

醫學倫理的社會變遷

倫者，倫常也。古說：君臣父子夫婦昆弟朋友為五倫。倫理者，所謂人倫道德之理。

醫學倫理 (Medical Ethics) 者，狹義而言，指的是醫學領域中的從業人員，於處理彼此間與患者間之人際關係時 (尤指病人與醫生間)，所持人倫道德之法為。而一般人所謂的「醫德」，只不過是其中的一部分。廣義的醫學倫理應包括「生命倫理學」 (Bioethics)，這是門了解人類在今後的生態環境中所持角色的學問，包括了所有與醫學有關的社會問題或倫理問題；有人套以「未來學」的一支，如人口膨脹、空氣污染、人工食品、藥品濫服等對未來人類命運的影響。

隨著醫學科技的突破，更多的儀器取代了醫師診斷與治療的大部分工作。自動分析器能在短短幾分內定量出血液中十幾項的成分，器官掃描器引進核能的應用，電腦診斷列出最可能的疾病由醫師圈選；甚至，在可預期的未來，機械護士幫你推著輪椅，並不是不可能的。這些成就使醫生聽診的耳朵不再聰敏，叩診的手指不再靈活，醫生之於病人僅止於口頭上診斷與治療的傳話者；這些成就亦使醫學變得更冷酷，病人在這些器械面前顯得更渺小。為了兼顧到醫學科技的成果與人道立場上，今日醫生在執行醫療行為上，面臨一項左右為難的局面。更多的儀器被發明，醫生卻感到越來越難應用它來治療病人；人工呼吸器的發明，造成「安死術」的倫理爭執，便是一例。

倫理的社會角色

高義然

其實，醫學倫理的爭執並不是今日社會所特有，早在有醫患兩者關係便已存在。只是老一代醫師在處理這些問題時，只要基於人道立場，秉持痾瘵在抱、尊重生命的胸襟，大都能獲得病人的支持與社會的諒解，也就是說社會大眾付予醫生全權處理的相當權力。時至今日，實利主義、個人主義的興起，人道主義的式微，社會人際結構起了重大的改變，各個人積極爭取屬於自己的權利——免受迫害、免受飢寒、免受奴役等等，不一而足；我們自不能期望，以往日醫生的權威性來處理今日的醫倫問題。再者，醫學科技的發展，醫生身爲人道主義者的立場受到嚴重的考驗，使今日的醫倫問題更形複雜。

顯然地，近幾年來爲人所注目的一些醫倫爭執，如墮

胎、器官移植、安死術……等，已不再局限於醫生與病人一對一問的問題，而提升爲大眾注目的社會問題來。影響所及，社會學家、宗教家、法學家亦被牽涉其內，共謀解決之道。

爲了對醫學倫理的社會角色有進一步的了解，筆者擬在下文中，對一些目前及未來可能觸及的醫倫問題，一一加以論述。

醫倫問題面面觀

墮胎合法的爭執：

向來，對於可能進一步危及母體生命安全的懷孕施行人工流產，站在宗教上或法律上都沒有反對的理由，這點在醫學上亦有同樣的看法。

隨著醫學的進步，從妊娠中取出胎兒的安全率已大爲提高，加以面臨人口壓力的危機與優生學的立場，今日婦產科醫生不再局限於對那些可能危及母體安全的產婦施行人工流產。而廣對一些懷嚴重畸形、智能低下胎兒的孕婦，母體本身有嚴重精神疾患，性犯罪受害而懷孕的婦女，節育失敗的母親，甚至婚姻外受孕的婦女等，施行必要的人工流產；這裏所指「必要的」，是醫生須考慮對母體可能的傷害——生理上或心理上，再則夫婦雙方的同意或監護人的同意等。

然而，宗教界（指天主教）卻持反對的意見，認爲「應當堅強與造物主合作的偉大工作，爲社會增加成員，爲教會增加新子女」、「不可殺人」的論點來駁斥，更將「墮胎合法化」引爲造成風氣敗壞、道德淪喪的一大濫觴。

由兩方面所持之論點來看，所爭的不外乎在生命的起點與尊重生命的權利上。宗教界以爲精卵受孕即生命的開始，父母萬不能以私心隨意中止這項神聖任務——延續子女的生命。醫學立場上認爲生命起點——受精卵，即使在試管中培養成胎兒，又有何意義！一個生命的成形應包括多少母愛的孕育、哺育與呵護，接合孢子雖可決定一個極有價值的人，但絕不是人。

有關墮胎合法化之爭，在國外已由熾熱趨於平靜，一些天主教國家仍採禁止，其他大部份的國家都有立法上的修正。在國內，誠如筆者在「墮胎應該合法化」（註1）一文中指出，台灣目前墮胎之風並非盛行，只是不便公開進行，而施行人工流產的婦女和醫生，由於兩者都觸犯刑法，彼此不提告訴，倒也相安無事，造成「徒法不足以自行」的局面。加以上述的醫學立場，我以爲「必要的」墮胎合法化勢在必行。

墮胎兒的實驗(Abortus Research)與
人體實驗(Human Experimentation)

這是最近二年來，在美國醫學界廣受注目的二項醫倫問題。由於兩者有某些共通性，所以合併在此討論。

前者，是由一篇發表在 1973 年六月份 NEJM 醫學雜誌，有關「抗生素在懷孕胎兒內的影響」的文章所引起。這篇報告是根據對人工流產胎兒的研究寫成的，醫生們在即將做合法墮胎的住院孕婦身上注射一、二種抗生素，然後收集這些人工流產的死胎，做種種解剖病理學上的分析；這些孕婦中沒有一個是懷孕超過 22 個星期（註 2），她們的墮胎合法是沒問題的。結果，這四位醫生被控“違反墳墓法”；該法是 1814 年訂立，禁止未經法律許可的移動屍體或取走屍身上的物件。這件案子所以引起這般廣泛的注意，與其同時牽涉墮胎與人體實驗（Human Experimentation）不無關係。墮胎問題我們已於前文論述過了。嚴格說來，死胎的研究不算是人體實驗，它與病死後所做的病理解剖一樣，是一種醫學教育與研究，為的是了解病因增進其他病人的福祉為出發點，一般人能接受病理解剖而反對胎兒實驗，主要原因是胎兒雖被合法的阻斷生的權利，到底它是無辜者，又被容許做種種醫學實驗，未免過份了點，有人甚至以為容許廣泛的死胎研究，將使墮胎婦女認為其胎兒「奇貨可居」，出賣胎兒的生命作為醫學研究的犧牲品來換取代價。這種說法未免失之偏頗，以前民智未開不容許醫生作大體解剖，現在觀念改了，有人甚至死後捐獻給醫學機構作研究，同理墮胎的合法勢在必行，死胎的研究雖一時不為人所接受，卻有必要促其實現。

說到人體實驗，現已焦點在活人身上的人體實驗，我們知道醫學上常以監獄的犯人們作為研究的對象，付予被實驗者相當的代價（金錢）來探討人類的疾病或社會行為，亦有從一般民衆的志願者來從事實驗。到底這些實驗又牽涉了那些醫倫問題？例如有個人類性行為的研究計劃，事先徵求數對男女進行兩性關係，而由醫學小組觀察紀錄下種種性行為的反應，包括血壓、心電圖、脈搏、內分泌的變化等等，這種研究是否超越了社會道德的標準？另外，對一群犯人從事尚在實驗階段的藥物研究，這些藥物可能對人體造成損害，而這種副作用本身就是研究的項目之一，此時牽涉了基本人道的問題。以前見諸集中營的醫學研究，今日卻面臨人道與道德的問題，即使這個研究是雙方同意的。

就醫學立場上而言，人體實驗是將理論應用到臨床的重要一步，雖可由動物實驗來取代，但到底沒有前者來得直接可靠。以胎兒實驗而言，其過去的貢獻包括了對小兒麻痺、麻疹的預防等成就，在未來，將使醫生進一步了解小兒先天畸形的原因，並加以控制。而人體實驗對於藥物治療應用於人類的可行性，不管在過去，現在以至未來，都居重要的地位。



安死術（Euthanasia）

由安死術發展出來的「腦死」（Brain Death）定義，過去一年來廣被討論著，因為它是贊成安死術的醫生用來判定病人「死亡」的重要根據之一。安死術嚴格說來，可分為「被動的」與「主動的」。所謂被動的（Passive）是指病人於長期昏迷不醒而須藉著人工儀器來維持生命，且目前醫學不能使他恢復正常人的意識狀態下，由醫生取得監護人或法定機構的同意，得中止治療讓病人自然死去；去年轟動全美的「安妮事件」（註三）便是其一，結果安死術由法院判決不能成立。至於「主動的」（Active）是指病人於疾病末期且已無治癒希望下，要求醫生給予早日脫離痛苦促其死亡的“仁慈殺人”。在目前，似乎前者較後者的可接受性大，因為前者多少已取得“腦死”作為醫生依據之標準，而後者所言無異同意病人的自殺，且“無治癒希望”又漫無標準可言；但是，誰又能比病人更有資格決定「生的權利」呢？

有人怕「安死術」成立後，醫院將變為判定病人生死的「屠場」，而醫生成了任性的科學怪物，病人與病魔奮鬥的求生意志消失殆盡，這種顧慮是多餘的。追溯「安死術」這件醫倫的老問題，在過去兩年來一再被重新討論著，其原因不在於法醫上對死亡的新定義（註 4），主要是這一代人類對於死與來生的感受不再像過去那樣迷信天命，所謂「老死故鄉」、「死於非命」，就來生而言並無兩樣，死代表著永無止際的虛無（Non-dimension of Nothi-



ngness)。這可由電影“*The Seventh Seal*”(台灣未上映)中，女主角英格曼曼向死神妥協，死神回答說“*I have no secrets, I am nothing*”窺得一斑。

近代醫學發明許多延長人類生命的儀器與治療法，此種進步給醫生帶來處理死亡的難題，生死界限變得模糊不清，一方面欲應用科技的成果造福人類，他方面卻需考慮人工延遲死亡過程就如同提早生命的結束，在宗教、道德立場上是不容許的。因此，今日醫師於處理安死術問題，應謹慎區別自己是在縮短瀕死的過程，而不是中斷生命的延續(*Shortening the act of dying, and not interrupting life.*)。

「冷凍精庫」與人工受孕的問題

冷凍精液於液化氮氣的低溫下，已被證實能有效而安全的貯存十年之久，而不失其生理活性，除可應用於男性前列腺、膀胱頸的開刀或放射線治療前，病人精液的貯存，以便手術或照射後引起不孕合併症時之利用；也就是貯存病人的精液，以便不時之需。另外，就是應用冷凍精庫中別人捐贈的精液，於治療男性不孕症的夫婦。後者所牽涉的，不是單純的醫學問題，因人工受孕的“治療”成效，並不單是懷孕、生產過程的成功與否，而包括了長期的夫婦間與父子女間的心理適應問題，及該子女未來的社會適應問題。

由於人工受孕對夫婦可能造成種種社會、情緒的適應問題，因此接受“治療”的夫婦，須經廣泛的討論未來可能遭遇的情況，並作審慎的決定。而醫生的立場，選擇治療的對象態度須嚴謹，除非二次以上的鏡檢發現精液無精蟲(*azoospermia*)的男性病人外，對於精蟲缺乏症(*Oligospermia*)的病人，還是避免作人工受孕的治療，因為醫學上的報告，一些精蟲缺乏的病人仍可在適當的時機下使對方受孕，如果太太方面一面接受定期的人工受孕，

一面由丈夫方面獲得自然受孕的機會，將使丈夫對子女的血統徒增混淆。

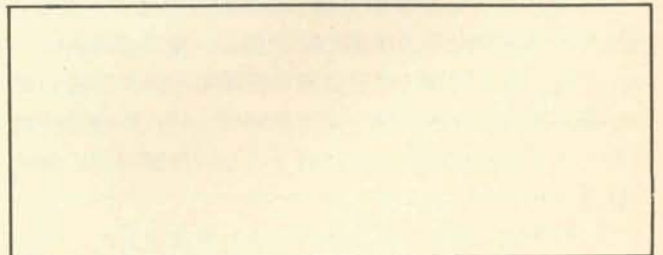
事實上，人工受孕的問題首需考慮的，應是下一代子女的適應問題，如由於先生在婚姻上的自尊受損而影響到「父子」的關係，或是這個小孩在成長過程中該不該告知事實的真相？這些問題處理得當與否，對於小孩的心理適應影響深遠，其答案卻不是實行人工受孕的今日可以解答的，而是25年後下一代成長後，才能得到印證的。

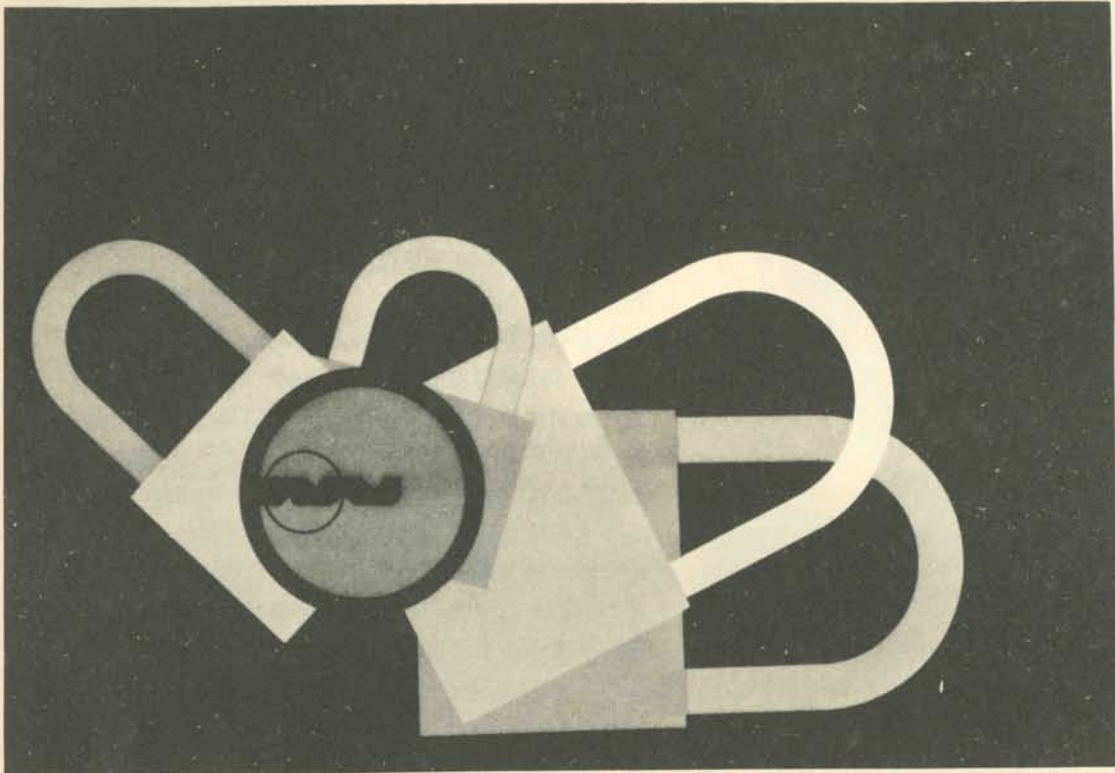
遺傳的甄查 (*Genetic Screening*) 與
遺傳的控制 (*Genetic Engineering*)

所謂遺傳的偵查是指應用各種醫學儀器與生化的檢驗技術，在早期(如胎兒時期)診出一些先天的遺傳病，如羊膜穿刺術(*Aminocentesis*)的發展，對於胎兒的先天畸形或先天代謝異常的早期診斷頗有幫助。另外，遺傳學的發展，使我們對遺傳病的分佈及那些疾病的遺傳性高，有更進一步的了解。這些都是醫學的成就，而醫倫的問題又出在那裏呢？那就是醫學拼命地找出一些可能的遺傳病，一方面不敢確定它真正的遺傳性質，他方面又無法提供有效的治療方法來。

例如我們由母體羊水中診斷得胎兒可能有PKU. (*Phenylketonuria*)——一種隱性遺傳病可致小兒智能低下，但目前醫學上卻乏有效之治療，胎兒出生後仍不免智能低落，給社會、家庭帶來不少困擾與負擔。*Huntington*氏病——一種顯性遺傳的舞蹈症，病人於發病後15年內死亡，亦是一例。另外，對於一些遺傳機轉不大清楚疾病如高血壓、糖尿病、氣喘等，在醫學上尚無一勞永逸的療法出現前，亦給人們聯姻上帶來困擾。醫學的進展只以診斷出遺傳病來，卻無法提供適當的治療，對病人或其家屬是種無垠的負擔。

至於未來遺傳基因的控制可能帶來的醫倫問題，與上述「遺傳的偵查」截然不同，不過倒與整形外科醫生面臨的問題多少相似。例如病人要求醫生替他創造個克拉克蓋博的鬍子或是歐陽菲菲的嗓子，甚至改變膚色，造雙莎莎嘉寶的美腿時，醫生的態度如何？同理，人工受孕時要求有個未來季辛吉的血統，是否可行？這些問題幾近無稽，卻是未來基因控制可能遭遇的類似情況。





其他的醫倫問題

在這段落內，我們將談些較不注目的或不如上述者那般具社會性的醫倫問題。

器官移植問題本身牽涉的是「死」的定義，因為從捐贈身上取出可資利用的器官，必須兼顧捐贈者是在不可逆行的死亡過程及該器官的生理活性，如此一來古典「死」的人道立場常就誤了器官移植的戒機，因此大部分的醫生主張以「腦死」作為判定病人死亡的標準，並作為移植器官之依據。此點與安死術的醫倫問題相類似，惜未獲得法令上的支持。

於精神病院裏，對極度抑鬱或有自殺傾向的病人從事電療（EST, Electric Shock Therapy），於近代醫學被認為不大人道的治療方式，因此美國的某些州明文規定，一個病人在一年內禁止施行35次以上的EST，雖然精神病人的治療少超過這個數目，但我們可由此看出一些基於人道理由來干預醫學的治療方式，已逐漸蔚為風氣。另一個與精神科有關的醫倫問題，就是對嚴重精神病患者如慢性精神分裂症從事腦額葉切除手術（一種Psychosurgery）的人道的問題，因為這種手術雖可治療病人的幻覺、抑鬱或暴怒的精神狀態，也同時降低了病人智能與情緒表現，病人的社會適應可能提高，但他可能變得更不像他「自己」。

一些醫倫小問題，從業醫生可能經常遭遇到的，例如表兄妹是否適宜結婚？如何安慰死亡家族的其他成員（尤

其是小孩）？如何勸服病人繼續住院接受他可能認為毫無意義的治療？這些都在醫學倫理的範疇，雖不是牽動整個社會的大問題，其處理得當與否？卻是行醫成功的秘訣所在。

「歸真反璞」

醫倫問題的產生隨著醫療制度與社會背景的不同，而有實質上或程度上的差異。本文所談論的一些醫倫問題，並非全都在台灣醫界所能遭遇到，即使有，程度上亦未至面臨抉擇的地步。醫學界一方面不應掉以輕心，他方面應不時具備「尊重生命、痾瘵在抱」的胸襟，如老醫師一代，將醫學的人道主義建立在醫德上。病人當為我們首要顧慮之對象，我們是否讓病人久等？我們是否託辭醫生不在家？甚至我們是否將指甲保持乾淨？這些問題雖說是醫生的細節問題，卻不難看出一個醫生的敬業精神——耐心與細心；如我們是病人的話，總不希望一雙未經修剪指甲的手來敲診我們的胸部。

每個病人對醫生而言，並不是如鉛字版般同一模式，每個病人代表不同的一整個人，醫生應試着以不同的角度去接納他們。同理，病人亦須教以如何能坦誠而友善的態度，與醫生合作進行治療之事宜，要使病人面對洶湧澎湃的醫學科技而不顯得渺小無助，病人與醫生雙方面的努力是必須的。

對於未來，即使面對種種醫倫問題，病人仍是醫生首要顧慮之對象。

結 論

醫學倫理在今日社會已演變為哲學的一支，屬專門知識的範疇，身兼科學家與社會工作者的醫學從業人員，如何應付未來一些深具社會性的醫倫問題，顯然不是一個人憑其自己的生活體驗或哲學觀所能戮力解決的。如何將醫學倫理引進醫學教育中，集合專業的力量教授醫學生，使他們在踏出校門前，具備充分的醫倫知識與對醫倫問題的共同認識感，使未來的醫學從業人員更有資格，更有能力去應付這與日俱增的醫倫問題。

以前，有智之士不斷倡導將醫學史這門課納入正常醫學課程中，讓醫學生從醫學的發展史中，體驗到前人孜孜不倦的好學精神與偉大崇高的人格，如今，這代醫學生更面臨醫學倫理的巨浪，筆者以為亟需在現行醫學課程中納入醫學史課程，藉這門課進而探討與醫學有關的社會倫理問題，了解未來人類的命運。

(註1)：見綠杏24期173頁：「墮胎應該合法化」一文。

(註2)：在美國承認墮胎合法的條文中，懷孕超過22星期者，基於母體性命安全理由，除有法定機構同意外，嚴禁醫生或病人以私人理由從事墮胎行為。此條文是針對懷孕未三個月的母體，其墮胎的死亡率大為提高而設的。

(註3)：1975年4月，少女安妮在一次意外事件造成腦組織的永久損害，昏迷了七個多月，藉著人工呼吸器來維持生命，其父母向法院要求中止治療，讓其女兒「平靜而有尊嚴的死亡」的請願。經五天的法庭聆訊，終被裁決應繼續使用人工呼吸器維持該小女的「生命」。

(註4)：哈佛大學醫學中心在1968年提出死亡的新界說：①對外來刺激（如痛覺）缺乏反應。

②深反射作用的消失（如膝反射）。

③身體無自發性動作或呼吸運動。

④腦波圖無法顯示腦的活性（放電）。

1972年9月27日，美國加州政府頒佈「腦死」（Brain Death）的法令：經由二位以上的醫師證實腦功能完全而永久性的損害時，得宣佈死亡。此法仍保留以傳統死亡的定義來宣佈患者的死亡。

參考資料：

① JAMA, Sept 2, 1974. P.1303: Abortus Research—Dykes & Czapek.

② JAMA, July 8, 1974. P.177: Teaching Medical Ethics—Brody.

③ JAMA, Nov 24, 1975. P.838: Brain Death—Mills.

④ JAMA, Vol 229, 1974. P.1720: Prison Research

⑤ NEJM, Dec. 18, 1975. P.1320: Humanism In Medicine—Ralph

⑥ NEJM, Oct 23, 1975. P.873: Artificial Insemination—Herbert

⑦ NEJM, Oct 19, 1972. "Prophylactic Human Semen Cryobanking"

⑧ NEJM, Aug 9, 1973. "Temporal Laws and Medical Ethics in Conflict"

⑨ JAMA, Feb 17, 1975. "The Humanization of Medicine"