進程？下一節將詳細探討嗎啡使用的相關政策及法律問題。

三、嗎啡使用的政策及法律問題

世界衛生組織（WHO）和國際臨終關懷與姑息治療學會（IAHPC）的姑息治療藥物基本目錄中，把嗎啡列為治療疼痛和呼吸困難的基本藥物。1986年，WHO為合理的止痛治療制定了癌症三階梯止痛治療原則，即輕度鎮痛給藥如阿司匹林和消炎痛；中度鎮痛給藥如曲嗎多；重度鎮痛給藥如嗎啡⁴，並將此原則廣泛推廣於全世界（于世英 2008）。1991年，WHO三階梯止痛原則正式進入中國市場，確立了口服嗎啡在治療重度癌痛為首選用藥的地位。在癌痛治療方面，美國和歐洲走在了世界的前列。上世紀 90 年代初，美國和歐洲分別出臺了《美國 NCCN 關於成年人癌症疼痛治療指南》（NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Adult Cancer Pain）、《美國 NCCN 關於癌症患者的姑息治療指南》（NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Palliative Care）和《EAPC 鴉片類藥物癌痛治療指南》（Guidelines of the EAPC on the Use of Opioids for the Treatment of Cancer Pain）。指南中明確規定嗎啡是癌症晚期病人緩解疼痛的首選藥物。針對癌症晚期患者的呼吸困難，治療的首要重點是幫助他們提高舒適感，使用鴉片類藥物是緩解症狀的重要措施，而嗎啡是鴉片類藥物中的首選推薦。通常在一種情況下嗎啡沒有最高劑量的使用，那就是對於急性進展的呼吸困難患者，醫生建議考慮為患者增加嗎啡的劑量和滴定速度（吳琪 2017，112）。美國和歐洲的《治療指南》作為國際通用標準，隨後成為了中國在臨床上如何使用嗎啡的關鍵性依據，並受到法律的保障。

(4) 來源於 World Health Organization: Cancer: 癌症三階梯止痛治療原則。

中國從 90 年代中至今，先後制定和修改了多項相關政策和規章制度。例如，1997 年，國家有關部門制定了《關於嗎啡用於腫瘤患者止痛無極限限制的通知》。1998 年，隨後制定了《嗎啡控緩製劑每張處方 15 天量的通知》，由過去的 3-5 天修改至 15 天。而具有開處方許可權的醫生也擴展到“經過培訓合格的執業醫師”（吳琪 2017，115）。2011 年，原衛生部辦公廳下發了《癌症疼痛治療規範》檔，明確指出嗎啡即釋片為臨床上常用於癌痛治療的短效鴉片類藥物（鳳凰、丁新磊 2017）。中國藥學會於 2015 年 4 月公佈了《中國藥學會超說明書用藥專家共識》，其中提出“超說明書用藥必須由充分的文獻報導、循證醫學研究結果等證據支持”，具體證據可分為 5 個等級，每一級都體現了不同的推薦強度（陳惠 2017）。2016 年 2 月國家衛紀委又頒布了《安寧療護實踐指南》，其中規定了對患者出現呼吸困難的處理規定：“尋找誘因的同時，應努力控制症狀；呼吸困難最佳的治療措施為治療原發疾病；在不可能做到的情況下，鴉片類藥物是使用最為廣泛的具有中樞活性的治療此類呼吸困難的藥物。（陳惠等 2017）”根據美國《NCCN 關於成年人癌症疼痛治療指南》具體內容，中國將其翻譯成《NCCN 成人癌痛指南中國版》作為中國醫生對癌痛病人在臨牀用藥的依據。在修訂後的 2017 年第一版中，《指南》明確指出關於嗎啡使用的劑量因人而異：“晚期癌症患者病情的差異很大，因此嗎啡使用劑量的總原則是根據病情因人而異、個體化用藥”。因此，在嗎啡案中，儘管嗎啡說明書並未提及嗎啡可用於緩解癌痛引起的呼吸困難，根據國際通用治療指南以及中國出臺的相關政策和制度，此項用途是有政策的依據以及法律的保護的。

關於嗎啡及癌症治療相關政策和制度的不斷改善，中國的努力已然可見。但是，我們的國家和醫療行業還缺乏一整套對癌症晚期的生命有限的患者進行積極有效的緩解痛苦的系統性的原則和方法。應細化其相關法律法規，完善“嗎啡注射液”等類似有

循證醫學證據證明有效的藥物的適應證的補充和禁忌證的修改，改善嗎啡用藥說明書，避免“超說明書用藥”的情況再次發生，規範嗎啡用藥，使嗎啡成為廣大癌症患者的福音，促進中國安寧療護事業的發展。

四、臨終關懷病人使用嗎啡的儒家倫理問題

醫療上使用嗎啡常常被人與安樂死混為一談。一方面，嗎啡確實可以控制患者的症狀，如減輕疼痛和緩解因疼痛帶來的呼吸困難；另一方面，注射嗎啡被當作主動安樂死的一種手段，對於長期忍受痛苦煎熬的患者，醫生會在家屬或患者本人的強烈要求下採取非合理注射嗎啡的方式蓄意將患者置於死地。對於臨床中為癌症晚期病人使用嗎啡的倫理問題，筆者將從兩個方面展開討論。第一，對患者蓄意加大嗎啡用量，將其作為可以安樂死的手段在倫理上是否可以得到合理的辯護。第二，在嗎啡使用的知情同意原則方面，中國應採取何種方式。本節將從倫理學的視角對上述兩個問題加以考察。

1. 嗎啡使用的儒家倫理學考量

對於嗎啡的兩種作用：合理劑量的鎮痛作用和加大劑量的主動安樂死作用，筆者認為無論在臨床中，還是在制定相關法律法規中，都應將這兩者嚴格的區分開來。在中國，根植於人們心中千百年來的價值標準和道德觀念，無不在“儒”的基礎上引申和闡發。因此，筆者將從儒家倫理的角度出發對上述第一個問題做出評判。筆者認為蓄意加大嗎啡用量、將嗎啡視為主動安樂死的一種手段是錯誤的。這種行為不僅違背了儒家的孝道，缺乏儒家弘毅美德的支持，也不符合儒家生命觀和仁愛的思想。本文將從四個方面進行具體分析與討論。

(1) 儒家孝道下的生死自決

在西方自由個人主義的價值觀中，自我決策享有崇高的地位，即在人們的思想和行為沒有嚴重危害他人的前提下，個人有權利為自己的選擇做出決定（Beauchamp & Childress 2011，58 及 65）。在醫療情境中，自由個人主義認為病人有最終的權威來做出醫療決定。1948 年頒佈的《世界人權宣言》更是表明生死自決是一項最基本、也是最重要的道德權利。而在儒家的生死價值觀中，儒家認為個人生命的源頭來自於父母和祖先，個人的身體應被當作父母之遺體，也就是一代代祖先血脈的存留。對生命的尊重體現在對父母和祖先的尊重，對於患者本人提出要求用嗎啡安樂死的行為，儒家認為是錯誤的因為患者本身對生命的不尊重也就是對父母和祖先的不尊重，即視為不孝。對此觀點，羅秉祥教授也曾提到，雖然孔孟的“捨身而取義者也”（《孟子·告子上》）“志士仁人，無求生以害仁，有殺身以成仁”（《論語·衛靈公》）間接地支援人在某些情況下可以生死自決，但儒家絕不贊成人的生命是一己的私人財產（羅秉祥 1998，68）。孔子曰：“身體髮膚，受之父母，不敢毀傷，孝之始也。”（《孝經·開宗明義章》）儒家思想將孝作為儒家倫理道德的核心思想之一。孔子視孝為道德的根本，他認為我們身上的每一寸肌膚，每一縷毛髮都是父母給予的，我們必須珍惜它、愛護它。唯有如此，才是行孝盡孝的開始。孟子也曾說：“養生者不足以當大事，惟送死可以當大事。”（《孟子·離婁下》）由此看來，家庭作為一個整體，當子女和家屬面對父母或親人的任何絕症之時，應守在親人身邊盡心陪護，給予他們家庭之愛，不輕易放棄生命，更不能以任何方式催其早死，否則視為不孝。而作為個體，盡孝道的方式也包括保護自己的身體不受毀傷。因此，家人因不忍病患痛苦在非正常的情況下要求醫生為患者注射嗎啡，或是患者自身要求用嗎啡結束生命的行為在儒家看來都是違背了孝道的。

(2) 儒家的克己美德與尊嚴死

與功利主義和康德主義不同，儒家思想所宣導的是一種以美德為基礎的道德體系觀念，即指以個人內在德性完成或完善為基本價值（善與惡、正當與不正當）尺度或評價標準。在儒家所提倡的君子美德之一“克己”中，儒家培養一種忍耐痛苦的弘毅德性。忍耐對於儒家來說，是一種人生中不可或缺的精神，儒家認為人們只有克制住自己的欲望以及不正確的言行，學會忍耐生命中的失敗、挫折和痛苦，才能達到仁的境界，正所謂“克己復禮為仁。”（《論語·顏淵》）儒家將“苦其心志，勞其筋骨，餓其體膚”（《論語·泰伯》）這種痛苦的忍耐和克服視為生命的重要意義之一，如此一來，才能“天將降大任於斯人也”。正如李俊博士的觀點：這種“士不可以不弘毅，任重而道遠。仁以為己任，不亦重乎？死而後已，不亦遠乎？”（《論語·泰伯》）的浩然正氣、奮鬥終身、不隨物流、不為境轉、順逆一如的德性必然經歷了艱辛痛苦的磨礪。這種弘毅的美德不僅僅是經過艱辛痛苦磨礪後得來的，同時也必然表現在這一痛苦的體驗之中。（李俊 2009，97-98）。因此，把嗎啡視為解決痛苦死的辦法顯然與儒家的弘毅美德相悖。儒家的弘毅德性不提倡也不鼓勵人們通過選擇死亡來解除痛苦，相反，應該“享受”痛苦來實現這一美德。另外，在談及臨終關懷或安寧療護時，尊嚴死亡是關注熱點之一。有些晚期癌痛或臨終患者之所以會選擇死亡來解除痛苦一是因為他們認為痛苦地死去不符合安寧療護的死亡尊嚴，二是因為他們認為人唯有死亡的選擇權，才是有尊嚴的。儒家和西方對於尊嚴一詞的理解有所不同。雖然儒家認為尊嚴比生命更為寶貴，為避免受辱而選擇死亡是有尊嚴的，但儒家所謂尊嚴的失去往往是因為外在不可避免的因素或是敵對力量的存在，而死亡是內在的，是生命的一部分。當晚期癌痛患者面對死亡時，應該學會堅持，學會忍耐痛苦與不堪，在培養弘毅美德的過程中能夠更加平靜和

坦然地面對死亡。這才是儒家的尊嚴死亡，而不是通過用嗎啡主動安樂死的方式找到尊嚴。

(3) 儒家生命觀與仁愛

古人云：“醫為仁術，醫者仁心”，“仁”是醫護人員所需具備的基本道德操守。正所謂“惻隱之心，人皆有之”“惻隱之心，仁之端也。”（《孟子·公孫丑上》）儒家認為同情心為儒家倫理的基本概念（仁、善等）奠定了理論基石。儒家的“惻隱之心”要求醫生在為病患診治時保持一顆仁慈和同情之心，對患者的痛苦感同身受，並且擁有想幫助患者脫離苦海的迫切希望，不會將患者的痛苦置之不理而一味地延長其生命。因此，作者李建會和李亞明認為從醫生的角度出發，如果死亡是患者的唯一解脫，安樂死的實施與儒家“仁”的概念是不相矛盾、不相衝突的（李建會、李亞明 2016，46-47；雷虹艷、張忠元 2011，342）。對此，筆者卻持不同看法。首先，在儒家思想中，仁義是高於生命的，只有踐行仁義的人生才是有品質的人生，正所謂“生亦我所欲也，義亦我所欲也；二者不可得兼，舍生而取義者也。”（《孟子·魚我所欲也》）但忍受疼痛的臨終病人並沒有失去道德生命的質素，即違反仁義。正如羅秉祥教授在文章中曾提到：“儒家價值觀贊成人可以為了生命質素（quality of life）過低而自殺，但這個生命質素是道德生命的質素（流露仁義，還是違反仁義），而不是生物生命的質素（健康情況）”（羅秉祥 1998，55）。因此，傳統的儒家理論為反駁醫生過量使用嗎啡蓄意殺死病人提供了倫理依據。依據“道德”相對於“生物”的超然地位，儒家思想並不認同醫生具有終結病人生命體徵的倫理正當性。這是因為當醫生因為“生物”層面原因而使用嗎啡終結病人生命時，是一種將“生物”凌駕於“道德”之上思想的具體行為體現。從現實出發，即使病人身體處於極度虛弱的狀態，抑或是臨近死亡，其“精神”屬性未必軟弱或怯懦。相反，根據儒家理論，“道德”和其他存在於個人精神層面的思想，是可以通過苦難而得到錘煉和昇

華的。也就是說，有些病人精神上與病魔鬥爭的求生意志並沒有通過其衰弱的身體，以語言溝通的形式傳達給醫護人員及其親屬。所以，醫生僅憑自己主觀的同情心而貿然使用嗎啡幫助病人終結生命，是忽略病人精神需求和道德追求的草率行為。其次，筆者認為上述所提到的同情心只能片面地以生命為代價去解除病患“生物”層面的痛苦。相反，筆者認為儒家的“惻隱之心”代表更加廣義的同情心，在臨床中意指從根本上尊重病患及其親屬的身心健康。“身”指示身體上的病痛，具體為醫生可以通過使用止痛藥物或加強疼痛控制的技巧，來達到說明病人緩解的目的。“心”指精神層面的折磨，病患在臨終期間應該有親屬的陪伴和醫護工作人員的悉心指導和心理按摩，以幫助患者達到內心平和的狀態，打消患者認為用嗎啡讓自己死亡才是消除痛苦最有效的辦法這種念頭。此種形式上的“惻隱之心”才是醫護人員真正仁愛的具體表現，也符合安寧療護的核心理念。

(4) 儒家“目的論”

范瑞平教授在《當代儒家生命倫理學》中提出：“無論是追求個人利益或家庭利益，儒家最基本的道德要求是，每個人的行為都必須是恰當的、公平的和正直的，亦即是符合‘仁義’的”（范瑞平 2011，302）。但是，如何判斷一個人的行為是否恰當呢？功利主義會認為用嗎啡將一個垂危痛苦的病人致死的行為是符合最大幸福原則的，除了幫助患者徹底遠離痛苦，家屬和醫生也會從中得以解脫。這與上文所提及的儒家孝道、美德、生命價值觀顯然是相悖的。從康德主義的“目的動機”角度出發，如果家屬的目的是出自於不願再為病人做無謂的投入，例如投入額外時間和精力陪護，以及金錢等資源，而要求醫生對並不符合要求的病人使用嗎啡，或要求醫生不合理不規範地用藥，那麼無論是從儒家的孝道，還是從儒家美德出發，這種行為都是違背儒家倫理、缺乏道德價值的。如果家屬或醫生如此行為的動機是出於惻隱之心、同情之心和家人之愛，同樣違背了儒家思想。相反，家

屬和醫生應該給予病人更多的陪護、精神上的支持和情感上的關懷，幫助病人減輕身體上、精神和心理上的痛苦，這方能體現出儒家思想的精髓，而非將嗎啡視為用死亡來幫助他們遠離痛苦的一種手段。

2. 儒家倫理學視角下的嗎啡知情同意原則

在醫學臨床中，尊重個人、自主原則是知情同意的重要實踐，也是當代生命倫理學的重要組成之一。但筆者認為，中國的嗎啡知情同意原則應建立在儒家家庭主義中的協商原則的基礎之上的。與西方不同，受到儒家傳統文化思想的影響，知情同意在中國的臨床實踐中呈現出以家庭模式為主的多元化特質。受到儒家家庭主義在中國社會的深遠影響，家庭已經成為詮釋社會文化的重要單位，體現了家庭在保護患者利益方面的價值。儒家不會強調病人個人的知情同意和自主權，而更注重家庭作為一個整體的決策權。無論是政策層面還是臨床實踐，家庭主義都發揮著其重要作用。從中國相關法律法規來看，雖然患者本人知情同意的權利得到增強，但是家屬仍佔據主導地位，尤其對於無行為能力自己做出決定的病患，應由其家屬或法定代理人全權處理⁵。從臨床實踐來看，多項研究表明知情同意的物件首先是家屬，而不是病人。大多數病人尤其是重病患者並不能做出實際意義上的自主決策。在家庭主義下的知情同意中，家屬擁有著絕對優勢（朱偉 2009，118-120）。在第二節中的採訪內容也提及：通常情況下，醫生會根據家人的意願選擇是否為患者使用嗎啡，並且由家人負責簽署嗎啡知情同意書，即便患者有能力，有意識為自己做出選擇。然而，儒家認為患者同樣屬於家庭的一員。儒家家庭主義宣導的是家屬與病患在醫療決策中的共同協商。該原則能夠有效地幫助病人做出明智的醫療選擇，也有助於提高個人修行，培養德性。因此家屬和患者應當同屬於臨床中嗎啡知情同意的物

(5) 例如 1994 年頒布的《醫療機構管理條例》；1998 年頒布的《執業醫師法》；2002 年頒布的《醫療事故處理條例》等。

件，絕非兩者中的一員。另外，家屬和患者對於嗎啡的共同知情同意也能有效地防止因嗎啡用量過大和不合理造成患者死亡諸如此類的事情發生，確保嗎啡僅作為鎮痛藥使用。

在儒家思想中，“仁”這一概念為中國國情下的知情同意原則提供了倫理基石。首先，孔孟提倡的“仁者愛人”（《孟子·離婁下》），“親親，仁也”（《孟子·盡心上》），“孝悌也者，其為仁之本歟”（《論語·學而》）都體現了“仁”在儒家道德體系中的重要性，而這種德性必須基於家庭才能存在。因此，家屬在知情同意以及決策中的主導地位都是基於對患者的愛，對患者最大利益的維護。其次，儒家的“仁”也是中醫學倫理思想中的核心觀念。有仁德的醫護人員會要求自己最大限度上給予病人情感上的關懷，以病人為中心，重視病人的心理需求，加強對患者及家屬的人文關懷，並且要求醫生能夠正確履行告知的義務等，這些都是仁愛的體現。此外，在知情同意權實施的過程中，通過醫療告知，不僅能讓患者和家屬的權利受到尊重，更加建立了患者對醫務人員親切感和信任感，建立互相信任和融洽的醫患關係。並且有利於患者和家屬對診療措施的積極配合，在一定程度上避免因溝通不暢而出現的醫療糾紛，推動醫患關係的和諧發展。這也符合儒家傳統文化中“仁”的思想。由此可見，實踐患者和家屬的共同知情同意權的目的與儒家文化的核心思想是一致的。

五、結論

回歸到中國第一起嗎啡案，雖然張建偉醫生用嗎啡為患者鎮痛的做法是合理的，但是案件的發生以及醫院成為被告的理由仍然值得人們反思，並且上述中提及案件存在的兩個疑點也應當被人們加以重視。從很大程度上說，嗎啡是患者止痛的福音，但這是以在規則範圍內合理使用嗎啡為前提條件的。嗎啡不應該成為主動安樂死的手段，這與儒家的孝道、弘毅之德、生死觀和仁愛

是相悖的。在嗎啡的正確使用方面，首先，中國要加大對醫患人員進行有關嗎啡合理性及有關癌症止痛和安寧療護的教育和正面宣傳，只有改變了人們的觀念，才有可能提升嗎啡的使用率，促進安寧療護事業的發展。其次，應對醫護人員進行嗎啡規範使用的正規培養和專業培訓，包括如何為患者及家屬講解嗎啡用藥知情同意書；如何有條不紊地應對嗎啡可能產生的負面效果，採取正確的措施，讓廣大醫護人員正確合理地使用嗎啡，使嗎啡為患者發揮其最大優勢。最後，中國的嗎啡相關法律法規應儘快得到完善，明確區分嗎啡鎮痛與嗎啡安樂死，形成一套屬於中國的完整的、系統性的體系。嗎啡案的勝利代表著嗎啡在中國臨床上的使用再一次得到的法律的保障，但是中國的癌症止痛和安寧療護事業的發展依然任重而道遠。

參考文獻 References

- 丁 洋：〈中國人為什麼害怕吃止痛藥〉，《騰訊網》，2017年10月1日，http://view.news.qq.com/original/intouchtoday/n4031.html?pgv_ref=ai2015&ptlang=2052，瀏覽於2018年2月21日。DING Yang. "Why are Chinese People Afraid to Take Painkillers," *Tencent Web* [Online] 1st October 2017. Available from: http://view.news.qq.com/original/intouchtoday/n4031.html?pgv_ref=ai2015&ptlang=2052 [Accessed: 21st February 2018]
- 于世英：〈癌症三階梯止痛治療原則 15 年歷程〉，《中國癌抗協會》，2008年4月19日，<http://www.caca.org.cn/system/2008/08/19/010010925.shtml>，瀏覽於2018年2月22日。YU Shiyang. "15-year History on Three-step Ladder for Cancer Pain Relief in Adults," *China Anti-Cancer Association* [Online] 19th April 2008. Available from: <http://www.caca.org.cn/system/2008/08/19/010010925.shtml> [Accessed: 22nd February 2018]
- 比徹姆、丘卓斯：《生命醫學倫理原則（第五版）》，英國：牛津大學出版社，2001。Beauchamp, L. Tom, and Childress J. F. James. *Principles of Biomedical Ethics (5th ed.)*, (England: Oxford University Press, 2001).
- 王雪橋、漢考克：〈中國患者對鴉片類藥物成癮的恐懼感已消失〉，《金融時報》，2017年9月17日，瀏覽於2018年2月22日。WANG X. Q. and Hancock T. "Opioid Boom in China as Patients Lose Addiction Fears," *Financial Times* [Online] 19th September 2017. Available from:

- <https://www.ft.com/content/4e482c4c-897e-11e7-bf50-e1c239b45787>
[Accessed: 22nd February 2018]
- 田甲樂、羅會宇：〈儒家生命倫理視閾下的安樂死〉，《醫學與社會》，2012年，第8期。TIAN Jiale and LUO Huiyu. "Study of Euthanasia in Light of the Confucian Bioethics," *Medicine and Society*, 8 (2012).
- 朱偉：〈中國文化是否構成了對知情同意的挑戰〉，《中外醫學哲學》，2009年，第1期。ZHU Wei. "The Adoptability of Informed Consent in the Chinese Context," *International Journal of Chinese and Comparative Philosophy of Medicine*, 1(2009).
- 吳琪：〈腫瘤醫生張建偉：一起嗎啡勝訴案中的無奈〉，《三聯生活週刊》，2017年，第33期。WU Qi. "A Winning Case of Morphine Usage from Oncologist Zhang Jianwei," *Life Week*, (33) 2017.
- 李俊：〈安樂死：一種儒家倫理之考量〉，《中外醫學哲學》，2009年，第1期。LI Jun. "The Issue of Euthanasia from the Perspective of Confucian Ethics," *International Journal of Chinese and Comparative Philosophy of Medicine*, 1 (2009).
- 李建會、李亞明：〈儒家視角下的死亡尊嚴〉，《中外醫學哲學》，2016年，第1期。LI Jianhui and LI Yaming. "Dignity in Dying from a Confucian Perspective," *International Journal of Chinese and Comparative Philosophy of Medicine*, 1 (2016).
- 胡平生：《孝經譯注》，北京：中華書局，2009。Hu Pingsheng. *The Classic of Filial Piety* (Beijing: Zhonghua Book Company Press, 2009).
- 范瑞平：《當代儒家生命倫理學》，北京：北京大學出版社，2011。FAN Ruiping. *Contemporary Confucian Bioethics* (Beijing: Beijing University Press, 2011).
- 孫穎嬌：碩士論文：〈芬太尼透皮貼劑和嗎啡緩釋片治療中重度癌痛的療效對比〉，2011年。SUN Yingjiao. Master Thesis: "Comparison and Analysis between Transdermal Fentanyl and Oral Controlled-release Morphine in the Treatment of Moderate and Severe Cancer Pain," 2011.
- 曹雲開、張勇：〈芬太尼透皮貼劑與嗎啡控釋片治療癌痛的臨床觀察〉，《臨床藥物治療雜誌》，2005年，第3卷，第1期。CAO Yunkai and ZHANG Yong. "Clinical Observation of Transdermal Fentanyl and Morphine Controlled-release Tablets Used in Patient with Cancer Pain," *Clinical Medication Journal*, (1) 2005.
- 陳惠：〈依法釐清是非，合理使用嗎啡〉，《醫師報》，2017年8月7日。
<http://www.mdweekly.com.cn/html/xueshu/shendubaodao/2017/0727/5406.html>，瀏覽於2018年2月22日。CHEN Hui. "Use Morphine Properly and Lawfully," *Chinese Medical Doctor Association* [Online] 7th August 2017. Available from: <http://www.mdweekly.com.cn/html/xueshu/shendubaodao/2017/0727/5406.html> [Accessed: 22nd February 2018]
- 陳惠、熊文爽、張廣有及宗俊琳：〈消除恐懼，依法大膽規範使用〉，《醫師報》，2017年9月1日。
<http://www.mdweekly.com.cn/html/xueshu/shendubaodao/2017/0831/6785.html>，瀏覽於2018年2月22日。CHEN Hui, XIONG Wenshuang, ZHANG Guangyou and ZONG Junlin. "Eliminating the Fear of Using

- Morphine by Using it Bravely by Law,” *Chinese Medical Doctor Association* [Online] 1st September 2017. Available from: <http://www.mdweekly.com.cn/html/xueshu/shendubaodao/2017/0831/6785.html> [Accessed: 22nd February 2018]
- 費利西亞·科諾爾：〈減少獲得安寧療護與疼痛緩解的障礙—全民健康覆蓋的重要性〉，《柳葉刀委員會報告》，2017年。Knaul, F.M. et al. “Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief—an Imperative of Universal Health Coverage,” *The Lancet Commission Report* (London, England, 2017).
- 楊伯俊：《論語譯注》，北京：中華書局，2017。YANG Bojun. *The Analects of Confucius* (Beijing: Zhonghua Book Company Press, 2017.)
- 楊伯俊：《孟子譯注》，北京：中華書局，2010。YANG Bojun. *Mengzi* (Beijing: Zhonghua Book Company Press, 2010).
- 雷虹艷、張忠元：〈論儒家文化對我國實踐患者知情同意權的影響〉，《中國衛生事業管理》，2011年，第5期。LEI Hongyan and ZHANG Zhonyuan. “The Influence of Confucian Culture on Practice of Patients’ Rights,” *The Chinese Health Service Management*, 5 (2011).
- 鳳、丁新磊：〈即釋嗎啡經典不可取代〉，《醫師報》，2017年9月27日，<http://www.mdweekly.com.cn/html/xinwen/xingyedongtai/2017/0927/7847.html>。瀏覽於2018年2月22日。FENG Feng and DING Xinlei, “Immediate-release Morphine cannot be Replaced,” *Chinese Medical Doctor Association* [Online] 27th September 2017. Available from: <http://www.mdweekly.com.cn/html/xinwen/xingyedongtai/2017/0927/7847.html> [Accessed: 22nd February 2018]
- 蔡俊吉：〈淺談嗎啡〉，《臺灣醫界雜誌》，2001年，第44卷，第5期。CAI Junji. “Briefing Talk about Morphine,” *Articles of Taiwan Medical Association*, 5 (2001).
- 羅秉祥：〈儒家的生死價值觀與安樂死〉，《中外醫學哲學》，1998年，第1期。LO Ping-cheung. “Confucian Life and Death Perspective and Euthanasia,” *International Journal of Chinese and Comparative Philosophy of Medicine*, 1 (1998).
- _____. 每日頭條：解讀毒品歷史，瀏覽於2018年2月21日。_____. Daily News: “To Understand the History of Drugs” [Online] Available from: <https://kknews.cc/zh-hk/history/462zyxg.html/> [Accessed: 21st February 2018].
- _____. 資料庫：2015年全球各地區嗎啡消費量分佈情況，瀏覽於2018年2月21日。_____. Statista: “Distribution of Morphine Consumption Globally by Region in 2015” [Online] Available from: <https://www.statista.com/statistics/440907/worldwide-share-of-morphine-consumption-by-region/> [Accessed: 21st February 2018].
- _____. 世界衛生組織：WHO成人三階梯止痛原則，瀏覽於2018年2月22日。_____. World Health Organization: “WHO’s Cancer Pain Ladder for Adults” [Online] Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/> [Accessed: 22nd February 2018]