

# 從Jack的案例談安寧照顧與安樂死

中央大學 哲學研究所 謝文祥 研究生

**根** 據衛生署的統計，台灣自1982年以來，癌症就成為頭號的殺手，而且死於癌症的病人也年年上升，演變至今死於癌症的病人佔全國死亡人口的四分之一。罹患癌症的病人，並非皆是無藥可救，患者如能早期發現，其治癒的效果亦是很好，然而病患若是末期發現，往往是藥石罔效。部分病患除了面對死亡的壓力，卻還要遭受極度的痛苦。一般醫療方式不能有效控制疼痛，致使病人痛苦的離去，「安樂死」（Euthanasia）與安寧照顧（Hospice）提供了對病人不同的解決方式，本文所指安樂死將針對主動安樂死（Active euthanasia）論述，對於被動安樂死（Passive euthanasia）本文不予探討。接著我們以Jack的案例來說明癌末病人的問題。

Jack 因癌症腹部腫瘤好幾個月，癌細胞已大量轉移到其他部位，Jack 的痛苦持續不停。醫生每四個小時給他打嗎啡之類的止痛藥，他的妻子白天都來陪他，當他痛時會輕拍按摩他的身體，像

安撫小孩似的幫他減輕痛苦。但是夜晚來臨時，他美麗的妻子不在，並不能安撫他痛苦的情緒。止痛藥物因疼痛的加劇間隔也愈來愈短。Jack 剛開始是低聲呻吟或悲泣，後來忍不住痛苦像一條狗般的大吼大叫，痛苦來臨時他按鈴大叫護士要求止痛，護士給他可代因的口服液並且經常鼓勵他，可是可代因的效果甚至沒有比阿斯匹靈好，可憐的Jack 他的靜脈注射只能維持五十分鐘止痛效果，而他的吼叫與低泣也愈來愈多。Alsop 與 Jack 一起住了三個夜晚，Alsop 想到如果 Jack 痛得像一條狗大叫，能夠幫他做什麼呢？答案是給他打氯仿的麻醉藥，「沒有人能不同情如此痛苦而活著到死」（註一）。

## 壹・支持 Jack 安樂死的理由

上面的案例是一般醫療面臨癌末疼痛病人典型的例子，並不能有效控制病人疼痛問題，為了解決如此的問題，如 Alsop 所言施予 Jack 致命的藥物是一種

方法，在此案例中支持 Jack 安樂死的道德理由如下，筆者只提出重要的兩點論述：

1. 仁慈殺死：支持安樂死的學者 Rachels 在 "Euthanasia" 的短篇論文提到 Jack 如此的痛苦，在一般醫療控制下不能有效止住他的痛苦，基於仁慈與同情的理由，提早結束助殺是可以得到辯護的。他進一步說明：「假使一個人只是在痛苦的拖延死亡，死亡是可以幫助他解脫的方式，對這不久將死的人提早結束生命不是不道德的行為，就像 Alsop 說：「沒有人能不同情如此痛苦活著到死」（註二）

2. 生命品質（life of quality）的低落：Jack 已是癌末的病人，即將不久人世。活著只不過是「死亡的延長」，或是「痛苦的延長」。支持安樂死的立場，認為生命品質的低落是支持安樂死的另一重要理由，至於生命品質的評估標準，常因人的不同標準而有不同，即使是同一個人，也會因時間、環境等因素而有所改變，本文所要論述是關於疾病、痛苦所評估生命品質的問題，然而生命品質低落至何種程度，才適用安樂死的標準。邱仁宗在〈論對死亡的態度〉短文中引述瓊森對生命質量的定義：「很差的生命品質是存在身體健康、心理健康或社會互動的嚴重缺陷；最低限度生命品質是全身狀況惡化到不能恢復，

且病人與其他人的互動受到嚴重限制；以及低於最低限度質量是身體極端衰弱，且完全喪失感覺和智力活動。」邱仁宗分析如此的見解，提出下列情形活著可能不一定比死更好：「疾病是否處於臨終？意識和社會交流的喪失是否不可逆的？疼痛或痛苦是否不可解除和不堪負擔的？」（註三）對於支持安樂死的人來說，Jack 的生命品質合乎前述極低的情形，活著只是增加更多的痛苦，不如提早結束生命的好。

## 貳·安樂死的質疑

前文的論述似乎言之有理，針對第一點來說因為解決病人的極度痛苦，本著仁慈與同情的心解除病人的痛苦，固然可取，但是除了致病人於死之外而別無他法嗎？我們亦不忽略醫者應盡的義務，依據希波克拉底宣言：「醫生應盡其能力為病人治病，嚴禁一切對病人有危害的行為。」醫生的義務本是救人，不允許對病人有任何的傷害或死亡。提早結束 Jack 的生命，不可諱言是殺害了病人。或許他們亦會辯稱殺人在特殊情形是允許的，如自衛和殺犯人。殺人在某些情況是被允許的，站在安樂死的立場，或許會認為殺一個即將痛苦死亡的人，其生命的價值已經是非常低落，結束他們的生命，正如自衛和殺犯人是屬於特殊情形，應是可以得到辯解的。然而反對安樂死的立場認為，畢竟安樂死是殺「無罪」的人，病人並不是犯人，

亦非有自衛的情形可以殺害他。也許安樂死認為殺一個生命品質極低的病人，是經過理性的判決及個人的允許所賦予的權利，與一般平時殺害不同，然而生命品質的低落是否就足以說明構成安樂死的重要理由，我們從下面的質疑來討論。

就第二點來說，Jack 的生命品質極低，活著並不一定是好，但是對於尊重生命，重視「生命神聖」的人來說，不允許任何殺害生命的可能。尤其是猶太教或基督教來說，如此的做法侵反了生命神聖的價值，生命是上帝所創造，人死後也是要回歸到上帝，只有上帝才有權取走無辜的生命，執行安樂死的人是「扮演上帝的角色」違反生命的價值。然而站在安樂死的立場，他們的辯解認為使用藥物避免致死、為免除強暴而殺死歹徒以及避孕等都有可能被冠上「扮演上帝的角色」。生命成為「上帝的資產」，而我們都只是在守護祂的資產（註四）。如此的論點有二點質疑，第一假使某人不相信上帝，這個論點就不成立，第二上帝被塑造成一個惡魔，迫使我們必須忍受痛苦。假如資產和守護者的說法成立，我們當然有責任用理性來處理上帝的產物，我們會保護自己，當我們在痛苦不堪的時候，最好的方法就是將他丟棄。

以上對安樂死的質疑，支持安樂死的立場對於「生命神聖」提出強有力的辯解，也許我們不信基督，對於生命神聖的觀念，沒有基督徒來得強烈，但

是，安樂死的結果，可能讓 Jack 的一絲活命機會都沒有，即使那機會很低很低。筆者認為給予 Jack 實施安樂死是非常不當的決定，大部分的病人在極度痛苦之後，並非立刻決定安樂死，對末期病人來說安樂死的抉擇亦是經過心中極大的掙扎，幾經衝擊之後而作出最「痛苦」無奈的決定。任何人也不願隨便輕易放棄自己的生命。Jack 已經是癌末極度痛苦的情形，死亡已經是不可逆轉的事實。但是，醫護人員卻也不能放棄對病人的關懷及進一步醫治的可能，安寧照顧並不放棄病人，當病人在治癒無望的情形之下，更能體貼關懷病人的問題，為末期病人作最好的善終服務，安寧照顧下 Jack 的情形，將受到不同的醫療處理。

### 參·安寧照顧將如何解決 Jack 的問題：

「安寧照顧」或稱為「緩和醫療」（Palliative medicine）（註五）根據緩和照顧重要主張，對於 Jack 的情形可能採取措施如下：

1. 舒適的照護與關懷：癌末病人是屬於醫療上無效的病人，在一般醫療上對於如此的病人，或許因為沒有希望或缺乏成就感，醫護人員因而更疏於對病人的照顧與關懷，也許安樂死可以解決 Jack 痛苦的問題，對醫護人員來說也是快速解決痛苦和節省許多醫療資源，但是，

如此的情形將容易影響醫護人員令末期病患活得更負責任，甚至容易造成醫務人員幫助病人克服痛苦所做研究的努力。正當「治癒」（cure）無效時，並不是指「關懷」（care）就無效，誠如 Jack 的情形白天他美麗的妻子在旁陪著，給予他關懷與精神的支持，對於疼痛情緒可以得到更多的疏解。癌末病人及其家屬在其醫療上無望時，希望醫護人員更大的關心與照顧解決他們痛苦及相關末期的問題，如此的「關懷」是病人與家屬對醫護人員良好願望。安寧照顧應用醫療團隊給予末期病人最好的照顧與關懷，不會放棄任何病人，並且尊重生命提供病人最好的善終服務。

2. 生命品質的提昇：對 Jack 來說生命品質可能呈現負面價值，主張安樂死的立場，對於 Jack 來說生總是痛苦，死可以終止痛苦。然而各人的病情變化不同，生命品質的認定也將有所差異。安寧照顧的主張並不加速也不延遲病人的生命，而且反對因為生命品質的低劣允許安樂死，相反的，我們應該正視的問題是如何提升末期病人的生命的品質，由醫療團隊共同努力對病患的身體狀況（疼痛控制、嘔吐…等症狀）、心理方面、環境方面及照護等各方面作一評估，每日記錄其生命品質的好壞，作為改善生命品質的依據。對 Jack 生命品質評估衰亡

也許是不可避免的事實，但是他們可以在舒適環境中有更多的精神支持及更多的關懷（包括心理師、社工師、宗教師及社會善心人士），也許這並不一定能對 Jack 最困擾的疼痛問題有最大幫助，但是因為有良好的護理及更多的關懷，面對疼痛情緒的舒緩將有莫大幫助，不會像案例中的 Jack 被置之不理任其吼叫。

3. 症狀的緩解：症狀的緩解是安寧照顧主張之一，這些症狀包括疼痛、嘔吐、呼吸困難等等。疼痛的控制可說是癌末病人最大的困擾，部分病人不怕死卻怕痛，寧願死而不願痛，要求醫護人員早點結束他的生命。緩和醫療利用放射性治療、嗎啡、鎮靜劑藥物，來達到對病人疼痛的解除或緩和。安寧照顧努力研發對病人各種症狀緩解的研究，面對 Jack 極度痛苦的情形可能需要較重量的嗎啡或鎮靜劑才能有效控制他的痛苦。站在不同立場的人卻質疑如此將造成「加速死亡」的危機，而引起另一種變相的「安樂死」，引起相當大的爭議，接著我們將分析此一爭議的問題。

#### 肆·緩慢安樂死（Slow Euthanasia）

「緩慢安樂死」這個詞的意思，是依據 Billing 和 Block 的說法，他們認為：（註六）「緩慢安樂死跟一般安樂

死的意義不一樣，是指對末期病人的處理，有可能引起加速的舒適死亡。」為什麼他們說會造成「加速的舒適死亡」，意思是指癌症末期的病人因為極度的痛苦，需要使用大量的嗎啡來止痛，因為疼痛的加劇，嗎啡的劑量隨著增加，劑量的一直增加其副作用增強的情況下反而加速病人死亡。為了解除患者的疼痛問題，卻引起了病患加速死亡的原因，結果造成了雙重效應（double effect）（註七）的問題，在這雙重效應的問題之中，Billing 和 Block 認為同業時常為了讓病人「舒適」，結果造成病人用藥過量反而致死。Billing 和 Block 舉出的例子說明（註八）：

醫生使用足量的嗎啡以消除病人的疼痛，病人因此非常嗜睡，醫生認為完全讓病人舒服。但是當醫生停止嗎啡的使用，病人因沒有嗎啡的止痛，而非常的痛苦。嗎啡的藥量隨著痛苦增加而增加，最後病人意識昏迷，過了幾天之後他死了，醫生不認為是殺了病人。

在以上的案例中病人有可能受到致命的劑量而死亡，他死亡的原因可能不是病情的關係，而是因為嗎啡的問題，如此醫生有可能不自覺引起「緩慢安樂死」，造成病人死亡。另外也有可能病人是因為病情而死。此一案例的說明，若真是因為嗎啡過量而殺死病人，這與「安樂死」沒什麼不同。Brody 對於 Billing 和 Block 嗎啡可能引起「緩慢安樂死」的問題，提出了他們的辯護。

對於醫生因為過量嗎啡用藥的情形

其中「意圖」可能成為關注的焦點：1. 醫生因為仁慈的動機，而病人也恰好是因為病而死。2. 醫生是無意讓病人加速死亡而病人卻因藥物加速死亡。3. 醫生有意讓病人無痛加速死亡，這無異讓病人不由自主的安樂死。比起自願安樂死更可怕。前述的第一點病人因為疾病而死，此點沒有什麼爭議。第二點醫護人員可能構成過失致病人於死的問題，而第三點是醫生是有意圖讓病人「安樂死」。Brody 認為 Billing 和 Block 兩人所提出緩慢安樂死的說法，並非屬於第三點的情形，Brody 分析安寧照顧的醫護人員在雙重效應下，醫生使用高劑量止痛情形如下（註九）：

1. 醫生原先的意圖是要解除病人的痛苦，而不是加速死亡。
2. 醫生在解除痛苦是有效的，而對加速死亡是有限的。
3. 醫生在決定使用的方法是未預知加速死亡的風險。
4. 死亡在事實上是加速的或者有真實的可能。

在以上的四種可能，前面二點的爭議不大，醫生並沒有意圖讓病人加速死亡，而且加速死亡是有限的。第三點造成加速死亡是醫生「疏忽」所致，而第四點是醫生有無「預見」加速死亡的風險，Brody 分析在現實的情形之下，醫生與護士若是能仔細觀察是不太有可能發生雙重效應的問題。但是，假使真的會造成病人加速死亡的風險而認為是「安樂死」問題，筆者並不認同，如陳

浩文與高永文的短篇論文〈安樂死的謬誤、醫療目標與病人自決權〉提到對安寧照顧的辯護（註十）：「醫務人員採用減輕病人痛苦會縮短壽命的風險，我們依然不能說有關醫務人員的動機是使他們死亡並要負死亡責任。我們亦不可以說他們對病人施行安樂死，因為這些做法不會導致病人的即時死亡。」筆者亦認同如此的說法，正如許多人經常會從事一些對健康有影響甚至會危害自己生命的行為，例如吸煙、進行刺激運動，或工作過勞等等。他們的生命是會有一定機會比別人短，這些都有可能加速死亡的風險，而將他們視為緩慢安樂死是不太合理的。安寧照顧使用高劑量止痛藥物緩解病人的痛苦，也許有可能造成加速死亡的風險，但是我們亦不能說醫務人員就是為病人施行安樂死。

## 伍·結論：

面對癌末痛苦的 Jack，實在令人同情，站在一般醫療上的處理，眼睜睜的看著 Jack 痛苦而死，絕非是妥善的方法，支持安樂死的人認為 Jack 生命品質極低，與其「痛苦的延命」，不如「提早結束痛苦」好。如此的作法雖然可以解決病人的痛苦及節省一些醫療資源的浪費，但是也可能造成對末期病人遺棄，或許他們還有一些活命的機會，病人及家屬期望醫護人員的關懷及可能一絲治癒期望因而蕩然無存。對於 Jack 的情形，「生命品質」極差成為支持安樂死重要決定因素之一，然而安寧照顧卻

是極力想提升癌末病人的生命品質，善盡醫務人員對病人的關懷，並且應用專業的用藥來解決病人極度的痛苦，提供病人最好的「善終服務」。筆者認為安寧照顧優於前兩者一般醫療與安樂死對末期病人的問題解決。然而安寧照顧在止痛藥物所引發「緩慢安樂死」的問題，我們亦不得輕忽，從事安寧照顧的人也意識到此一重要問題。近年來更研發連續性靜脈注射止痛，稱為「病患自控式止痛裝置」（patient-controlled analgesia, PCA），打破傳統止痛的方式，盡量控制在安全用藥範圍之內。然而醫務人員能否更明確在雙重效應下，區分出沒有加速死亡風險的界限或是沒有死亡風險的藥物是我們所期待的。即使醫療人員會面臨加速死亡的風險，我們也應有所包容，許多醫療的行為時常對生命造成相當程度風險（如開刀、器官移植等），醫療人員不會因為對病人有危及生命的風險而放棄了病人，所以安寧照顧才是末期患者最佳的抉擇。

## 註釋：

註一：Jack 的案例參見於 James Rachels, "Euthanasia", in Tom Regan, *Matters of Life and Death*, 2nd ed., (New York: Random House, 1986), p.49

註二：Ibid., pp.50-51.

註三：邱仁宗生命品質的見解引述自他的論文〈論對死亡的態度〉收錄在邱仁宗與陶黎寶華主編的《價

值與社會》第一集(北京:中國社會科學出版,1997)頁67至68。

註四:「扮演上帝角色」與「上帝的資產」理論參考波伊曼著《生與死—現代道德困境的挑戰》江麗美譯(台北:桂冠書局,1997)頁56、71。

註五:根據WHO(世界健康組織)的定義緩和照護的意思如下「緩和照護意指病人在不可治癒的情形,對病人整體的照護,緩和照護是多方面的照護,包括了疼痛症狀的控制、心理、人際關係、精神的問題。主要的目標是提升病人或家屬最大的生命品質。」WHO定義參考Dereke Doyle, Geoffrey W. C. Hanks, and Neil Macdonal eds., Oxford Textbook of Palliative, (New York: Oxford

University Press, 1998), p.3.

註六:緩慢安樂死的意思參照J. Andrew Billings and Susan D. Block, "Slow Euthanasia" in Journal of Palliative Care, 12, (march 1996): p.21.

註七:雙重效應參照Aaron Ridely, Beginning Bioethics (New York: St. Martin's Press, 1998), p.171.

註八:同註六, p. 22.

註九:Brody對Billings和Block的評論參考Brody, "Commentary on Billings and Block'Slow Euthanasia", in Journal of Palliative Care, 12, (April 1996): 39-41.

註十:陳浩文與高永文的短篇論文〈安樂死的謬誤、醫療目標與病人自決權〉同註三收錄在《價值與社會》,頁86。

