

原著

好死不易在台灣

郭正典

台北榮總教學研究部生物物理研究室
陽明大學急診暨重症醫學研究所

發展醫療技術的原始目的爲了要拯救病人的生命及減輕病人的痛苦，而不是要拖延病人的死亡及增加病人的痛苦，如果醫療處置只會增加病人及其家屬的痛苦而無實益，則從人道的立場及醫學的目的來看，這些醫療處置就不應該被用在病人身上。如果醫護人員只知道救治病人，而不問病人是否還有救治希望，則這時候的醫療到底是在延長病人的壽命，還是在延長病人死亡的時間，就值得大家思考了。

並不是所有病人都要治療到底的，若在開始治療前就認定病人已無治療意義而不給予延命治療，此稱爲「治療的限制」；若病人經過積極治療後病情仍一路惡化，死亡已可預見時，醫師在徵得家屬的同意後停止治療，此稱爲「治療的撤除」。「治療的限制與撤除」不是安樂死。安樂死是企圖經由致命的、治療的操作以結束病人的生命，但「治療的限制與撤除」則是醫師不使用或中止延命治療的使用，讓病人自然死。

「安寧緩和醫療條例」讓我國的醫師可以限制及撤除已經用在末期病人身上的延命治療，使末期病人及已無治療意義的病人能早日脫離苦海，達到心靈及肉體的解脫。但是，由於民智未開，法律的限制也頗嚴格，還不完善，以至於許多人辛苦一輩子後還不一定能得個善終，這是很令人遺憾的。

關鍵詞：治療的限制、治療的撤除、無效、臨終悲劇、好死

壹、前言

俗語說：「人命關天」，佛教也說「人身難得」、「救人一命勝造七級浮屠」，生命的寶貴是無庸置疑的。若遇有某人身陷險境，設法搶救那個人一定是沒有錯的。如果有人見死不救，一定會被罵「沒人性」，見死不救的人也會良心不安，此事中外皆然，而且不分古今。如果見死不救的人是職司救人的醫護人員，除了會被罵「沒人性」外，也一定會引起公憤，因爲救人本來就是醫護人員的天職。

爲了確定醫師盡到救人的本分，我國的「醫師法」¹第二十一條就將醫師救治危急病

人的義務規定在條文裡，其條文是：「醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」除了規範個別醫師的「醫師法」有這樣的規定外，用來規範醫療機構的「醫療法」¹也有類似的規定，以免醫師想救人而醫療機構卻因種種原因而讓醫師無法放手救人。「醫療法」第六十條第一項規定：「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」如果醫療機構的能力及設備不足而要將病人轉診時，同法第七十三條第一項也規定醫療機構仍有適當的急救義務，該

投稿日期：2006年6月20日；接受日期：2006年7月10日

聯絡人：郭正典，台北市石牌路二段201號，台北榮總教研部生物物理研究室

E-mail: cdkuo@vghtpe.gov.tw

條文是：「醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第六十條第一項規定，先予適當之急救，始可轉診。」

只有醫師及醫療機構有急救義務還不夠，因為醫療行為是團隊行為，醫師和護理人員是不可分開的團隊成員，因此，護理人員也有急救義務。事實上護理人員是照顧病人的第一線人員，通常的情形是護理人員最先發覺病人有異，然後通知醫師到場急救。如果醫師一時到不了現場而病人已相當危急，此時再空等醫師顯然不切實際，故為了爭取搶救病人的黃金時機，護理人員必須先給予病人必要的急救措施。因此，「護理人員法」¹第二十六條有很清楚的授權規定：「護理人員執行業務時，遇有病人危急，應立即聯絡醫師。但必要時，得先行給予緊急救護處理。」

醫療的目的當然是救人，救人當然要救到底，但想救人不一定救得成，而且並不是所有的病人都能被救起。急救病人的醫療科技最常遇到的問題是：維生系統一旦用上去就不易拿下來。醫療科技固然延長了病人的生命，但也可能增加病人的痛苦。很多情形是病人的命雖然被救起來了，但其生命的品質卻不堪聞問：有的病人失去意識成為植物人；有的病人雖然保有意識，但因心肺功能嚴重受損而在可見的未來無法脫離維生器械；也有的病人不僅失去意識，也無法脫離維生器械。醫療技術原本是為了延長病人的壽命及減輕病人的痛苦而發展出來的，近年來的發展卻是醫療技術可能被用於延長病人死亡的時間及增加病人的痛苦。

如果明知某些醫療處置只有增加病人及其家屬的痛苦而於事無補時，從人道立場及醫學目的角度來看，這些醫療處置就不應該繼續被用在病人身上。此外，醫療資源是有限的，若把許多寶貴的重症醫療資源浪費在已無治療意義的病人身上，卻讓後到的急重症病人無法接受適當的治療，那也是很不人道的。因此，為了有效地運用醫療資源，當病人幾乎百分之一百確定已無治療意義時，

就該考慮撤除用在他身上的醫療資源，以免延長病人的死亡時間，增加病人的痛苦。

貳、好死與善終

不管醫藥科技如何進步，也不管法律如何規範醫事人員的急救義務，人活在这个世界上頂多只能延長壽命而已，不可能永生不死。死亡既然不可避免，則探討死亡也就必然成為一個重要的人生課題。從古到今，從東方到西方，多如繁星的人曾經思索過何謂生？何謂死？有的人經過一番努力後終於了悟生與死的秘密，這些人就是所謂的成道之人。絕大多數的人則渾渾噩噩地過日子，日常生活中也避談有關死亡的一切事務，好像死亡永遠不會降臨似的，這些人就是所謂的眾生。

人都會死，差別只是在活多久以後才死，及如何死而已。沒有人願意痛苦地死去，因此，如何死得毫不痛苦就成為一個很值得探討的課題。西方學者在一九七〇至一九九〇年代中曾提出數個與不痛苦死亡相關的名詞：(1) 適當的死亡 (appropriate death)；(2) 好死 (good death)；(3) 和平尊嚴的死亡 (dying with peace and dignity)；(4) 健康的死亡 (healthy dying)；(5) 柔順的死亡 (tame death)。這些名詞的意涵大同小異，本文只擇要簡介前面兩種死亡方式。

1972年 Avery Weisman²就曾提出「適當死亡」(appropriate death)一詞，他認為「適當死亡」的基本要素有五個，即：(1) 更多完整、圓滿的感覺 (greater sense of completeness)；(2) 解決和所愛的人之間的關係 (resolution of relationships with loved ones)；(3) 更多內心的寧靜 (more inner tranquility)；(4) 更少混亂、激動、和痛苦 (less turmoil, agitation, and anguish)；(5) 生命圓滿，有成就及和平的感覺 (rounding out life with a sense of accomplishment and peace)。從這五個要素，我們可以知道 Avery Weisman 所提「適當死亡」的意義很接近東方傳統的「善終」概念。

「好死」(good death)一詞最早是由 Kastebaum 在 1979 年提出。³ 1988 年英國醫學會為「好死」下了如下的定義：「死於平安尊

嚴，而且滿足地活到最後一刻。」⁴ Martocchio⁵ 則認為「好死」是：「儘可能地還給臨終病人自我控制權，促使舒適，給他關愛，保護其隱私，以及協助他達成心願」。Richard Smith⁶ 也曾為「好死」訂下十二個原則 (Principles of a good death)，即：(1) 能知道何時死亡將來臨，且了解什麼是可以預期的 (To know when death is coming, and to understand what can be expected); (2) 能對即將發生的事保持控制權 (To be able to retain control of what happens); (3) 能保有尊嚴和隱私 (To be afforded dignity and privacy); (4) 能控制疼痛及其他症狀 (To have control over pain relief and other symptom control); (5) 能選擇及控制死亡的地方 (To have choice and control over where death occurs, at home or elsewhere); (6) 能得到各種需要的資訊及專業 (To have access to information and expertise of whatever kind is necessary); (7) 能得到所需的精神或情緒支持 (To have access to any spiritual or emotional support required); (8) 能得到任何地方的安寧療護，而不僅限於醫院 (To have access to hospice care in any location, not only in hospital); (9) 能控制誰該在場，誰能分享最後時光 (To have control over who is present and who shares the end); (10) 能預立生囑，保證其願望能獲尊重 (To be able to issue advance directives which ensure wishes are respected); (11) 能有時間說再見，及控制其他方面的時間 (To have time to say goodbye, and control over other aspects of timing); (12) 能夠時間到了就能走，生命不會被無意義地拖延 (To be able to leave when it is time to go, and not to have life prolonged pointlessly)。Smith所提的好死十二原則可看成東方傳統善終觀念的具體描述。

從以上簡介可知，不管是「適當的死亡」或「好死」或「和平尊嚴的死亡」或「健康的死亡」或「柔順的死亡」，簡單地說，一個好的死亡方式應如《心經》所描述的：「心無罣礙，無有恐怖，遠離顛倒夢想」。

參、佛教對久病不起的看法

咒人「不得好死」或「不得善終」是國罵的一種，從這句話可知「好死」或「善終」(good death) 是一種福氣。何謂「好死」？

「好死」就是「善終」。急性的「不得好死」或「不得善終」就是死於橫禍，例如死於車禍、中毒、凶殺等意外事件。慢性的「不得好死」或「不得善終」就是纏綿病床，求生不得求死不能。《地藏菩薩本願經》〈如來讚歎品第六〉中有一段經文堪稱為這種情形的寫照：

復次普廣。若未來世。有男子女人。久處床枕。求生求死。了不可得。或夜夢惡鬼。乃至家親。或游險道。或多魘魅。共鬼神游。日月歲深。轉復尪瘵。眠中叫苦。悽慘不樂者。此皆是業道論對。未定輕重。或難捨壽。或不得癒。男女俗眼。不辨是事。

《地藏菩薩本願經》中這段經文所描述的幾乎就是長期臥床病人的情形。如果醫療的結果是讓病人處於《地藏菩薩本願經》〈如來讚歎品第六〉所描述的情形，這是人們想要的死法嗎？這樣的死法是一種善終嗎？當然不是，因此釋迦牟尼佛在《地藏菩薩本願經》〈如來讚歎品第六〉裡接著說：

但當對諸佛菩薩像前。高聲轉讀此經一遍。或取病人可愛之物。或衣服寶貝。莊園舍宅。對病人前。高聲唱言。我某甲等。為是病人對經像前捨諸等物。或供養經像。或造塔寺。或燃油燈。或施常住。如是三白病人。遣令聞知。假令諸識分散。至氣盡者。乃至一日。二日。三日。四日至七日已來。但高聲白。高聲讀經。是人命終之後。宿殃重罪。至于五無間罪。永得解脫。所受生處。常知宿命。何況善男子善女人自書此經或教人書。或自塑畫菩薩形像。所受果報。必獲大利。是故普廣。若見有人讀誦是經。乃至一念讚歎是經。或恭敬者。汝須百千方便。勸是等人。勤心莫退。能得未來。現在千萬億不思議功德。

釋迦牟尼佛建議病人的家屬及朋友在這時候應當對佛菩薩像前大聲念地藏經一遍，或拿病人可愛的東西、衣服珍寶、或莊園舍宅等對著病人的面前大聲唱說我某某等為這位病人在經像座前，將病人種種所愛的寶貝或某莊園或住宅等割愛施捨，或變賣轉供養

經像，或造佛菩薩形像，或是參加建塔修寺，或燃油燈，或布施給廟上常住等，以這種功德迴向給病人，願仗佛菩薩慈悲的力量，令他業障消除，早脫病苦之厄。顯然，釋迦牟尼佛不認為應該讓病人一直處於久病不起、疾病纏身、不得痊癒的情況。釋迦牟尼佛認為應該設法讓病人早日脫離苦海，早脫病苦之厄。

如果我們讓無法自行呼吸的病人一直掛在呼吸器上，無法回復到一般人的生活方式，但在醫護人員的照顧下一時也不至於致命，所謂的求生不能、求死不得，這種病人最後死亡時，一定當然不會是「適當死亡」，也不會是「好死」。換言之，不是善終。

肆、治療的限制與撤除

若在開始治療前就認定病人已無治療意義，而不給予延命治療，此稱為「治療的限制」；若病人經過積極治療後病情仍一路惡化，死亡已可預見時，醫師在徵得家屬的同意後停止治療，此稱為「治療的撤除」。「治療的限制與撤除」不是安樂死。安樂死是企圖經由致命的、治療的操作以結束病人的生命，但「治療的限制與撤除」則是醫師不使用或中止延命治療的使用，讓病人自然死。

許多從醫學系畢業的準醫師在畢業前都會依據希波克拉底誓言 (The Hippocratic Oath) 發誓，發誓以後要依據希波克拉底誓言行醫，當個好醫師。希波克拉底誓言的版本有很多種，許多醫學院的醫學系或多或少會依據他們的理念修改一下希波克拉底誓言，使他們的理念能與希波克拉底誓言結合，與希波克拉底誓言同時傳達給即將畢業的準醫師們。希波克拉底誓言告訴醫師們該如何救治病人、對待病人，也告訴醫師們什麼事是可以做的，什麼事是不可以做的。希波克拉底誓言裡對醫師們的各種規範都不出我們對醫師這一行業的理解範圍。但是希波克拉底誓言裡卻也有些一般人容易忽略或不易接受的事，尤其是東方國家的人，那就是治療的限制與撤除。以下所節錄的是某一版本的希波克拉

底誓言中的一段：

I will neither give a deadly drug to anybody if asked for it, nor will I make a suggestion to this effect. Similarly I will not give to a woman an abortive remedy. In purity and holiness I will guard my life and my art.

I will not use the knife, not even on sufferers from stone, but will withdraw in favor of such men as are engaged in this work.

這一段誓言的最後一句「I will not use the knife, not even on sufferers from stone,...」所描述的即是「治療的限制」(limitation of treatment)，而「..., but will withdraw in favor of such men as are engaged in this work.」所說的即是「治療的撤除」(withdrawal of treatment)。⁷⁻⁹

在歐美澳紐等西方國家，病人到醫院經過醫師的評估後，如果評估的結果是病人已病入膏肓，其病情不太可能扭轉回來，則醫師可能不會給予太積極的治療，有些治療甚至試也不試，此即為治療的限制。安寧緩和治療就是一種治療的限制。如果醫師評估後認為病人還有治療的希望，則醫師會給予該有的治療，但若經過一段時間的積極治療後病人的病情仍然一路惡化，死亡已可預見時，則醫師通常不會一直治療下去，而會告訴家屬實情。此時醫師可能徵詢家屬是否同意捐贈病人還有用的器官，如果家屬同意捐贈病人有用的器官，則進行器官移植。如果家屬不同意捐贈病人有用的器官，但同意撤除無益的治療，則醫師會停止用藥、關掉呼吸器，然後拔除氣管內管，此即為治療的撤除。如果家屬不同意捐贈病人的器官，也不同意撤除治療，則醫師可以訴請法官判決是否可以撤除已無實益的治療。法官若同意醫師的看法，即使家屬百般不願意，已用在病人身上的治療還是會被撤除，讓病人的病情自然發展。有些病人就此往生，有些則否。

伍、台灣的限制與撤除治療

法律教授蔡墩銘¹⁰在「醫事刑法要論」一

書中說：「醫師對於垂死病人雖應給予臨終醫療，但不表示應對病人給予延命醫療，如未給予延命醫療或中斷延命醫療，醫師不因此而應負罪責。對於延命醫療之拒絕予以承認之法律，稱為自然死法」，蔡教授又說：「藉由儀器而維持的生命並非自然的生命，只可視為人工的生命。有鑑於此，自然死法認為不使用人工心肺器以延長生命或中斷人工心肺器之使用，並不縮短病人之生命，故醫師之此項行為應可容許，於是有必要在法律上規定其要件，符合其所規定之要件時，即承認其為合法行為。」雖然有蔡教授對限制治療與撤除治療的立論支持，但台灣直到民國八十九年（西元1997年）六月七日才公告實施「安寧緩和醫療條例」，民國九十一年（西元2002年）十一月二十二日修正原條文中的第三、七條。¹

「安寧緩和醫療條例」第七條規定不施行心肺復甦術應符合下列規定：一、應由二位醫師診斷確為末期病人。二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書由其最近親屬出具同意書代替之，但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願時明示之意思表示相反。前項最近親屬之範圍如下：(一)、配偶；(二)、直系血親卑親屬；(三)、父母；(四)、兄弟姐妹；(五)、祖父母；(六)、曾祖父母或三親等旁系血親；(七)、一親等直系姻親。第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行心肺復甦術前以書面為之。末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術得予終止或撤除。

我國的「安寧緩和醫療條例」容許醫師對符合上述規定的末期病人限制治療，但若醫師認為病人已無治療意義但家屬不願放棄，則醫師要自主地限制某些延命治療的施予

，實務上還不太容易。此外，即使病人的疾病已經由醫師診斷為不可治癒，且有醫學上之證據證明病人的病程在近期內即可能進行至死亡，但「安寧緩和醫療條例」也不容許醫師撤除已經用在末期病人身上的延命治療，讓病人就此解脫，除非有兩位醫師能證明病人確為無法治癒的末期病人，且有病人選擇安寧緩和醫療之意願書，但未成年人簽署意願書時應得其法定代理人之同意。

陸、臨終悲劇

雖然「安寧緩和醫療條例」已在西元1997年6月7日公告實施，更在西元2002年11月22日修正原條文中的第三、七條，但人們還是偶而可以聽到甚至看到病人死得很痛苦，造成不少臨終悲劇。2002年8月25日聯合報就曾報導成大醫學院護理系趙可式副教授在台中市舉辦的安寧療護傳愛志工培訓班中所講的一些實例。¹¹她說很多人為了種種原因堅持要求醫師使出「十八般武藝」繼續急救明明只剩最後一口氣的親人，使得病人受盡折磨，痛苦地含恨以終。這是濫用醫療科技搶救最後一口氣所發生的臨終悲劇。以下是趙副教授所舉的四個實例。

案例一、家道衰敗

有個老人已屆彌留狀態，子女請相士算命，相士說老人如果在某月某日前死亡，家道會衰敗，後人會貧窮，子女拜託醫師無論如何不能讓老人死。結果，這名老人經過十幾次急救，光是強心針就打了一千多支，護士打到手軟，拖過相士講的那一天，子女終於同意醫護人員拔掉老人身上所有管子，讓他安息。

案例二、孩子還小

有一名四十二歲婦人罹患卵巢癌，癌細胞嚴重擴散，她丈夫懇求醫師非得救她一命不可，因為「三個孩子還小，不能沒有媽媽」。當她呼吸停止時，醫師努力替她施行心肺復甦術，但急救無效。她丈夫進入病房一看，只見愛妻滿臉滿枕頭都是血，嘴裡插

了一根很粗的管子，口角沾著血，眼角的淚也沾溼了枕巾。他抱著妻子狂喊「你們對她做了什麼？」當他獲悉是急救的結果，心中大慟，連連捶胸哭嚎說「我對不起妳！我對不起妳！」

案例三、遺產未決

有位七十三歲老太太得知自己罹患乳癌後，清楚交代後事，然後安心地接受治療。四年後，癌症復發，並轉移到肺臟、肝臟、腦部和骨骼，她自知來日無多，不但簽下「不急救」的意願書，並且交代兒孫在她往生之日，不要驚擾她，只需安心念佛，送她上西方極樂世界。沒想到，老太太瀕臨死亡前，有個兒子聲稱在遺產問題尚未擺平，兄弟姊妹還沒取得共識前，醫師絕對不能讓她斷氣，否則就要控告醫師有醫療疏失，醫師只得依他之言「全力搶救」，經過多次電擊和心外按摩？這位老太太死前幾乎已被震得「粉身碎骨」。

案例四、最後一面

一位篤信天主教的八十九歲老人樂天知命，七十歲那年就寫好「生前預囑」，希望子女在他臨終前，不要給他插管開洞，讓他安詳的返回天國。

然而，真的到了他病入膏肓多重器官衰竭之際，子女擔心被鄰居批評不孝，同時為了讓住美國的大哥見老爸最後一面，硬是要求醫師救到底。這名老人死前意識清楚，渾身沒穿衣褲，插了十幾根管子。他沒辦法說話，幾度要自行拔掉管子。護士只好綁住他的雙手，他又用腳踢表達心中的怨憤。由於扯掉導尿管造成血尿，護士又綁住他的雙腳。結果他被五花大綁地躺在加護病房，躺了兩星期，不斷流淚。最後長子總算趕回台灣，但是任憑所有子女聲聲呼喚，老人轉頭閉眼，硬是連看都不看，在無聲的抗議下嚥下最後一口氣。

趙可式說這種人間悲劇不是個案，全台各醫院每天都在上演。趙可式說她每次看到這種情形就感慨萬千，甚至有的病人根本就

已經死了，只不過靠著人工呼吸器，胸部仍有起伏，其實腳底板已經出現屍斑，醫師往往宣布死亡不到一小時，屍臭就透出來了。趙可式表示，這種人間悲劇可以說是「四輸」：病人方面不得善終；家屬方面事後愧疚；醫師方面在醫療糾紛的陰影下，無奈為之，違反了醫界倫理；社會方面，每年因此耗費的健保資源更是難以計數。這種惡質文化還要讓它存在多久，應該值得國人深思。

柒、好死不易在台灣

當病人突然發病且病情一路惡化時，家人一定會手忙腳亂地將病人送往醫院急救。在病人性命交關時，醫師自然是「先救再說」。等到氣管內插管、心臟電擊、人工呼吸等心肺復甦術都用上了，所有維生系統都插上病人的身體，病人的病情也因此暫時穩定了，此時醫師要撤除已經用在病人身上的維生系統已經不容易，因為法律要保障病人的生命安全。但是，這樣的醫療過程也會導致有些病人無法得到善終的結果。

首先是並非每個病人都已事先寫下不願接受侵襲性治療的意願書，事實上沒有這類意願書的病人可能遠比有這類意願書的病人還多。如果病人沒有事先寫下拒絕接受無意義治療的意願書，則他的疾病一路惡化到無法治癒的末期疾病時，即使有兩位醫師能證明他確為無法治癒的末期病人，醫師也無法不給予急救及其他延命治療，這個病人也無法拒絕心肺復甦術及其他延命治療。換言之，急救措施的限制及撤除不適用於這種病人。這時候如果再有家屬強烈要求醫師必須急救，則病人一定會被折磨到死為止。上一節中趙可式的「家道衰敗」及「孩子還小」兩案例就是例子。

其次，即使病人已事先寫下不願接受侵襲性治療的意願書，但病人的家屬找不到他的意願書，或不願意拿出病人的意願書，則當病人的疾病已惡化到無法治癒的末期疾病時，醫師還是無法不給予急救及其他延命治療，病人也無法拒絕心肺復甦術及其他延命治療。

復次，即使病人已事先寫下不願接受侵襲性治療的意願書，病人的家屬也已將病人的意願書交給醫師，但若有某位意見不同的家屬強勢地要求醫護人員不得停止施行心肺復甦術及其他延命治療時，醫護人員還是可能無法停止施行心肺復甦術及其他延命治療。畢竟會告醫護人員的是病人家屬，而病人是不太可能病情好到可以起身保護醫護人員免於被告的。我國的法律還沒完善到讓醫護人員對這種情形下的法律保護有信心，因此，只要有家屬很強勢時，醫護人員通常不敢拂逆其意見。上一節中趙可式所提「遺產未決」及「最後一面」的兩案例就是在這種情況下發生的。

「安寧緩和醫療條例」的本意是要維護末期病人的尊嚴，避免積極性的醫療使得瀕死者的生命延長，無意義地延長瀕死者的痛苦。但是，「安寧緩和醫療條例」的通過及修正並不能保證人們從此可以高枕無憂地好死。台灣的限制與撤除治療並不像歐美國家那樣容易施行，主要原因應是民智未開。徒法不足以自行，良好的法律要落實到生活中來還是需要時間，何況是一個還不完善的法律呢。

捌、結論

醫療技術是爲了減輕人類的痛苦而發展出來的，不是被用來增加人類的痛苦的，如果明知某些醫療處置只有增加病人及其家屬的痛苦而於事無補時，從人道的立場及醫學的目的來看，這些醫療處置就不應該被用在病人身上。如果醫護人員只知道救治病人，而不問病人是否還有救治希望，則不僅醫院的病床將長期被許多已無治療意義的病人佔用，逼死後到的急重症病人外，也會讓心肺腦殘障的病人長期掛在呼吸器上，求生不得求死不能。這時候的醫療到底是在延長病人的壽命，還是在延長病人死亡的時間，就值得大家思考了。

「安寧緩和醫療條例」讓我國的醫師可以限制及撤除已經用在末期病人身上的延命

治療，使末期病人及已無治療意義的病人能早日脫離苦海，達到心靈及肉體的解脫。但是，由於民智未開，法律的限制也頗嚴格，還不完善，以至於許多人辛苦一輩子後還不一定能得個善終，這是很令人遺憾的。

參考文獻

1. 陶百川、王澤鑑、劉宗榮、葛克昌。最新綜合六法要旨增編、判解指引、法令援引、事項引得全書。台北市：三民書局，2001年。
2. Weisman A. An appropriate death. In: *Death and Dying: Challenge and Change*. Edited by Fulton R, Markusen E, Owen G, and Scheiber JL. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley, 1978
3. 劉震鍾、鄧博仁 譯。死亡心理學。五南圖書出版公司，2005年 (Kastebaum R. *The Psychology of Death*. New York: Springer, 2000)
4. British Medical Association. *The Euthanasia Report: Report of the Working Party to review the British Medical Association's guidance on euthanasia*. London: British Medical Association, 1988
5. Martocchio BC: Agendas for quality of life. *Hospice J*. 1986; 2: 11-21.
6. Smith R. A good death: an important aim for health services and for us all. *Brit Med J* 2000; 320: 129-130
7. Crippen D. Terminal weaning awake patients from life supporting mechanical ventilation: the critical care physician role in comfort measures during the dying process. *Clin Intens Care* 1992; 3: 206-12.
8. Murphy DJ, Barbour E. GUIDe (Guidelines for the Use of Intensive Care in Denver): a community effort to define futile and inappropriate care. *New Horiz* 1994; 2: 326-31.
9. Streat S, Judson JA. Cost containment: the Pacific, New Zealand. *New Horiz* 1994; 2: 392-403.
10. 蔡墩銘。醫事刑法要論。台北市：景泰文化事業有限公司，1995年，頁465
11. 陳于嫻。搶救最後一口氣，臨終的悲劇。聯合報2002年8月25日

It may not be easy to have a good death in Taiwan

Cheng-Deng Kuo

Laboratory of Biophysics, Department of Research and Education, Taipei
Veterans General Hospital, Taipei, TAIWAN

and

Institute of Emergency and Critical Care Medicine, National Yang-Ming
University School of Medicine, Taipei, TAIWAN

The primary purposes of developing medical technologies are to rescue the lives and alleviate the painful sufferings of the patients, instead of prolonging the death and increasing the sufferings of them. If medical interventions can only increase the sufferings of the patients and their families without benefits, then those medical interventions should not be applied to the patients from the viewpoints of humanity and the purpose of medicine. If medical personnel know only the application of emergency and critical care interventions to the patients without inquiring into the appropriateness of performing such interventions, then it is worthy of thinking whether the medical treatment is prolonging the life or the death of the patients.

Not all patients are to be treated endlessly. When the patient is considered as hopeless and the life-sustaining treatments are regarded as futile, then the life-sustaining treatments are withheld from the very beginning. This is called the withholding or limitation of treatment. If death is foreseeable in the near future despite aggressive treatment, then the physician discontinues the treatment given to the patient after convincing the family the hopeless situation. This is called the withdrawal of treatment. The withholding and withdrawal of treatment is not the equivalent to euthanasia which is the attempt to terminate the life of the patient by using lethal intervention, whereas the withholding and withdrawal of treatment is trying to let the patient die naturally by limiting or removing the life-sustaining treatments.

The “Hospice Palliative Care Act” of Taiwan allows physician to legally withhold and withdraw the life-sustaining treatments in terminally ill patients so that they can get rid of the painful sufferings caused by futile treatments and attain peace in both mind and body. It is a pity that some patients still cannot enjoy a good death after a life-long hard working because of inadequate education of the general population and the strict restrictions of the law.

Key words: Withholding of treatment, withdrawal of treatment, futility, end-of-life tragedy, good death