

生命与安乐死

胡佩诚 著

「生命之光」系列丛书②

世界图书出版公司

生命与安乐死

胡佩诚 编

世界图书出版公司

北京·上海·西安·广州

1993

生命与安乐死

胡佩诚 编

责任编辑 李宗慧

世界图书出版公司北京公司 出版

北京朝阳门内大街 137 号

北京中西印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

*

1993 年 10 月第一版 开本 787×1092 1/32

1993 年 10 月第一次印刷 印张 3.25

印数：600—1000 字数：7.5 万字

ISBN 7-5062-1661-0/R·41

定价 3.90 元

目 录

I、从若干案例谈起 (1)

1. 卡伦·昆兰案
2. 约瑟夫·塞凯维茨案
3. 克拉伦斯·赫伯特案
4. 克莱尔·康维案
5. 玛丽·希尔案
6. 两例汤氏综合症的女婴
7. 两例卵巢癌患者的死

II、生命与死亡 (11)

1. 生命的起点
2. 生命的终点
3. 死亡的定义与标准
4. “心死”、“脑死”、“身死”与“人死”
5. 死亡的宣布

III、生命的价值与质量控制 (24)

1. 生命的价值
2. 生命的质量
3. 优生的道德是非
1. 人工授精

5. 试管婴儿
6. 重组 DNA

IV、安乐死的由来与依据 (50)

1. 安乐死的概念和历史
2. 安乐死的伦理学根据
3. 主动与被动
4. 通常与非常
5. 有意与无意
6. 自愿与非自愿

V、安乐死的现状与发展 (69)

1. 有缺陷新生儿的安乐死
2. 可行性调查
3. 安乐死的政策和立法
4. 临终者护理
5. 拒绝治疗
6. 安乐死发展的趋势

附录 (93)

1. 从若干案例谈起

生物医学技术的进步救活了许多本来要死亡的病人，同时也延长了不少临终病人的生命。这种延长是“延长生命”，还是“延长死亡”？如果是“延长死亡”，这种延长是否应该？如果不应该“延长死亡”，那又应该怎么办？

从1975年以来，各国都出现了一些有关是否应该维持生命或延长死亡的棘手案例。尤以美国的几个案例最为著称，这些案例因为通过新闻媒介广为传播，成为公众关注的焦点。

1. 卡伦·昆兰案

卡伦·昆兰 (Karen Ann Quinlan) 案件是美国生命伦理学历史上的重要里程碑。从1966年起，12岁的卡伦·昆兰就是个昏迷病人，靠呼吸器维持心跳呼吸，静脉点滴维持营养。1975年她21岁。她的父亲约瑟夫·昆兰要求成为她的监护人。作为监护人，他有权表示同意撤除一切治疗，包括取走呼吸器。新泽西州高等法院法官缪尔驳回了他的要求，认为“认可这一点就是杀人”，破坏了生命权利。但新泽西最高法

院法官休斯推翻了缪尔的否决，同意约瑟夫·昆兰作为他女儿的监护人，允许他和医生撤除一切治疗，并认为中止呼吸器和中断人工喂饲没有区别。据说，卡伦曾有三·次说过，她决不要靠特殊手段活着，即没有证据证明取走呼吸器违反了她已知的选择。但当时辩论的焦点在于是否应该或可以取走呼吸器。因为人们认为取走呼吸器会导致卡伦的死亡，虽然某些神经病学家并不同意这一点。然而，当问约瑟夫是否同意医生取走供应卡伦达9年之久的静脉点滴管时，他吃惊地回答说：“可这是她的营养啊！”取走呼吸器后，卡伦没有死亡，却恢复了自主呼吸，但仍昏迷不醒，直至1985年死亡。死时体重仅三十余公斤。法院同意病人家属取走病人的呼吸器，这在美国历史上是空前的。尔后，许多类似案例都援引新泽西州最高法院对卡伦·昆兰的这一裁决。

2. 约瑟夫·塞凯维茨案

约瑟夫·塞凯维茨(Joseph Saikewicz)是个智力严重低下的癌症病人，1977年时为67岁。马萨诸塞州最高法院断定，塞凯维茨可以拒绝癌症的化疗，因为化疗会产生使他感到恐惧的不良副作用，而他对这种治疗不能理解。他不能理解是因为他智力低下。但在法院明确批准给予拒绝治疗权利前，病人就死亡了。但法院在这个案件中第一次使用了代理判断，即代替病人作出判断。

约翰·斯托勒(John Storar)案件与之类似。斯托勒是个52岁的智力严重低下者，住在纽约州的一所护理院中，他的智力年龄相当于18个月。他唯一的亲人是他的母亲，一位73

岁的寡妇，住在护理院附近，几乎每天去看他。1979年7月，他被诊断为患有膀胱癌，他的母亲被任命为他的监护人，同意进行放疗，因放疗可减轻病情。1980年开始内出血。对他的膀胱进行了电烙，但未能止血。这时癌转移到肺，这是致命的，已无法作手术。5月，医生要求他的母亲允许输血。她不愿意地同意了，但在6月她要求中止输血，这时血已输了两个星期。斯托勒所住护理院的医学中心主任上诉法院要求授权继续输血。母亲反对。听证会上所有证人同意斯托勒不能理解他患了不可逆转膀胱癌，不知道靠输血也只能活三至六个星期。不输血他将最终出血至死。但输血使他痛苦，因为输血后他的尿中的血和血块增加了。所以不得不在输血前不时使用止痛剂。其他专家作证说，能够使用的治疗只有止痛片。他母亲作证说，她只要她儿子舒适，由于她显然不喜欢输血，并试图避免输血，她相信他本人会要求中止输血。中级法院认为，在这些情况下，斯托勒可由他的母亲行使拒绝治疗的权利，因为她所处的地位使她能决定他要什么。但是纽约上诉法院推翻了这个决定，理由是没有实际办法确定斯托勒本人要干什么。法院断定，由于斯托勒在智力上是个婴儿，必须给予他与婴儿一样的权利。由于父母不能拒绝给他们的孩子输血，法院判定斯托勒的母亲不能拒绝别人给他的儿子输血。法院认为，膀胱癌和失血是两种完全不同的病症，前者是不可治的，后者是可治的。因此下令输血，而不考虑失血的原因——不可治的癌症。法院把血液与食物作了类比，认为必须用血防止失血所致的死亡：“一个法院不应该因为病人的亲人认为这样对病人最好而允许一个无行为能力的、患有绝症的病人出血死亡。”

3. 克拉伦斯·赫伯特案

1981年，洛杉矶的两位医生奈伊德尔和巴博尔被控犯谋杀罪，因为他们从一个脑部严重损伤的病人那里取走了呼吸器并停止了静脉喂饲，这个病人叫克拉伦斯·赫伯特（Clarence Herbert），55岁的守卫。1981年8月24日，他住进凯泽-帕尔曼南特医院。他要作一个手术，摘除结肠造口术的囊，这个囊是在数月前为解决肠梗阻问题时植入的。8月26日，奈伊德尔医生作了手术。然而在赫伯特待在恢复室的最初一小时内，就因脑缺氧成为昏迷病人，被戴上呼吸器。8月27日，医院神经病学家弗里曼医生诊断为由于缺氧所致的严重脑损伤。第二天，巴博尔医生与赫伯特夫人商议。赫伯特夫人被告知说，她的丈夫的脑已经死亡，于是她同意取走她丈夫的呼吸器。但赫伯特的脑当时并没有完全死亡，因为仍有低等的脑功能。8月29日，巴博尔从赫伯特那里取走了呼吸器。自从卡伦·昆兰案后，对于取走不可逆昏迷病人的呼吸器已没有争论。然而，呼吸器取走后，赫伯特没有死，出乎意料地自己开始呼吸。第二天，赫伯特夫人和家庭其他成员共同签署了一份意见书，说家庭要“取走维持生命的所有机器”。8月31日上午8时，巴博尔命令中止所有静脉喂饲；不久，奈伊德尔命令取走鼻饲管，把赫伯特从特护病房转入普通病房。9月6日，他死于脱水和肺炎。中止静脉喂饲引起了控告。原先认为这不同于仅仅取走持久昏迷病人的呼吸器。当取走静脉点滴管时赫伯特并不是持久昏迷病人，如果静脉点滴管不取走，他也许会恢复。原告还控告说，在这个案例

中，取走呼吸器也应视为谋杀，因为它是谋杀赫伯特以掩盖医疗事故的阴谋的一部分。1983年3月9日，地方法院法官克拉汉在预审会上驳回了这些指控，认为没有邪恶意图的证据，因而没有谋杀指控的证据。克拉汉的驳回提示了这一点，当病人处于不可逆昏迷状态时，医生在病人家属的同意下，可以取走病人所有的维持生命系统而不必害怕被控告有罪。然而，原告上诉。5月5日，高级法院法官温克恢复了谋杀指控。最后，加利福尼亚州上诉法院宣告，对巴博尔和奈伊德尔的指控无效。上诉法院认为，人工供应营养应该与任何其他形式的医疗一样对待，当人工喂饲对病人提供的好处与强加的负担不成比例时，可以根据代理决定者（即赫伯特的家属）的指令而中止喂饲。

4. 克莱尔·康维案

克莱尔·康维 (Claive Vonvoy) 是一个单身的 84 岁的妇女，住在新泽西州布鲁姆菲尔德的帕克兰护理院。她患有严重的脑综合征、慢性褥疮、尿道感染、心脏病、高血压和糖尿病。她对周围的一切没有感觉，只有原始的脑功能，没有认识能力；并且没有改善的希望。她从未结过婚，朋友很少。1979年8月，在她被判定为无行为能力后，她的外甥和唯一活着的亲属惠特莫尔被任命为她的合法监护人。1982年7月21日，康维转入克拉拉·马斯纪念医院治疗她坏死的腿。医生建议截肢以避免死亡，但惠特莫尔拒绝，理由是如果康维有行为能力的话，她不会同意。手术没有做，但康维仍活着。她住院不久即插入鼻饲管帮助喂食。10月18日取出，11月

3日又插入，因为康维已不能用口摄入营养。在11月3日重新插入后，她的监护人要求取走鼻饲管，但被她的主治医生拒绝。11月17日康维被送回护理院，在那里主治医生又拒绝取走鼻饲管。因此监护人向法院起诉要求强迫取走。法院下令取走，但受理上诉的分院驳回了这个决定，宣称中止喂饲就是杀人。康维死于1983年2月15日，此时鼻饲管仍留着。监护人上诉到新泽西州最高法院。1985年1月，最高法院宣布，中止对无行为能力者的任何医疗包括人工喂饲，是合法的，只要遵循某些程序。最高法院作出结论说：“我们确信，如果康维有行为能力作出决定，如果她下决心，会选择让人把她的鼻饲管取走”。

5. 玛丽·希尔案

玛丽·希尔(Mary Hier)是一名92岁的妇女，患有严重的精神病，过去一直在精神病院中，长达57年。她没有亲友。她自称是英格兰女王，还患老年性痴呆。由于患食管裂孔疝和颈部憩室(她的食管有个囊妨碍了插入鼻饲管)，她不能经嘴饮食，通过胃部手术把管插入腹中已达10年之久。她一再把她胃饲管拉出来，有一次一周拉出几次，不让再插进去，人们只好把她送入医院。在医院她通过静脉喂饲维持生命，但静脉喂饲仅在有限时间内有用，并且主要是补充液体，不能提供充分的平衡的饮食。后来把她从纽约精神病院转到马萨诸塞州护理院。护理院要求法院任命一个监护人，以便同意给她服治疗精神病人的药物(氯丙嗪)，并进行胃造口术，来代替她的喂饲管。这种手术一般是成功的，有不到5%的死亡

率。但对于希尔来说，这种手术并发症很严重，成功的机会不大，死亡危险达 20%。遗嘱审查法官布兹科发现，希尔在智力上不能作出有关她医疗的必要决定。他批准给氯丙嗪，但不同意作胃造口术。后来护理院撤消了这个要求。这位法官作出这个结论时，使用了代理判断，即如果她有行为能力，她会接受服用氯丙嗪，而拒绝胃造口术。由于对给氯丙嗪没有争议，马萨诸塞州上诉法院集中于这一问题：如果希尔有行为能力，是否会反对胃造口术？上诉法院的结论支持布兹科的意见，理由是这种手术具有侵害性，代价太大，并且医生也认为手术对她不合适。实际上反对手术的医生理由也并不一致。约翰逊医生反对手术，是因为“她不要用管喂饲”，而马洛奈医生反对手术，主要是因为她被视为有行为能力的成人，另一个医生把她看作是个资源分配问题。而遗嘱审查法官则看作是个代理判断问题。上诉法院强调代价——收益分析。1981年7月3日，法院任命的监护人勒多克斯将案件交回原来的遗嘱审查法官处理，在听了7个医学方面的补充证人的证词后，法官改变了意见。7月4日，在波士顿圣伊丽莎白医院成功地进行了手术，重新植入胃管。

6. 两例汤氏综合症的女婴

一位三十八岁的护士生了一个女婴，女婴患有汤氏综合症（一种会导致患者智力严重迟钝的疾病）和肠梗阻。这种婴儿的母亲往往是三十五岁以后才开始生育的妇女。该护士和她的丈夫一致认为，孩子生存下去会由于智力迟钝而质量低劣。他们还知道，如果不排除肠梗阻，孩子就会死亡。于

是，他们拒绝为排除肠梗阻手术签字，并叫医生不要采取任何措施拯救他们的女儿。医生和医院当局认为，孩子的父母有权作出这一决定，于是就把孩子留在育婴室让其等死。十一天后，该女婴死于饥饿。

另一名妇女，四十二岁，被紧急送往医院分娩，途中在车上生一女婴。孩子生来就患有汤氏综合症和肠梗阻，而且心脏有一个洞，呼吸非常困难。这个女人和她的丈夫已有三个孩子，原来并未打算要这一个。由于这些问题，他们就会面临病儿造成的经济困难，而且将来女儿长大后在婚姻方面也会遇到困难。因而他们拒绝在医生的肠梗阻手术许可书上签字。他们说，即使女婴在手术后能幸存下来，以后也得做极为复杂的心脏手术。此外，如果女婴在心脏手术之后还能幸存，也依旧存在智力严重迟钝的问题。医生不同意他们的意见，在获得法院关于动手术的许可指令后，排除了病儿的肠梗阻。这对父母甚至没有给自己的女儿命名，并拒绝领她回家，直到与他们地位相等的公民对他们的其他子女施加压力之后，才被迫领她回来。一年之后，小女孩还活着，但由于心脏缺陷，常常气喘吁吁。父母为此愁苦不堪，母亲甚至想用枕头把幼女闷死，但又不忍下手。家庭经济情况不断恶化。母亲忧心忡忡，因为他们养活病儿的时间愈长，家里的人就愈喜爱她，孩子将来如若死去，他们都会难过。父母责备医生和发布指令的法官，因为他们造成了这个几乎不堪忍受的局面。

7. 两例卵巢癌患者的死

一位 29 岁的妇女，因原发性卵巢胚胎瘤住院，三个月内进行两次大手术，以后发生肝、肺、脑广泛转移，确定为不治之症。下肢功能丧失，大小便失禁，发烧，阵发性头痛，疼痛时，应用麻醉镇痛药无效。本人多次要求结束个人的生命，实行安乐死术，以解除其痛苦，家属同意患者的要求，最后服过量安眠药，无痛苦死亡。事后反映明显效果有三：一是结束了病人临终前的痛苦；二是解决了病人家属的精神、经济上的负担；三是节省了国家公费医疗费用。

另一名 47 岁的妇女，因卵巢癌并腹水住院。入院后已行全子宫及两侧附件切除术。术后经化疗和支持疗法后，能少量进食，并能下床活动。但八个月后食欲减退，感腹胀不适，检查时盆腔内又发现转移包块。随着病情发展，患者腹胀、呕吐越来越严重，渐渐不能进食，全身极度消瘦，真可谓骨瘦如柴，因疼痛不休，每天在床上辗转不安，彻夜不眠，多次苦苦哀求医生帮助她结束生命，以解除痛苦，每次哀求时都是双手作揖，连连呼喊：“医生，请给我打一针，让我进火葬场！”医务人员听此话后无不感到心寒，对此亦深表同情，并经多次会诊研究，但始终无人敢如此办理，最后病人在忍无可忍的情况下，亲笔写了一纸要求实施“安乐死”的字条，并由其亲属一一签字证明。然而谁也不会去执行。卵巢癌重危患者继续处于慢性衰竭和极度痛苦的绝望之中，最后在其亲属和医务人员无可奈何的同情中度过了极度痛苦的最后时刻。

以上的这些一幕幕触目惊心的实例，向人们提出一系列尖锐的难以回答的问题，这就是如何看待生命，又如何面对死亡的问题。不妨让我们从基本的问题入手，向大家介绍当今世界的科学家们对生命与死亡的分析与思考。

Ⅱ. 生命与死亡

现代医学上有许多最棘手的难题，以及伴随这些问题而来的激烈的争论，说到底都涉及到人类的生命是否神圣这个前提。残废新生儿的处理，体外受精、器官移植，无痛苦死亡术等方面发生的争论都与生命的价值这一根本问题有关。生命的起点在哪里？终点在哪里？它是神圣的还是可以牺牲的？杀人和听任死亡有没有区别？

1. 生命的起点

这个看起来很简单的问题却极难回答。要是我们能把这个问题的回答得恰如其分，并且使大家意见一致，那么医学上决定问题就容易多了。

现在常有人说，生命根本没有起点，而是世代连续的过程。它不在每个个体中重新开端，而是在一个连续的进化链节中延续。从最广义方面说，考虑在地球上存在生命的，确实很难否定这个说法。但在解决日常医学难题时，这个说法没有多大帮助。我们可以承认个体生命是连续过程的一个环节，但是谁要说胎儿只不过是体内生长着的一团细胞，是对母亲没有任何意义的，不过是疣的赘生物，怕是会有几个人表示赞同的。

仔细推敲生命被认为开始的不同阶段是有帮助的。有人认为生命的起点是分娩。很明显，这个看法能引起注意。毫

无疑问，人一出世，就作为人存在了，并且被看作是一个极小的个体，只要给以温暖和食物，便能够独立生存。但把分娩作为界限是不恰当的。因为这没有证实这种可能性，即在分娩前几天甚至前几个星期胎儿就已经发育成熟了。可以设想：如果孕妇有透明的子宫，我们肯定会把发育后期的胎儿看作活的，即使尚未独立生活。所以，以分娩为界线的论点是难以服人的。

长期以来，人们认为个体存在的起点是胎动，也就是母亲第一次的胎儿蠕动感觉。但第一次蠕动对胎儿发育过程意义不大。现代英国法律选了胎儿发育中的另一个阶段为界，这就是以它能脱离母体独立生存的阶段——生存性界线为界。这不过是为司法机构提供方便，道德上未加肯定。生存性界线取决于医疗技术能否帮助该界线分娩的婴儿存活下来。由于医疗技术的发展，此界限也随之向前推移。因此，如果该界线作为生命界线被采纳，将造成社会混乱。也许就像某医生所说：“去年这个阶段的胎儿不能算人，但因为医院病房设备更新，今年它可以算人了。”

另一个管理上方便的办法是以胚胎着床作为生命的起点。论据是，受精卵只有植入母体子宫内，才算开始了生命，因为只有在这时，卵子才有可能实现潜在的机体，发展成婴儿。但是问题的矛盾在于：科学家不要很长时间就有可能用人工胎盘在子宫外为胚胎提供营养。此外还有更具说服力的比喻反对着床界线。如果说生命不存在，是因为不具备维持发育的手段，这是无前提推论。如果把一个没有穿暖衣物的新生儿抛弃在寒冷的街上，不喂食物，肯定要不了多久就会死亡。但我们不能据此硬说这个婴儿从来没有作为独立的个体存在过。受精卵也是这样。不可否认它不着床就不可能存