



聖神修院神哲學院 — 普及神學教材系列

14

醫療倫理



醫療倫理

香港聖神修院神哲學院

聖神修院神哲學院——普及神學教材系列

主編

丘建峰 何奇耀

編寫小組

丘建峰 吳結明 何奇耀 郭育慈 李展球 潘小鈴 王德範 廖潔珊
袁燊銘 邱慧瑛 王藝蓓 陳錦富 潘志明醫生 賴煜清 陳麗娜 潘國忠
楊孝明 梁鳳玲 莫靜儀 盧秀芬

學術小組

勞伯瓏神父 黃國華神父 伍國寶神父 黃鳳儀修女 斐林豐神父
蔡惠民神父 劉賽眉修女 鄺麗娟修女 阮媽玲修女
羅國輝神父 梁定國神父
吳智勳神父 呂志文神父 阮美賢博士
閻德龍神父 李亮神父 楊玉蓮博士

審閱小組

蔡惠民神父（教義）
鄺麗娟修女（教義）
吳智勳神父（倫理）
梁定國神父（禮儀）
李國雄神父（聖經）

醫療倫理——普及神學教材系列（14）

編寫：丘建峰 潘志明醫生

審閱：吳智勳神父

編輯校對：丘建峰 何奇耀

排版：鍾鳳如

編輯：聖神修院神哲學院

出版：聖神修院神哲學院

香港香港仔黃竹坑惠福道6號

發行：聖神修院神哲學院

電話：2553 0265

傳真：2873 2720

電郵：cert@hsscol.org.hk

網址：<http://www.hsscol.org.hk>

印刷：藝彩印刷制作公司

版次：2015年4月初版

國際書號：978-988-99627-9-1

主教准印：香港教區主教 湯漢樞機

2015年3月20日

版權所有

售價：每冊 HK\$70

特別鳴謝：吳智勳神父

本書以吳神父講授「醫療倫理」的課堂內容作骨幹，編寫而成，特此感謝吳神父。

目錄

序	i
編者的話	iii
單元一 醫療倫理的基本原則	
1. 緒言	1
2. 單元目標	2
3. 導論	2
4. 醫療倫理的發展	4
5. 從醫療倫理進入生命倫理	7
6. 倫理模式	8
6.1 情緒主義	9
6.2 直覺主義	9
6.3 主觀或自由理性模式	10
6.4 倫理實證主義	11
6.5 敘述倫理	12
7. 原則	13
7.1 自主原則	13
7.2 不損害原則	14
7.3 有利原則	15
7.4 公義原則	16
7.5 整體原則	17

8. 倫理規律.....	18
8.1 誠實規律.....	18
8.2 保密規律.....	19
8.3 私隱規律.....	20
9. 其他角度.....	21
10. 摘要.....	22
11. 參考資料.....	23

單元二 人的神聖價值

1. 緒言.....	25
2. 單元目標.....	26
3. 導論.....	26
4. 生命何時開始.....	28
5. 維護生命尊嚴.....	32
6. 《生命的福音》通諭.....	33
6.1 簡介內容.....	34
6.2 摧毀生命的「死亡文化」.....	38
7. 摘要.....	41
8. 參考資料.....	41

單元三 從試管嬰兒到複製生命

1. 緒言.....	43
2. 單元目標.....	44
3. 導論.....	44
4. 生育的人性意義.....	45
5. 人工受孕的方法.....	48
5.1 人工受精.....	49
5.2 體外受精.....	51
5.3 輸卵管配子移植.....	52
5.4 教會訓導對人工受孕的回應.....	53
5.5 人工受精的倫理論審視.....	54
5.6 異體人工受孕的倫理問題.....	55
5.7 同體體外受精的倫理審視.....	57
5.8 代母的倫理問題.....	60
5.9 輸卵管配子移植的倫理審視.....	62
5.10 克賴頓生殖照護系統.....	62
6. 複製人.....	63
7. 摘要.....	64
8. 參考資料.....	65

單元四 基因工程與產前檢測

1. 緒言	67
2. 單元目標	68
3. 導論	68
4. 基因工程	69
4.1 男與女	71
4.2 生與死	72
5. 產前檢測	73
5.1 方法	73
5.2 反省思考	79
5.3 由胎兒檢測到早產兒	81
6. 摘要	82
7. 參考資料	83

單元五 性別選擇與變性

1. 緒言	85
2. 單元目標	86
3. 導論	86
4. 性別選擇	87
4.1 方法	88
4.2 倫理上的考慮	90
4.3 牧民考慮	96

5. 變性.....	96
5.1 背景及方法.....	97
5.2 倫理考慮.....	99
6. 小結.....	103
7. 摘要.....	103
8. 參考資料.....	104

單元六 墮胎

1. 緒言.....	105
2. 單元目標.....	106
3. 導論.....	106
4. 墮胎的實況.....	107
4.1 墮胎的歷史.....	107
4.2 胎兒的發展.....	109
4.3 墮胎的方法.....	110
5. 支持和反對墮胎的意見.....	111
5.1 支持墮胎的論點.....	111
5.2 回應支持者的觀點.....	114
6. 核心問題：胎兒是否人？.....	117
7. 教會的訓導與牧民的考慮.....	121
8. 摘要.....	124
9. 參考資料.....	125

單元七 絕育與良知抗拒

1. 緒言.....	127
2. 單元目標.....	128
3. 導論.....	128
4. 絕育.....	128
4.1 絕育的類別.....	129
4.2 教會訓導對絕育的看法.....	131
4.3 神學反省.....	133
5. 良知抗拒.....	134
5.1 良心與自由.....	135
5.2 良心與法律.....	137
5.3 良知抗拒與墮胎.....	138
6. 摘要.....	142
7. 參考資料.....	143

單元八 安樂死

1. 緒言.....	145
2. 單元目標.....	146
3. 導論.....	146
4. 安樂死的定義.....	147
5. 安樂死的歷史發展.....	150
6. 支持和反對的理據.....	152
6.1 支持安樂死的理由.....	152
6.2 反對安樂死的理由.....	154

7. 牧民角度的考慮.....	160
8. 第三條路：安寧服務.....	161
9. 預前指示的考量.....	163
10. 摘要.....	165
11. 參考資料.....	166

單元九 器官移植

1. 緒言.....	169
2. 單元目標.....	170
3. 導論.....	170
4. 器官移植的類別.....	170
5. 器官移植的困難與解決方法.....	174
5.1 困難.....	174
5.2 解決方法.....	177
6. 倫理上的考慮.....	180
7. 小結.....	184
8. 摘要.....	185
9. 參考資料.....	186

單元十 傳染病

1. 緒言.....	187
2. 單元目標.....	188
3. 導論.....	188
4. 愛滋病是怎樣的一回事.....	189
5. 有關愛滋病的倫理問題.....	193
5.1 由原則來看.....	193
5.2 從政策層面看.....	198
5.3 教會對愛滋病的看法.....	200
6. 瘟疫中的醫護責任.....	202
6.1 病人.....	203
6.2 醫護人員.....	204
6.3 公眾.....	206
7. 摘要.....	206
8. 參考資料.....	207

序

我們的教區為回應梵二的呼籲，先後成立了兩個延續培育委員會：一個為聖職人員，另一個為教友。這兩個委員會的成員定期開會，審視時代徵兆，檢討目前神職人員或教友的需要，策劃相關的進修講座及聚會。事實上，早在四十年前，當我在聖神修院擔任神學主任時，已受命負責聖職人員延續培育委員會，且每年一月初便安排數天舉行司鐸學習營，有超過百名神父參加。這既可幫助神父延續培育，亦可促進神父間的弟兄情誼。

去年，聖職人員延續培育委員會邀請了一位聖言會神父貝文斯（Fr. Stephen Bevans, SVD），於六月二日（星期六）上午，為教區神父、會士、執事、修士主講教宗「信德年」的宗座手諭《信德之門》的內容。

貝神父是美國芝加哥天主教聯合神學院「使命與文化」的神學教授。他在講座中特別指出，「信德」的內容，應從三方面去界定，即：思想條文，心靈情感，生活行為。三方面互相連結；除非三方面都包含在內，否則不算是具有實質內涵的「信德」。

我覺得貝神父的講話很有道理，且切合時宜，不但適用於神職人員，也適用於一切教友。教區要求預備領洗者要慕道一年半，但是教友在領洗後，仍當繼續接受培育。除了參加堂區或教區的善會或團體，以促進彼此間的支持和學習外，也鼓勵他們多看靈修、教理和神學書籍，或參加有關課程。

我們的教區獲得天主福佑，也十分多謝大家上下一心努力福傳，以致近年來，教區每年復活節前夕約有三千五百成年人領受洗禮。但他們和我們還要繼續接受培育。聖神修院神哲學院（下稱學院）在新的學年開辦兩個全新課程——神學證書課程與神學普及課程，期望能為教區的平信徒提供更多適切的信仰培育機會。為了配合新課程的開辦，學院與公教真理學會合作，出版一系列教材叢書。我覺得這不但切合時宜，且屬必須。因此，我作為教區主教，鄭重推薦這套教材，也祈求上主百倍答謝提供這套教材的作者及工作人員，並使所有讀者能藉此加深認識信仰，熱愛信仰，亦能在生活言行上見証信仰和傳揚福音。

十 湯漢 樞機

二零一三年六月十日

編者的話

「普及神學教材系列」是聖神修院神哲學院為推動神學普及化的嘗試。這套教材的面世，是為了配合本學院所開辦的神學證書課程，同時也是為推廣神學本地化的一個努力。

因此，整套教材有兩個重要的元素：首先，它是一套系統的寫作，為渴望進一步明瞭天主教信仰的人，提供一個理性的基礎。其次，它的設計是以「自學」模式為主，所以內容力求深入淺出，讓讀者能從閱讀中學到相關的知識，從而深化信仰，親近天主。

基於以上的元素，這一系列的教材在編輯上均有幾個相同的特色：

1. 在內容上，整套教材包括了教義、聖經、禮儀、倫理及其他相關的科目。讀者既可專就其中一個範疇，由淺入深，逐步學習，也可以綜合其他的範疇，以達觸類旁通之效。

2. 在設計上，每一部書共分為十個單元部分，將學習的內容以提綱挈領形式編寫，力求讓讀者可以循序漸進地認識相關課題。

3. 在編排上，每一個單元的開端部分均列出學習目標及重點；在內容中提供思考問題，有助讀者反省學習內容；在結尾部分則提供參考書目，讓讀者更容易尋找到延伸閱讀的資料。

這個系列的教材帶有自學的色彩，讀者可以單純閱讀這些教材，學習相關科目的知識。如果希望在學習的過程中有所交流，甚至測試自己學習的成果，教材可配合本學院的神學普及課程的授課和神學證書課程的輔助資料，達到更佳學習的效果。

教材得以順利出版，實有賴學院的教授鼎力支持，並且獲得教會內不同的團體的相助，特別感謝在編輯、校對、排版上作出貢獻和努力的弟兄姊妹，及為編寫自學教材提供了寶貴意見的曾婉媚博士和劉煒堅博士。

以中文寫作而有系統的神學教材，並不多見。我們希望這套教材不僅有助天主教教友提昇自己對信仰的認識和理解，也希望拋磚引玉，在未來的日子裡，看到更多質素卓越的中文神學教材。

單元一

醫療倫理的基本原則

1. 緒言

歡迎讀者開始有關醫療倫理的探究。要知道，從本質來說，倫理並不是一門學問，也不是一套理論，而是生活上善惡的抉擇，讓人得以渡一個行善避惡的生活，所以，倫理就是生活。為基督徒而言，倫理是如何回應天主的召叫，這也是《天主教教理》卷三的內容：在基督內的生活。

面對涉及倫理的問題，如果只停留在理性的討論而沒有實際行動的話，倫理決定便不完整。我們在《基本倫理神學（一）》中曾引用朗尼根（Bernard Lonergan）有關人的認知過程的四個步驟，當中最後一步，就是要作出相應行動，是一個負責任的層次。應用在倫理上，當遇到一個倫理問題，人要深思熟慮，作出一個倫理判斷，是善還是惡、應

做或不應做，並同時作出相應的行動，去做或是不去做。醫療倫理應用同樣的方法論，而由本單元討論倫理模式、原則和規律，從而探究醫療倫理判斷的標準，以作出一個合乎道德的決定，並且在以後的各個有關醫療問題的個案討論裡，再進一步思考行動的判斷，才是一個圓滿的醫療倫理的思考。

2. 單元目標

閱畢本單元後，讀者應能：

- 分辨不同倫理模式的基本價值；
- 說明不同倫理規律的重點；
- 初步總結醫療倫理的重要思想。

3. 導論

在倫理上，「善」（good）是一個重要的概念。「善」不單是個人所追求，更有團體的幅度，是所有人的終向，稱為公益或「共同善」（common good）。

應用在醫療倫理上，「共同善」是指甚麼呢？這就是盡力使每一個人的人性尊嚴（human dignity）得到維護。人性尊嚴（human dignity）是醫療倫理中另一個重要概念，因為維護人性尊嚴，就是保存人的本質。德國哲學家康德（Immanuel Kant, 1724-1804）將人性尊嚴定義為擁合理性的自主能力，維護人的自主便是維護人性尊嚴，不受他人操控

成為實驗的工具。這看法為醫療倫理具重要的參考價值，但是也同時帶來困難：當人失去自主能力時，他還是人嗎？他的生命還可以受到保障嗎？

還有要留意自然律的問題。倫理決定並不是純粹個人的選擇，而是被一種外在的道德秩序所規範和引導，它被稱為理性律（*rational norm*）或自然道德律（*natural moral law*），此律具普世性，因此客觀的道德價值是存在的，人的主觀決定需要配合此尺度才合乎道德。注意自然道德律是天主教在醫療倫理判斷上的主要基礎，大家可以重溫在《基本倫理神學（二）》的有關內容。

除了「人性尊嚴」和「自然律」，另一個關乎醫療倫理的重要概念，就是生命的意義，而這建基於人對生命的理解，因此，「人是什麼」與醫療倫理關係緊密。不同人對「人是什麼」各有自身的信念，此信念的基礎是人對生命的理解和定義，反映人對生命價值的觀點。例如一位孕婦所懷的胎兒是「無腦兒」（*anencephaly*），她可否選擇墮胎？無腦兒出生後四分之三不會活多於一天，只有5%可以活多於一星期才離世，如果媽媽的信念是自然律，「生命是禮物，人只可維護而不能損害生命」的話，便不會選擇墮胎。如果媽媽因「不想胎兒受苦」而墮胎，對她來說，人的價值就是要求最少的苦、最大的樂，只有苦而沒有樂，生命便失去意義。所以信念是一切倫理決定的根源，支配一個人的倫理決定。

從信念開始，倫理學家發展出不同的倫理模式去思考，對生命的信念便是模式的內容。下文會詳細介紹各種模

式，特別要注意各種模式所指向對人的價值的不同理解。模式較抽象，而落實判斷做什麼，就需要執行的原則和實際規律。對同一事件，不同的倫理模式下所發展出來的原則和規律也會有不同，甚至有衝突，得出相反的答案。要明白一個人為甚麼作出這樣的決定，必須了解決定背後的原則、思考的倫理模式、和最重要的背後的信念。

然而，本著同一的信念，人可以採用不同的倫理模式，得出不同的倫理決定。義務論者和溫和目的論者（moderate teleology）同樣相信自然律，只要行為本身不是道德惡（moral evil or intrinsic evil），兩者反省同一倫理問題時可以得到相反的判斷。

在倫理學家都沒有共識的情況下，平信徒可以怎樣抉擇呢？教會訓導是一個可靠的途徑讓信友清楚明白天主教的立場。如果教會還未有訓導提供的話，受聖神光照的確定良心便是明燈，指引我們去決定使用哪一個模式。

4. 醫療倫理的發展



思考：醫生為挽救病人的性命，是否可以不理會病人的意願？

醫療倫理的歷史，可追索至公元前四世紀的希氏誓詞（Hippocratic Oath）。希氏誓詞以「為病人的益處」（for the good of the patient），作為醫生醫治病人的神聖原則，規範了醫生的行為，那些是醫生應做的，那些是不應做的。一切決定都要對病人有益，不可傷害病人，包括不可處方

致命藥物，不可墮胎，不可有商業行為，對病人的資料要保密。今天的有利原則（**beneficence**）、不傷害原則（**non-maleficence**）、公義原則（**justice**）、保密規律（**rule of confidentiality**）便是源自希氏誓詞。

這份誓詞的主體是醫生，對象是病人，當中並沒有提及病人的自由意願，反映當時「醫療家長」（**medical paternalism**）的文化，就是一切由醫生決定。但是如何做判斷，不是按醫生的個人喜好，而是遵守客觀的真理，就是上文所提的「共同善」了。我們由此可以看到，希氏誓詞中對「善」的理解有其超然性和客觀性。

中世紀時期歐洲開始基督化，醫療倫理加上了神學的幅度，奠定人的概念和人的價值，生命源於創造者，是神聖的，是人人平等的，是不可侵犯的，引申到教會對「不可殺人」的理解，譴責墮胎、安樂死等行為。醫生也轉化成為服侍受苦者的僕人，有照顧病人的責任，因為「凡你們對我這些最小兄弟中的一個所做的，就是對我做的。」（瑪 25:40）。

十八世紀開始，理性主義、自由主義、個人主義興起，重視個人的自由和權利，病人自主（**autonomy**）成為醫療倫理中重要一環。第二次世界大戰時，納粹德國進行殘忍的人體實驗，後來在紐倫堡審判（**Nuremberg trials, 1945-46**）中被揭露出來，讓我們認識到沒有倫理規範下進行實驗的恐怖之處。紐倫堡審判刺激了世界醫療倫理的反省，審判的法庭於1947年發出紐倫堡宣言（**Nuremberg code**），首次明訂了人體實驗的十條倫理規範。1948年聯合國發出世

界人權宣言，世界醫學會（World Medical Association）也在同年在日內瓦發出醫療倫理守則（Oath of Geneva），又在1962年發出有關醫學研究的赫爾辛基宣言（Declaration of Helsinki）。「自願參與」（voluntary consent）、「知情同意」（informed consent）和確保病人安全是以上文件的共通點。1979年倫理學者比徹姆（Tom L. Beauchamp）及丘卓斯（James F. Childress, 1940-）提出自主（autonomy）、行善（beneficence）、不傷害（non-maleficence）、正義（justice）四原則，並建構原則主義方法論（principlism），成為今天醫療倫理普遍使用的方法論。

在此也談談天主教和世俗倫理對生命倫理不同的看法。世俗倫理建基於理性（reason）和良心價值，對真理的反省來自人的內在價值，如同情心、感情、誠實、為人設想、尊重別人等。從中衍生出來的倫理規範只是來自人的理性反省和群體的對話，否定真理超理性（suprarational）的根源，也否定道德秩序需要信仰。世俗倫理的普遍性（universalism）來自各群體的同意（intersubjectivity），以對話達到一致，是主觀的道德價值（subjective morality）。世俗倫理的危險在於真理的可變性，既然真理的根源是來自人，隨著人的文化、生活習慣的改變，真理的演繹也會隨之而改變。

這種取向，正好相反於天主教倫理，因為天主教的倫理基礎是理性和信仰，並且相信真理是客觀的、外在的、永恆不變的，而人透過理性可以認識這真理，並被來自真理的外在道德秩序所規範。同時，真理並不是冷漠無情的，人可

以從內心對真理的渴求、自身生活的經驗、對事物的觀察發現這先存（pre-existential）的客觀道德秩序。有信仰的人相信真理的根源是來自天主，從宗徒傳下來的教會有責任將真理謹慎保存，忠實講解，藉教會訓導將真理在各種道德問題中具體地表述。不是所有世俗倫理都相反天主教倫理的，例如紐倫堡宣言、世界人權宣言、赫爾辛基宣言等等，便與天主教倫理一脈相承。它們經討論達成的共識，也是希望維護人的固有尊嚴和人權：「人類家庭所有成員的固有尊嚴及其平等的和不移的權利的承認，乃是世界自由、正義與和平的基礎。」（《世界人權宣言序言》）

5. 從醫療倫理進入生命倫理



思考：今天有關醫學方面的倫理討論，不僅有醫療倫理，還有生命倫理，究竟二者是相同的課題，還是各有分別？

傳統上，醫療倫理是在具體的醫療問題或技術上探討醫生和病人的角色，這包括討論醫生應否去施行某些治療，和病人應否要求或接受等課題。但是，隨著醫學科技的進步，治療疾病已不單在病人身上，甚至精子卵子在未結合前也可以嘗試作基因治療；影響健康也不單純是疾病，環境破壞、醫療政策等議題已超越醫療倫理所討論的範疇，而進入生命倫理的時代。

生命倫理（bioethics）不單包括而且超出醫療倫理的範疇，涵蓋所有影響生命及健康的倫理問題：關乎人類治療性或非治療性的科研、國家醫療及人口政策、影響生態平衡的

介入都是生命倫理的議題。生命倫理可分為（一）普遍的生命倫理（**general bioethics**），以人的超驗價值和人性尊嚴為基石，探討生命倫理的基礎和原則；（二）特定的生命倫理（**particular bioethics**），應用得出的原則分析特定議題，例如複製人、腦幹細胞研究、墮胎、安樂死、生命科技等等；（三）臨床生命倫理（**clinical bioethics**），在檢討實際的臨床個案中根據原則尋找和制定具體指引，作為決定和行動的標準。生命倫理可以說是科技的深切良心，檢視人對介入（**intervention**）的合法性，給予科技一套倫理規範，使科學研究不致干犯人固有的尊嚴（**intrinsic dignity**）。

雖然本書以《醫療倫理》為名，但是也會涉及若干生命倫理的課題，因為這些課題亦與我們今天的生活，息息相關。

6. 倫理模式

從宏觀的角度談過醫療倫理後，以下會按照倫理判斷的模式、原則、規律這三個等級，為讀者介紹一些關乎醫療倫理的判斷方法，當中以模式是指最宏觀地左右我們作倫理判斷的系統或基調，而規律就是較具體的，相關分別，我們在《基本倫理神學》裡已經說明，這裡不再贅言。最主要的模式，就是義務論、效果論與溫和目的論三種，同樣在《基本倫理神學》已經詳細說明，所以不再在此加以解說，反而可以提出部分與醫療倫理關係較密切的，雖然它們不一定以模式為名，卻有模式的實效，即影響到我們整體的倫理取向，我們不妨看看。

6.1 情緒主義 (Emotivism)



思考：我們經常都會說自己對事情的判斷有一份直覺，這是猜測的藉口，還是人不能說明的內在理性呢？

情緒主義主張感覺先行，所以道德判斷首先是表達某人贊成或不贊成的感受，然後說服聽者來接受或信服這些感受。情緒主義否定了認知的理性，把道德判斷完全歸於自己的情緒。也就是說，一件事的對錯與否，不在於理性的討論，而在於當事人如何感覺，並且在有這種感覺後，當事人可以透過語言文字來把這種感覺傳染給其他人。即使是倫理學者，他們也只是把一種感覺說明，而不是理性分析。

那麼，面對一個問題要如何處理呢？也很簡單，就是以情緒作判斷基礎，例如安樂死的問題，當我們在醫院看到極度痛苦的病人，冒起「於心可忍」的情緒，於是就判斷安樂死是應該的。這種判斷方法，由於不重理性，錯誤的機會很高，同時容易改變，並不是理想的模式，卻是今天不少人對醫療問題的基本判斷方法，所以我們要小心留意。

6.2 直覺主義 (Intuitionism)

也有人把情緒主義歸入直覺主義，因為直覺主義認為正常人能夠不用特別思考，直接辨別事情的對錯。這說法又可以分為兩個派別，一種是感情直覺主義，就等同於情緒主義，即認為人的感覺如何，就代表對錯如何；另一種是理性直覺主義，強調人的理性已經內存於直覺中，所以我們判斷對錯，只要按自己的直覺，其實也是一個合理的判斷。

在具體的情況，特別是在醫療倫理上，直覺主義有時候不能不用，如病人心臟病發，換不了人心，結果要換狒狒的心臟。這是否符合倫理？由於這個行為本身很複雜，不是我們用日常的經驗可以解決，就要憑直覺去判斷。

不過，大部分直覺主義者都是濫用這種方法。為一些按照理性也能理解的問題，並不需要作直覺式的判斷，尤其倫理問題往往影響到群體，如果我們單憑直覺，很可能為自己來說是正確，實際卻是傷害到其他人了。

6.3 主觀 (subjectivist) 或自由理性 (liberal-radical)

模式

另一個近似於直覺主義的模式，就是主觀或自由理性模式，強調的是純道德主體的自由選擇，事實和客觀的倫理價值並不在考慮之列。自主原則是判斷倫理行為對錯的唯一原則，脫離社會任何道德規範，只要對其他人沒有做成嚴重的傷害，便可以「想做就去做」。換句話說，人的倫理決定不需要對社會、生命付上任何道德責任，享受不用負責的自由，可以自由墮胎，進行變性手術，不論是已婚或未婚都可以自由選擇體外人工受孕等等。六十年代的婦女平權運動便是以此模式為基礎，爭取的其中一種權利便是自願生育 (voluntary motherhood)，於是人工避孕和墮胎就是女性的權利。在此模式下，重要的是能表達自己的意願，而行動就是表達自由的途徑，於是人被定義為有行動能力表達自由者，故此胎兒、垂死者、嚴重傷殘者等人便不算是人，不用加以保障。然而，從天主教的角度來看，人的存在必然先於

自由的表達，人的本質不單反映在選擇自由的能力，生命從受精卵開始本身已被定義為人。因此，這模式如同以上的幾種相近的模式一樣，不為天主教所採用。

6.4 倫理實證主義 (Moral positivism)

也有人稱這種實證論為「價值中立」，就是指一件事是否符合道德，在於外在客觀環境的影響，而不是以人的價值觀作判斷。這種看法很重視社會契約，因為人與社會有無形的契約，社會保障了人很多東西，故人應當回饋。因此，當社會視之為對，人亦應服從；視之為錯亦然，人要遵守社會的無形規限，以換取社會的認同。

在實際的情況下，「倫理實證主義」的根據，往往就會是社會風俗、輿論等力量，成為人行為的標準。最明顯的例子，就是墮胎。在幾十年前，墮胎在大部分國家是非法的，而到了今天，絕大部分國家都把它合法化了。又如安樂死，從趨勢來看，可以預見未來將會在愈來愈多的國家變為合法。為何有這樣的改變呢？因為人心改變，大家的看法不同了，而當大多數人的看法不同了，一個行為也由不合法變成合法，逐漸也不再視為不道德了。

這種說法的弱點是：誰是大多數呢？要知道，社會輿論是可以被操控，而社會風俗的變化或不變化，不代表合理，甚至也可以是被控制的。在某些回教國家，少女被強姦後，強姦者的其中一個選擇是把少女娶回家，原因是被強姦的少女不會再有人願意娶她，所以強姦者娶她，也是一個補償。這種做法明顯不合理，卻是社會習俗的一種，還受到法律的保護。

再者，這種做法往往對弱勢者不公平，因為社會的大多數取向，很多時候都與弱勢者有衝突。再以墮胎為例，社會現在普遍認為沒有問題，其中一個重要的原因，是受害者根本不能發聲，因為他們還未成為一個完整的人。這例子正好說明倫理實證主義的漏洞。

6.5 敘述倫理 (Descriptive ethics)

這是與實證主義相近的一種倫理模式，這模式的倫理基礎是基於對事實的觀察，沒有既定的倫理規範。因此，社會發展隨著時間而轉變，倫理規範也要同樣改變以適應新的社會文化。像進化論一樣，生物進化、器官改變功能以適應新的環境，倫理規範也需要「進化」以迎合新的社會文化。在此模式裡，人沒有絕對價值，被簡化為宇宙中其中一個元素，只是隨著社會變化而改變價值（**reductionism**），與其他生物沒有分別。根據敘述倫理的進化思路，篩選便非常合理，社會在不同時間需要不同功能的人，這對基因改造工程（**genetic engineering**）和優生學（**Eugenics**）大開方便之門。希特拉的種族清洗便是建基在此模式。既然人沒有內在的不變價值，一切都是暫時的，人權也沒有甚麼意義可言。天主教不會使用此模式，因為社會文化和習慣固然會隨著時代而發展，但人的價值、人與其他動物的區分明顯不會改變，善與惡的行為也不可能變更，今天是善，明天是惡。倫理價值例如團結、誠實、愛惜生命等不是文化發展出來的產品，而是在歷史中永遠陪伴著人的價值。

7. 原則

7.1 自主原則



思考：患有愛滋病的病人，是否有權力不讓任何人知曉自己患病？

每一個人都是自主個體，故此，如果他的行為，沒有阻礙另一個自主個體，我們應該讓他做自己想做的事情。此原則在原則主義中是其他原則的根本基礎，對應知情同意、拒絕治療、對病人要誠實等倫理問題。

不過，自主原則還有其他要考慮的因素。如耶和華見證人的信徒不接受輸血治療，當自主原則是最高標準時，病人有權選擇拒絕輸血，醫生在倫理上不需要負責。但病人的決定是否合乎倫理？在沒有生命危險的情況下，例如嚴重貧血，病人以此原則拒絕輸血是可接受的；但遇上急性嚴重胃出血至休克的情況下，拒絕輸血很可能會喪失性命，病人堅持不輸血便是對生命不負責，所以，自主原則必須被有利和不損害原則規限，不應該作出傷害自己身體的決定。

又如在2003非典型肺炎爆發，部分人被強制隔離，如從自主原則的角度，他們該有權拒絕，但這卻危及公眾健康。由此可見，有利原則優先於自主原則，公眾利益比個人自由選擇重要。

因此，四項原則雖以自主原則為基礎，但是在具體實踐上，不能說沒有優次，或永遠都以自主原則優先，因為不

同的處境要有不同的考慮，尤其當病人失去或未有自主能力時，例如嬰兒、嚴重智障、嚴重腦退化病人，自主原則便不能使用，就算是父母、監護人也不能代替他們作出決定。在此情況下醫生便從不損害原則和有利原則來考慮了。

另外，自主原則又涉及病人可否要求一些損害自己的處方，甚至安樂死？按照醫生的誓詞所言，「無論病人在甚麼狀況都不可傷害病人生命」，因此，醫生在倫理上可以拒絕處方。

7.2 不損害原則

此原則指醫生應盡力救助病人，消極地不做損害病人之事。二千多年前的希氏誓詞中有幾句話：「我時時以自己的能力救助病人，永遠不會存有傷害病人的念頭。」這就格言「首先不要傷害」（*primum non nocere*）的來由。

我們用例子說明這原則舉例說，在這原則下，預防性乳房切除手術是否容許？大概12%的婦女人口會患上乳癌，但如果帶有 **BRCA1** 和 **BRCA2** 突變基因的話，直到70歲患上乳癌的婦女人口便大幅增加至55-65%和45%，預防性乳房切除手術，即在未有乳癌的情況下把乳房切除，是其中一個減低患上乳癌風險的方法。在自主原則下，婦女選擇這方法預防乳癌可能是負責任的決定，甚至認為有利，符合有利原則；但在不損害原則下，便不應該將無病的器官割除。事實上，預防性乳房切除手術只能減低90%患乳癌的機會，而不是百分百；婦女可選擇每年做乳房X光造影普查而不做預防性的切除手術，當發現有病的時候才接受治療。在同樣帶有

BRCA 基因的情況下，沒有證據顯示接受預防性乳房切除手術的人比接受普查的人有更長壽命。在原則之間有衝突情況下，那一個選擇才合乎倫理？如上文所說，不損害原則必然優先於其他原則，而且預防性乳房切除手術不是唯一的預防方法，因此不應該選擇手術作預防。

7.3 有利原則

此原則是要積極地讓病人得益，選擇用什麼方法治療，要以病人的最大益處為標準。然而，甚麼對病人最為有利？任何治療方法都有其風險，故此，有利原則並非要選擇一點危險都沒有的治療方法，而是以保護病人生命為前提，選擇最少損害而得益最大的治療。故此，有利原則和不損害原則往往需要同時衡量，例如為兒童注射疫苗，就要衡量預防疾病感染的益處和注射疫苗的風險，如果益處大於風險，父母在倫理上便需要帶子女接受疫苗注射。

不過，醫生認為的最佳治療未必是病人的主觀意願，這裡便涉及自主原則了。例如醫治直腸癌的手術，有時需要將肛門一併切除和做永久造口排便。病人衡量手術的創傷和對生活的影響後，未必會接受這個醫生認為對病人最好的治療。當平衡以上三個原則時，除了以不傷害為優先外，還要留意，原則不單是外在的行為指引，更重要的是帶領人走向善以及維護人性尊嚴，使人成全。

醫療上的倫理判斷，還要考慮另一點：有利原則的出發點，是個人還是群體？個人對群體需要付上道德責任，在對群體有益而對個人有極少風險的情況下，履行對他人的道

德責任是應該的，他人對自己也應該履行同樣的責任。引申的問題是，是否對一個病人有益便要花盡社會資源去救治？這便是以下所探討的公義原則。

7.4 公義原則

公義原則也有翻譯為公平原則，在醫療倫理上，一般都是指公平分配的問題，即如何可以做到公平地分配相關的醫療資源，當中最常應用到這個原則的情況，就是器官捐贈的分配。當醫院獲得一個腎臟的捐贈，究竟應該讓哪一個病人得到換腎呢？如何可以找到一個合理的分配方法呢？按我們一般的想法，先到先得是最公平的，因為先來者應該優先獲得；但是，由於器官移植涉及的是生命，我們不得不考慮，最需要腎臟延續性命的優次，同時又要考慮獲得腎臟後存活的可能性，更要考慮獲得腎臟者的生命有多長。

另外一種分配的方法，就是以病患對社會的重要性或貢獻來作標準，如一個普通市民與總統之間，誰應該獲得優先的治療，按這重要性的原則，就很有可能是選擇總統，因為他對社會更重要。又如香港近年的產科服務非常緊張，原因是非本地居民來香港產子的比例大大增加。面對這個問題，就會以本地人優先，其背後的原則也是公義，因為本地人對這個社會的付出和貢獻，比非本地居民為大。

更複雜的是，社會應該如何分配資源在不同的疾病上呢？例如黏多醣症病人（一種罕有先天性新陳代謝異常的疾病，屬於積聚病，全香港只有26名患者），患者多數活不過二十歲。近年醫學界開始找到治療方法，唯藥物只能改善病

情並且花費高昂，一位病人每年動輒數百萬元，社會應否承擔這費用？還是應將資源放在能夠延長其他病人壽命的治療上（例如化療）？由此可知，公義原則在醫療倫理的重要性，因為它所涉及的分配正義，往往與人的生命有關，如何可以達到公義，不單是醫學決定，也會有政治因素，然而最終決定應該是倫理決定。

7.5 整體原則（Principle of Totality）

除了以上四項原則，也有人認為，醫療問題也要從整體的角度來考慮，故此整體原則也是考量的標準之一。在醫療倫理上，最明顯的例子，是身體的部分已經壞死，就要把該部分除去，以保障整個生命得以生存。如糖尿病人嚴重至肢體潰爛，醫生就可能要求截肢，以便病人的生命得以維持。運用此原則時，當符合以下條件：

- (1) 切除的是有問題的器官；
- (2) 沒有其他同樣有效的選擇；
- (3) 有相稱地高的成功率；
- (4) 得到病人的知情同意。

除了外科範疇，此原則也會應用在治療性絕育、器官移植、基因治療上。有學者將此原則從生理上的完整擴展到心理上的完整，變成人工受孕、墮胎合理化的原因。事實上，考慮整體原則時，不可能抽離生理上的整體不顧而只考慮心理層面，整體的意思是靈魂肉身結合的整體，包含生

理、心理、靈性三方面的善，運用整體原則是為尊重整個人的益處。

8. 倫理規律

規律是指在醫療過程中，醫人和病人當守的實際規則，要留意規律背後有不同的倫理原則和模式。

8.1 誠實規律（Rule of Veracity）



思考：醫生考慮到病人心理承受能力時，向病患隱瞞他的病情，可以嗎？

誠實規律適用於醫護人員，同時也包括病人。這規律相當重要，它直接影響治療本身，因為不誠實對雙方都沒有好處。誠實是雙方信任的基礎，而互信的醫生、病人關係是有利原則的延伸，只有在互相信任的環境中才能有最佳治療：病人提供真實的資料給醫生斷症，並跟從治療處方服藥。

從自主原則出發，誠實是對別人的尊重，背後代表接受對方是一個自主主體，可以處理自己的問題。困難的是，醫護人員有時候會害怕病人承受不了，又或擔心自己未能處理病人的情緒，出於善意而傾向隱瞞病情（**Benevolent Deception**），或是用一些代替詞使診斷模糊，不把真實病情告訴病人，例如用「生瘤」代替「患癌」等。這就是不把對方視為一個自主的主體，有能力掌握自己的生命。故此，不說實話是侵犯對方的自主性。病人權益就很清楚說明病人有

權得到正確的知識及參與治療的決定，也有權知道誰醫治自己。

同樣地，病人也有責任向醫生誠實說明自己的情況，原因有二。第一，病人應該信任醫生的專業，相信把實情告訴醫生，他既能夠為病人守秘密，也能夠向病人提供最適合的治療。第二，病人也要為醫護人員的健康負責，如果本身所患的病症有高傳染可能，必須讓醫護人員有足夠的防範。

誠實規律的基礎，在於說話的本質是要傳遞與事實相符的，故此說假話是違返了說話的本質。因為在對話中，我們其實是有潛在的契約，就是：彼此相信對方是會說實話的。正由於此，多瑪斯極力反對說謊，因為它違反我們社會公共的契約。

8.2 保密規律 (Rule of Confidentiality)

希氏誓詞已有提及保密規律：「行醫在世，所見所聞，不應宣洩的，我永守秘密。」不過，在法律上並沒有機制保障醫生的保密行動，這與神父為辦修和聖事的信友保密不同。然而，如果沒有保密制度，病人與醫生的關係難於維持，而且保密亦涉及病人的私隱原則。

在今天，以下幾種情況會例外：

(1) 如果保密與其他權益衝突，就可以不守：例如病人有自殺的傾向，而醫生看出他情緒低落，卻不能二十四小時看守他，就可以通知他的家人。

(2) 如果保密與無辜第三者的權益衝突，就可以不守：例如病人有傳染性梅毒，而醫生知道他即將結婚，於是醫生建議順延婚期，為病人所拒絕，則醫生就似乎可以不守保密原則。又如虐兒的情況，香港法律規定，醫生有責任通知警方，不守保密原則。

(3) 如果保密與社會整體的利益或權利產生衝突，就可以不守：例如社會出現霍亂，就全港市民皆有權得知，因為疾病有傳染性，受影響的社群較大。又例如愛滋病，原則上醫生要為愛滋病患者保密的，但是，許多時候為了醫務人員的好處，醫生就用間接的方法提示同工。再者，當患病者的病與職業有衝突時，如飛機師有痙攣的病癥，就不應守秘密。

8.3 私隱規律 (Rule of Privacy)

這是外國社會特別重視的，包括病人身體的私隱和資料的私隱，也有人會把這個規律與保密規律混淆起來。私隱一詞不能完全達意，實際上這規律是指「私人空間」，如果隨意闖入個人的私人空間，就不恰當。這個空間包括自己的身體、生活方式及人際關係。舉例來說，香港的診症設施不少仍然未有顧及到私隱的問題，例如沒有獨立的診症室，醫生在問症時，其他病人完全可以聽到醫生和病人的對話，這就是不重視私隱的表現。

雖然病人進院，已表示本身願意失去部分的私隱，這包括接受醫護人員觀察甚或接觸自己的私隱部位。但是，這願意是基於治療的需要，並不代表醫護人員有完全的權利，

侵犯病人的私隱。同時，正由於在醫療過程中，醫生被允許進入病人的私隱中，醫生反而更需明確地瞭解自己的界線在那裡，同時也要受到很清楚明確的限制。

今天，男醫生檢查女病人必需有第三者（女士）在場作證，肯定醫生沒有越軌；醫生寫病假證明書時不會註明確切診斷；做醫學研究時如需要使用病人資料，或用病人存留的樣本做化驗，均需病人的知情同意；病人資料不可隨便帶離醫院，如為病情必需的話，電子資料需要有保安密碼。以上的措施反映社會漸漸重視私隱規律。

以上三條規律都是以自主原則為基礎，尊重病人的自主權，即尊重病人具有人的尊嚴。事實上，在人格主義下，沒有自主能力的人仍然是人，因此就算是病人失去自主能力，醫生依然要遵守以上規律。

9. 其他角度

由於醫療倫理涉及的是人的生命，故此不少倫理判斷都涉及什麼是人，什麼不是，又或一個人的生命質素的問題。有些倫理學家認為生命質素不高的人可以不視為人，如患有嚴重疾病的胎兒，又或是絕症已屆末期的病人。這些主張把人的界線模糊了，所以有學者提出人格主義（personalist model），希望重新建立「人之所以為人」的定義。人格主義可分為：

（1）關係性人格主義（relational personalism），重視人的主體性和人與人的關係；

(2) 解釋性人格主義 (hermeneutic personalism)，重視人的主體意識；

(3) 本體性人格主義 (ontological personalism)，強調人的存有是靈魂肉身的結合，這結合是人的本質，也是人主體性的基礎。

人是認知的主体，有獲取知識的能力，人也有自由選擇的能力，作出倫理決定。然而，當人失去以上的能力，人的本質並沒有受損，從受精卵到臨終的一刻，不論人在任何狀況，甚至不似人形，人仍然是人。原因是人有超驗的一面，有其使命和終向，並非達到目的的工具。

人格主義建基在人的本質上，考慮行為本身有沒有破壞人的本質和阻礙人的使命。相信天主的人會將人格主義伸展到人神聖的一面，人是天主的肖像，是神聖至不可侵犯的存有。

10. 摘要

- (1) 在這一單元中，我們先看看有關醫療倫理的倫理模式、以及相關的原則、規律。
- (2) 就模式來說，除義務論、效果論和溫和目的論外，這裡介紹以個人主觀判斷為的幾種模式，包括情緒主義、直覺主義及主觀或自由理性模式；另外以實況為標準的模式則有倫理實證主義和敘述倫理。

- (3) 在模式以下有原則的考慮，就醫療倫理而言，主要有四大原則：自主原則、不損害原則、有利原則及正義原則。除此以外，還可以考慮整體原則。原則以下有規律，指實際具體操作時要考慮的問題，當中包括誠實、保密和私隱三個主要的規律。
- (4) 最後，醫療科技一日千里，我們不容易跟得上相關的討論，甚至會有以科技主導倫理的傾向，因此我們必須謹記，人才是中心，天主的旨意才是最後的答案。

11. 參考資料

1. 雷敦穌，〈現代技術的日常倫理〉，《神思》54期（2002），頁31-37。
2. 懷亞特著，毛立德譯，《人命關天——廿一世紀醫學倫理大挑戰》。台北：校園書房，2004，頁60-76。
3. 艾立勤著述，許郡珊、陳美玲撰寫，《維護人性尊嚴——天主教生命倫理觀》。台北：光啟文化，2005，頁3-34。
4. Elio Sgreccia, *Personalist Bioethics: Foundations and applications*. Philadelphia: The National Catholic Bioethics Center, 2012, pp.43-60, 183-188.

單元二

人的神聖價值

1. 緒言

承接上一單元，本單元從教會訓導反省人的價值，並詳細閱讀教宗聖若望保祿二世在1995年發出的《生命的福音》通諭（*Evangelium Vitae*）。單元一提到各種倫理模式背後對人的價值的定義，《生命的福音》通諭正正對所有貶抑人性尊嚴的倫理模式作出批判，糾正今日社會個人自由和權利不斷的擴張和極化的弊病；面對社會將反對生命的罪行合理化和合法化，通諭強烈地再度肯定人類生命的價值及其不可侵犯性。（《生命的福音》5）唯有在真正明白人的神聖價值時，人才能對各種干涉生命的介入行為作出合理的倫理判斷。

2. 單元相標

讀者閱畢本單元後，應能：

- 說明生命由何時開始；
- 指出生命尊嚴的主要特點；
- 簡單說明《生命的福音》的重點。

3. 導論

討論醫療倫理，離不開如何理解「人性尊嚴」這問題，而這就涉及我們如何理解「人是什麼」在梵二《論教會在現代世界牧職》憲章中，第一部分第一章的標題是「人格尊嚴」（*The dignity of the human person*），重申人（*man*）是依照天主肖像而受造的，人是萬有的中心和高峰。憲章肯定人格主義中視人為靈肉合一的單位，同時承認身體的重要性及其內在的靈魂的絕對價值，不會隨社會、文化的變更而改變。

由此可見，要定義「人是甚麼」遠遠超出醫學知識，人不單是生理上的存在，往往涉及哲學範疇。有關教會如何理解人的思想發展，我們在《基督信仰中的人學》中已有詳細說明，這裡不再重複。然而自十九世紀開始，科學的急速進步促成還原主義（*reductionism*）的盛行。還原主義認為一個複雜的系統只是各部分拼在一起的組合而已，因此「人」可以被還原至不同的獨立生理部分去加以解釋和

理解，這思想沒有考慮人的整體，將人的價值簡化，也忽略人存在的目的。例如在1997年，一群著名的科學家以國際人文主義學院（International Academy of Humanism）的名義發表了維護複製人科研的聲明，指出「人類是動物帝國中の一員，與其他高等動物相比只是能力上的分別，人類的思維、感受、抱負、盼望似乎是源於腦部的電化學流程，而不是來自靈魂，非物質的靈魂不能夠用儀器探測到。」從此等科學物質主義（scientific materialism）出發去理解人的構造，拒絕本體論對人的定義，很明顯絕不理想，亞里士多德的形上學甚有智慧：一個整體必定大於各部分的總和，生理性的組合不等於一個人的整體。

《論教會在現代世界牧職》憲章將人的地位放在其他物質之上，「人是萬有的中心與極峰」，肯定人是遠高於物質層次，純物質主義的解釋並不適當。這並不等於信仰相反科學。科學為運作尋找答案（how），信仰答覆意義和價值（why），是兩個不同範疇。前教宗若望保祿二世談及科學與信仰，指出創造與進化論不但沒有衝突，甚至剛好相反，進化論預設創造，而且是不斷的創造。憲章清晰的說明：「人認定自己高出於物質事物之上，並否認自己只是自然界微不足道的一個小部分，否認自己只是國家的無名因素」，這正駁斥了單元一所提及的「敘述倫理」——人的價值為幫助社會和大自然的進步而改變，與其他生物無異，人被簡化為宇宙中或國家中的其中一個原素，人沒有絕對的價值。

1987年信理部發出《有關尊重生命肇始及生殖尊嚴的指示》，闡釋當科技研究涉及人時，有關倫理判斷的準則。文件重申人的統一完整性，包含肉身和精神兩方面，肉身不等於個人的整體價值，但在某程度上構成了生命的「基本價值」，因為其他的價值就是建基於肉身之上。（參《有關尊重生命肇始及生殖尊嚴的指示》4）「肉身的生命，是基本的財富，為其他財富的基礎。」（〈對墮胎的聲明〉9）因此，保護肉身的生命是人的最基本責任，從生命的開始直到生命的終結。

4. 生命何時開始

人性尊嚴是醫療倫理的重要元素，而另一個要關注的是，生命在何時開始？天主教教會訓導非常清楚：「由妊娠之初，生命即應受到極其謹慎的保護。墮胎和殺害嬰兒構成滔天的罪行。」（《論教會在現代世界牧職》51），而在《有關尊重生命肇始及生殖尊嚴的指示》中，更進一步指出：「從受孕的一刻開始，每一個人的生命都應受到絕對的尊重，因為人類是世界上唯一依據天主肖像而受造的生物。」（5）

從受精一刻開始，新生命便出現，有屬於自己的細胞核，獨立於父母。以往有學說指受精是一個24小時的過程，直到開始分裂為二細胞便結束。現代科學研究肯定卵子受精後一瞬間精子和卵子的細胞核便結合，成為接合子（zygote），一個新的細胞，有著新人類的屬性，與精子和卵子截然不同，以「受精卵」一詞形容這新細胞並不準確。教會肯定從受精的一刻開始已經是新生命。

故此，宗座家庭議會在1991的「人類生命專家高峰會」中重申：「從受精時刻，人類個體即具備完整人類學上的價值。人類生命開始第一秒，就已決定了未來發展的一切基礎。」要留意的重點是：「今日的自我.....是受精時同一自我的延續和發展」，從受孕一刻已經開始，沒有接合子的出現便沒有今日的我。

或許有人問，接合子絲毫沒有人的模樣，如何可以將它說是人，擁有人權利呢？教會的答覆是：「由最初一刻，已開始這生命將要達到的，即是人，一個已決定個性的人；由受精時，已開始人生命的路程，每一階段都要求長久時間，以能進行活動。」（〈對墮胎的聲明〉13）接合子本身具有潛能，在適當的條件培養下，實現成為人。這裡所說的潛能，是指接合子是有潛能的人（**a person with potential**），而不是有潛能成為人（**a potential person**）。兩者有根本分別，前者已經是人，而後者只是有機會成為人。兩者都是人，只是實現程度不同，成人是完全實現的完美的人（**perfect operation**），而胚胎是未完全實現的人。當時的胚胎學未有接合子的概念，邏輯上接合子同樣是未完全實現的人，受精是第一個成為人的行動，與胚胎的分別同樣是不同程度的實現。

不過，世俗倫理學家不接受以上講法，哲學家瑪麗·安·沃倫（**Mary Ann Warren**, 1946-2010）崇尚自由主義，支持自由選擇。她認為有「人性」（**personhood**）的才是人，人性包括意識、理性、自主活動、有溝通能力和自我覺醒。胎兒只是生物性的人（**human being**），仍沒有「人性」，只

是有潛能成為人，而不是確切的人，不屬於社會群體之內，所以胎兒沒有人權，包括生存權。

上文說過，人是靈肉合一的單位，那麼，接合子有沒有靈魂？如果沒有的話，又怎算是人？更直接的問題是，接合子發展到那一階段才有靈魂，才是人？教會不否認這些爭論的存在，「但總沒有人否認最初時期墮胎，其自身仍是大罪。」（〈對墮胎的聲明〉7）

關於靈魂在何時出現，現時大致有三個講法：受精時，著床時，著床後。主張受精時接合子已有靈魂的學者肯定接合子已經是極其個體化，已經是人，這具遺傳學上的基礎。諾貝爾獎得獎者傑羅姆·勒瓊（Jerome Lejeune, 1926-1994）是法國遺傳學家，他發現每個接合子內的基因排序都是獨一無二的，而且全部都放在一個細胞內，等同一個獨一無二的人在一個細胞核內。

這說法也不是沒有困難的，因為同卵雙胞胎（identical twins）也是由一個接合子分裂而成，如果我們說接合子是一個人，為何其後可以變成兩個人呢？傑羅姆相信同卵雙胞胎的形成早已寫在接合子之內，已有既定程序。其實今天科學仍然未能解釋一個接合子如何成為同卵雙胞胎，這過程依然是一個謎。另一難題是未能著床的接合子，會在月經時被排出體外，如果接合子是人的話，天主如何容許這麼多「人」失掉生命呢？

第二個講法是著床成為胚胎後才被賦予靈魂，是受精後一至兩星期的事。這源於「在接合子著床失敗而被排出

的情況下，是否失掉一個生命」的問題，倫理學家麥哥銘（Richard A. McCormick, 1922-2000）神父便討論過胚胎未著床前的情況——「前胚胎」（pre-embryo）是不是人，他指出「前胚胎」是遺傳性的個體（genetic individual），有著所有發展成為人的基因，而胚胎是人的個體（personal individual），已經是人。但他結論指出視「前胚胎」為人是必需的（prima facie duty），不可冒險殺人，除非有相反的證據出現。

第三個講法是胚胎著床後，在胚胎生出腦的雛型時才是人。著名倫理學家海霖（Bernard Haring, 1912-1998）神父主張這個講法，理由是在缺乏腦袋的情況下，人沒有可能進行人性的表達和行動，人之能為人需要有生理上的配合，大腦皮層的基本結構是關鍵，它在受精後第二十五天才出現，因此他對受精後首二十五天的胚胎是不是人表示懷疑。即使如此，生命該慎重以待，所以海霖神父並不認為，我們有足夠理由扼殺受精後首二十五天的生命。

正由於科學上的爭議，教會同意「對胎兒何時成人，當能有疑惑」，要定義胚胎在哪一個階段才是人還有爭論的地方，但這並不影響「連在最初時期墮胎」也被禁止的倫理決定：「若冒危險去殺害他，是一重罪，『將成為人的，已經是人』」（《對墮胎的聲明》13）。這基於一個原則：從受精的一刻是新生命開始，能夠將成為人便已經是人，已經是有潛能的人。回顧歷來的教會訓導，所用的言詞都是「生命開始」、「受孕的一刻」，而不是「人」的開始，故此新生命的起點就是受精的一刻。正因如此，討論同卵雙胞胎如

何形成、胚胎在著床前是否人等問題不會影響「接合子是新生命的開始」的結論，何時有靈魂，何時是人只是一個學術問題，不應左右實際的倫理決定。

5. 維護生命尊嚴

人有無與倫比的價值，有其尊貴的生命尊嚴。從醫療倫理的角度，我們要強調的是尊重生命的尊嚴，要用嚴謹的態度重視生命，而不可以輕率處理。下列的四個標準，說明人類生命尊嚴的特性：

1. 生命尊嚴是指每一生命具有獨特、無可比擬的價值，並不是另一個生命可以代替的。

2. 它呈現在每一個具體真實的生命裡，所以不能與人性本質分割。今天的社會，往往認為一個生命的本質，與生命本身可以分割的，例如患上老人痴呆症的患者，由於記憶的喪失、智力的衰退，就代表本質的喪失。這種想法有相當的危險，因為我們很容易走進滑坡效應的陷阱而且從一個完整的生命歷程來看，即使在生命的末期，本質不能有效地呈現，我們是否應該從整個生命來看呢？這裡提到的滑坡效應，就是指情況如同把一個有輪子的小車放在平地上，它並不會移動，但是只要你把它推到斜坡的邊緣，它開始時可能只是微微向下滑，但是一發不可收拾，它會愈滑愈快愈遠。把滑坡效應引申在這裡，就是當我們認為某些人因為失去了部分能力，而被視為再沒有人性本質時，那麼隨之而來的，就是把其他更多相類似病況的人士，甚至病情相較為輕微的人士，也一併視為失去了生命本質的人，情況會一發不可收拾。

3. 生命尊嚴植根於人的內在，是本質的一部分，並非外在附加於人身上的。這承接第二點而來，是一個人作為存有的元素之一。人之為人，正在於其獲得人的尊嚴，正如孟子所言，不吃「嗟來之食」，意思是一個人即使餓著肚子，另一人以施捨的態度，很不友善地給你食物，你也不應該吃，因為這侵犯了人性尊嚴，讓一個人不再能保持人應有的尊嚴。在醫療問題上，很多病人由於生命逐漸走向崩壞，我們很容易就不再重視他們的尊嚴，這是要小心的問題。

4. 生命的神性不可侵犯，不一定要源自信仰。正如我們不接受虐待動物一樣，對一種生命，自然有其尊重的程度，凌辱任何生命，都叫人不忍以至厭惡，而人更是萬物之靈，比其他生物更具靈性，那麼，人的生命，應該獲得更高標準的尊嚴，也就是「神性」的意思了。

由此，我們可以更清楚地明白，人的尊嚴在醫療倫理的範疇中的重要性，即使是一個正在解體的生命，仍然是一個特殊的、獨一無二的生命，不能視之為一團血肉或組織，可以隨意處理的。

6. 《生命的福音》通諭



思考：為基督徒來說，死亡是詛咒還是祝福？

聖若望保祿二世在1995年頒布《生命的福音》通諭，主旨是生命本身就是喜訊，就是好消息。通諭的對象不單只限於信徒，更包括所有教外善心人士。因為「生命的福音不是單為信友的福音，它是為每一個人的。有關生命以及維護和

促進生命的課題，並不只是為基督徒所關心而已。雖然信仰提供了特別的光明及力量，但這問題卻在每一個人的良心內出現，因為人的良心都追求真理，也都關心人類的前途。」（《生命的福音》101）

這份通諭是由世界各國主教團合作而完成，目的是要明確而強烈地再度肯定人類生命的價值及其不可侵犯性，並要求每一個人尊重、保護、珍愛和服務所有人類生命，藉此找到正義、發展、真自由、和平與幸福。（參《生命的福音》5）

為甚麼在醫療倫理中要詳細一點認識《生命的福音》通諭呢？透過這通諭，我們可以清楚地了解教會對生命的看法和責任，特別是為服務生命的政府、各機構及醫護人員等，他們負責提供服務，擁有權力，可以操控，更可以毀滅生命。要有效地服務生命，便要透徹了解生命，才可將生命的完整意義彰顯。我們會先扼要的介紹《生命的福音》通諭的內容，然後會深入討論「死亡文化」對生命的影響。

6.1 簡介內容

《生命的福音》通諭共有四章，導言撮要地講論人類有著無與倫比的價值，卻受到今天邪惡的死亡文化威脅，改變人對人的看法，分裂人與人之間的關係。通諭要求眾人默想和宣講生命的福音，確立生命的文化。第一章以創世紀第四章「加音殺死弟弟亞伯爾」的故事作引言，指出侵犯生命的暴力根源，就是使生命價值衰落的「死亡文化」，它模糊了道德標準，剝奪不能發聲的弱小的生存權。這文化源於

對自由的曲解，否定人與人之間的關係和責任，使人失去對天主的感覺、以致對人的感覺，導向一種實用的物質主義（**practical materialism**），扭曲人的價值，使人際關係消失殆盡。第一章結尾以今天各種推動生命的服務作為希望的標記，邀請人無條件地支持生命。（參23）

第二章的主題是生命的福音，藉著耶穌基督這「人」，我們有機會認識有關人類生命價值的全部真理，並接受圓滿地成就這真理的能力，履行愛和服務，維護和促進生命的責任。（參29）耶穌的降生、言行、苦難以至復活升天，均指向生命的圓滿，他是天主在世的標記，呈現生命屬神的廣度和深度。正因生命就是如此神聖而不可侵犯，人有責任尊敬和愛護生命。通諭指出在兩種情況裡，最能體現這責任的高峰：

（1）一男一女結婚、生育子女時，延續創世工程；

（2）在最弱小的生命上——剛剛開始尚未出世的生命和走向盡頭的生命。

也只有在信仰中人接受整個生命的福音時，「不可殺人」的誡命不再是外在的、人的債務，反而成為人本身及與他人關係中的一個「善」。（參48）在第二章結尾，聖若望保祿二世邀請人默想十字架上的耶穌，愛我們到底而被刺透的耶穌，以這種方式宣講：當人捨掉生命時，生命就找到它的中心、意義和滿全。

第三章以「不可殺人」開始，重申生命是神聖的，從而批判今天的死刑、墮胎、安樂死等行為。在以後的單元裡，我們會就每一特定的問題，再提及這通諭的第三章，而這一章的重點是要指出，現代民法與生命的神聖的思想的衝突，是所有侵犯人類生命罪行的共同點。國家的法律將「死亡文化」合法化，甚至合法地要求醫護人員的協助。（參68）

在結束第三章時，通諭指出，「不可殺人」的誡命是一個絕對的下限，是對人性尊重的最低要求，作為走向真正自由的出發點，更應該是促進生命，為生命服務。因著基督的愛，「不可殺人」的誡命變得更積極，要求人愛護和尊重每一個人的生命，在滿是「死亡訊號」的世代，建立生命文化。（參75-77）

第四章邀請人參與建立關乎生命的新文化，就是以言語和行動去宣講耶穌，宣揚生命的珍貴。為基督徒來說，我們由於基督的救贖而成為擁有生命的人民，因而肩負為生命服務的責任（參79）。我們特別可以在第81節中，看到福音如何為生命帶來意義。唯有與基督建立一份「獨一無二的關係」，我們才能活出真我，實踐生命的意義。通諭並不否定生命中的黑暗與痛苦，卻指出，「愛也賦予痛苦和死亡以意義」。

的確，只有在信仰中人才能對生命產生一種默觀的看法，意即是不被外在的、表面的因素所左右，能看到生命更深奧的意義，了解生命所有的善與美，以及生命對人的邀請，邀請我們走向自由和負責任的人生。在默觀中，我們能

在每一個人身上看到天主的肖像，並因此即使面對生病、受苦、被人遺棄或垂死的人，都不會感到沮喪，反而會使人努力在這些情況中找到意義。（參83）

接著，第四章繼續論述事奉生命的福音的態度，和各界人士應該做的事情。第87號道出服務生命應有的態度，就是要對每一個人的生命都有一份關懷，特別是在最困苦的人身上。我們必須反思耶穌就「近人」一詞所表達的意義，明白每一個受苦的人，都是我們的近人，他們的生命，都需要得到應有的尊重。

通諭最後要求我們在「生命文化」和「死亡文化」的劇烈鬥爭中承擔建造新的生命文化，面對和解決今天影響人類生命的各種問題，改造人的內心，革新人類。新文化有「一種嶄新的生活方式，在個人、家庭、社會和國際層面上，按照正確的價值標準來做實際的選擇，這標準就是人之所「是」（being）重於人之所「有」（having），「人」重於「物」。這種煥然一新的生活方式，需要拋棄冷漠，關懷他人；不再排斥，反而接納他人。」（98）換言之，就是糾正對「人」的看法，摒棄物質主義，從中看到「人」的絕對價值。

通諭特別提到婦女和家庭，是改造文化的關鍵。要恢復自由與真理之間的必要關連，重建生命與自由的絕對關係，便要從培育良心的教育工作著手，包括教育年輕人對性和身體的尊重；訓練已婚夫婦負責任的計劃生育，使用自然節育法；以及對痛苦和死亡的教育，推動生命的福音。

6.2 摧毀生命的「死亡文化」

「死亡文化」一詞首次出現在《生命的福音》通諭中，是要斥責現代文化扭曲對人的理解，脫離真正的人性，使人步向死亡。事實上，「死亡文化」早已在理性主義開始時已經萌芽，當人脫離受造物的身分，自命為主宰，由人的角度思考是什麼時，自然會對人有不同的定義，因此人的價值失去絕對的標準。哲學家笛卡兒主張「我思故我在」，當我說「我思考，所以我存在」的時候，也就是定義人的存有。如果按他的定義，失去思考能力的人便不是人嗎？這就是通諭中所講，人失去對天主的感覺的時候，隨之而來的，便是失去對人的感覺，人被物質化成為「有」的價值觀而不是「是」的價值觀，即人要有被定義的元素才算是人，即人可以做甚麼、表達甚麼、交流甚麼才是人，否定人之所以為人是因為人本身就是人。「死亡文化」有以下特性：

1. 崇尚個人自由到極點；
2. 將死亡視為個人權利；
3. 否定人與人之間的關係；
4. 忽視人對他人的責任；
5. 否定絕對的真理；
6. 支持相對主義；
7. 將人物質化，陷入功利主義；
8. 將侵犯生命的罪行合法化，成為結構性罪惡。

個人和自由是兩個不同而相似的概念，個人主義將一切行為的動機和終向指向自己，個人的利益高於社群，衍生出單元一提及的自由主義。在自由主義中，人之所以為人是因為有自主能力行使自由選擇，體驗個人的主體性，不受他人支配。當自由主義極端化時，自由被曲解為展現人權的最高標準而沒有規範，唯一限制是不影響他人，意味著人與人之間再沒有休戚相關的關係。通諭指出這思想是矛盾的：「一方面鄭重地肯定人權，卻在實行時否定人權而造成悲劇，這矛盾的根源在於一種自由的觀念，鼓吹絕對的『獨立的個體』，而沒有休戚相關、接納他人並為人服務的觀念。」（19）當我們每一個人都只重視自己的獨立性，就不能再關顧別人。

再進一步來理解，當我們不關顧別人所受的傷害，即在於否定人與人之間的基本關係，而這等同傷害自己。事實上，人類是一個大家庭，彼此之間有著精神上的血統關係，分享同樣的基本的善，有著同等的人性尊嚴。否定與他人休戚相關的文化是真正的死亡文化。另一方面，在自由主義下，自由不再建基在絕對的真理之上，自由與真理被分割，再沒有基本的關連，人的價值、人的生存權、人對他人的義務被模糊，容易不自覺地違反對生命的尊重。更糟的是，「死亡文化」逐漸在社會中散播，「共同生活」的社會無聲無色地消失，公眾的價值觀是一種妥協，隨著社會的喜好而改變，陷入相對主義之中。（參20）

更嚴峻的是，死亡文化受到強大的文化、經濟和政治潮流積極的助長，所鼓勵的是一種過度重視效率的社會觀，也就是單元一所講的功利主義，是否合乎道德取決於是否為

社會大多數人帶來益處，但真正所帶來的卻是災難性的後果，人再沒有對他人負責的義務，特別是在人最脆弱的時候。（參12）

在充滿「死亡文化」的社會中，死亡不再是罪行，卻成為展現主體性的自由選擇，是一項個人的權利，人甚至要求政府承認「死亡權利」的合法性、要求醫護人員協助。（參11）當侵犯生命的行為得到法律的認可，結構性罪惡便形成。當人活在可以合法地犯罪的「死亡文化」中，維護生命也變得困難重重。現代社會對生命的威脅來自科學和制度上有計劃的威脅，是一種反對生命的陰謀：「我們所面對的，除了各種不同的反對生命的主觀意向外——其中有些還以團結為名而頗能令人信服，實際上我們還面對著一種客觀的『反對生命的陰謀...』，甚至連國際性的組織都參與此陰謀，鼓勵並在實際上實行推廣避孕、結紮和墮胎等的行動。不容否認的是，媒體也捲進這場陰謀中，且從旁推波助瀾，將依賴避孕、結紮、墮胎，甚至安樂死的文化，當做進步的標記和自由的勝利；卻把那些無條件地維護生命的主張，視為自由與進步的大敵。」（17）

面對「死亡文化」的衝擊，醫護人員可以怎樣面對？第89號教導他們在工作中實踐服務生命的責任，應該「做人類生命的保護人和僕人」，特別是「僕人」這一點，正是要醫護人員反省，自己是服務生命，而非生命的主宰；不應「成為死亡的執行者」，要堅守「絕對尊重人類的生命及生命的神聖」，不應視致人於死是一種醫療行為。最後，也要「拒絕枉顧人類不可侵犯尊嚴的實驗、研究或應用」。

7. 摘要

- (1) 討論醫療倫理，首要分析的是生命的內涵，最先探討的是生命從何時開始，教會主張生命是由卵子受精一刻開始，即使該生命仍未以成熟的人的形態出現，也不容許任何踐踏生命的做法。
- (2) 另一重點是生命尊嚴，指出我們要尊重每一個獨立而具體的生命，不能視他們為數字，純以功利的角度來思考。
- (3) 最後一部分介紹《生命的福音》通諭，內容說明生命的意義，並且特別提出有關死亡文化的錯誤，並加以批判。

8. 參考資料

1. Council of Secular Humanism, “Declaration in Defense of Cloning and the Integrity of Scientific Research”, *Free Inquiry Magazine*, Volume 17, No. 3 (1997).
2. Elio Sgreccia, *Personalist Bioethics: Foundations and Applications*. Philadelphia: The National Catholic Bioethics Center, 2012, p. 93.
3. Maureen L. Condic, “What Does Life begin? A Scientific Perspective”, *Westchester Institute for Ethics & the Human Person*. White paper, Volume 1, Number 1 (October 2008).
4. Fabrizio Amerini, *Aquinas on The Beginning and End of Human Life*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 2013, p. 179.

5. Christopher Kaczor. *The Ethics of Abortion. Women's Rights, Human Life, and The Question of Justice*. London: Routledge, 2011, p. 38.
6. 金象達，〈《生命倫理》〉。台北：見證月刊社，2000，頁52。
7. Richard A. McCormick, "Who or What Is The Preembryo?", *Kennedy Inst Ethics Journal*, 1991 Mar; 1 (1), pp. 1-15.

單元三

從試管嬰兒到複製生命

1. 緒言

完成了兩個探討醫療倫理的原則的單元後，由單元三開始，我們就個別的專題，為讀者介紹天主教倫理神學，如何理解這些有關醫療行為的價值判斷。在以後的單元裡，我們都會按照首兩個單元所提及的倫理原則，對個別、特殊的醫療問題，加以分析。一方面，讀者能更加明白個別課題的內容和涵義，另一方面，也可以明白原則的意義。

2. 單元目標

讀者閱畢本單元，應能：

- 解說生育的人性意義；
- 說明不用的人工受孕方法；
- 指出各種方法是否符合生育的人生意義；
- 簡單說明複製生命的問題。

3. 導論

自第一個試管嬰兒路易絲（Louis Brown）在1978年成功誕生後，人工受孕的技術一日千里，成功懷孕的機會愈來愈高，受惠於人工受孕的夫婦也不斷增加。單單在美國，按美國疾病控制及預防中心的數字，在2012年便有接近三萬個試管嬰兒誕生。至於香港，據人類生殖科技管理局統計，2012年已有約一萬個使用人工受孕的個案。對不育的夫婦來說，這固然是好消息，然而，科技同時也帶來觸及人性的倫理問題。

有人或許會質疑，使用醫學知識對不育作出治療，何以會有倫理上的爭議？科技是為了服務人類，但必需受到倫理規範以防止科技破壞基本的人性價值。換句話說，無論科技所追求的目標有多良善，方法必然要維護人的價值，保存人的本質。在生命傳遞的範疇內，生育與夫婦結合是一體的人性行為，只要人工受孕的方法能夠保持兩者的一體性，倫理上是可以接受。因此，我們在下文裡，由生育的意義談起，再進入科技的討論，讓讀者可以明白其中的關係。

4. 生育的人性意義



思考：當我們說自己的嬰孩是婚姻的結晶品，是否有深入反省這句話是什麼意思？是代表這是兩個人的基因遺傳，還是有更多的含意？

為何生育與夫婦結合必需放在一起呢？廣為人所使用的人工避孕不是早將兩者分割嗎？在探討「生育」的人性意義前，讓我們先思考生殖和生育的分別。今天社會在意識上已將生殖（reproduction）和生育（procreation）混為一談，西方醫學稱人工受孕為輔助生殖技術（Assisted Reproductive Technology, ART），以恢復生殖系統的功能，是一種純生理性的治療。

從西方醫學的角度，生育與生殖無異，從精子和卵子開始，經過受精、著床、胎兒在子宮內發展長大，直到出生，是一個接一個的程序，當其中一個程序有問題，例如沒有精子，解決方法便是使用他人所捐贈的精子；如果是受精問題，便使用體外受精；著床有困難，便有代孕母的出現。總而言之，最終目標是成功受孕，受孕率便成為衡量技術成功的指標。結果是，與成功率無關的夫婦結合，就不用考慮，只要可以成功受孕，人工抽取精子和卵子在母體之外結合，被視為合乎常規的治療方法。

然而，生育與生殖截然不同，不是一個可以量化的行動，生育行動是一個非常人性的行為，不是單單由生理性的行為所組成，生理過程只是生育的其中一個幅度。事實上，就如人是肉體和靈魂的結合，有生理和精神方面，人性行動

也包含生理、心理和靈性的幅度，反映人的本質——理性認知、自由選擇和愛。所以精子和卵子的結合反映夫婦之間的結合，自願選擇對方，將自己完全交託給對方，成為給予對方的禮物，沒有第三者的介入，並且願意成為父親或母親，履行生兒育女的使命，這才是負責任的生育行動。生育一字的英文 **procreation** 包含創造的意義，夫婦雙方是直接參與創造，是新生命創造的合作者，有其人性和神聖性，完全反映人的獨特和尊貴本質。相反，生殖的英文 **reproduction** 有製造的含意，在物性上從植物到動物的繁殖都是一樣，只為產生下一代。因此，生育作為一個充滿人性的行動，不可能脫離夫婦之間愛與共融的結合，是愛與生命的和諧關係，也是對配偶忠信的表现。

這樣，在不育的情況下，可否暫時放下生育與夫婦結合的一體性，以治療不育作大前提，使用人工受孕方式讓夫婦達到做父母的願望？首先，人工受孕不是治療不育的唯一方法，克賴頓模式生殖照護系統（**Creighton Model Fertility Care System**）是一個源自美國、以自然方法治療不育的系統；而在中國文化中，中醫本身也有一套對不育的治療。其次，不是所有人工受孕的方法都會將生育與夫婦結合分割，以下是審視人工受孕的基本倫理原則：

（1）人工受孕的原因：是否屬治療性質？治療不育應是夫婦需要人工受孕的唯一原因。有部分夫婦要求接受人工受孕不是因為不育，而是出自優生的考慮或性別的選擇，更甚者有單身人士純粹只是想要孩子而不要婚姻，也有同性戀人士希望有自己的孩子而選擇人工受孕。這些非治療性的原因，教會認為一概都是不道德的。

(2) 人工受孕的方法：能夠輔助夫婦結合以達到生育目的治療，皆被視為輔助性方法，並沒有道德問題。但一些替代性或操縱性的方法，以科技取替夫婦結合行為，將一體的生育行動切割，倫理上便不能接受。然而，那些才是輔助性的方法呢？下文會詳述各種人工受孕的方法和其中的倫理考慮。

再者，只有一體的生育行動才是完整的人性行動，才能完全反映人的本質，把夫妻的結合與生育分割，人性便會被物性所取代，隨著滑坡效應，一個完整的人性行動被解體為多個程序，每一個程序的道德爭議也不再以完整人性為基礎，科技便完全脫離應有的道德規範，現實中，一些很壞的情況已經發生，就是使用他人的精子和卵子作體外受精，將胚胎轉移至代孕母子宮內著床懷胎，所製造的嬰兒與所謂「父母」沒有任何血緣關係，也沒有懷胎的親密關係。對於這些情況，社會上的所謂道德爭議只流於對代孕母是否公義、捐精捐卵行動會否引致亂倫等等，而對人、對婚姻本質的傷害，已完全被忽視。

天主教特別強調結合和生育的一體性：「教會多次講這端道理，是建基於天主所定的不可分的關係上，而不能隨意切斷夫婦性行為的兩種意義：結合的意義和生育的意義。因為夫婦性行為的親密結構，在夫婦密切結合時，根據銘刻在男女本性中的法則，使該行為能產生新的生命。在保持這兩種結合和生育的主要觀點後，夫婦性行為完全保存了互惠而真正的愛情之意義，以及人被召作父母的最高職務。我們以為現時代的人，特別能夠了解這一基本原則是合乎人性的。」（《人類的生命》通諭12）。

這論調常常被批評為死板的闡釋、對自然道德律只有物性的理解，贊成人工受孕的人士更指技術是人類的產物，創造者給予人類駕馭自然的能力，所以使用人工受孕技術並沒有破壞人性。然而，教會訓導對自然道德律的理解肯定超越物性，因此要關注的，不僅是卵子和精子結合而受精的生物定律，更是形上的道德律，即保守完整的人格和人的獨特性，就是靈魂和肉身的結合，一體的生育行動包含肉體生理上的結合和靈性上的互愛。自然道德律所譴責的不是技術本身，而是肉性和靈性的分割，富有人性的生育淪為生殖，人便與其他動物的繁殖沒有分別。教廷信理部稱自然律是承認人與人之間真正對等的根源，是激勵夫婦生育孩子的責任的源頭。生命的傳遞早已內置在人的本性之中，而本性的定律——即自然律——就是全人類必需引用而沒有文字記載的基準。（〈人性尊嚴對一些生命倫理問題的指示〉6）

5. 人工受孕的方法



思考：你是否認識朋友採取人工受孕的方法成孕呢？
你是否知道，這實際上是使用什麼方法來成孕呢？

以下會介紹今天主流的人工受孕的方法，並就每一種方法作出倫理審視，而所引用的，就是上文所提及審視的基本原則：目的和方法的性質。

現時主流的人工受孕的方法包括：

(1) 誘發排卵 (OI, ovulation induction) 及人工受精 (AI, artificial insemination)，通常是在子宮內進行 (IUI, intrauterine insemination)

(2) 體外受精 (IVF, in-vitro fertilization，俗稱試管嬰兒 / 人工受孕) 及細胞漿內精子注入法 (ICSI, intracytoplasmic sperm injection，又稱微型注射)。

在2012年，香港有10921位病人接受生殖科技程序，體外受精佔44%，人工受精佔37%，凍融胚胎移植佔27%，只有一位病人接受輸卵管配子移植 (GIFT, gamete intrafallopian transfer)。在美國，差不多所有「病人」都是體外受精。

5.1 人工受精

人工受精可分為兩種，第一種是把丈夫的精液注入妻子身上 (AIH, Artificial Insemination by husband)，稱為同體人工受精 (Homologous Artificial Insemination)，另一種就是採用別人的精液 (AID, Artificial Insemination by donor)，稱為異體人工受精 (Heterologous Artificial Insemination)。人工受精適合一些夫婦因輕微的精子異常問題、性交功能障礙、子宮頸或免疫因素導致的不育症。

人工受精會於血液測試顯示卵子接近釋放或於注射破卵針後24-36小時後進行。男方亦需於進行人工受精程序當天提供精液樣本。收集到的精液需於實驗室內處理 (洗滌精子)，以提高精子活動能力。其後，醫生會利用幼細而無創傷性的導管把處理過的精子經子宮頸注射入子宮內 (IUI)。這項簡單的程序並不需住院進行。

取得精子的方法有以下三類：

(1) 在性行為之內：

- A. 體外射精時用消毒瓶收集精液；
- B. 使用避孕套；
- C. 使用穿破的避孕套收集部分精液。

(2) 在性行為之後

- A. 從陰道內抽取精液；
- B. 從男方尿道收集剩餘精液。

(3) 與性行為分割

- A. 手淫；
- B. 在夢遺後在尿道取得精液；
- C. 電激取精術（electroejaculation），透過置於直腸內之電極，經通電刺激，使交感神經活動增強而遺精；
- D. 擠壓前列腺和精囊；
- E. 針刺附睪（epididymis）抽取精液（MESA, microsurgical epididymal sperm aspiration）；
- F. 直接從睪丸抽取（testicular biopsy）。

而使用妻子的卵子。最後一種情況就相當特殊，就是精子和卵子都與這對夫婦無關，卻把受精卵放進妻子的子宮中成長。在2012年，香港便有26宗捐精和29宗捐卵個案。

人工受精的持續妊娠率為10%-15%，重複使用的話可以有所增加。

5.2 體外受精

體外受精俗稱試管嬰兒，也分為同體和異體人工受孕，前者是採用丈夫的精子和妻子的卵子，自然是同體，但是在這裡的「異體」，就有不同的組合，當中包括使用丈夫的精子，卻使用捐贈者的卵子；又或是採用捐贈者的精子，而使用妻子的卵子。最後一種情況就相當特殊，就是精子和卵子都與這對夫婦無關，卻把受精卵放進妻子的子宮中成長。在2012年，香港便有26宗捐精和29宗捐卵個案。

體外受精是最複雜的人工受孕方法，有本身的風險和併發症。其程序是精子與卵子於體外（即於實驗室的試管內或碟內）結合（IVF），然後再將已受精的卵子（即胚胎）移植回子宮內（ET, embryo transfer）。在治療過程中，女方需接受各種藥物，以刺激卵巢製造約10-15粒成熟的卵子，並需服用口服避孕藥防止前一個週期排卵並減少卵巢囊腫的機會。女方亦會使用其他藥物以防止卵子於採集前過早釋放。當卵泡生長到成熟程度，女方將接受破卵針注射，並安排於36-38小時後抽取卵子。卵子採集將安排於手術室進行，在超聲波掃瞄器指引下，卵子經陰道採集。採集後得到的卵子會於當天進行受精，並於2-5天後植回子宮。要取得精子往往只能使用與性行為分割的方法，常用的是手淫。近年發展了細胞漿內精子注入法（ICSI），在實驗室內的顯微鏡下將單一精子直接注射進卵子內，有助卵子受精。

體外受精成孕的機率大約是25%-40%，因為胚胎進入子宮後，不一定會著床。當然，放回多少個胚胎，首先要看看最初取出多少個卵子，而一般為了提高成功的機率，會放回三至五個胚胎，這也解釋了近代懷有三胞胎、四胞胎的人增加的原因。

如果放回去的胚胎成功著床，那麼試管成孕便算成功了。不過，沒有放進去的胚胎，應如何處理呢？根據香港的法例，提供體外受精的中心可以貯存冷藏胚胎的最長年期為10年，在下列的情況下，會終止貯存冷藏的胚胎：

- (1) 當冷藏胚胎已被解凍及植回子宮；
- (2) 當夫婦要求棄掉胚胎。

若夫婦同意，剩餘的胚胎可以捐贈作研究用途或捐贈給其他不育的夫婦。2012年香港便有兩個捐贈胚胎的個案。

5.3 輸卵管配子移植

與人工受精很相近，這方法用於丈夫的精子不夠活躍或是有某些缺陷，於是要在取得精液後，加以篩選或「清洗」，讓更活躍及健康的精子被選出來，就注入女方的輸卵管中，同時也把女方的卵子放回輸卵管的末端，讓精子與卵子自然地結合。香港中文大學在本港的醫院嘗試使用這種做法，在1989年首次成功，而且發現成功率達百分之三十，也沒有摧毀受精卵的危險。其中的好處是較體外受精更符合生理條件，也免除了體外受精和胚胎培養的複雜程式和倫理問

題。缺點是女方需要接受一次腹腔鏡手術注入配子（即精子和卵子），而卵子是否受精並不在控制範圍之內，而且女方要有正常沒有阻塞的輸卵管才能使用，所以今天輸卵管配子移植並不流行，在2012年香港只有一病人使用這方法，成功懷孕。

5.4 教會訓導對人工受孕的回應



思考：教會就人工受孕，發表過不同的意見，你是否曾經看過？對這些意見，有何印象？

教會訓導所針對的是，人工受孕的方法有沒有取代夫婦的結合，同時生育和夫婦結合的一體性有沒有被破壞。在梵二以前，教會至少有三份文件，談到人工生育的問題：

(1) 1949年9月29日，比約十二世（**Pius XII**）向天主教醫生發表演講，在第15至17節明言夫妻期望獲得子女是合理，但是不能因此令人工受精變得合理。特別是在第17節，比約十二世說明為取得精液而進行「拂性行為」，即有違人性自然的行為，是不道德的。

(2) 1951年10月29日，比約十二世向助產士演講，其中第55至56節所言，把夫妻的性行為單純地視為生育，就如同把聖所視為生物實驗室。故此，人工受精是把家庭這個聖所變成實驗室。這並不符合教會對婚姻的訓導，因為生育是兩個人的結合，這不僅是兩個生殖細胞的結合，而是兩個人格的合作下的產物。

(3) 1956年5月19日，比約十二世向生育國際協會致辭，當中第8節指出，生育的條件必須與夫妻聯繫起來。故此不可有性行為而排除生育，亦不可以排除性行為而生育。

面對試管嬰兒的出現，1987年信理部發出〈有關尊重生命肇始及生殖尊嚴的指示〉 (*Respect for Human Life in Origin and the Dignity of Procreation*)，對各種人工受孕科技的道德性作出判斷。二十年後，信理部在2008年再發出 *Instruction Dignitas Personae on Certain Bioethical questions* (未有官方中譯版，暫譯為〈人性尊嚴對一些生命倫理問題的指示〉，以下簡稱〈人性尊嚴指示〉)，以前者為基礎，對新的生殖科技包括：細胞漿內精子注入法、凍結胚胎移植、減胎手術作出道德上的答覆。兩份指示均根據對三個基本的善的尊重，審視人工受孕技術，三個基本的善是：

(1) 生命由受孕一刻至自然死亡的生存權和肉身的完整；

(2) 在婚姻的合一之內夫婦一起成為父母的權利；

(3) 性愛的人性意義，即生育是夫婦之間恩愛結合的果實。(參《人性尊嚴指示》12)

5.5 人工受精的倫理審視

〈有關尊重生命肇始及生殖尊嚴的指示〉就同體人工受精在第二章六號指出，「道德良知並無禁止使用某些人工方法，方便這種自然行為或確保這種自然行為達致其正當目的。如果科技方法有便於婚姻行為或有助於達成自然目的，在道德上是可以接納的。」

就人工受精而言，只要符合以下條件，倫理問題便不存在：

(1) 精子來自丈夫，即同體人工受精：

(2) 取得精子的方法是在性行為之內或之後而沒有將結合和生育分割。這包括使用穿破的避孕套收集部分精液或在性行為之後從陰道內抽取精液都是可接受的。

還需留意的是，人工受精是否合乎道德的關鍵，是其一體性。如果以方便為首要考慮，以手淫方法取得精子是首選，卻有違倫理價值。有人問，如果手淫不是為性滿足，而是為生育，有好的意圖，是否可以接受呢？但不能否認方法本身已經將夫婦結合與生育分開，不論動機多良好，就方法而言已不可取。

5.6 異體人工受孕的倫理問題



思考：子女與父母沒有血緣關係，是否難以建立真正的親子關係？當中的核心問題是什麼？

至於異體人工受孕，不論是人工受精還是體外受精，由於使用第三者的精子或卵子、甚至胚胎，肯定是不道德的，在〈有關尊重生命肇始及生殖尊嚴的指示〉中受到強烈譴責：「異體人工受孕違背婚姻的共融、夫婦的尊嚴、父母應有的使命以及孩子受孕並在婚姻中和經由婚姻而投入世界的權利。」（第二章12）

事實上異體人工受孕對婚姻構成雙重破壞，不單破壞夫婦結合與生育的一體性，更將夫婦和父母的角色割斷。夫婦理所當然是孩子的真正父母，從確切的血緣關係開始。第三者的介入，尤其是使用捐精，無可避免的破壞婚姻盟約，違背了夫婦的互相承諾的忠貞，縱然妻子懷胎十月，所懷的卻並非丈夫的胎兒，丈夫只是養父，對孩子難有真感情，更難建立良好的父子/女關係。如果捐贈的是第三者的卵子，儘管妻子也確實懷胎十月，但生母仍非妻子，母子/女的關係已不完整。況且，捐贈者的身分往往保密，對孩子也不公平，因為剝奪了孩子知道自己生父生母的權利。

有人提出異體人工受孕與收養孩子（adoption）沒有分別，收養配子或者胚胎不是一樣嗎？不要忘記所收養的孩子有自己的生父生母，孩子也知道生父生母的身分，所轉移的只是教養的責任；沒有第三者介入收養孩子的父母當中，完全沒有破壞婚姻盟約，更沒有破壞夫婦結合和生育的一體性，不能與異體人工受孕相提並論。也有人將捐贈配子等同捐血或捐贈器官，以行善和慷慨為大前提，不涉及金錢交易便沒有問題。需知道其他器官捐贈並無涉及新生命的誕生，也沒有干涉到婚姻的本質，與捐精捐卵截然不同。

捐贈配子無可避免進行多重篩選，引致優生選擇的做法。第一層優生選擇以基本健康、遺傳病家族史，甚至外觀、膚色、智商、學歷等為標準，去選擇捐贈精子卵子的人士，成就夫婦要求的孩子。進而是配子、胚胎的第二層篩選，可以（1）選擇性別；或（2）使用遺傳疾病診斷（preimplantation genetic diagnosis, PGD），分析胚胎的基因，診斷有機會患上的遺傳病。殺死患有遺傳病或存有高

風險患病的基因的胚胎是必然的後果。由此科技對生命嚴密操縱，只容許符合既定標準的生命存活，有問題的胚胎可以合理合法地棄置，這樣生命不再是生命，而只是有品質保證的實驗產品。體外受精容易出現多胞胎，於是第三層篩選出現，就是進行減胎手術（*embryo reduction or fetal reduction*），只留下一個最建全的胚胎。很明顯優生篩選的邏輯建構在功利主義之上，否定人的平等生存權。遺傳疾病診斷會在產前診斷一章中會再詳細討論。

5.7 同體體外受精的倫理審視

今天相信最令人覺得教會不近人情的，是對同體體外受精的反對。體外受精是現時最普遍使用的人工受孕技術，也是成功率最高的，然而，當中所產生的倫理問題實在不少，在審視其是否合乎倫理時，有兩點必需堅守：

（1）保護胚胎的生命；

（2）保存生育行動的一體性，就是夫婦在親密的關係中結合，使生育成為婚姻的的果實。

首先要再次重申，教會認為結合與生育是的不可分：「婚姻果實和婚姻意義的緊密關係的道德價值是基於人的共融——包括肉身和靈魂的共融。夫婦雙方在「身體語言中」共同表達他們的愛情——這愛情兼具「夫婦的意義」和「父母之道的意義」。夫婦共同獻身的婚姻行為開闢了生命恩賜的機會。那是一種身心合一的行為。夫婦在他們的肉身之中，並且經由他們的肉身，滿全他們的婚姻，並且可藉此成為父母。為尊重他們的身體語言及其自然的慷慨，夫婦的契

合必須以尊重有機會生殖為原則；生殖的孩子必須是婚姻之愛的果實。人的本源來自生殖，那是婚姻締結一體的父母在生物上和精神上契合的結果。在夫婦體外完成的受孕，喪失了身體語言和夫婦共融的意義和價值。」（〈有關尊重生命肇始及生殖尊嚴的指示〉二章4）

體外受精使生育應有的完整受到傷害，就是生育作為婚姻行為的結果，夫婦在其中「與天主合作，繁衍新生命」。受精是在實驗室進行，生育脫離了直接導致受孕的婚姻行為，而完成在生育行動中決定性的一環不再是夫婦，而是局外人。

「指示」第二章第五節這樣說：「即使在小心防範人類胚胎死亡的情形下，同體試管受孕和胚胎移植畢竟是脫離了直接導致受孕的婚姻行為……所謂『簡單個案』，即一項不牽涉毀滅胚胎和手淫的同體試管受孕和胚胎移植手術，仍屬不道德，因為它剝奪了人類生殖所應有的尊嚴。」在這裡，教會採用了傳統常用的一種爭論手法：何況法（*a fortiori*）。即先提一個簡單的個案都加以否定；既然最基礎的個案也加以否定，何況其他可能性。

另一問題是，體外受精的過程中，許多受精卵無可避免在培養過程中死去，對於這個問題，有人認為自然的情況下同樣有受精卵「死去」，所以不應因此反對。如果我們比較數字，無可否認，體外受精所做成的受精卵淘汰，遠高於自然。一般來說，自然結合為受精卵而不能著床，排出體外的只有百分之二十，但是人工受精被犧牲的胚胎卻超過百分之八十。這包括有問題的胚胎、以優生為目標而被篩選

掉的胚胎、因移植多個胚胎以增加懷孕率而未能成功著床的胚胎。這種純功利主義的做法背後，反映對胚胎生命的不重視，只視胚胎為一堆細胞。（《人性尊嚴指示》5）

當胚胎成為科技產品，胚胎更容易不被視為生命，結果是不被尊重和加以保護，不被視為人，也沒有必然的生存權。單元二強調生命的開始是受精的一刻，胚胎肯定是生命，是不可改變的定律。毀滅胚胎與蓄意墮胎無異，都受到教會嚴厲譴責：「一般的試管受孕，並非全部胚胎移植於婦女體內，有部分毀滅了。正如教會譴責人工流產一樣，教會嚴禁此損害人類生命的行為。...蓄意毀滅試管胚胎是違反道德律的。而未能移植於母體之內、被列為『後備』的胚胎，其命運可悲，無可能獲得適當的安全保障。」（〈有關尊重生命肇始及生殖尊嚴的指示〉一章5）而且，胚胎被大量培養，方便重複體外受精，卻帶來冷藏胚胎的問題。多餘的胚胎被凍結，令胚胎受到嚴重傷害甚至死亡，百分之三十的冷凍胚胎就是這樣死去。更可悲的是，冷凍胚胎受到侵犯，成為實驗室的材料進行胚胎實驗，而無可避免的死去；倖存的胚胎成為孤兒，被父母拋棄，甚至捐贈。「冷藏胚胎，即使是為了維持胚胎的生命，因而使他們冒致死或損害身體完整的危險，暫時剝奪了他們在母體妊娠的機會，因而置於可能受更大損害和操縱的環境，就是違背了他們應受的尊重。」（〈有關尊重生命肇始及生殖尊嚴的指示〉一章6）

當同體體外受精被大眾認同，滑坡效應便湧現，沒有精子或排卵的夫婦自然想到捐贈配子，著床有問題便想到代孕母，為異體體外受精和代孕母打開大門，同性戀者也可用

異體體外受精方法得到子女，婚姻和生育的真正意義被完全破壞，人類道德上所受到的衝擊可以預見。

5.8 代母的倫理問題

胚胎移植（ET）是體外受精後的必要程序，將胚胎放置在母親子宮內，著床成長。所帶來的倫理問題是，可否選擇他人的子宮，借用甚至租用？於是代母的選擇便出現。現時有兩種代母，第一種是傳統代孕（traditional surrogacy），就是使用預設的父親（intended father）的精子，以人工受精的方式使代母懷孕。第二種是懷胎代孕（gestational surrogacy），就是使用體外受精方式將來自預設父母的胚胎移植入代孕母子宮內。贊成一方指出子宮有問題或是已接受子宮割除手術的婦女無法懷孕，如果有第三者可以代替母親懷孕，不是一大善行嗎？然而，懷孕與租屋居住完全不同，不可能劃上等號，租約完結便遷出房屋。居住的人與房屋並沒有關係，也沒有感情；但事實上，懷孕的婦女與胎兒相處十個月，從懷孕一刻開始已履行母親的責任，孕育胎兒，建立了母親與胎兒的親密關係。過往有不少報導有關代母改變主意，沒有將嬰兒交回遺傳的父母（genetic parents）。這正是因為懷孕的「母親」和胎兒發生了感情，不難想像這情況更容易發生在傳統代母身上，即同時是遺傳和懷胎的母親。1986年在美國便發生第一宗傳統代母在法庭上勝訴，得以保留嬰兒的事件（Baby M）。現時的公眾政策均以懷胎的母親為法律上的母親，代母要簽放棄嬰兒的協議書，其遺傳的父母才可取得嬰兒。

教會不認同「代母」的做法，因為「客觀上未能履行母愛、夫婦忠誠和負責母道的義務；此舉違背了孩子受孕、在母體內成長和出生以及由其父母養育的權利。此舉損害了家庭，在家庭建基的生理、心理和道德元素之間造成分裂。」（〈有關尊重生命肇始及生殖尊嚴的指示〉二章3）事實上，代母已包含異體人工受孕，其方法已是極不道德的行為；而且，整個代孕的行動完全剝奪嬰兒的權利，嬰兒有權利在父母結合中孕育出來，受同一位母親懷胎，彼此相通，從母親的血液中吸取營養和氧氣，在母親懷內成長。因此，不應視代母為善舉，即使不涉及金錢也不應該支持。

再者，代母的做法往往會變成一種商業的行為，而當代母是一個獲得利益的活動，那麼就等同女性出賣自己的器官，這種視女性為工具的做法，必然會做成對女性的歧視，也是一個社會倫理的問題。

由於商業性代母有很多問題，不少國家包括香港都禁止。但是與此同時，不少國家卻把代母合法化，甚至視為一種「商機」。至目前為止，歐洲的國家中，比利時、荷蘭、丹麥、匈牙利、羅馬尼亞、芬蘭和希臘均允許代孕，而印度、泰國、俄羅斯和東歐一些國家就更加立法管理商業代母，讓代母成為他們國家的一種產業，吸引外國人士到他們的國家找代母，賺取外匯。美國由1981年起，已經把代母合法化，不少州均容許代母產子，但仍有包括紐約、新澤西和密歇根在內的12個州，拒絕承認代孕的合同。

代母的做法，對傳統的家庭模式有很大的衝擊，原因是把本有的一父一母的模式改變了。一個嬰兒有血緣上的父

母、名義上的父母、懷胎過程的代母，究竟誰才是他真正的父母呢？

5.9 輸卵管配子移植的倫理審視

輸卵管配子移植被一些倫理學家視為可以接受的人工受孕方法，原因是這方法沒有涉及體外受精，也沒有帶來製造胚胎的問題。只是利用手術將卵子和精子注入輸卵管，自然受精、著床，理應可以視為輔助性的人工受孕方法。然而，要小心處理取得精子的方法有沒有脫離夫婦結合行為，如有的話，輔助性頓時變成替代性方法，遇上在同體人工受精的同樣倫理問題。

5.10 克賴頓生殖照護系統

克賴頓生殖照護系統（Creighton Model Fertility Care System）是根據比林斯排卵法為基礎，進一步發展出來的一套系統，配合自然生殖科技 NaProTechnology（Natural Procreation Technology），將觀察子宮頸黏液分泌配合現今診斷不育原因的檢查，給予針對性的藥物和手術治療，能夠有效診斷和治療不育。婦產科醫生希格（Prof. Thomas W Hilgers）在1980年率先報告他在克賴頓大學醫學院研究的結果，發展整套克賴頓生殖照護系統，進行自然節育或治療不育，為不育夫婦帶來希望。一項在愛爾蘭進行的研究跟進超過一千對不育夫婦使用克賴頓生殖照護系統，結果顯示，在兩年內成功自然懷孕的比率是52.2%，比人工受孕更高。另一項在加拿大的研究亦有類似結果，使用自然生殖科技治療

108對不育夫婦中，51對夫婦成功懷孕。注意這是兩年懷孕率的計算，與人工受孕不同，不是「即食麵」，且需要婦女長時間用心觀察自己的身體變化，在排卵的時候夫婦行房，在愛的結合中孕育自己的孩子，是完整的人性行動。

6. 複製人 (Human cloning)

最後我們簡單談談複製人的問題。這是一個很複雜的問題，而我們只能為大家介紹一下。

自1996年複製羊多利的例子成功後，複製人的想法隨即出現。所謂複製就是人工化的無性生殖 (asexual reproduction)，女方的卵子不需要與男方的精子結合受精而自行繁殖。其實在大自然中，一些植物和昆蟲也是以無性生殖的方式繁殖的。以繁殖性複製的產物與被複製的對象有一模一樣的基因，但複製人類尚未成功。

贊成複製人類者，往往基於兩個目的，第一是為繁殖 (reproductive cloning)，第二是為治療 (therapeutic cloning)。複製過程涉及抽取卵子，將其本身載有遺傳基因的核子 (nucleus) 抽走，注入想複製的對象的核子，成為胚胎，如果是繁殖性複製，便會將胚胎移植入子宮內，與人工受孕做法一樣。如果是為治療，目標為複製特定器官的話，便會在胚胎抽取幹細胞培養所需要的器官，這觸碰到幹細胞使用和醫學實驗的倫理問題，將會在另一章討論。事實上繁殖性複製干犯生育的尊嚴到達極點，無性繁殖代表生育與性愛脫離關係，不單沒有夫婦之愛的結合的互相交付，連父親也不需要，當中對生命的操控和技術的濫用嚴重傷害人

性的尊嚴，複製人只是生物奴隸（biological slavery），被灌注主人決定的遺傳基因、性別，是名符其實的科技產品，人所擁有的獨一無二的特徵被剝奪，淪為次等人，人與人之間的基本平等和作為人的尊嚴被肆意破壞。（〈人性尊嚴指示〉28-29）至於治療性複製，其不道德的程度比繁殖性複製更為嚴重，從胚胎抽取幹細胞，意味胚胎的必然死亡，即使有良好的動機，以治療為目標也不能將犧牲胚胎性命合理化，因為殺害生命恆常是嚴重不道德的行為。（〈人性尊嚴指示〉29）近年有新的複製技術——「改變的核轉移」（Altered Nuclear Transfer），只培養一堆類似胚胎的細胞，從中抽取幹細胞，避開胚胎死亡的問題，因為這只是一堆細胞。這樣倫理上是否可以接受？事實是，這一堆細胞其實是嚴重傷殘的胚胎，被刻意引起不正常的發展，本質上仍然是人，所以ANT同樣是殺害生命，是不合乎道德的技術。

7. 摘要

- (1) 今天有關人工生育的方法，主要分體外與體內受精，再加上是否代母懷孕，形成不同的做法。教會反對人工生育的施行，是建基於兩點：第一，生育必須在夫婦的性行為中發生，而不應採用人工的方法來達成，故此，各種人工方法都違反了婚姻的神聖；第二，人工生育中如試管嬰兒或複製人，都有很大的機會把胚胎毀滅，這有殺害生命之嫌。
- (2) 複製羊成功後，複製人的想法就出現。今天贊成者以繁殖和治療為支持的理由，但是當中有不少倫理的困難，主要是胚胎生存權的問題。

8. 參考資料

1. 金象達，〈向「人」挑戰——試管嬰兒的倫理研討〉，《神學論集》25期（1975），頁399-426。
2. 金象達，《生命倫理》。台北：見證出版社，2000，頁121-128。
3. 白禮達，〈「教宗憎我寶寶！」——梵蒂岡與試管嬰兒〉，《神思》5期（1990），頁35-41。
4. 懷亞特著，毛立德譯，《人命關天——廿一世紀醫學倫理大挑戰》。台北：校園書房，2004。
5. 朗諾·德沃金著，郭貞伶、陳雅汝譯，《生命的自主權》。台北：商周出版，2002。
6. 艾立勤著述，許郡珊、陳美玲撰寫，《維護人性尊嚴——天主教生命倫理觀》。台北：光啟文化，2005。
7. J. B. Stanford, T. A. Parnell, P. C. Boyle, "Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice", *Journal of American Board of Family Medicine*, no.21 (2008), pp. 375-84.
8. E. Tham, K. Schliep, J. Stanford, "Natural procreative technology for infertility and recurrent miscarriage: outcomes in a Canadian family practice", *Canadian Family Physician*, no.58(2012), pp. 267-74.

單元四

基因工程與產前檢測

1. 緒言

在這單元，我們繼續探討生育的醫療倫理課題，雖然不是直接與生育方法有關，所討論的問題也是圍繞生育的問題，就是基因工程與產前檢測。在這兩個單元裡，我們探討的是生命的本質，而從生育此行為，可以有助我們反思生命在天主手上這個信仰，如何具體實踐到生活裡。

2. 單元目標

讀者修畢本單元，應能：

- 說明基因工程對醫療手段的影響；
- 簡單評估基因工程的發展對倫理的影響；
- 說明性別檢測的原理及風險；
- 指出性別檢測帶來的倫理問題。

3. 導論

這個單元要處理的課題共有兩個，一是基因工程，一是胎兒檢測。表面來看，這兩個課題並沒有什麼共通之處，但是它們背後均有同一套的思想作指導，就是對生命的掌握。

胎兒代表生命的形成，本來也代表一個獨立的生命，不可被侵犯。但是，人透過醫學手段加以檢測，就可以對自己的下一代，作出「篩選」。另外，在未來的發展裡，透過基因工程，我們可能有更大的能力作出「選擇」。也就是說，透過醫學科技，我們要把生命的塑造，由天主的手上奪過來，由自己決定。

這個有關生命的自主與操控的問題。在這個單元中，我們首先介紹基因工程和胎兒檢測已經發展到什麼地步，進而探討這兩個醫療技術的倫理問題，並且對這些問題作靈性的反省，才能夠明白，為何看似客觀中立的醫療手段，會為人帶來道德上的問題。

4. 基因工程



思考：基因的研究令我們對於生命的本質有進一步的理解，也會引發不少的擔心和困惑。你會否有這類問題？你較關心的是什麼課題？

大約在上一世紀的六十年代，科學家確定了基因的存在，從此就開始了大量有關基因的研究，而我們對基因的認識愈多，愈發明白它在醫學上的重要性，例如很多有關基因的醫療方法，是從研究成果轉化出來的。

我們不妨按照今天有關基因研究的醫學應用，來展望未來有關醫療科技的發展。

今天其中一個重要的基因醫療手段，就是基因檢測，透過基因檢測，我們對一個胎兒未來的健康狀況，會有更清晰的藍圖，因為當科學家對不同的基因有更深切的理解後，就可以透過檢測手段，知道該胎兒會否有某些遺傳疾病。

為天主教的醫療倫理來說，為胎兒作基因檢測並無其必要性，而且有很大的機會促使墮胎，所以並不贊同。況且，當基因檢測愈加細緻，對不同的基因的作用有更清楚的認知後，有可能促成優生學的再度興起，這是醫療倫理極需要關注的課題。

在今天，基因檢測主要集中在有關遺傳病的問題，目的是要判斷胎兒是否有某些嚴重的先天疾病，如唐氏綜合症、肌肉萎縮症等。但是，當基因檢測的技術再進一步發展，會否出現更多由基因決定的生理狀況，可以透過檢測而

預知呢？我們會否從基因檢測中，得悉自己的兒子將會是近視眼，或是頭髮稀少等狀況呢？更重要的問題是，當我們可以透過基因檢測得悉這些細節後，父母會否因此而選擇墮胎呢？

當科技對於基因有更深的認知後，父母可以預知子女的未來很多身體的發展情況，這會產生不少醫療倫理的問題。

台灣小說家張系國有一篇短篇科幻小說名為〈望子成龍〉，正是談到這個問題。小說中的未來世界，已經可以修訂基因，這也是基因檢測所衍生出來的另一個問題：基因修訂。在該篇小說中，男女主角準備懷孕前，有一所基因公司與他們接頭，指出他們可以修訂男女主角胎兒的基因，包括高度、智商甚至雙眼皮！

當然，這種情況仍然是科幻小說的題材，在現實中並未能實現，但是按照今天的研究發展，這樣的日子，並非不可能出現的。當我們有能力對胚胎的基因加以修訂時，究竟怎樣的作法才符合倫理的要求呢？如果我們說完全不可以修訂，那麼有基因遺傳疾病的胎兒，難道我們不加以援手嗎？但是，什麼才是不可以逆轉的缺陷呢？如何建立一個合理的界線呢？這都是醫療倫理在未來要面對的問題。

4.1 男與女

我們以「男與女」作標題，想突出的重點有兩個：性別選擇與變性。這兩個課題，在其他單元也會討論，這裡要探討的，是當基因檢測再進一步發展，性別選擇及變性的問題，會有更多的倫理爭論。

首先是胎兒性別的檢測，我們可以預期，在未來的基因檢測更精密的情況下，醫生對胎兒性別的判定，會愈來愈早，也愈來愈準確。這個趨向所產生的問題，主要在於人的主觀感覺。如果要懷孕三個月以上才可以得悉胎兒的性別，並且也不能完全肯定的話，因為對性別有所選擇而墮胎的人，相信會較少。但是，如果懷孕兩個月就可以判定呢？如果一個月就已經有方法確定胎兒性別？我們有理由相信，當科技讓人可以在很早的時期，就可以作判別，願意墮胎的人會變得更多。因此，如何讓人免於科技的誘惑，而能看到生命的本質，也是未來醫療倫理的一大挑戰。

第二個與男女性別有關的，是變性的問題。在下一個單元裡，我們討論的其中一個重點，就是變性。今天的變性手術基本上只是屬於整形的範疇，並不是真的能夠改變人的性別，因為人體內決定性別的基因並未改變，因此即使我們同意，部分人的性別取向與他或她的身體並不一致，今天的變性手術並不能夠真的幫助他們。但是，我們不能否定的是，未來的醫學技術，會否真的讓一個身體，由男性變為女性，或是由女性變成男性呢？當我們真的可以作出這樣的變性，醫療倫理如何評價變性的欲望，就要再三考慮了。因為，今天我們會指出，既然變性手術並不能夠徹底改變一

個人的性別，這種做法並不一定明智。一個男性為了成為女性，卻放棄自己所習慣、熟悉的一切，這個代價未免太大，而所獲得的又並不多，並不值得。

但是，當整形技術愈發進步，對性別的重設愈趨向真實，我們就不能純粹以變性的不真實，作為討論的焦點，而要回到本來的課題：是否有性別錯配的情況？所謂的性別錯配是指什麼？身體的改變是否真的能協助一個人得到心理的成熟呢？這些課題，將會是未來醫療倫理需要面對的問題。

另一個近年興起的醫療倫理的課題，就是男性懷孕。由於科技的進步，現在的科技認為，已經可以把胚胎放進男性的腹腔中，再輔以維生的儀器或注射藥物，讓胎兒在父親的身體內成長，最後剖腹生產。這種做法是否合乎自然，是否合乎我們的倫理標準呢？也是需要我們再探討的。

4.2 生與死

還有一個方向，在未來的醫療倫理中，仍然會佔有相當重要的位置，就是死亡的問題。正如在安樂死的討論中，我們明白到如何判斷死亡，按醫學的發展，有了不同的定義，並且在更精確的定義下，漸漸發展出較複雜的處境。我們有理由相信，在未來的日子裡，對於死亡的定義，會愈發精確，也因此會引伸出不少醫療上的難題。正如今天的情況，不少病人的身體在儀器的維持下並不會即時停止機能，但是醫生卻宣布他的死亡一樣。在未來，如何界定死亡，極有可能不再是我們用一般的常識可以理解，而在這種情況下，有關器官移植、安樂死等課題的探討，可能又會有很大的變化，要重新認識相關的政策了。

5. 產前檢測



思考：在你所認識的人中，有沒有人在懷孕後，作過胎兒檢測？他們檢測的理由是什麼呢？能否分享一下？

5.1 方法

在這一節中，我們首先認識一下今天有什麼檢測胎兒的方法，而以此作為基礎認識，再進一步討論相關的倫理問題。

產前檢測就是希望預知胎兒的健康狀況，而這個知道本身有何意義，我們在下文再討論。基於這目的，有關檢測方法的考慮主要是兩個重點：安全與準確。如果檢測本身會導致胎兒出問題的話，就違背了檢測的本意；如果檢測因顧及安全而失去準確性，它同樣是沒有意義的檢測。

一般來說，愈是安全的方法愈不準確，反過來說，要準確地檢測，就要冒一定風險。故此，在以下的討論，我們把檢測方法分為兩類，一類是低風險的非入侵性檢測，一類是高風險的入侵性檢測，讓讀者對這些檢測方法有一個基礎的認識。

5.1.1 非入侵性方法

對於檢測胎兒的健康與否，早在1900年時，有醫生嘗試以透過細聽心臟發出的聲音（心音）來診斷胎兒是否有心臟問題或是個無腦兒。由此可見，現代醫學在很早期就已經嘗試對胎兒進行檢測。

由於醫療科技的發展，特別是對於基因研究的進步，對遺傳問題有更深的認識，因此第一類可以做的檢測，就是對父母兩個家族的基因測試。今天較多會做的，是丈夫和妻子本身的基因驗測，透過血液分析，得知二人是否有一些隱性的遺傳病基因。原來，我們的身體所接受遺傳的基因中，有部分可能是帶有遺傳病的，但是幸運地沒有在自己身上發作，卻有何能會遺傳到下一代，特別是當父母同時都帶有這種基因的話，其危險性就更高。其中一種較常見的遺傳病就是「地中海貧血症」，如果父母都帶有這病症的遺傳基因，子女成為病患的機會就會大大增加了。

不過，類似的檢測，嚴格來說，並不是胎兒檢測，因為這些檢測應該在懷孕前進行，從而知道自己的懷孕風險。

至於真正的胎兒檢測而屬於低風險的，我們可以舉出以下三種：

(1) 一站式唐氏綜合症篩查過程

這種檢測可以在懷孕十四週前進行，屬於早期的檢測，而檢測的疾病是唐氏綜合症，這是一種染色體異常的遺傳病，患者大多是有智力障礙和學習困難。

這種檢測先要孕婦作超聲波掃描，從而確定胎兒的週歲與他的大小是否切合，然後醫生會從超聲波掃描上量度胎兒後頸皮下透明層的厚度是否正常，這是很專門的醫學判斷，我們不在這裡多加解釋，總而言之，透過這種厚度的檢測，可以作為判斷是否患病的參考。

另外，還要從孕婦手臂上抽血化驗，這部分要約一小時才得知結果。把以上各檢測項目的情況綜合，醫生就可以判斷胎兒患上唐氏綜合症的檢驗結果是陽性（即患上）還是陰性（沒有患上）。

按照統計，大約有7%的孕婦的檢驗結果為陽性，而這表示該胎兒有可能是唐氏綜合症的患者，但是結果只是「可能性高」，仍然不是確定的。至於檢驗結果為陰性的，就代表患上該病的可能性很低。

這結果有何作用？在今天的檢測程序來說，最大的作用是讓孕婦判斷自己是否會做進一步的檢測，也就是說，會否做危險性更大，但是準確性更高的檢測，以便明確知道胎兒是否患上唐氏綜合症。

（2）中孕期胎兒結構超聲波檢查

當胎兒生長到約二十週左右，由於身體各部分都已經成形，所以透過超聲波檢測，可以看出胎兒的結構是否正常。當然，一般的超聲波檢查不會太仔細，所以這種做法也是要在特別的要求下，才會進行檢測。檢測的部位包括頭骨、腦、眼腔、唇、脊骨、心臟、肺、橫隔膜、胃、腎、膀胱、肚子、臍帶、四肢及性別。胎兒結構超聲波檢查可以診斷出大約80%的嚴重先天性結構缺陷，但是它不能把所有異常的胎兒都診斷出來。舉例來說，兔唇就不能檢測出來，而且這個80%正代表還有兩成的機會，並不準確，所以，檢測正常的報告並不保證胎兒出生後一定沒有嚴重先天性缺陷。

(3) 母體血液檢測

一般來說，可以透過母體的血液檢測，來推斷胎兒的身體變化，其中一種是AFP的檢測，可以來推斷胎兒是否患有唐氏綜合症、脊柱裂等疾病。不過，這種檢測並不能完全斷定的，故此即使是呈陽性反應，也只是促使孕婦進行較高風險的入侵性檢測。

5.1.2 入侵性檢測

以上談到的三種方式，屬於低風險的檢測，其好處與壞處都一目了然，就是安全而不準確。因此，當有需要時，醫生會建議孕婦進行以下的檢測，但是同時會指出，這些檢測都會增加流產的可能性。

(1) 絨毛球活檢

這裡所指的絨毛球，是構成胎盤的基本組織。簡單來說，當胚胎開始成長，母體內就會發展出胎盤以保護胎兒，而胎盤的外面一層，就是絨毛球組成的絨毛膜。由於絨毛球與胎兒本來是一體，其成分與胎兒也是相同的，所以抽取絨毛球作檢測，就可以知道胎兒的情況。

絨毛球活檢就是使用工具，經孕婦腹部和子宮，從胎盤抽取細胞組織，以作出醫學化驗。在具體的操作上，醫生會先以超聲波掃描來確定胎盤位置，然後作局部麻醉，再放入吸針到胎盤處抽取樣本。

抽取所得的絨毛球，可作染色體或其他遺傳因子檢查，在香港，一般會用來測驗胎兒是否患有唐氏綜合症或地中海貧血症。

這種檢測方法，屬於入侵性檢測，也就是說，它對於胎兒的安全會構成一定的風險，一般的醫學評估，認為這種檢測會增加1%的流產機會，這是指有做這個檢測的孕婦與沒有做這檢測的孕婦的流產率相差1%，這也是相當高的影響了，所以必須慎重考慮。同時，這個檢測可以在懷孕11至13週進行，這比羊膜穿刺術要早一點。

(2) 羊膜穿刺術

上面談到，胎盤外面的一層是絨毛膜，而內裡包裹胎兒的那一層，就是羊膜。羊膜內有羊水，羊水可以保護胎兒免受過大的壓力，也可以保持恆溫，讓胎兒可以健康地成長。

由於在16週前，孕婦體內的羊水分量較少，加上羊膜還未與絨毛膜完全結合，故羊膜穿刺術要待16周後才可進行。所以這種檢測屬於懷孕中期的檢測。

羊膜穿刺術是把吸針經過孕婦腹部和子宮，要刺穿胎兒羊膜，從羊膜內抽取羊水，再把取得的羊水作化驗。與絨毛球檢測相同，醫生會先借助超聲波掃描以確定胎兒和羊水位置，然後放入吸針到胎盤抽取樣本。所抽取的樣本，同樣可作染色體或其他遺傳基因檢查。

從危險性來看，羊膜穿刺術與絨毛球活檢一樣，對胎兒有一定風險，會使胎兒流產機會增加1%。

(3) 胎兒臍血採檢

這種做法與上面兩種其實分別不大，只是採樣的地方不同，直接在臍帶中取得血液來作檢測。這種檢測方法，除了基因和染色體的問題，同時也可以檢測胎兒的血液流動情況。不過，這種方法要更準確地取得血液，風險比上面兩種更高，所以一般來說都不會採用這種方法。

5.1.3 未來的檢測方法

除了以上所談到的檢測方法，醫學的發展還提供另外兩種可能的做法，但是仍然是在發展中，並未成真，但是也不妨向讀者介紹一下。

首先是複雜的細胞分類法，意思是把母體和胎兒的細胞辨別出來。在懷孕中，母體的血液內其實同時也有少量胎兒的細胞在其中，如果科技的發展，令我們可以把這些細胞從母體的細胞中分別開來，就可以使用作檢測之用。這種方法的最大好處是沒有危及胎兒的風險，因為只需要抽取母親的血液，就可以進行檢測。

第二種方法在今天已經有其一定的可操作性，不過就涉及人工生育的方法，就是植入前診斷（pre-implantation diagnosis），也有稱為植入前基因診斷（pre-implantation genetic diagnosis）。這種方法的對象是體外受精的胚胎，待胚胎發展至六至十個細胞的階段，就抽取出一個細胞來作基因檢測，待確定胚胎的健康沒有問題後，才植入母體。

這種做法表面看來是最好的一種方法，實則是在倫理上有最多爭議的檢測手法，並且涉及優生學的問題，我們在下文中一併處理。

5.2 反省思考



思考：按照上文的解說，我們應否做產前檢測呢？不做的理由是什麼？做的理由又是什麼？

在上一節中，我們介紹了各種檢測的方法，卻沒有先處理一個更核心的問題：為何要做檢測？要知道，在醫學的檢測，本意都是為了治療。正如成年人最好能夠定期作身體檢查，目的是及早發現身體的毛病，從而可以獲得治療，以確保能夠得到更好的護理，保持健康。

但是，胎兒檢測的方向，絕大部分都是基因及染色體的疾病，而這些狀況都是現在醫學所無法治理的。因此，這類的檢測只是把結果提早告訴孕婦，卻無助於改變事實。唯一可以改變的，就是決定墮胎。正如單元二有關生命開始的討論，一個受精卵應被視為一個「人」的話，把胎兒打掉，本身是不道德的。故此，如果我們並不接受墮胎的話，胎兒檢測本身就不應該進行，除非，父母早有不墮胎的心理準備。問題是：既然不打算墮胎，早一點知道又不能有所補救，為何還要作檢測呢？

在原則以外，我們也不妨看看有關檢測帶來的實際問題。首先，不同安全程度的檢測有不同的準確程度和風險，這在上一節已經說明，那麼，當孕婦在非入侵性檢測中得到

陽性反應後，她如何決定是否做入侵性檢測呢？為一位孕婦來說，她如何可以判斷，自己是否需要冒這個風險呢？當然，如果醫護人員盡責的話，會告訴孕婦，當患病機率高於流產機率時，才應該做入侵性檢測。但是，這只是是一個參考的數據，而最終仍然是要由孕婦自己作決定。舉例來說，羊膜穿刺術引致流產的機率是百分之一，而35歲以上的孕婦懷有唐氏綜合症胎兒的機率是250分之一。即使在非入侵性檢測呈陽性反應的情況下，孕婦其實也是在冒很大的流產風險才作檢測。這個決定應該如何下，是很不容易的。

再者，上文提及的檢測方法，主要也是針對某些較普遍的基因或遺傳疾病，但是隨著科技的發展，可以檢測的基因及染色體，其實遠比我們想像中多得多。究竟這些檢測應該做到什麼地步呢？這裡涉及的往往是財政上的問題，因為這些檢測的費用只會由父母支付，而愈發廣泛的檢測，需要的代價就愈大。

當父母作出詳盡的檢測後，他們又會面對另一個問題，就是如何理解這些「問題」。在《人命關天》一書中，便提到這樣的一個例子：「在一九九零年，科學家認出名為乳癌1 (BRCA1: Breast Cancer 1) 的基因。這個基因的突變，跟一生中某個時期非常高的乳癌風險有關。現在，儘管篩檢技術由美國一家商業機構拿到了專利，檢測相當昂貴；為孕婦檢查胎兒，篩檢異常的乳癌1基因，是做得到的。然而，如果檢測結果顯示，胎兒帶有這個突變基因，孕婦該怎麼面對呢？她應該要求流產嗎？那胎兒本來也許可以逃過癌運，直到晚年的。還是明知孩子朝不保夕，也應該讓孩子來到世上。」（《人命關天》頁157）

這裡再一次出現了滑坡效應的問題。從今天不少醫護人員的角度來看，某些嚴重缺陷（如脊柱裂）的胎兒，不出生可能是更「舒服」的事情。問題是，即使我們認同這種想法，但是當我們允許選擇時，這個選擇的界線就會不斷後退，正如上文所指出的：如果有明確的可能性會患癌，我們是否就有權決定這生命不能在世上出現呢？

再下去的問題是，當完成胎兒檢測而又發現真的異常後，即使父母仍然堅持生養這生命，也有可能遇上很多不必要的壓力，這裡可能是來自醫護人員的，也可能是來自親人朋友的。因為不是所有人都能夠明白尊重生命的道理，反而更多人是從現實的角度來考慮，認為「長痛不如短痛」，甚至覺得父母堅持誕下有問題的兒女，是一種不負責任的行為。因此，檢測帶來選擇，而這個選擇往往都是加重了父母的心理壓力。

故此，單純地看胎兒檢測，似乎是一件中立客觀的事情。不過，當我們把這事情放在整個生育的過程中，就要小心處理了。因為，這可能是在誘導我們走向墮胎的方向。

5.3 由胎兒檢測到早產兒

有關胎兒檢測的倫理問題，其關鍵是有關人的定義，這在上一個單元中已經闡釋明白。如果我們接受著床的胚胎就是「人」的話，墮胎就等同於殺害人的生命，那自然是不可行。那麼，我們對於胎兒檢測就需要慎重對待，當中也涉及是否應該把檢測的結果告之父母了。

在這裡，我們不妨以「早產兒」作對照，讓我們可以更清楚明白檢測的問題。由於醫學的進步，今天的「早產兒」能有不同的方法加以挽救，即使很嚴重的情況，往往也有機會存活下來，雖然部分「早產兒」有不同程度上的殘障，也未有打擊醫生的決心，仍然致力於拯救這些生命，理由很簡單，因為這些也是生命。既然如此，我們又為何以不一樣的標準看胎兒呢？這豈不是雙重標準嗎？

因此，在歐美國家，不少殘疾人士團體，開始對這些胎兒檢測表示抗議，原因是這些檢測否定了殘疾人士的存在價值。如果在檢測後，患有唐氏綜合症的胎兒都給打掉，那是否代表，現在生存的唐氏綜合症患者，其實是不應該在世界上存在呢？由早產到殘疾者，我們可以看到的一點是：既然那些人能夠存活在世的話，那麼，我們有什麼理由，不容許那些胎兒活下去呢？

故此，從天主教倫理的角度來看，我們並不需要作胎兒檢測，因為我們相信生命是由天主賦予的，而胎兒檢測帶來的，可能是更大的困擾和心理壓力。同時，無論讀者是在哪一位置上，希望以自己作為一個好的表樣，讓世界真的明白到，生命是無價的。

6. 摘要

- (1) 基因工程施行於今天的醫療上，仍然未有太多具體的作用，但是展望未來，這可能導致我們修訂基因，對嬰兒的身體作大幅度的修改，又或是有真正變性手術，都是值得關注和展望的。

- (2) 胎兒檢測已經成為今天較先進國家的常用醫療手段。有關胎兒檢測，可以分為非入侵性和入侵性兩種。非入侵性的檢測較安全，但準確度低；入侵性檢測會提高流產的風險，但準確度較高，並且隨著基因檢測的日益發展，準確度和範圍也一直在提高。
- (3) 胎兒檢測的倫理問題，在於檢測後發現嬰兒有缺陷或疾病時，父母將會如何處理。以今天的醫學水平而言，是在發現有大問題後，以墮胎來解決問題。這種做法並不道德，我們特意以早產兒作比較；今天的社會對於早產兒的態度，是積極地加以拯救和維護，而不是因他們的問題而讓他們趨向死亡。

7. 參考資料

1. 金象達，《生命倫理》。台北：見證月刊社，2000，頁69-106頁。
2. 懷亞特著，毛立德譯，《人命關天——廿一世紀醫學倫理大挑戰》。台北：校園書房，2004，頁151-174。
3. 艾立勤著述，許郡珊、陳美玲撰寫，《維護人性尊嚴——天主教生命倫理觀》。台北：光啟文化，2005，頁303-390。
4. 鄒國英，〈請給予早產兒生存的權力〉，《神學論集》124、125期（2000），頁402-408。

單元五

性別選擇與變性

1. 緒言

歡迎讀者進入第五個單元，同時也是與生育有關的最後一個單元。性別選擇這課題與人工生育的關係最為密切，因為要準確地作性別選擇，往往涉及人工生育的方法，故此二者的內容是有呼應的。

綜合單元三至五的內容，不難會發現一個問題：今天由於科技的發展，人對於生命本身的選擇突然增加了許多，但是究竟應該如何選擇，卻未有足夠的經驗與指導，結果不尊重生命的做法，似乎成為主流。為此，讀者在未來的日子裡，應該把自己的所學應用到生活中，力求採用一般人能夠明白的方法，讓大眾明白到如何的取向，才是對自己生命負責。這也是本書一個很重要的使命和目的。

2. 單元目標

讀者修畢本單元，應能：

- 說明性別選擇的內容及其倫理問題；
- 說明變性的因由及技術；
- 指出變性手術的倫理問題；
- 從牧民角度考量變性。

3. 導論

在這個單元中，我們要處理性別選擇及變性這兩個課題，但是在醫療手段上、倫理判斷上都有相當不同的取向。第一種性別選擇，也稱為性別篩選，是指父母在懷孕時，希望能夠決定自己下一代的性別。

這想法在人類社會中並不罕見，特別是在重男輕女的社會裡，不少父母很希望自己能夠懷有男胎，這不僅是在心理上的優越感，更有其實際的效用，就是要有男性的後代，才可以繼承家庭的財產和名譽。即使到了今天，還有不少人有此看法。

另外，由於醫療技術的進步，讓人們意識到，自己可以按照自己的心願，選擇胎兒的性別，這也促使部分父母希望按自己的喜好來選擇嬰兒的性別。這種選擇未必只傾向某一性別，反而是看父母自己的意願。

從個人的角度來看，性別篩選似乎沒有什麼倫理問題，這只是個人的選擇；但從社會整體以及滑坡效應來看，問題就不是這麼簡單，故此，我們在這個單元裡，先會說明什麼是性別篩選，然後會就它後續的影響，作倫理上的反思。

除了胎兒成形前作性別的選擇，由於醫療手段的發展，今天還有後天的性別選擇，就是變性了。關於這個課題，涉及的範疇很多，我們不可能全面地探討，因為由變性心態的形成及學理判斷，到變性手術的各個環節，進而是變性人的法律地位等等，仍然在不同的社會裡有很大的爭論，不同的地方的取態和做法也很不一樣。因此，就變性這個課題，我們在此會以探討的方式進行，並不輕易下結論，只希望讓讀者對這個問題有更多的理解而已。

4. 性別選擇



思考：重男輕女或重女輕男的父母態度，是否一種歧視呢？如有教友抱有這態度，我們應寬容對待，還是要加以批評？

性別選擇是指透過醫療手段，由父母決定胎兒的性別。我們首先會介紹這種方法的具體措施，才進入倫理神學的探討。

4.1 方法

人類企圖控制胎兒的性別，由來已久，只是在基因科技成熟以前，成效甚低，不至構成具體的影響。但是，到了基因科技愈趨成熟的今天，性別選擇成功率提高了。十九世紀末，生物學家開始發現人類細胞中的染色體，並且在進一步的研究下，明白了染色體中的x和y兩條，與性別的形成有關，於是就開始了有關性別控制的醫療科技了。

科學家發現，女性只會製造出有x染色體的卵子，而男性的精子就有可能是載有x染色體或y的染色體。當精子與卵子結合時，如果精子是載有x染色體，就會形成一對xx染色體，這個胎兒就會是女性；如果精子載有y染色體，就會形成xy染色體，這個胎兒就會是男性了。這就是人類性別構成的機制。

天主造物有其奇妙之處，在平衡男女比例上可以看到這一點。科學家發現，精子中y與x的染色體的比例是160:100，按照這個比例，男性應該遠多於女性的，不過，載有y染色體的精子雖然游得較快，但是抗酸性卻較低，因此在陰道中往往「死亡率」較高，再加上xy的染色體的組合，比xx染色體的組合要容易出毛病，因此到了一歲時，男女嬰兒的比例就是1:1了。這可以說是自然律的安排。

不過，人類因著自己的考慮，並不願意跟隨這樣的自然律，反而嘗試採用各種不同的方法，讓自己可以控制胎兒的性別。在人工生育方法仍未出現時，大部分所採用的方法，都可以稱為非生殖技巧，當中包括改變陰道的酸性，又

或是計算排卵期等方法。但是，這些都只能視為輔助的方法，本身有碰運氣的成分，只是能夠提高機會率。

到了人工生育的方法出現，醫療人員可以在人體以外作精子與卵子的結合，就開始了生殖科技的選擇方法了。在最初，只有一種方法，就是透過人工沉澱法，把男士的精子作分類，從中找出那些精子載有x或y的染色體，然後按生育的意願，把精子注入子宮內。這做法的成功率雖然遠比非生殖科技的方法為高，大約是七至八成的成功率，但是也有可能失敗的。除了可能懷上並非預期的性別的胎兒外，這種沉澱法也可能會破壞了染色體，結果反而造成胎兒有殘疾。

另一種方法，就是植入前遺傳診斷法（PGD）。這在人工生育的單元中，我們已經介紹過一次。這種診斷法，應用的範圍其實遠超過性別選擇，而是可以對胚胎各種遺傳性疾病加以檢查。不過，這種診斷同樣可以準確地檢測出胚胎的性別，於是父母可以選擇自己屬意的性別的胚胎，才植入母體內。

在香港，法例並不容許基於文化或社會因素來作性別選擇，醫務委員會的條文明確指出這一點。不過，在美國，性別選擇是容許的，並且有相當具規模的生育科技中心，為人提供商業性的相關服務。在中國，亦沒有相關的條例限制這種做法。

雖然香港法例不容許以非醫學原因來作性別選擇，換句話說，因醫學原因是容許作性別選擇的。原因是有不少遺傳疾病，都是屬於伴性遺傳病（sex-linked inheritable

disease)，即不同的性別，遺傳的風險並不相同，甚至有部分是只會遺傳給其中一個性別，當中主要是傳給男性。以自閉症而言，患上自閉症的大部分都是男性。於是，如果父母得知自己是某一種伴性遺傳病的患者或帶有其遺傳基因，而又想生育子女的話，透過性別選擇，可以降低甚至杜絕子女得到該種疾病的可能。這類與遺傳基因有關的疾病，醫學界不斷有新的發現，現在較常見而可知的，大約有三百多種。

以上是有關性別選擇的一些資訊，有助我們作倫理判斷。以下，我們就開始從倫理的角度來思考相關的問題

4.2 倫理上的考慮

從原則上來說，對性別有自己的偏愛，並不會產生倫理上的困難。正如父母也可能有一種取向，希望自己的下一代是男或是女，這未必是好事，但也不一定會構成罪惡。所以，有些倫理問題，必須結合到實際的生活，從具體的倫理規律的層面，才可以看到它所牽涉的倫理問題。性別選擇這課題，正好顯示出這個特點。

在具體的層面，如果一對夫妻想生男或育女，而按自己的生理週期來做愛，因為他們只是按照自己的自然狀況，加以調節而已，因此行為本身並不涉行倫理的對錯。

當我們談到採用人工技術來作性別選擇，那麼考慮的問題就不同了，需要慎重得多。以下，我們就按兩種以不同的原因作性別選擇的情況，從中看看它們的倫理問題，也讓讀者能夠更全面地理解這個醫療手段的利弊。

4.2.1 醫療原因

從上文的說明中，我們看到醫學界普遍認為醫學原因能讓人作性別選擇，不過，讀者在討論醫療倫理時，經常要留意的是，「普遍是否合理」這個問題。在醫療手段上，今天的醫療界可能已經建立了一套自身的基準，並且普遍地施行，但是我們細緻地審察時，可能會發現這些行之已久的做法，並不一定符合道德。這實際上是我們在單元一談到倫理模式時提及的倫理實證主義，並不一定是正確的。

在這裡，我們表面看來，在伴性遺傳病這個原因下，進行性別篩選似乎是合理的。如果抽空來說，由於某一性別可能令胎兒有某些遺傳病，所以我們不選擇這性別，這說法並沒有問題，問題是達成這目的的方法。

今天，能夠做到這種性別選擇的方法，就是採用人工生育的方法，即在體外讓精子與卵子結合，成為胚胎後，再作基因檢測，從而知曉該胚胎的性別和遺傳病的可能。然後把「合適」胚胎植入母體內，而其他胚胎，較佳的處理就是急凍儲存，不然就是毀滅。

如果沒有忘記在人工節育的單元中的分析，就會記起，這種做法本身已經不符合教會的訓導。首先是取得精子的方法，如果與夫妻的結合分開，便有倫理上的問題，而更重要的問題是胚胎本身，即使在「人」的定義上有疑惑，卻無可置疑是一個有潛能成為人的一條生命，而我們為了確保一個健全的胎兒，而犧牲其他胚胎成為人的機會，甚或可稱為權利，這種做法並不道德。

當然，我們並非要否定伴性遺傳病的性別選擇的意義，但是以今天科技所作的選擇，就有不尊重生命的危險。事實上，教會指出，在尊重胚胎的情況下，相關的治療是可以接受，但是把胚胎視為「原料」而非生命，就是不道德。（《天主教教理》2274）

再者，當我們結合以下的討論，就會更容易明白，這種做法的危險性。

4.2.2 非醫療原因

如果說由於醫療原因而採取醫療手段作性別選擇，雖然也涉及倫理問題，但是還有可以爭論的餘地，那麼，以非醫療原因作性別選擇，就面對更重大的倫理問題。部分人認為，容許作性別選擇，就可以避免因性別選擇而墮胎的情況，我們認為這說法是本末倒置的，因為解決的方法，是可以從避免父母得悉胎兒的性別入手。由於今天一般醫療較先進的社會，胎兒超聲波檢測已經非常普遍，所以我們已經習以為常，把這種做法視為常規，而在這些檢測中，很容易就會把胎兒的性別透露出來。正因如此，為了避免父母在得悉胎兒性別後而選擇進行墮胎，部分國家根本禁止醫療人員把胎兒的性別告之父母。這樣，便可以避免了父母因性別而進行墮胎了。從這個角度推論，這個容許作性別選擇的原因便不能成立。

更需要思考的是：為什麼父母要選擇性別呢？性別選擇，往往受社會整體的文化因素影響，可謂是一種文化偏見。不過，這裡也會有所爭論的。有人認為，社會的取向是

有其客觀的因素，例如在某些社會裡，男女的地位不同，而家庭如果沒有足夠能力，養活男嬰與女嬰的話，結果選擇只讓男嬰成長，而把女嬰殺害，這是出於殘酷的現實。故此，能夠選擇性別，為減低女嬰被殺，是有所幫助。

這種說法，就是用惡的手段達成好的結果，本身是錯誤的。同時，這種想法很有可能令不公平的社會觀念，變得更牢固。再者，說到減少殺嬰的情況，其實涉及與毀掉胚胎的分別，爭議本身又回到胚胎是否「人」的問題。如果我們承認胚胎的本質是「人」，那麼殺害初生嬰兒和毀掉胚胎並沒有本質上的分別，只是有感覺上的分野，即殺嬰需要自己特意安排，把一個生命加以扼殺，而後者卻是交由醫護人員進行。那麼，為了減少殺嬰的情況而容許胚胎毀掉，在倫理上是不能成立的。

那麼，如果父母並不是出於社會文化的影響或壓力下，只是由於自己的執念，希望可以有一個女兒或兒子，這又如何呢？這當中涉及的，是父母如何理解子女的身分，以及子女與父母的關係。一個人，是否應該為滿足另一個人的期望而存在呢？如果每一個人都應該有自己獨立的價值，那麼父母的期望，就不可能蓋過該生命的存活權了。這裡也能說明了期望與決定的微妙分別。當技術不成熟的年代，父母嘗試用自然的方法來影響生男育女，我們並不截然反對，原因這只是個人的期望；當我們採用高成功率的人工技術時，這種做法就是一種操控，這是對一獨立生命的不尊重。

我們還要考慮的，是個人的選擇對社會所形成的影響。表面來看，選擇生男還是生女，是一個家庭自己的事

情。問題是，如果所有人都可以選擇生男還是生女，而大家又有相近的社會文化，這會否造成男女失衡問題呢？如果在一個男尊女卑的社會，我們容許性別選擇，那麼，絕大部分人都會選擇生養男嬰，結果就會造成男女數目嚴重失衡。這說法並不是空穴來風，因為在中國大陸，基於一孩政策，就已經開始出現男女失衡的情況。要知道，一個社會的男女比例，最佳是1:1，只要數目稍為偏差，就已經會產生頗大的問題，例如110:100，看來只是相差百分之十，但是乘上人口的總數，人數就會變得很巨大，而且隨時間流逝，如果比例沒有糾正過來，偏差的情況會更嚴重，令人口較多的一方，不能組織家庭，結果就會反過來影響社會的穩定性了。

這裡所說的現象，還只是在社會行政制度上實施一孩政策而已，並沒有包括實行醫療科技手段來選擇性別，但失衡的情況已經相當嚴重。如果再加上可以掌握胎兒性別科技的盛行，我們可預想到，性別失衡的情況會更激烈。

也許讀者會問：如果不是實施一孩政策，那麼，即使人們重視男性，可能只會先生育男嬰，然後也會生育女嬰，那麼男女比例就不會失衡了。首先，即使如此，男嬰的數目仍然會較多，因為總有只生一個孩子的家庭，而多生男嬰的家庭亦會不少。其次，女性永遠都不會是家中的老大，而在此情況下，就會形成一種心理影響，覺得女性只是附帶而來。

這也是一個很嚴重的問題。當我們容許性別選擇，間接是容許性別歧視的看法壯大。因為性別選擇本身，就是對兩性的一種判斷，即父母覺得哪一個性別好一點，才會選

這個性別的下一代。當這種選擇成為群體的選擇後，自然而然，不被選擇的那個性別，都認為是次一等的。故此，性別選擇會成為性別歧視的一大助力，令社會性別歧視的問題更趨嚴重。

也許有人說，這只是一種助力，如果沒有歧視本身，就不會有這個問題。這說法不無道理，但是一些社會群體的問題，往往以更複雜的方式呈現出來，不能用簡單的推論就得出因果。我們會說，在一個完全沒有性別歧視的社會，助力確實不會讓歧視產生出來。問題是，在現實中，社會總有或多或少的取向，認為某一性別是較優越的，或較重視某一性別的。在這種情況下，助力的影響就可大可小。

再者，當性別選擇的醫療技術變得成熟後，每一個孕婦都會考慮自己想懷什麼性別的胎，這個考慮本身，就會增強了自己對於性別的取態。在日積月累後，就會令性別歧視的程度愈來愈大了。故此，我們不能抽空地說，如果沒有歧視，性別選擇就不會成為助力了。

況且，即使沒有社會的主流取態，選擇的界限去到哪裡，也是問題。現在醫療科技仍然停留在基因檢測的階段，我們只能檢測胚胎或胎兒的基因是否有問題，所以能做到的就只是選擇「要」或「不要」。如果有一天，我們開始有修改基因的能力，那麼選擇的可能就大大增加，選擇的可能就變得五花八門。有人預言，到時候就有完美嬰兒的出現了。可以說，性別選擇是開啟這類選擇的滑坡的起點，所以我們不能不慎重待之。

4.3 牧民考慮



思考：如果有一位教友因自己有遺傳病而對生育兒女憂心忡忡，你會如何安慰他？

從上文的内容，我們不難明白天主教基本上是反對性別選擇的，但因醫療原故而作此選擇的夫妻，我們應該採取較寬容的態度。

因此，在實際的情況，如果有教友問及有關性別檢測的做法是否適合，我們應先了解該對夫妻作性別檢測的動機。如果是由於醫療的原因，例如有嚴重的遺傳病，那就應從有關的可能性及需要作考慮，明白地告訴該對夫婦，希望他們經慎重考慮後才作決定，而且應該跟進他們的後續發展，當他們真的因檢測而發現胎兒有遺傳性疾病，應嘗試透過教會所有的資源，加以幫助，力求他們不會放棄胎兒。

如果夫妻並不是因醫療原故而欲進行性別檢測，我們應向他們說明這個檢測背後的意義及可能產生的問題，並且勸喻他們，應該避免進行這些檢測。

5. 變性

在本單元的第一部分，我們討論的是有關父母如何選擇嬰兒的性別，而在後半部分，我們要討論的，卻是人自身是否可以作性別的選擇，也就是變性的問題。

這個課題比過去幾個有關生育的課題更形複雜，原因是很多相關的知識仍然有待探究。所以，我們不得不承認，

以下的探討，是就現存所理解的知識，加以發展出來的，有一定的不確定性，可能他日就相關的問題有根本性的認知改變，我們就會有不同的判斷。

其中一個關鍵，就是究竟一個人想變性，是一種怎樣的狀態呢？今天的理解，這是一種稱為「性別認同障礙」（gender identity disorder）的心理疾病，指的是一個人心理上無法認同自己與生俱來的性別，而相信自己應該屬於另一種性別，用較簡單的例子來說明，就是本身是男兒身，卻覺得自己應該是女性。

問題是，這究竟是否該視為一種疾病呢？再者，如果這是一種疾病，變性是否一種治療呢？如果變性是一種治療，這個治療本身的代價會否太大？這一切都仍然不大確定，當中涉及醫學上的認知，也關乎社會觀念的理解。

在下文，我們先談一點有關變性的背景資料，以及變性的程序，讓我們先在知識層面有所認識，再談倫理的判斷。

5.1 背景及方法

一般來說，人的性別是生而有之，我們出生時已經具有男性或女性的性癥，只有少數人是兩性體（hermaphodite），即同時有男性和女性的性癥。這類人不可能具有兩種生育能力，於是醫生會為他們做手術，讓父母選擇其中一種性別。這也是另一個值得討論的醫療倫理及婚姻倫理的問題，就是「性別」（gender）的決定性，不過這

裡暫不討論，讀者如有機會研習「生命倫理」，可加以探討。所謂變性（transsexual），即透過一些醫療技術，如激素注射和外科手術等，改變自己原來的性別。

今天我們所有的第一個變性紀錄是始自1931年，但是真正公布的是1952在丹麥進行的，而美國首宗案例發生在1966年。變性者以男性為主，由男變女佔了八成，而女變男只佔兩成。

一般來說，要進行變性手術，往往需要經過半年的心理商談及評估，確認為有性別認同障礙，並且確認該障礙已經影響當事人的生活。在評估過關後，最適切的做法，是要求當事人以另一個性別生活半年，看看是否真的能夠以另一個性別來生活。如果能夠渡過這個模擬的另一性生活，才會真的進行變性手術。當然，由於不同地方的法律不同，不一定有以上的限制，譬如中國大陸就沒有任何法規來限制變性手術，所以如何決定該手術是否進行，只是由醫療組織自行訂定。

男變女的手術和女變男的手術有所不同。男變女的手術需時約四小時，當中包括隆胸、切除睪丸，再把陰莖重整為人工陰道，並且需要把膀胱與尿道口連結起來，還有重置陰蒂。當中還有很多細緻的手術處理，如把喉結剔去等等，我們不在這裡詳述，只是讓讀者明白，這是一個很大型的整型手術，對身體帶來不小的損傷和負擔。

手術完結後，變性者仍然有不少護理工夫，例如人工陰道需要使用陰道擴張器以便鞏固，要持續半年之久。同樣

地，義乳也需要小心的護理，不然有可能會發生併發症，或是有關器官的形狀不理想等等。即使一切順利，變性者仍然要長期服用維他命以及激素劑，才能夠保持自己的新性別。

至於女變男的手術，更加不容易，主要的困難是讓人工陰莖能有排洩及性交的能力，需要很好的技術，其他就是把乳房割掉，是較重要的部分。

不過，特別需要留意的一點是：無論是男變女還是女變男，都只是一種整型手術，當事人的基因中決定性別的染色體並沒有改變，從生理上來說，一般都仍然會認定他們是原來的性別，而不是自行決定的性別。也就是說，變性是一種改變外在特徵的手術，卻不能把當事人的天生性別改變。

5.2 倫理考慮

有關變性的倫理考慮，首先要討論的是其必然性。我們不否認有不少人對自己的性別有不滿意，覺得自己不屬於這個性別，如果讀者對這課題有興趣的話，坊間也有不少由變性者所著述的書籍，講述他們的心路歷程，而當中最常談到的一點，是他們自幼就覺得自己的靈魂放進一個錯誤的身體裡。所以，他們對自己性別的不認同，是確切而真實的。但是這是否達到要以醫學手段來改變自己的性別的程度呢？實際上，即使是今天，不少地方都設有變性治療機構，但是能夠通過評估而獲准進行外科手術的人士，大約只佔參與者的5%。

為什麼只有這麼少人進行手術呢？原因是評估的標準是要確認當事人不得不變性，即不變性便不能正常地生活，這樣才會獲得醫學上的同意作變性手術。什麼叫作不變性就不能正常地生活？就是指性別的錯亂令當事人認知紊亂，產生極大的困擾，這種困擾甚至會令當事人有自殺的傾向，所以是生活不下去了。

為什麼醫學上的要求標準這麼高呢？我們回憶墮胎的標準，是當危害到孕婦身理或心理時，才可以墮胎，而這個危害其實是很寬鬆，幾乎任何對懷孕有擔憂的孕婦都可以視為受到「心理危害」。但是，變性的標準就遠高於此，這也可以從得到允許者甚少的事實中看到。

為醫療人員來說，他們關注的不是倫理的問題，所以有這麼高的標準，是變性手術本身的問題。為當事人來說，變性是一系列的手術、昂貴的費用以及生活的徹底改變。換言之，對手術後生活影響的程度而言，變性與其他醫療技術有很大的分別，其他醫療技術往往能讓當事人可以保持原有的生活狀況，但是變性手術卻是把當事人的生活徹底改變，所以即使是從醫療的角度來看，仍然要慎重待之。

正由於醫學界對變性仍然持很慎重的態度，我們對於變性這行為，並不認同。首先，有多少人是真的需要變性呢？正如在背景介紹中所言，真正獲得允許變性的人，只是求診總人數的5%，可見醫學界認同真正該做這手術的數量很少，原因即在於現在的變性手術的代價極高，甚至比當事人繼續受困擾還要高，才不會輕易進行。

從更根本的角度考慮，我們要問：變性手術究竟是怎樣的一回事呢？它究竟是讓一個人的性別改變，還是讓一個人的外型改變呢？為我們倫理的反省，這一點是相當重要。

醫療組織所以不輕易進行變性手術，其根本也在於：這個所謂的變性，不是真的有能力改變一個人的性別，它只是改變一個人的外型，而希望透過外型的改變，令當事人能夠獲得他/她想得到的性別身分。

問題是一個人的身分認同，不僅在於自身，還必須在人際關係中獲得的。即使一個人改變了自己的外型，而這個改變遠比一般的整型更徹底，要得到別人認同自己的性別改變，仍然是不容易的。我們不否定在心理層面，個人已經認定自己是另一個性別，但是這個認定並不能改變客觀的生理現象。因此，即使當事人進行了變性手術，他/她仍然需要別人對自己新性別的接受。也因此，不少人在變性手術後，會找另一個地方渡新生活，讓別人不知道自己過去的性別身分。這樣做，就即時的處境是有改善的，但是它要把今日的我與過去割斷，這已經是一種很深的傷害，而且當新身分與其他人建立更深的關係時，對於這個舊我又如何處理呢？是採用隱瞞的方式，還是坦白呢？這裡，倫理上仍要面對不少的困難。

因此，變性手術這個名字本身有誤導之嫌，因為即使施行手術，一個人只是看來更相近於他/她傾向的性別，而不能是這個性別。反過來思考，其實還有另外兩個可能：

(1) 把更大的力量放在接受自己的現況。也許生理與心理的差異是不好受的，但是本來已有的性別已經與當事人一同生活了很長的一段日子，究竟他/她透過手術，更趨向於另一個性別，是否真的比他/她學習接納自己原來的樣子更容易。正如一個樣子不漂亮的人，他究竟應該採用整型手術來把自己變成另一個樣子，還是接納自己原來就是這樣呢？即使我們不認為後者的絕對性，也不能否定這個做法是值得考慮的。同樣地，我們對性別認同障礙者的幫助，應否轉為協助他們認同自己的現況呢？

(2) 既然變性手術只是讓當事人能更接近他/她理想中的性別，而不是成為那一個性別，我們是否應該更積極地鼓勵沒有入侵性的治療方法？舉例來說，採用易服的方法，一個人也可以相當圓滿地扮演另一個性別。如果我們的社會對易服者有更大的寬容，這是否也可以避免了採用變性手術這種較大傷害性的手法，來解決當事人的心理障礙？

故此，我們對於這種手術抱持相當懷疑以至否定的態度，因為它作為一種治療，在本質上並不能說服我們接受。我們相信，即使性別認同有障礙，其治療的可能性，也不僅只有變性手術這種方法，而是有其他較溫和的方法。事實上，曾經有追蹤研究，跟進了五十個有此問題的個案，當中十五個進行了變性手術，其餘三十五個最後未有變性。結果發現，變性手術後，當事人的問題並沒有解決，而沒有做手術的個案，生活也不比變性人差，甚至適應力較變性者強。

所以，變性手術作為一種治療手段，無論從原理和效果來看，都有頗嚴重的問題，我們不應該輕言採納。附帶一提

是變性者結婚的問題。由於本身性別的問題，變成在本質上是同性戀的婚姻，所以在教會來說，這並不是一段合法的婚姻。

6. 小結

無論是由父母對自己的下一代的性別作決定，還是成年人為自己的性別作出判斷，我們都不得不承認，當代醫學發展的進步，許多時候，都超越了人在心靈上的進步。正如原祖在蛇的引誘下，發現了自己可以擁有選擇，結果卻把自己的幸福斷送，為當代人來說，醫學的進步提供很多貌似「選擇」的機會，究竟是否真的會為我們帶來幸福呢？如果我們的心靈沒有足夠的平安和穩定，這些選擇所帶來的，往往不是更美好的未來，而是更大的痛苦。

雖然在這科目中，我們偏重於理性的討論，但是永遠不要忘記：靈修是信仰的根基，只有當我們走近天主，才可以獲得真正的智慧。

7. 摘要

- (1) 性別選擇是指父母透過醫療手段選擇胎兒的性別，如基於醫療原因，可以考慮施行，但教會反對非醫療的原因，作性別選擇。
- (2) 變性是指男女透過外科手術和服用激素，令自己的外表改變而擁有另一個性別的性徵。醫學上視變性為醫療手段，但這方法只能達到外觀上的改變，其基因特徵仍是原有性別。所以，要忍受很大的痛苦來作變性手術是否值得？這是需要小心衡量的。

8. 參考資料

1. 邱慧瑛，〈嬰兒性別選擇的倫理反思〉，《神思》38期（1998），頁53-74。
2. 李永傑、謝慶賢、關國欣合著，〈基因資訊及基因干預的倫理問題〉，《神思》54期（2002），頁67-79。
3. Andrew C. Varga, *The Main Issues in Bioethic*. New York : Paulist Press, 1980, pp.245-254.

單元六

墮胎

1. 緒言

以上幾個單元的主調是生命及當中的選擇，而這個單元的主調是死亡，就是把胎兒的生命奪去。這是有關生命意義的討論，其根源是十誡中的「毋殺人」，只是當被殺的是未出生的生命，就有很大的爭論了。由此課題開始，我們後來的幾個單元，都涉及生命意義和質素的問題。

2. 單元目標

讀者修畢本單元，應能：

- 說明墮胎的歷史發展、社會取態及方法；
- 說明天主教倫理的立場；
- 為「人」下一個定義；
- 指出牧民上要注意的地方。

3. 導論

在人類的歷史中，墮胎的做法一直都存在。在本單元的第一部分，我們會從歷史的角度，看看過去的人類歷史中，「如何」和「為何」墮胎。這種人類學式的考察，有助我們進一步討論墮胎的倫理問題。

墮胎這個課題，也涉及當代倫理學經常出現的一個爭論重點，就是「實然」和「應然」的關係。所謂「實然」，就是指一個行為已經成為普遍現象，墮胎就是其中一個例子。部分倫理學家認為，當一個行為已經普遍存在，那就有其合理性，變成「應然」，至少沒有太重的道德責任。天主教的倫理神學不接受這解釋，而我們談過墮胎的實況後，會從「什麼是人」的角度，來判斷墮胎的倫理責任，由此指出，今天有關墮胎的辯解，大部分都沒有足夠的說服力。

當然，教會是生活的團體，我們明白人性的軟弱，因此也提出有關的牧民考量，而不要因為倫理上對墮胎的判

斷，令我們變成法律主義，忘記了誠名的成全是在於愛，而忽略了關懷和同情不幸的弟兄姐妹。

4. 墮胎的實況



思考：你所在的城市容許墮胎嗎？你認為這做法是否合理？

4.1 墮胎的歷史

人類墮胎的歷史，源遠流長，只是在醫療技術未發達，沒有相關的醫療技術時，轉而採用殺嬰的方法。從今天社會的觀點來看，殺嬰並不可以接受，是野蠻殘忍的行為，但是它的本質與流產分別不大，所以我們在討論墮胎的歷史時，把二者合起來敘說。

流產和殺嬰的做法，並不如我們想像一般，只是野蠻的部落才會做的事情。事實上，在西方的歷史中，希臘和羅馬帝國時期，雖已有進行流產的方法，但更多採用的方法是殺嬰，而這個方法在不同的希臘作家的筆下都曾經出現過，甚至柏拉圖也同意採用殺嬰的方法來保持公民的品質，認為減少低下階層生育的人口，才能夠保持整個城邦人口的水平。這也與後來討論的優生問題有關連。

直到天主教的興起，這些想法才開始改變。當基督信仰開始在羅馬帝國中發展，當中很重要的一點，是強調生命是來自天主，也應該掌握在天主的手中。例如亞歷山大的克萊孟亦指出流產不符合人道，於是當天主教成為主流後，

肯定生命的道德觀得以推廣。到了中世紀，西方已不接受殺嬰，同樣也不接受流產的行為。這種思想，到了近代仍然未變，如英國在1929年，仍然有法例保護胎兒，避免受殺害。

不過，到了近代，由於個人的權利愈發受到重視，開始有一種看法，認為母親的權利也要受到尊重，如1938年，英國法庭判一位婦科醫生為一名十四歲的女孩流產無罪，原因是該女童是受多人強姦而懷孕的。

與此同時，墮胎的人愈來愈多，但是限於法例，絕大部分都是黑市進行，那麼，婦女能夠受到的保障就很少，不少婦女由於流產手術失敗，或是在手術中受感染而死去，也有人由於手術處理不當而不育。

在這兩者的影響下，就開始有人鼓吹墮胎合法化。最初鼓吹的人，也許是抱著善良的動機，希望能夠幫助一小撮不幸的女性。但是在倫理學上，有所謂的滑坡效應，在此就很明顯地發生了。結果在1967年，英國通過法例，容許墮胎。自此，墮胎的數字有增無減。

至於其他國家，我們也略舉一二。法國在1975年全面容許墮胎，而瑞典是1970年開始容許懷孕未超過十八週的婦女墮胎。亞洲方面，日本早在1948年就已經有容許墮胎的法例。總的來說，在廿世紀的六十、七十年代，墮胎合法化成為全世界的大趨勢。

至於美國，在1940代，康乃狄克州是第一個容許墮胎的州分。往後由於不少新生兒嚴重殘障的事件，令社會更加容

易接受墮胎，所以由廿世紀六十年代開始，美國各州也陸續通過容許墮胎的法例。然而，在美國最關鍵的墮胎事件，就是在1973年的「羅伊對韋德」（Roe v. Wade）一案，在該案中，美國聯邦最高法院承認婦女的「墮胎權」受到憲法「隱私權」的保護，這是美國支持墮胎者的一次重大勝利，結果到了1990年時，美國所有的州分都通過了墮胎法。我們在有關墮胎是否符合道德的討論中，會談到這法案。但是在美國的統計中，2000年總共有一百三十一萬宗墮胎手術，而當中只有約1%是因姦成孕或是亂倫而造成的。在英美兩國的統計數字中，也指出真的由於懷孕會永久傷害母親的身體而要墮胎的，近乎零。

至於在中國，墮胎是合法的，不過不同地區在細節上有不同的規定，如哈爾濱規定，懷孕超過十四週的婦女如要墮胎，需要行政審批。不過，一般來說，墮胎的限制也是很寬鬆的。

總括而言，今天的世界，只餘下極少數的國家是不容許墮胎，而在所謂的文明國家中，只有愛爾蘭和西班牙等少數國家，仍然是禁止墮胎的。另外，部分回教國家同樣是嚴格限制墮胎，如沙地阿拉伯只允許嚴重危害孕婦生命的懷孕，才可以墮胎。可以說，法律上允許墮胎，已經是世界的大趨勢。

4.2 胎兒的發展

在簡單地說明了墮胎的歷史後，我們第二個需要的知識，就是胎兒的發展。在下文中，我們會發現，有關墮胎其

中一個重要的爭論點，就是胎兒是否一個人，而再細緻的討論，就是胎兒在母體內，什麼時候成為一個人。如果我們要弄清楚這些問題，不能不留意到醫學上對胎兒的判斷。

在醫學上，剛受精的稱為接合子（zygote），指的是精子與卵子剛結合時，最開始的分裂，而從細胞分裂開始，一個生命就真的開始啟動成為一個人的程序了。

在過了六至七天後，合子著床，即降落到母體的子宮中，黏住子宮壁，這個時候，就是胚胎（embryo，也有不少書翻譯為受精卵）。在這時期開始，胚胎就不斷分裂繁殖。及至第二十天，也就是三週左右，胎兒就開始有心跳，而到了第六週，胎兒大腦開始釋出腦電波，這往往是我們今天判斷人是否活著的法律依據，因此當腦電波出現後，醫學上不再稱這生命為「胚胎」，而是「胎兒」（fetus）了。到了第八週，胎兒就已經完全成形，在成人身體上所有的器官，九成以上都已經存在。由第廿一週開始，胎兒已經有可能離開母體而獨立存活，雖然在廿一週能夠存活的機率不高，但是隨週數的增加，早產嬰的存活率就一直提高，一般來說，廿四週的早產嬰兒，在醫療水平較先進的國家，存活的機會已經很高了。

4.3 墮胎的方法

在瞭解過胎兒的發展過後，我們還要認識的另一種知識，就是墮胎的方法，而這裡所指的方法，不是指那些「民間秘方」，而是指醫療手段。這主要可以分為三種：

一、服藥：近年興起的一種名叫RU486的藥物，又名為墮胎藥，可以把初期的胎兒排出母體。

二、手術取出。這包括：真空吸引術（suction abortion）及擴張刮除術（dilatation & curettage）。

三、注射藥物：一般採用注射高張食鹽水（salt poisoning abortion），多用於超過三個月大的胎兒。

5. 支持和反對墮胎的意見



思考：為什麼我們今天普遍反對殺嬰，卻接受墮胎呢？理由何在？

在這一節中，我們會分析支持和反對墮胎者的觀點，而處理方法是先把支持的論點列出，然後加以反駁。

5.1 支持墮胎的論點

有關墮胎的問題，今天已經不再純粹是一個醫學上的爭論，而是一個很重要的社會課題。在美國，有人認為墮胎問題必須慎重處理，不然有可能導致國家的分裂。正由於爭論的層面如此廣泛，故此我們不妨先介紹幾類支持墮胎的團體。這些團體包括：

一、強調性開放的團體。今天社會大部分的墮胎，都是源自沒有計劃和原則的性行為，但是這些性行為被視為社會自由開放的一部分，因此，當一個人不想懷孕而意外懷孕，就應當有權墮胎。這是基於性開放的原則。

二、人口控制的團體：如中國有巨大的人口增長壓力，人口控制是大問題，自然會企圖用墮胎來減少人口。

三、婦解團體：認為女性有自決生殖問題的權利，於是就傾向於肯定墮胎是一種權利。

四、醫學團體：在傳統上（由希氏誓詞開始）是反對墮胎的。然而，這個原則日漸受到侵蝕。到世界第二次大戰後，醫學團體已經不再堅持。所以有這個改變，原因是他們的論點，已經由原則性的考慮改變為安全問題，即指墮胎者決意墮胎，即使醫生不願意協助，她們仍然會找方法來達到墮胎的目的，既然如此，不容許她們合法地墮胎，只是迫使她們在黑市醫務所冒險進行，對墮胎者的危害就更大了。

以上四類團體的考慮，都有一個共通點，就是只從現實的層面考慮墮胎的問題，卻沒有思考原則的重要，所以都免不了是屬於效果論。

說過不同支持墮胎團體的觀點後，我們就嘗試從理由上看看支持者如何支持墮胎。我們把支持墮胎者的觀點，分類為聚焦在不同的重點上來理解。

第一類是把焦點放於孕婦身上。支持者認為，我們應當對別人的狀況同情（compassion），而在很多情況下，懷孕是很沉重的負擔。例如已有多個子女的婦女再懷孕，可能各方面都不勝負荷。還有未婚媽媽、未成年懷孕、因姦成孕，亂倫懷孕各種情況，需要的是同情，而非譴責。

以上的說法，往往也會與另一個觀點連結起來，就是指胎兒只是母親身體的一部分，故她本身有絕對的主權去處理自己的身體，旁人無權過問，這就是所謂「自由選擇」（*pro-choice*）的說法了。美國容許墮胎，正是基於這個觀點。

第二類是把焦點放於胎兒身上。由於科技發達，即使仍然在母親腹中，醫生已經可以肯定胎兒是健康正常，還是有缺陷。有人認為有缺陷的嬰孩，本身痛苦，也不會受家人喜愛，只是一個生命（*human life*），並不是人性的生命（*humanized life*）。故此，如果合理地預計胎兒沒有合符人性的生命，倒不如不出生。也有指胎兒只是「潛能人」（*potential person*），並不是真正的人（在倫理學上稱為「成人」*real person*），自然不能享受人的權利，不能與母親有相同的權利，而母親的權利自然優先。有關「潛能人」、「成人」一詞的意思，我們在往後的單元中再解釋。

第三類是把焦點放於社會上，認為社會沒有這麼多資源養活不健康的嬰兒，故此一定有人要犧牲的，而最有效的犧牲，就是根本不出生。這種說法，其實是承認墮胎可能是惡事，但是這卻是無可避免的惡事，因為它帶來的惡是較少的。另一種觀點就與醫學團體的取態相近，指墮胎是不可以禁絕的，是社會必然有的行為，既然如此，與期讓黑市醫生謀利以至危害孕婦，倒不如合法化，讓婦女有所保障。

5.2 回應支持者的觀點

在看過相關的支持觀點後，我們會就以上三個焦點，加以回應，並且進一步討論核心的問題。

首先，是否關心孕婦和尊重她的處境，就應當贊成她們有權利墮胎呢？當我們討論不墮胎的壞處的同時，也要看看墮胎的壞處和風險。按照調查的結果，墮胎者有9%會引致永久性不育，也就是說，當事人可以在此時此刻不願意生育，結果卻是她以後都喪失了生育的可能。再者，墮胎者中14%會有慣常性的自動流產，又有4%會在往後的懷孕中出現輸卵管上受孕的情況。此外，有7%會變得月經失調。這裡還沒有計算因墮胎手術而死亡的個案，況且除了在身體上受到創傷外，還有墮胎後心理上的壓力，均要考慮。

另外，認為墮胎能解決眼前問題的想法，只是一個假設，並不是必然的事實。一個未婚少女懷孕了，我們直覺會認為，她把胎兒打掉，就可以回到正常的生活，從而回復人生的正軌。這只是其中一個可能。今天不少報導，都談到少女多次墮胎的經歷，這就足以證明，墮胎並不一定能夠幫助孕婦，甚至由於有墮胎這個方法，令她們不能在生活上有所改變，從而一而再地重蹈覆轍。再者，部分人在決定墮胎後，精神心理究竟是會趨向良好還是惡化，並不容易評估，而且我們也可以說，她決定繼續懷孕，也是有可能變好或變壞；並沒有一種說法，肯定墮胎就能令孕婦變好的。故此，我們不能過度誇大墮胎對孕婦的作用。

至於說胎兒是母親身體的一部分，這種說法未能成立，正如我們在上文已經說過，懷孕愈久，胎兒的獨立性就愈明顯。我們承認胎兒的權利與母親的權利有分別，而一般而言，我們會認為母親的權利是大於胎兒的。容許墮胎者會認為胎兒有生存權，但是不可以高於母親終止懷孕的權利。從倫理角度來看，二者有衝突，但要衡量的是價值的等級，而非身分，為倫理價值而言，當母親想墮胎時，其實是生命的價值與母親的選擇之間的價值比較，而我們會認為，生命的價值比母親的選擇權為高。

至於因姦成孕的問題，首先是機率很低，只是四十分一左右。不過，在原則上來說，如果生命的價值是高於母親的選擇的話，即使是因姦成孕，也不應該墮胎。雖然如此，在實際的情況下，這處境並不容易處理，從牧民的角度而言，可以保持緘默而不要沒完沒了地游說甚至強制禁止當事人墮胎。

從胎兒的角度來看墮胎的問題，我們首先要回應的是：任何人的生命都有其限制，問題是多還是少，那麼，我們如何可以客觀地劃出一條界線，認為什麼生命不值得存在？如果說只有合符人性的生命才值得生存，是一個很危險的說法，因為判斷一個生命是否合符人性並沒有客觀准則，即使一如不少人所說，要生活得快樂的，才是合符人性的生命，但單以快樂而論，也難以判斷，舉例來說，重病的人是否不快樂？不一定，視乎病人如何看自己的生命。健康的人是否就快樂？更加難說了。故此，認為患病或有先天缺陷的生命便不符合人性，不應該繼續生存下來，並不符合倫理的要求。

最後，我們回應從社會角度來看墮胎的問題。正如上文所言，認為資源有限而不應讓患病或有殘缺的胎兒留下，是效果論。如果「資源有限應當有效分配」是倫理判斷的最高原則，我們是否可以引用這原則到個人的財富上呢？即一個社會如果貧富懸殊，是否可以要求富有的人把自己的財產拿出來？我們的社會卻不會有這樣的呼聲。因此，這種所謂資源有限的說法，是一種以成功為本位的心態，而不是真的由於資源的不足。它背後的假設，是這些生命不值得獲得他們應有的資源，這才是背後的意識形態。

其次，當我們由於這種做法已經普遍，就加以接受，但卻不是一個良好的現象，更加無助於人類整體的成長。這也是「實然」是否等同「應然」的問題，在墮胎一事上，我們不難看出二者並不是等同的。雖然很多人會選擇用墮胎作為解決問題的方法，其實在當事人的心底深處，也會有內咎和後悔的。

可惜的是，即使是明知道是不對的事情，由於人的軟弱、社會整體的風氣問題，引致墮胎這種行為廣泛地出現，這就形成了一種罪的氛圍，進而形成惡性循環，就是愈容易墮胎，愈多人會作此選擇。故此，從社會的角度來看墮胎的問題，不能只把焦點單單放在墮胎一事上。因為表面看來，墮胎確實解決了一些社會的問題，但是當我們把墮胎與其他與之相連的事情一併考量，就明白問題並不是這麼簡單。最直接有關的是濫交的問題。如果社會愈發把墮胎視為一種沒問題的行為，間接就是鼓勵了濫交。

6. 核心問題：胎兒是否人？

讀者閱畢以上的內容，可能仍然很難說誰對誰錯。原因很簡單，因為我們還未為整個討論的中心下一個較切合的論調，那就是胎兒算不算得上是一個人呢？支持墮胎者往往都預設了胎兒只是一件「物件」，附屬在母體內的「東西」，而不願意探討，究竟胎兒是否一個人，或是在什麼時候開始成為一個人。以下，我們先簡介各種理解胎兒為人的說法，然後再提出我們的看法。

關於如何界定胎兒的生命定義，從古到今有不同的看法，這裡列舉其中重要的。早期亞里士多德認為要到四十至八十日靈魂才進入胎兒裡，以此作為胎兒成人的界線。也有以胎動為界線，亦有以獨立生存為界線。如以獨立生存為界線，指的不再是胎兒，而是嬰兒了。今天大部分的社會，都不會接受殺害嬰兒，原因這是一個「成人」（real person），即完完全全的人，與胎兒的情況有別。

正由於我們都接受，胎兒與「成人」（real person）有別，因此有一個新的術語出現，就是「潛能人」（potential person）。潛能人的名稱，就是指胎兒確實與成人有分別，但是胎兒終於也會成人，故此是潛能人，具有潛能成為人的一種存在。

雖然有了這個叫法，對於解決問題似乎沒有幫助，原因是對於潛能人的判斷，竟然出現南轅北轍的情況。

反對墮胎者，認為把潛能人殺掉，等同於謀殺一個成人。謀殺所以是很嚴重的罪行，不僅在於它令被殺者很痛苦，更嚴重的錯誤，是它抹殺了被害者的未來。一個人被殺，就是沒有了未來。從這個角度來看，墮胎確實是等同謀殺，因為胎兒既然在未來可以成為一個人，你卻把未來的希望抹殺了，不就等同於謀殺一個成人呢？因此，只要胎兒有潛在的可能成為人，那就是一個不可以殺害的生命了。

不過，支持墮胎者理解潛能人只是候選「人」，雖然在物質條件上能夠有成為人的希望，卻始終不是人、未是人。我們可以借用其中一個持這種論點的倫理學家沃倫（Mary Anne Warren）的說法來解釋。她認為人之為人，必然是成為人類社群中的一員，才開始擁有真正人的身分，而要達到這個程度，就需要有知覺、理性、自發的活動、溝通能力及自覺的意識，而她認為胎兒愈早期愈沒有這些能力，並不能稱為人，只是有可能成為人。既然胎兒不是人，自然沒有足夠的生存權，可以成為由母親自決的一部分。

不過，有人指責這種說法，原因是按這說法，即使是初生嬰兒也同樣可以被殺掉，因為初生嬰兒同樣不具備以上所提的五個能力。沃倫並不認為初生的嬰兒可以被殺害，但是原因卻不是由於她認為初生嬰兒有以上五種能力，而是因為殺嬰會傷害其他社群中人的感情。換言之，她並不認為初生嬰孩是人，而這種取向本身就相當危險了。按照這思路，只要社群中有不少人認為殺嬰不會令他們傷感，便可以接受，例如在一個重男輕女的社群當中，殺女嬰就變成了一件合理的事情了。

故此，把胎兒視為潛能人而可以殺害的解說，並不合理。事實上，支持墮胎者在理性的討論中，最難面對的，永遠是胎兒與嬰兒的模糊界線，因為二者其實很相近。部分支持墮胎者對此採取的方法，就是把界線放得更早，如懷孕初的三個月，那時胎兒與嬰兒的分別似乎有很大的差別。然而，當我們採用潛能人的角度來理解胎兒時，支持墮胎者是很難找出足夠的理由，說某一個時期的潛能人，不可能成為「成人」。

不過，反過來說，潛能人的概念，再往前推，又有可能產生問題。由於科技的發達，可能在不久的將來，不用精子與卵子的結合，純粹以一顆細胞，就已經可以把一個人複製出來。如果每一個細胞都是「潛能人」的話，難道我們就不可以大力搔自己的癢處嗎？因為在皮膚上大力抓的話，已經會「殺傷」無數的「潛能人」了。

我們不妨引用倫理學者楊國榮的論證，他指出，如果我們把成人生命形成的整個過程粗略地分類，可以分為六個階段：（1）質料；（2）質料被人體吸收，形成精子和卵子；（3）精卵結合後形成的胎兒；（4）嬰兒；（5）兒童，最後就變為（6）成年人。

如果我們看看這六個階段，第（1）及（2）並沒有問題，沒有人認為摧毀這些東西是殺害生命；同樣地，也沒有人認為殺害（5）及（6）是沒有問題，因為這明顯是謀殺了。

現在，支持和反對墮胎者的爭論，涉及的是胎兒和嬰兒，更多是胎兒的問題。無論是支持還是反對者，其實在這裡也是採用了滑坡效應作為論據，只是方向不同。為支持墮胎者來說，如果（1）及（2）是可以隨意摧毀的話，那麼（3）也與它們相似，只是一團細胞，自然也是可以拿掉。再極端一點的倫理學家，甚至認為可以進一步引用至（4）。

至於反對墮胎者，就會說（4）已經不可以殺害，那麼（3）與（4）沒有本質的分別，所以也不應殺害。

贊成與反對墮胎者，都是從肯定的部分推向不肯定的部分，卻有截然不同的結論。楊國榮因此指出，關鍵不在於順推或是逆推至相連的不同階段，而是要找出一些成為人的「適合條件」，而只要有適合的條件，該階段的存​​在就可以繼續發展成生命；那就是說，究竟人在哪一個階段開始，獲得合適的條件，可以繼續成長，邁向成人的階段？而那階段就是真正「潛能人」，也是不可以殺害的生命了。

神學家賈斯勒（Norman L. Geisler, 1932-）為我們提供了答案。他指出，胎兒要發展為成人，需要的就是水、食物和氧氣。一個胎兒只要有這三項，就必然地能夠成長為嬰孩；反過來說，精子和卵子即使有這三項，也不可能變成下一個階段，故此可以判斷，第（1）及（2）階段，並不能視為「潛能人」。

也因此，我們可以為反對墮胎找到了合理而堅固的理據，就是指出潛能人的起點是受精卵，在卵子受精一刻開始，這團細胞就可以在「適當條件」下，一步一步走向成人

的路途上，而如果我們把這團細胞拿掉，就是把一個成長的希望扼殺，這就是上文所言，等同於謀殺，是罪惡的所在了。

故此，從功利角度來說，我們不能否定，這些胚胎的「價值」低於「成人」，但是這在倫理上並不構成別人對胚胎的任意使用或毀滅，特別是把這些胚胎「製造」出來的人，有責任讓這些「潛能人」進入一個能夠「成人」的環境。

7. 教會的訓導與牧民的考慮

根據羅馬教義部所頒布的〈對墮胎的聲明〉，教會對生命的定義，是生命由一開始就是生命。當然，聲明中並沒有清楚說明，這個一開始是如何界定，這就有討論的餘地，而這種說法，在〈教會在世界現代牧職憲章〉的第51條中，有所呼應，指出由妊娠之初，生命應受到極其謹慎的保護。

這種對生命的肯定，一貫地是教會的取向，在早期基督徒作品〈十二宗徒訓誨錄〉，就已經提出不可墮胎，戴都良的說法「將成為人的，已經是人」，更被後來的訓導經常引用。

在教會的法律中亦可以看到墮胎的嚴重性：「凡設法墮胎而既遂者，應受自科絕罰。」（《天主教法典》1398）要留意，「自科絕罰」代表該罪行無可爭議地令人與教會分隔，可見教會對此的強調。《生命的福音》通諭進一步指出這種自科絕罰是指「若沒有他們的幫助，就不可能犯下這些

罪行的共犯」。換言之，這不僅指墮胎者本身，也包括任何協助墮胎的人士，都需要「自科絕罰」。（參《生命的福音》62）

有關墮胎的嚴厲限制，還見於法典有關領受聖秩者的規定。在法典中第1041條說明「虧格及其他限制」，即領受聖秩者如做過法典列出的各項事情，就對他領受聖秩有所阻礙，其中第四項就是「曾經故意殺人，或曾力圖墮胎且既遂者，以及所有積極合作的人」。還有法典第1044條第1項第4點就指出，如果犯過以上的罪行的話，即使是已經領受聖秩者，都不能再執行自己的職務，也就是說，如果一個神父曾經協助別人墮胎的話，就不可以再做神父的職務，要得到了法典第1047條第3項中有關教宗的豁免後，才可以繼續自己的職務。由此可見教會對墮胎問題的重視。

雖然教會對墮胎者的批評非常嚴厲，但是在牧民上，教會一方面會體諒個人的軟弱和困難，另一方面也要面對今天社會已經變得普遍的墮胎狀況，故此在牧民工作上，有很多地方可以注意。

首先，是如何向社會發聲，把反對墮胎的聲音傳揚出去。倫理神學家麥哥銘在一篇文章中談到社會上有關墮胎的爭論，他認為很多都只是流於喊口號、煽情，水準不夠，因此我們更有義務去指出墮胎的錯誤，讓人理性地思考。

舉例來說，在美國有關墮胎的爭論，最常見的是所謂「自由選擇」（pro-choice）的說法，就是指人可以自己不要墮胎，但是卻不應該禁止別人墮胎。這是自由主義的觀點，

認為人有自由做不損害別人的事情。不過，這種說法最大的問題是，有些原則是先存於個人選擇。舉例來說，搶劫本身是不對的，難道我們可以說，你自己可以不搶劫，卻不能禁止別人搶劫嗎？所謂「自由撰擇」，其實並不是一個合理的論點，更多是一種口號。

在墮胎一事上，胎兒是社會中最弱勢的一群，因為他們完全沒有發聲的能力，而且要損害他們生存權利的人，正是他們最親近的人，我們因此更應該為他們爭取應有的權利，這才是貫徹社會公義應有的立場。

同時，我們也要釐清道德對錯與社會公共政策的分別。在一個已經接受墮胎的國家裡，再提出新的關於墮胎的法案，如延長懷孕期至28週均可以墮胎，並要求社會公開投票，在這情況下，反對墮胎者應否投票呢？麥哥銘認為應該去投票，以表達反對這種做法。因為這並不是道德對錯的問題，而是社會政策的問題。同樣地，我們也不可以因為現在法律已經容許墮胎，而以此作為論據，支持墮胎，因為法律與道德上的錯對，並不一定吻合，正如過去的美國曾容許黑人作奴隸，有些國家今天仍然有很多歧視女性的法例，那並不代表歧視黑人、女性是合符道德的。

對於美國強烈的爭論，麥哥銘還指出重要的一點：聆聽婦女的意見。因為調查發現，女性對墮胎問題較保守。我們要問：究竟什麼可以打動婦女的，不去墮胎呢？在調查中，婦女認為恐怖的圖片及影片，只是令人嘔心，未必能打動婦女的心；最打動的是母愛之心，讓懷孕者明白到嬰兒之美。

這也是天主教倫理一貫之道。我們不是要從負面的角度來理解倫理行為，在墮胎一事上，教會最需要的不是譴責，而是支持和鼓勵人們愛生命，明白生命之美。這固然需要在傳教宣講時帶出來，另外成立團體或機構，協助懷孕者渡過最艱難的時期，也是一個重要的使命。因為人在擔心彷徨時，很難會感受到生命的美好，反而很想把胎兒打掉，重新回到原來的生活。如果我們可以讓她們有足夠的空間和心情，孕婦對自己的骨肉，必然會有一分愛意。

當然，今天社會上的墮胎問題，不再純粹是一個醫療倫理的問題，也是婚姻倫理（性開放、性泛濫、避孕）、社會倫理（賣淫）的課題。單純地談墮胎本身，未必能真的改變每年以千萬計的墮胎個案，我們如果能夠從根源處著手，改變這個社會性行為的習性，以及減少賣淫的情況，就可以真正減少墮胎，救回失去的寶貴生命了。

8. 摘要

- (1) 在西方，早在希臘時代已經有墮胎的記載，其後天主教成為主流，才被禁止，但到了二十世紀，全世界容許墮胎的國家已佔多數。討論此問題，先要瞭解胎兒的成長，一般而言，三週的胎兒已形成大腦，八週就完全成形，廿一週已經開始有可能離開母體而獨立存活，雖然機率偏低。至於墮胎的方法，主要是服藥、手術取出及注射藥物。
- (2) 支持墮胎的人，主要從孕婦、胎兒的生命質素及社會資源來肯定墮胎是正確的選擇。但是，這些取向並不一定真的能解決問題，同時也沒有正視胎兒是人這一事實。我們認為，胎兒著床後，只要有食物、水和氧氣等一般人需要的

東西，他必然地會成為一個人，故此，著床後的胎兒就已經是人，不可以殺掉。

- (3) 在牧民上，教會應堅持反對墮胎的行為，但是與此同時，要以愛關顧懷孕而有困難的人，為她們提供足夠的支援和協助，這樣才可以真的挽救更多的生命。

9. 參考資料

1. 金象達，〈人口問題與調節生育〉，《神學論集》18期（1973），頁547-572。
2. 蔡偉生，〈有關墮胎的三個基本觀點之我見〉，《神思》38期（1998），頁75-86。
3. 金象達，〈有關墮胎的神學牧職研討〉，《神學論集》（1972：11），頁95-106。
4. Richard A. McCormick 著，王敬弘譯，〈墮胎：辯論的規則〉，《神學論集》（1980：46），頁527-540。
5. 懷亞特著，毛立德譯，《人命關天——廿一世紀醫學倫理大挑戰》。台北：校園書房，2004）。
6. 朗諾·德沃金著，郭貞伶、陳雅汝譯，《生命的自主權》。台北：商周出版，2002。
7. 艾立勤著述，許郡珊、陳美玲撰寫，《維護人性尊嚴——天主教生命倫理觀》。台北：光啟文化，2005。

8. 楊國榮，〈青紅皂白〉。香港：三聯書店，2006，頁119-145。

單元七

絕育與良知抗拒

1. 緒言

在這單元裡，我們處理的是絕育和醫護人員面對自己良知所抗拒的醫療行為時的倫理問題。雖然在課題上看似沒有直接關連，但兩者都涉及「意願」的問題。絕育是父母基於自己的意願，不再希望生育；良知抗拒則是醫護在良心的召叫下，拒絕施行某些醫療行為。讓我們看看這些意願，是否符合倫理價值的要求。

2. 單元目標

讀者閱畢此單元後，應能：

- 說明什麼是絕育手術；
- 解釋教會反對絕育的理據；
- 說明良心與自由、法律的關係；
- 指出教友在醫療手段上的參與的界限。

3. 導論

在這單元裡，我們首先會說明有關絕育的方法，繼而解釋教會不接受絕育的原因。不過，神學家對此有不同的看法，我們也需要考慮和認識。另外，綜合各種醫療倫理的問題，我們發現今天不少醫療手段並不符合教會的訓導，所以我們以墮胎為例，說明如果教友在法律上允許墮胎的地方從事醫護工作，應該如何辨別本身的倫理責任。

4. 絕育

過去醫學未昌明的時代，各種避孕的方法，都不能完全排除懷孕的可能，直到外科手術的發展，人類可以透過手術，把生育的功能「關掉」。這種做法，是否符合我們的人性需要呢？這裡加以探討。

4.1 絕育的類別

按傳統的看法，絕育可分為直接及間接兩種。直接是指直接地做成某一人暫時或永久地不育，是不道德的。至於間接絕育就不同，是為治療身體而帶來的效果，並不是當事人直接願意，這就不是不道德。讀者如果記得《基本倫理神學（二）》中所談的雙果原則，就可以在這例子中應用。

明白以上的分別後，我們可以看看今天社會一般實行絕育的原因：

（1）治療性絕育：因治療疾病而帶來絕育的效果，例如性器官患上癌症，要割掉，自然不能生育；又如遷移性乳癌，最佳的治療方法是割掉卵巢；再如前列腺癌是依靠雄激素滋養，故割掉睪丸就可以治療。在這些情況下，雖然造成的結果是當事人失去了生育的能力，但是手術本身的目的並非要令人失去生育能力，這只是達成良好結果的副作用，故此在倫理上不用負上責任。

（2）避孕性絕育：這就是我們討論絕育的主要類別，即夫婦由於不想生育，所以希望透過手術令自己沒有生育能力。在男方的手術是結紮輸精管，在女方是結紮輸卵管。

男性的絕育手術是輸精管結紮手術，目的是不讓男性的精子進入女性體內，方法就是把男性左右兩邊的輸精管切斷及結紮。結紮後，睪丸裡雖然繼續產生精子，但精子已不能經輸精管排出體外。當性交達到高潮時，射精過程仍然照常進行，只是精液中沒有精子，便不會使女方懷孕，所以能

達到永久避孕的效果。在非常罕見的情形下，男性在手術後仍有生育能力，這主要是因為輸精管結紮部位又再復通。

至於女性的絕育方法，就是結紮輸卵管。輸卵管結紮手術是透過切斷或封閉輸卵管，使女性的卵子不能排到輸卵管，這樣，精子和卵子便不能相遇，達到永久避孕的目的。目前這種手術已發展成一項小手術。女性輸卵管結紮手術共有兩種，分別為「經腹腔結紮手術」和「腹腔鏡結紮手術」。同樣地，在非常罕見的情形下，女性在手術後仍會懷孕，這主要是因為結紮部位再復通的緣故。

一般而言，絕育是不可還原的，即使用手術把結紮的部分重新打開，也不一定可以重新癒合而恢復生殖能力。再者，也有可能出現以下的副作用：男性可能有身體抗拒精液的情況、長期發燒甚至風濕性關節炎。女性可能會增加經痛、傷及大腸、子宮外孕或情緒抑鬱。

(3) 優生性絕育：在方法上，這類別的絕育與上一種是完全一樣，只是理由不同。這情況往往是由於夫婦身體有問題，例如本身是有不同程度的疾病，因此擔心會產下有相同問題的孩子；又或是本身有特殊的遺傳疾病，不想自己的下一代受苦，所以進行絕育。

(4) 懲罰性絕育：屢次犯上性侵犯罪行的人，社會為了阻嚇其他人及使犯人不能再令別人懷孕，故為他作絕育手術。不過，一般社會的做法是設法令犯人不復能侵犯別人，而不是從絕育方面去考慮。在過去，這類絕育往往採用物理

閹割的方式，即把犯人的性器官（一般是睪丸）割掉，這會令男性失去性交的能力。不過，這種做法相當不人道，因此今天大部分國家，如要採用這類別的懲罰性措施，就會使用「化學閹割」，即使用化學激素來減低犯人的性慾，使他們不會再有性衝動犯罪。這種做法，嚴格來說，算不上是絕育的一種。

4.2 教會訓導對絕育的看法

由於絕育手術是近代才出現的醫療手段，所以在教會過去的訓導中，談論到這個問題的不多，但是我們可以由尊重生命的角度，推論出反對絕育的做法，而在近代的教會訓導中，也明確地表達這種看法。以下我們看看當中的一些見解。

比約十二世在一篇對婦科醫生所發表的演辭中提及絕育。講詞的核心思想，就是指出直接絕育摧毀了人的生殖機能，而這種做法是不道德的，也就是道德惡。當一種行為屬於道德惡，無論這行為所產生的效果是長期還是短期、對象是男還是女，都是違反自然的不道德行為，不符合自然律的要求。因此，比約十二世表示，即使教會亦無法為之赦罪。

另外，在1958年9月12日，比約十二世在另一篇講辭中，表達反對用絕育的方法來解決遺傳病問題的看法。在演辭中，比約十二世表明，人對自身的支配權利，並不包括直接絕育這種做法，而由於人並沒有這種權利，自然不可以採用直接絕育來作為防止遺傳病的合適手段。

不過，在這裡，比約十二世辨明直接絕育與間接絕育的分別。為他來說，直接絕育是不可接受的，但是為醫治其他疾病而引致絕育的效果，卻不是不道德的行為。舉例來說，割除患病的卵巢，並不視為直接絕育。也就是說，在這篇講辭中，比約十二世視間接絕育為可接受的，只要這個行動的目的不是為了絕育。因為直接或間接是由人的意向所決定。人如果吃藥丸，只是為了治病，並沒有絕育的意圖，但是帶來絕育的後果，只是間接的後果。

以上討論的是內容，主要是針對個人的問題；我們還可以討論的是醫院系統的問題。舉例來說：究竟天主教醫院，可否做絕育手術呢？為什麼我們要特別提出這一點呢？原因是現代社會裡，不少醫院即使是由天主教團體所興辦，但是如果該醫院是社區裡唯一的醫院，並且受到政府在財政上的支援時，那麼，當這個社會並不反對絕育手術的施行，這所天主教醫院，是否應該容許在院內施行這些手術呢？

信理部在1975年曾經有一份文件談論這事情，文件相關的重點如下：

(1) 表明教會反對絕育手術的立場，即使是針對生理或心理上的不良感覺的治療或防禦，都不可以。因應醫院社區中的角色，文件也指明不可因整體原則、公益等理由而接受絕育，因為絕育不可以為人帶來整體的好處及道德的上最高的善。文件繼而指出，並非任何永久性或暫時性的絕育都不被許可，如果手術是為治療，而非避孕，加上較簡單的治療卻合理地無法實行，那麼這種情況下的「絕育手術」仍然可以接受。最後，文件指出絕育是本質惡，而不是我們一般所理解的物理惡。

(2) 信理部明白神學家有很多意見，不過無論意見如何，都沒有遵守對生命開放的教義重要。

(3) 在具體的情況中，指出絕對不容許天主教醫院合作，令這些直接絕育手術成功。不過，傳統上所謂的合作，要小心分辨何者為正式上的合作（**formal co-operation**）及物質上的合作（**material co-operation**）。所謂正式上的合作，是指在意願上都同意並且為此工作；物質上的合作就是指沒有意圖也沒有對行為加以認同，但是實際上是協助了錯誤的事情發生。總而言之，天主教醫院實際上可能不可避免地會參與部分有關絕育的手術，間接地成了物質上的合作者，但是最重要的是不立惡表，以免引起誤會。

4.3 神學反省

以上所介紹的，是教會訓導的看法，這從原則上來看，是沒有問題的，但是在現實生活中，部分情況就會令人懷疑，這種絕對不可的態度，是否真的就能夠滿全對生命的尊重呢？我們時常都要記住，教會訓導本身是為了貫徹信仰的真理，而不能很快就把教會訓導等同於啟示真理本身。

因應絕育的問題，海霖神父提出一個例子：一個婦女有懷孕恐懼症，我們應否要求這個婦女對生育開放？海霖神父認為仍然要求該婦女對生育開放，是不負責任的態度。因為這只是物理上的開放，沒有顧及人內心的真實感受。所以，談到對生育開放，對人應該有全面性看法，不應止於生育能力。於是，也有人提出與信理部有別的看法，認為在一些特殊的例子中，如海霖神父所提出的例子，我們應視之為間接絕育。

也有神學家提出意見，認為不育本身只是「非道德惡」（non-moral evil），因此，即使以人為的方法達至不育，並不是一件好事，但是也不至於是本質惡，我們要看看做這件事的動機和原因，才可以作倫理判斷。

那麼，信理部的文件的用詞如此嚴厲，我們又應該如何理解呢？有學者的意見是，我們要明白信理部的行文心理，是一種先知性的呼籲。正如保祿六世及聖若望保祿二世兩位教宗都不止一次提出絕對不要戰爭，這樣說，豈不是過去千多年關於正義戰爭的說法都不對？這種看法，我們稱之為先知性呼籲，就是從理想的、完美的角度來感召這個世界，正如真正美好的世界，確實是不應該有戰爭的，問題是今天的現實世界，仍然有以強凌弱的情況，所以要求人絕對不打仗，本身不能即時實現。對於絕育，有神學家認為應該如此解讀。

以上神學家的意見是傾向在某些情況下可以施行，但是信理部的文件卻表示絕不可行。

5. 良知抗拒（Conscientious objection）

在上一節中提及天主教醫院應否拒絕施行絕育手術，這裡我們正式討論「良知抗拒」的問題，就是指醫護基於自身的良知，拒絕某些醫療行動，這是否可以呢？舉例來說，2014年6月在波蘭華沙發生一宗良知抗拒事件，婦產科查贊教授（Prof. Bogdan Chazan）拒絕為一位懷有嚴重殘障胎兒的孕婦進行墮胎手術，而且沒有跟從指引轉介給願意做墮胎手術的醫生處理，最後婦人繼續懷孕，並要進行剖腹手

術產子，嬰兒出生時有嚴重腦殘障，只活了兩星期便死了。婦人向市政廳投訴，結果教授工作的醫院被罰款，婦人向醫院索償，教授受到醫院最重的處罰，被醫院辭退。傳媒指責教授有失專業操守，不尊重婦女的生育權利，令殘障嬰兒受不必要的痛苦，連崇尚自由主義的首相也參與評論，指醫生本身的職責應先於個人信仰。

上述事件帶出以下問題，當醫護人員被要求進行墮胎、人工受孕、絕育、安樂死等有違人性尊嚴的醫療程序時，是否可以因良心的引導而拒絕參與？這會否因為不履行醫護人員的職責而干犯專業操守？在良知與職責之間可以如何選擇？以甚麼標準去衡量選擇良知抗拒的正當理由？在答覆以上問題前，讓我們先重溫良心的基礎，繼而探討良心與自由、法律的關係，從而找出良知抗拒先於履行職責的條件。

5.1 良心與自由

不論有沒有信仰，每一個人內心都有一把聲音，指引人覺察自己的行為，這是人先天擁有的本質，且先於良心道德判斷。這種自覺能力被稱為良心。良心就是對行動當中的倫理價值的覺醒，從而作出倫理判斷，這包括事前的判斷和事後的檢討，即事前良心與事後良心。當人跟隨事前良心的判斷行事，會得到事後良心的同意；反之，當人自由地選擇拒絕跟隨事前良心行動時，便會受到事後良心的遣責。

「人位格的尊嚴包含並要求道德良心的正直。道德良心包括對道德原則的領會（本性良心，*synderesis*），包括將這

些原則，經過理性和善惡的實際分辨之後，運用於目前的環境，最後，包括對一些具體的行為，不論是行將開始的，或是已經完成的，作出判斷。」（《天主教教理》1780）

為甚麼人要跟隨良心而不要做違反良心的事？甚至連人的自由也受到良心的約束？良心是基於一個倫理價值作出理性的判斷，倫理價值是以本體的真理為基礎（ontological truth），這客觀的真理代表人無與倫比的價值，而且是從受精的一刻成為人的生命的起點。當良心要作出正直、真誠而且確定的判斷時，必然提出「不可殺害無辜生命」的要求。因此，良心依附著真理的要求運作時，即時帶來兩個效果：首先，能夠是確定良心；其次，限制了人類「想就去做」的極端自由主義。在良心的約束下，人的行為是「應做才去做」，展現真正的自由。

良心不是真理本身，而是客觀真理的見證人。然而良心不免會有錯誤的時候，就是人主觀以為是真理，卻不符合客觀事實的時候。如何可以肯定真理的確切性？信仰的光照是絕對正確的客觀真理的最佳保證，以此為基礎的良心能夠穩妥地保證良心是確切而且無誤。宗徒大事錄中便出現宗徒跟隨天主的法律而作出良知抗拒：「聽天主的命應勝過聽人的命。」（宗5:29）面對違反人的美善甚至摧毀生存權的人為法律時，基督徒只能以堅定的拒絕服從作回應。人並不一定需要信仰才能辨別一些破壞人的尊嚴的處境，理性的良心面對利用醫生殺害無辜者的法律，同樣會作出良知抗拒。

5.2 良心與法律

法律的目標是為促進社會的共同利益，法律不是倫理，但法律必需尊重良心回應基本的善的自由。所以法律是建基在基本的善之上，而基本的善的定義不是大多數人同意的結果，反而是令每一個人可以經驗在生命中自我滿全的條件，始終道德上的滿全是每一個人應該達到的目標。法律固然不能防止一切的邪惡，例如內心的憤怒、憎恨、自私等等，但法律卻可以創造一個實踐倫理規律的環境，讓人過著有道德的生活，而且法律不應該促進倫理上不正當的事，這無可避免需要犧牲一些個人的自由。

在《生命的福音》通諭中，聖若望保祿二世正正指出現代民主文化的問題，只以大多數人的信念為唯一決定法律的因素，這樣基本的善頓成為相對的善，可以在大多數暴政的情況下被犧牲。結果，法律的唯一限制是不得侵犯任何一位公民的自由和權利。執政者需要放下個人的良知，法律成為唯一的道德標準。聖若望保祿二世肯定自然道德律才是客觀的真理，是制定法律的唯一依據。基本的生存權是人不可侵犯的權利，必須得到法律的保護。

由此，我們可以推論，能夠保護基本的善的法律必需符合以下兩個客觀條件：

(1) 法律必需保衛所有生命，特別是無辜的和無能力保護自己的生命。

(2) 法律不能強迫任何人奪取他人生命，不能借助醫生去殺人。

當法律脫離以上原則時，便成為不公義的法律，人也沒有義務遵守，反而有責任選擇良知抗拒，而且，良知抗拒優先於民法和職責的條件。

5.3 良知抗拒與墮胎

容許墮胎的法律違反人享有的不可侵犯的權利，也即否認法律前人人平等。安樂死合法化等同將自殺謀殺合法化，這些法律違反絕對尊重和保護生命的原則，也直接違反公眾利益，因為法律不再服務人，尊重人，反而導向殺害人。

更不幸的是，那些具良知的人，面對這些不公義的法律時，便陷入兩難之間，不知道可以怎樣辦，因為以墮胎為例，今天墮胎合法化的國家非常普遍，醫護人員為了道德上的堅持，如果除了辭職外沒有其他選擇，個人代價很大，並且似乎於事無補。那麼，有沒有一些情況可以選擇與罪惡合作（co-operation with evil），或選擇較小的惡（the lesser evil）？

與罪惡合作就是和另一個人從事道德上不正當的行動。以墮胎為例，首先要清晰墮胎程序涉及兩個階段：準備階段（procedural phase）和執行階段（operational phase）。準備階段包括評估孕婦是否有合法墮胎的條件，確認墮胎的需要和轉介孕婦到提供墮胎手術的地方；執行階段是真正進

行墮胎的階段，涉及施行墮胎手術的婦科醫生、麻醉病人的麻醉科醫生、幫助手術的護士、醫療助理、提供墮胎藥物的藥劑師。在整個過程中，不論是在那個階段，正式的合作（*formal co-operation*）時常是嚴重的罪而沒有例外。因為這合作表示有意圖，且對墮胎行為表示同意。這不僅是醫生，就是家屬、孕婦的伴侶，如果表示同意甚至鼓勵墮胎的話，都是與邪惡正式的合作。至於直接參與墮胎程序，即執行階段，就算是無意圖的物質上的合作（*material co-operation*）常是不正當的。因為行動本身是邪惡的，就算是沒有意圖也不能改變行動的邪惡本質。正正因為墮胎本身的邪惡本質，人不能以選擇較小的惡為原因直接參與墮胎。

如何為「直接參與」下一定義？在執行階段中，從執行的醫生到負責預備手術室儀器的工友在某程度上都是直接參與；同樣在準備階段中如果沒有醫生轉介，墮胎便不成事，沒有秘書的文書工作，轉介信便不能發出。「直接參與」可以這樣定義：當參與的工作只是以墮胎為唯一目標，而如果沒有你的參與，墮胎便無法進行時，你的參與便是直接參與。這明顯是指參與墮胎手術的婦科醫生、手術護士和麻醉科醫生。至於清潔、預備手術儀器的工友、手術前後照顧孕婦的護士並不包括在內，因為他們不算是直接參與。然而，這些屬於非直接參與墮胎的物質上合作，原則上都是禁止的，當事人有權拒絕參與，除非有相稱的理由。甚麼是相稱的嚴重理由？白禮達神父舉出以下例子，包括失去工作會不能維生、不能再有晉升機會、對病人有所危害及危害醫院或診所。

在選擇物質上的合作時，時常記得這是一個自由選擇而不是必然的選擇，當事人可以在合作前表明自己的反對立場，不畏懼犧牲而拒絕合作是值得嘉許的，而且在事前也要考慮合作的次數是否頻密？合作會否造成壞榜樣？例如一位文員工作的崗位只是預備墮胎轉介信，沒有其他工作，如果這位文員放假會由另一位補上，轉介信同樣可以發出，這表示沒有這位文員也不能阻止轉介，不算是直接參與。但文員每天的工作都是與罪惡合作的話，便要慎重考慮放棄這份工作。現實世界往往是不完美的，人可能被迫在一個不理想的道德環境工作，但這並不表示人需要降低自己的標準，反而要預備作出一些犧牲，為客觀的真理做見證。

政府在制定墮胎的法律時，在良知抗拒與個人自由之間應該取一平衡點，既可容許良知抗拒的自由，又不會延遲婦女接受墮胎的時間，關鍵在於在哪一階段才可行使良知抗拒。挪威的法律容許醫生以良知抗拒為理由拒絕參與墮胎或人工受孕，但現時的法律並不容許家庭醫生拒絕轉介孕婦進行墮胎。事實上，絕大部分的轉介信都是由家庭醫生發出，轉介行動實際是表示經過詢問病歷和檢查，同意孕婦需要接受墮胎，因而轉介孕婦得到墮胎的渠道，等同間接參與墮胎，挪威政府正考慮就墮胎轉介而合法地容許良知抗拒。上文提及的查贊教授也是因同樣理由而拒絕轉介，避免任何參與墮胎的機會。英國也有良知抗拒的爭論，跟據墮胎法案 **Abortion Act 1967**，任何人如果有良知抗拒的話，並沒有職責參與墮胎的治理程序（**treatment**），但這並不包括以墮胎作為必需治療的原因（危及孕婦生命，或引致孕婦有永久性生理或心理傷害）。這樣，家庭醫生的轉介、負責預備轉介

信的醫生秘書、藥劑師的處方等等又是否包括在內呢？1988年在英國有一位秘書（Mrs Janaway）因本身的信仰而拒絕為醫生預備轉介墮胎的信件，因而被辭退。這宗案件上訴到英國上議院，上議院答覆「參與墮胎的治理程序」是指在醫院或其他許可的地方直接參與墮胎的醫療程序，其他均被視為預備程序，並不包括在合法的良知抗拒之內。

至於香港的的墮胎法律，在《侵害人身罪條例》47A（6）款有提及良知抗拒：「除第（7）款另有規定外，本條所授權進行的醫療程序，任何人如良知上認為不對，均無責任（不論因合約、法例規定或其他法律規定而產生的責任）參與，但在任何法律程序中，其良知認為不對的舉證責任，落於倚賴此項理由的人身上。」

並且在下一條說明：「第（6）款並不影響因挽救孕婦性命或防止其身體或精神健康遭受嚴重的永久損害而參與所需醫療程序的責任。」

以上法律是以英國法律 **Abortion Act** 1967為基礎，在承認良知抗拒的合法性的同時，也要保障孕婦的生命。在墮胎的單元中，已討論過治療性墮胎，在這裡不再重覆。第6款所講的「參與」的定義，同樣遇上英國墮胎法的問題。如果參考英國案例的話，香港差不多肯定會跟隨英國，法例只包括涉及執行階段的直接參與。

不單是墮胎法例，在《人類生殖科技條例》第二十條也提到良知抗拒的合法性：「任何人如良知上認為參與牌照所授權進行的有關活動為不對，則該人無責任參與（不論該

責任是如何產生的) 該等有關活動。在任何法律程序中，證明良知上認為不對的舉證責任，由聲稱依據此項理由的人負上。為免生疑問，現宣布：牌照負責人或持牌人可提出良知上認為參與牌照所授權進行的有關活動為不對。」

不是所有人同意良知抗拒的合理性，有人評擊良知抗拒為不恭敬的不服從 (**Dishonorable Disobedience**)。所持的理由不外乎是世俗支持墮胎的理由：胎兒不是人、婦女有選擇墮胎的權利、醫生不能剝奪婦女得到墮胎服務的權利等等；聲稱將個人良知放在執行專業的職責之上，令孕婦得不到應該有的服務，是嚴重的不尊敬自己的專業；醫療機構拒絕提供墮胎是對有需要服務的人的歧視，而且否定了提供墮胎的人的良知。這正是崇尚自由主義到達極端的後果，只按個人意思行事，到達操控他人服務自己的地步。醫生不一定要百分百滿足病人的要求，難道當病人要求做一些毫無需要的手術，醫生也要聽從指示，違反行醫的原則嗎？最後要提及的是，婦科醫生的專業資格的要求中，並不包括墮胎手術，醫學生想選擇婦科為自己心儀的專科而又不想做墮胎手術，絕不會影響專業訓練，只要花一些時間預先與醫院方面表達自己的意願，在專科培訓的路途上，依然可以跟隨良心工作。

6. 摘要

- (1) 絕育是指人透過醫療手段，讓自己失去生育能力。絕育可以分為四類，一是因治療而喪失生產能力，二是為避孕而用手術或藥物令自己沒有生育能力，三是基於優生的原因驅使某類人絕育，最後是以絕育作為懲罰手段。

- (2) 教會對於絕育的看法，在教宗比約十二世時已經很明確地反對除了治療性以外的絕育，而後來信理部的文件更表示，教會不接受絕育手術，也不允許天主教的醫療機構作絕育手術。
- (3) 倫理神學家對這種取向有所保留，因為在實際的情況下，個別人士對於懷孕已經有很大的恐懼，絕育並不是拒絕向生命開放，反而是讓該生命得以繼續發展。不過，教會訓導並未認同這說法。
- (4) 人應按自己的良心而行事，如果有關法律違背基本的善，人應本著良心而加以抗拒。如允許墮胎的法律令社會有很多與墮胎有關的工作，具信仰者要小心辨別，不應參與，同時政府亦應允許人本著良心拒絕這些不道德的工作。

7. 參考資料

1. 金象達，《生命倫理》。台北：見證月刊社，2000，頁69-106。
2. 懷亞特著，毛立德譯，《人命關天——廿一世紀醫學倫理大挑戰》。台北：校園書房，2004，頁151-174。
3. 艾立勤著述，許郡珊、陳美玲撰寫，《維護人性尊嚴——天主教生命倫理觀》。台北：光啟文化，2005，頁303-390。
4. 白禮達，《醫學倫理》。香港：瑪利諾聖母醫院，1983，頁109。

單元八

安樂死

1. 緒言

生育與死亡，都是醫療倫理中最主要的課題，而死亡所涉及的，就是在今天先進的醫學技術中，我們可以如何理解死亡了。表面來看，安樂死是一個醫學問題，當中涉及許多醫療技術的理解，以及死亡的定義，但是從更廣的角度來看，安樂死與我們今天社會的死亡文化，有很密切的關係，或者再進一步推論，很多醫療問題都受到這種死亡文化的影響。

因此，安樂死要探討的，正是我們要如何理解生命與死亡的意義，並且在這判斷下，如何處理當中的倫理問題。

2. 單元目標

讀者修畢本單元，應能：

- 界定什麼是安樂死；
- 說明天主教對安樂死的立場；
- 指出牧民上要注意的地方。

3. 導論

在當代社會，安樂死是最為人關注的醫療倫理課題。由於現代醫學的不斷進步，過去不少足以令當事人死去的傷害或疾病，今天仍然可以透過醫療方法或儀器，讓他們維持生命。同時，也因為醫學儀器的進步，今天我們對於死亡的定義，更加精準，這也令我們對於患病者、垂危者是否「進入」死亡，有更多醫療決定的可能。以上種種，也是令安樂死成為一個現代人要面對的課題的原因。

過去，我們以心臟停頓作為死亡的標準，今天，醫學界的共識，是以腦死作為死亡的標準。特意指出這一點，是為了說明醫學上的改變，令我們更需要思考，如何可以讓病危者更能夠活出人性的尊嚴，即使在疾病的折磨下，他們仍然可以活出人性的尊嚴和天主的肖像。

因此，在這個單元中，我們首先仍然要處理技術性的問題，這包括先要釐清什麼是安樂死，以及這種做法背後的考量。然後，我們進入倫理神學的考察，不僅從現象上分

析，更要分析現象背後的意識形態，特別是一種逐漸成為社會主流的「死亡文化」，而必須從這裡著手，我們才能夠真正地明白教會在有關問題上的堅持，並不是出於保守，反而是有其洞見的。

最後，我們會探討安寧服務作為今天病危者的照顧，其背後的意義及可行性。

4. 安樂死的定義



思考：什麼是安樂死？是否注射毒藥給病患才是安樂死？還是不加以救治就是安樂死？你有何看法？

當我們要討論安樂死的問題，首先要理解什麼是「安樂死」。「安樂死」這詞，在希臘文中是 *Euthanatos*，英語就是 *Euthanasia*，當中「eu」是「好」的意思，而「*thanatos*」就是死亡的意思，故此這詞本來是形容一種美好的死亡，但是今天所指的，是一種致死的行為。因此，有人認為該稱為「安死術」，更為適合。

有關安樂死，主要有兩個要關顧的重點，分別是「意向」和「所運用的方法」。在意圖方面，一般會採用自願和不自願的兩分法，但是更清晰的劃分，應該是：

(1) 自願：施行安樂死的對象本身願意並且明白所運用的方法，會令自己死亡，例如末期癌症病患者自行打進重劑量的嗎啡而致死，就屬於自願。

(2) 不自願：就是指接受安樂死的人並不願意，這就形同謀殺，但是當我們從政策的角度探討安樂死時，如何界定自願與不自願，是有其一定的困難。

(3) 非自願：指不能表達意願者如植物人、神智不清醒的病患，他們已經不能夠表達自己的意願，故此既不能說是自願，也不能說不自願，這也是「預前指示」所以推行的其中一個重要原因。

以上三者屬於意圖，至於「所運用的方法」，可以先分為主動與被動兩種。主動是指醫療的作為是直接令病患死亡的，而被動就是指醫護人員不做某些事情，間接導致病患死亡。主動的作為，就是使用藥物或儀器協助病患者自殺。至於被動的不作為，如把維持病患維生的儀器移走，令病患不能繼續生存下去。

我們還要釐清的是，所謂的被動不作為是指什麼。被動不作為可以分為兩種：

(1) 尋常：指所用的藥物有很大的機會令人痊癒，花費不會過鉅，亦不會令病人有太大的痛苦，就是尋常或普通的治療，或引伸到水和營養的提供。

(2) 不尋常：成功機會低，費用極高，痛苦甚大。

以上就安樂死的各方面略加解說，而教會並不贊同安樂死，只接受病患在「不尋常」的被動不作為下的死亡，而教會並不認為這是安樂死。舉例來說，今天教會對於醫生已宣告腦幹死亡而仍依賴呼吸器維生的做法，視之為不尋常，

也因此接受在這種情況下，把維生器移走的做法，並且不視為安樂死。原因也不難理解，因為在定義上，病患的腦幹死亡，就代表他已經死去。至於並不是腦幹死亡者，如果本身已經不能維持自身的心跳和呼吸，那麼教會也會接受把維生儀器的移除，理由是這個人不能自我維持最基本的生存能力了。當然，教會接受這樣做，並不是指必須這樣做，這還是要當事人及其親人的意願。

純粹定義很容易，但是到了實際具體的情況，如何劃分尋常與不尋常，並不容易，首先是整個社會的文明或富裕程度。舉例來說，患有腎病的人，需要洗腎（正式的稱呼是血液透析，Hemodialysis），沒有洗腎設施的話，過一段日子就會病變甚至死亡，那麼洗腎是否屬於尋常的作為呢？這在香港來說，是尋常的，所以政府有責任提供相關的設施，病人也不可以因為沒有洗腎的設施而決意尋死；但是，在一個經濟水平較低的地區，洗腎可以是很昂貴的醫療手段，因此就屬於不尋常的手段了。

除了地區上不同醫療設施的問題外，在具體的運作上，何者是尋常，何者是不尋常，也可以有很大的爭論。舉例來說，「耶和華見證人」的信仰禁止輸血，如果有他們的信徒因信仰理由堅持不輸血，在某些情況下，他們會因不輸血而死亡。那麼，輸血究竟是一個尋常的作為，還是不尋常的作為呢？如果醫生認為這是尋常的作為，而容許當事人的自主決定而不輸血，最終引致他的死亡，那麼在倫理上又是否恰當呢？還是應該強制該病患接受輸血呢？這是一個很富爭論性的問題。

因此，我們在這一節中，一方面釐清了有關安樂死的部分定義，一方面卻也不容否認，相關的問題，並不一定用定義可以加以說明，因此需要再進一步的探討。

5. 安樂死的歷史發展

在解說定義後，我們也花一些篇幅，來說明一下安樂死發展的歷史和現況，特別是現況部分，有助我們討論這個問題。

在古希臘時代，已經有自殺是對是錯的討論，不同的哲學家各執己見，柏拉圖和蘇格拉底認為人在某些情況下，是可以自殺的。到了中世紀，天主教強調生命是屬於天主的，生死並不能由人決定，特別是到了聖多瑪斯時，教會把生存視為人的本性，自殺被視為不道德。到了文藝復興以後，人文主義抬頭，這個問題又再有哲者文人提及，而把焦點開始放在病者身上，不少人也認為患重病者可以選擇結束生命。

在1935年，英國首創自願安樂死協會（**The British Voluntary Euthanasia Society**），到了1938年年美國也繼之成立安樂死協會（**The Euthanasia Society of America**），此協會在1939年於紐約州提出將安樂死合法化的議案，但是從未進入立法程序。雖然如此，在第二次大戰前，英美等國對協助自殺或安樂死的人的判刑都很輕。

但是希特勒（**Adolf Hitler**, 1889-1945）在德國以種族優越的理由，屠殺「劣質」的人，包括猶太人和吉卜賽人等，讓人意識到以生命質素作生死判斷的危險性。

直到二十世紀的六十年代，由於醫學發展的躍進，延長病患生命的醫療技術更多，但又有不同的副作用如痛苦，倫理學者開始關注到不當地延長生命和拖延死亡時間的倫理問題，如果要說嚴格的安樂死的倫理討論，就是由此而開始。

當時的西方社會，一方面是反對安樂死，但是另一方面，私底下進行的也不少。在1975年發生的昆蘭（Karen Ann Quinlan）事件，令社會對安樂死的討論愈趨熱烈。美國少女昆蘭因服下混在酒中的鎮靜劑，變成植物人，醫生表示她沒有復原希望，並且只能依靠儀器維生，她的養父母要求醫生撤掉儀器，醫生拒絕，養父母就要求法庭裁決。最後，在1976年，法庭裁定養父母有權讓她離開維生儀器，但是昆蘭在不使用維生儀器後，竟然可以自行呼吸，因此她就活下去，直到1985年才逝世。

這可以說是第一次採用法律方法來處理有關安樂死的問題，而且這事件帶來另一個影響，就是開始發展「預前指示」的做法。自此，安樂死逐漸為群眾所接受，到了2002年，荷蘭成為第一個允許安樂死的國家。當地的法例規定，要施行安樂死，必須符合以下三項條件：

- (1) 患者的疾病無法治癒；
- (2) 患者心智狀態良好，且完全同意此一程序；
- (3) 患者的痛苦被認為是無法忍受的。

到了2006年，荷蘭進一步允許父母為重病的嬰孩作決定，進行安樂死，條件如上述的第（1）及（3）項。

到目前為止，允許自願主動安樂死的國家，就只有荷蘭和比利時，但是接受自願被動安樂死的國家就稍多，其中包括瑞士、澳洲以及美國某些州。不過，它們各自有不同的條件，不能一概而論。

6. 支持和反對的理據

談過安樂死的定義和發展後，我們正式開始有關安樂死的倫理討論。在下文中，我們會先說明支持安樂死的理由，然後再提出反對的看法。

6.1 支持安樂死的理由

一般來說，支持安樂死的一方，都是先由自願安樂死談起，原因是我們不太可能接受不自願安樂死，即使是非自願安樂死也備受爭論，例如在容許安樂死的荷蘭，首要的條件，也是病人在自由、清醒、明顯及持續的狀況下同意。

第一個支持自願安樂死的理由，是對病人的憐憫心。有哲學家提出這樣的一個故事：在高速公路上發生嚴重交通意外，交通警員接訊後趕到現場，發現貨車司機被貨櫃中鋼條釘在駕駛座上，動彈不得，而駕駛艙已經起火。司機看到警員，即時大叫：「打死我！打死我！」警員想把鋼條移走，但發現沒有可能，而火快要燒到司機身上，也隨時有可能爆炸。在這個情況下，難道拿槍把司機擊斃，不是出於對人的憐憫嗎？

支持安樂死的人士會說，既然病患無法治癒，痛苦又難以忍受，為什麼不能讓人一個迅速無痛的解脫？對受傷的動物尚且會人道毀滅，又怎忍心看到人不斷受苦呢？

其次，在自主原則下，人應該有自主權，在不妨礙別人或傷害社會的前提下，應該讓人做他喜歡作的事。如果在痛苦中的病人希望早點離世，我們應尊重別人的願望。更應尊重病人選擇一個有尊嚴的死亡。

第三個論點，就是認為生命的質素比生命的長短重要，所以我們不應該單純執著於一個人的生命有多長久，更要關注繼續保持的生命能否活出人性的尊嚴。

最後，就是從社會角度來看，特別是在歐美社會裡，由於社會福利甚佳，病人所使用的往往是公共資源，而老年的病人往往佔用了四成以上的醫療服務資源。論者認為，如果我們讓快要死亡的病人佔用醫療服務，其實變相是剝削了其他的服務，而其他服務的對象，往往是生命質素更佳的患者。由於社會的資源始終是有限的，社會無可避免要作出選擇，負上分配資源的責任，而不讓快要死亡或沒有康復希望的病患接受安樂死，是社會不負責的行為。

第三及四個論點，如果讀者能憶起《基本倫理神學》的內容，不難看出，這就是功利主義。以上四點，是從安樂死的原則上來支持安樂死的實行，而還有一些爭論，也是支持者會提出的。

其中一點，是建立在今天不少人都接受對病危者「不作為」的取向而發展出來的。那些支持自願安樂死的人提出，如果我們可以接受不作為而讓人死去，這個不作為本身就是一種作為，事實上就等同主動安樂死。約瑟·弗萊徹（Joseph Fletcher）的看法更進一步，他認為不為病危者的生命作出決定，與決定結束他的生命，在道德上是相同的，並沒有分別，而讓一個病危者慢慢死去，整個過程醜惡而痛苦，與幫助他免受這些痛苦相比較，後者在道德上更為高尚。

也有人批評教會有關安樂死的觀點，認為陳義過高，又自相矛盾。因為在該聲明中，教會明確指出人要尊重生命，因此任何形式的安樂死也不應該實行，並且指出接受苦難的意義是相當重要。但是在具體問題上，教會卻指使用止痛劑是可以接受的。批評者就質問：所謂痛苦是有意義，究竟指的是什麼呢？

6.2 反對安樂死的理由

當我們提出反對安樂死的理由，會先從信仰的角度出發，而這是基於耶穌基督的啟示，故此在某個程度上，基督徒依隨這個倫理規律，主要是基於個人的信仰，多於其他客觀的倫理價值，這一點是需要留意的。不過，有關反對安樂死的理據，不僅是出於信仰的啟示，也是出於理性，因為啟示的真理並不會與理性所矛盾的。所以我們也會從理性的角度來說明，為什麼安樂死是不道德的。

6.2.1 基督徒的角度

為基督徒而言，生命是天主的恩賜，我們只是生命的保管者。因此，沒有人（包括自己在內）可以結束生命。為有信仰的人來說，死亡是一個很重要的人生關口，原因是死亡就決定一個人是否可以走向永恆的生命，所以這生死決定的時刻，應完全放在天主的手裡。

再者，安樂死與基督徒幾種超性的德行不相容，當中如信德。安樂死表示不再相信天主是我生命死亡的主宰，不再相信痛苦有其積極的意義。正如《基本倫理神學（二）》中有關德行的介紹，信德屬於超性的德行，不能用理性說明，卻是基督徒信仰的核心。若我們真的懂得痛苦的意義，我們就明白基督徒的真正意義。

安樂死亦與望德不相符，如果我們把自己的希望放在基督身上，就會相信天主不會給我們能力忍受不到的試探。痛苦是一種磨練，從聖經中我們可以明白和認識到，而望德之為德行，正在於我們憑藉它能夠走到最後。

當然，我們必須承認，採用信仰的進路來理解安樂死的問題，更大程度上是以個人的取向為中心。如面對痛苦，只有當當事人能夠與基督緊緊結合，才能夠默默承受；如果這變成要求，即教會不允許人減輕痛苦，這就變成了殘忍。故此，教會在認同痛苦是有意義的同時，又允許使用止痛劑，兩者並不矛盾，因為教會從信仰出發，並不是提出一個客觀的倫理規律，而是指出信仰的大方向，而在具體處理安樂死的問題時，我們還是會回到理性的層面。

6.2.2 理性的角度

從理性的角度，我們又可以看看如何理解反對安樂死的理由。

第一個理由，當然是生命的神聖。這包括三個層次的意義。首先，是生存權的絕對性，人有權活下去，別人無權奪去；其次是人有求生的本能，即使是患有重病的人，只要他繼續活著，仍然有復原的可能，但是一旦死掉，再不能求生，這是違反人性的；最後是生命的價值。如果我們認同安樂死，代表認同某些生命是沒有價值的，而我們的社會也沒有義務保護這些生命了。因此，我們要捍衛生命的價值，就必須反對安樂死。

雖然分為三點，但究其本質，都是在於生命的神聖。這種說法，與強調人的自主原則是有衝突的。當我們說人的生存權不能被奪去，我們很快就要面對一個疑問：如果當事人願意放棄自己的生存權呢？如果當事人已經完全沒有求生的本能呢？

問題是，如果當事人已經不願意活下去而自我了斷，嚴格來說，並不是安樂死的問題，而是自殺的課題。安樂死的施行，必然地，不是純粹個人的問題，而是一個社會的課題，所以不能只討論個人取向，亦即表示，我們不能純粹以自主原則來作為辯解，因為安樂死必然會涉及其他人在內，也會影響到其他人，而不再是個人的決定自己負責這麼簡單。

支持者的其中一個論據，是當病患陷入很大的痛苦中，而且沒有復原的希望，為什麼我們不能夠讓他們得到安息呢？這首先要明白，導致別人死亡是殺害生命；故意殺害無辜的生命，是道德上的惡。正如《基本倫理神學（二）》中已介紹過的物理惡和道德惡，當中死亡本身不是道德惡，但是蓄意令人死去，就是道德惡，而人不可以用道德惡的手段來解除痛苦。痛苦是屬於物理惡，而安樂死卻是道德惡，我們不能因小而失大，故此以解除痛苦來作為安樂死的理由，並不具說服力。

這並不表示，教會認為不需要減輕痛苦；減輕痛苦是應該的，但不應用結束生命去消除痛苦。為現代醫學而言，止痛不是大問題，在倫理上的考慮，反而是愈強力的止痛藥，往往會有副作用，甚至會縮短壽命，而教會的立場是，接受這些副作用，但是不可以用此法來結束生命。

另外有一點是更有力地反對安樂死的施行，就是滑坡效應。對於安樂死的施行，反對者正正有這個擔憂，而以下各點，就是指出當安樂死真的施行時，它會產生很多不良的影響，而因著滑坡效應，這些不良的影響，很容易讓安樂死的嚴格限制，受到破壞。

首先，當一個地方有安樂死的政策，這很容易就會破壞病人與家人之間的關係，因為只要其中一方有安樂死的念頭，就會產生矛盾和衝突。如果是家人覺得當事人應該安樂死了，這可能會有罪惡感；反過來，病人想安樂死，為家人來說，又可能是難以接受的事情，甚至會自責，是否自己的態度或說過什麼說話，令病人「痛不欲生」呢？這為重視人倫關係的中國人來說，就更加明顯了。

另一方面，安樂死也會破壞醫護人員與病人之間的互信。一方面，一心求死的病人，無論是出於理性還是非理性，必然會影響到醫護人員的積極性。如果病人的求死是非理性，醫護總會覺得當事人都不著緊自己的生命，自己也不用太緊張吧？如果病人是冷靜地尋死，那麼反正他都快死了，在護理上也不用太著緊。

舉例來說，如果病患的情況，可以進行一個高風險的手術，讓病情得以舒緩的話，但是該病患已經一心求死，醫護人員會否積極遊說他進行手術呢？再嚴重一點，醫護人員會否忽略了這個可能性而完全不加考慮呢？

正由於這個原因，就會產另一方面的問題，就是病人對醫護人員的信賴了。未有安樂死以前，醫護人員與病人的關係只有一個方向，就是拯救病患的生命；有安樂死的政策後，醫護人員就有了兩個方向的考慮了；即使醫護人員未必有這個意識，病患都會有所顧慮，包括醫護人員會否盡全力醫治自己呢？甚或醫護人員會否未徵得自己同意，就為自己施行安樂死呢？根據調查所得，荷蘭在實施安樂死合法化後，確實有這些問題。在荷蘭的安樂死個案中，竟有多達四成是非自願安樂死，甚至有一成是不自願安樂死！因此也產生一個相當詭異的現象：調查發現在2003年10月至2004年2月這半年間，荷蘭有多達三萬名老人與重病者離開自己的國家，相信與荷蘭施行安樂死有關連。

這正好說明，安樂死實施以後，有關生死的問題，不見得就此一勞永逸，反而愈發複雜。我們有理由相信，如果安樂死更大規模及全面地推行，它有可能反過來影響現代醫

學的發展。到時候，研發救治絕症的計劃可能不再受重視，因為有一個更便捷更簡單的方法，來解決絕症的問題了。

因此，當安樂死合法化後，極有可能形成一個「有罪」的環境，就是一個促使人選擇死亡的環境。今天有關安樂死的情況，大部分人心裡所設想的情況，都是痛不欲生的病人，在極度痛苦中，要求自我了斷。問題是，當安樂死成為醫療政策的一部分後，病人極有可能在很早的階段，就要面對是否選擇安樂死的壓力。

我們不妨再以荷蘭的情況為例子。現在荷蘭的法例要求病人自願、持續及清醒地要求安樂死，才可以施行。我們要問：如何理解這個「持續」呢？會否有一天，當一個病人被確診末期癌病後，就會轉介到「安樂死」的部門，向他簡介安樂死要留意的各事項，並且列出施行安樂死的具體個案以供該病患參考呢？當我們要求「持續」時，自然就會不斷向病患查詣他的意向，這才算是「持續」。

在這樣的情景下，最容易產生的效果，就是病人受到壓力。如果他要求安樂死，會被視作為己為人的英雄，肩負起本來不需要他負的責任；反之，可能被視為是自私、無勇氣。荷蘭的另一項統計調查可以支持這一點：在荷蘭人民中的民意調查，65%的人支持安樂死；在療養中心的病人中作的調查，95%反對安樂死。很明顯，安樂死很容易變成一種歧視形式：健康者對病患的無理要求。

因此，當我們說自願安樂死是要符合病患的意願時，這一點遠比我們想像中複雜。因為人的意願不是一件物

品，可以隨時從自己的袋中掏出來，正如《基本倫理神學（一）》中討論人的「自由」與「選擇」，指出限制人自由的因素有很多，足以令人不能真正自由地選擇。故此，自願安樂死的理想意圖，並不見得真的會得以實現。

況且，當自願安樂死合法化後，滑坡效應還會進一步延伸到非自願安樂死，甚至不自願安樂死。原因很簡單：如果安樂死被認定是好的、安樂的、仁慈的，很容易就會再進一步，認為不應只給予那些自己要求的人，而會進一步給予那無法自己作判斷或要求的人。這在荷蘭就已經發生，甚至將會把這好事給予那些不自願的病患了，因為他們都不明白自己的「真實」處境。

7. 牧民角度的考慮

以上提及的是安樂死的正反論據，而我們的立場很清楚，是反對的。在這一節中，我們嘗試根據《教會對安樂死的聲明》一文，說明對於重病者可以做些什麼。要留意的是，這些行為並不構成安樂死，雖然它們有可能令病患死亡。

(1) 病患可以接受仍在試驗階段的藥物，意即病患本身有當試驗品的勇氣，這可能令自己無救，但是卻有助醫學的發展，並且間接幫助了其他的病患。當然，這個當「實驗品」的效果只是副作用，使用相關治療的原因，仍然是希望醫治。

(2) 可以拒絕治療。這包括當療效不理想，或是治療有危險又昂貴，又或是治癒機會很低但治療本身很麻煩，病人都有權不再接受治療。當然，現代醫學很複雜，究竟如何下決定，不容易說清楚，但是原則上是可以拒絕接受治療的。也就是指出，治療並不是必須的，而是要考慮到病人本身的利益，不能為治療而治療，更加不應增加病人的痛苦。

教會並不贊成用盡一切可能性與資源去保存生命，同時，亦不贊成凡是痛苦、無用、負累的生命，就可以立時或盡快放棄。生命是人基本的價值，卻不是絕對的價值。拒絕採用不尋常方法來醫治，並非自殺，這一點要留意的。

因此，我們要小心判別順應自然的死亡來臨，與安樂死的分別。當中最關鍵的一點，是作為與不作為的分野。當病者生命已經走到最一段，我們可以選擇不作為，卻不能推他一把，快一點走完這段路。這是最重要的一點。

8. 第三條路：安寧服務

在上文中，我們其實觸及兩種倫理模式。大部分贊同安樂死的人，傾向效果論，強調容許安樂死所帶來的「好處」，而天主教的反對，或多或少是從義務論的角度入手。由於對生命的尊重，所以我們不能夠自行決定生命的結束。

也許從理念上看，天主教的堅持是更符合倫理的要求，但是在實際層面，確實有不少病患是處於極度的痛苦當中，那麼，我們必然要問：生命的神聖和尊嚴是否即使要付出極度痛苦的代價，都要保持呢？或者再問下去：我們是否有權要求每一個人都付出這麼大的代價來保持生命呢？

我們的回應是：這些視死亡為解決問題的答案，正如《生命的福音》通諭所指，過度重視效率，以至把人「非人化」，結果人不再意識到自己是完整的人，反而視為效率為尚的存在，於是不能再保持效率，就可以放棄了。

再者，由於醫學的進步，現代人不再視死亡為一個過程，更多是一種科學的鑑定和劃線。結果，我們在死亡的過程中，最關注的不再是病患的質素，而是科學的界定，也就是病患有多接近死亡，有多大的機會和什麼時候會死。正如我們一聽到認識的人患癌，第一反應都是「什麼期數？」如果進入末期，「還有多久日子？」這些問題，正好反映出今天對疾病的看法，往往都是從科學的角度來理解，而不是從病患者的生活質素來看待。

因此，「安樂死」所以成為今天社會的一個課題，正是在於我們把病患視為一個要快速處理的問題，而不是視他為一個家人、一位朋友、社會的一員。

如果我們要反對安樂死的話，重新建立一個給予病患人性化的護理，才是真正的出路，所以「安寧護理」（hospice care）就是在贊成和反對安樂死之外的第三條道路。我們可以說「安寧護理」是反對安樂死，不過它的反對方法，是用另一種更好的方法，讓現代人面對死亡。這做法強調病危者也是一個人，該讓他們有尊嚴地走完人生道路，力圖建立一種真正關懷病患的文化。我們相信，只有這樣做，反對安樂死才會為大眾所接受，並且會為病人和他們的家人，帶來痛苦中的真正光明。

9. 預前指示的考量



思考：是否聽說過「預前指示」這做法？你認為在清醒時下指示，要求醫生在自己昏迷後如何醫治，合理嗎？

近年有關安樂死的討論愈趨熱烈，也有一些連帶的新課題，需要教友留意，我們在這裡就簡單介紹「預前指示」，也有人直譯為「在生意願」，由於這還是很新的一個名詞，暫時也沒有共識，我們在這裡會採用預前指示。

所謂預前指示，就是指人在自己仍然清醒的情況下，為自己他日處於不清醒的狀況中，預先提出的醫療處理指示。有關預前指示的討論，正是源自昆蘭事件。當時爭論的一個重要焦點，就是病人如何看待自己狀況。由於在西方國家，極重視個人的自主權，故此對於沒有意識的病患如何治療，特別是關乎生死的決定，連家人也無權干涉。因此，有人提出預前指示的做法，希望人在自己尚有判斷能力時，為日後不能作出判斷時，預先作出指示。

那麼，預前指示的內容是什麼呢？主要有兩類，一類是指定執行人，一類是醫療決定。指定執行人，就是指當事人陷入神志不清後，由他指定的人代替他作醫療上的決定；醫療決定就是指當事人預先指明在神志不清的情況，願意或不願意接受那些治療手段，這一類指示，今天在西方社會最常見的，就是「耶和華見證人」表示自不會接受輸血，這也是預前指示的一種。

預前指示與安樂死的關係，正正就在於這類醫療指示。預前指示有助醫護人員為昏迷、沒有足夠判斷能力的病人，作出治療，但是這種「指示」不是沒有限制的。雖然今天不同的地方，對「預前指示」的法律規定，並沒有較統一的作法，甚至還有不少地方，未有相關的法律，但是我們從倫理的角度來理解這種作法，可以看出以下幾點：

(1) 預前指示不能「指揮」治療。由於預前指示的訂立，是在病中仍然清醒時作出，故此它的作用往往是有限，更加不能作為醫療的指導，即病人不可以預先要求在某一階段作某一種治療，原因是如何才是最適切的治療，應該由醫生作判斷。

(2) 預前指示不能損害病人自身的利益。這一點最為重要，因為有人認為，我們可以透過預前指示，讓病患到了某一個階段時，獲得安樂死。這想法就是自願主動安樂死的作法，並不符合道德要求。

(3) 預前指示可以放棄/不放棄某些治療。雖然預前指示不可以要求主動致死的作法，但是它卻可以讓人預先決定某些治療上的抉擇。有些時候，醫治手段是在「延長生命」和「紓緩痛楚」之間作抉擇，而在這些情況下，預前指示就有助醫護如何治療。與此相反，病人也可以預先決定了在某些特殊的情況下，不會放棄那一些治療。如在昆蘭事件中，如果當事人有自己的預先意願的表達，就不會產生其後的困難。今天世界各地發生的有關所謂安樂死官司，往往也是當事人在成為植物人前，並沒有作出相關的指示，因此引來家人與醫護人員的衝突。

在說過以上三點後，讀者可能已經意識到，預前指示並不是一種簡單的指示，特別是為醫療方法作預前指示，是需要足夠的知識和理解，才可能有一個真正有用的指示。因此，有關預先指示的推行，必然涉及法律的制定，以及標準表格的設計。

10. 摘要

- (1) 所謂安樂死，是指為了消除一切痛苦而有所作為或有所不為，這些作為或不為的本身都會導致死亡，或因有意圖執行而導致死亡。因此安樂死的發生是在於意向和所運用的方法，當中的首要重點是病人的意願，而方法上就涉及作為與不作為的問題。
- (2) 早在古希臘時代，已經有哲學家討論到自殺的道德問題，直到二十世紀的六十年代，主要由於醫學的進步，就開始有嚴格意義下的安樂死，而到了2002年，荷蘭成為第一個允許安樂死的國家。
- (3) 支持自願安樂死，主要從效果角度來思考痛苦和死亡的問題，而基督徒因信望愛三德，以及生命是天主恩賜的原因，反對安樂死。
- (4) 從理性的角度，反對安樂死的第一點也是生命的神聖。這包括三個層次的意義：生存權的絕對性、抹殺復元的可能性及不能認同某些生命是沒有價值的。更重要的是，安樂死有其滑坡效應。如果我們容許安樂死，會容易破壞病人與家人之間的關係；破壞醫護人員與病人之間的互信，極有可能形成一個「有罪」的環境。

- (5) 安寧服務是另一條出路，就是為無救的病人提供一個人性化的環境，讓他能有尊嚴地活到生命的盡頭，而不是在心靈的孤獨中死去。
- (6) 教會對預前指示未有決定性的訓導，但是預前指示必定不能是安樂死的指示，反而是讓人能做更好的準備，能夠得到更符合人性尊嚴的對待。

11. 參考資料

1. J. Paris, R. Cranford 著，胡國楨譯，〈贊成「腦死」？維護生命？——美國主教團的困擾〉，《神學論集》57期（1983），頁417-424。
2. 彭美慈，鍾佩雯合著，〈護理倫理與生命晚期的護理：尊重病人意願的重要性〉，《神思》54期（2002），頁38-54。
3. 廖湧祥，〈生死的抉擇——論安樂死的倫理〉，《神學論集》81期（1989），頁369-400。
4. 金象達，〈天主教對安死術的看法〉，《神學論集》23期（1975），頁103-116。
5. 趙可式，〈可以除去病人的食物與水嗎？〉，《神學論集》81期（1989），頁401-410。
6. 陸達誠，〈天主教的臨終關懷〉，《神學論集》148期（2006），頁224-250。

7. 楊國榮，《青紅皂白》。香港：三聯，2006，頁158-164。
8. 歐陽嘉傑，〈「預前指示」——醫學及倫理的探索〉，《神思》70期（2006），頁29-38。

單元九

器官移植

1. 緒言

在討論過安樂死的問題後，我們對相關的醫療倫理概念，也有一定認識，這可應用到本單元內。器官移植是一個相對爭議性較少的課題，但是部分細節要好好留意，希望讀者可以透過這個課題，深化自己的知識。

2. 單元目標

讀者修畢本單元，應能：

- 說明器官移植的類別和技術；
- 指出器官移植所產生的倫理問題及回應。

3. 導論

現代社會中，器官移植已經是很普通的事實，也是一件很正面的事情。不過，器官移植同時也是一個相當複雜的倫理課題。從整個社會來說，如何平衡自願捐贈與需求數目之間的緊張關係，不容易處理，也涉及道德問題。另外，以死囚作為器官的主要來源，也需要作倫理的討論；從醫療制度來說，如何決定誰人能夠捐贈、誰人能夠接受捐贈等，都涉及倫理的判斷；從個人來說，如何決定是否捐贈器官，以及如何為逝世親人決定是否捐出器官，都是不容易的決定。

因此，從醫療倫理來看，器官捐贈是一個在大原則上沒有太多爭論，但是在實踐細節上有很多東西要留意的倫理課題，這也是我們在這個單元中，要處理的各個項目。

4. 器官移植的類別

正如過去的好幾個單元般，就一個課題的倫理討論，我們首先會處理這個課題的一些醫學上的基本知識，不然，往後的倫理討論就欠缺基礎了。

所謂器官移植，就是指把一個生物的某個器官，移植到另一個人的身體上，讓接受器官的人，身體機能得到改善，甚或延續生命。這種醫學概念，在古代已經出現，如在中國古代《列子》一書中，就記述醫師扁鵲為人換心。當然，這只是故事而非史實的記載，但可見古人也有移植的想法。

今天的移植技術，始於二十世紀初。當時，法國醫生卡雷爾（Alexis Carrel, 1873-1944）發展出先進的血管吻合手術，讓器官移植變成有可能。要知道，一個器官能移植到另一個身體內，最重要的是把相關的血管連繫起來，不然有關的內臟不可能正常運作。由此開始，有醫生嘗試以動物作實驗，不過，這些實驗的所謂成功，只是能證明器官移植的可能，實際上，手術後移植器官的運作維持不了多久。隨著醫學界發現血型吻合的原理，移植技術才有進一步的發展。

不過，即使血型吻合令移植成為可能，但是醫生仍然發現，移植的器官總在一段時間後，便會喪失功能。有醫生聯想到器官合適性的問題，於是嘗試以近親的器官作移植，甚至有採用同卵孿生子的器官移植，由此開始確定器官適合性的重要。

直到1945年，醫學界提出人體的免疫力會造成器官排斥的現象，因此在移植器官後，如何解決排斥問題，就是器官能否良好運作的關鍵。由於這發現，器官移植開始踏上一條正確的路道，自此，就真正的成為一種拯救生命的醫療技術。

發展到今天，身體上很多部分的器官或組織都可以作移植，以香港為例，當中正在等候器官捐贈以作移植的名單上，有以下的项目：腎、肝、心、肺、角膜、鞏膜、骨及皮膚。當中的鞏膜，就是一般人俗稱「眼白」的眼睛組織。以上各項中，內臟的移植往往關乎生死，如果沒有人捐贈的話，病者就會在一段時間後死亡；至於角膜等項目，目的是為了改善身體的狀況，如獲得角膜者可以重新恢復視力，生活質素自然有很大的改善。

以上是按器官組織來分類，如果從移植手術作分類，就可以有以下的项目：

(1) 自體移植 (autograft)：即在自己的身體取去某些組織，移植到身體的另一處，多是皮膚或骨骼的移植。本來這類的移植，都是基於整體的好處而實行，如遭燒傷的病患，把臀部的皮膚移植到臉部，改善臉容，所以問題不大，沒有太大的倫理問題。不過，另一種自體脂肪移植就產生醫療倫理的問題了。所謂自體脂肪移植，就是把身體中某部分的脂肪抽去，然後植入身體的另一部位，而今天社會的做法，就是作為隆胸之用。作為一種非必要的入侵性手術，我們對於這種移植並不認同，不過，它在道德上是否錯誤，還有討論的餘地。

(2) 同種移植 (homograft)：即器官由一個人的身體移植到另一個人的身體上，這裡的「同種」，即指同一人種的意思。這是一般所指的器官移植。

(3) 同系移植 (isograft)：這是比同種移植更密切，是指二者的基因相同的移植，一般就是同卵孿生子之間的器官移植。另一種還未出現的同系移植，已經開始有所討論，就是以幹細胞發展出自身的器官，從而作移植之用。這種做法，究竟要歸入自體移植還是同系移植，有討論的空間；其道德性也需要進一步的探討。

(4) 異種移植 (hetergraft)：由不同的物種移植，例如把一顆黑猩猩的心移植到人的體內，又或是把豬的腎臟代替人的腎臟。這種做法，聽來很別扭和感覺不舒服，不過有其現實的價值，當中包括較容易獲得所需的器官等，所以一直都有醫學家作相關的研究。

從成效來說，以上的第(1)及(2)類較容易成功，第(3)及(4)類就會有較大的排斥，特別是第(4)類的排斥更為嚴重。

以上是有關器官移植的簡單介紹，我們跟著簡單說明現代社會中器官移植的分配原則。

由於涉及人命，如何決定移植的次序，是器官移植的難題。一般來說，考慮的因素包括以下幾項：地理因素、年齡因素、醫療緊急程度、血型匹配、器官捐獻者及其直系親屬的優先權和等待時間。所謂地理因素，是指與獲得器官的醫院的距離。由於器官要在極短時間內作移植，不能等待太久，所以地理位置是一個重要的考慮，特別是在國土遼闊的中國，這更加是一個大問題，反而像香港這樣一個小地方，倒沒有太大的問題。一般來說，獲得這個器官的醫院是有優先權的。

其他因素則不難理解，如年齡因素，當然是愈年輕的分數愈高，因為他們的生命會較長；不過，醫療緊急程度又往往與年齡作反比，即年紀較輕的病患，緊急度一般來說都會較低，所以這兩個因素往往令決定不容易作。舉例來說，一個只有一星期壽命的五十五歲病患與尚能等待一年的廿歲病患，誰應該獲得移植的優先權呢？

由於不同的因素互相有所衝突，因此美國曾經嘗試單以等候時間作為判別因素，結果又發現不可行，原因是病人會用各種理由把自己盡早進入等候名單中，結果名單會無限地膨脹。

今天，不少國家都會按以上各項來作評分，然後以分數的高低來作決定。當然，這個方法不是完美的，但是卻能加強了分配的公平性。

以下我們開始探討與倫理有關的問題。

5. 器官移植的困難與解決方法



思考：你所在的城市，有沒有承諾死後捐贈器官的機制？你是否有參與？為什麼？你覺得什麼原因令你所此決定。

5.1 困難

從社會的層面而言，器官移植之所以成為一個倫理問題，關鍵在於我們沒有足夠的自願捐贈者，滿足需要器官移

植而延續生命的病患。以香港為例，等候換腎的人，估計約有二千人，但是每年捐腎的人數，不足一百個。為什麼願意捐贈的人那麼少呢？我們可以從以下三個方面解說一下。

以香港為例，很多人都不願意在自己死後捐贈器官。按照政府「中央器官捐贈登記名冊」統計，截止2011年末，登記願意死後捐出器官的人，只有九萬一千人。以一個有七百萬人的城市來看，是少得很可憐的數目。

為什麼願意捐贈的人這麼少呢？其中文化心理因素是主要的阻力，我們可以歸納為以下的原因，包括：要保留全屍的概念，中國傳統文化總覺得把身體的部分割去，是不完整、不吉利的。

另一方面就是心理上的困難，特別是為當事人的家屬。要知道，死者的器官所以能夠捐出，必然是健康的，而一個人身上的器官仍然健康卻死去了，最大的可能就是遇上意外或是突發的疾病。在這種情況下，醫護人員要求家人把死者的器官捐出，絕大部分人都不能接受。

在另一些常見的情況中，病人已在生死之間，例如腦死的情況，要家人為自己的親人下這樣的一個決定，並不容易。死者的身體其實並未死去，很有可能在儀器的輔助下，還是有心跳有呼吸，所以要家人作決定，把「死者」的心跳和呼吸停下，還把內臟割出來，確實有違「常情」。

因此，在世界各地都推行生前的捐贈承諾。大部分的做法是由相關機構發出一張捐贈證，如果願意在死後捐出器

官的話，就加以簽署，自行保留。真的不幸意外死亡後，醫護人員就可以按死者的意願，把死者的器官移植給別人。不過，最後是否能捐贈，不同地方有不同的規定，在香港，即使死者簽署了捐贈咭，如果直系親屬反對的話，捐贈仍然是無效的。

也因此，如何推廣人們簽署生前的捐贈承諾，成為很多社會在器官捐贈上的主要課題。不過，要推廣這個做法也有一定的困難，其中又與以下兩點有關：

(1) 不少人覺得攜帶捐贈器官咭不吉利。這又是另一種文化心理的問題，就是在中國世俗的文化中，對於死亡的忌諱。由於儒家思想中「未知生，焉知死」的負面演繹，令我們一般不願提及死亡，結果大家對於要決定自己死後如何處理自己仍然健康的器官，自然不大接受。也有人認為，人壽保險在中國不容易推廣，也是由於人們對於討論自己的死亡，感到別扭。即使與自己有切身利益的人壽保險尚且如此，純粹「付出」的器官捐贈不受到人歡迎，就不難明白了。

(2) 亦有人擔心如果攜帶此咭，在發生意外後，醫院會否不盡力搶救自己，以求更大機會獲得所需的器官。關於這一點，與社會是否只允許自願捐贈器官，有密切的關係。在香港，器官買賣是禁止的，而且什麼人能夠接受器官移植，有一套清楚的計算方法。在這種情況下，整個捐贈本身，只有接受捐贈者有得益，而他的得益就是健康。既然沒有了其他利益，我們就看不到醫護人員有動機弄死一個可以挽救的生命，來嘗試拯救另一個生命。不過，下文我們再

討論到容許以買賣器官的社會，會產生什麼問題。即使我們相信醫護人員的公正性，但是相關的擔憂並不會因此完全消失，因為這並不是純粹理性的問題，而是一種社會信賴感以及公民意識的質素問題。

5.2 解決方法

為了解決缺乏自願捐出器官的情況，不同的社會也有不同的做法，大致可以分為以下三類：

(1) 教育宣傳：缺乏自願捐贈的部分原因，是市民對器官移植認知不足，所以向大眾說明整個程序，又或是邀請接受器官捐贈而獲得新生的人士現身說法，又或是派發大量的器官捐贈咭讓人可以容易作出承諾等，都是一種推廣方法。

當然，我們必須在此指出，更深層的教育，應當是在生命教育上。如果我們對生命有足夠的尊重，對死亡更坦然，文化心理因素的阻礙，就可以減低以至消失，而願意捐贈者會大大增加，並且也能改變家人不願意捐贈的阻力。

(2) 強制捐贈：由於自願的效力欠佳，因此不少社會都採取不同程度的強制捐贈。我們不妨按程度來介紹一下：

(a) 按時查詢：政府每隔一段時間（五年或以上）向國民發出查詢，詢問個人是否反對捐贈，如果不反對的話，就視為願意在死後捐出器官。

(b) 制定法例，所有人都有義務捐出器官，如果不願意的話，就需要自行提出反對。

(c) 死囚捐贈。要求死囚捐出自己的器官。

以上三種做法，在不同程度上都是侵犯了人的自主權。要知道，身體是屬於個人的，我們無權要求別人犧牲自己的身體來救助別人，這就是自主原則。不過，三點的做法有程度上的不同，所考慮的問題也有所分別。在（a）中，它的假設是一般人並不反對捐贈器官，只是沒有足夠的動力去承諾，因此政府主動查詢，相信一部分人都會接受。這做法並不算是侵犯了人的自主性，因為它只是加以查詢，決定權仍然在個人手上，問題是查詢的方法是否合理，又有沒有足夠的便利方法讓人反對，這是需要注意的。

至於（b），它的考慮是社會整體的利益高於個人的自主權。要知道，遺體內的器官實質上是沒有用處的，但是這些器官卻可以挽救或改善其他人的生命，故此強制要求捐出死後的器官，是符合社會整體的利益。況且，這裡還允許個別人士的反對，所以算不上侵犯個人的自主權。

這說法有其道理，但是今天實施這做法的國家，絕無僅有，原因是考慮到滑坡效應的問題。一旦我們容許社會以強制的方法來要求人民作出某些貢獻，往後就必然會產生問題：是否還有其他東西，也不大妨礙個人利益而可以為社會整體有好處呢？有的話便可以強制執行了。再進一步，就會變成即使有損一丁點個人利益，但是社會整體有利，是否可以實行呢？再下去呢？這就是其危險性。況且，愈是先進

成熟的社會，捐贈器官的人數愈多，故此需要採取這種做法的社會，本身也代表市民並不是很接受這種做法，那麼，即使真的強制起來，可能反對者也會很多。

至於（c）的做法，問題就更加大了。死囚所面對的是一個權力極不平等的狀態，為死囚來說，他的所有權利也掌握在監獄的管理者手上，那麼，當管理者問他是否願意捐出器官，由於環境本身的不自由，我們很難相信，在這種狀況下，死囚自願捐出器官的決定，是真正出於自願的。其次，如何處理法律機構和醫療機構的合作問題，並且能夠保持法律上的公正和醫學上的專業呢？又或反過來說，他們會否因為對器官的要求，而改變他們判處死刑的決定，又或是行刑的次序呢？這也是要考慮的。最後，這種做法對死囚及其家人，是否有足夠的關懷？為死囚而言，死後還要被取去內臟，感覺如何？為家人而言，感覺又會如何？這一切都指向非人道的方向，所以絕大部分社會都不接受。

（3）容許買賣：既然沒有足夠的自願器官捐贈，可否改以商業方式來獲得器官？這主要是針對活人捐贈的。不過，一旦容許以金錢買得器官，其他倫理問題就會隨之出現，所以大部分國家都不容許這做法，部分人爭論：買賣是你情我願，也是各取所需，有何不可呢？當我們把器官買賣放在個人的層面來看，器官移植能拯救或改善人的生命，而我們也同意生命優先的原則，這樣看來便會覺得沒有什麼問題。

不過，我們首先要問：販賣身體的器官是否符合我們自己的道德標準呢？以腎臟為例，割掉其中一個來出賣，對

身體機能沒有太大的影響，但是在心理層面呢？這還是要考慮的。為一個天主教徒來說，傷害身體來換取利益，即使是自願的，仍然是不可接受。

況且，這種自願也未必是真實的，當人陷入貧困時，在經濟上有很大的困難。當面對這種經濟壓力時，就類似死囚面對政府要求捐贈器官時一樣，由於環境本身的不自由，在這情況下，我們問他們賣出器官是否自願，這是忽略了環境所造成的影響，當事人的決定未必是真正的自願。在貧富懸殊的情況下，我們以金錢來要求弱勢者損害自己的身體，這本是不道德。

由以上的分析可見，器官捐贈仍然是要以自願為主，而不能夠以強制又或是買賣的方法來進行。

6. 倫理上的考慮



思考：不同的捐贈政策，如自願、被動強制、強制，它們各自背後是什麼倫理模式呢？

有關倫理上的考慮，我們可以分為死者捐贈與活人捐贈兩個情況來討論。這裡先談死者捐贈。關於死人的捐贈，教會極為推崇，認為是一種功績。（參《天主教教理》2301）我們要留心的，是如何讓捐贈者及其家人獲得應有的關心和尊重。首先，要就捐贈器官後屍體的狀況，清楚地告之家人，讓家人有足夠的心理準備。也許有人認為，要家人同意捐贈已經不容易，還把「壞處」清楚說出來，豈不是更加難得到允許？這一點確實存在，但是從倫理角度來

看，正正是要把事情說清楚，才能夠獲得捐贈者家人的真正認同，那才是一個合乎道德的行為。要知道，捐贈內臟固然會令遺體形態有變，如果捐贈的是骨骼，遺體的樣子就更加不好看，這為家人來說，並不容易接受，所以更加需要我們細心向家屬講解，讓他們能有足夠的心理準備。

也許讀者會說，有些地方的法例規定，只要當事人簽署了捐贈聲明，即使在他死後，家屬並不同意捐贈，也不可以阻撓醫護人員取得器官，當中如奧地利、丹麥、捷克等國家，都是這樣規定的。那麼，又何需特別關顧家屬的意願和感受呢？從法律上我們可以這樣說，從倫理上來說：「器官的移植，若沒有取得捐贈者或合法代理人的明確同意，在道德上，是不可接受的。」（《天主教教理》2296），要留意「合法代理人」一詞，也可以視為家屬。當然，這裡是有爭論的，因為一般來說，「合法代理人」是指能夠代病人在意識不清時下決定的人，問題這個「合法代理人」的決定，再不會影響到病者的生命時（因為病者已經死去），他的同意是否還重要呢？為我們來說，這個同意仍然重要的，原因不在於以功利衡量是否有用或沒用，而是保持人與人之間的關係，這是相當重要的。

因此，對於捐贈器官一事，我們可以鼓勵，但不應該過分的推動，因為可能做成一個壓力，令人覺得若然不願意捐贈器官，便是忽視大眾的公益。捐贈器官是愛德行為，這是源自人內心對別人的關顧而作出的自我犧牲，如果這樣的行為變成了強制，就失去它的意義了，

第二個要留意的問題，是死亡的定義。由於器官移植有迫切時限，因此有關的矛盾就很大：一方面，我們要尊重當事人的生命，必須待他真正死去才可以取用器官；另一方面，移植又要愈「新鮮」愈好，不可能等到當事人「死透」了才取用。故此，我們今天多接受腦死的死亡定義。

關於死人的捐贈已經加以討論，我們接著討論活人捐贈（living donor 或譯作活體捐贈）的問題。

首先要說明，活人捐贈可以包括身體不同的部分，而當中涉及的倫理考慮可以很不同。如果我們談的是捐血、捐出皮膚，倫理問題不大，原因是這些都屬於可復原的身體部分，只要經過一段時間，就可以完好如初。

另一種常見的是捐贈骨髓。雖然骨髓如同血液一樣，如果捐贈者的身體機能正常，只要經過一段時間身體就可以完全復原，但是骨髓抽取的方法遠較捐血來得痛苦，而且伴隨一定的風險。由於骨髓抽取是一個手術，捐贈者要全身麻醉才可以進行，所以即使併發症的風險很低，卻不是完全安全的，這一點必須讓捐贈者明白瞭解。

再下去就是我們討論的焦點：捐腎和肝。按照我們的信仰，人對自己的生命只有管理權，沒有控制權；我們的生命是屬於天主的，因此好好保護自己的身體，是我們的分內事。把身體加以傷毀，即使是出於善意，也是侵犯了天主的權利。所以，有關活人的器官捐贈，要小心處理。我們不妨看看教理的說法：「如果器官捐贈者，在身體和心理上所冒的危險和傷害，與受贈者所企求的利益成正比例，則器官的

移植不只合乎道德的法律，而且能是一個功績。若為了延緩他人的死亡，而直接引發另一個人的傷殘，或者死亡，在道德上，是不能接受的。（《天主教教理》2296條）

由此可見，教會並不是絕對反對活人捐贈，但是前提是這個捐贈不能令捐贈者傷殘或死亡，又或是更清楚地說，傷殘和死亡的機率要在可以接受的範圍內，應當是很小機率的情況下，才可以接受。今天捐腎的手術風險已經很低，而活人捐腎的成功率亦較屍腎為高，所以捐腎在倫理上並不再構成嚴重的障礙。

至於捐肝，從天主教倫理來看，甚至比捐腎更容易接受，原因是捐肝並不是把自己的肝完全割掉，移植到病患身上，而是把部分肝割掉作移植，而只要肝本身沒有病變，原來肝臟是可以自行復原的，正如血液和骨髓。既然肝臟可以復原，自然不是傷殘了，所以在倫理上問題不大。捐肝的危險性主要是在手術上，不過在香港，捐贈者約有2%的手術風險，算是相當低的了。

無論是捐腎還是捐肝，在下決定前，也需要明白以下幾點：

（1）捐贈者是否有足夠的健康來應付捐贈的行為，如捐腎者，他是否兩個腎都屬於健康呢？捐肝者的肝臟足夠健康作復原嗎？都是需要知道和考慮的因素。

（2）捐贈者是否出於自願？我們不應該用錢來得到器官。

(3) 捐腎者要明白手術的風險性，以及只剩下一個腎的風險。

(4) 有足夠的醫療檢測，確定捐贈有足夠的成功率。由於每個人的身體也有免疫系統，此一系統能辨認外來之物，加以排斥，甚至消滅。這系統對身體有莫大的好處，可以毀滅細菌等等，但是同時會排斥攻擊移植的器官。故此，移植的器官，捐贈者與接受者的基因愈相近就愈少排斥。因為同一個器官移植到不同人身上，會有不同的成功率，如果排斥嚴重，會導致死亡的。不過，今天降低排斥的藥物已經相當成熟，只要二者的基因能夠吻合，採用藥物後，因排斥而死亡的機率已經低了很多，但是我們仍然要確定這個成功率，才可以進行。

7. 小結

圍繞整個器官移植的課題的核心，我們必須指出，捐贈是一個愛德的責任，而非法律的責任，所以它關乎的是人的愛心，而不能單純從挽救生命的效率來考慮。

正因如此，器官移植一方面不能把它視為國民的責任，因為身體的自主性不應該受到侵犯，即使動機良好，目的純正，也不是做不合乎倫理行為的合理理由。另一方面，更不能變成商業活動，因為身體的價值不應以金錢來衡量，況且當我們接受以金錢來換取器官，就會造成更大的悲劇，甚至是以器官挽救回來的性命，未必可以彌補的。大家不妨以血液買賣為推想，就不難想像到，如果器官也容許買賣，會引致多少人間的慘劇。

因此，器官捐贈雖然是出於個人的愛德，但是要實施起來，制度的建立是相當重要，也因此，我們需要細緻地考慮到個人的感受與社會整體的利益，建立一個較為能照顧各個階層的制度，才可以讓這個愛德行為真正地實踐出來。

8. 摘要

- (1) 器官移植在古代就已經有此構想，但是要到了現代醫學的興起，才能真正有效地施行。器官移植有很多不同的做法，主要是自體移植或同種移植，而同種移植的器官來源，又可以分為活人和死者。
- (2) 在現代醫療體系裡，由於獲得器官遠不及需要者的數量，所以就有輪候的問題，不同的地方有不同的因素來決定先後，一般來說都是考慮病患的危急性和生活質素。
- (3) 捐贈者不足的原因，首先是合適捐贈的死者不多，需要是腦幹死亡但身體無損者才可以捐贈。更大的阻礙是文化因素、對醫護的信任及擔心死者的意願等。解決方法離不開加強教育宣傳、強制捐贈和器官買賣。不過，器官買賣本身有很大的倫理問題，教會並不認同。
- (4) 從倫理上考慮，強制捐贈並不合乎道德的要求，因為身體器官是屬於個人，不能強行要求人捐出。相對來說，死者的器官捐贈問題較簡單，而活人捐贈要考慮到活人的健康，這是首要考慮的項目。

9. 參考資料

1. 郭旭崧口述，鈕則誠、戴宇光採訪，魏美瑗、戴宇光整理，〈從醫療倫理看器官移植〉，《國立中央大學應倫中心——應倫通訊》2期（1997）。
2. 何倫，施衛星合著，《臨床生命倫理學導論》。南京：東南大學出版社，2005，頁278-286。
3. 邱仁宗，《生死之間——道德難題和生命倫理》。香港：中華書局，1988，頁199-227。
4. 金象達，《生命倫理》。台北：見證月刊社，2000，頁181-201。

單元十

傳染病

1. 緒言

在過去多個單元中，我們探討不同的醫療問題，主要是從病患的角度來理解。這個角度也確是醫療倫理的重點，因為醫療倫理所涉及的問題，首先是病人本身，而再進一步就是整個社會的問題。

然而，醫護人員也是醫療倫理要關注的對象，並且在某些特定的課題中，醫護人員不僅是執行者，他們本身也成為了討論的主體，例如在傳染病這課題上。有關這個課題的內容，我們在下文會詳細說明，這裡只是指出這個單元與以往的單元的一個重大分別。

2. 單元目標

讀者修畢本單元，應能：

- 說明愛滋病的發展及現況；
- 說明愛滋病在不同層面的倫理問題；
- 就信仰角度解釋對待愛滋病患者的態度；
- 能說明在大型傳染病傳播時，不同持分者的責任。

3. 導論

在這一單元，主要探討的是愛滋病，再擴展到有關傳染病的討論，而討論的重心是醫護人員的責任與風險，應該如何平衡。由於傳染病的影響範圍可大可小，政府如何主導社會應對傳染病，會導致病毒傳染受限制或是變得非常嚴重。但是，當中涉及不同的權益與風險的問題，相當複雜，而且不同的傳染病也有不同的考慮。在這個單元的最後一部分，我們嘗試討論高傳染性的疾病下，不同的群體要負上什麼的責任，讓讀者參考。

這個單元主要處理的問題，仍然是愛滋病的問題。這種由上世紀開始的嚴重致命疾病，到今天仍然大大影響全球的健康，特別是在非洲大陸，它的殺傷力仍然很大，所以我們有必要好好認識一下這種疾病，以及在治療上的價值取捨。

4. 愛滋病是怎樣的一回事



思考：在你的印象中，愛滋病是一種極嚴重的疾病，還是一種禁忌呢？

如同過去的各個單元，我們會先在這裡就課題作一知識性的講述，讓讀者掌握基本知識後，才進入相關的倫理探討。

所謂愛滋病或艾滋病，是由英文AIDS一詞音譯而得來，而AIDS是縮寫，正式名稱是Acquired Immune Deficiency Syndrome，這個全稱在香港譯為「後天免疫力缺乏症」，還有地方譯為「後天免疫系統缺損症候群」，都是指一種由病毒引致人的免疫系統失效的致命疾病。

正如大部分病毒的來源都是不明的，愛滋病也一樣，直至今日我們仍然不知道愛滋病的病毒是從何而來的。至於這疾病的出現，一般是以美國疾病控制及預防中心在1981年確認的一宗愛滋病，作為全球首宗病例，也正式宣告愛滋病的出現。

當時美國發現五位男同性戀者失去免疫力，由此發現了愛滋病毒的存在，也就確認為愛滋病。這種疾病本身其實不致命，因為愛滋病毒只是會破壞人的免疫系統。所謂免疫系統，就是指我們身體內對付病毒的一個系統。當有病毒進入我們的體內，免疫系統就會開動，派出細胞攻擊病毒，以免這些病毒傷害身體。如果這個攻擊不成功，還有第二種細胞可以使用，第二類細胞不僅可以打敗病毒，還會加以紀

錄，就是我們所稱為的抗體。有了抗體後，下一回再遇上這種病毒，身體就很容易找到方法打敗它，維持身體的健康。

愛滋病毒的可怖之處，即在於它會削弱甚至摧毀這個免疫系統。當我們的免疫系統不能好好運作時，最大的問題是一些本來很容易抵抗的疾病，也會病發，結果大部分的愛滋病人，其實是死在併發症上，而不是死於愛滋病本身。

雖說是在1981年才發現這病例，這病的命名卻首次出現於1983年，當時一位法國的醫生稱這病為淋巴腺相關病毒（LAV: Lymphadwnopathy Associated Virus）。美國疾控中心再遲一年又命名為HTLV III。後來，國際間為疾病命名的小組把這個病稱為人類免疫力缺乏病毒（HIV: Human Immunodeficiency Virus）。

我們今天聞愛滋病而色變，在電視劇中，一旦角色說自己患有愛滋病，就等同於死亡，這其實是有誤解的。愛滋病有不同階段，首先就是急性感染期。原來人受到愛滋病毒感染後，病毒會在人體內大量繁殖，於是病患就有強烈反應，產生類似嚴重流感的病徵。由於愛滋病並沒有很特殊的病徵，如果醫護人員警覺性不高，這階段並不容易發現是愛滋病，必須經過病理化驗才會得知，而所謂的化驗，就是檢測出HIV這種病毒，也就是所謂化驗結果「呈陽性」，即確認病患身體內有愛滋病的病毒，但是有病毒不等同於病發。

在確認病毒後，一般情況下，病毒都會潛伏，而這也可以說是愛滋病毒最可怕的地方：潛伏期可以是兩星期，也可以是二十年！過去有說法，潛伏期是七年，但是由於

愛滋病的發現，也不過是三十年左右，究竟這病毒可以潛伏多久，不斷有新發現，因此近年的判斷是二十年，也就是說，一個人染上這病毒，結果二十年都相安無事。這為個人而言，是喜訊，但是我們要知道，這個人同時也是一個傳染體，也就是說他可以把病毒傳給其他人，而這就是長潛伏期的可怖之處。

愛滋病的第二個階段，就是病發了，首先出現的是被稱為愛滋病相關複合症（ARC: AIDS related complex），病患開始出現高燒的症狀和淋巴腺病。隨著出現的，才是我們所言的愛滋病（AIDS）真正的病發。如果到了這階段，短則六個月，長則兩年，病患都會死去。致死的原因往往是感染到不同的疾病，而病人本身由於免疫力太低，無法對抗那些病菌，結果就死去。

愛滋病毒是如何傳染的呢？由於愛滋病毒在離開人體後的生存能力相當低，所以空氣和一般社交接觸（例如共同進食）都不會傳染愛滋病，而傳染的途徑，一般是經由血液及體液交換而傳播。其中兩個主要透過血液傳播的途徑，一是輸血，二是共用針筒。有些地區發生大規模的愛滋病感染，原因是輸血中的血液有愛滋病毒；共用針筒往往就是有毒癮者在注射藥物時傳染了。

所謂體液交換，主要是在性交中透過男性的精液或女性的分泌而傳染。有研究認為乳液亦有傳播的可能，還有是唾液都有危險，這其實涉及體液交換的分量，因為病毒要有足夠的數量，傳到另一個人身上才有存活的機率，所以說乳液會傳染嬰孩，原因在於餵食的分量，況且，母體傳播給胎

兒的可能性比哺乳的可能性大得多；同樣，除非親吻時大量交換唾液，不然染上的機會也不大。

在1980年代時，即愛滋病開始傳播的初期，早期發病者以男同性戀者為主，佔75%，同一針筒注射者佔17%，其他則是透過性接觸而感染的。正是由於大部分的病患都是男同性戀者，因此在起初，不少人都指這疾病是「天譴」，代表大自然或神靈對男同性戀者的懲罰。不過，隨著病毒的傳播，今天的情況已經大不相同，而且染病的人數，已經令愛滋病取代了黑死病，成為人類有史以來最嚴重的瘟疫。

在2000年至2010年這十年，愛滋病患者的增長率已經下降，情況比首廿年為佳。按聯合國所發表的數字，在2011年，全球感染愛滋病毒的人數，有三千二百多萬人，其中有二千二百多萬的感染者是在非洲，是全球最多患者的地區。在2007年，死於愛滋病的人數是二百萬。亞洲地區愛滋人數有四百九十萬人，比去年增加四十四萬人。印尼增長最快速，而越南的愛滋病例在2000年至2005年之間增加一倍多。

在最初的十年，對於如何治療愛滋病，可說是束手無策，醫學界並沒有任何方法遏止愛滋病對人體的傷害，因此愛滋病被稱為「絕症」，患者只有等待病發並且相當痛苦地死去，別無他法。直到1995年，美籍華裔科學家何大一發明了雞尾酒療法，是一種把不同治療愛滋病藥物混合起來的療法，能夠較有效地壓抑愛滋病毒的增長，並且修復人體的免疫系統。雖然這療法並不能完全治好愛滋病，卻能夠大幅減低死亡率，並且把發病時間推遲，甚至個別接受治療的病人，體內的病毒數目，可以降低至無法驗出的狀況，從而大

幅改善帶菌者的健康。不過，這種療法除了副作用甚大外，還有兩點可以留意：一是昂貴，因為要用不同的藥物作配搭，所以價錢不菲；二是需要不停改變配搭的比例，以避免抗藥性的出現。

除了治療外，疫苗的研製，也是過去三十年備受重視的愛滋病醫學研究，雖然有各種相關的研究，也顯示出成功預防愛滋病的可能性，不過直到這刻，真正能夠成功的疫苗，仍然未出現。

5. 有關愛滋病的倫理問題



思考：你是否接受，同事中有人患有愛滋病，而你一無所知？

愛滋病涉及的倫理問題相當多，但在以下的內容中，不會逐一解說，反而會從原則和模式出發，提供較抽象的標準，讓大家思考相關的問題。

5.1 由原則來看

即使愛滋病出現了三十個年頭，社會上對於這疾病，仍然相當忌諱，出現這樣的情況，離不開以下的原因，使患者傾向隱瞞自己的病情：

(1) 愛滋病是高致命率的傳染病，如果讓人知道自己患上此病，別人很難與自己正常相處，令患者不容易繼續正常生活；

(2) 愛滋病往往與同性性行為、濫交扣上關係，因此患上愛滋病者，很難不受到道德上的責難或歧視。

在愛滋病橫行的這三十年，有不同的調查出爐，內容是針對一般人對愛滋病患者的態度。一般來說，受訪者都表達自己對患者的同情，但是實際的情況與人們表達的態度，似乎有所分別。無論是香港還是台灣，都曾經發生拒絕患有愛滋病的學童上學的糾紛，側面反映出人們對愛滋病真實的態度。

那麼，我們究竟應該採取什麼的原則，來決定自己的行為的倫理性呢？

5.1.1 不損害原則

首先要考慮的是不損害原則，而這主要是帶菌者本身需要重視和遵守的原則，因為愛滋病到今天為止，仍然是一種無救的疾病，故此帶菌者本身要謹慎行事，避免別人受到感染，這一點相當重要。如果患者特意地讓別人感染，這種行為是非常不道德的。

從社會的角度來看，既然患者有機會損害別人，自由就應受到一定的限制，這限制的目的，不是要懲罰，而是要保護其他人。這種自由的限制，例如是確認的帶菌者，不應該去捐血。不過，對於這點也有爭論，舉例來說，不少地區的紅十字會，都表明不接受男同性戀者和性工作者的捐血，原因即在於保障受血者的安全。但是，這個指引卻引來同性戀組織和性工作者的指責，認為這個以身分而非行為來作判

斷的指示，是一種歧視的行為，同時也會強化社會對特定社群的錯誤印象。那些團體指出，不安全的性行為是容易染上愛滋病的主要原因，而不是其身分，所以有關的限制應該針對捐血者是否有不安全的性行為，而不應以身分作區分。

一方面，是大眾受血者的安全，這為基於不損害原則來說，是十分重要的；另一方面，我們又不能否認，該指引會傷害了男同性戀者和性工作者，那麼二者應該如何平衡呢？暫時來說，世界的主流仍然是禁止該兩個社群捐血。

不過，不損害原則仍然是相當重要，甚至在個別社會的法律中，如果明知自己是愛滋病帶菌者，還去捐血捐精的話，這屬於違法的刑事罪行是會被政府檢控的。

5.1.2 有利原則

除了不損害原則之外，社會還有責任主動地避免損害，為大眾帶來益處。因此，基於這個有利原則，有關當局可以制定政策，達到社會公益。在愛滋病這個問題上，其中一個政策就是要把捐來的血液加以檢查，目的正是為了避免愛滋病擴散，對大家都有利。又如就工作上可能會接觸到別人血液的人士，需要他們申報自己是否患有愛滋病，這表面看來是違反下文提及的私隱原則，但是為了大眾的利益，這個申報是必須的，因此在香港，醫護人員如果患上愛滋病，便有責任向所屬單位報告自己的病情。

不過，這種做法也需要謹慎，不應該無限制地擴展，例如強制所有人都申報自己是否患上愛滋病，就是侵犯了個人私隱，未能在有利原則和私隱原則之間作出平衡了。

5.1.3 公義原則

在愛滋病這個問題上，我們不能對高危族群有歧視。例如，不能要求所有同性戀者進行HIV抗體測試，因為這是假設他們都有不安全的性行為，同時代表我們把同性戀者等同於愛滋病患者，而這並不符合事實。

同樣地，我們也不能歧視患者，即使學校內有學生是愛滋病帶菌者，從原則上來說，我們不應該要求他們離校，因為在一般的生活中，傳播愛滋病的機會，微乎其微，況且，我們在日常生活中，同樣有機會接觸到愛滋病患者，所以不允許帶菌者上學並不是一個公義的行為。

有時候，我們會覺得，公義原則與有利原則或不損害原則有所衝突，似乎二者並不能相容。其實問題的關鍵，往往在於一些具體操作上，不一定與原則有關。如上文提及拒絕某些社群捐血的問題，其核心即在於一般人在「不安全性行為」這一點上，未必有足夠的意識，於是紅十字會只好用更具體的、更簡單的識別方法來判斷誰人屬於高風險的捐血者。紅十字會之所以有這規定，並不是特意要歧視同性戀者，只是在現實的層面有識別的困難，而基於不損害原則而實施的。這不是最理想的情況，因此，我們也不能說完全的不公義。

正是由於有這些具體情況的困難，我們更加需要對有關的課題及原則，有清楚的認知。

5.1.4 自主原則

正如我們在單元一中的解說，自主原則很重要，因每個人有其自主性，我們要尊重別人的自主，只要他沒有危害別人，我們不應阻止他做自己喜歡做的事。如果患者沒有故意傷害其他人，不應禁止患者工作，因為他因工作而令其他感染的風險極低。如果禁止患者工作，既違反自主原則，又違反公義原則。同樣的道理，我們也不能故意隔離患者。

按照保密原則，或是私隱原則，即使醫療機構發現患者，也不會公開他的資料，除非保密會明顯地使其他人受到感染，損害其他人的利益。即使如此，醫護人員往往都會先用提議的方式，希望患者向有關人士坦白，最常見的情況，就是向自己的性伴侶坦白，因為患者的另一半是高風險的人士。在這種情況下，如果患者拒絕，醫護人員都不會繼續為患者向他的伴侶保密，原因是保護生命優先於個人的私隱。當夫婦的其中一方確診為愛滋病患者，醫護人員必須為患者的另一半作診斷，所以，即使醫護人員保守秘密，不加以說明，另一半也必然會知曉是什麼事，故此由病患自己向伴侶說明，是更佳的處理方法。

那麼，在醫院內，這個保密的做法，要達到什麼的級別呢？一般來說，除了負責的醫護人員外，主診醫生並不會把病情告訴其他人，但是在具體的做法上，醫護人員都會下達一些指令，如「不要接觸患者的血液」，那麼，其他醫護人員就不難自行判斷。這種做法，確屬灰色地帶。從保密的角度來看，並不恰當，但是為醫護人員來說，對致命的疾病有更慎重的戒避，也不能說是不恰當，可謂情有可原。

5.1.6 小結

以上我們就單元一提及的各項原則，嘗試應用到愛滋病的倫理問題上，希望有助讀者理解，一個醫療倫理的個案，在具體的處理上，要兼顧各個原則，並不容易。不同的原則可能有衝突，當有矛盾時，需要我們決定不遵守某一原則，就要有相稱的理由，例如要放棄保密原則，原因是有利及不損害原則更重要，涉及到另一個人的生命，那才可以放棄；有時候，二者的矛盾未必可以有一個很明確的判斷，當二者都各有利弊時，我們就要把傷害減到最低。

5.2 從政策層面看

以上所說的，主要都是從個人的層面考慮，而愛滋病由於是一種傳染病，所以我們也需要從公共政策的角度來看看，不同政策的倫理性。當然，涉及愛滋病的醫療政策很多，我們只能選擇其中一項，加以檢視及向讀者介紹。

由於愛滋病是致命的傳染病，故此每一個政府都希望能夠把愛滋病患者，以至HIV帶菌者的數目及情況，準確地控制在自己的手上，以避免大量的傳染。如果想知道這情況，有以下四種檢測的模式：

(1) 普遍性自願檢驗 (Voluntary Universal Screening)：即設立足夠的檢測服務，讓社會裡任何人都可以作愛滋病檢測。這種做法，在倫理上沒有問題，因為它沒有違背自主原則，前來者都是自願的，不過政策上卻相當被動，因為只有自願者前來，而在一般情況下，市民也不會特意花時間作這

檢測；如果政府一直都預備相當多的資源以應付大量的檢測者，容許任何人隨時可以作檢測，則需要花大量的經費，而實際來檢測的人不多，並不符合經濟效益。在實際情況下，這類檢測都只會預備為少量人士服務的。

(2) 普遍性強制檢驗 (Compulsory Universal Screening)：這做法需要極多的醫療資源，經費極高，加上在倫理上也有爭論，因為這也有違自主原則，所以實行的可行性不高。

(3) 選擇性自願檢驗 (Voluntary Selective Screening)：這是今天現代社會較多採取的一個方式，就是設立了檢測的機構，主要對象是特別針對某類人士，鼓勵他們進行檢測。以香港為例，就有專線提供給男同性戀者。大部分情況，「選擇性自願檢驗」都是與「普遍性自願檢驗」一併出現，很少只提供其中一項，所以即在推廣上特別針對男同性戀者，也不會形成不公平或歧視等問題。這做法的好處是把資源集中，能針對某些高危的群組來作檢測。不過，這種做法的困難，同樣在於其被動性，就是只能被動地等待人們自願來作檢測。如果該群組的人，並不意識到愛滋病的危險，又或是根本罔顧危險，那麼做法就作用不大了。容許有需要的人士來作檢測，鼓勵某一高危組別，在倫理上可行。不過，如果有關人等根本不想知道是否感染了愛滋病，效果就不大了。

(4) 選擇性強制檢驗 (Compulsory Selective Screening)：由於某些群組在愛滋病感染上是較高危（雖然在這一點上，同樣有不少的爭論），於是有人認為，應該強制男同性戀者、以針筒注射毒品的吸毒者作檢驗。這種建議，在倫理上

不大行得通。雖然就這問題，教會有關的訓導不多，反而美國主教團就有相關的訓導，認為任何的測驗，如果帶有歧視的成分，他們都會反對。

究竟針對某一類特定人士作檢驗對象，是否歧視？這視乎這一類人士與感染愛滋病是否有真實的關聯。在愛滋病傳播的初期，男同性戀者患上愛滋病的比例，遠高於一般人，那時候要求男同性戀者作檢驗就不算是歧視。但是，今天不少地區，感染愛滋病的人中，男同性戀者的感染比率不再是特別高的一群，再有這樣的要求，就可能構成歧視。再者，男同性戀組織又指出，以同性性行為作為界分，而不以不安全性行為作為界分，會誤導大眾，以為同性性行為是感染愛滋病的主因。

雖然在制定檢測愛滋病政策的倫理上仍然有很多爭論，但在現實裡，仍然有不少類似的選擇性強制檢驗，如美國的新兵必須檢驗愛滋病。

5.3 教會對愛滋病的看法

就愛滋病本身，教會當局並未有直接的訓導，而當愛滋病剛出現時，很多教友首先關注的，不是疾病在倫理上的問題，而是這是否同性戀者的「天譴」。所謂天譴，是指一件事情由於招來了上天的惱恨，結果引致嚴重的惡果。後來，由於愛滋病出現在非同性戀者的個案變得更加普遍，再提出這說法的人就很少了，而我們亦想指出，這種想法本身並不恰當，因為它對天主形象的理解，有所偏差。天主是無限仁慈的天主，而不是一個要讓人受苦的天主，這是自新約

以後，我們對天主形象較全面的認識後，一個普遍的共識。況且，難以治療的疾病，在每一個時代也有發生，如十八、十九世紀時的肺癆，其後的癌症，同樣也是令大量人死亡，我們難道又要指這些疾病譴責什麼人嗎？

因此，天主教的訓導，並不認為愛滋病有什麼太多的倫理問題，反而在預防愛滋病上，教會的看法與社會就有較大的分歧。

教會對於預防愛滋病的教育和宣傳推廣，強調要有一種價值取向的思想，而不應該只是提供資訊，或是以愛滋病的嚴重性來作恐嚇性的阻擋。教會認為，愛滋病所以氾濫成災，其中一個重要的原因，是源自人類的性濫交，如果任何人都只有一個固定的性交對象，愛滋病傳播的機會自然大大減低。故此，對抗愛滋病，不能只談技術性問題，而是要人們重建自己的生活，改變自己的性生活模式，才能夠真的有效遏止愛滋病的傳播。

在這個原則上，教會站在很穩固的基礎，對問題的核心亦能夠清楚指出。在具體的措施上，教會反對在預防愛滋病的教育上，以使用避孕套為主；既然要鼓勵人渡忠貞的性生活，不要濫交，自然不應集中於宣傳避孕套的防範作用，因為這會令人誤會避孕套足以完全防止愛滋病的傳播，對性濫交的情況不但毫無遏止，反而起推波助瀾的作用。而事實上，使用安全套只能減低感染愛滋病的風險，並沒有十足的保證，在性濫交的風氣愈趨熾熱之下，最終仍然會引致愛滋病的氾濫。

從理念出發，教會的觀點並沒有錯誤，我們也認同，這應該是我們最終的目標，就是重建男女之間在忠貞愛情之下的性關係，也唯有在這種健康的關係中，愛滋病才可以有機會減少。

但是在現實的層面，很多人因受到社會風氣的影響而不容易保持貞潔，又或是即使是保持與一個人有性關係，也不一定真能保障自身的安全，這從近年愈來愈多妻子從丈夫方感染到愛滋病毒，就是一個很明顯的證據。再加上愛滋病的潛伏期極長，即使只與一個人有性關係，也難以確保對方過去的性伴侶是否帶菌者等問題。總而言之，在現實的處境中，為很多人來說，愛滋病的威脅是更加直接，而教會所提的方法，並不能解決他們面對愛滋病的威脅。

這裡並不是想說，我們因此要屈服於現實，而放棄應有的理想。這種想法並不正確，但是我們同時也要指出，今天教會與社會主流有關預防愛滋病的分歧，是有其原因的。我們認為，二者只是在於著眼處不同。為教會而言，更關注的是原則及終極的問題，但是社會主流卻更關注眼前及即時的效果。我們覺得，如果二者相輔相成，互相補足，為全球的愛滋病預防工作來說，會有更大的益處。

6. 瘟疫中的醫護責任



思考：如果因被懷疑染上高傳染性的病而要隔離生活一星期，你認為可以接受嗎？

雖然有人稱愛滋病為世紀瘟疫，但是從傳染病的角度來看，愛滋病的傳染方法並不算是很直接和廣泛，因為體液接觸畢竟是很親密的關係，才會達到把疾病傳染的地步。正因如此，私隱原則在這情況中仍然有效，醫護人員不能夠把病情透露給其他醫護人員知道，因為他們從病人身上染上愛滋病的機會很微，不能以此作為理由，把病人的私隱洩漏。

這裡的原則相當明確，但是當該種疾病是高傳染性的疾病時，問題就變得更複雜了，而當中也涉及今天如何理解醫療政策的問題，所以我們在這裡，作出一個基礎性的探討。在這本書裡，我們並沒有足夠的時間來解說醫療政策的原則性問題，而在這裡就只能略加說明其中有關處理傳染病的倫理問題。

為香港人而言，2003年的沙士（**Severe Acute Respiratory Syndrome**，簡稱**SARS**，而中文音譯為沙士，實則醫學名稱為嚴重急性呼吸系統綜合症，或嚴重急性呼吸系統症候群）就是一次高傳染性的「瘟疫」。而這次事件，也令我們重新反省，當處於高危的傳染病環境中，不同人有什麼醫療上的責任。

6.1 病人

患上高傳染性疾病的人，再加上該種疾病有相當高的死亡率，在這種情況下，病人的自由必須受到限制，就是被醫療機構強制安置在治療的地方內。在這種情況下，一般來說，個人的自由與大眾的安全相衝突，個人的自由自然受到限制。

擴充來說，被懷疑受感染的人，同樣需要受到行動的限制，因為他們本身雖然沒有病徵，但是也可能已經感染細菌，成為帶菌者。問題是未有明確病徵的人，如何判斷是否需要限制他們的活動，這是相當困難的。如果把可能患者限制在某些地方，我們就要問，這個地方為沒有患病者來說，是否有足夠的設備，讓他們不受感染呢？因為在實際的措施中，懷疑患病者往往是集中處理，一同居住在一個劃定的地區，結果本來沒有患病的人，由於群體中患病者，最終受到感染，這為他們來說，並不公平。所以，如果要把懷疑患病者隔離，最理想的狀況，就是能夠把每一個懷疑患病的人分開隔離。當然，這只有在傳播還不嚴重時，才有可能做到，當懷疑患病的人數眾多，即使相當先進的國家，也沒有足夠的設施，把每一個懷疑患病的人分開處理了。

即使疾病本身具相當的傳染性，但是只要有足夠的防備設施，醫護人員都不可以放棄病患不加以施救。

6.2 醫護人員

在沙士襲港期間，由於初期對於病症本身沒有足夠的認識，對所採用的預防設施，究竟是否能夠防避感染也沒有足夠的信心，所以也有部分醫護人員表示不願意繼續在相關的地方工作。我們要問的是：醫護人員是否可以不接受相關的工作呢？

由於醫護人員的工作是救治病人，在古老的希氏誓詞中，雖然沒有直接談到如何平衡病人與醫護人員的安危，

但誓詞強調醫生要竭盡所能救治病人。這種精神一直是醫護人員所恪守的，所以在2006年的《日內瓦宣言》（即世界醫學協會按希氏誓詞所修訂的，作為醫生畢業時的宣誓誓詞）中，對醫生的醫療倫理取態也有說明，當中提及醫生是「奉獻一切為人類服務」及「盡我的全部力量」兩項，都指出醫護人員的工作性質，與一般工作不同，是有其犧牲的精神。這正如消防員的工作必然帶有危險性，如果消防員不願意冒險，根本就不可能工作，因此醫護人員也是一種要冒險的工作。

故此，如果在疫病蔓延的環境，即使醫護人員面對受感染的風險，也不能輕言離開崗位，原因是醫護工作本身就是要對抗這些疾病，是社會中最前線也是最重要的對抗者，如果醫護人員因有風險而放棄自己的工作，整個社會也會出現問題。

但是，這種冒險也是有界線的。首先，如果對抗本身已經沒有作用，如醫院中的病人都是不可能救活的，醫護人員可以選擇放棄這項救護工作，正如船長在其他人都逃離沉船後，也可以逃生一樣。其次，醫護人員應該有足夠的裝備，保障他們免受感染，如果本身裝備不足，醫護人員要冒的風險遠高於他所能挽救人的機會，在這種情況，醫護人員同樣可以拒絕執行職務，這正如消防員救火，如果沒有足夠的裝備，他們就等同去送死，而不可能改變火災的情況，所以就不應執行職務了。

6.3 公眾

在大型傳染病流行時，公眾不能僅以受害者自居，同時也要負上責任，就是盡力減低病毒傳播的可能。在沙士期間，香港有很長的一段時間停課，並且要求所有外出的人士佩帶口罩，而且把有患上沙士的居民的住宅封鎖，還要求整幢大廈的居民移居隔離。這些做法，都是令公眾感到很麻煩，但是在大型疫症爆發時，公眾也需要負起一定的責任，以免病毒再進一步傳播。

7. 摘要

- (1) 愛滋病在上一個世紀開始蔓延，對於這種病的起源仍然是不清楚，而最初發現時，這病被誤以為是同性戀者特有的疾病，但是後來就發現這種疾病是由血液或體液傳染。
- (2) 愛滋病出現的初期在世界各地傳播很快，醫學方面對它感到束手無策，直至雞尾酒療法出現後，才有方法遏止它的病情，但至今仍然未有方法根治，亦未有疫苗預防。
- (3) 愛滋病是致命疾病，但是由於它並不會透過空氣或一般社交接觸而傳染，因此如何平衡患者的權利和自由，與公眾的安全，是醫療倫理重要的課題。我們嘗試使用不同的原則加以說明。
- (4) 在公共政策角度來看，我們以普檢為例，說明檢查的重要和困難，順帶也說明了高傳染度的疾病，社會不同的人應該有什麼的醫療責任。

8. 參考資料

1. 張弛，〈世紀瘟疫——AIDS〉。台北：光啟出版社，1987。
2. 金象逵，〈生命倫理〉。台北：見證月刊社，2000，頁169-179。
3. Richard McCormick, *The Critical Calling: Reflections on Moral Dilemmas Since Vatican II*. Washington D.C.: Georgetown University Press, 2006, ch.18.

《醫療倫理》一書由天主教醫療倫理的基本價值入手，為讀者說明生命尊嚴的重要，並且按此價值取向，探討現今各個不同的醫學課題，為讀者介紹天主教如何看待試管嬰兒、性別選擇、變性、墮胎、安樂死等問題，並且指出作倫理判斷時該如何取捨。

聖神修院神哲學院

ISBN-13: 978-9889962791



9 789889 962791

售價:每冊HK\$70