

放弃治疗的伦理关涉

刘俊荣

(广州医学院 广东广州市, 510182)

摘要: 放弃治疗与积极安乐死和消极安乐死不同, 它所放弃的是包括针对病因的根治性措施及维持生命的一切支持措施, 是病人在特定情形下享有的具有请求性或选择性质的权利。医务人员实施放弃治疗的责任和义务与病人及其家属的意愿、病人的病情等密切相关。一般性的医疗决策授权不应成为放弃治疗代理的理由, 放弃治疗及其知情同意权的代理必须基于严格的程序和条件。只有在既符合临床标准又充分尊重病人自主权利的情形下, 放弃治疗才能得到伦理辩护。

关键词: 放弃治疗、死亡权、代理知情同意

中图分类号: B82-052

文献标识码: A

2010年2月, 天涯论坛上一篇题为《天津未满月女宝宝即将被饿死——救助进展直播中》的帖子介绍了天津一名刚出生患有肛门闭锁、多发瘻、肾积水、心脏卵孔未闭等先天缺陷的女婴, 在医院里接受13天的治疗后, 由于病情过于复杂严重, 被家人放弃治疗并送到临终关怀医院, 志愿者上门救助, 其家人坚持不予治疗的过程, 引起了公众的极大关注, 并展开了应否放弃救治的大激辩。

所谓放弃治疗是指“在患者被确诊后, 临床医师针对不可治愈的晚期患者或仅能维持呼吸心跳但生命质量极度低劣且不能恢复意识的病人, 不给予人为地延长生命的治疗, 也就是说, 针对无效治疗、无益治疗等‘不可为’的情况而选择‘有所不为’的临床决策”, 它包含两个基本的条件: “①放弃的对象必须是不可治愈的晚期患者, ……; ②不给予任何人为的维持生命的治疗, ……”^[1]。不难看出, 放弃治疗与安乐死不同, 一方面它不同于主动安乐死, 不是以积极的、作为的方式, 人为地缩短病人的生命, 而是任其死亡; 另一方面它又不同于消极安乐死, 放弃的不仅仅是针对病因的根治性措施, 而是全面放弃, 即包括放弃维持生命的营养和液体等一切支持措施。但是, 放弃治疗与安乐死又有着共同之处, 即均与死亡权密切相关, 是对死亡方式及死亡过程的自主选择。在临床实践中, 无论由谁决定放弃、放弃什么样的治疗、出于什么原因放弃、如何放弃等, 都必然涉及到死亡权问题。因此, 我们就不得不思考: 一个人有无选择死亡放弃治疗的权利? 这种权利是否属于人的基本权利? 应否有条件规制? 医务人员有无实施放弃治疗的权利和责任? 代理人有无代理病人放弃治疗的权利? 对此, 需要进行全面的伦理分析。

1. 人有无选择死亡放弃治疗的权利?

生命权作为人的基本的自然权利, 源于人的生命的神圣和尊严, 内在于人的生命之价值。“然此项求生之权利, 个人能否放弃, 亦即个人是否可以在不伤害他人权利的情况下任意处

理自己的生命,包括免除生存权使自己死亡?”^[2]据统计,在世界公认的 193 个主权国家中,至少有 154 个国家的现行宪法直接或间接地规定了生命权,把保护生命权作为宪法的重要内容。如印度宪法规定:“印度公民的生存权和人身自由受法律保护”,换句话说,印度公民在宪法的保护下有生存的权力,这种权力任何人非依法律不能剥夺,即使是公民自己,自杀当然是一种剥夺人的生存权的行为,所以在印度自杀要受到法律的惩处。目前世界上有类似法律规定的除印度外还有马来西亚、巴基斯坦、孟加拉国和新加坡等国家。1791 年美国宪法修正案《权利法案》第 5 条规定:“任何人……不经正当法律程序,不得被剥夺生命、自由或财产。”实质上,这也包含了自杀的非法性问题。在持反对意见的人看来,“如同意人民有选择死亡的权利,违反了社会上保护生命之公共利益及法律上的基本利益,因此,死亡权不能认为是基本人权之一”^[3]。而在宗教观念中,人的生命是造物主赋予的,只有造物主才有权决定人的生死,一个人只能被动地听从造物主的安排,无所谓死亡的权利。而主张死亡权者则认为,“每个人与生俱来有权利和自由去支配自己的最终命运,不论动机是出于解除痛苦或是为了家庭或为了社会减轻负担,都有权利为自己的命运作出自己自由的选择”。

“有权拒绝维生医疗,是尊重病人的自决权和自主权最为典型也是最能体现其内容的问题。”

^[4] 在他们看来,人的尊严是受法律保护的最高价值,而一个不可治愈且极度痛苦的晚期病人或仅能维持呼吸心跳但生命质量极度低劣且不能恢复意识的人,其自我操控的主体地位已经丧失,甚至可能遭至他人对自身生存价值和意义的质疑,此时其神圣的人格尊严就遇到了挑战,选择死亡放弃治疗可能是捍卫其尊严和完整生命权的最佳方式,这也是对个人自主权的尊重。

笔者认为,产生上述分歧的原因在于混淆了“人”与“病人”的概念,将“病人的死亡权”等同于“人的死亡权”。不可否认,生命权是最基本的人权,但是生命权同时也是一种义务,作为义务主要基于以下考虑:其一,尊重生命,捍卫生命的尊严及神圣,是自由社会之基石;其二,作为人类的一分子,每个人都有责任维护种族的延续和人口的稳定;其三,作为社会的人,每个人都承担着家属、社会的责任和义务,选择死亡放弃治疗是逃避责任的表现。对常人而言,由于生存的欲望及义务阻却了死亡的动机及权利,故而当一个人能够扮演正常的社会角色,有能力履行其责任和义务时,选择死亡或自杀并不被认可和鼓励。然而,当一个人罹患疾病,生命质量非常低劣或已无意识时,就已没有能力履行其自身义务、没有能力履行其社会责任,而且这种不履行义务的行为并非病人本人所期望的,病人对此没有任何过错和责任。此时,其生存的义务就随之减弱或消失,而死亡的权利就得以彰显,具有了现实的合理性。当然,对于罹患严重疾病的婴儿等无行为能力人而言,他们尚根本没有承担家属、社会义务的能力,也就无所谓义务减弱或消失可言,其本人无法行使其死亡权,只能

由监护人根据特定的要求和条件代其实施。因此,笔者认为,死亡权并不具有绝对性,不属于基本的自然人权,它是特定主体在一定条件下具有的一种请求性或选择性质的权利,其权利主体只应限于罹患绝症并已进入生命末期、治疗无效的病人,只有这些病人才拥有选择死亡的权利,也只有对这些病人实施放弃治疗的行为才能得到伦理的辩护。

诚然,死亡权与放弃治疗权毕竟不是一回事,从个人的自由权、自主权来说,任何人都拥有放弃治疗的权利,都可以按照自己的意愿决定什么时候放弃、放弃什么样的治疗等。但是,就一般人而言放弃治疗未必都危及生命,而对本文所论及的放弃治疗对象来说,放弃治疗就意味着随时或不久结束其生命。因此,对他们而言,放弃治疗是结束生命、行使死亡权的方法和过程,是对死亡方式及死亡过程的自主选择,二者是完全统一的。

2. 选择死亡放弃治疗应有何条件规制?

由以上分析可知,死亡权是随着个体生存义务及人格尊严的淡化和消失而彰显出来的。只有当病人永久丧失其履行生存义务的能力、人格尊严面临挑战之时,选择死亡放弃治疗的权利才具有合理性。那些迫于人力、物力、财力、自杀等原因而选择死亡放弃治疗的行为不应得到伦理的支持。但在临床实践中,因家庭经济窘迫或无人照料、精力不济等因素而明示或暗示医务人员放弃治疗者并不鲜见。广东省佛山市妇联与市卫生局于2007年开始联合进行了一次问卷调查,结果显示:接受调查的882名儿童中,白血病37人,地中海贫血70人,再生障碍性贫血9人,先天性心脏病143人,脑瘫523人,恶性肿瘤50人,慢性肾功能衰竭26人,重度营养不良24人。其中,脑瘫、先天性心脏病及地中海贫血患者居多,分别占到60%、16%和8%。而在脑瘫、先天性心脏病等这些本不应放弃治疗的病人中,因家庭经济困难明确放弃治疗的达两成之多^[5]。尽管该现象是由经济因素所致,但这决不能作为临床放弃治疗的理由和条件。否则,就是对病人尊严和生命权的亵渎。

为了规范放弃治疗行为,避免放弃本不应当放弃的治疗措施,美国心脏学会和急症心脏护理学会主张,只有符合以下条件的末期病人才可以考虑放弃治疗:①当病人保持无意识状态时;②当病人继续治疗的经济负担超过任何好处时;③当公认的科学数据提示成功复苏的机会相当遥远时。^[6]而针对新生儿期选择性放弃治疗,著名澳大利亚围产医学专家Yu教授提出了以下3个原则^[7]:①不可避免死亡:即无论给予什么治疗,患儿正逐步走向死亡,继续治疗并不能代表患儿的最佳利益而是徒劳的;②无目的情形:即经过努力治疗,尽管死亡并非不可避免,但患儿如果存活将冒极大风险,留有严重的身体和智力的残疾;③无法忍受的结果:当患儿生存下来伴有重度残疾,患儿可能遭受长期痛苦,需要反复住院,终生接受侵入性治疗,以及在儿童期或成年人有早期夭折的可能。1997年,中华医学会医学伦理学分会在第九届学术年会讨论并通过了《慢性病患者生命末期治疗决策与伦理要求》,该文件第

三、四、五条对终止(放弃)治疗做出以下规定：“存在明确的临床死亡体征，可不予复苏；对按常规进行心肺脑复苏且 30 分钟后仍无效者可中止复苏”^[8]。

事实上，以上条件和标准只能作为放弃治疗的必要条件而不是充分条件，能否放弃治疗还需要依据病人及其家属的意愿而定。而此又涉及到病人及家属的价值理念、宗教信仰、对生活品质的观感、对治疗效果的期望等问题，这些都是医生所不能单方面决定的，而要与病人或其代理人达成共识。笔者认为，在临床过程中，为了确保放弃治疗的严格实施，维护病人的切身利益，避免不应有的纠纷，需要遵循以下程序：

首先，要经过医学专家的充分论证。根据病人的病史、临床表现、治疗经过、结合各项客观检查，必要时请相关科室专家会诊，对病人的预后及生存质量进行科学的判断和评估，分析病人是否符合放弃治疗的条件。

其次，要向病人/家属详细交待病情。由专家向病人/家属交代病情，详细说明病人的诊断结果、诊断依据、治疗效果、目前状况、预后及费用情况，务必让病人/家属对病人病情有全面的认识和理解，以便做出真实、自愿、有效的选择。

再次，由病人/家属提出并签字。在病人/家属完全理解病情并做出放弃治疗的选择后，由病人/家属在医疗文书上签字。

最后，终止治疗措施。履行放弃治疗的医疗文书后，由经治医师根据医疗文书的内容实施放弃治疗措施。

另外，由于在临床过程中可能出现病人与家属之间、医务人员之间、医务人员与病人及其家属之间意见分歧的情形，为了统一意见解决分歧，医疗单位可设立专门的认定与协调组织，以审定放弃治疗要求及措施的合理性。一般说来，如果病人或其家属所做出的放弃治疗的选择明显是错误的，或者是迫于某种利益和条件而作出的无奈选择，医务人员应履行其解释说明的责任，向患方详尽地、客观地介绍病情及各种可能发生的情况，为患方提供正确选择的依据。如果医务人员劝阻无效，仍不能改变病人及其家属的错误决定，应当尊重他们自主选择的权利。因为医务人员的医疗判断仅仅是基于临床分析及自身的价值理念做出的，并不能代替病人及其家属的价值选择。正如美国舍温·努兰指出的：对于病人来说，“一个受过严格训练的高科技医师，并不知道我是谁。”“当我罹患需要高度专精技术治疗的重病时，我将会寻找该部门的专家诊治，但我不会期待他能理解我的价值观，……由于以上原因，我将不会让一个专科医师决定我该如何撤手。”^[9]

3. 医务人员有无实施放弃治疗的责任和权利？

所谓责任,是指“某行为主体在、为了某事、在某一‘主管’(包括良心、上级、权威、组织、国家、上帝等)面前、根据某项标准、在某一行为范围内负责”。^[10]责任总是与行为后果联系相联系的,人们应当为其行为的结果负责。放弃治疗就是将原本已实施的治疗措施放弃,任由末期病人的病情自由发展,其结果必然是死亡。由于死亡的结果与医务人员撤除治疗的行为有关,医务人员理应为这一结果负责。但是,这种责任与传统的责任观念不同,它不以追究既往过失者的责任为目的,而是以关怀性的责任为导向的,是对病人及其家属整体利益的考量。

然而,病人在特定条件下选择死亡放弃治疗的权利往往需要医务人员积极地“作为”加以配合,否则,其权利内容仍无法实现。但问题在于:医务人员有无积极配合病人选择死亡放弃治疗的责任和义务?有无权利拒绝病人或其家属对放弃治疗的要求?积极配合病人放弃治疗而侵害病人生命的行为,是不是违法或犯罪?

从功利主义来看,医务人员的义务是减轻病人的病痛,增进病人的快乐与幸福。一种行为的对错取决于结果的好坏,而衡量结果好坏的标准在于是否有助于促进“最大多数人的最大幸福”。当一个病人生命质量极其低劣或濒临死亡时,延长其生命只能增加病人精神和躯体的痛苦,毁损其对美好生命的记忆,同时增加了家属精神上和经济上的压力及负担,降低了社会卫生资源的利用效率。因此,积极的治疗行为无助于“最大多数人最大幸福”目标的实现,不具有道德上的应当性。相反,放弃治疗有助于这一目标的实现,是一种对的、正当的行为。从义务论来看,放弃治疗的行为动机是为了病人的利益,尽管这一行为也可能应合了家属及社会的需要,但并没有因此而损害病人的利益,病人的目的性并未受到任何毁损,故而放弃治疗也能够得到义务论的支持。但是,可以得到伦理支持的行为未必都是医务人员的责任或权利,对此需要结合病人及其家属的意愿、病人的病情等情况具体分析:

其一,在符合放弃治疗的条件下,如果病人及其家属要求放弃治疗,那么医务人员配合病人放弃治疗的行为就能够得到伦理的辩护。因为在此情形下,放弃治疗不仅符合病人及其家属的自主意志,而且体现了现代责任伦理对整体性、长远性利益的要求,符合病人、家庭及社会的整体利益和长远利益,那种不惜一切代价维持生命、延长死亡的传统观念已不合时宜。正如邱仁宗先生在其著作《生死之间:道德难题与生命伦理》一书中提出的:生物医学技术的进步救活了本来要死亡的病人,延长了许多临终病人的生命。这种延长,到底是延长

生命还是延长死亡，如果是延长死亡，这种延长是否应该？但是，也不能说医务人员放弃治疗的行为只要得到了病人或家属的许可就合乎了道德性，病人或家属的许可并不能作为阻却医务人员行为非正当性或违法性的基础，关键在于病人符合放弃治疗的条件，且已无治愈恢复之可能。

但是，如果病人及其家属反对放弃治疗，那么医务人员有无继续治疗的责任和义务？笔者对此持否定的态度。因为此时的治疗措施已经无效，医务人员积极作为的治疗义务已经终止，如某病患送到医院时已被确诊无恢复的希望，医务人员就无使用呼吸机抢救的义务。香港《医院管理局对维持末期病人生命治疗的指引》明确规定：“在生理上治疗明显无效用的情况下，医护小组没有义务应病人或病人家人要求提供无效用治疗。”但该文件同时强调：“若然病人或病人家人对广义解释的无效用治疗未能理解，则医护小组有需要与病人及病人家人作进一步沟通，谋求共识。当被要求继续进行所有技术上可行的治疗，而病人实际上并无复元希望时，医生并无义务答允一些对有限资源的不公平的索求”。^[11]病人或家属之所以在治疗无效的情况下仍然要求继续治疗，这可能与他们对医学发展水平、病人病情的认识和理解有关，但医务人员有责任向他们进行充分、详实的告知。

其二，在不符合放弃治疗的条件下，如果病人及其家属要求放弃治疗，那么医务人员有无责任和义务实施？笔者认为，此时放弃治疗只能说是病人及其家属自主决定的权利，而不应成为医务人员的责任和义务，二者不具有对应性。之所以说是病人及其家属的权利，因为病人是自己的主宰，“一个人因不听劝告和警告而会犯的一切错误，若和容让他人逼迫自己去做他们认为对他有好处的事这一罪恶相权起来，后者比前者是远远重得多的。”^[12]

放弃对病人可能有效的治疗不仅不符合医务人员的职业精神，而且尽管这种行为是在病人及其家属要求下实施的，对医务人员而言仍属于以积极的作为方式实施了对病人的侵害性行为，不符合“有利不伤害”的基本伦理原则。如撤除本不应撤除的气管插管、呼吸机等设施。面对该种情形，医务人员不但不应听任病人及其家属的要求，而且在履行告知义务的前提下有权实施必要的特殊干预措施，行使医务人员特殊干涉的权利。尤其，在病人本人无法表达自己的意愿或不愿放弃，而家属却意在放弃的情况下，医务人员更应当进行积极的干预。因为“道德行为的根本任务并不在于‘实践一种最高的善（这或许根本就是一件狂傲无边的事情），而在于，阻止一种最大的恶’；并不在于实现人类的幸福、完美与公正，而在于保

护、拯救面临威胁的受害人。”^[13]《里斯本病人权利宣言》强调：“如果病人的代理人做出违反病人最佳利益的决定时，医师有义务在相关的法律机构挑战这项决定”^[14]。香港《医院管理局对维持末期病人生命治疗的指引》指出：“有些时候，某项延长生命的治疗被医护小组视为必要及符合病人最佳利益，但病人家人未必赞同。就法律而言，医护小组可继续进行必要及符合病人最佳利益的维持生命治疗。”但该文件同时指出：“如非紧急，应尽可能透过沟通与病人家人谋求共识”^[15]。对危重病人而言，放弃治疗即意味着选择死亡，而“病患选择死亡的决定不能侵害医师决定是否施行之自由，医师仍得视实际情况斟酌是否执行，亦即得因任何理由拒绝提供此一协助，而非仅片面义务的履行”^[16]。但是，笔者认为，在目前“特殊干涉权”作为一种伦理范畴尚未得到法律许可的情况下，若病人及其家属极力阻止医务人员的特殊干涉，仍应以病人及其家属的意见为重，这也是尊重病人自主权、减少医患冲突的需要。

其三，如果病人及其家属既未要求放弃也未反对放弃，放弃治疗完全是出于医务人员的临床判断和价值评估，是出于对病人、家属及社会最大利益的价值考量，那么医务人员就不具有道德上的责任和义务去实施。因为在未经病人及其家属同意下放弃无效治疗的行为，尽管可能对减轻病人痛苦和家庭负担、维护病人尊严、节省卫生资源有利，但也不可能符合病人及其家属的价值判断，从而引发医患纠纷。笔者认为，在此情形下要求医务人员放弃治疗的行为属于“超义务的(supererogatory)行为”，是“超出个人义务所要求的行为，也就是说，这类行为并不是个人的责任或义务”，它远超越了道德的要求，只能是一种“具有选择性的(optional)行为，因为这些不是道德要求，个人可以选择做或不做。”^[17]。

4. 代理人有无权利代理病人选择死亡放弃治疗？

一般认为，当病人本人无意识能力或无行为能力之时，其亲属或代理人可以代理病人行使自主决定的权利。但是，这种权利应否包括选择死亡放弃治疗的权利？对此，目前赞同的主要理由有：其一，由于代理人要么是得到了病人的授权，要么是病人的近亲属，他们最了解病人的意愿，知道什么是病人的最大利益；其二，末期病人受病情及家庭、社会等因素干扰，即使能够表明自己的意愿也未必所言就是其真实所想，其自身选择未必就是其最大利益，如：为减轻家庭经济负责而违心地放弃治疗等；其三，我国文化中的家长主义传统为亲属代理提供了存在的合理性论证；其四，由于我国多数病人的治疗费用都来自全家的积累，家属

作为出资人有权代理。

笔者认为，以上理由并不充分。具体分析如下：其一，代理人或家属即使得到了病人明确的授权，但需要分析授权的内容是什么、授权的范围有多大？“在无法穷尽医疗决策的可能性的时候，我们至少可以反向地去思考哪些决策是必须只能由病人本人做出的，而绝对不包括代理人。极端的例子就是放弃生命的决定，代理人有没有权利依一般性授权委托而做出，或者就算存在特别的有关生命事宜的决策的委托，这样的授权在伦理上能否获得辩护，在法律上是否有效？”^[18]；其二，如果说末期病人由于无法表达自己的意愿或受病情及家庭、社会等因素的困扰，不可能(或已不能)按照自己的真实意愿进行选择，那么其代理人、家属难道能够完全摒弃其自身情感及外界因素的干扰吗？我们怎么能够确保这些干扰不会对病人利益产生负性的影响？因此，只有病人才是自己的“最高主权者”，“对于一个人的福祉，本人是关切最深的人；除在一些私人联系很强的情事上外，任何他人对于他的福祉所怀有的关切，和他自己所怀有的关切比较起来，都是微薄而肤浅的”^[19]；其三，中国传统文化尽管包含着家庭主义的种子，但亲属代理并不为中国所特有，“在西方国家，最初也趋向于医生不对病人告知实情。……1847年，美国医学会的《伦理准则》中明确规定不应该将绝症诊断告诉病人。”家庭主义源于亲属对家庭成员的关爱，它渗透于一切文化之中，“认为文化决定了中国的病人和研究参与者缺乏自主意愿，从而论证家庭同意具有道德优先性，以及家长主义的必要性，这样的结论未免过于牵强和轻率，也是有失偏颇的”^[20]；其四，病人让他人代理医疗决策可能与其受疾病困扰、经济依从、绝望内疚等因素有关，是病人而作出的无奈选择，代理人未必能真正理解病人面临生死抉择之时的痛苦与意愿。而且，即使代理人能够真正理解病人之意愿，由于代理人与病人之间往往存在利益冲突，如放弃治疗能够减轻家属或代理人的负担，病人的死亡可能更有助于代理人或家属成员某种利益的实现等，因此代理人的选择也未必能够真正代表病人之最佳利益；其五，一般性授权代理的内容是往往保护或为被代理人争取利益，而放弃治疗在一定意义上说是一种负性结果的代理，“要维护生命自主权，只能保护生命，如把自己的生存权利送给他人，是践踏而不是维护自主的原则”^[21]。因此，笔者认为，选择死亡放弃治疗的代理只能基于病人本人对生命末期死亡选择的明确、真实的示意或授权，而不能以一般性的医疗决策授权而实施放弃治疗的代理。

为防止代理人基于其自身利益而非病人之最佳利益的考虑做出放弃治疗的决定，笔者主

张代理知情同意权的履行,应当符合以下条件:(1)对医疗决策代理人的选择须在末期病人有意识能力时,且代理权限应自该病人丧失意识能力时才能得以行使;(2)为确保末期病人之利益,若代理人有不当使用代理权之情形,不得借此代理行为而受利;(3)代理人必须确信所拟放弃的治疗行为造成了被代理人不当的痛苦,且不违背病人的意志;(4)经治医师需确信代理人对病人病情有足够的认识和理解;(5)应确保代理关系符合法律之规定;(6)病人之其他利害关系人如亲属,有权向主管机关申请撤消该代理人的代理权。而对于根本不曾有意识自控能力人的婴儿、儿童等无行为能力人,放弃治疗的代理更需严格控制,应当按照放弃治疗的条件建立规范的伦理审查制度和具体的评估机制,只有在医务人员作出符合放弃治疗的伦理审查和评估后,才可由代理人决定是否同意实施。

总之,放弃治疗因涉及到人的生存与死亡,关涉病人、家庭、社会等方面的实际利益,存在不同主体间的利益冲突,在临床实践中需要慎重实施。

参考文献

- [1]杜治政,许志伟主编.医学伦理学辞典[M].郑州:郑州大学出版社,2003:185.
- [2][3][4][9][16][21]黄丁全.医疗法律与生命伦理[M].北京:法律出版社,2007:173、173、120、122、178、122.
- [5]陈怡.因家庭经济窘迫两成重症儿放弃治疗[N].广州:南方都市报,2009-09-03-FA05.
- [6]杜治政著.医学伦理学探新.郑州:河南医科大学出版社,2000:214.
- [7]刘芳,周春风.我国国情下的新生儿选择性放弃治疗的相关问题[J].临床误诊误治,2007(5):7.
- [8]中华医学会医学伦理学分会.慢性病患者生命末期治疗决策与伦理要求[J].中国医学伦理学,1998(5):32.
- [10][13]甘绍平,余涌主编.应用伦理学教程[M].北京:中国社会科学出版社,2008:24、25.
- [11][15]香港医院管理局总办事处医疗伦理工作小组.医院管理局对维持末期病人生命治疗的指引[EB/OL].
<http://www.ha.org.hk/haho/ho/adm/124654e.pdf> (2008-3-10)(2010-10-19)
- [12][19][英]约翰.密尔.论自由[M].北京:商务印书馆,1982:83、82.
- [14]蔡笃坚.从里斯本宣言探讨病人权利[EB/OL].
<http://www.sea.net.tw/Archive/File/TBS-061104DJ-02.pdf> (2008-11-10)(2010-10-19)

[17] 林火旺.伦理学入门[M].上海：上海古籍出版社，2005：21.

[18] 刘俊荣，张强，翟晓梅主编.当代生命伦理的争鸣与探讨.北京：中央编译出版社，2010：182.

[20]朱伟著.生命伦理中的知情同意.上海：复旦大学出版社，2009：94.

Ethics concern relation of withdrawing treatment

Liu Junrong

Abstract: Override a treatment is as different from the negative euthanasia as aggressive euthanasia, what it overrides is include to aim at a cause of disease of cure for good sex measure and life sustaining the whole backing measure, is the patient possesses under the particular condition of have the obligee that request sex or select quality.The medical personnel carries out the close correlations like condition,etc of overriding the responsibility of the treatment and the will of the obligation and patient and its family memberses, patient.The medical treatment that is general decision - making the authority should not become override to cure surrogate of justification, override treatment and it knows what happened the surrogate of agreeing the power have to according to the strict procedure and condition.Only at since matching is clinical standard and then well respect the situation of patient independent obligee down, overriding the treatment can receive ethics plead.

Keywords: withdrawing treatment, Death power, agent informed consent

作者简介（可选）：刘俊荣（1965-），男，河南人，南京大学哲学系博士研究生，广州医学院教授，硕士生导师。研究方向：生命伦理学

通讯地址：广州市东风西路195 邮编：510182 E-Mail:jliliu229@sina.com