

《生命倫理線》21.07.2025

董咚博士

中文大學賽馬會公共衛生及基層醫療學院助理教授

中文大學生命倫理學中心研究員(禮任)

專業判斷影響終止懷孕 病理學家應承擔道德責任嗎？

最近，一位基因病理學家朋友，向我傾訴一個令他深感掙扎的倫理困境。他獲派負責一項產前基因檢測，以判定一名胎兒是否帶有 BRCA2 突變，這項檢測的起因，是胎兒父親偶然發現是 BRCA2 突變帶因者，雖然未出現癌症徵兆，臨床遺傳科醫生仍建議他們做緊急產前檢測。這對夫婦知情後同意測試，並表示若胎兒確認為帶因者，他們會考慮終止懷孕。

根據香港法例，24 周前合法終止妊娠必須滿足兩個條件之一：懷孕會嚴重影響孕婦身心健康，或胎兒出生後極可能嚴重殘障。然而，BRCA2 通常在成年後才可能發病，不屬「嚴重殘障」範圍，故終止妊娠理由多依靠孕婦的「精神健康受損」。孕婦的精神壓力如何認定，很大程度取決於臨床溝通的引導方式。病理學家並不參與這個環節，無法知道夫婦最終決定是否基於真實的焦慮，他深感不安，卻必須執行檢測。

這一個案引發兩大值得深思的問題：一、基因病理學家等實驗室專業人員，在生殖決策中應否被視為倫理利害關係人？若檢測可能導致終止懷孕，他們應承擔多少道德責任？二、面對倫理困境時，機構及專業團體應如何設計制度與守則，支援實驗室專業人員？

專業知識淪工具化

我們經常將生殖決策視為家庭與臨床醫師之間的互動，卻忽略了其他重要角色，例如執行檢測的基因病理學家。儘管他們不直接參與病人諮詢，但他們的工作深具倫理意涵。若從康德的義務倫理學（Deontology）觀點出發，將基因病理學家視為純粹技術工具，是對其專業尊嚴的嚴重侵犯。康德認為，人不應該僅當作手段使用，而應被尊重為目的本身。在此個案中，這位病理學家被迫服從決策流程，無法表達個人倫理立場，其專業知識被制度工具化，喪失了作為一位道德行動者的自主性。

當然，也有反對觀點認為，病理學家應保持專業中立，僅按指示執行檢測；且生殖自主屬於父母，不應受檢測人員干預。然而，即使病理學家非直接決策

者，他們的工作亦不可避免地承載倫理後果；所謂專業中立不意味放棄道德判斷，當某項檢測涉及重大道德疑慮時，專業人員理應享有「良知拒絕權」，否則，其他參與者將被剝奪道德考量空間，違背義務倫理基本精神。

也有聲音主張，應以保障父母的生殖自主為優先，否則就會構成不必要的限制與干預。父母獲取胎兒的基因資訊，難道不是生殖自主的權利？不予協助可能對他們構成情緒負擔，妨礙作出自主決策。然而，生殖自主權不能脫離社會脈絡，醫學倫理的核心不只在於個人權利，也包含互依關係與共享責任。在此個案中，道德壓力並非僅存在於家庭與臨床諮詢之間，也存在於實驗室與臨床體系的交界。生殖基因檢測不應被視為「臨床下單、實驗室執行」的單向流程，而應容許互動，讓所有參與者皆擁有倫理表達與參與的空間。

設立倫理審查機制

關係倫理學（Relational ethics）強調倫理決策源於人與人之間的關係與互動，而非孤立的個體選擇。在這種觀點下，基因病理學家的道德立場並非無關緊要，而應納入整個倫理討論的核心；他們不是附屬角色，而是生殖決策倫理網絡中的一員。

本案真正的問題：制度是否有權迫使一位專業人士違背自己的道德信念？若某項檢測缺乏清晰醫療目的，或明顯與執行者的倫理信念衝突，就不應強迫其無條件服從。醫學倫理中的自主性，不應只屬於病人，而應涵蓋所有參與者。

總結而言，專業中立與病人自主的原則值得維護，但這些原則不應排除其他參與者的倫理關注。當基因檢測牽涉到可能因成人期發病風險而終止懷孕的抉擇時，我們必須承認其中的倫理複雜性，並賦予相關者適當的倫理參與空間。制度對基因病理學家道德掙扎的忽視，暴露出醫療倫理上的漏洞。這些道德壓力並非一人之錯，而是制度之責。透過制度層面的改革，例如設立倫理審查機制、明確的臨床指引，以及對良知拒絕的保障，可以切實地支持每一位醫療工作者的道德完整性。我們應從制度設計與文化結構著手，紓緩道德壓力，建立醫療專業的倫理尊嚴。

（本文屬作者個人意見，不代表中文大學生命倫理學中心立場。）