

終止治療 ****

陳文克 譯

殺死和任其死以及不予餵食之議題

本文所要討論的兩個問題，並未排除對老人的關心，實際上是與老人相關的課題。首先，所要討論的問題是與道德相關，即殺死和任其死之區分。這是一嚴肅及困難的議題，因為以目前絕對禁止用藥物予以直接殺死人的角度來評論其合理性，這牽涉到法律及倫理道德兩層面。再者，由這一議題亦直接關連本文第二個問題，即不予病人食物及各類藥物而讓病人自然死去，是否是一種較道德或易接受的行為。在論述這兩個問題的同時，我也針對美國一份官方報告「停止生命維持治療之決定」(一九八三)及加拿大法律修正官方報告「安樂死，協助自殺及停止治療」(一九八三)兩篇報告加以評論。

壹、殺死和任其死的區分 (The Killing/Letting Die Distinction)

積極殺死比允許死亡發生是一種較壞的行為，相信這是每個人都同意的觀點，而且每個人亦應同意這兩種行為在道德評價上是有差異及爭論存在。然而殺死的定義為何？或者這種典型的道德差異是其他共同因素所造成的結果，諸如動機、意圖或結果等差異？

(一)、作為／不作為 (Acts/Omissions)

殺死和任其死的區分似乎可立基於廣義的作為與不作為之區分。簡單說，前者是因有所作為而直接致死，後者則是停止可維持生命之活動而讓其死亡發生。然而，這種區分充其量只是一種巧託，因為，在某種情況下，可以適當地說由於停止某行為（例如餵食）會被視為殺死，而在另一種情況下，由於作了某事（如下達不予復甦急救之命令）而視為允許死亡發生。

(二)、因果的媒介 (Causal instrumentality)

區分作為和不作為，一個人很自然地會以引起死亡的媒介或媒介涉入的程度來區分。一般而言，殺死和任其死的差異在於導致死亡事件中代行者角色的直接與顯著性。從這觀點來看，相對於區分的道德關聯的主要爭論過於簡化。依邏輯言，道德的中心議題是針對死亡的道德責任，因此，假如殺死和任其死在意圖、動機和結果等方面皆相同，那麼無論何種形式的結果媒介，兩種行為在道德層面上並無差異。也就是說，在這種情況下兩種行為皆構成生命的結束，因此，道德責任應是同等的，而且它無關於一種行為所使用的方法導致直接殺死，而另一種是利用間接的方法。雖然在其他方面沒有顯著影響，但這是非常有力的見解，特別是對哲學家而言，然而，重要的是，基於長期社會效用可能與潛在虐待、濫用有關之故，那些接受這種特定結論的人仍經常會繼續爭論這並非政策所允許的，因允許殺死應是屬於醫療機構職權，有關這點稍後會再

談論到。

(三)、區分的規範力量 (Normative force of the distinction)

與這立場有關的一個有趣及重要的難題在於關心採取方式所觸及的規範、相關的必要條件、期待、特權、及關於社會與專業角色的權力，這些思考皆會影響區分問題的應用。規範對於我們在瞭解代行者的因果角色及涉入程度，通常具有相當決定性的影響力，也因此，我們將行為區分為二類。例如，想像一位飛機機械工，正在小心翼翼依著指示裝置一個已故障的精密零件，如果這個步驟失敗，將會使飛機墜落而殺死人，這時由於出事的起因是出現在故障及機械不全部分，因此這機械工對於這意外事件將不必負責任。然而，假如換上一位不夠資格且無權威的人來執行這修理工作，那麼對失事原因及責任的認定上將有所不同。從一個抽象或理論的觀點來看，兩位代行者皆用相同的材料，結果是飛機墜落引起死亡，但由於他們不同的角色，對於引起死亡所涉及及的代行者及責任便有所不同。進一步地說，對於這議題如果有更多立即的相關，那麼可以思考一個很普遍的觀點，即當醫師從一幾無復原希望的臨終病人身上拿掉氧氣罩，這是允許死亡發生，並宣稱病人生命自然結束的案例。相對於類似的情況，一位極要好的朋友或親戚在夜晚進入醫院，將這氧氣罩拿掉，究竟會有多少人在判斷這種行為時流露出同情、原諒、或公正呢？因這很難說服人們相信這是任其死而不是殺死的行為。相同的，當內科醫生對於一位重度殘廢、無希望而且腦部受傷的新生兒給予口服鎮定劑，或者基於相同理由，當他們停止使用可以延長嬰兒生命的抗生素時，這樣的做法人們會相信這不是殺死的行為，而是一種允許的死亡，或者說是一種安排的死亡。然而，假如一位父親或母親將小孩帶離家，給予鎮定劑，並故意讓小孩一直餓到死，那麼多數人會認為他或她的行為是殺死的行為，再者，在法律上，這父母要負刑事上故意疏忽而致人於死的責任。

不可否認的，有些應考慮的觀念及語言上的變數與這類例子有關，雖然如此，在某種程度，這些或類似例子說明愈來愈多的趨勢，人們證明規範、結合角色與關係的方式，有時便可決然地將殺死和任其死的行為加以區分。較特殊的是，我們對於引起死亡的代行者之判斷與決定，經常反應出道德的假定及標準，也就是對於怎樣的人會給予應然的角色。

回到與道德有關的爭論上，如何顯示殺死和任其死之間些許的差異，但不是道德上的差異呢？有人會認為，如果有些案例在意圖、動機、結果做一比較，而其唯一的差別是引起死亡的手段，那麼他將發現殺死和任其死之間，在道德上並無差別。然而，區分殺死和任其死的決定性因素，對於社會所給予的角色規範及所界定的道德力量之標準，經常是相當敏感的。因此，這種以假定殺死和任其死本身是一種道德中立（事實上也不是）的典型爭論是站不住腳的。上述對於與區分殺死和任其死有關的道德爭論如是有效的話，那麼對於其意圖和精神將被認為是不公平的。為了公平地強調這立場，一個人必須掌握社會角色與關係網絡，以及其動機、意圖和結果等因素。因此，關鍵在於社會、專業角色及關係皆相同，意圖、動機、結果亦相同的時候，殺死和任其死之間並無道德上的差別，即使致死的形式和涉入的程度有所不同，在道德的質及評價上皆無法促成任何差異。

(四)、有關關聯的結論 (Conclusions on relevance)

我個人傾向認為問題的關鍵將顯露一嚴肅簡要的道德關聯 (relevance) 概念。一般而言，關聯是必要的，即使瞞騙、錯誤訊息或無法獲得醫學承諾，皆與倫理評價有關。很明顯地，這些與某些原則如自治權、自我決定、個人尊嚴等相關。更需留意的是，這議題顯示殺死和任其死的區分在道德上的關聯性，即使在目前形式化的責難情況之下，也不能簡單獨自地決定有關長期社會影響力的實證議題。例如，假如能允許某種形式的積極安樂死，則將導致誤用和虐待的情事發生，那麼應有法律、道德及規範予以制止。再者，如果針對醫學實務予以制止與管理，那麼殺死和任其死之區分與以道德評價醫師決定病人的生與死有關聯。簡言之，在特定情況下，雖然殺死和任其死任何一種行為對於道德責任及辯解義務都是相等的，但並未排除兩者區分在道德關聯上的可能性。因此，偏好任何一種行為都將應有重要的社會理由，如此才能維繫著道德關聯。

緊接前述爭論所涉及的第一層面，便是顯示區分殺死和任其死的實際邏輯有賴於先前所提角色與關係的道德規定，但是，怎樣的區分，即使能回歸其道

德的先前假設，才能與全面的道德評價無關呢？第二層面所要考慮的是無關聯的標準爭論之公式化，而這種無關聯的爭論又能通融區分本身的規範力量。然而，這種公式化只提供我們思考一個問題，即會引起死亡之藥物應該如何被組織與管理之規範與標準為何？基本上，涵蓋區分殺死和任其死的道德關聯，雖然有趣與具教育性，却是相當平凡。因為一個人無法辯稱任何一種可允許的醫學實務是與道德無關，甚且，道德可決定醫學實務的真實性。再者，很明顯地，這些結論有賴於思考一個複雜問題，即允許積極性殺死行為的社會影響力，如一般社會福利、人類安全等。但是有些涉及死亡的醫學實務在某種情況是被視為合法的。只是必須完全證明醫學實務上導致死亡所牽涉代行者之直接與顯著性，而不能與允許死亡的認定相提並論，因此必然被視為是殺死行為，在這兒所提的規則也不例外。然而，暫且不提殺死行為必須較任其死負更多的道德責任，我的中心論點是區分兩種行為的道德關聯與醫生應不應該決定病人生命或死的議題並無多大的相關。

貳、加拿大與美國兩份報告之比較

美國官方報告對於停止生命維持的治療及相關議題的陳述，皆較加拿大的報告來得容易理解與詳盡。然而，對於停止治療及安樂死這特別議題之一般原則與結論部份，兩份報告所持的觀點有相同處。兩份報告皆肯定病人自治權的原則，即對是否接受有效的生命維持治療擁有最後決定權。這原則只強制應用於遭受傷害或無法承受不公平稅款之負擔的案例。再者，在這原則上，兩份報告皆強調一個先前假設——對於無能力病人也應該給予他們所想要及認為有利於他們的治療。用效用及利益問題並不侷限只延長生物的生存，亦必須適當地考慮延長生命對於人類的意義及生活品質的影響。

(一)、加拿大報告中模擬兩可的論點

然而，很不巧地，在加拿大報告裏却隱藏模擬兩可的論點——文章形式如研究報告，其結論亦過於簡短。首先，讓我們來檢視這份研究報告，它除了主張生活品質應適切融入治療效用的原則，而且所提的解釋及例子，其趨勢皆是

支持另一篇文章的觀點，即兩報告對於治療可給予希望或至少控制疾病發展方向，否則將導致死亡，及不得要領的治療頂多延長不可避免的死亡過程的描述是持相對論調。簡言之，官方報告主張持續的治療並無法帶給病人全面的福利。這裏所呈現的問題是前項原則對於非常基本的生活品質的考慮竟毫不預留空間。這在某種意義上，常常有這種情形出現，就是人們可控制疾病的發展，延緩死亡，雖然並不一定有希望，或對於人類功能並不一定具有任何意義。例如，具有認知、反應及與其他器官相關的知覺功能不一定有復原的希望。另外有關身體可變性及有目的的行為、情緒關係與反應、自我及對世界的認識層次等等這類的考慮，都是評斷生活品質的準則，基於這些準則將可適切宣稱治療是否有效。但加拿大官方的研究報告並未提及應用生活品質來判斷的例子。該文章的爭論點是不當治療若只延長死亡過程，那麼是可允許停止治療。因此，這原則所關心的生活品質並不如道德上所瞭解的那麼多，反而較注重死亡過程這不可改變的特性，而其主要影響乃在於窄化「不當治療」，雖然治療可延長不可避免之死亡。

在另一方面，報告的末段只簡要探討看來似乎相當支持極端案例，如不持續給予治療，對於生活品質判斷的關聯與其合法性。也就是說，報告的最後提出或建議，無效的治療只能將延長生命的功能達到某一程度，但此程度却低到幾乎無法接受。例如，報告中提到，延長臨終病人痛苦的決定是不合理的，強迫新生兒或成人經歷一連串額外的手術或治療，其結果只是終止無法改善生活品質之醫學治療，然而，這並非是一成不變的，因為部分原因可能是不清楚「改善生活品質之醫學治療」的定義，另一部分原因是這些作者只從研究報告資料來作一陳述。

在加拿大官方報告最後建議章節中，對於犯罪的界定却頗譏諷的，因它明白指出醫師對於已無多大希望的病人而不給予持續治療，不需負擔任何責任。另外，在他們所設定的一般原則及所解釋與所舉案例上優勢的效果之間呈現一種矛盾，因為我們如何去瞭解這建議章節，特別是有關如何判斷治療是否有致這問題本身，仍存在相當的質疑。

(二)、判斷的替代原則——美國報告

相反的，對於那些無法替自己本身作決定的病人，美國報告却清楚及一致地堅持一個判斷的替代原則。判斷的替代原則是由病人本身決定他或她在將來如何處理的問題，因此可從病人的家人或朋友得知病人先前的宣言及證明。如果無法從家人或朋友那兒得到協助，就以一般的追索權（acquire）考慮什麼是對病人最有利的。考慮的同時亦應將病人的生活品質納入，尤其是有關身體與心理功能的形式及層次（美國官方報告第四章）。實際上，如果再考慮執行這原則的過程，這報告指出一個相當顯著及權威的觀點，即這原則與家庭成員息息相關。相反地，加拿大報告強烈地主張應與家庭成員共同商量，對於醫師只要是尊重其基本權威。此外，兩份報告皆以不同方式提出所謂生存遺書的價值與功能，及病人偏好的正式先前宣言。兩份報告皆強調法院的決定性角色，尤其在前所未有或不尋常的特殊案例，及家人與醫師之間觀點有極端衝突的案例。

（三）、積極安樂死的廢棄

最後，兩份報告皆反對任何形式的積極安樂死的合法性，無論病人是志願與否；也反對減弱安樂死的過失責任及法律地位的改變；反對基於同情的他殺行為。再者，兩份報告對廢棄積極安樂死的理由，基本上是相同的。加拿大報告中指出，對於自殺時所提供的協助或支持而減低其刑責仍有爭議，雖然對方是基於同情的動機。

值得注意的是，兩篇報告對於請求冒險的主張，及對人類生命的腐蝕（目前積極安樂死所支持），幾乎沒有提出爭論或任何形式的說明。為說明這點，加拿大報告中對於他殺案例，便以英美法系幾個國家的經驗及傳統作一比較，如瑞士認為慈悲或同情的動機是一種保護。只是這份官方報告在建議章節中並沒有顯著的更改。但在美國官方報告中就與加拿大報告不同，因美國報告對於有關殺死和任其死之間所顯現的某些內部道德差異之爭論，皆加以仔細地研酌或否認。此外，在區分殺死和任其死的同時，仍須注意其角色與關係是否相同，意圖與動機是否相同或可接受，其結果及對死亡所需負擔的道德責任是否完全相等（美國官方報告第六頁至七三頁）。

（四）、無意義延長痛苦的問題

當然，可想而知，影響社會變遷之現實主義將可部份地說明爭論是沒什麼重要性，然而，除此之外，這報告呈現兩個非常重要的觀點，有助於解釋及緩和另一部分的爭論。兩份報告指出，將臨終病人給予直接殺死的法律禁制若繼續保留，其結果只是無意義地延長病人的痛苦。與這問題相呼應，兩份報告均強調經常性地服用止痛藥，及控制痛苦的過程，甚至當他們使用後會加速死亡，這種行為並不是不道德的，反而經常是一種積極的義務。再者，法律修正的官方報告指出，去除任何模擬兩可的爭論都將改變犯罪的界定。因此，兩份報告皆強調可經由漸進緩和的照顧以減輕痛苦的可能性，而不是經由改變他殺的法律規定。在這個關係上有一個重要的觀點，即漸進式的解除痛苦治療，甚至當它戲劇性地加速死亡，但經由「直接意圖結果」及「預知而非意圖結果」之區分，此治療方式是可被允許而免於造成實際的殺死。因這些案例的主要意圖是控制痛苦，即使加速死亡成為可能或預知的結果。

相對的，它也可能被質疑，因為即使最有力的止痛治療能直接控制生理病痛，以適當地減輕各種形式的痛苦，例如持續的氣喘、反胃、嘔吐、大小便失禁及智力與功能急速下降等等。很明顯地，假如服用量在絕對致死程度之下，這種治療可能可以處理這些問題。但這明顯地是相當於積極安樂死，因為意圖和只是預知結果兩者可能並行出現。假如我們為控制病痛，但在某一程度上我們也立刻預知將致死，那麼我們將面臨一個無解的問題，即由於我們預知它能立即解除痛苦，但為何我們使用了它，就將導致死亡呢？

最後，第二個觀點是，美國官方報告對於在未觸及直接殺死之禁忌，而醫學上可能面臨所有合法的同情及人道之義者時，是採取一種樂觀的態度。這報告特別提出，以人工方法提供食物及藥物，如果在醫學技術範圍內，當治療功能消失而撤離醫療器材時仍是合法的（美國官方報告八九至九〇頁，一三二至一三六頁，一八九至一九〇頁）。雖然加拿大報告在這問題未提到任何意見，但在現代社會，對於這議題也許已不知什麼是較適切的，無論是激進的道德與法律修訂，或是否撤離一些維生的醫療器材。清楚地說，假如這視為是一種消極觀念，那麼將有不少病人的生命必須被無限定期地維持著，而成為基於同

情而毫無治療效果的志願者。對於這議題我持保留態度。

叁、撤離食物與藥物的道德觀

對於臨終病人或其它案例，我們是否曾經思考過若撤離其食物與藥物這問題呢？這議題涉及兩個重要層面，首先，營養的提供是否視為醫學治療，而能與其他治療形式相提呢？如人工氧氣罩或透析方法。或者，食物的提供是最基本的護理照顧，而其價值在含意上是否可擴展到各個病人？第二，也是較基本的，假如他殺基本上是有意引起死亡，那麼我們如何與有意撤離維生品而導致死亡作一區分比較呢？簡言之，有時撤離食物及藥物的合法性，在醫學上是否同等於殺死行為呢？本文的觀點認為營養品的提供，在相關案例上，可適當地評論為醫學治療，並與殺死行為區分開來。

(一)象徵性的價值之議題

在美國及加拿大兩份研究報告中，對於終止治療之研究，皆認為對於無力病人的基本標準管理處置是在不清楚病人的偏好時，應採取有利於增進病人利益的方式（美國官方報告第四章；加拿大研究報告第三部分第二節）。到目前，這個原則在醫學實務上是非常普遍的，因它有時可用來判斷末期的醫學治療，比如當這種治療無法給予病人福利時。但是，假如以這原則來判斷無法復原、撤離透析或輸注、拿掉氧氣罩等行為，那麼，我們會很自然地認為它是判斷撤離維生品的例子。據此，目前已發展一種強烈的道德思想，認為給予食物和水的人工方法，先天上並無異於其他醫學治療，而且也可以這一原則來加以評斷。上面所舉的例子，大多是屬於人工供給營養方法而無助於病人福利的案例，就如一些不考慮道德觀的醫學技術。因此，如此一來，像 Karen Quinlan 植物人的案例，或無腦嬰兒，基於病人的福利而保留人工氧氣罩的理由，亦可說明保留食物及水的道理。或者是對無法排泄的嬰兒案例，若採取腸胃供給營養方法亦是徒勞枉費的，因他幾乎無法吸收任何營養；靜脈注射法在應用數週或數月後，也可能導致死亡，如患血栓病及傳染病的病人。

另一對立的道德思想認為，即使是無多大希望的案例，我們應該提供營養

品及水份，因為這些行為所表現的是照顧與同情的本質。這些行為不能以個別案例的目標來加以評價，但應視為是人類基本及專業價值的傳達。醫學上有一傳統的觀念，即應給予病人最基本的照顧及舒適的待遇，即使對病人不具有治療價值。在某種情況下，如果允許撤離食物或藥物，那麼將減弱這固有傳統的約束力，而且對於醫學與病人之間的事業關係也會有不良的影響。

有關這部分的其他問題，我將嘗試在這些極端案例中發展一可行的方向。也就是說，以人工方式提供食物及水，且不脫離道德的信仰，及其他條件相等，但因我們的判斷而可以在任何時間終止生命維持治療的信仰，兩者之間發展一可行的方向。

以特別技術來供給營養及水的方法，並無法同時將對病人的照顧及同情的本質傳送給病人，無法有如冰冷的手放在熱碗上的感覺，或者用湯匙餵病人的感覺。因此，無效的治療方法經常產生一種反效果，因它無視於無意義治療的政策，及有時甚至無視於延長病人生命所承受的痛苦。例如，想像一位年老人已到了相當衰弱及痛苦的癌症末期階段，他的親人基於同情，而要求不要再以人工餵食的方法來維持他的生命，這時，親人的要求便忽略了政策或原則所倡導的及不可改變的病人權益問題。

這裏所談的是指，不斷提供營養只是為維持一項重要的象徵價值，這並不具有邏輯上的利益，尤其當許多人在特殊情況下，實際目睹這些活動時。那麼，我們該相信誰的反應，或是什麼道德制度呢？此外，這整個議題能否降低到一種情況，即不同的道德感受或知覺呢？也就是一部分人主張應該維持象徵性價值，另一部分人認為這是無意義的道德保守主義呢？

也許較可行的方式是，以一種方式來界定代表某種意圖的票面價值 (Parity Value)，及界定象徵價值 (Symbolic Value) 的精神所在。前者包括兩部分，一、以人工方式提供食物和水化合物，其道德同等於其他醫學治療方式，而且應以相同的指標予以評價。那麼，我們可以說，當其他維持生命的治療被停止時，人工提供方式的治療也可終止。但這種說法將困擾許多人，因為一個人對於特殊案例可能準備持續不給予餵食，例如對臨終病人而言，人工餵食只是延長死亡的過程，或者是植物人，只是維持其生物生命並無多大價值。但這些情形不能只因為某一維持生命的治療被終止，而視為是潛在的道德選擇。另

一案例是，尚未到臨終的癡呆症老人，假如她的病情顯現出官能不良或非常衰弱，而將她置於能力所不能及，但却是最基本的處置，這時不可能存在人際關係，對於個人認定生存的感覺也值得懷疑。當我們考慮到這一點，對於這案例，我們不必堅持終止治療是否合乎道德，比如說，敗血病的抗生素治療，或控制癌症的化學治療。

首先，我們必須注意到一點，當人工餵食同等於其他醫學治療，且以相同指標評價其道德時，不能因終止維持生命的治療是對的，而推論不予餵食也是對的。這說明一點，即這原則考慮到各別病人的利益與福利。但是，我們將被質問到有關醫學實務或其政策問題，也就是說，在什麼情況下，人工餵食可以終止而不違反道德規範呢？「象徵價值」的觀點認為，當我們考慮這個議題時，也應顧慮到一般政策的社會結果。因此，評價的指標應包括病人的福利與社會結果。基於此，人工餵食可以如同其他維持生命之技術，以相同指標加以評價，但是，營養品的餵養如處於與維持生命之技術相同情境下而被允許終止，那就錯了。也就是說，營養品的餵食，即使處於與維持生命之技術相同情境，也不能同時被終止。兩者的明顯差異在於其一般政策的社會結果是否可預期的。

在那些需要人工營養及水化合物的案例中，我們可將病人區分成兩個不成比例的團體，即嚴重殘缺的新生兒和非常脆弱的老人。當一般政策允許在特定情況下終止食物和水份時，對這些團體中的某些病人而言，反而可能是受惠者。但是，同時我們也必須承認這些病人易因不當治療和虐待而受到傷害，尤其當醫療費過高時而顯得無助。既然任何人都將因缺乏食物和水而死亡，因此在建立能為大眾和道德所接受的終止人工營養的情況和程序時，必須極為小心和謹慎。在這種情形下，我們可以繼續辨別，在不同情況下終止其他生命維持之技術的道德合法性，同時，堅持在一般情況下，撤離食物和藥物必須受到極嚴格的限制。對那些非自願的案例而言，也許這些限制只可適用於繼續維持生命將會非常痛苦和麻煩的案例，或是沒有意識反應的植物人。

就此觀點而言，人工供給營養的方式，如不顧一切代價而加以維持著生命，這並不具有象徵性價值。再者，人工餵食和其他維持生命之技術，兩者之區分並無道德基礎。將維持生命所必需的食物和水，以及較易受傷害的病患團體相併論，特別是殘缺的新生兒和非常衰弱的老人，在極謹慎的道德情況下，可作為終止營養和水化合物的理由。

(二)他殺之議題

我們第二個問題是有關終止人工營養和水化合物，是否可避免邏輯上被歸類為他殺的問題。假如不歸為他殺，那麼目前法律及醫學所禁止的積極殺死，均將對這種行為加以譴責。

前述觀點，有些已被反映出來，在一些美國法院中，裁決拔掉靜脈管和胃管，基本上和終止其他醫療方式並沒有差異，同時他們的利弊也必須同樣加以考量。此一判決在一九八三年加州「巴伯和尼德爾對高等法院第二號」中有所描述。在家屬的請求下，巴伯和尼德爾兩位醫生將因心臟停止跳動而使腦部嚴重受損的克萊倫斯·赫伯身上的氧氣罩拿掉，並拔掉靜脈血管針頭，結果與在場的救援人員發生爭執，最後兩位醫生遭到犯罪的控訴。在這種情況下，法院裁決他們的行為並不構成非法殺害的確定行為，而是以赫伯先生的情況和希望來判斷，兩位醫生是一種不作為。再者，法院也認為提供營養和水化合物的醫療過程完全同等於其他醫療過程，應以同樣的態度來考量。

另一個不同的例子，是發生在最近紐澤西高等法院，對他殺問題不同層面的界定。康若太太已八十三歲，患有嚴重的腦器官障礙及糖尿病。她無法行動，無法與他人溝通，同時也失去所有認知及理性功能。由於患得糖尿病，導致她左腿出現精神性的潰爛，醫生建議將左腿鋸掉，她的監護人拒絕簽署手術同意書，另向法院聲請將康若太太的鼻胃管拿掉。法院認可了這項聲請，但最後裁決仍在上訴審理中。不久之後，康若太太過世了，過世之前鼻胃管仍持續挿著。一九八三年七月，高等法院駁回地方法院的決定。姑且不論康若太太的病情及未來希望，高等法院不認為這是終止醫學治療的案例，而是以饑餓來達到有目的殺死的案例。高等法院認為如果依地方法院法官的指示付諸實行，康若

太太不會因既存的醫療狀況而死，反而是因一新奇而獨立的狀況——脫水與饑餓——而痛苦地死亡。如此，她可說是因獨特的方法而被殺死的。

在討論「他殺」這議題之前，我們必須注意到一個很重要的觀點，即如果痛苦是由於拿掉供給營養及水化合物的導管的話，那麼可藉由止痛療法來緩和這種痛苦。此種做法或取向與法律修正研究報告及美國之研究報告的立場一致。這些報告強調，如果在決定終止維持生命的治療之後，為控制病人的痛苦，即使會加速病人的死亡，也應合法地使用鎮定劑。

(三) 與 Quinlan 的案例作一比較

將康若太太的案例與 Quinlan 的案例作一比較，所引申出來的問題是，拿掉營養及水化合物，在各種情況的考慮下，是否誠如紐澤西高等法院的認定，為他殺行為。若我們將此問題與臨終病人或永久昏迷病人相比較，或許可幫助我們看出端倪。Quinlan 案例的決定在於從一個永久昏迷病人的身上拿掉氧氣罩，並不是造成死亡的基本及顯著原因，其死亡應是前已存在健康狀態的自然結果。然而，拿掉人工氧氣罩是致死的物質條件。雖然如此，這種在法律判定上的分界觀念仍然普遍存在：當醫生從臨終病人或無任何復原希望的病人身上拿掉氧氣罩，這是屬於允許死亡發生的案例，也就是讓病人自己的病情來宣判他的生命。

這又使我們回到一開始所談論的議題上，即這種普遍的思考模式，讓我們認識到關乎醫生是然及應然的規範及道德標準是取決於死亡的因果與代行者的角色，也是決定是否歸類為他殺的關鍵所在。讓我們再考慮一種情況，如果一個沒有復原希望的病人，他的親人或朋友偷偷地將病人之人工氧氣罩拿掉，這種情形又應如何衡量？從法律的觀點來看，這種情形顯然不僅是消極的行為，正如只讓病人因病而死亡，如 Quinlan 案例。如前所述，扮演著他殺問題之核心關鍵的「判斷」及「死亡之因果關係」，常反映出特定的道德預測及標準，這些預測及標準關係著一個人的應然角色。

此種可避免將醫師的持續或終止某種維持生命之治療行為歸類為他殺的理由，與法律教條中的「類似因素」互有關聯。雖然這種概念的分析是多樣且複雜的，一個明顯的解釋是，一個行為者是否為結果的類似或主要因素取決於行為者是否從事對於結果的法律責任可被確立的事物，這個「責任」的課題又取決於行為者的責任與義務。因此，在沒有義務以開始或持續治療的情況下，法律的主張偏重於病理因素導致死亡的過程，即使結果可能是受不予治療所影響。

對於撤離人工胃食管是否可適當地避免被歸為他殺行為的最合理答案又是什麼呢？有一種可能，即應用在拿掉人工營養及水化合物之行爲邏輯理念，正可以運用於防止因拿掉氧氣罩而被視為他殺行為的案例。讓我們思考這些行為在長期昏迷病人中的相似性，即兩者皆屬構成死亡的物質條件，也都牽涉到相同的意圖及相同程度的道德責任。如果我們因為病人之病情狀況可視為死亡之「類似因素」，而不將撤離氧氣罩當作他殺行為的話，我們又怎能將拿掉鼻胃管視為是他殺的行為呢？在兩者任何之一的情況下，如果病人沒有繼續接受治療，他可以說是經由停止氧氣或停止營養及水化合物，而宣判生命的終止。在這兩種情況中值得注意的是兩者都無法治療疾病或改善病人的病情。

任何對自己病情無能為力的病人都希望接受對病情有幫助的治療，所謂有幫助的治療，在今天非僅指對生理機能的存在有幫助而已。以社會及法律觀點來看，人們都已經漸漸接受無意義的治療（指治療無法改善殘留歲月的生活品質）可以導致免除維持氧氣系統之義務。從 Quinlan 案例的邏輯分析來看，如果我們認為醫生傾向於終止供給人工營養，如此一來，這種行為應被認為是消極行為。

最後，關於是否持續人工營養及水化合物供給的道德問題，應視什麼政策對人們最有利。我們必須面對一個基本的課題：在不考慮提供一般照顧及安適的醫學傳統，及避免陷於積極殺死的法律責任兩種影響下，什麼才是我們個人及社會所希望的？