

《生命倫理線》 15.1.2018

區結成醫生 中文大學生命倫理學中心總監

謝俊仁醫生 香港紓緩醫學學會榮譽顧問

醫學倫理看安樂死

在 2018 新年伊始談「安樂死」(euthanasia)似乎不大好，但是關乎生命的倫理議題越是具爭議性就越需要正常討論，不要忌諱。放眼國際，近兩三年，一些西方國家和地區立法讓「醫生協助死亡」(physician assisted death)在限定條件底下可以合法施行，包括美國加州(只局限於醫生協助自殺)、加拿大、澳洲的維多利亞省；至於荷蘭這個「安樂死合法化」的「老大哥」更有意進一步放寬規定，刺激起一浪接一浪的議論。

在香港，十多年前鄧紹斌(斌仔)(1969-2012)以全癱病者的切身經歷，強力呼籲政府考慮讓醫生可以合法協助病人自殺(他的說法是「有尊嚴地結束生命」)，觸動人心，社會上頗為認真討論了幾回。

本文兩作者(以下簡稱「作者」)認為，釐清與「安樂死」有關的正反觀點也會有助生死教育。清晰是重要的，因為「安樂死」一詞有歧義，易生混淆。斌仔在 2004 年 4 月透過電台主持讀出要求安樂死的公開信，十分動人，但其中一節也有混淆：「…據我所知，在美國、英國、荷蘭、澳洲、比利時等先進地方已經有類似我這種個案的法例得到通過。」英國從來未讓安樂死合法化，為何他把英國也算在內？相信是讀到 2002 年英國「Miss B 案」的判決，誤以為英國也容許安樂死，其實案件的爭持點在於病人可否要求撤走維生的呼吸機，那是關乎自主權利與知情同意原則，本質上與安樂死有明確的分別。

現代醫療有時被科技主導治療決策，對於末期病人，維生科技可能只是延長死亡過程，不但沒有意義，甚至增加痛楚。故此大部分國家均容許不使用沒有意義的維生治療，讓病人能安詳離世。

從醫學倫理角度看，基於知情同意原則，若有清醒的病人決定不接受維生治療，醫護人員必須尊重他的自主。若是病人不清醒，不能作決定，醫護人員與病者家人亦要以病人最佳利益為治療原則，當某些維生治療不符合病人的最佳利益，便不應該使用。在清醒成年病人，亦可以利用「預設醫療指示」，預先表達有關維生治療的意願。醫護人員對有效和適用的「預設醫療指示」必須尊重。

醫療使用嗎啡也常被人與安樂死混為一談。面對末期病人，現代醫療常常使用嗎啡來控制病人徵狀。一些贊同安樂死的人士認為，使用嗎啡雖是為了止痛，但病人也可能因此而死，既然後果類似安樂死，豈不是等同支持安樂死嗎？這觀點值得商榷。首先，使用嗎啡止痛，醫學上有詳細的臨床指引，藥物的劑量會按止痛效果及副作用來調校。如果嗎啡未能止痛，亦會有其他的治療方法，不會盲目增加嗎啡的劑量。研究顯示，正確使用嗎啡，並不輕易引致死亡。

另一方面，倘若醫生不適當地使用嗎啡，甚或有意圖殺死病人而故意使用不適當劑量的話，嗎啡當然可以致死。在任何安樂死不曾合法的國家，這些有意圖殺死病人的案例都是非法行爲，不能引申為支持安樂死合法化的理由。

關懷的醫學倫理

醫學倫理對安樂死和醫生協助自殺的關注，除了因為動機層面難以調和「救護病人」與「令病人致死」的矛盾，更擔心的是「滑坡問題」(slippery slope problem)，即是擔心一旦開了頭，當人們習慣了讓末期病人在協助下自殺當作解脫方式，之後會否擴散至涵蓋根本沒有末期疾病的病人？現時在荷蘭和比利時，這看來已經在發生：沒有末期疾病而只是心靈痛楚的人也可以選擇安樂死。再進一步，神志上不能自主的病人，例如認知障礙長者，是否又要給予「解脫」？荷蘭政府甚至有意草擬法案，容許醫生為自覺「生命已完成」(life is complete)的人士安排協助死亡。一個人自覺「活夠了」，醫生就協助他安樂死？

醫學倫理的起點是醫者關懷，和認真的倫理思考。2015年加州通過醫生協助自殺的法案之後，美國(內科)醫師學院(American College of Physicians)的「倫理、專業、人權委員會」委託法律和醫學學者用一年多時間檢示「醫生協助自殺」這個課題，反覆討論，最後擬定一份七千多字立場書，在2017年10月發佈。文件詳徵博引，但引言部分有感性一段：

「垂死病人的痛苦可以是巨大的，或由身體症狀引起，如疼痛和噁心；或因心理狀況，如抑鬱和焦慮；或依賴身邊的人又與他們有未解決的衝突，造成人際痛苦；或因存在於絕望、失尊嚴而屈辱、或者覺得生命意義在個人而言已經結束，只剩下生物軀體還在。

對一些病痛苦的人，能控制如何死亡、幾時死亡，可能會帶來一絲安慰。然而，要醫學來解脫所有人類痛苦(all human suffering)是否合理呢？正如醫學不能消滅死亡一樣，醫學也不能消滅所有人類痛苦。支持和反對醫生協助自殺的人同樣希望減輕垂死病人的痛苦，醫生亦有道德義務提供適當的紓緩治療和臨終關懷。然而，以醫生協助自殺作為控制垂死者痛苦與死亡過程的手段，真的屬於醫學的初衷和範圍？」