

《生命伦理线》 15.1.2018

区结成医生 中文大学生命伦理学中心总监

谢俊仁医生 香港纾缓医学学会荣誉顾问

医学伦理看安乐死

在 2018 新年伊始谈「安乐死」(euthanasia) 似乎不大好，但是关乎生命的伦理议题越是具争议性就越需要正常讨论，不要忌讳。放眼国际，近两三年，一些西方国家和地区立法让「医生协助死亡」(physician assisted death) 在限定条件下可以合法施行，包括美国加州(只局限于医生协助自杀)、加拿大、澳洲的维多利亚省；至于荷兰这个「安乐死合法化」的「老大哥」更有意进一步放宽规定，刺激起一浪接一浪的议论。

在香港，十多年前邓绍斌(斌仔)(1969-2012) 以全瘫病者的切身经历，强力呼吁政府考虑让医生可以合法协助病人自杀(他的说法是「有尊严地结束生命」)，触动人心，社会上颇为认真讨论了几回。

本文两作者(以下简称「作者」)认为，厘清与「安乐死」有关的正反观点也会有助生死教育。清晰是重要的，因为「安乐死」一词有歧义，易生混淆。斌仔在 2004 年 4 月透过电台主持读出要求安乐死的公开信，十分动人，但其中一节也有混淆：「... 据我所知，在美国、英国、荷兰、澳洲、比利时等先进地方已经有类似我这种个案的法例得到通过。」英国从来未让安乐死合法化，为何他把英国也算在内？相信是读到 2002 年英国「Miss B 案」的判决，误以为英国也容许安乐死，其实案件的争持点在于病人可否要求撤走维生的呼吸机，那是关乎自主权利与知情同意原则，本质上与安乐死有明确的分别。

现代医疗有时被科技主导治疗决策，对于末期病人，维生科技可能只是延长死亡过程，不但没有意义，甚至增加痛楚。故此大部分国家均容许不使用没有意义的维生治疗，让病人能安详离世。

从医学伦理角度看，基于知情同意原则，若有清醒的病人决定不接受维生治疗，医护人员必须尊重他的自主。若是病人不清醒，不能作决定，医护人员与病人家人亦要以病人最佳利益为治疗原则，当某些维生治疗不符合病人的最佳利益，

便不应该使用。在清醒成年病人，亦可以利用「默认医疗指示」，预先表达有关维生治疗的意愿。医护人员对有效和适用的「默认医疗指示」必须尊重。

医疗使用吗啡也常被人与安乐死混为一谈。面对末期病人，现代医疗常常使用吗啡来控制病人征状。一些赞同安乐死的人士认为，使用吗啡虽是为了止痛，但病人也可能因此而死，既然后果类似安乐死，岂不是等同支持安乐死吗？这观点值得商榷。首先，使用吗啡止痛，医学上有详细的临床指引，药物的剂量会按止痛效果及副作用来调校。如果吗啡未能止痛，亦会有其他的治疗方法，不会盲目增加吗啡的剂量。研究显示，正确使用吗啡，并不轻易引致死亡。

另一方面，倘若医生不适当地使用吗啡，甚或有意图杀死病人而故意使用不当剂量的话，吗啡当然可以致死。在任何安乐死不曾合法的国家，这些有意图杀死病人的案例都是非法行为，不能引申为支持安乐死合法化的理由。

关怀的医学伦理

医学伦理对安乐死和医生协助自杀的关注，除了因为动机层面难以调和「救护病人」与「令病人致死」的矛盾，更担心的是「滑坡问题」(slippery slope problem)，即是担心一旦开了头，当人们习惯了让末期病人在协助下自杀当作解脱方式，之后会否扩散至涵盖根本没有末期疾病的病人？现时在荷兰和比利时，这看来已经在发生：没有末期疾病而只是心灵痛楚的人也可以选择安乐死。再进一步，神志上不能自主的病人，例如认知障碍长者，是否又要给予「解脱」？荷兰政府甚至有意草拟法案，容许医生为自觉「生命已完成」(life is complete)的人士安排协助死亡。一个人自觉「活够了」，医生就协助他安乐死？

医学伦理的起点是医者关怀，和认真的伦理思考。2015年加州通过医生协助自杀的法案之后，美国(内科)医师学院(American College of Physicians)的「伦理、专业、人权委员会」委托法律和医学学者用一年多时间检视「医生协助自杀」这个课题，反复讨论，最后拟定一份七千多字立场书，在2017年10月发布。文件详征博引，但引言部分有感性一段：

「垂死病人的痛苦可以是巨大的，或由身体症状引起，如疼痛和恶心；或因心理状况，如抑郁和焦虑；或依赖身边的人又与他们有未解决的冲突，造成人际痛

苦；或因存在于绝望、失尊严而屈辱、或者觉得生命意义在个人而言已经结束，只剩下生物躯体还在。对一些病痛苦的人，能控制如何死亡、几时死亡，可能会带来一丝安慰。然而，要医学来解脱所有人类痛苦(all human suffering)是否合理呢？正如医学不能消灭死亡一样，医学也不能消灭所有人类痛苦。支持和反对医生协助自杀的人同样希望减轻垂死病人的痛苦，医生亦有道德义务提供适当的纾缓治疗和临终关怀。然而，以医生协助自杀作为控制垂死者痛苦与死亡过程的手段，真的属于医学的初衷和范围？」