

國立政治大學法學院碩士在職專班

碩士論文

The Master of Laws Program for Executives

College of Law

National Chengchi University

Masterthesis

極早期早產兒生命權之探討

The Discussion of the Right to Life-focus on

Extreme Preterm Infants

研究生：陳建甫

Chien-Fu Chen

學號：96961218

指導老師：王海南

中華民國 100 年 9 月

誌謝

學生目前任職於大林慈濟醫院小兒科。由於對早產兒生命權研究有濃厚興趣，四年前至政治大學法學院碩士在職專班就讀研究。由於對於法學基礎的生疏，就讀研究過程期間常有不懂疏漏及錯誤，謝謝老師們及學長姐們的指導及協助，讓學生至目前為止能得到一些學習的成果。更要感謝內人美菁對我的幫忙及協助，及我求學期間常須利用假日及晚上時間，對家中兩個小孩需瑄及彥臻的費心及照顧。真的，謝謝所有政治大學法學院指導過我的師長及互相鼓勵學習的學長姐，還有助理子欣及嘉茵小姐。感謝大家讓我的生命有不

一樣的色彩。



論文中文摘要

一、研究目的

- (1). 將針對世界各國相關規範下，早產兒之法律地位進行探討，以釐清現行我國規範對於早產兒法律地位所持之立場。
- (2). 促進我國法界前輩更了解照顧早產兒，特別是極早期早產兒所遭遇的醫學倫理困境，能制定更清楚明確的有關極早期早產兒救治的相關法律或更貼切的法律實務判例或見解。

二、研究方法

- (1). 文獻探討法，為了解分析照顧早產兒之醫學倫理困境，閱讀中外學者之研究報告、論著等文獻，加以探討。
- (2). 歷史比較研究法，蒐集東西方歷史文獻嬰兒生命權利關係之演變資料加以分析；並且比較探討大陸法系及英美法系諸國對相關之早產兒生命權利相關醫學倫理規範及法律規定。

三、研究內容

- (1). 早產兒併發症、後遺症及存活率之情況
- (2). 東西方嬰兒生命權利關係之演變史
- (3). 照顧早產兒之醫護人員及早產兒家長的困境研究
- (4). 國內生命權相關法律規定及醫療法規之分析
- (5). 國內外極早期早產兒生命權相關醫學倫理規範及法律規定之分析比較
- (6). 更適切之早產兒生命權利法律見解之提出

四、研究結果

經由本研究，基本上理解各國對早產兒生命的尊嚴及生命決定權的醫學倫理規範、法律規定及理論構成，同時也希望藉由此研究能讓政府、社會、法界及醫界對於早產兒生命權利及所遭遇的醫學倫理困境更加重視，我國能制定更清楚明確的有關極早期早產兒救治的相關法律或更貼切的法律實務判例或見解。

英文摘要

The Discussion of the Right to Life-focus on Extreme Preterm Infants

Abstract

As article 3 of the Universal Declaration of Human Rights prescribes “Everyone has the right to life, liberty and security of person.”, the right to life is the most fundamental human right. However, extremely preterm infants (20 to 23 weeks of gestation) are infants of borderline viability. They are at greater risk for mortality and severe disability. Who can surrogate to make decisions about resuscitation with intensive care or palliative care for them in terms of their best interests? It is a dilemma. There is a potential conflict between palliative care and the general medical duty to save life. It presents complex medical, legal, ethical and social issues for their parents and the health professionals. Until now, it is still out ruled legally in Taiwan. This article focuses on the right to life of extreme prematurity. We will discuss different insights about the right to life of infant from history, culture, society and religion in the world, and analyze guidelines and legal regimes of different countries. Based on that, we can get objective solutions to the right to life of extreme prematurity in Taiwan, as an aid for parents in making ethical and legally based decisions.

Key words: Right of Life • extreme prematurity • borderline viability • resuscitation • intensive care • palliative care

目錄

第一章 緒論	9
第二章 早產兒相關概念	10
第一節 早產兒之定義.....	10
第二節 早產兒之發生率.....	11
第三節 早產兒之併發症及後遺症.....	12
第一項 早產兒之併發症.....	12
第二項 早產兒長期之後遺症.....	13
第四節 早產兒之存活率.....	14
第一項 美國早產兒之存活率.....	14
第二項 臺灣早產兒之存活率.....	14
第三章 嬰兒生命權歷史的觀點	15
第一節 希臘與羅馬的世界.....	15
第二節 猶太教與基督教的觀點.....	16
第三節 天主教的觀點.....	17
第四節 佛教的觀點.....	18
第五節 西方哲學思考.....	19
第六節 中國傳統文化與風俗觀念.....	22
第四章 早產兒照顧之難題	25
第一節 父母的照顧處境.....	25
第二節 子女死亡對父母的影響.....	26
第三節 醫護人員的倫理困境.....	28

第五章 實務司法案例	29
第一節 我國司法案例.....	29
第二節 美國司法案例.....	32
第六章 我國極早期早產兒之法律地位及難題	34
第一節 我國法律上之生命權.....	34
第一項 憲法.....	35
第二項 民法.....	36
第三項 刑法.....	37
第四項 優生保健法.....	38
第五項 極早期早產兒之醫療、法律與倫理爭議.....	40
第二節 無效醫療.....	42
第一項 無效醫療的定義.....	42
第二項 無效醫療的爭議.....	43
第三節 放棄急救.....	44
第一項 放棄急救的法源.....	44
第二項 放棄急救的困境.....	46
第三項 我國放棄急救的法律問題.....	46
第四節 安樂死.....	49
第一項 安樂死的由來.....	49
第二項 安樂死的進展.....	50
第三項 安樂死的型態.....	52
第四項 嬰兒安樂死.....	53
第五項 我國安樂死的法律問題.....	55

第七章	極早期早產兒之生命權探討.....	58
第一節	殘障新生兒之生命權.....	58
第二節	歐美日對極早期早產兒之生命權探討.....	60
第一項	德國及德語系國家.....	60
第二項	英國.....	64
第三項	其他歐洲國家.....	68
第四項	美國.....	70
第五項	加拿大.....	74
第六項	澳洲.....	75
第七項	日本.....	76
第三節	我國對極早期早產兒之生命權探討.....	77
第一項	醫界方面.....	77
第二項	司法界方面.....	81
第八章	結論及建議.....	82

表目錄

表一：各國生存能力的門限(the threshold of viability)比較

參考書目

一、中文部分

二、外文部分

附錄

一、2006年台灣新生兒科醫學會制定之「新生兒高級急救救命術」講義

第九章 生命終了時的倫理與照護

二、2005年美國心臟科醫學會及美國小兒科醫學會新生兒急救復甦準則之不實施急救復甦章節

2005 American Heart Association (AHA) Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC) of Pediatric and Neonatal Patients: Neonatal Resuscitation Guidelines-WITHHOLDING RESUSCITATION

三：2006年英國紐菲爾德生物倫理委員會(Nuffield Council on Bioethics)《生命倫理學指引》

Critical care decisions in fetal and neonatal medicine: ethical issues

四、2005年荷蘭“格羅寧根協議書

The Groningen Protocol — Euthanasia in everely Ill Newborns

第一章 緒論

近年來，醫療科技的進步，延長了人類的生命，遺憾的是，卻沒有相對的提昇生命的品質和尊嚴。眾所周知的包括，安寧照護、植物人、安樂死和老人棄養等等問題，是法界及醫界所共同關心的課題。其實，有一塊更重要急待解決的課題，是極早期早產兒生命權的問題。新生兒照顧，近年來在醫療技術上已有多方面的進展。西元 1991 年台灣新生兒醫學會成立，建立新生兒專科醫師制度；1992 年台灣早產兒基金會的成立，推動預防早產之教育宣導、早產兒出院後之追蹤、居家護理等工作；1995 年全民健保開辦，提升早產兒的照顧品質，也解決早產兒醫療費用的問題，父母不用因為醫療費用而放棄孩子¹。可是也由於醫療技術的進步，改善或者說改變了高危險新生兒的預後(outcome)，減少了死亡率，卻相對提高了罹病率。例如人工呼叫器，可能使一些末期(terminally)或重病(severely ill)或極早期早產(extreme preterm)的嬰兒長時間活著。這種治療結果使得死亡可能被延長伴隨著嬰兒的顯著不適，或可能使重度神經或其他後遺症的嬰兒在不能接受的生活品質情況下生存下來²，常使整個家庭、父母陷入困境³；然而，如果沒有接受加護治療，可能會導致罹病率和死亡率增加；兩種處置方式都存在不想要和不可預知結果的風險。極早期早產兒處於生存能力邊緣 (pre-viable to viable)，極早期早產兒生命權，牽涉到醫學、倫理、法律、和社會等層面⁴。什麼是重病、極早期早產，或末期的嬰兒的最佳利益？醫療技術的進步，反而造成父母和醫療人員是否對預後非常不好(very poor prognosis)的新生兒，啟動(initiation)和撤除

¹許瓊心，台灣地區早產兒發生率與存活率，中華民國早產兒基金會會訊第 56 期，2005 年 11 月。

²Committee on Fetus and Newborn. Noninitiation or Withdrawal of Intensive Care for High-Risk Newborns. *Pediatrics*. Vol. 119 No. 2. February 2007, page 401-403 (doi:10.1542/peds.2006-3180).

³馮達凱，決戰「生死」——談墮胎的爭議，路加雜誌第 211 期，2006 年 9 月。

⁴Gerri, R. B./ Robert, M. N.: "A Review of Ethical Issues Involved in Premature Birth Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention". National Academies Press (US); 2007.

(withdrawal)加護治療(intensive care)的抉擇困境⁵。因為本人為小兒科專科醫師，從事小兒科業務已有十五年以上的經驗，深切感受到早產兒生命的脆弱，醫療的極限，和早產兒後續產生的各種後遺症，影響整個家庭、父母及早產兒的一生。所以對於早產兒生命，尤其是極早期早產兒生命的尊嚴及生命的決定權的法律探討，有積極研究之熱忱，也希望藉由此研究能讓政府、社會、法界及醫界對於早產兒生命權能更加重視。

第二章 早產兒相關概念

第一節、早產兒之定義

醫學界對於幼兒的定義乃，出生 28 天內稱為新生兒(neonate)，一歲以下稱為嬰兒(infant)。所謂早產兒(premature)，是由世界衛生組織(World Health Organization, WHO)所定義，指懷孕(妊娠)週數(gestational age)小於 37 週出生的活產(liveborn)新生兒。懷孕(妊娠)週數(gestational age)的計算法是從孕婦最後一次月經的第一天起算⁶。受孕(胎兒)週數(fetal age)為精子和卵子結合(conception,fertilization)為受精卵(zygote)的第一天起算，故大約少懷孕(妊娠)週數 2 週。懷孕(妊娠)週數介於 32 至 37 週之間稱為晚期早產兒，懷孕週數小於 32 週出生稱為早期早產兒。活產(Liveborn)定義為，與母體分離後有生命徵象，包括呼吸、心跳、有意義的自主肌肉活動等。一般醫學界認為至少懷孕週數 24 週至 26 週時，寶寶才能脫離母體而存活。一般懷孕週數 20 週之前出生稱為流產(Abortion)。再則出生體重低於 2500 公克稱為低出生體重兒(low-birthweight, LBW)，出生體重低於 1500 公克者稱為極低出生體重兒 (very low birthweight, VLBW)，出生體重低於 1000 公克者稱為超低出生體重兒 (extremely low birthweight, ELBW)⁷。極早期早產兒(extreme

⁵同註 2。

⁶Robert, M. K./ Richard, E. B./ Hal ,B. J./ Bonita, F. S. Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed. 2006, page 701-702.

⁷同註 6。

prematurity)即是處於生存能力 邊緣的嬰兒(infants of borderline viability)，極早期早產兒沒有統一的定義，早先提及為懷孕週數少於 28 週出生的早產兒，因為 30 年前認為懷孕 28 週才具有生存能力；目前慢慢認為是懷孕 22 或 23 週出生的早產兒，懷孕 22 或 23 週至 28 週出生的早產兒是有生存能力的極早期早產兒⁸。美國小兒科醫學會(American Academy of Pediatrics ,AAP) 提及極早期早產兒(extreme prematurity)為懷孕週數小於 23 週出生或出生體重小於 400 公克的早產兒⁹。英國由醫學、法律與道德的權威專家組成的紐菲爾德生物倫理委員會(Nuffield Council on Bioethics) 提及為懷孕週數小於 25 週的早產兒¹⁰，本文依醫學界一般認為至少懷孕週數 24 週至 26 週時，寶寶才能脫離母體而存活之見解，討論「極早期早產兒」生命權，為懷孕週數 20 週大至 24 週出生之嬰兒生命權。實務上，20 週大至 24 週出生之嬰兒是否可定義為雖然活產但極難存活的早產兒或晚期流產?救治之效益如何?便有很大的爭議空間。

第二節、早產兒之發生率

近年來，美國每年約有 4 百萬名的活產新生兒¹¹，40 萬名早產兒出生。早產兒比例，在近 20 年中提升了 30% 以上。大約每 8 至 10 名新生兒中，就有 1 個是早產兒；而其中出生懷孕週數小於 26 週的早產兒，約有 1 萬 5 千名。為了使這些早產兒能夠存活下來，每年投入約 260 億美元以上的經費；平均照顧一個極低體重兒，要花費 4 萬美元¹²。而我國近年來，每年約有 20 萬名新生兒，2008 年以後每年新生兒數已低於 20 萬人，去年 2010 年新生兒數更下降至 16 萬多人，但早產兒的發生率並沒有下降，約佔活產新生兒人數的 8.5%--8.9%，其中會造成

⁸Sarah ,T. F. Extreme Prematurity. *Extreme O and G* Vol. 8 No. 2 .Winter 2006.

⁹2005 American Heart Association (AHA) Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC) of Pediatric and Neonatal Patients: Neonatal Resuscitation Guidelines. *Pediatrics*. 2006;117,e1029-e1038

¹⁰Nuffield Council on Bioethics. November 2006. Website: <http://www.nuffieldbioethics.org>.

¹¹同註 6 書, page671-672.

¹²許德耀，早產兒發生的原因與預防，中華民國早產兒基金會會訊第76期。

較高罹病率及死亡率的極低出生體重早產兒，則佔活產新生兒人數的 0.74--0.8 %¹³。

第三節、早產兒之併發症及後遺症

第一項、早產兒之併發症

早產兒面臨的生存困境有：餵食困難，需要用鼻(口)胃管餵食或中央靜脈導管給予全靜脈營養輸液；肺部尚未成熟，需要呼吸器和氧氣供給系統；體溫不穩，需要在保溫箱內保溫。一般而言，懷孕週數愈小，出生體重愈低的早產兒面臨的問題愈多。胎兒的肺部發育主要在 28~34 週之間，而自主神經系統發育主要在 28~32 週之間。因此，一般懷孕週數小於 32 週出生的早期早產兒或出生體重低於 1500 公克的極低出生體重兒，因多重器官不成熟，較易發生早產相關的併發症及後遺症，出生後需要長期的醫療照顧與追蹤¹⁴。早產兒除了面臨死亡的威脅外，伴隨早產而來的各種併發症，常使整個家庭、父母陷入困境。如以下幾個主要問題：1. 新生兒呼吸窘迫症候群(respiratory distress syndrome, RDS)，因為肺部表面擴張劑(surfactant)分泌不足，肺泡無法完全擴張，而產生呼吸窘迫、發紺等症狀。2. 周腦室-腦室內出血(periventricular-interventricular hemorrhage, PIVH)，因為腦部小血管發育未成熟，早產兒面對窒息缺氧、腦部血流灌注不穩定等因素，容易產生腦室周圍與腦室內出血。3. 缺血缺氧腦病變(hypoxic-ischemic encephalopathy, HIE)、腦室周圍白質軟化症(periventricular leukomalacia, PVL)，因為窒息、缺氧等因素，造成大腦實質壞死、空洞、萎縮等病變。4. 開放性動脈導管 patent ductus arteriosus, PDA)，在肺動脈與主動脈之間，有一條動脈導管。足月兒在出生後幾小時到幾天內大多會關閉，但是早產兒可能仍然保持相通，嚴重可能產生心臟衰竭等症狀。5. 呼吸暫停(apnea)，因為早產兒腦部發育未成熟，呼吸中樞對缺氧

¹³同註 1。

¹⁴同註 1。

反應不良，會導致呼吸暫停、心跳下降、發紺等症狀。6.壞死性腸炎(necrotizing enterocolitis, NEC)，因為早產兒腸胃道發育還未成熟，容易壞死、出血。7. 核黃疸(kernicterus)，當血中膽色素太高時，可能會進入腦部，造成核黃疸，產生腦細胞壞死傷害。8.敗血症(sepsis)，早產兒免疫功能尚未成熟，容易發生細菌、黴菌等感染，產生敗血症。

第二項、早產兒之後遺症

早產兒的後遺症，常見的有支氣管肺部發育不全(bronchopulmonary dysplasia,BPD)及慢性肺疾病(chronic lung disease) 需要靠呼吸器或氧氣筒維持呼吸；視網膜病變(ROP,retinopathy of prematurity)導致視力障礙；聽力障礙；最擔心的是腦性麻痺(Cerebral palsy)和發展遲緩等。國外研究報告，出生體重介於500-800 公克或懷孕週數小於等於 25 週出生的早產兒，產生嚴重障礙 (severe disability) 的比率約為三分之一；這些障礙包括腦性麻痺、心智發展遲緩、聽障、視障等後遺症；懷孕週數 23 週出生的早產兒產生嚴重障礙的比率約為 62%，24 週為 38%，25 週為 31%；出生時懷孕週數愈小、體重愈輕的早產兒，其發生神經後遺症的比例越高¹⁵。另有研究顯示，極低出生體重兒，約有 15-25%在早期即出現嚴重障礙；超過 50%在幼兒期或學齡前，出現較輕微、次要性的發展障礙，如語言發展遲緩、學習障礙、手腳不協調或過動等行為問題¹⁶。國際上關於極低出生體重和極早期早產兒後續發展可靠的長期數據，主要大多來自美國、英國和澳洲的研究。國際醫療保健的非盈利組織，佛蒙特牛津網絡(Vermont Oxford Network)，致力改進世界新生兒的衛生保健和安全，正科學地評估全世界超過 700 家參與醫院，45,000 名出生體重低於 1500 公克的早產兒的後續追蹤數據資料¹⁷。台灣一項探討 2671 位出生於 1997—2000 年，存活之極低出生體重早產兒，兩歲

¹⁵同註 1。

¹⁶王藍浣，極低出生體重早產兒在兩歲前的認知發展趨勢，中華民國早產兒基金會會訊 55 期。

¹⁷Roland, H./ Stella, Reiter-Theil.:"Treatment of Preterm Infants at the Lower Margin of Viability – a Comparison of Guidelines in German Speaking Countries. " Dtsch Arztebl Int. January 2008; 105(3), page 47–52.

時預後之追蹤研究，結果也顯示出生體重愈小的早產兒發生嚴重障礙之機率愈高¹⁸。早產的後遺症，不但造成孩子一生的陰影，也是家庭父母心理上、經濟上，甚與社會沉重的負擔。

第四節、早產兒之存活率

第一項、美國早產兒之存活率

美國每年約有 4 百萬名活產新生兒，1 萬 8 千名死於新生兒時期(28 天內)；活產新生兒死亡中，超過 70% 以上是早產兒；低出生體重兒只佔全部活產新生兒的 1.4%，但死亡新生兒中，超過 50% 是極低出生體重兒。出生時懷孕週數愈小，體重愈低，愈增加罹病率及死亡率。懷孕週數小於 24 週出生，出生體重低於 750 公克且 1 分鐘 Apgar score 低於 3 分的早產兒，存活率約為 30%。懷孕週數 22 週出生的早產兒，存活機會渺茫；23 週的早產兒，存活率約為 15%；24 週的早產兒，存活率約為 56%；25 週的早產兒，存活率約為 79%¹⁹。出生體重介於 500 至 600 公克的早產兒，存活率約為 20%；出生體重 1250 至 1500 公克的早產兒，存活率則超過 90%²⁰。再則，依一般世界先進國家的醫療水準，懷孕週數 22 週出生的早產兒，平均存活率約為小於 10%；23 週的早產兒，存活率約為 10-20%；24 週的早產兒，存活率約為 55%；25 週的早產兒，存活率約為 60-70%²¹。

第二項、臺灣早產兒之存活率

我國近幾年來，每年約四千名新生兒死亡，死亡率約為千分之 15 至 20；其中早產兒佔所有新生兒死亡比例的 80%，極低體重早產兒就佔了 75% 以上，即每年約有三千名極低體重早產兒死亡²²。台灣早產兒基金會統計台灣早產兒存活率追蹤資

¹⁸曾幸怡、陳淑貞，台灣極低體重早產兒兩歲時預後之追蹤，中華民國早產兒基金會會訊第 55 期。

¹⁹同註 6 書, page 701-710

²⁰同註 6 書, page 701-710

²¹同註 1。

²²同註 1。

料(1997-2002年)，發現出生體重介於501至750公克的早產兒存活率約為27.3%，751-1000公克的存活率約為69.4%，1001-1250公克的存活率約為86.5%，1251-1500公克的存活率約為94.1%²³。早產兒基金會的五家早產兒醫療訓練中心(台大醫院、馬偕醫院、林口長庚醫院、中國醫藥大學附設醫院、成大醫院)，2008-2009年早產兒存活率資料，出生體重介於501-750公克的早產兒存活率約45%-55%，751-1000公克的存活率約85%，1001-1250公克的存活率在95%以上，1251-1500公克的存活率在96%-98%以上，1501-2500公克存活率都在98%以上²⁴。以懷孕週數而言，五家早產兒醫療訓練中心，懷孕23週的早產兒存活率小於10%-20%，24-25週的存活率約為60%，而26-27週的存活率約為70%-80%²⁵。

第三章 嬰兒生命權歷史的觀點

第一節、古希臘、羅馬時代

古希臘與羅馬時期，看待嬰兒生命權的態度，和現代差異頗大²⁶。當時的社會有階級之分：最上層是政治家、哲學家、運動員；次一層是農民、軍人、商人；再次一層是婦女；最底層是賤民，如小孩、奴僕、殘障等²⁷。當時新生兒出生後沒有固有的生存權利，社會會依個別小孩未來成人後可能對國家的貢獻，來賦予孩子生存的價值。故意殺死有病、畸形或不想要的新生兒，不受懲罰；甚至健康的嬰兒，也不受法律及社會保護²⁸。希臘的智者、雅典的立法者梭倫(Solon，西元前638-559)將殺嬰合法化，為希臘人立了「免於犯罪」的法律。羅馬第一部成文法典十二表法(Twelve Tables,西元前451-450)訂定父母有殺嬰的權利，應盡快殺

²³同註1。

²⁴同註1。

²⁵同註1。

²⁶John Wyatt著，毛立德譯，流產和殺嬰歷史的觀點，人命關天二十一世紀醫學倫理大挑戰，頁197-202。

²⁷Amundsen, D. W.. Medicine and the birth of defective children: approaches of the ancient world. In McMillan, R. C., Engelhardt, H. T. & Spicker, S. F. eds.. Euthanasia and the newborn. Dordrecht: D Reidel. 1987, page3-22.

²⁸Amundsen D. W .同註27。

死嚴重畸形的嬰兒²⁹。大哲學家蘇格拉底(Socrates,西元前470-399)提及「未經檢定的生命,不值得生存。懂得反省與有道德的生命,才值得生存。生命是價值的基礎,但是如果一個生命沒有這些其他的價值,就沒有必須存在的理由³⁰。」大哲學家柏拉圖(Plato,西元前427-347)在《理想國》(The Republic)中,認為小孩的價值,在於有多接近理想的成人;胎兒雖然已是生命體,但國家的理想優先於胎兒與新生兒的生命,有需要時可墮胎或殺嬰;「低賤之人的孩子,和生來就有缺陷的孩子,他們會被遺棄。」;甚至主張四十歲以上的婦女,應強制執行墮胎;殺嬰是維持公民品質的基本方法。亞里士多德(Aristotle,西元前384-322)在《政治學》(Politica)也論及「關於拋棄或養育生下來的孩子,不妨立法不用養育畸形的孩子³¹。」羅馬時期希臘醫學家索倫斯(Soranus,西元98-138)所著,現存最古老的婦產科的書籍(The Kahun Gynaecological Papyrus),具體給助產士新生兒出生後評估的建議「首先,衡量母親的健康及嬰兒的懷孕週數。再來評估嬰兒活力會不會正常大哭,確定全身、器官、功能都沒有瑕疵等。若不符,則此嬰兒不值得養育³²。」

第二節、基督教的觀點

和古希臘與羅馬時期比較,同一時期的猶太世界,對新生兒生命權,有著不同的看法³³。舊約聖經律法書《摩西五經》(Torah)提及「每個人,新生的或長大的,畸形的或健康的,為奴的或自由的,都是神的形像獨特的體現,有固有的價值。故意傷害任何人的生命,就是冒犯了神的尊嚴」(創九6)³⁴。《十誡》第六條「不可殺人³⁵」。著名的猶太護教者斐羅(Philo)認為「殺嬰無疑是謀殺,因為干犯法律

²⁹John Wyatt著,同註26。

³⁰Pojman,L.P.著,江美麗譯,生與死-現代道德困境的挑戰,頁27。

³¹John Wyatt著,同註26。Gorman, M. J. Abortion and the Early Church. Downers Grove, USA: Inter Varsity Press. 1982.,page19~32

³²Todman, Don. "Soranus of Ephesus (AD 98-138) and the Methodist sect". Journal of Medical Biography .2008. 16 (1), page 51.

³³John Wyatt著,同註26書,頁203-207。

³⁴John Wyatt著,同註26書,頁203-207。

³⁵Geisler,N. L 李永明譯,基督教倫理學。馮達凱,同註3。

不在於年齡，乃在於冒犯人類³⁶。」耶穌教導我們「凡為祂的名，接待小孩子的，就是接待祂，接待那差祂來的父。」(太十八5;可九36-37)相反地，「凡使小孩子跌倒的，會受主的嚴懲。」(太十八 6)「神責備門徒禁止小孩子來受神祝福，還特地抽空陪他們。」(太十九13-16;可十13-16)³⁷約伯所說：「賞賜的是耶和華，收回的也是耶和華」(伯一21)³⁸。「只有祂才有權利把生命取去」(來九27)³⁹。雖然新約聖經沒有明文殺嬰的看法，但《十二使徒遺訓》(Didache)和《巴拿巴書信》(Epistle of Barnabas)曾提到光明的生活方式是愛鄰舍，關懷人命；黑暗的生活方式，包括謀殺、流產、殺嬰等⁴⁰。流產、殺嬰，違反耶穌所提的兩大誡命：愛神、愛鄰舍⁴¹。基督徒認為流產、殺嬰如同「弑親」。羅馬帝國君士坦丁大帝 (Constantinus I Magnus，西元272-337)，在公元312年定基督教為國教；313年法律規定，父親殺死孩子的罪行；374年法律規定，殺嬰、棄嬰可受法律制裁，而做父母的，應照顧下一代。第三、第四世紀，基督教設立孤兒院，而第四世紀末，成立有特別照顧棄嬰部門的醫院⁴²。

第三節、天主教的觀點

在天主教的國家，如義大利、梵諦岡，對安樂死都持反對的態度。羅馬教廷甚至曾公開抨擊荷蘭的安樂死法案。聖保祿說：「我們或者生，是為主而生，或者死，是為主而死」(羅十四 8)。天主教會認為：只要殘障新生兒，不被診斷為腦幹死，他就具有「出於神，歸於神」(羅一一 36)的指向無限的靈魂的人⁴³。只有天主

³⁶Wyatt, J. S./ Spencer, A.: Survival of the Weakest. London: Christian Medical Fellowship. 1992.

³⁷John Wyatt著，同註26書，頁203-207。

³⁸同註 35。

³⁹參見《聖經》，台灣聖經公會，和合本。

⁴⁰John Wyatt著，同註26書，頁203-207。

⁴¹Gorman M. J. 同註31書，page49-50.

⁴²Frengren ,G. F. The Imago Dei and the sanctity of life. In McMillan, R. C., Engelhardt, H. T. & Spicker, S. F. (eds.), Euthanasia and the Newborn. Dordrecht: D. Reidel..1987, page23-45.

⁴³金象達，生命的誕生，殘障新生兒的生或死，生命倫理~天主第五誡的當代省思，頁 185-186。

有殘障新生兒生命的所有權，故直接殺害嬰兒有罪⁴⁴。天主教基於維護「生命之神聖性」，反對任何形式的安樂死；「生命之神聖性」即任何無辜的生命都有存活的價值。應該盡力挽救殘障新生兒的生命，除非「挽救」將帶給新生兒「過度的負擔」（指長期體力及精神的煎熬）或一再瀕臨死亡⁴⁵。衡量要不要挽救時，應該考慮殘障兒經過挽救後，未來是否能夠享有如同一般人的平安喜悅？（一般人人生仍有痛苦和挫折）⁴⁶1980年教廷教義聖部對安樂死發表聲明「依據神學中的愛的順序：愛德不是濫愛，而是有順序及輕重的⁴⁷。」如果挽救新生兒給予家庭或團體過分的經濟負擔，此時，父母只需照顧，可以考慮停止挽救⁴⁸。1995年若望保祿二世(Ioannes Paulus PP. II, 西元 1920 – 2005)頒布《生命的福音》(Evangelium Vitae)，主張「只要有些微可能的醫療益處，就不該放棄對殘障新生兒的治療⁴⁹。」現任教宗本篤十六世 (Benedictus XVI, 西元 1927-)，也已明確闡述這一立場。不過，前米蘭樞機主教馬帝尼引用 2005 年羅馬教廷頒布的《天主教教理綱要》(Outline of the Catholic catechism)，認為病人可以放棄「過度熱心的治療」，在治療無效情況下，可以拒絕不相稱的醫療程序⁵⁰。

第四節、佛教的觀點

佛教對生命的看法是「無始無終」，把人定位在六道輪迴、五趣流轉的樞紐地位。所以佛教說生命的流轉，是無始無終的「生死輪迴」⁵¹。佛教對於生命的起源，

⁴⁴梵二，論教會在現代世界牧職憲章，頁 51。

⁴⁵庇護十二世說，為維持生命，人僅有義務使用「那些不加給自己或他人任何特殊負擔的方法。」AAS，1957，1030.

⁴⁶英文《時代週刊》1989年4月，頁38。C.Levine, Taking Sides, GUIFORD, 1987, p.126.

⁴⁷倫理神學綱要，頁97。

⁴⁸金象達，同註43書，頁210-212。

⁴⁹潘勛，若望保祿二世安樂死？教廷嚴肅駁斥，中時電子報，2007年9月.25日。傳前教宗保羅二世被執行安樂死，時代周刊，2007年9月.25日。

⁵⁰楊明暉，放棄治療≠安樂死 天主教內傳歧見，中國時報，2007年9月.25日。傳前教宗保羅二世被執行安樂死，同註49。

⁵¹星雲大師，佛教對「生命教育」的看法，普門學報第22期。

不是「創造說」，而是以「緣起論」來說明⁵²。星雲大師認為「生命是從因緣所生，人是從業感而來。由於我們的行為造下各種業，最後就會隨業而受報。所以生命就在因緣果報裡隨著業力流轉不停，這就是生命的去來⁵³。」佛教認為人的生命開始於受孕的剎那，例如：《大寶積經》〈佛說入胎藏會〉「應知受生名羯羅藍(kalala)，父精母血非是餘物。由父母精血和合因緣，為識所緣，依止而住⁵⁴。」《彌沙塞部和醯五分律》之「殺人戒」將胚胎發育成嬰兒的過程分為「似人」與「人」，「入母胎已後至四十九日名為似人，過此已後盡名為人。」《五分律》云「若人、若似人。似人者入胎四十九日，自是已後盡名為人。」若是有殺胎兒的意圖，不論是「似人」或「人」都是屬於「殺人」的重罪(波羅夷)⁵⁵。《阿毗達摩順正理論》「識與名色。更互為緣義。為據前後。」名指精神、色指生理事物，合而為有情整體。佛教認為懷孕的剎那已具有生命，所以墮胎即是殺生⁵⁶。《律戒本疏》「若似人者謂初胎始得身根、命根。諸根未具名為似人。為殺母故命胎墮，母死者犯重，胎死者重偷，俱死者犯重，俱不死者重偷。為殺胎，胎死者犯重，母死者犯重偷，俱死犯重，俱不死重偷⁵⁷。」佛教提倡平等與慈悲觀念，五戒中的第一戒即不殺生。因此處於兩難情況下，佛教希望有慈悲心，不傷害嬰兒⁵⁸。以佛教的因果觀，今生所受的苦果，是源於過去造的因；今生果呈現時，又落下新的因。所以應該給予面臨兩難的母親正確的因果觀，考量對於果報是當下承擔或未來承擔⁵⁹。

第五節、近代西方哲學思考

⁵²釋惠敏，佛教之生命倫理觀——以「複製人」與「胚胎幹細胞」為例，中華佛學學報第15期，頁457-470。

⁵³同注51。

⁵⁴同注52。

⁵⁵同注52。

⁵⁶釋堅意，從佛教倫理學看墮胎行為(上)，《海潮音》第85卷第6期。

⁵⁷同注52。

⁵⁸釋昭慧，佛教倫理學，法界。

⁵⁹同註58。

英國大哲學家莎士比亞(William Shakespeare, 西元1564-1616) 反對把有病的胎兒流產⁶⁰。英國哲學家，自由主義(Liberalism)之父，約翰 洛克 (John Locke , 西元1632-1704) 認為人的自然權利 (Natural rights)包括：生命(life)，自由(liberty)和房地產（財產）(estate (property))；生命權（ the right to life）在古典自由主義人權（classical liberal human rights）思想中，是每一個人至高無上的權利⁶¹。洛克深刻影響後代政治哲學，尤其是現代自由主義(modern liberalism) ，如強烈影響法國啟蒙運動重要人物伏爾泰(Voltaire,西元1694 - 1778) ⁶²。德國大哲學家康德(ImmanuelKant, 西元1724-1804) 認為人類是道德的主體，為具有自律(autonomy)能力的生命，人是具有內在價值(尊嚴)的理性行動者；而嬰兒或胎兒不具有自律能力、不是理性行動者；但我們因「仁慈的義務」，應竭盡所能的避免傷害嬰兒或胎兒⁶³。德國人道主義者，史懷哲醫生(Albert Schweitzer，西元1875-1965) 主張生命是道德地位的唯一標準(the Life only view)，所有生命都具有生存意志(will to live)，應「尊重生命」⁶⁴。當代西方哲學家關於嬰兒地位的討論時，一般多以是否有「自我意識」為理論依據。美國當代最具影響力的法學哲學家，新自然法學派主要代表的朗諾·德沃金(Ronald Dworkin, 西元1931-)在《生命的自主權》(Life's Dominion)中，闡述現代自由主義，主張對人命神聖「不可侵犯」；只不過「神聖」的定義，有不同的看法⁶⁵。「自由主義」認為生命的神聖，在於這個生命所表現的努力和作用。自由主義社會的自主原則，即父母有權依其意願選擇。德沃金認為無論我們對欲生、欲死的方式做出何種選擇，都應尊重生命本

⁶⁰John Wyatt著，同註26書，頁219-230。

⁶¹John Wyatt著，同註26書，頁219-230。

⁶²John, L. A Letter Concerning Toleration Routledge, New York. 1991, page 5. Delaney Tim. The march of unreason: science, democracy, and the new fundamentalism. New York: Oxford University Press. 2005, page 18.

⁶³李瑞全，儒家生命倫理學，頁34-35，頁53-70；儒家論安樂死，應用倫理研究通訊第十二期，頁18。

⁶⁴Mary, A.W.. The Concept of Moral Status, in Moral Status. New York: Oxford University Press.1997, page.30-33 , page45-49. Pojman,L.P.編著，陳瑞麟等譯，今生今世— 生命的神聖、品質與意義，頁36。

⁶⁵Dworkin, R. Life's Dominion, paperback ed. 1995, page.60-101.

身的價值⁶⁶。美國著名的哲學教授沃倫(Mary Anne Warren, 西元1946-2010)認為「人格個體」(person)應具有人格特性(personhood)和特徵；人格特性(personhood)包括以下標準：1.意識(Consciousness)，特別是能力感到疼痛；2.推理能力(Reasoning)；3.自我動機的活動(Self-motivated activity)；4.溝通的能力(The capacity to communicate)；5.自我概念和自我意識存在(The presence of self-concepts, and self-awareness)。她認為，胎兒(fetuses)不符合人格特性(personhood)條件，因此它們不能是為人(persons)，因此墮胎是可以接受的⁶⁷。沃倫主張的生命觀點(the Life Plus view)，認為生命只是道德地位中一個有效的判準，而非史懷哲所主張，生命是道德地位的唯一判準(the Life Only view)⁶⁸。沃倫提出道德判準理論：多重判準的理論(Multi-Criterial)。其理論，結合「生命」(Life)、「感知」(Sentience)、「人格特性」(Personhood)和「關係」(Relationships)等，而為對道德地位的七項判斷準則⁶⁹，對於嬰兒可適用的原則為：尊重生命原則(The Respect for Life Principle)、反殘忍原則(The Anti-Cruelty Principle)及人權原則(The Human Rights Principle)。嬰兒，有感知但沒有道德行動能力，雖然不具有完全人格特性(personhood)條件，但認同嬰兒具有一定的道德價值而不能任意傷害他⁷⁰。美國著名的生命倫理學家恩格爾哈特(H.Tristram Engelhardt, Jr, 西元1941-)，認為胎兒、嬰兒沒有自我意識、理性及能力，都不屬於有人格(person)特性的人；不將胎兒或嬰兒視為嚴格意義上的人，並非不尊重胎兒、嬰兒⁷¹。其在《幫助年幼孩子死亡：倫理爭議》(Aiding the Death of Young Children: Ethical Issues)中，提出「接續生命之傷害」(injury of continued

⁶⁶John Wyatt著，同註26書，頁219-230。

⁶⁷Mary, A.W. *Biomedical Ethics*, 4th ed, page 434-440.

⁶⁸Mary, A.W.. *Moral Status*. New York: Oxford University Press. 1997, page 45-49.

⁶⁹另外四項判斷準則為「行動者權利原則」(The Agent's Rights Principle)、「生態原則」(The Ecological Principle)、「物種間的原則」(The Interspecific Principle)、「尊重的傳遞性原則」(The Transitivity of Respect Principle)。

⁷⁰Mary, A.W. 同註68書，page149-170. 陳慧瑛、李瑞全，嬰兒安樂死Infant Euthanasia。

⁷¹Engelhardt ,H.T. *The Foundations of Bioethics*, 2nd ed., New York: Oxford University Press. 1996, page.138-139.

existence) 的概念，即挽救現在生命造成對未來接續生命的傷害；讓孩子痛苦的存在，可能違反孩子的意願及權利；將來孩子長大，可能會反對人為延長他的生命⁷²。曾任國際倫理學學會主席的倫理哲學家彼得·辛格 (Peter Singer, 西元 1946-)，提出以“新五條戒律”來思考生命與死亡，包括 (1)：認識人生命的價值變化。(2)：對自己的決定結果負責。(3)：尊重個人活或死的意願。(4)：只有在孩子被需要時，才讓他們來到這世界。(5)：不要以種類之分來區別人類和其他物種⁷³。他認為，胎兒、新生兒都不可以看作「人」。胎兒生命的價值，比健康的成年人低，殘障兒的生命也比健康的孩子低。「新生兒，在人倫社群中還不算正式成員⁷⁴。」對辛格來說，我們接受把唐氏症候群的胎兒流產，也應接受把有相同疾病的新生兒殺掉，如果道德上容許放棄孩子，出生前後都行⁷⁵。

第六節、中國傳統文化與風俗觀念

儒家對生命看法，《荀子·禮論篇》「生，人之始也，死，人之終也。終始俱善，人道畢矣。」《論語·先進篇》「季路問事鬼神。子曰：「未能事人，焉能事鬼？」「敢問死？」曰：「未知生，焉知死？」孔子著重「人本」，強調盡人道本分的重要性。另外《論語·堯曰篇》「不知命，無以為君子也。」此處「命」是指「道德使命」，或「天命」⁷⁶。又曰：「身體髮膚，受之父母，不敢毀傷，孝之始也。」身體髮膚都不敢毀傷，何況是生命。《中庸》「仁者，人也。」《論語·顏淵篇》「樊遲問「仁」。子曰：「愛人。」《孟子·告子下篇》「親親，仁也。」孟子云：「人有不忍人之心。」又云：「君子之於禽獸也，見其生，不忍見其死；聞其聲，不忍食其肉，是以君子遠庖廚也。」儒家談論生死以「仁」為中心思想，尊重萬

⁷²Engelhardt ,H.T. Aiding the Death of Young Children: Ethical Issues. In Last Rights. 1998, page.387-397.

⁷³Singer P. Rethinking Life and Death-A New Ethical Approach. In Last Rights.1998, page171-184.

⁷⁴Singer P. Rethinking Life and Death.. Oxford: Oxford University Press. 1995, page 130.

⁷⁵Singer P. 同註75書, page214.

⁷⁶黃文三、劉靖國，儒家的生死觀及其生命實踐——以孔子為核心議題。

物生命，『仁者與天地萬物為一體』，一切生命在「存在」上，均同一等⁷⁷。而道家對生命看法，老子云：「人始於生，而卒於死。始之謂出，卒之謂入。」故曰：「出生入死」。《莊子·天地篇》「愛人利物，謂之仁。」《莊子》「萬物一府，死生同狀。生死有時。方生方死，方死方生。即生即死，即死即生。」莊子云：「死生，命也，其有夜旦之常，天也。人之有所不得與，皆物之情也⁷⁸。」莊子思想體認到生死是自然之事，不可以強求。

但在中國民間裡，新生兒的生命權，卻得不到尊重。殺嬰的習俗在中國歷史上，存在久遠。秦漢以降，基於民間風俗、現實的環境、貧窮等因素，導致"生子不舉"(即棄嬰之意)現象頻繁發生⁷⁹。漢魏殺嬰，多採丟置或活埋初生嬰兒。《史記》、《世說新語》等典籍中都有生子不舉的記載。《漢書·王吉傳》「聘妻送女亡節，則貧人不及，故不舉子。」貧窮可能是“生子不舉”最普遍的原因。《史記·孟嘗君列傳》記載孟嘗君曾因「五月子者，長與戶齊，將不利其父母。」習俗，父親田嬰打算丟棄，險喪其命的故事。東漢《風俗通》提及「不舉並生三子。」又論「俗說五月五日生子，男害父，女害母⁸⁰。」五月生子不舉習俗的原因，有現實的環境因素，如暑熱、蟲疫等；也有民俗觀念，如五月子命硬、忤逆、不祥等⁸¹。

秦律除了父母殺害醜怪之兒不罰外，殺嬰則要處以擅殺之罪，但比殺人為輕。漢時法律有禁止"殺子"的條文。到了魏晉南北朝，殺害病嬰仍然必須治罪。但卻不能禁絕此風⁸²。宋代以後，生子不舉風俗更加嚴重，尤其南宋時，福建沿海一帶，將剛初生的嬰兒置於水盆中淹溺而死之風更盛。自此殺嬰通稱為溺嬰⁸³。究其原因，有風俗、貧窮、男子稅賦過重(因為宋代稅役的對象乃是二十歲以上，六十

⁷⁷李瑞全，同註63書，頁53-70。

⁷⁸陳鼓應註譯，莊子今註今譯，頁94。

⁷⁹王子今，秦漢"生子不舉"現象和棄嬰故事，史學月刊第8期。李貞德，漢隋之間的「生子不舉」問題，中央研究院歷史語言研究所集刊第66期，頁747-812。

⁸⁰王子今，同註79。任聘，嬰兒禁忌(1)，中國民間禁忌。

⁸¹程維，"五月生子不舉"習俗考釋，西昌學院學報第2期。

⁸²同註79。

⁸³李貞德，同註79。

歲以下的男丁，「女口不預」)、和財產分配等主因，也有溺殺通姦私生兒及醜怪嬰兒的例子。此風，引起宋朝的極大關注，因此宋朝施行多項救助、收養及保護幼兒的措施⁸⁴。宋仁宗嘉祐二年（1057年），京東提刑韓宗彥上書朝廷「凡下戶有懷妊而不能自存者，願賜之粟。」南宋高宗紹興八年（1138年），下詔「禁貧民不舉子，有不能育者，給錢養之。」「州縣鄉村五等、坊郭七等以下貧乏之家，生男生女而不能養贍者，每人支免役寬剩錢四千。」紹興十五年（1145年），又詔「改支錢四千為予義倉米一斛。」南宋孝宗乾道五年（1169年），下詔「有貧乏之家生子者，許經所屬具陳，委自長官驗實，每生一子，給常平米一碩、錢一貫，助其養育。」南宋顯謨閣直學士名臣劉光祖在《宋丞相忠定趙公墓志銘》記載「閩俗，生子往往不舉。公創舉子倉，凡貧不能舉其子者，以書其孕之月而籍之。及期，官給之米，而使舉其子，所全活甚眾。」南宋慶元元年（1195年），朝廷「將建、劍、汀、邵四州沒官田產免行出鬻，官收其課，以給助民間舉子之費。」除給予物質救助外，南宋朝廷還規定，在孕婦妊娠期內，蠲免其丈夫的雜色差役。但此多項措施，效果仍有限。宋代的醫學有相當大的進步，關於胎、產疾病知識也頗有進步，如楊子健的《十產論》。也述及因「厭生產」而「屢壞胎」。此種「壞胎」即墮胎的行為，不能為社會所容，遂以因果報應之說威嚇，《夷堅志》記載「汝等能懷不能產，壞他性命太癡愚，而今罪業無容著，可向人間作母豬⁸⁵。」

明清兩代，溺嬰(多為溺女)之風更盛。明代中葉以後，有些地方政府除禁令、賞罰外，還撰寫歌謠，勸民舉女。其中流傳最早見於明嘉靖年間(1507年~1566年)《淳安縣志》，方志中抄錄的〈勸民舉女歌〉，歌云⁸⁶：

「虎狼性至惡，猶知有父子。人為萬物靈，何獨不如彼。生男與生女，懷抱一而已。

⁸⁴劉靜貞，不舉子：宋人的生育問題。

⁸⁵同註 84。

⁸⁶林麗月，明「戒殺女歌」作者考---兼論相關文獻的史料價值，明史研究通訊第 5 期，頁 73-79。

生男既收養，生女顧不舉。我聞殺女時，其狀苦難比。胞血尚淋漓，有口不能語。伊嚶盆水中，良久乃得死。吁嗟父子心，殘忍一至此。我因訓吾民，無為殺其女。荊釵與布裙，未必能貧汝。隨分而嫁娶，男女得其所。此歌散民間，吾民當記取。」其他類似的有明末鄭瑄《昨非庵日纂》的舉女歌，清人鄭方坤《全閩詩話》的「莆田周石梁〈戒殺女歌〉」。目的在勸阻溺女，尊重女兒的生存權。明嘉靖年間，李貴纂《豐乘》勸戒溺女的歌謠，歌云：

「女一怨兮，怨無親，父兮母兮，生我不辰。男此人，女此人，鞠一殺一兮何不均。荊釵布裙，及期婚姻，君子以與為家兮不患貧。」

此歌以女兒的口吻怨嘆父母不仁，更是對社會重男輕女觀念的控訴⁸⁷。

而關於早產兒的生命權問題，中國境內有的民族，竟要占卜（神判）才能決定棄或養⁸⁸。如苗族有風俗「（僚人）婦人孕七月生子，置之水中，浮則養之，沉則養之⁸⁹。」早產兒的生命權，有如天擇。

第四章 早產兒照顧之難題

第一節、父母的照顧處境

父母面對早產的孩子，常進退兩難⁹⁰。良好的親子關係可以改善早產兒的預後，減少併發症的發生⁹¹，然而照顧早產兒卻常使父母陷入壓力危機中⁹²。父母常因無助、害怕、焦慮、罪惡感⁹³，而難以建立親密的親子關係，進而可能導致對孩

⁸⁷同前註。

⁸⁸同註 86。

⁸⁹胡朴安，中華全國風俗志。任聘，同註 80。

⁹⁰John Wyatt著，同註26書，頁265-274。

⁹¹Miles, M. S/ Holditch-Davis, D./Burchinal, P./Nelson, D. "Distress and Growth Outcomes in Mothers of Medically Fragile Infants." *Nursing Research*. 1999; 48(3), page 129-139.

⁹²穆佩芬、夏萍回，早產兒家庭之壓力與調適，護理雜誌第44卷第4期，頁57-62。

⁹³Coffey, J. S. Parenting a Child with Chronic Illness: A Metasynthesis. *Pediatric Nursing*. 2006; 32(1), page 51-59.

子冷漠，甚至虐待⁹⁴，影響親子關係⁹⁵。大多數早產兒需要長期照顧，但父母卻難以找到可以放心托育的保母⁹⁶，所以大多由母親放棄工作來照顧⁹⁷，因而造成父母極大的心理及經濟壓力⁹⁸，可能相對減少對家中其他小孩的照顧及進而導致婚姻及家庭問題⁹⁹。

台灣有幾個關於早產兒父母照護之調查研究。其中有一研究，發現早產兒父母會出現震驚、害怕、哭、逃避、責怪他人、有罪惡感等的哀傷反應，並且對未來有不確定感及失落感¹⁰⁰。另一研究結果，發現當父母面臨倫理抉擇困境時，對於早產兒生命信念最重要的考慮是「對早產兒是否有最大的好處及減少傷害至最低」；極低體重早產兒父母認為，照護事宜的決定權，應由家屬決定；父母的宗教信仰、極低體重早產兒的出生體重、合併症多寡和先天異常等因素，會影響父母的倫理抉擇及價值觀¹⁰¹。父母在生活照顧上能否勝任，是直接影響親子關係建立的重要關鍵¹⁰²。醫護人員應適時提供充分資訊，適度引入宗教信仰等精神支持，以降低父母照護早產兒時之倫理衝擊¹⁰³。

第二節、子女死亡對父母的影響

⁹⁴黃美智、詹雅芬，如何協助早產兒父母之親子關係建立，護理新象第6卷第3期，頁28—31。

⁹⁵陳菁芬、黃秀敏，一對父母親對其早產新生兒關注行為之探討，護理新象第6卷第3期，頁48—58。童伊迪，早產兒的全程照顧計畫之探討，中華民國新生兒科學會會刊第8卷第2期，頁1—6。詹雅芬、黃美智，一位母親與其早產兒建立依附關係的過程，護理雜誌第44卷第4期，頁70—75。

⁹⁶同註93。

⁹⁷同註93。Ahmann, E. Supporting Fathers' Involvement in Children's Health Care. *Pediatric Nursing*. 2006; 32(1), page 88-90.

⁹⁸同註91。

⁹⁹同註91。

¹⁰⁰施珊汶、李晴玉、郭麗玲，新生兒加護病房中早產兒父母親的壓力調適過程，中華民國早產兒基金會會訊第52期。

¹⁰¹翁新惠、馮容莊、周珞琦、鄭雅慧，早產兒照護之倫理觀點及其影響因素之調查研究--以某醫學中心之極低體重早產兒父母為例，榮總護理第21卷第1期，頁1-9。

¹⁰²同註91。

¹⁰³同註101。

父母認為對子女負有養育成人的責任，父母會將希望與意義寄託在子女身上；父母認為子女應該活得比自己久才合理，否則就違反天理、不公平¹⁰⁴ ¹⁰⁵。因此當子女死亡時，父母會經歷無可彌補的失落，感覺像身上有一部分永久殘缺，如同被截肢¹⁰⁶。孩子死亡後，父母對未來的期望也隨著瓦解，無助感會導致挫折，自覺所有努力建構的夢想都破滅了¹⁰⁷。喪葬過程可以療傷，但台灣習俗中，父母不能祭拜過世子女、未成年者不能舉辦公開喪葬儀式等，都會影響父母療傷止痛¹⁰⁸；而養兒送終的觀念，加上佛教「輪迴」觀念的影響，「我前世造了多少孽，今世才要承受喪子女的懲罰」，這些「迷思」都有礙於療傷¹⁰⁹。然如何協助喪失子女的父母渡過這段生命的痛苦期？美國心理學教授 Neimeyer, R. A.認為諮商人員應該引導父母重建「意義」的價值¹¹⁰；德國學者 Winkel, H.認為，要重視「意義」在復原過程中的重要性¹¹¹。學者 Milo, E.M.研究¹¹²發現，重新找到生命的意義和期待，喪子女母親通常就能再次恢復對生命的知覺。但要重建生命意義，母親必須透過重新定位「我是誰」及接受孩子死亡的事實來修通。當父母能接受子女死亡的事實時，就能釋懷看待子女死亡的意義，在生活中重新得到力量，重建生命意義¹¹³。

¹⁰⁴何賢文、許鶯珠：生命意義的再建構-以喪子女父母為例，生死學研究第6期，頁137-186。

¹⁰⁵張淑芬，喪子悲傷反應及意義治療的應用，軀商與輔導，頁24-27。Stillion, J.M. Death in the lives of adults: responding to the tolling of the bell. In Wass, H./, Neimeyer, R.A. eds. Dying: Facing the Facts, 3thed. 1995, page 303-320.

¹⁰⁶Stillion, J. M. 同註105。

¹⁰⁷張淑芬，同註105。 Inese, W.: "Parental bereavement: The crisis of meaning." Death Studies.2001; 2(1), page51-67.

¹⁰⁸Worden, J.W.著，李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫譯，悲傷輔導與悲傷治療(Grief Counseling & Greil Therapy)。

¹⁰⁹許鶯珠，揮灑生命的色彩，新竹：交通大學學務處諮商中心主題專刊，頁3-16。

¹¹⁰Neimeyer, R.A. : "Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction." Death Studies.2000; 24, page541-558..

¹¹¹Winkel, H.: "A postmodern culture of grief? On individual ization of mourning in Germany. " Mortality, 2001; 1.6 (1), page 65-79.

¹¹²Milo E.M. The death of a child with a developmental disability. In Neimeyer R.A. (Ed.), Meaning Reconstruction and the experience of loss. American Psychological Association.2000, page113-134. 何賢文、許鶯珠，同註104。

¹¹³何賢文、許鶯珠：生命意義的再建構-以喪子女父母為例，生死學研究第6期，頁137-186。

第三節、醫護人員的倫理困境

台灣的早產兒照護，病人有選擇醫師及何種治療的權利。一般醫療實務，重症或極早期早產兒的父母可以選擇「自動出院」或「放棄急救」；但醫護人員只能選擇治療，不能拔管，停止維生系統，除非符合《安寧緩和醫療條例》的末期病人。

「放棄治療」的困難在於社會與法律層面。在尊重生命與尊重父母選擇中並不容易劃出一條清楚的線。而台灣的法界及法律規定又能提供醫護人員何種幫助或抉擇的規臬？法律上並沒有特別將早產兒拿出來規定。台灣有一個對照護早產兒醫護人員的倫理看法之研究¹¹⁴，對「生命的看法」一致性較高的為：1.除了具有心跳、呼吸等生命徵象之外，生命的意義還應具有精神層面。2. 生命如果有限，我會希望減少一些痛苦與折磨。3. 試圖延長生命或為減少痛苦而中止治療，是很難抉擇的。4. 當面臨倫理抉擇困境時，我考慮的只是對早產病嬰是否有最大好處及減少傷害至最低。5. 如果“人”生而不能維持自尊及個性，則只是徒具軀殼而已。另對於照顧重症早產兒「醫護人員倫理困境」的看法一致性較高的為：1. 執行我認為只是“延長死亡”的急救程序。2. 為作非必要的檢驗和治療。3. 仍持續照護需依賴呼吸器維生且恢復機會渺茫的重症早產兒。4. 和父母討論有關“不做心肺復甦術”的情境。5. 雖不同意家屬的看法，卻仍遵照家屬希望的方式。另一研究¹¹⁵發現曾經面臨倫理困境的醫護人員，在倫理規範之行為態度上，有較傾向一致性的看法；引起倫理困境的來源主要是來自早產兒的父母或家屬；醫護人員最大的倫理困境在人力和工作環境上遭到不良的管控。本文認為醫護人員在提供極早期或重症早產兒照護時，對生命存在的意義、生命抉擇的權利、醫療法律的界定與規範等等，直接間接地徘徊在倫理決策的十字路口。

美國最近一項新生兒科醫師對於治療處於生存能力邊緣 (the threshold of viability) 的極早期早產兒的態度與工作看法之研究。結果發現，回覆的醫師中，

¹¹⁴出處已不可考。

¹¹⁵周珞琦、翁新惠、鄭雅慧、馮容莊，醫護人員面對重症早產兒照護之倫理困境與相關因素探討，榮總護理第 19 卷第 2 期，頁 186-198。

約 90%認為懷孕週數 23 週出生的早產兒的治療益處不確定(uncertain benefit);超過 50%認為懷孕週數 24 週出生的早產兒的治療益處不確定。大約 75%會遵照父母的要求，對於不確定治療益處的早產兒不實施(withholding)產房復甦(delivery room resuscitation) ¹¹⁶。

而瑞典最近一項類似的研究發現，回答的新生兒科醫師中(71%, 88 of 124)，68%認為懷孕週數 24 週出生的早產兒的治療是清楚有益處的(clearly beneficial);93%認為懷孕週數 25 週出生的早產兒的治療是清楚有益處的。如果認為治療是清楚有益處的，97%的醫師會實施產房復甦，即使父母要求不實施(withholding)治療。而 94%的醫師認為懷孕週數 23 週出生的早產兒的治療無效(futile);但如果父母要求治療，19%的醫師仍會提供他們認為的無效治療。如果醫師認為治療益處不確定時，當父母要求治療，99%的醫師會實施復甦；當父母意願不確定時(unsure)，99%的醫師會實施復甦；而 25%會遵照父母不實施治療的要求¹¹⁷。

第五章 實務司法案例

第一節、我國司法案例：

我國司法實務中，有幾件母棄嬰依遺棄罪論罪之案例。民法第 1014 條規定直系血親相互間互負扶養之義務。刑法第 294 條第一項:對於無自救力之人，依法令或契約應扶助、養育或保護而遺棄之，或不為其生存所必要之扶助、養育或保護者，處 6 月以上 5 年以下有期徒刑。因而致人於死者，處無期徒刑或 7 年以上有期徒刑；致重傷者，處 3 年以上 10 年以下有期徒刑。

¹¹⁶Peerzada JM, Richardson DK, Burns JP. Delivery room decision-making at the threshold of viability. J Pediatrics .2004; 145, page492– 498.

¹¹⁷Jehanna M., Peerzada, Jens Schollin, Stellan Håkansson. Delivery Room Decision-Making for Extremely Preterm Infants in Sweden. Pediatrics. Vol. 117 No. 6 .June 2006., page 1988 -1995

茲分述如下：

案例一.臺灣高等法院臺中分院刑事判決 90 年度上訴字第 881 號，最高法院刑事判決 90 年度台上字第 5704 號

一、事實：甲、乙二人自民國 86 年間起同居，89 年 5 月 2 日，乙在台中市中國醫藥學院附設醫院產下早產女嬰，女嬰出生後有呼吸性疾病而住進新生兒中重度病房治療。甲、乙知悉後，因深恐無法負擔龐大之醫療費用，竟共同起意將女嬰棄留在該醫院，於 89 年 5 月 5 日擅自離開，而不為女嬰生存所必要之養育及保護，嗣經該院報警而查獲。

二、理由：按直系血親相互間互負扶養之義務，民法第 1014 條定有明文。又遺棄罪之成立，但有法律上扶養義務者，對於無自救力之人，以遺棄之意思，不履行扶養義務時，罪即成立（最高法院 18 年上字第 1457 號判例參照）。是本院 29 年上字第 3777 號判例所稱：「若負有此項義務之人，不盡其義務，而事實上尚有他人為之養育或保護，對於該無自救力人之生命，並不發生危險者，即難成立該條之罪」，所謂事實上尚有其他人為之養育或保護，應指他人依據法令亦負有此義務者而言，否則縱令有不負此義務之人，因憐憫而為事實上之照顧、扶助，該依法負有此義務之人仍應成立遺棄罪。最高法院 87 年度台上字第 2395 號判例闡述甚詳。本件不問私立中國醫藥學院附設醫院是否為事實上之照料，被告甲○○、乙○○均應成立遺棄罪。

上訴人甲因遺棄案件，不服第二審判決，提起上訴三審，上訴駁回。

案例二、臺灣高等法院臺中分院刑事判決 95 年度上訴字第 1036 號

一、事實：被告甲於民國 94 年 5 月 25 日，在中國醫藥大學附設醫院產下 1 名女嬰，該女嬰因疾病而住進新生兒中重度病房，被告甲於生產後 2 日未繳納醫藥費用，逕行離開醫院，將女嬰遺棄於醫院中，嗣經該醫院報警查獲。

二、理由：按刑法第 294 條第 1 項之遺棄罪，是無論積極遺棄行為或消極遺棄行為，均須以被遺棄者處於生存危險之境地，始足當之。依據最高法院 29 年上字第 3777 號著有判例，本件被告甲於住院生產時與該醫院之醫療契約，該醫院既已承諾對甫出生女嬰之醫療，對於該女嬰，當負有診療、治療、保護救治扶助之義務，是本件之女嬰並不因被告甲之不履行其義務而陷於無自救力之狀態，揆諸上揭判例要旨所示，核與刑法第 294 條第 1 項之遺棄罪之構成要件尚有未合。

案例三、臺灣高等法院刑事判決 98 年度上訴字第 2499 號

一、事實：被告甲於民國 97 年 8 月 24 日，在桃園縣「宏其婦幼醫院」產下 1 子，竟於同月 27 日，離開醫院不復返，而遺棄男嬰於醫院。

二、理由：「宏其婦幼醫院」依醫療契約，對於該男嬰即有診療、治療、保護、扶助之義務，甚且尚有隨後獲報出面處理之桃園縣政府社會局相關人員，可為之養育或保護，該男嬰之生命，並不因此發生危險。按刑法第 294 條第 1 項後段之遺棄罪，則僅民事責任問題，即難成立該條之罪，亦有最高法院 23 年度上字第 2259 號、29 年度上字第 3777 號、31 年度上字第 1867 號、87 年度台上字第 2395 號判例意旨可資參照。

討論

刑法第 294 條第 1 項之遺棄罪，可分為積極的遺棄行為及消極的遺棄行為，前者係指以積極之行為，置被遺棄人處於生命危險之境地；後者則指消極地不予生存上所必要之扶助、養育或保護，致使被遺棄者處於生存危險之境地。依最高法院 29 年上字第 3777 號判例，臺灣高等法院臺中分院刑事判決 90 年度上訴字第 881 號，最高法院刑事判決 90 年度台上字第 5704 號皆認為不問收治嬰兒之醫院是否為事實上之照料，遺棄罪之成立，但有法律上扶養義務者，對於無自救力之人，以遺棄之意思，不履行扶養義務時，罪即成立。而臺灣高等法院臺中分院刑事判決 95 年度上訴字第 1036 號及臺灣高等法院刑事判決 98 年度上訴字第 2499 號認為醫院依醫療契約，對於該男嬰即有診療、治療、保護、扶助之義務；

若負有此項義務之人，不盡其義務，而事實上尚有他人為之養育或保護，對於該無自救力人之生命，並不發生危險者，即難成立該條之罪。司法實務對最高法院 29 年上字第 3777 號判例解釋之各異，不諱對加在父母照顧嬰兒的道德負擔及法律責任看法互異。

另有一台灣高等法院檢察署研究討論之案例：甲男與乙女係同居關係，乙女於 79 年 1 月 1 日，在台中市某婦產科診所產下一千公克之早產男嬰，男嬰有呼吸困難現象，轉送至某一教學醫院急救，甲男繳交保證金，為其嬰兒辦妥住院手續，經該醫院診斷，發現先天性心臟病、呼吸窘迫及痙攣等病症，甲男與乙女獲悉上情，因無力負擔龐大醫療費用及男嬰患有疾病，即逃避失聯，致該男嬰被遺留在該醫院。法務部檢察司同意台灣高等法院檢察署之研究意見：甲男與乙女之行為應成立遺棄罪。又若不構成本條項之罪，無異鼓勵、助長此類日益增加之不負責任行為之歪風，豈與本條項之刑事立法政策本旨相符。

本文認為法界很難理解為什麼有父母會放棄自己的孩子？雖然這個孩子因為早產可能腦性麻痺，需要長期治療及復健，但孩子不是自己的財產不能拋棄。但父母真的需要背負極度早產兒一生嗎？極度早產兒生命的意義是什麼？加在父母的道德負擔及法律責任，真能解決父母及孩子現在及未來的問題嗎？還是能進一步轉化昇華為社會共同責任？學生認為新生兒生命保護之法律責任應適時轉移至國家體系，以減少父母照顧嬰兒之負擔及棄嬰、甚至殺嬰之憾事發生。

第二節、美國司法案例：

在美國，1990 年 8 月 17 日，懷孕 23 週的卡拉·米勒(Miller)早產一女(Sidney Miller)，出生體重 615 公克，米勒夫婦考慮後決定放棄治療。休斯頓市的得克薩斯婦科醫院因其醫院的政策為出生體重超過 500 公克的新生兒都要盡力搶救，而拒絕父母的決定。後來，產生嚴重障礙(severe disability)，包括腦性麻痺、聽障、視障，癱臥在床，成了重度殘障。母親於早產兒兩歲時狀告醫院，理由為因為醫院的強制醫療，導致女兒一生受苦。

這案例有一個焦點問題：當早產兒，面臨著不確定的未來時，誰有權決定他的命運？是父母還是醫生？1998年，得克薩斯州休斯頓地方法庭認定醫院有明顯過失，在明知早產兒極可能殘障，仍不顧父母意願，強行為孩子治療，導致現在的結果。醫院不服，提起上訴。2000年12月28日，得克薩斯州第十四上訴法庭駁回休斯頓法庭的判決，認為醫院有責任盡力搶救任何有可能存活的嬰兒。根據得克薩斯州的《預先指示法》，只有當醫生出具書面證明，證明孩子已經死亡，父母才能停止維持孩子生命的治療。2003年3月，米勒夫婦上訴到得克薩斯州最高法院(the Texas Supreme Court)。該院判決申明，在緊急情況下(emergent circumstances)，醫師有特權(privilege)拒絕(overrule)父母的意願(wishes)；是否復甦(resuscitate)極早期早產嬰兒(extremely premature infant)的決定，只有在出生前醫師檢查(examine)嬰兒時，才能決定¹¹⁸。有美學者¹¹⁹認為最高法院的判決意示，出生前不能作出合理的決定；只有在出生實際檢查(examine)嬰兒時，才能告知決定(informed decision)。

這是一個涉及醫學倫理和法律的例子。一個23週大的早產兒，如果不醫治，就會死亡，而如果進行搶救，即使活下來，也幾乎可能是腦性麻痺，重度殘障。嬰兒的父母想讓她自然死亡，但醫院堅持救人。問題是究竟誰有權決定這個孩子的生死？誰有權剝奪其生存的權利？誰有權決定不管重殘與否，這個孩子都要活下去？是父母？醫生？法官？還是早產兒本人？有決定權人是否濫用權利？依據我國民法第1086條第1項規定：「父母為未成年子女之法定代理人。」但如果父母為子女所做的決定，違背了一般常情的合理判斷，可能造成子女損害時，父母的行為就可能構成濫用親權¹²⁰。同條第2項規定：父母之行為與未成年子女之利益相反，依法不得代理時，法院得依父母、未成年子女、主管機關、社

¹¹⁸參見Miller v. HCA, Inc. SW 3rd, 2003;118(75).

¹¹⁹Annas, G.J. "Extremely preterm birth and parental authority to refuse treatment—the case of Sidney Miller." *New England Journal of Medicine*. 2004; 351(20), page2118–2123.

¹²⁰Peter A. Singer編著，蔡甫昌編譯，*臨床生命倫理學*，頁88-90。

會福利機構或其他利害關係人之聲請或依職權，為子女選任特別代理人。另依據民法第 1090 條規定：父母之一方濫用其對於子女之權利時，法院得依請求或依職權，為子女之利益，宣告停止其權利之全部或一部。英美有法定的舉報責任制度，規定兒童教養人員，醫護人員，社會福利工作人員等負有舉報之責任，我國也有類似之規定¹²¹。而我國兒童及少年福利與權益保障法(未滿 18 歲者)第 56 條規定，兒童及少年有立即接受診治之必要，而未就醫，非立即給予保護、安置或為其他處置，其生命、身體或自由有立即之危險或有危險之虞者。直轄市、縣(市)主管機關應基於兒童及少年最佳利益，經多元評估後加強必要之緊急保護、安置或為其他必要之處置。又依據該法第 53 條規定，醫事人員於執行業務時知悉兒童及少年有第 56 條第 1 項各款之情形。應立即向直轄市、縣(市)主管機關通報，至遲不得超過 24 小時。

本人認為兒童及少年福利與權益保障法第 56 條規定之前提：「兒童及少年有立即接受診治之必要，而未就醫。」在臺灣，已經在醫院的極度早產兒將產生爭議，父母想放棄診治，但醫師認為有立即接受診治之必要，堅持救人。剛產出在產房產台上，尚未辦住院手續轉入加護病房的新生兒，在法律上是否為「未就醫」的情況？本文認為父母拒絕新生兒辦住院手續，在法律上即不同意與該醫院成立醫療契約，即為「未就醫」，醫師最多只有向當地主管機關通報之義務，而無違反父母意願，強制診治之權利。即使認為在醫院產台的新生兒即為事實上已就醫，則應依民法第 1086 條第 2 項規定，向法院聲請為新生兒選任特別代理人，醫師也無違反父母意願，強制診治之權利。

第六章 我國極早期早產兒之法律地位及難題

第一節、我國法律上之生命權

¹²¹Peter A. Singer 編著，蔡甫昌編譯，臨床生命倫理學，頁 88-90。

第一項、憲法

聯合國的「世界人權宣言」第1條：「人人生而自由，在尊嚴和權利上一律平等。」第3條：「所有人皆享有生命、自由與人身安全。」¹²²德國基本法第1條第1項規定：「人性尊嚴(Menschenwuerde) 不可侵犯，尊重及保護此種尊嚴為國家所有機關之義務。」及第2條第2項第1句規定：「所有人有生命權(Recht auf Leben)及身體不受傷害權。」¹²³日本國憲法第13條規定：「所有國民以個人之身分受尊重。」規定生命、自由與追求幸福為國民權，學者稱為「幸福追求權」。¹²⁴我國憲法中並無明文保障「人性尊嚴」及關於生命權之規定，大法官李震山認為「生命權是人性…關於生命權之保障應合併憲法第8條與憲法第15條，內涵上尚包括身體權。」¹²⁵我國憲法第8條：「人民身體之自由應予保障。」第15條：「人民之生存權，工作權及財產權，應予保障。」依據大法官會議釋字第476號解釋：「人民身體之自由與生存權應予保障，固為《憲法》第8條、第15條所明定。」大法官李震山論及「有主張以憲法第15條之『生存權』為依據，有主張以憲法第22條之概括規定為依據。」大法官李震山認為「生命權是憲法中不成文之基本權利，先於憲法存在之自然權，不待憲法規定，國家即需保障。」¹²⁶「生命權與憲法第15條之『生存權』應有所區隔若能由憲法明文列舉保障最佳。」又認為「生命尊嚴包含生命權之保障和人性尊嚴，即除了生命權應受保障外，尚應擴及生命的過程中，人性尊嚴獲得尊重。」¹²⁶

第二項、民法

民法第6條：「人之權利能力，始於出生，終於死亡。」在民法上，出生有五種學說：陣痛說、一部露出說、全部產生說、斷帶說和獨立呼吸說。而就各國主要立法例而言，大致是採取以完全出生，及胎兒完全自母體產出為標準，例如德國

¹²²網站：United Nations，網址：<http://www.un.org/>，瀏覽下載日期：2007年4月16日。

¹²³德國聯邦基本法。李震山，多元、寬容與人權保障-以憲法未列舉權之保障為中心，頁99-100。

¹²⁴渋谷秀樹，憲法，有斐閣，頁172-173。

¹²⁵李震山，人性尊嚴與人權保障，頁91；生命權，法學講座第22期，頁12-13。

¹²⁶李震山，同註123，頁99-100,120；同註125。

民法第 1 條規定「始於出生之完成」（Vollendung der Geburt），瑞士民法第 31 條規定「完全出生而活產」（mit dem Leben nach der vollendeten Geburt）為權利能力的始期¹²⁷。「出生」我國目前實務上採獨立呼吸說，即胎兒與母體完全分離，而能獨立呼吸，保有生命，即同時符合「出」與「生」兩個要件，才能叫「出」「生」¹²⁸。法醫學上將死亡嬰兒解剖後的肺部浸在水中，如有氣泡，可認為曾經呼吸過，係活產¹²⁹。所以以自然人之身分成為民法之權利主體，須以出生為要¹³⁰。在我國的民法上，胎兒只要出生而且活產即取得權利能力，至於是否為早產或身體畸形殘缺，對於權利能力並無影響¹³¹。民法第 7 條：「胎兒以將來非死產者為限，關其個人利益之保護，視為既已出生。」胎兒之權利能力，性質上為「部分權利能力」，而非「一般權利能力」，與權利主體之自然人並不相同¹³²。民法第 1166 條：「胎兒為繼承人時，非保留其應繼分，他繼承人不得分割遺產。胎兒關於遺產之分割，以其母為代理人。」胎兒民法上的權利和法益受到保護¹³³，民事訴訟法第 40 條第 2 項規定：「胎兒關於其可享受之利益，有當事人能力。」民法上胎兒亦可請求損害賠償¹³⁴。目前對胎兒權利有法定解除條件說和法定停止條件說：我國通說採「法定解除條件說」¹³⁵，胎兒自受胎起自始享有部分的權利，而以死產為解除條件，而溯及喪失其能力¹³⁶。民法第 1062 條規定，「從子女出生日回溯第 181 日起至第 302 日止，為受胎期間。能證明受胎回溯在前項第 181 日以前或第 302 日以前者，以其期間為受胎期間。」此係婚生推定。由此可知，

¹²⁷施啟揚，民法總則，頁71頁。

¹²⁸王澤鑑，民法總則，頁111。施啟揚，同註127書，頁67。

¹²⁹同前註。

¹³⁰王伯琦，民法總則，頁44。

¹³¹施啟揚，同註127書，頁67。

¹³²施啟揚，同註127書，頁59-68。

¹³³沈銀和，生與死之法律觀，醫事法學第2卷第1、2、3期合訂本，頁101。

¹³⁴曾育裕，醫護法規，頁 11-17。

¹³⁵同前註。

¹³⁶王澤鑑，同註128書，頁115。

若回溯在第 181 日以內受胎，即民法上不當然認定為婚生父與子女關係。民法上對婚生之推定，是否是出於受胎第 181 日以內(懷孕約 25.7 週以前)既已自然娩出，認為根本無出生為人之可能？

再則關於死亡，死亡可分為「自然死亡」和「宣告死亡」。就自然死亡而言，一般有心臟跳動停止說、呼吸停止說、瞳孔放大說和腦死說等四種認定標準。傳統的法學理論多以綜合判斷說為依據，即綜合呼吸停止、心臟跳動停止及瞳孔放大三要件作為死亡確定的時期，我國民刑法對死亡定義亦採此說¹³⁷。而自活體器官移植手術，器官捐贈者的死亡時間點必須依衛生署發布的腦死判定準則，依法定程序，以腦死來判定¹³⁸。

第三項、刑法

我國刑法關於胎兒生命權之保障，為第288條到292條之墮胎罪，不構成殺人罪。墮胎罪之保護客體乃是母親體內胎兒，而墮胎罪所要保護的法益主要是胎兒生命。¹³⁹刑法第288條：「懷胎婦女服藥或以他法墮胎者，處六月以下有期徒刑、拘役或一百元以下罰金。懷胎婦女聽從他人墮胎者，亦同。」墮胎罪保護的是胎兒，以故意為限，且不處罰未遂。通說見解為胎兒生命始點始自受精卵著床於子宮之程序完成之時，通常是在精卵結合的第14天¹⁴⁰。醫學上胎兒受孕9週後(約為妊娠(懷孕)週數11週)初具人形，為胎兒時期之始點¹⁴¹，故有學者認為八星期前的胚胎尚未成為人形者，即不應成為墮胎的對象，故不構成犯罪¹⁴²。而對於胎兒生命保護之終點，有以胎兒具有獨立存活能力為止¹⁴³，或以分娩程序開始之時為準¹⁴⁴兩種學說。我國學界係以分娩程序開始之時為通說，即係人的生命始點，故胎

¹³⁷王富茂，也談死亡之法律定義，醫事法學第1卷第2期，頁66。

¹³⁸人體器官移植條例第4條。

¹³⁹林山田，刑法各罪論(上)，頁114。

¹⁴⁰林山田，同前註，頁115-6。

¹⁴¹同註6書，page 38.

¹⁴²蔡墩銘，法律與醫事，頁24。

¹⁴³甘添貴，體系刑法各論(上)，頁147。

¹⁴⁴林山田，同註139書，頁83。

兒階段之終點，應在事實上與人生命之始點相連貫¹⁴⁵。然我國刑法以往判例對出生的認定似亦支持獨立呼吸說。通說認為刑法第277條傷害罪與第284條過失傷害罪之行為客體為「人」，而不包括「胎兒」。最高法院20年上字1092號曾認為：「過失致人死之罪，係以生存之人為被害客體，故未經產生之胎兒，固不在其列，即令一部產出尚不能獨立呼吸，仍屬母體之一部分，如有加害行為，亦祇對於懷胎婦女負相當罪責。」可見最高法院對出生的認定是採取獨立呼吸說。故胎兒雖就其生命受到刑法之保護，但其與人為權利主體所受到權利保障，仍有所不同¹⁴⁶。司法界將「獨立呼吸」定義為死亡胎兒解剖後的肺部浸在水中，如有氣泡，可認為曾經呼吸過，係活產曾出生為人。但醫學上胎兒受孕12週後(約為懷孕週數14週)開始有氣管等肺部組織，受孕13-14週後(約為懷孕週數15-16週)有呼吸動作，受孕20-24週後(約為懷孕週數22-26週)有氣囊及肺泡組織，但受孕20-24週(約為懷孕週數22-26週)前無法提供有效之氣體交換¹⁴⁷。故實務上只要產出後經過急救(給于氧氣、刺激、或氣管插管等)，懷孕週數14週後的胎兒肺部即可能有氣泡，豈非胎皆活產，皆出生為人？但懷孕週數22-26週前無法提供有效之氣體交換，若不急救，豈能「獨立呼吸」，保有生命？本文認為法學與醫學上的差異，差之毫釐，失之千里。司法界對「獨立呼吸」的解剖定義實有檢討修正之必要。

第四項、優生保健法

就此議題，學界主要在探討胚胎或胎兒是否為人，或在何種條件下胚胎或胎兒可以被視為人，如是否須以出生、具獨立生存能力、有知覺或腦部發育等為判斷標準¹⁴⁸。醫學上胎兒受孕8週後(約為懷孕週數10週)有神經系統大致結構，受孕6個月後(約為懷孕週數26週)神經元網絡系統完成，但仍繼續分化，懷孕第三期後(懷

¹⁴⁵林山田，同註139書，頁117。

¹⁴⁶林山田，同註139書，頁120。

¹⁴⁷同註6書，page 38。

¹⁴⁸Steinbock, B.:" Reproduction, Ethics, Moral Status of the Fetus. "In Murray ,T. H./ Mehlman ,M. J. Ethical, Legal and Policy Issues in Biotechnology. John Wiley & Sons Inc. 2000, page947-956. 牛惠之，雷文玫，生物科技發展脈絡下之胚胎議題——一個法規範穩定思維的觀點。

孕29週以上)，開始對外在刺激有反應，如心跳加快、或身體移動，至足月時大腦結構才發育完整¹⁴⁹。有學者認為¹⁵⁰，受孕後第14天起，受精卵開始發育腦及神經系統生命系統的基本部份，為胎兒之始期，而至受孕後約第24週（6個月），胎兒已具有獨立存活能力（Viability），胎兒其獨立存活之可能性與其他早產兒或須藉助人工呼叫器之病人，實無差異，為「人」之始期，此即「獨立存活之可能性說」。有醫師認為應考慮是否有思考能力，懷孕第24至27週大腦皮質（cerebral cortex）開始發育，腦波則要到第30週¹⁵¹。通常懷孕24到28週後，胎兒已具有在母體外獨立存活能力（Viability），雖未出生，但法律基於保護潛在人類生命為由，原則上禁止墮胎行為¹⁵²。在未出生之前，胚胎或胎兒存活的利益與母親利益衝突時，原則上應以母親利益為優先；除非已發展出具有獨立存活能力或有基於法律加以限制的特殊理由¹⁵³。法界學者以受孕後約第24週（6個月）為「人」之始期，即「獨立存活之可能性說」，本文認為即為與出生的認定採取獨立呼吸說相呼應，我國出生認定採獨立呼吸說應呼應「獨立存活之可能性說」，實務上不應以法醫學解剖之定義科責。

我國優生保健法第4條：「稱人工流產者，謂經醫學上認定胎兒在母體外不能自然保持其生命之期間內，以醫學技術，使胎兒及其附屬物排除於母體外之方法。」該法施行細則第15條：「人工流產應於妊娠二十四週內施行。」但屬於醫療行為者，不在此限。「死胎」與「死產」同，不受法律之保護，因此以人工方法把死胎排出母體外，並無刑法288條墮胎罪之問題。但如為活胎，除了符合優生保健法之外，仍將被認定成立墮胎罪。因此，我國優生保健法之規定是否即認為胎兒在母體外不能自然保持其生命之期間內為妊娠(懷孕)24週內？有學者就優生保健法討論，認為目前醫界所認定之不能自然保持生命之胎兒，乃指懷孕未滿24週之

¹⁴⁹同註6書, page 38。

¹⁵⁰甘添貴，人工流產與殺害嬰兒，台灣本土法學第19期，頁116~117。王皇玉，墮胎行為胎兒未死亡之探討，頁210。

¹⁵¹高添富，殘蝕了誰的理性——關於墮胎的科學思考。

¹⁵²同註148。

¹⁵³牛惠之，雷文玫，同註148。

胎兒而言¹⁵⁴。法律實務上，是否可以類推胎兒在妊娠(懷孕)24週以前自然娩出，即視為胎兒在母體外不能自然保持其生命，而認為其不能獨立呼吸，而未「出生」，不具人之權利能力？是否同「死產」，不受法律之保護？而醫護人員或父母是否可以放棄救治？不受法律之追訴？優生保健法第九條：「懷孕婦女經診斷或證明有左列情事之一者，得依其自願，施行人工流產：第六項：因懷孕或生產將影響其心理健康或家庭生活者。」最高法院92年度台上字第1057號判決表示婦女有決定施行人工流產「權利」後，有學者認為婦女得依法依其自願選擇施行人工流產手術之權利，為新興之人格法益，係符合憲法基本權與人性尊嚴¹⁵⁵，而稱其為「生育決定權」¹⁵⁶；實務見解¹⁵⁷認為，依優生保健法所為之人工流產行為，係為刑法第21條規定「依法令之行為，不罰」之依法令行為，而阻卻違法；優生保健法對母親墮胎權利之確立，是否類同為：在胎兒未出生之前，原則上母親自主權優先於胎兒生命權；除非已發展出脫離母體後具有獨立存活之能力，即妊娠(懷孕)大於24週後，胎兒生命權將優先於母親自主權？但若胎兒在妊娠(懷孕)24週以前(即我國優生保健法認為胎兒在母體外不能自然保持其生命之期間內)已自然娩出，是否可以類推母親自主權優先於「胎兒」生命權？娩出前父母可以放棄，娩出後卻需救治，其救治的意欲何在？父母可以放棄救治嗎？

第五項、極早期早產兒之醫療、法律與倫理爭議

我國憲法第15條：「人民之生存權，工作權及財產權，應予保障。」第三條：「具有中華民國國籍者為中華民國國民。」國籍法第二章、國籍之取得第2條：「有下列各款情形之一者，屬中華民國國籍：一、出生時父或母為中華民國國民。三、出生於中華民國領域內，父母均無可考，或均無國籍者。」若胎兒在妊娠24週以前自然娩出，卻視為胎兒在母體外不能自然保持其生命而認為其未「出生」，

¹⁵⁴王皇玉，同註150，頁205。

¹⁵⁵王澤鑑，財產上損害賠償(二)--為新生命而負責：人之尊嚴與損害概念，月旦法學雜誌，第131期，頁139~141。

¹⁵⁶王澤鑑，人格權保護的課題與展望(三)--人格權的具體化及保護範圍(1)，台灣本土法學雜誌，第83期，頁60~62。

¹⁵⁷參見最高法院90年度台上字第468號判決，高等法院85年度重上字第464號判決。

非中華民國國民，不受憲法之保障，國家、醫師、父母是否可以放棄救治？若其因救治而活下來是否認定為中華民國國民？受憲法之保障？如果極早期早產兒不符合活產「獨立呼吸」的標準(醫學上懷孕週數 22-26 週前，肺部無法提供有效之氣體交換)，其是否失去生存權？如果早產兒符合活產標準，其生存權即為其基本權利，因此「代為決定是否放棄或救治」必須為了其「最佳利益」。但早產兒無法自己表達，什麼是其「最佳利益」？如果，明知極度早產兒現在有或將來極可能有重度殘疾，誰有權決定他(她)的「最佳利益」？

醫界「希波克拉底誓言」(The Hippocratic Oath) 要求：「應盡自己的知識與能力醫治病人，不得有越分的醫療行為，並堅守品性與道德規範。」¹⁵⁸ 臨床醫學倫理的基本原則主要有六項¹⁵⁹：第一是行善原則(Beneficence)，即醫師應盡其所能延長病人的生命及減輕其痛苦。第二是誠信原則(Veracity)，即醫師對其病人要「以誠信相待」。第三是自主原則(Autonomy)，即病患對診療有自主決定權。第四是不傷害原則(Nonmaleficence)，即醫師應盡所能避免病人承受不必要的身心傷害。第五是保密原則(Confidentiality)，即醫師應對病人的病情保密。第六是公義原則(Justice)，即醫師面對有限的醫療資源，應考量社會公平、正義，合理分配給真正需要的人。然而關於「行善原則」，醫療人員是否在任何狀況下，都要盡其所能延長早產兒的生命？是否如此將增加其痛苦？則可爭議討論。關於「不傷害原則」，如果某種治療可能對早產兒造成傷害，是否可以不予或停止此種治療？「自主原則」，早產兒無法行使同意與否，父母做為其決定代理人，應該基於孩子的最佳利益為孩子決定同意或拒絕治療¹⁶⁰。但什麼是孩子的最佳利益？醫師認為診療所需，而父母不同意，是否醫師應該放棄？誰有權替早產兒做決定？美國小兒科醫學會(American Academy of Pediatrics)認為醫師及幼兒父母共同有責任

¹⁵⁸Hippocratic Oath. Microsoft Encarta Encyclopedia 5thed. 2000, page 1993~1999. New York: Oxford University Press.2001.

¹⁵⁹Singer,P. A.編著，蔡甫昌編譯，同註121書，頁7-9。Beauchamp,T. L./ Childress ,James. F. Principles of Biomedical Ethics, 5thed. New York: Oxford University Press. 2001.

¹⁶⁰Singer,P. A.編著，蔡甫昌編譯，同註121書，頁82-84。Erien, J.A. The child's choice: an essential component in treatment decisions. Child Health Care .1987; 15, page156-60.

為年幼病患作出符合其最佳利益的決定。¹⁶¹我國醫療法第 63 條規定：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。」故對於早產兒侵入性檢查或治療，應明白告知父母後同意。因此在我國，除了在緊急情況無法即時獲得父母同意之外，如果未經同意權人同意而實施醫療行為，則可能構成刑法上的傷害罪，並且可能在民事上構成侵權行為。再則「公義原則」，面對存活率低有各種嚴重後遺症的極早期早產兒，醫師是否應將有限醫療資源合理分配給其他有真正需要的人？關於這些早產兒之醫療、法律與倫理爭議，法律學者見解或實務是否能提供更清楚能依循的法律規範？

第二節、無效醫療

第一項、無效醫療的定義

無效醫療¹⁶²的英文是「medical futility」、「futile medical treatment」或「non-beneficial medical treatment」。「utility」一字源於拉丁文「utilis」為「易漏的」之意。無效醫療一詞，首先於1990年由 Schneiderman 等人提出¹⁶³。其實早在古希臘、羅馬時代，“醫學之父”希波克拉底(Hippocrates，約西元前460-377)和柏拉圖(Plato)等人，就已經提及無效醫療的概念。無效醫療有定義為：「任何對於病人無法提供治療、康復或緩解效力的醫療行為¹⁶⁴。」無效醫療可分為「質」與「量」兩方面，「質」(qualitatively futile)是指醫療並不能改善病人的病情，如治療

¹⁶¹Matthews, G.R. Children's conceptions of illness and death. In: Kopelman, L.M./ Moskop, J.C. editors. Children and health care: moral and social issues. 1989, page 133-146.

¹⁶²陳祖裕，無效醫療，醫療倫理諮詢-理論與實務，頁260-71。

¹⁶³Schneiderman, L.J./ Jecker, N.S./ Jonsen, A.R.: "Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications." Ann Intern Med. 1990; 112, page.949-954.

¹⁶⁴同註162書。

「僅是維持永無意識的生命狀態，或得永遠完全仰賴重症照護」；「量」(quantitatively futile)是指醫療對病人無法產生療效，如醫學文獻中，「實證醫學」臨床研究證明，某些治療對某些情況不具療效，並建議不宜使用¹⁶⁵。基於臨床醫學倫理的基本原則之行善原則和不傷害原則，對於罹病末期病人，如果不顧治療效益而一味給予積極的治療，非但不能提供助益，可能還會增加其痛苦，或產生副作用、併發症，及失去尊嚴。無效醫療可能造成醫療浪費，進而排擠而造成醫療資源分配不均，也違背正義原則¹⁶⁶。

第二項、無效醫療的爭議

Schneiderman「無效醫療」概念的提出，旨在「凌駕病患自主權之上，使醫師得以在不經病患同意的情況下，不給予或撤除被視為不適當的治療」¹⁶⁷。但此論點，與臨床醫學倫理的基本原則之「尊重自主原則」相違背。無效醫療概念也可能影響宗教信仰的自由，如新約聖經提及的神蹟治病。在美國，法院大多會支持醫師對無效醫療的不給予或撤除，但醫師仍可能要先取得其家屬或法定代理人同意¹⁶⁸。而目前我國有關「無效」的定義，仍未有醫學或社會、法律上的共識。對實際案例如何界定是否為無效醫療，即使符合「實證醫學」的統計結果，也常常引起爭議。我國與無效醫療較有相關的法令是《安寧緩和醫療條例》對末期病人不施行心肺復甦術(do-not-resuscitate, DNR)，原施予之心肺復甦術得予終止或撤除之法律條文¹⁶⁹。末期病人是指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。本文認為此條文末期病人之定義即對「無效醫療」之肯認，無效醫療才有末期病人之可能。但條文中強調必須遵照病人或親屬之意願。再者《安寧緩和醫療條例》仍為末期病人

¹⁶⁵Schneiderman, L.J./ Jecker, N.S./ Jonsen, A.R.: "Medical Futility: Response to Critiques." Ann Intern Med. 1996; 125, page.669-674.

¹⁶⁶同註162書。

¹⁶⁷Singer, P. A. 編著，蔡甫昌編譯，同註121書，頁7-9。Schneiderman, L.J./ Jecker, N.S./ Jonsen, A.R. 同註173。

¹⁶⁸同註162書。

¹⁶⁹參照民國 100 年 01 月 26 日《安寧緩和醫療條例》修正條例。

施予緩解性、支持性之醫療照護，只是不施行、終止或撤除心肺復甦術，和「無效醫療」之不給予或撤除被視為無效的治療仍有所差異。而其他的情況下，如植物人，法律上沒有允許不予或撤除醫療¹⁷⁰。法律上何謂「罹患嚴重傷病」？2009年9月起，健保給付安寧療護從原來的癌症末期、漸凍人，納入八大類非癌的末期重症患者，包括「老年期及初老期器質性精神病態（重度失智）」、「其他大腦變質（如嚴重中風、嚴重腦傷）」、「心臟衰竭」、「慢性氣道阻塞（慢性阻塞性肺病）」、「肺部其他疾病」、「慢性肝病及肝硬化」、「急性腎衰竭」及「慢性腎衰竭及腎衰竭」等末期病人。極早期早產兒的「極早期早產」本身是否等同於罹患「嚴重傷病」？本文認為尚需釐清。

如果「極早期早產」本身等同於罹患「嚴重傷病」或醫師可自為診斷認定為罹患「嚴重傷病」，如以「肺部其他疾病」之診斷，則極早期早產兒一娩出後，醫師認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者（目前醫學上認為懷孕週數小於二十三週或出生體重小於四百公克之新生兒，醫師可不施行心肺復甦術）¹⁷¹，且經父母同意後，即可以不施行、終止或撤除心肺復甦術，而無法律上之責任？

第三節、放棄急救

第一項、放棄急救的法源

拯救生命是醫護人員的職責，但是生命的品質呢？對於末期病人急救的意義為何？1976年，美國加州通過《自然死法案》(Natural Death Act)，推行「生前預囑」(living wills);在病人臨終時，生命的品質優於生命的延長，醫師應尊重病人意願，讓病人有尊嚴的死 (die indignity)或安詳的往生 (peaceful death)，此符合臨床醫學倫理的行善、不傷害及病人自主等三大原則¹⁷²。1987年，世界衛生組織 (WHO)

¹⁷⁰同註162書。

¹⁷¹同註9。台灣新生兒科醫學會制定之「新生兒高級急救救命術」講義。

¹⁷²同註162書。

定義「緩和醫療」的原則¹⁷³：1.舒解病人疼痛和不適症狀。(Provides relief from pain and other distressing symptoms) 2.重視生命並認同死亡是正常過程。(Affirms life and regards dying as a normal process) 3.既不加速也不延後死亡。(Intends neither to hasten or postpone death) 4.提供支持系統，幫助病人生活儘可能充滿活力直至死亡。(Offers a support system to help patients live as actively as possible until death) 5.調合病人心靈層面的照顧。

我國為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，民國 89 年制定《安寧緩和醫療條例》¹⁷⁴。不施予心肺復甦術 (do-not-resuscitate, DNR)主要是針對末期病人的不施予急救措施，以維護其生命品質。心肺復甦術(cardiopulmonary resuscitation, CPR)指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為¹⁷⁵。簽立不施予心肺復甦術時，有三項考量：(1)心肺復甦術是無效的，即雖然此次救回，但不久又會心肺衰竭。(2)病人的意願。(3)救回之後，病人的生活品質¹⁷⁶。《安寧緩和醫療條例》第七條：「不施行心肺復甦術，應符合下列規定：一、應由二位醫師診斷確為末期病人。二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。」及條文第八條：「醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情時，應予告知。」臨床上，應請其或法定代理人簽署「預立不施予心肺復甦術意願書」。但是，之前若末期病人已經實施急救措施，之後希望撤除或終止呼吸器等維生系統，則無法如願。民國 100 年 01 月 26 日《安寧緩和醫療條例》修正條例第 7 條條文已增列「原施予之心肺復甦術，得經醫療委任代理

¹⁷³ WHO 對緩和照顧的定義，網站：WHO，網址：<http://www.un.org/URL=http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>，瀏覽下載日期：2008 年 10 月。陳榮基，臨終關懷與安寧療護，應用倫理學通訊第八期，頁 13-16。

¹⁷⁴陳榮基，安寧緩和醫療條例宣導，安寧基金會。

¹⁷⁵參見安寧緩和醫療條例第 3 條條文。

¹⁷⁶Jonsen, A.R./ Siegler, M./ Winslade, W.J. Clinical ethics, 4th ed. New York: McGraw Hill. 1998

人或第四項第一款至第三款之親屬一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術同意書，並經該醫療機構之醫學倫理委員會審查通過後，予以終止或撤除心肺復甦術。」末期的早產兒似乎可依據此修正條文拔管，「放棄治療」，停止維生系統；但若是嚴重傷病且不可治癒，但不會近期死亡，如嚴重缺血缺氧腦病變或無腦兒，則不可停止維生系統。

第二項、放棄急救的困境

醫界希波克拉底誓言(The Hippocratic Oath)要求「我會依自己的能力、診斷、治療病人，絕對不會傷害、虐待他們。我不會把毒藥給人，就算他跟我要¹⁷⁷。」美國亞利桑那大學的溫斯坦(Louis Weinstein)醫生提出「改良」版論點為「人命關天，我會永遠尊重並謹記；在某些情況下，終結生命是錯的；在另一些情況下，是消極的；而在另一些情況下，是大愛的行為¹⁷⁸。」放棄急救要考慮到孩子父母的因素，實際上，每一家醫院或醫師的做法可能都不同。醫院或醫師常缺乏臨終急救告知的策略，包括面對家屬的真相告知及臨終是否急救的抉擇，使得不施予心肺復甦術的告知成為臨床醫護人員的困境¹⁷⁹。對於治療無望的孩子加護治療什麼時候該停止？有學者認為，尊敬孩子並不同即使治療無望，都必須給孩子加護治療，企圖延長他的生命；我們應評估何時治療將變成徒勞無功而虐人；如果治療的害處多於益處，應學習適可而止¹⁸⁰。

第三項、我國放棄急救的法律問題

¹⁷⁷Temkin ,O. Hippocrates in a World of Pagans and Christians. Bal-timore: Johns Hopkins University Press. 1991, page21.

¹⁷⁸Journal of American Medical Association 1991; 265, page2484.

¹⁷⁹蔣欣欣、蘇逸玲、余玉眉、彭美慈，臨床護理倫理困境之研究，榮清陽合作研究計畫報告書。許禮安，病情世界初探-由病情告知談起，安寧療護雜誌，第7卷第3期，頁 239-251。蔣欣欣、蘇逸玲，不施予心肺復甦術的倫理議題，醫療倫理諮詢-理論與實務，頁217-231。

¹⁸⁰John Wyatt著，同註26書，頁265- 274。

我國醫療法第 60 條規定：「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」但何謂「適當急救」？何謂「必要措施」？尤其對於極早期早產兒如何認定。極早期早產兒帶來父母極大的困境，甚是一輩子的負擔，若父母意欲放棄嬰兒，即可放棄嗎？「極早期早產」本身是否等同於罹患「嚴重傷病」的末期病人？預期嬰兒將要極早產，父母是否可以共同簽署同意書，嬰兒一出生在產台上，即放棄急救不施行心肺復甦術，本文認為極有爭議，尚需釐清。或者原本要引產放棄的胎兒，出生後有生命徵兆，醫生要不要救治？若醫生得父母同意而不救治，則依法可能成立刑法之遺棄罪或殺人罪？父母可能成立刑法之遺棄罪或殺人罪或母殺嬰罪？如予救治，對父母甚至嬰兒而言，豈非多受折磨¹⁸¹。病人有生命及身體自主權，任何醫療行為必須向病人或其家屬說明並取得同意，才能為之，即「知情同意」原則(principle of informed consent)；除非待其同意時，已可能有生命危險之緊急情況下，才能先為之，如醫療法第 60 條、醫師法第 21 條所規定：「醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」護理人員法第 26 條規定：「護理人員執行業務時，遇有病人危急，應立即連絡醫師。但必要時，得先行給予緊急救護處理。」。如果病人已拒絕醫護人員的救治，醫護人員就沒有法律上的救治義務，除非是在某些涉及公共利益的事項上，法律課予醫護人員強制治療的法定義務，例如，醫師或醫院有權或義務依傳染病防治法、後天免疫缺乏症候群防治條例、精神衛生法，必要時得予以強制治療。病人拒絕治療，如果醫護人員違反病人意願治療，可能構成侵權行為、妨害自由或傷害罪¹⁸²。所以，在病人知情同意前提下，病人自願終止治療契約，解除醫護人員的治療義務，醫護人員無延長垂死病人生命繼續救治之義務，這是可接受的¹⁸³。

「故意」與「過失」是刑法規定的責任條件。刑法第 12 條：「行為非出於故意或

¹⁸¹張家琦，人工流產的法、理、情—墮胎邊緣，法律與你系列，頁 144。

¹⁸²Singer, P.A. 編著，蔡甫昌編譯，同註 125 書，頁 40-41。

¹⁸³吳建昌，安樂死法理學基礎之探討，醫事法學第 7 卷第 2 期，頁 15。

過失者，不罰。過失行為之處罰，以有特別規定者，為限。」醫護人員，極少有故意犯罪的可能，如果「極早期早產兒」本身如果不等同於罹患「嚴重傷病」的末期病人，醫療人員配合父母要求任令早產兒死亡，可能成立刑法之故意殺人；或者因父母為早產兒之法定代理人，醫療人員的行為只構成刑法第275條後段規定的「受其囑託或得其承諾而殺之」，應接受一年以上七年以下有期徒刑？但另一方面，醫療過失係指醫療人員違反客觀上必要之注意義務而言。刑法上過失是「按其情節應注意，並能注意，而不注意」，其內容包括客觀之預見義務與客觀迴避義務，前者為後者之前提，有無此義務以客觀之可能性為斷¹⁸⁴。醫療行為有其特殊性，容許相當程度之風險，應以醫療當時臨床醫療實踐之醫療水準判斷是否違反注意義務。原則上醫學中心之醫療水準高於區域醫院，區域醫院又高於地區醫院，一般診所最後；專科醫師高於非專科醫師。尚不得一律以醫學中心之醫療水準資為判斷標準¹⁸⁵。如果以當時臨床醫療實踐之醫療水準，極早期早產兒極不可能存活也不建議救治，父母不同意救治，是否醫療人員棄置極早期早產兒不救治可排除法律責任？合法之醫療行為必須具備三項條件：(1)以醫學上所認可的方法實施。(2)必須合乎當時的醫療水準。(3)必須取得患者或法定代理人的同意¹⁸⁶。醫療水準標準可分為1、地方標準說：即當地醫療資源與醫療水準。2、國家標準說：即醫界所公認之「醫療常規」。3、世界標準說：即消費者保護法第七條第一項所謂之「符合當時科技或專業水準」¹⁸⁷。醫療糾紛鑑定作業要點第16條：「醫事鑑定小組委員及初審醫師，對於鑑定案件，應就委託鑑定機關提供之相關卷證資料，基於醫學知識與醫療常規，並衡酌當地醫療資源與醫療水準，提供公正、客觀之意見，不得為虛偽之陳述或鑑定¹⁸⁸。」可知我國醫療人員應負法律責任之醫療水準乃國家標準說和地方標準說之折衷。所以醫界不建議救治之

¹⁸⁴劉文瑢，醫事法要義，頁261。

¹⁸⁵參見最高法院95年度台上字第3884號刑事判決。

¹⁸⁶林志六，醫療行為的本質，台灣法律網。

¹⁸⁷林萍章，由實證研究看醫療過失刑事責任。

¹⁸⁸參見醫療糾紛鑑定作業要點。

極早期早產兒且父母也不同意救治，醫療人員應可排除法律責任？再論，父母執意治療時，但依當時臨床醫療實踐治療早產兒之醫療水準，醫師認為治療已經無效而欲放棄，醫療人員是否可排除法律責任¹⁸⁹？依據《安寧緩和醫療條例》，就算早產兒為末期病人，仍應施予緩解性、支持性之醫療照護；若不施行、終止或撤除心肺復甦術也必須得父母之同意，否則即有法律責任之可能。但若父母執意要求的是非基於醫學知識或醫療常規的治療時，例如吃符水等，醫師認為為無效醫療是否可拒絕或制止？有學者認為如果對病人沒有醫療上的合理預期利益，醫師有權拒絕不必要與不適當的治療，也不至於構成違反醫療法第60條的必要救治義務¹⁹⁰。

第四節、安樂死

第一項、安樂死的由來

安樂死一詞（*euthanatos / euthanasia*）源自希臘文，由安逸（*eu*）和死（*thanatos*）兩個詞素構成，意為「無痛地、仁慈地死去」。¹⁹¹韋氏大字典定義為「一種安祥而免除痛苦的死亡，或經由一種方法或行動讓一個人無痛苦死亡，以解除當事人所蒙受的痛苦」¹⁹²。「*euthanasia*」一詞，第一次出現於歷史學家蘇埃托尼烏斯（*Suetonius*，西元 70-130 年），描述皇帝奧古斯都（*Augustus*）的死亡¹⁹³。而第一次用於醫學用語，始於 17 世紀時，法國哲學家佛蘭西斯·培根（*Francis Bacon*，西元 1561-1626 年）《新亞特蘭提斯》（*New Atlantis*）一書中，主張實行自願的安樂死，認為安樂死是醫學技術必涉的領域¹⁹⁴。1870 年，德國著名的達爾文主義

¹⁸⁹趙可式，安樂死、自然死與安寧療護，刊於戴正德、李文濱編著之醫學倫理導論，頁109-123。

¹⁹⁰Singer, P.A. 編著，蔡甫昌編譯，同註 121 書，頁 108-109。

¹⁹¹李震山，從生命權與自決權之關係論生前預囑與安寧照護之法律問題，國立中正大學：緩和醫療與法律研討會論文，頁 11。邱仁宗，生死之間--道德難題與生命倫理，頁 177。

¹⁹²李震山，同前註。

¹⁹³Philippe, L. History and definition of a Word, in *Euthanasia. Ethical and human aspects* By Council of Europe.

¹⁹⁴Francis, B. *The major works* By Francis Bacon. Brian Vickers, page 630.

生物學家奧古斯特·黑克爾 (Ernst·Haeckel, 西元 1834-1911 年, 為歐洲當代第一位提出殺死體弱多病嬰兒的學者), 在其《自然創造史》(The Natural History of Creation) 一書中, 主張唯物主義一元論(Monism)和進化是“真正的宗教”(the true religion); 他認為, 新生的孩子不僅沒有意識, 沒有原因, 也是愚蠢的, 只有逐步發展的感官和心靈的活動, 因此新生嬰兒沒有靈魂, 殺死他們和殺死其他動物沒有不同, 不等同於謀殺。奧古斯特·黑克爾正當化殺嬰、墮胎、協助自殺和自願安樂死 (voluntary euthanasia), 也支持違反自願 (involuntary) 殺死精神病患。因此過去在德國, 強迫性的安樂死 (Forced euthanasia) - 又名“普魯士科學”(Prussian science) - 被強力的提倡; 安樂死的對象, 包括癌症病患、酒癮者、天生罪犯("congenital" criminals) 等不治之症(incurables)及精神病患¹⁹⁵。在 1930 年代納粹德國(Nazi Germany)制定「遺傳性疾病預防法」(Law for the Prevention of Hereditarily Diseased Offspring)。在第二次世界大戰期間, 納粹德國(Nazi Germany)以代號為 T4 行動(Action T4)的「安樂死計劃」(Euthanasia Programme), 進行所謂的「種族衛生」(racial hygiene) 屠殺; 1939 至 1945 年, 至少 20 萬人被死亡醫師診斷「不治之症」(judged incurably sick) 而被殺害¹⁹⁶。此強迫性、違反意願及人權的屠殺行動污名化安樂死一詞在世人的評價。

第二項、安樂死的進展

生存權(right to life)屬基本人權, 我國憲法第十五條明文保障人民之生存權。然此生存權利, 本人可否拋棄之? 即死亡權(right to die)是否也是人權¹⁹⁷? 1970 年後, 安樂死運動以「人有死亡權利(Right to die)」為推動安樂死之基本理念¹⁹⁸。1976 年, 美國新澤西州最高法院「凱倫昆蘭案」(KarenA·Quin-lan'scase) 判決,

¹⁹⁵Richard, W. From Darwin to Hitler: Evolutionary Ethics, Eugenics, and Racism in Germany. New York: Palgrave Macmillan. 2004, page 145-148, 160f.

¹⁹⁶Peter S. Die "Euthanasie" Akten im Bundesarchiv. Zur Geschichte eines lange verschollenen Bestandes, page 385. Robert, N. P. Racial Hygiene: Medicine under the Nazis. Cambridge MA: Harvard University Press, 1988, page177.

¹⁹⁷同註 134 書。

¹⁹⁸甘添貴, 安樂死應否立法? 中國時報, 1986年5月26日。

認為人有「自然死」(natural death)之權利¹⁹⁹。1978年，美國加州通過「自然死法案」(Natural Death Act)提及「自然死是依照病人意願，不使用醫療科技的維生方式來拖延不可治癒病人的瀕死期，而讓病人自然死亡²⁰⁰。」現今美國50個州中，只有奧勒岡州1994年通過「尊嚴死法案」(Death with Dignity Act)，1997年相關法律正式生效，准許醫師協助病人安樂死，其規定「年滿18歲之末期病人，經醫師專業判斷預期生命少於6個月，當有能力為自己做出決定時，得出於自願接受醫師之協助自殺²⁰¹」。在歐洲，荷蘭、比利時是少數安樂死合法化的國家；瑞典、法國等十幾個國家雖然允許實施被動安樂死，但須通過司法裁決才具有合法性。1994年，荷蘭成為世界上第一個通過安樂死法案的國家，其允許醫師在官方嚴格規定下可以為處於昏迷狀態、患老年癡呆症、神經異常的病人或先天性畸形兒實施安樂死²⁰²。由於內容含糊，至1995年仍有醫師因而受調查起訴²⁰³。而後荷蘭於2000年通過「安樂死和醫師協助自殺法案」(Euthanasia and Doctor-assisted suicide Act)，同時修訂刑法第293條，增列「若醫師遵守上述法案中適當照護的規定，則不予懲罰²⁰⁴」。並於2001年4月10日於參議院表決通過，成為世界上第一個將安樂死合法化的國家，其對象為成人；但其中亦規定，12-16歲的病童，必須在其父母的要求下才能進行安樂死；但如果在病童罹患重症、無法救治的疾病等例外情形時，醫師可以在家長未要求的情況下，替孩童進行安樂死；而16-17歲的病童則不必徵求父母的同意²⁰⁵。日本於1962年名古屋

¹⁹⁹黃丁全，醫療法律與生命倫理(Medical Law and Life)，頁86-87。

²⁰⁰陳慧瑛、李瑞全，嬰兒安樂死Infant Euthanasia。

²⁰¹O'Brien, C.N./ Madek, G.A./ Ferrara, G.R. Oregon's guideline for physician-assisted suicide: A legal and ethical analysis. University of Pittsburgh Law Review. 2000; 61, page329.

²⁰²Cohen-Almagor, R. Why the netherlads? Journal of Law, Medicine and Ethics. 2002; 30 (1), page95-104. 楊秀儀，救到死為止？從國際間安樂死爭議之發展評析台灣「安寧緩和醫療條例」，台大法學論叢第33卷第3期，頁1-42。

²⁰³Keown, J. Euthanasia in the Netherlands: sliding down the slippery slope? In Keown, J. ed.. Euthanasia Examined. Cambridge: Cambridge University Press. 1995.

²⁰⁴時國銘，打開潘朵拉的盒子：安樂死在荷蘭，應用倫理研究通訊第21期，頁1-12。楊秀儀，同註202。廖宏彬、車小蘋，試析「安樂死是一種以生命品質為依歸，對死亡狀態自主所主張的權利」，應用倫理研究通訊第23期，頁68-72。

²⁰⁵網站：財團法人國家政策研究基金會，網址：<http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/090/SS-B-090-005.htm>，瀏

高等法院和 1995 年橫濱地方法院，刑事方面曾作出對醫師執行安樂死，是否成立阻卻違法條件的判決²⁰⁶。

第三項、安樂死的型態

安樂死(euthanasia)係以特定方式，如消極的去除維生系統（passive euthanasia），或積極的為病人注射藥物致死（active euthanasia），提早結束病人的生命。安樂死依病人意願及醫師作為兩要件，可分為：「積極作為且順從病人意願的安樂死」（Voluntary Active Euthanasia）、「消極作為且順從病人意願的安樂死」（Voluntary Passive Euthanasia）、「積極作為且非病人意願的安樂死」（Non-Voluntary Active Euthanasia）、「消極作為且非病人意願的安樂死」（Non-Voluntary Passive Euthanasia）²⁰⁷。而對於嬰兒安樂死，當事人不能夠理解生與死的選擇，應可以歸類於非自願安樂死（Non-Voluntary Euthanasia）²⁰⁸。日本學者宮川俊行將安樂死分為：尊嚴死、厭苦死、放棄死和淘汰死²⁰⁹。各國立法上，以尊嚴死法案、自然死法案或死亡權利法案，取代安樂死法案²¹⁰。「消極作為且順從病人意願的安樂死」可說為「尊嚴死」。「尊嚴死」(Death with dignity)有各種不同之定義：有謂尊嚴死，指人均有保持尊嚴而生或死之權利，亦即人有自我選擇適合人性尊嚴而死之權利²¹¹。或謂是指對於無法回復意識的植物人，依其生存的意志(Living will)或監護人的意思表示，終止無效醫療，或停止生命維持系統，使病人自然且尊嚴而死的措施²¹²。積極安樂死，與尊嚴死二者並不相同，

覽下載日期：2005 年5 月25 日。

²⁰⁶ Hoshino, K. Four newly established legal requisites for active euthanasia in Japan. *Medicine & Laws*. 1996; 15 (2), page 291-294. 盧美秀，醫護倫理學(二版)。

²⁰⁷ Beauchamp, T.L./ Walters, L.R. *Contemporary Issues in Bioethics*, 6th ed, page.180. 盧美秀，安樂死的倫理與法律議題，護理倫理與法律，頁561-579。

²⁰⁸ 李瑞金，儒家生命倫理學第五章，頁73-74。Singer, P.A. *Practical Ethics*. New York: Cambridge University Press, 2nd ed. 1999, page 175-176.

²⁰⁹ 宮川俊行，安樂死の論理と倫理，頁23、49、85、109。

²¹⁰ 同註198。

²¹¹ 李苑芬，安樂死之研究，中國文化大學法律研究所碩士論文，頁73。

²¹² 中谷瑾子著，吳景芳譯，醫療行為之界限—生命科學之進步所形成的問題，刑事法雜誌第30卷4期，頁51。

積極安樂死是醫師以主動方式使病人死亡；尊嚴死是消極取消植物人維生系統，任意病人死亡²¹³。再則依美國加州於1978年6月通過的「自然死法案」(Natural Death Act)來看，自然死和「尊嚴死」還是有差異，「尊嚴死」(Death with dignity)不一定瀕死(例如植物人)，自然死(Natural Death)的病人則必須是瀕死而且無法治癒²¹⁴。而合法的安樂死的實施必須符合以下條件：病人患有不治之症且極端痛苦；病人或其家屬有明確安樂死的要求，且不得違背病人意願；執行安樂死的行為人為醫師；執行方式必須符合人道，且無痛苦；必須經過合法的審查核准；必須有兩個或兩個以上醫師共同執行²¹⁵。我國李震山大法官曾提出安樂死應至少具備以下六項嚴格條件：1、病人依現代醫學的知識與技術患有不治之病，且其死亡迫於眼前。2、病人痛苦激烈，且其痛苦的程度，為何人見之亦不忍的程度。3、專為緩和病人瀕死前痛苦為目的。4、若病人的意識清楚且能表示其意思，須經本人真摯的囑託。5、須由醫師施行為原則，若無法經由醫師施行時，須有足以容許的特別情事存在。6、實施的方法，須在倫理上妥當且容忍²¹⁶。

第四項、嬰兒安樂死

1992年，美國《兒童疾病雜誌》(Journal of Disease in Childhood)有篇探討荷蘭的兒童安樂死(Paediatric euthanasia)的論文。此研究調查荷蘭的八家新生兒醫療中心，其中五家因預期新生兒的生活品質很差，而主動結束其生命；有三家在特定情況下，主動結束出生時有嚴重缺陷的較大孩子的生命。隨機取樣出生一週內死亡的35位新生兒，2位曾接受以結束生命為目的的藥物治療，而有4位曾接受以縮短生命為目的的藥物治療。估計每年約有300名殘障的新生兒，被故意放棄²¹⁷。2005年，荷蘭政府承認由醫生威漢根(Eduard Verhagen)和律師索爾

²¹³同註198。

²¹⁴同註200。

²¹⁵黃丁全，同註199書，頁53-90。

²¹⁶李震山，從生命權與自決權之關係論生前預囑與安寧照護之法律問題，人性尊嚴與人權保障，頁11。

²¹⁷John Wyatt著，同註26書，頁304-305。Orlowski, J.P./Smith, S. T. D./Zwiennen, J. V. "Paediatric euthanasia." American Journal of Diseases of Childhood .1992; 146: page 1440-1446.

(Pieter J.J. Sauer) 制定的“格羅寧根協議書”(Groningen protocol)，並成為第一個「嬰兒安樂死」(baby euthanasia) 合法化的國家；其條件為，唯有在嬰兒患有不可救治的疾病，並承受不可忍受的痛苦情況下，其父母才得以申請為嬰兒實施安樂死²¹⁸。此嬰兒安樂死法案主要是根據仁愛原則(行善原則，Beneficence)，以減少重症嬰兒疼痛和痛苦為最高優先權²¹⁹。但雪恩拿(Frank A. Chervenak) 等為文批評荷蘭實施嬰兒安樂死，認為其違反病人尊重自主等原則²²⁰。在英國，安樂死仍屬非法；2006年，皇家婦產科醫學會(Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG) 向英國紐菲爾德生物倫理委員會(Nuffield Council on Bioethics)提出建議，准許對罹患嚴重病症、僅僅依靠醫療技術維持生命的新生兒實施安樂死，如此可以減輕父母感情和經濟上的負擔；其指出：「此種撤除維生系統或非治療處置的安樂死行為，未來可能成為罹患重病的新生兒，可以選擇的醫療方式之一，應該慎重考慮²²¹。」此嬰兒安樂死提議，引發了多方爭議。英國基督徒醫學團契表示，在特定情況下，如治療嚴重殘障新生兒，或救治極早期早產兒，會形成極大「負擔」，則可以考慮放棄救治²²²。英國國家人類基因委員會成員、曼徹斯特大學生物倫理學教授約翰·哈里斯(John Harris)認為，英國法律允許患有嚴重疾病的胎兒進行人工流產，則為患同樣疾病的新生兒實施安樂死，道理相同。人類遺傳學專家喬伊·德爾漢提(Joy. Deerhunter)認為，讓那些長期必須忍受嚴重病痛的患兒生存下來，更不道德。但反對者認為，此作法違背醫學倫理。新生兒醫學專家約翰·懷厄特(John·Huai Ete) 認為，人為死亡不在醫學範疇；一旦醫學允許人為死亡，則醫學本旨便改變了；此將

²¹⁸Verhagen, E./ Sauer, P.J.J." The Groningen Protocol: Euthanasia in Severely Ill Newborns." *New England Journal of Medicine* .2005;.352,page.959-962。

²¹⁹同註200。

²²⁰Chervenak, F.A./ McCullough, L.B./ Arabin, B. Why the Groningen Protocol Should d Be Rejected. *Hasting Center Report* ,vol36, no5. 2006, page30-33.

²²¹同註200。網站：Guardian Unlimited，網址：<http://www.guardian.co.uk/medicine/story/0,,1945896,00.html>，瀏覽下載日期：2007年3月20日。

²²²楊明暉，放棄治療≠安樂死，天主教內傳歧見，中國時報2007年9月25日。

變成主觀判定誰的生命有價值，醫學將成為社會工程學－其目的即是社會利益最大化，縮短所謂沒有價值的生命²²³。

第五項、我國安樂死的法律問題

我國實務上，對於心肺功能已喪失之末期病人，醫師未給予或中止延長生命的治療，皆未引起法律問題；此表示司法界默認延長生命治療的不實施或中斷，故即使無相關於自然死的法律的制定，醫護人員亦非不可實施自然死²²⁴。我國一項針對醫護人員(207人)對積極自願安樂死看法的研究(以5分量表)，其中一項結果為已無能力決定的末期病人，在不違背其本意下，應允許家屬或法定代理人為除去病人痛苦，有要求為病人注射致死藥劑結束生命的權利(平均值3.12)。此研究結論認為醫護人員對於是否積極安樂死的態度為介於同意與勉為同意之間²²⁵。我國1996年起在立法院有過三次的安樂死連署法案，2000年5月通過「安寧緩和醫療條例」，是唯一關於安樂死議題的成文法。李震山大法官認為此乃維護人性尊嚴與生命選擇權，依法得放棄生命之具體規範，與安樂死並不相同²²⁶。《安寧緩和醫療條例》修正條例第7條條文，讓末期病人有如同「自然死的權利」。有學者認為此一修正，迂迴地承認末期病人有消極安樂死的權利，也稍為解決臨床上的難題²²⁷。但此條例只適用於末期病人而不包括非瀕死的植物人，如植物人王曉明案例。『緩和醫療條例』也規定醫事人員不得以加工方式縮短末期病人生命。但依醫學與法律的判斷標準，何謂「加工」行為？界線何在？仍存有疑慮²²⁸。刑法第275條第一項「教唆或幫助他人使之自殺，或受其囑託或得其承諾而殺之者，處一年以上七年以下有期徒刑。」在我國與安樂死議題有關的法律情況有「受

²²³高路，英國熱議對重病嬰兒實施安樂死違背醫學倫理？人民網，2006年12月09日。

²²⁴蔡墩銘，醫事刑法要論，頁465。

²²⁵鍾春枝，臨床醫學倫理議題之判斷與處理方式的探討：比較醫護人員、宗教界與法界人士之看法，台北醫學院醫學研究所。

²²⁶李震山，生命權，同註125，頁14-15。

²²⁷楊秀儀，同註202；盧美秀，同註207。

²²⁸釋昭慧，自然死與安樂死，自由時報，2002年6月5日。

囑託或得承諾而殺人」、「幫助自殺」、「緩解性、支持性之醫療照護」、「不施行心肺復甦術」四種。前二者為刑法第 275 條之違法行為，而後二者在《安寧緩和醫療條例》一定條件下可以合法實施。分述如下²²⁹：

一、受囑託或得承諾而殺人

當病人失去行為能力或其他因素，無法自行結束生命時，藉由醫師的行為以達成安樂死之目的。此時醫師的行為構成刑法第 275 條第一項後段規定的「受其囑託或得其承諾而殺之。」這就是加工自殺罪。但如為「違反病人意願的安樂死」或「對失去意識狀態病人的非意願安樂死(non-voluntary)」二種情形，應成立刑法第 271 條的「普通殺人罪」²³⁰。例如台灣壽終正寢的習俗，醫療實務常見之醫護人員依家屬要求撤除即將死亡病人的呼吸器，保留一絲氣息先行接回家再家中斷氣，若不符合安寧緩和醫療條例第 7 條條文之規定，則醫護人員可能構成普通殺人罪，病人的家人則為殺人罪的教唆犯。然而依刑法第 57 條考量其犯罪之動機、目的。以及刑法第 59 條規定「犯罪之情狀顯可憫恕，認科以最低度刑仍嫌過重者，得酌量減輕其刑」²³¹。

二、幫助自殺

醫師依病人意願提供醫學知識或方法，幫助病人實現自殺目的。病人是自殺行為的主體，而醫師則是幫助犯。醫師的行為構成刑法第 275 條第一項前段規定的「幫助他人使之自殺」²³²。

三、緩解性、支持性之醫療照護

依據安寧緩和醫療條例第 3 條規定，安寧緩和醫療指為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，或不施行心肺復甦術。不可治癒的末期病人可以放棄積極治療，而選擇接受緩解性、支持性之醫療照護。

²²⁹Peter A. Singer 編著，蔡甫昌編譯，同註 121 書，頁 108-109。

²³⁰同前註。

²³¹同註 134。

²³²Singer, P.A. 編著，蔡甫昌編譯，同註 121 書，頁 108-109。

四、放棄施行心肺復甦術

依據安寧緩和醫療條例規定，不可治癒的末期病人有權選擇不施行心肺復甦術。我國刑法第 275 條第一項規定，本條構成要件與日本刑法第 201 條相同。日本學者均認安樂死之行為該當本條之構成要件，只是以其行為具有社會相當性，或以其無期待可能性而可阻卻違法。我國刑法第 275 條該條文之解釋應與日本法相同，故醫師為病患實施積極安樂死，均該當刑法第 275 條之構成要件²³³。然而醫師可否依刑法第 22 條「業務上之正當行為，不罰。」主張阻卻違法？有我國法官認為安樂死之施行並非醫師之業務，此「正當行為」應為醫師「業務」方可²³⁴。若病童之父母為安樂死之行為人，可否依刑法第 24 條第一項「因避免自己或他人生命、身體、自由、財產之緊急危難而出於不得已之行為，不罰。但避難行為過當者，得減輕或免除其刑。」主張阻卻違法？我國有法官認為緊急避難乃在避免他人生命之緊急危難，與安樂死結束他人生命之情形不符，於我國刑法之解釋上殆屬不能²³⁵。

關於嬰兒，能否由父母決定拒絕治療？有嚴重缺陷新生兒和腦死或不可逆昏迷嬰兒，一般採肯定見解；但其他情況下，應認為父母無權代表嬰兒作出拒絕治療的決定²³⁶。美國法院對於父母因宗教的理由，拒絕給孩子輸血的案例一般都予以否決。俄亥俄州的法院曾在一次判決中指出「雖然父母在某些情況下可剝奪他們孩子的自由或財產，但無論如何不可剝奪他們的生命²³⁷」。目前在我國對極早期早產兒不予醫療，有違法之可能。按刑法第 274 條乃母殺嬰罪「母於生產時或甫生產後殺子女者，處六月以上五年以下有期徒刑。前項之未遂犯罰之。」「生產時」，係指生母臨盆分娩當時；「甫出生後」，係指胎兒剛出生之後，其時間緊接於生產之際。殺之方法，不以積極為限，以消極性行為如不予醫療使之死亡，亦無不

²³³黃丁全，同註199書，頁380。

²³⁴楊富強，安樂死之法律論爭與立法芻議，刑事法雜誌第 34 卷第 2 期，頁45-81。

²³⁵楊富強，同註234。

²³⁶邱仁宗，生死之間(道德難題與生命倫理)，頁196以下。黃丁全，同註199書，頁380。

²³⁷邱仁宗，同前註。黃丁全，同註199書，頁380。

可。本罪之客體，係出生後未死亡前之嬰兒，嬰兒是否殘障、罹病，均所不問²³⁸。故依我國刑法，極早期早產兒出生後，父母因拒絕早產兒治療而導致死亡，有違法之可能。如醫師受嬰兒之父母之請託，不予極早期早產兒或殘障新生兒醫療或中斷醫療行為，致嬰兒死亡，亦有違法之可能。但是另一方面，如果父母決定拒絕治療，而醫師在未得父母同意下，有權或義務治療極早期早產兒或殘障新生兒嗎？如果父母已經明示拒絕讓此醫師或此醫院治療，例如棄置新生兒於生產台上；此醫師或此醫院在未得父母同意下，有權或義務強行治療嗎²³⁹？若父母已經明示拒絕下，醫師或醫院應無權強行治療新生兒，但有無義務呢？若強行治療，可依刑法第22條之規定，業務上之正當行為或緊急避難為由，主張阻卻違法嗎？

第七章、極早期早產兒之生命權探討

對於極早期早產兒之生命權探討，本章節將先由之前研究較多的殘障新生兒之生命權切入，再歸納探討世界先進國家及我國對於極早期早產兒生命權之看法。

第一節、殘障新生兒之生命權

殘障新生兒是指出生時即有引起智力低下或身體失能的疾病。嚴重殘障新生兒，是指智能低下，且長大後將喪失生活自理能力，如重度唐氏症等；或無法救治，短期內極可能死亡，如無腦症、嚴重脊柱裂等。殘障新生兒是人嗎？第一種觀點認為殘障新生兒是人(person)。一切人類生命都是神聖的。生存權利是基本權利，即便嬰兒無意思能力或無識狀態。第二種觀點認為殘障新生兒雖然是人，但生命不具有絕對價值，並不因而就有生存的權利。治療嚴重殘障新生兒，不是延長生命，而是延長痛苦。第三種觀點認為，殘障新生兒不是有人格的人，只是

²³⁸參見最高法院第240號判例。

²³⁹Singer,P. A編著，蔡甫昌編譯，同註121書，頁40-41。

有人格可能性的人，還不是權利的主體，既然不是人，不予治療就不是殺人²⁴⁰。此論點強調生命的價值不在「生物學的價值」，而是「人格性的價值²⁴¹」。美國從七十年代開始，一直到現在，陸續發生關於殘障新生兒之法律訴訟，例如1982年BabyDoe事件等²⁴²。1984年，美國制立「兒童虐待修正法」。1985年，美國健康服務部(the Department of Health and Human Services)規定「醫療疏忽」的定義包括「對危及生命的殘疾兒，不給醫療上相應的治療」；但有三個例外情況：一、慢性且不可逆昏迷的嬰兒；二、此治療只是延長死亡，而不能有效改善嬰兒病情；三、此治療無益於嬰兒的存活，而在此種情況下治療本身是不人道的。這個規定被認為是保護殘疾嬰兒的權利與避免政府不合理干預醫療和父母責任之間的妥協²⁴³。

由於殘障新生兒無意思能力，若無瀕臨死亡，與有意思能力的末期病人不同，不能為安樂死之對象，我國有學者認為僅能準用消極的安樂死²⁴⁴。美國有提出對嚴重殘障的新生兒實行安樂死之標準：1.無法活過嬰兒期。2.生活於不可救活的疼痛中，而治療不能緩解。3.不具有最低限度的人類經驗，沒有感情和認知的反應能力。如無腦兒、重度腦積水、嚴重的內臟缺損等²⁴⁵。美國於1973年通過「病人權利法」，強調「知情同意」(Informed Consent)乃為醫療業務合法執行前的必要條件。美國1984年通過「兒童虐待修正法」，認為如果嬰兒處於不可回復的昏迷狀態，如果治療只能延緩死亡而沒有其它實質作用，或治療的方法太殘忍，可以停止治療。但對於嚴重殘障新生兒，誰有權替其作出接受或拒絕治療的決定？美國耶和華教派認為父母沒有代替小孩決定放棄小孩生命的權利。法律上父母是

²⁴⁰黃丁全，殘障新生兒，醫療、法律與生命倫理(Medical Law and Life)，頁309-321。

²⁴¹邱仁宗，同註236書，頁146以下。

²⁴²In re Infant doe, No.gu 8204-004A (Ctro Ct.Monroe country, Ind, April 12, 1982), reprinted in 1983(11) Bioethics Rep. Ct. Cases 1293. 邱仁宗，同註236書，頁138。

²⁴³黃丁全，同註240。

²⁴⁴黃丁全，同註240。

²⁴⁵黃丁全，同註240。

其法定代理人(監護人)，自然包含治療決定代理權的行使，但父母代理權的行使應符合新生兒的最大利益，才被認為有效，我國民法第 1086 條規定「父母為其未成年子女之法定代理人。父母之行為與未成年子女之利益相反，依法不得代理時，法院得依父母、未成年子女、主管機關、社會福利機構或其他利害關係人之聲請或依職權，為子女選任特別代理人。」因此一般情形下，父母是法律上最後的行使同意權人，但醫院應設置醫學倫理委員會，負責殘障兒父母的教育諮詢與審查臨床上的決定，避免或糾正道德上不容許的決定²⁴⁶。我國《安寧緩和醫療條例》第 7 條，也有類似之規定；未成年之新生兒，其醫療委任代理人一般情形下即為其父母；然此條例應只適用於末期瀕死的嚴重殘障新生兒。

第二節、歐美日對極早期早產兒之生命權探討

世界上，對極早期早產兒(extremely premature infant)的治療處置、倫理規範和預後，存在明顯的地理差異。在第三世界，只能稍為顧及兒童防疫注射或基本產科護理，即使在已開發國家，國家之間和國家之內也有所差異。²⁴⁷懷孕幾週以上的早產兒應該接受一致的救治，不僅是根本態度的問題，在不同的國家的醫師，實際處理方式也有所不同²⁴⁸。

第一項、德國及德語系國家

三個德語系國家德國(Germany)、瑞士(Switzerland)和奧地利(Austria)，根據一個原始共同的指引，近年來發布了自己國家的在生存能力邊緣(the lower margin of viability)的極早期早產兒(extremely premature)的醫療指引(guidelines)(德國，發布於 1999 年；瑞士，2002 年；奧地利，2005 年)²⁴⁹。三個國家的指引有相似

²⁴⁶黃丁全，同註240。

²⁴⁷Hack, M./ Fanaroff, A.A.:" Outcomes of children of extremely low birth weight and gestational age. "Early Hum Dev.1999; 53, page193- 218. Sarah Tout Franczcg Extreme Prematurity. Extreme O and G, Vol 8 No 2. Winter 2006.

²⁴⁸Roland,Hentschel., Stella, Reiter-Theil. Treatment of Preterm Infants at the Lower Margin of Viability – a Comparison of Guidelines in German Speaking Countries. Dtsch Arztebl Int. January 2008; 105(3): page47-52.

²⁴⁹同前註。

的原則，然而一些區別還是明顯的。指引為道德和基準的聲明：來源包含醫學倫理概念，一般價值體系，法律參量的原則(legal parameters)、例如刑法(criminal law)，和醫療系統本身的處理原則。指引希望以科學方式，以長期統計罹病和死亡率數據形成政策制定的前提，有倫理涵義的醫療決定，促成標準化的規則；但只預先決定框架(framework)，真正治療方針須與父母討論。在德國指引(German guidelines)，主要參考普遍一般的「倫理和法律標準」(ethical and legal standards)；其他兩個指引則著重「倫理考量」(ethical considerations) (瑞士)和「倫理方面」(ethical aspects) (奧地利)²⁵⁰。

壹、德國

現在每年德國，大約有1300個懷孕週數少於26週，在生存能力邊緣的極早期早產兒出生。約有1,000名是懷孕週數24和25週出生的極早期早產兒，發生率為千分之1.25(1,000/800,000)²⁵¹。1997至1999年，一項懷孕週數小於27週出生的極早期早產兒研究統計發現，死亡率為懷孕週數22週，100% (0/1)；懷孕週數23週，30% (3/10)；懷孕週數24週，48% (12/25)；懷孕週數25週，65% (28/43)；懷孕週數26週，82% (42/51)²⁵²。而殘疾率(腦性麻痺、盲目、耳聾、癲癇或腦水腫)，38% (24/63)；多重殘疾率，22% (14/63)²⁵³；無法行走的腦性麻痺，11% (8/75)；智障，25% (19/75)²⁵⁴；殘疾和懷孕週數沒有統計相關²⁵⁵。德國關於早產兒死亡率和早期併發症(腦出血、視網膜病變，慢性肺疾病等)的數據，可由收集各自的

²⁵⁰同註 248。

²⁵¹同註 248。

²⁵²Rapp, M./ Thyen ,U./ Müller-Steinhardt, K./ Kohl, M. " Z Geburtshilfe Morbidity and mortality of extremely low gestational age infants in Schleswig-Holstein. Follow-up at three to six years corrected age of infants < 27 + 0 weeks gestation in Schleswig-Holstein, Germany ."Neonatol. Aug 2005;209(4),page135-43.

²⁵³同前註。

²⁵⁴Stahlmann, N./ Rapp, M. / Herting ,E./ Thyen ,U. ."Outcome of extremely premature infants at early school age: health-related quality of life and neurosensory, cognitive, and behavioral outcomes in a population-based sample in northern Germany. " Neuropediatrics. Jun 2009; 40(3):page112-9. Epub 2009 Dec 17.

²⁵⁵同註 252。

聯邦政府的出生數據知道，但全國性統計資料並不存在。為了促進客觀討論關於在生存能力邊緣的早產兒的倫理和醫療局限，德國醫療最高決策部門，聯邦聯合委員會(the federal joint committee ,GBA [Gemeinsamer Bundesausschuss]) 的聯邦健康品質管理計劃(the federal body for quality assurance,BQS)，要求收集全國每個新生兒中心，統計自2006年後出生的早產兒，到2歲的後續追蹤，至少80%的數據資料²⁵⁶。

1999年德語系國家新生兒聯合醫學會(the joint scientific neonatology society of the German speaking countries ,GNPI, the Society for Neonatology and Pediatric Intensive Care [Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin])，根據1995年到1997年德國21個最大的新生兒醫療中心之懷孕週數少於27週的早產兒的數據，出版第一個極早期早產兒的醫師指引，又稱為「德國指引」(German guideline)²⁵⁷。在德國，得到周產期醫學會(perinatal medicine)，婦產科醫學會(gynecology and obstetrics)，兒科和青少年醫學會(pediatrics and adolescent medicine)和德語系國家新生兒聯合醫學會(GNPI)的支持；也得到道德神學家(moral theologians)和刑事訴訟法專家(criminal law experts)的合作。德國指引指出，極早期早產兒(extremely premature)的醫療指南和醫生一般救治醫療義務有潛在的衝突。制定建議方針，可以幫助父母做出「基於倫理和法律上決定」(ethical and legally based decisions)。父母決定的範圍，乃為「為他們未出生或出生孩子，開始和結束救治措施」。核心的倫理和法律聲明指出，父母決定應該優先基於孩子的最佳利益(best interests)，而非父母本身的利益。指引提及「醫生作為孩子保證人(as guarantors)，如果必要，可以以行動反對父母的意願。」「如果嬰兒有任何生存機會，即使微小，挽救生命措施必須採取。」(Life saving measures will have to be taken if the infant has any chance of survival, however small.)德國指引訂出應該給于早產兒加護治療的一個最低孕齡極限(limit)，這門限(threshold)是懷孕

²⁵⁶同註 248。

²⁵⁷同註 248。

24 + 0/7 週；但根據各別早產兒的情況，單獨決定的範圍必須是寬的。指引規定，懷孕少於 24 + 0/7 週(24 completed weeks)的早產兒應執行有限度的療法(limiting therapy)；其原因，在於統計上生存顯然無望或可能持續傷殘或失能。指引也提及有畸形或伴隨重病的早產兒，似乎更不可能存活，或後續無殘疾的生活²⁵⁸。

貳、瑞士

2000 年瑞士（最新版制定於 2002 年），在瑞士婦產科醫學會、兒科及新生兒醫學會(the societies for gynecology, pediatrics, and neonatology)和瑞士醫學會(the Swiss Academy of Medical Sciences ,SAMS)的中央倫理委員會(the central ethics committee) 的支持下，出版指引²⁵⁹。瑞士指引強調應該考慮嬰兒「可接受的生活水平的遠景」(acceptable quality of life)，及「當前療法是否能忍受」(the current therapies are tolerable)，和警告不要「過度醫療」(overtreatment)。也指出極早期早產兒的醫療指引和醫生一般救治醫療義務的潛在衝突。瑞士指引提及治療應獲得有潛力，不痛苦的未來；有意義的治療目標，是讓孩子應該在可以接受的生活品質下生存。也指出醫生告知和說明法律義務；闡明父母應該與醫療人員一起做出決定；法庭應介入父母與醫療團隊逐步升級的意見衝突的情況。指引也訂出應該給于早產兒加護治療的一個最低孕齡極限，這門限是懷孕 25 + 0/7 週；但同意，根據各別早產兒情況，單獨決定的範圍必須是寬的²⁶⁰。

參、奧地利

2005 年奧地利，在奧地利兒科和青少年醫學會(the Austrian Society of Pediatrics and Adolescent Medicine)的支持下，制定指引²⁶¹。奧地利的指引承認憲法授予的「從出生即有的生存權利」(the right to life from birth)，並且強調「有疑義的情況，須生命優先」(in case of doubt, favor life.) 原則。關於有疑義的案件，如果不治療

²⁵⁸同註 248。

²⁵⁹同註 248。

²⁶⁰同註 248。

²⁶¹同註 248。

或停止治療，應該取得一致性的決定同意的基本原則；但也論及早產兒死亡和長期殘病，對整個家庭成員的不良影響。指南訂出應該給予早產兒加護治療的一個最低孕齡極限，這門限和德國一樣，是懷孕 24 + 0/7 週；也同意，根據各別早產兒情況，單獨決定的範圍必須是寬的。指引指示，出生後實際的生存能力，比預測的孕齡重要；應該考慮各別發展的不同。在極限之下，懷孕少於 24 + 0/7 週早產兒，萬一有特別好的生命功能(vital functioning)，指引建議予以「臨時性的加護照顧」(provisional intensive care)。指引也提及適用安寧緩和照顧(palliative care)的情況：如損及人性尊嚴與生活的不良預後，或瀕臨死亡²⁶²。

三個指引都認為，父母為孩子法律和倫理上獨立完全的合法代理人，治療的優先權在於獲得父母的同意，父母應該被告知訊息和知情同意；而且父母應該被保護，避免因為作出一個不可逆的決定，而受到責難；然法律方面，它限制父母隱藏於假借保護孩子生命之後，實為為一己之決定。經濟因素在單獨案件應該考慮，但不是瑞士和奧地利指引的部分。瑞士和奧地利指引指出，懷孕 24 + 0/7 到 24 + 6/7 週，為可以因母親因素而施行產科緊急措施如剖腹產的灰色區域。反對者則認為，這是潛在剝奪未出生孩子的機會，抵觸避免對胎兒有害的道德原則。而德國指引並未提及關於懷孕幾週可以剖腹產的規定。全部三個指引皆提及，由於正確孕齡的不確定性，而且雖然同懷孕週數，胎兒各別成熟程度也可能有差異即「生物可變性」(biological variability)；故出生之後，才能正確判斷和做出醫療決定。沒有任何指引提及防止父母與醫療團隊意見衝突的道德忠告；但提及一個能代表嬰兒的決定單位是需要的，包括政府，倫理委員會或法庭(a court of law)²⁶³。

第二項、英國

英國法院(British law courts)批准三個新生兒情況下，選擇性非治療(selective

²⁶²同註 248。

²⁶³同註 248。

non-treatment)是法律上可接受的，法律優先次序為²⁶⁴：第一，在死亡邊緣的水腦早產嬰兒，當死亡是不可避免的情況下；第二，有高風險的多處感覺神經失能的嚴重腦損傷嬰兒，雖然沒有垂危和在劇痛中；第三，嬰兒治療的好處低於「可示範地可怕的生活」(demonstrably awful life)的痛苦及遭遇的負擔。儘管有法律優先次序的出現，律師繼續催促法律的進一步闡明，以保護醫生免受違法致死的控訴²⁶⁵。英國皇家婦產科學院(the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG)在1996年1月名為《異常胎兒的終止妊娠》(Termination Of Pregnancy for Fetal Abnormality)的指引指出：故意終止妊娠，目的是胎兒死亡。如果娩出時，胎兒有生命徵兆，即為活產，蓄意不救治導致孩子死亡，是謀殺行為²⁶⁶。現在在英國大多數的新生兒病房，對於預後不確定的嬰兒，通常是先予以急救復甦(resuscitation)及加護治療(intensive care)，直到預後更明確。然而，此種挽救生命的侵入性(invasive)療法，卻可能會導致嬰兒極度痛苦，很難事前確定這是否是正確的決擇，是否可能使這個孩子受益²⁶⁷。1997年英國皇家小兒及兒童健康學院(The Royal College of Paediatrics and Child Health, RCPCH)提出一份報告指出，同意(consider)不實施出生體重略多於500公克(little more than 500g)之懷孕週數23週出生的早產兒治療(withholding treatment)是合理的(reasonable)²⁶⁸；報告²⁶⁹指出，五種情況(situations)下，治癒性的醫療(curative medical treatment)可同意予以不實施(withholding)或撤除(withdrawal)：(1)腦死兒(brain dead child)，(2)永久植物人狀態(permanent vegetative state)，(3)沒機會情況(no chance)，(4)沒目的

²⁶⁴Doyal, L./ Wilsher, D. "Towards guidelines for withholding and withdrawal of life prolonging treatment in neonatal medicine." Arch Dis Child. 1994; 70, F66-70. Re C (a minor) [1989] 2 All ER 782, CA.Re J (a minor) [1990] 3 All ER 930, CA.Re B (a minor) [1981] 1 WLR 1421, CA.

²⁶⁵Peterson, K.A. " Selective treatment decisions and the legal rights of very young infants." Med J .Aust 1994; 160, page377-81.

²⁶⁶John Wyatt著，同註26書，頁219-230。

²⁶⁷ Nuffield Council on Bioethics. November 2006 Website: <http://www.nuffieldbioethics.org>

²⁶⁸RCPCH Ethic Advisory Committee. Withholding or withdrawing life saving treatment in children. A framework for practice. Royal College of Paediatrics and Child Health, 1997.

²⁶⁹同前註。

情況(no purpose) ，和 (5) 令人不能容忍的情況(unbearable) 。 2006年英國由醫學、法律與道德的權威專家組成的紐菲爾德生物倫理委員會(Nuffield Council on Bioethics) 提出生命倫理學指引(Critical care decisions in fetal and neonatal medicine: ethical issues)；其報告²⁷⁰指出： 臨床證據揭明懷孕週數小於24週的早產兒預後不好，有高概率會死亡或生存但殘疾，治療是否符合嬰兒的最佳利益存在極大的不確定性。懷孕週數小於23週的早產兒，生存是極不可能的；為了生存，可能需要長期的壓力的加護治療。我們認為早產兒不應受到沒有任何利益，並可能導致痛苦的強迫治療。因每個個體的可能差異及估計的胎齡可能有誤差(最多達 5 天) ，完全禁止任何急救復甦及加護治療對孩子和父母的利益與醫療專業的責任是無理的侵犯。我們並不認為在英國為此制定法律是適當的 (We do not regard this as an appropriate matter for legislation in the UK)。但是，我們認為清晰的指引將有助於家長及專業人士。更將會協助家長理解他們的孩子能否生存和隨後的健康狀況，也將使醫生更能明確判斷是否急救復甦及加護治療和對父母的期望有更加協調一致的看法。此指引(Nuffield guidelines) 在決定進行急救復甦及全面加護治療(full intensive care)的建議包括²⁷¹：

- (1) 生產時，醫生應確認評估懷孕週數和寶寶的狀況。
- (2) 懷孕週數25週出生(25週0天至六天)及大於25週出生的早產兒，生存機率相對較高和嚴重殘疾的風險相對較低，應啟動加護治療和至新生兒加護病房(neonatal intensive care unit) 治療，除非已知有影響生命的嚴重異常。預期懷孕週數小於25週的極早期早產兒將出生，醫療團隊應該清楚這一年齡層的早產兒大多數會死的統計資料。情況允許下，醫療團隊應在生產前與父母深入討論，這一年齡層在全國和地方的生存率和嚴重殘疾風險的統計數據。
- (3) 懷孕週數24週出生(24週0天至六天)的早產兒，正常的處置應該是提供全面加護治療和至新生兒加護病房治療，除非父母和醫生都同意的嬰兒的狀況

²⁷⁰同註267。

²⁷¹同註267。

(condition) (或可能的狀況)，開始加護治療不是他(她)的最佳利益。

(4) 懷孕週數23週出生(23週0天至六天)的早產兒，基於現今臨床證據很難預測個別孩子將來的預後。父母的知情同意(informed parental consent)在這年齡層格外重要，應優先考慮家長對急救復甦和加護治療的意願。不過當醫師判斷早產兒的情況將不會長期存活，處置是徒勞，則臨床醫師沒有法定義務(legally obliged)違反臨床判斷去治療。如果早產兒出生之前，臨床醫師沒有機會和母親(和她的伴侶)討論嬰兒的治療，則早產兒出生後，醫療團隊應考慮提供全面加護治療直到可以與父母討論。

(5) 懷孕週數22週出生(22週0天至六天)的早產兒，標準處置(normal practice)不應該予以急救復甦。急救復甦正常情況下，不應被考慮或建議。只有當父母要求急救且和經驗豐富的兒科醫生深入討論風險和長期的預後後，父母再重申此一要求下，才應急救復甦及給予加護治療，此為特殊例外個案。

(6) 懷孕週數小於22週出生的早產兒，不應該予以急救復甦；除非和直到科學文件證明建立懷孕21週出生(21週0天至六天)的早產兒可以出院生存並且沒有發展嚴重殘疾。急救復甦只有在已經經過研究倫理委員會(research ethics committee)評估核准並且父母知情同意(informed parental consent)的臨床研究(clinical research study)下(家長瞭解他們的孩子正在參加一個特定的專案，而此研究可能可以改善未來相同際遇早產兒的預後，但對參與研究的這些嬰兒改善的可能性微乎其微)。

(7) 當沒有給于加護治療時，醫療團隊應提供安寧緩和照護(palliative care)，直到嬰兒死亡。

每一位父母都希望他們的早產兒會是這生存機率統計的例外奇蹟。但可知的將來，沒有任何醫療進展可能會改善懷孕週數小於22週出生的早產兒的預後。目前對懷孕週數23週出生(23週0天至六天)的早產兒的醫療進展，是醫療團隊需謹慎決定處置方針的。我們建議專業機構應制定實行加護治療的指引，且應定期檢討

和修訂以反映極早期早產兒預後的改變²⁷²。

此指引引起英國正反意見²⁷³。英國皇家婦產科學院(RCOG)認為，這對早產兒醫治，提供很好的參考準則。英國醫學會(the British Medical Association) 的醫學倫理委員會的主席 Dr. Tony Calland 則不同意懷孕週數 22 週的嚴格分界線(the council's strict cut-off, 22 week cut-off)；相反的，每個嬰兒應按個別情況評估，依每個嬰兒最佳利益例如是否可免於機器維生系統存活考量。倫理學家及法律與醫學教授 Margaret Somerville 認為法律反對“拒絕治療”(against denying treatment)，而且父母才是是首要的同意決定者，應依個別情況作決定。英國聖公會主教和天主教主教會議(the Church of England House of Bishops and the Catholic Bishops' Conference of England and Wales) 認為這是嚴重違反重要和基本的道德原則，懷孕週數不滿 22 週出生的嬰兒是否該接受治療，應該個案考量，不能通案處理²⁷⁴。

第三項、其他歐洲國家極早期早產兒之生命權探討

壹、荷蘭

在荷蘭，官方支持荷蘭兒科醫學會(Dutch Paediatric Society)關於兒童安樂死的格羅寧根協定(the Groningen Protocols)²⁷⁵。懷孕週數小於25週的極早期早產兒長期預後(long-term outcomes)非常不好(very poor)²⁷⁶；提供懷孕週數小於25至26週出生的早產兒生命支持，是不適當的²⁷⁷；荷蘭明確的指引(clear-cut guidelines)，對於懷孕週數小於26週的極早期早產兒，建議不應該被急救復甦，及不鼓勵

²⁷²同註267。

²⁷³Mark, H. Junk medicine: premature babies Painful facts on saving life. The Times. November 18, 2006.

²⁷⁴Earliest babies should not be revived: British medical ethics body CBC News.Last Updated: Wednesday, November 15, 2006 | 6:07 PM ET. 高添富，同註 151。

²⁷⁵Simeoni,U./ Vendemmia, M./ Rizzotti, A./ Gamberre, M. Ethical dilemmas in extreme prematurity: recent answers; more questions. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004; 117(Suppl 1), S33-6.

²⁷⁶Rijken, M. Stoelhorst, G.M./ Martens, S.E. et al." Mortality and neurologic, mental, and psychomotor development at 2 years in infants born less than 27 weeks' gestation: the Leiden follow-up project on prematurity. "Pediatrics..2003; 112 page351– 358.

²⁷⁷Sheldon, T. "Dutch doctors change policy on treating preterm babies. "BMJ..001; 322, page1383.

(discourage) (但並不禁止prohibit) 提供加護治療²⁷⁸。

貳、法國

在法國，出生體重小於 500 公克和或懷孕週數小於 24 週死亡率幾乎 100%，只需提供舒適照顧(comfort care) 不需急救復甦；懷孕週數 25 週以上(大於等於)應該接受急救復甦；懷孕週數 24 週應遵照家長的意願，除非明顯違反嬰兒最佳利益²⁷⁹。但 2004 年法國一項關於極早期早產兒醫療處置的倫理回顧(ethical review)的研究，認為：極早產兒預後受多項因素和之後加護治療的影響，而且至今多個研究的統計資料也有許多盲點，由懷孕週數限制(gestational age limit)決定是否急救復甦的絕對規則(absolute rule)是不適當的。因此應避免懷孕週數限制的國家規範(national rules) — 如果不能，也應將各種正面或負面的預後因子列入規則中²⁸⁰。也提出，如果對極早期早產兒醫療處置規定懷孕週數的限制，是否也可對一定年齡以上的老人規定類似的急救復甦限制？文章認為應將治療選擇決定權給予極早期早產嬰兒的父母或監護人；而例外情況是醫生有權利拒絕給予無效的加護治療和有義務堅持顯然有必要的加護治療²⁸¹。然今日在法國(2010 年)，認為懷孕週數有一個主要影響預後的灰色地帶(gray zone)，需對加護治療作一個適當的決定。這個灰色地帶為懷孕週數 24 至 25 週；一般而言，懷孕週數 26 週以上(大於等於)應該接受急救復甦和或加護治療；懷孕週數小於 24 週，只需提供安寧緩和照顧(palliative care)²⁸²。

參、挪威

在挪威，1999年挪威國家咨詢會議(National consensus conference)結論：提供急

²⁷⁸同註267。

²⁷⁹Desfrere, L./ Tsatsaris, V./ Sanchez ,L./ Cabrol ,D./ Moriette, G. Extremely preterm infants: resuscitation criteria in the delivery room and dialogue with parents before birth.J Gynecol Obstet Biol Reprod. Feb 2004; 33(1 Suppl):S84-7.

²⁸⁰同註275。

²⁸¹同註275。

²⁸²Moriette, G/ Rameix, S/ Azria ,E/ Fournié ,A/ Andrini ,P/ Caeymaex, L./ Dageville, C./ Gold, F/ Kuhn, P/ Storme, L./ Siméoni, U.:" Very premature births: Dilemmas and management. Part 1. Outcome of infants born before 28 weeks of postmenstrual age, and definition of a gray zone."Arch Pediatr. May 2010; 17(5): page 518-26. Epub 2010 Mar 12.

救復甦的懷孕週數限制應該為懷孕週數23週至25週；23週至25週之間出生的早產兒，應該評估各別情況²⁸³。挪威1999 至 2000一項全國懷孕週數22週至27週出生或出生體重500 至 999 公克的極早期早產兒研究統計發現，總共636生產數，174 (27%)名死於產房(死產或出生死亡) ，86 (14%) 死於新生兒加護病房， 376 (59%) 存活出院。住進新生兒加護病房接受加護治療率和存活率各為懷孕週數小於23週:0% ，0%；懷孕週數23週:39% ，16%；懷孕週數24週:60% ，44%；懷孕週數25週:80% ，66%；懷孕週數26週:84% ，72%；懷孕週數27週:93% ，82%；懷孕週數大於27週:90% ，69%。除了早產兒視網膜病變，後遺症和懷孕週數(23週 至 27 週)沒有相關，可能和父母接受不給予極早期早產兒積極治療有關²⁸⁴。

肆、瑞典

瑞典 2004 至 2007 年，一項全國懷孕週數 22 週至 26 週出生的極早期早產兒研究統計發現，極早期早產兒總共 904 生產數，發生率為千分之 3.3，45% 死於產房(死產或出生死亡) 。 死亡率為懷孕週數 22 週，93%；懷孕週數 26 週，24%。在產房存活者，91%住進新生兒加護病房，其中 70% 存活超過一年(懷孕週數 22 週:9.8% ；懷孕週數 26 週:85%)²⁸⁵。瑞典健康福利部(The Swedish National Board of Health and Welfare) 2004 年公布新指引 (guidelines) ，不同於先前建議對於懷孕週數小於 25 週出生的極早期早產兒選擇性的不治療的指引，新指引鼓勵懷孕週數 23 週至 25 週出生的極早期早產兒的治療，應在家長的同意下，依早產兒各別的情況評估²⁸⁶。

第四項、美國

²⁸³Norwegian Research Council. Limits of Treatment for Extremely Preterm Infants, 1999.

²⁸⁴Markestad ,T./ Kaaresen ,P.I./ Ronnestad, A./ Reigstad ,H./ Lossius, K./ Medbo, S. et al. "Early death, morbidity, and need of treatment among extremely premature infants." *Pediatrics*. 2005; 115(5):page1289-1298.

²⁸⁵EXPRESS Group./ Fellman ,V./ Hellström-Westas, L./ Norman ,M./ Westgren, M./ Källén, K./ Lagercrantz, H./ Marsál ,K./ Serenius, F./ Wennergren, M. ."One-year survival of extremely preterm infants after active perinatal care in Sweden. " *JAMA*. 2009; 301(21), page 2225-2233.

²⁸⁶ Swedish National Board of Health and Welfare. Perinatal Management of Extreme Prematurity. Available at:www.sos.se/fulltext/114/2004-114-6/2004-114-6.pdf. Accessed June 28, 2005

美國最高法院於1973年裁定 *Roe. V. Wade* 案，以「胎兒離開母體以後可以存活」作為標準。規定婦女在懷孕第1個三月期 (Trimester) 內可以自行決定是否人工流產，第2個三月期則加入保護當事者健康的限制，第3個三月期的人工流產則由洲政府規定²⁸⁷。最高法院的裁決根據的理論是將胎兒視為「有潛能成為人」的個體，認為懷孕28週前胎兒離開母體以後不能存活，屬於婦女自主權的範圍；28週後（1992年後因醫學技術的進步改為23-24週）出生的胎兒可以存活，因該受保護，除非影響母親健康。1983年，美國健康服務部(the Department of Health and Human Services)規定(rules)無論新生兒是否嚴重傷殘，應保證提供所有可能維持生命的治療，除非死亡迫近或治療的風險極高。但第一線的醫療人員表明不能接受此法令²⁸⁸。有非常少數的選擇性不治療(selective non-treatment)案件上訴法院，但它被同意在嬰兒、醫師和父母三方關係內，這些困難的決定是適當的，沒有過度濫用在這樣私有(private)決策過程中²⁸⁹。法律認可尊重父母親決定，但重要的是如果有必要保護嬰兒的最大利益，法院有權利干預和否決決定²⁹⁰。

2005年美國心臟科醫學會 (American Heart Association, AHA) 及美國小兒科醫學會(American Academy of Pediatrics, AAP)關於新生兒急救復甦指引(Neonatal Resuscitation Guidelines)²⁹¹中的不實施(withholding)和中止(discontinuing)新生兒急救復甦(resuscitation)的指引，指出新生兒罹病率和死亡率因為不同地區及可用性的資源而有差異，不同醫師對於提供嚴重受損(severely compromised)新生兒積極性療法(aggressive therapies)的利弊意見也存在歧異²⁹²，社會科學研究發現父母

²⁸⁷高添富，同註151。

²⁸⁸同註9。

²⁸⁹Berseth, C.L. : "A neonatologist looks at the baby Doe rule: ethical decisions by edict." *Pediatrics* 1983; 72, page 428-429.

²⁹⁰Strain JE. : "The decision to forgo life-sustaining treatment for seriously ill newborns." *Pediatrics* 1983; 72, page 572-573.

Johnson ,D.E./ Thompson ,T.R.:" The "Baby Doe" rule: is it all bad?. " *Pediatrics*. 1984; 73, page 729-730.

²⁹¹Johnson ,D.E./ Thompson ,T.R./ Aroskar, M./ Cranford ,R.E.:" "Baby Doe" rules. There are alternatives. " *Am J Dis Child*. 1984; 138, page 523-9.

²⁹²Kopelman, L.M./ Irons, T.G./ Kopelman, A.E.:" Neonatologists judge the "Baby Doe" regulations. " *N Engl J Med*.1988;318, page 677-683

希望能有更大的地位，決定嚴重受損新生兒是否開始復甦並繼續維生。美國小兒科醫學會召開胎兒和新生兒會議(Committee on Fetus and Newborn)認為²⁹³，醫生的角色是向父母提供醫療處置的選項並根據需要提供準則；而父母的角色則是積極參與作決定的過程；醫生必須尊重父母在決策中的重要地位。父母的期望，可能受到來自其文化、宗教、教育、社會和民族背景的影響。儘可能在孩子出生之前，醫療團隊與父母之間應進行溝通討論，有助於確保嬰兒出生時，依個別嬰兒的情況提供適當的醫療照護。產科和新生兒醫療團隊和父母的協調一致的意見是重要的²⁹⁴。醫生和父母必須一起依他們所瞭解的孩子最佳利益作出決定，而不是基於父母的財務狀況或醫生、醫院等的財務利益。不過，醫生的第一責任是病人；所以醫生沒有義務應父母的請求，提供不適當治療或中止有益的治療；治療是有害而無益處，或徒勞無功和只是延長死亡，皆是不適當的；醫生必須確保所選擇的治療基於最佳醫療判斷，且是符合嬰兒的最佳利益。醫療團隊也應適時諮詢醫院倫理委員會(the hospital bioethics committee)的意見²⁹⁵。當父母知情同意下，確認高死亡率和預後不良的新生兒不實施(withholding)急救復甦的合理狀況，是可能的²⁹⁶。如果醫療團隊與父母之間進行充分溝通討論前，預後不良的嬰兒即急產，在這種情況下，醫生必須用他的專業判斷決定是否啟動急救復甦(Resuscitation)直到嬰兒父母可以參與決定²⁹⁷。未起動(Noninitiation)急救復甦和急救復甦過程中或之後撤除(withdrawal)維生醫療(life-sustaining treatment)在倫理(ethical)上是相同的(equivalent)，沒有區別(ethical distinction)²⁹⁸。當有機能的生存(functional survival)是極不可能(highly unlikely)時，臨床醫生不應猶豫(hesitate)

²⁹³同註2。

²⁹⁴同註9。

²⁹⁵同註2。

²⁹⁶Draper, E.S./ Manktelow, B./ Field, D.J./ James, D.: " Tables for predicting survival for preterm births are updated. " BMJ. 2003; 327:872

²⁹⁷同註2。

²⁹⁸出處同註2及註9。

去撤除(withdraw)維生系統²⁹⁹。當醫生的建議和嬰兒的父母的期望分歧時，可諮詢醫院委員會或尋求另一醫師的第二意見，但也可能會導致司法系統的介入，但應儘量避免³⁰⁰。

美國小兒科醫學會認為決定急救復甦和加護治療的基礎包括幾個關鍵因素：(1) 醫療團隊與孩子的父母關於醫療情況、預後和治療項目直接和開放的溝通；(2) 父母積極參與決定過程；(3) 即使沒有提供加護治療，仍應繼續舒適照護(comfort care)；和(4) 治療決定首要應出於孩子的最佳利益³⁰¹。關於照顧策略(strategy for care)，胎兒和新生兒會議(Committee on Fetus and Newborn)會議提及預後不良的嬰幼兒，醫療決定應評估其生理成熟度，醫療狀況(包括任何嚴重出生缺陷或醫療併發症)，死亡和嚴重殘疾的概率後，由醫護團隊及父母共同決定。在考慮預後的基礎上，醫療決定可以分為三個類別³⁰²：

1. 當早期死亡是非常可能，和將在無法接受的嚴重殘疾高風險情況下生存，則加護治療(intensive care)不被建議(not indicated)。
2. 當生存是可能，和無法接受的嚴重殘疾的風險低的情況下，則加護治療(intensive care)被建議(indicated)。
3. 當介於第一種和第二種情況之間，預後不確定，但可能會很差和可能在降低生活品質下生存，則應由父母的期望決定治療方式。

此會議(Committee on Fetus and Newborn)提出建議以下幾點結論(Recommendations)³⁰³：

1. 不起動(Noninitiation)和撤除(withdrawal)加護治療，應由醫療團隊與父母共同決定，溝通必需誠實和公開。持續進行的病情和預後的評估至關重要，醫療團隊必須提供父母正確資訊。

²⁹⁹同註9。

³⁰⁰同註2。

³⁰¹同註2。

³⁰²同註2。

³⁰³同註2。

2. 父母應主動積極參與作醫療決定的過程。
3. 當未給于加護治療(intensive care)時，醫療團隊應提供憐憫舒適的基本照護(basic care)。
4. 開始或繼續加護治療的決定，只應基於嬰兒將於加護治療中受益的判斷。當嬰兒狀況不能和生命合諧相容時，或治療是有害無益的、無效的，則延長生命的治療是不適當的。

美國心臟科醫學會 (American Heart Association , AHA) 及美國小兒科醫學會 (American Academy of Pediatrics , AAP) 訂定以下的準則(Guidelines)，但必須依據當地的預後詮釋³⁰⁴：

- (1) 如果新生兒的懷孕週數、出生體重或先天性異常與幾乎一定會早期死亡或即使罕見的倖存下來卻可能有無法接受的高罹病率(morbidity)相關聯，則急救復甦(resuscitation)不被建議 (not indicated)。例子包括極早期早產(extreme prematurity) (懷孕週數小於23週出生的早產兒或出生體重小於400公克)，先天無腦兒和無法生存的染色體異常如trisomy 13。
- (2) 高生存率和可接受的罹病率的狀況，則急救復甦(resuscitation)幾乎總是被建議(indicated)。這通常包括懷孕週數大於等於(\geq)25週出生的早產兒(除非有證據顯示遭以下情況累及，如胎兒子宮內感染或缺氧缺血(hypoxia-ischemia))和大多數先天性畸形)。
- (3) 在生存機會曖昧(borderline)，相對高的罹病率，預期小孩負擔高，預後不確定的狀況下，父母是否起動(Noninitiation)急救復甦的意願應該被尊重支持。

第五項、加拿大

加拿大小兒醫學會的醫學倫理委員會(The Bioethics Committee of the Canadian Pediatric Society) 和婦產科醫學會(the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada)提出禁止加速死亡(hastening death)，但可選擇性不治療(selective

³⁰⁴同註9。

non-treatment)的如下指引(guidelines)。此指引也為澳洲所提議(proposed) 。包括
305 :

(1). 懷孕週數 22 週(154 to 160 days)出生的早產兒不能存活(viable)，存活(viable)機會微少，大多應該只給于憐憫安寧緩和的照顧(compassionate palliative care) 。只有在已完全知情(fully informed)的父母要求或懷孕週數被低估的早產兒，醫師才應該予以主動治療(active treatment)。

(2). 懷孕週數 23 至 24 週(161 to 174 days)出生的早產兒，存活率提高(從 10% 至 50%)，但也有高比例殘疾(20% to 35%)的風險。如何治療及是否急救復甦(Resuscitation)，應依早產兒出生時的情況及家長的意願。

(3). 懷孕週數 25 至 26 週(175 to 188 days)出生的早產兒，存活率提高(從 50% 至 80%)，但也有高比例殘疾(10% to 25%)的風險。此週數而沒先天畸形的早產兒，應全部急救復甦(Resuscitation)。

第六項、澳洲

關於極早期早產兒的醫療，澳洲沒有國家規範(national rules)，而是由醫療人員與父母決定³⁰⁶。澳洲的醫療指引的原則和美、英、加拿大等國類似，皆是：如果為嬰兒持續治療得到的生活，是比死亡更壞的預後，醫師應基於道德和人道主義義務，停止或撤出維持生命的治療³⁰⁷。各自醫院的新生兒加護病房，有不同的態度和不同的臨床處置。在澳洲Monash醫院政策，建議給予所有出生體重大於500公克或懷孕24週以上(含24週)出生的早產兒加護治療³⁰⁸；唯一的例外是出生體重

³⁰⁵Fetus and Newborn Committee, Canadian Pediatric Society; Maternal-Fetal Medicine Committee, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Management of the woman with threatened birth of an infant of extremely low gestational age. Can Med Assoc J. 1994;151, page547-53.

³⁰⁶同註275。

³⁰⁷Yu, V.Y.H. : "The extremely low birthweight infant: an ethical approach to treatment." Aust Paediatr J 1987; 23, page97-103.. Selective non-treatment of newborn infants. Med J Aust 1994; 161, page627-629. Ethical and moral dilemmas in neonates, World J Pediatr 2005;2:page88-93.

³⁰⁸同前註。

小於750公克而且在產房插管、呼吸輔助和心臟按摩無法改善的嬰兒³⁰⁹。

第七項、日本

在日本由於醫生和患者之間的家長式關係(paternalistic relationship)，醫生的觀點被高度尊重，認為父母參加決策過程是不適當且多餘的負擔；父母多未被知情同意，被請求做出選擇性非治療的決定。然而一項研究發現，知情同意的父母更能承擔對決定撤出維持生命的治療的責任，無需為他們的參與，承擔罪狀的負擔³¹⁰。日本治療極早期早產兒先驅的東京女子醫科大學(Tokyo Women's Medical University)對預後不良的新生兒放棄治療的指引和許多西方國家有所差異，例如父母多未被告知同意做最後決定，醫學倫理委員會未主動介入，而是由醫療團隊討論後做出決定；此決定並非撤出維持生命的治療系統，而是觀察，只執行一般常規照顧不做其他治療³¹¹。從1984年到1989年，日本東京女子醫科大學附設醫院新生兒加護病房有58名(58/15891, 7.8%)新生兒死亡，其中32名(55%)放棄積極治療，主要原因為有4名無生存能力(non-viable, 4/4)，13名致命的畸形(lethal malformations, 13/20)和15名生產窒息(birth asphyxia, 15/19)³¹²。實際臨床上，日本醫師很少撤除加護治療。一項全日本52醫院研究，超過100個孩子長期慢性的依賴呼叫器維生(chronically ventilator dependent)，平均超過2年；其中超過60%的孩子們遭受不可逆的疾病，包括生產窒息、肌肉病變(myopathies)和先天心臟病等³¹³。

如同許多西方國家，90年代後，新的治療方法例如表面活化劑療法，高頻呼吸器(HFOV)和產前類固醇療法，日本早產兒的生存率改善了。因此，日本政府厚生

³⁰⁹Davis, D.J.: "How aggressive should delivery room cardiopulmonary resuscitation be for extremely low birth weight neonates?" *Pediatrics*. 1993; 92, page447-450.

³¹⁰Nishida, H./ Sakamoto, S." Ethical problems in neonatal intensive care unit - medical decision making on the neonate with poor prognosis." *Early Hum Dev*. 1992; 29, page403-406. Yu, V.Y.H:" Selective non-treatment of newborn infants." *Med J Aust* 1994; 161, page627-629.

³¹¹Nishida, H. Sakamoto, S.同前註。

³¹²Nishida, H. Sakamoto, S.同註 310。

³¹³Yu, V.Y.H.同註 310。

省(the Ministry of Health, Labor and Welfare)於1991年1月，將母親保護法 (the Maternal Protection Law) ，嬰兒有生存能力的門限(the threshold of viability)定義從懷孕24週下修到懷孕22週³¹⁴。日本的法律規定懷孕22週以上的早產兒就必須救治，比多數其他國家以懷孕24週的標準嚴格³¹⁵。日本小兒科醫學會新生兒委員會，統計自1980年以來日本全國新生兒加護病房極端低出生體重(ELBW)和非常低出生體重(VLBW)早產兒的預後及整體新生兒死亡率。出生體重少於1,000公克的嬰兒死亡率，從1980年55.3%和1990年28.2%大幅下降到2000年17.8%。懷孕週數22週出生的極早期早產兒存活率(Survival Rate)從 18%(1995-2001) 上升到31%(51/164) (2002-04) ，神經後遺症(Neurological Sequelae)為36%(2002-04)；懷孕週數23週出生的存活率從40%(1995-2001) 上升到56%(234/416) (2002-04)，神經後遺症為32%(2002-04) ³¹⁶。在母親保護法這法律修正後，日本新生兒醫師對於懷孕22到23週出生的早產兒，更積極介入治療³¹⁷。

第三節、我國對極早期早產兒之生命權探討

第一項、醫界方面

懷孕 24 週以下出生的早產兒即所謂的「巴掌仙子」救還是不救？我國「衛生署醫學倫理委員會」臨床倫理工作坊多次研討「新生兒及兒童照護倫理」，主要包括新生兒重症特別護理、致命嬰兒之侵入性醫療、父母的態度、高額醫療與國家保險的不平衡、安寧緩和與生命末期照顧以及無效治療等倫理問題。2007 年台大醫院與台大公衛學院發表「台灣全國性的出生體重及懷孕周數別的新生兒死亡率」報告³¹⁸，從內政部和衛生署在 1998 年至 2003 年新生兒出生及死亡登記資料，

³¹⁴Kazushige, Ikeda. Shinya, Hayashida. Isamu, Hokuto. Satoshi, Kusuda. Hiroshi ,Nishida.:" Recent Short-term Outcomes of Ultrapreterm and Extremely Low-birthweight Infants in Japan. " NeoReviews.2006; 7, page511-516.

³¹⁵張瓊方，文明的代價？！——兒童現代病，台灣光華雜誌。

³¹⁶同註 314。

³¹⁷同註 314。

³¹⁸「巴掌仙子」24 周早產兒 救不救？聯合報，2007 年 3 月 12 日。

分析出生週數在 20 至 44 週、共 133 萬多名活產新生兒的早產現況。分析結果發現，懷孕 24 週以下出生的早產兒、如果出生體重小於 500 公克，死亡率高達八成；如果出生體重大於 500 公克，則死亡率也近七成。而懷孕 20 週以下出生、體重小於 500 公克的早產兒，死亡率則是百分之百。台大醫院新生兒科謝武勳主任指出，台大醫院 1997 至 2004 年，140 多名出生體重 500 公克以下早產兒，兩成父母不放棄救治，但最後只有五名早產兒存活下來。其認為懷孕 22 至 24 週出生的早產兒，容易面臨救或不救的兩難困境，就算存活可能有嚴重併發症。台北榮民總醫院兒科加護中心宋文舉主任表示，24 週早產兒的救治與否，決定權在父母，但台灣福利制度，並不完備，要救治 24 週以下早產兒，應多加思考。³¹⁹台北馬階醫院新生兒科許瓊心醫師為文「台灣地區早產兒發生率與存活率」³²⁰論及 20 年來，我國醫療對於 1000 公克以下的早產兒的預後改善仍相當有限，尤其對於懷孕週數在 24 週左右的早產兒的醫療處置，更需要醫療團隊和父母共同討論決定。

2006 年我國新生兒科醫學會參考 2005 年美國新生兒急救復甦指引(Neonatal Resuscitation Guidelines)制定之「新生兒高級急救救命術」講義³²¹提及不起動心肺復甦術合乎倫理之狀況如下：

- (1) 妊娠週數確定小於 23 週或出生體重小於四百公克之新生兒。
- (2) 無腦症。
- (3) 確定之三染色體 13 或三染色體 18 症候群。

講義提及對於那些無法確定預後的狀況，如邊界值的存活率和較高的罹病率，以

³¹⁹ 「巴掌仙子」24 周早產兒 救不救？同註 320。依據兒童及少年福利法（第 4 條）政府及公私立機構、團體應協助兒童及少年之父母或監護人，維護兒童及少年健康，促進其身心健全發展，對於需要保護、救助、輔導、治療、早期療育、身心障礙重建及其他特殊協助之兒童及少年，應提供所需服務及措施。（第 19 條）直轄市、縣（市）政府，應鼓勵、輔導、委託民間或自行辦理下列兒童及少年福利措施：第七項：早產兒、重病兒童及少年與發展遲緩兒童之扶養義務人無力支付醫療費用之補助。

³²⁰同註 1。

³²¹台灣新生兒科醫學會制定之「新生兒高級急救救命術」講義，第九章「生命終了時的倫理與照護」，2006年。

及那些負擔對孩子來說較重的情況，父母對於急不急救的意見應給予支持並慎重考慮。醫療人員應了解當地對於新生兒照顧的相關法律，假如不確知，應該諮詢醫院倫理委員會。在大部份的情況下，當父母及醫師都同意進一步的醫療是無效的，只能延後死亡，卻不能提供足夠的好處來證明加諸其上的負擔是有理的，此時停止或撤除急救措施是倫理上及法律上可接受的。但是醫師在向父母說明時，要考慮到產前預估的體重及週數都可能有誤差，要不要急救，還是要看孩子出生以後的狀況，醫師不要下肯定的承諾和約定³²²。所以本文認為依倫理上來說，停止或撤除急救措施應該是沒有問題的，但是在我國有無法律上的責任呢？

我國各大醫學中心或區域醫院，多有對極早期早產兒醫療處置和醫學倫理法律的相關討論。本文特別舉已經在兒科加護病房內增加兒童臨終安寧照護空間的財團法人奇美醫學中心有關於兩個極早期早產兒案例³²³及台北市立萬芳醫院有關於一個極早期早產兒案例³²⁴的討論

奇美醫學中心第一個案例³²⁵：人工受孕懷孕週數 21 週出生的雙胞胎，父母要求積極救治；出生時全身發紺不會哭，兒科醫師氣管插管給予急救後評估無法存活；因此在與父母說明同意後，給予保守治療，雙胞胎當天死亡。可是，後來家屬卻提出抗議，認為明知沒希望，當初何還要急救而不當成死產處理，因為活產後續行政程序(戶口、報死亡)，造成不必要的負擔。爭議點是此案例是否可以當死產處理？倫理委員會上，有醫師認為只要有呼吸、心跳、或活動等任何徵候其中一項，就是活產，醫師就必須給予急救，醫師不能當死產處理。或有醫師認為雖然它出生是活產，但若根據臨床數據及證據，它應該屬於嚴格的無效醫療。或認為 24 週以前出生的早產兒是法律的灰色地帶，什麼是業務上的正當行為，並沒有判例做參考。或認為醫療一直在突破中，倘若不救治,就不知道我們的能力

³²²同註321。

³²³ 參見財團法人奇美醫學中心醫學倫理委員會議記錄（96年7月）網址：http://www.chimei.org.tw/main/right/right01/cmh_department/，瀏覽下載日期：2007年3月20日。

³²⁴參見台北市立萬芳醫院醫學倫理委員會準則公告(97年度3月份)。

³²⁵同註323。

可達什麼程度？本文認為法律上，胎兒若離開母體後，能獨立呼吸者，縱使時間短暫，仍然成為法律上的「人」。意即若極早期早產兒只有心跳而沒有獨立呼吸(很多極早期早產兒即是如此，若未予以急救如給于氧氣或氣管插管等，豈能獨立呼吸或根本沒有呼吸?)，應可以當死產處理，不予急救。

奇美醫學中心第二個案例³²⁶，一對雙胞胎，哥哥的預後較好，後遺症較少；但弟弟有後遺症的機會較高。因此，父母要求積極治療哥哥，但不要積極治療弟弟。父母拒絕有心臟病的弟弟開刀，而導致病情惡化。奇美法律顧問蔡律師認為依兒福法觀點，當醫師認為病童應該接受治療而父母拒絕治療，醫護人員應負有主動通報責任。有醫師認為假設我們將個案通報，可能會導致與父母關係變差，如果無法與父母達成共識，就以法律為主。討論認為當病人或家屬要求自動出院，醫師可予同意之情況：1.符合安寧緩和醫療條例之末期病人。2.醫療無效或幾近醫療無效的危急病人。³²⁷

台北市立萬芳醫院案例³²⁸：婦女懷有雙胞胎，懷孕 21 週急產，產婦同意不施予急救；出生後，婦產科醫師判斷其中一名胎兒體重較大，故請小兒科醫師到產房急救，但仍急救無效宣告死亡。因家屬需先報戶口等手續繁雜，要求這名新生兒改成死產。醫學倫理委員會決議：1. 以生命權維護為準則，早產兒出生若非死產均應施予急救，婦產科及兒科醫師應說明可能之存活率與併發症。2. 若家屬仍堅持不予急救，小兒科醫師依前項委婉說明後，依臨床醫療判斷可採行適當之急救規格與緩和醫療措施。

第二項、司法界方面

第一個案例³²⁹：一名國三未婚媽媽在浴室意外產下一名早產女嬰，因怕家人知

³²⁶同註 323。

³²⁷陳德人，〈安寧療護 對兒童臨終安寧照護的啟示〉，中華民國早產兒基金會會訊第73期，2010 年 4 月。

³²⁸同註 324。

³²⁹資料來源：中國時報。

道，情急之下將女嬰丟入馬桶沖走，但沖不掉，於是將女嬰從二樓窗戶丟出摔落一樓地面，頭部受到強烈重擊，最後不治。其行為已構成刑法第274條生母殺嬰罪，並構成刑法第294條違背法令契約義務遺棄罪。刑法第274條生母殺嬰罪為普通殺人罪的減輕構成要件，本構成要件並非初生嬰兒的生命價值尚不及一般人，而是生產中或甫生產後的婦女，或許處於心裡衝突或情緒不穩定的特殊情狀下，而有較低的罪責內涵，故對其殺嬰行為乃賦予較普通殺人罪為輕的法定刑。

第二個案例³³⁰：懷孕週數23週出生的早產兒，父母決定放棄救治。出生後，產科醫師故意不處置，不給予急救措施，欲使其自然死亡。但經過10分鐘後，該新生兒未死亡，故會診小兒科醫師，轉送早產兒加護病房救治。產科醫師之行為是否構成犯罪？我國法律上，人的生命採「絕對保護原則」，只要是「人」，不論其身體是否嚴重畸型、殘障，一律不許任意剝奪其生命的權利。產科醫師在該胎兒已可能獨立呼吸時，放棄之而不給予必要之救治，已構成殺害「人」的行為，幸好，後來轉送加護病房救治，只構成殺人未遂罪。

第三個案例³³¹：行政院衛生署自殺防治中心，統計國內六家平面媒體自民國81年至94年為止的新聞報導，共發現198件的攜子自殺事件，民國81年4件，94年32件，有逐年增多的趨勢。其中母攜子自殺最多，達101件，父攜子自殺的有75件，全家同赴黃泉的有22件。91年至94年的4年統計，母攜子自殺共68件，母平均年齡為34.1歲，子9.3歲，部分孩子有智障與腦性麻痺。分析主要的原因是經濟壓力，其次是罹患疾病。前最高法院檢察署主任檢察官葉雪鵬在「父母怎可剝奪兒女生命」一文³³²指出，依民法第1084條第2項及兒童及少年福利法第3條規定，父母對未成年之子女，有保護及教養之權利義務、責任。兒童不是父母的財產、附屬品，是獨立的個體，其生命權應當受到尊重及保護。因此，父母攜子自殺，可能成立刑法法定本刑為死刑、無期徒刑或10年以上有期徒刑

³³⁰林志六，墮胎與殺人，台灣法律網。

³³¹葉雪鵬，父母怎可剝奪兒女生命？2006年6月。

³³²同註331。

的第 271 條第一項的殺人罪。若子女未成年，依兒童及少年福利法第 70 條的規定，還要對父母加重刑罰至 2 分之 1。

第八章、結論及建議

極度早產兒生命的脆弱，醫療的極限，和後續產生的各種後遺症，影響整個家庭父母及早產兒的一生。極早期早產兒處於生存能力邊緣(previable to viable)，極早期早產兒的急救復甦，牽涉到醫學、倫理、法律、和社會等層面。決定加護治療或安寧緩和照顧是非常困難的。³³³如果，明知極度早期早產兒現在有或將來極可能有重度殘疾，誰有權決定他的「最佳利益」？極高可能甚至已經重度殘疾的極度早期早產兒生命或生活的意義是什麼？極度早期早產兒生命的尊嚴是什麼？

新生兒加護病房臨床治療指引如下：(1)提供優質的照顧且評估治療的結果，(2)總是(always)減輕痛苦，(3)有時(sometimes)可治癒(cure)，(4)偶爾地(occasionally)允許死亡以尊嚴³³⁴。這個概念根據希波克拉底語錄 (The Hippocratic Corpus)「我將定義我希望的醫學是什麼。概括地說，它是解除疾病的遭遇，減少病患疾病的摧殘，並且意識到在某些情況下醫學是無力的而拒絕繼續無效醫療」。醫療團隊和父母共同做出選擇性不治療的決定，應建立在信任的過程，需要時間、信息、誠實和同理心³³⁵。司法界應理解和處理此一難題，以免以刑法相逼醫界及父母。故本文建議如下幾點：

建議一

「出生」，我國目前民法、刑法實務上，皆採獨立呼吸說。但「獨立呼吸」何義？

³³³Moriette, G/ Rameix, S./ Azria, E./ Fournié, A./ Andrini, P./ Caeymaex, L./ Dageville, C./ Gold, F./ Kuhn, P./ Storme, L./ Siméoni, U.: " Very premature births: Dilemmas and management. Part 1. Outcome of infants born before 28 weeks of postmenstrual age, and definition of a gray zone". Arch Pediatr. May 2010; 17(5), page518-26. Epub 2010 Mar 12.

³³⁴Whitfield, M.F. The right to live or the right to die? Annals RCPSC. 1986; 19, page363-366.

³³⁵Yu, V.Y.H. 同註 310。

我國司法實務採法醫學上，將死亡嬰兒解剖後的肺部浸在水中，如有氣泡，即認為曾經呼吸過，係活產即為人。然而，在今日醫療技術上，只要產出後經過急救，懷孕週數14週後的胎兒肺部即可能有氣泡，豈非胎胎皆活產，皆出生為人？本文認為「獨立」若為譯文，原文應為“independent”，independent為不依賴外力支持，獨立自主之意。醫學上，懷孕週數22-26週前無法提供有效之氣體交換，即「有效、有功能的呼吸」，若不急救，不依賴外力支持，豈能「獨立呼吸」，豈能保有生命？故懷孕週數22-26週前自無「獨立呼吸」之可能。但我國司法實務上「獨立呼吸」學說採法醫學之觀點，無法相容於目前進步但卻又有極限的醫療科學現況，導致對法規了解不深的父母和醫護人員，更加無以依循³³⁶。本文建議司法界對於獨立呼吸說應作更深入之檢討及明確定義，「獨立呼吸」的解剖定義實有檢討修正之必要。本文認為我國出生認定採獨立呼吸說，其定義應呼應法界學者「獨立存活之可能性說」³³⁷，即以受孕後約第24週為「人」之始期，此定義也應符合現代醫學上懷孕週數22-26週前無法提供有效之氣體交換即「有效、有功能的呼吸」之認知³³⁸。

建議二

在我國獨立呼吸通說，出生的解剖定義下，不論懷孕週數多小（懷孕10週開始有心跳，懷孕週數14週後的胎兒肺部即可能有氣泡），醫師可能都必須給予急救（誰能保證法醫的胎兒解剖報告，肺部浸在水中沒有氣泡），醫師不予積極救治而死亡，即可能涉及刑法殺人罪以及民法上侵權等問題。而醫療實務上懷孕20週前產出，產科醫師大多會在父母同意下當成自然流產，即使產出時有心跳，也未於救治，當成死產，如此情形在我國目前法律規定下，父母及醫師也可能會有刑責問題。本文認為在未得到社會及醫界的理解及出生獨立呼吸通說的定義修正前，懷

³³⁶陳建成，論民刑法出生學說之實用性，2001年。

³³⁷甘添貴，人工流產與殺害嬰兒，台灣本土法學第19期，頁116~117。王皇玉，墮胎行為胎兒未死亡之探討，頁210。

³³⁸Robert, M. K./ Richard, E. B./ Hal, B. J./ Bonita, F. S. Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed. 2006, page 38

孕週數小於22-26週出生的早產兒，尤其是小於24週出生的極度早期早產兒，司法應尊重醫師之專業判斷及父母之決定，實務上不應以法醫學解剖之定義，科以醫師及父母任何法律責任。

建議三

我國與無效醫療較有相關的法令是《安寧緩和醫療條例》對末期病人不施行心肺復甦術(do-not-resuscitate, DNR)，原施予之心肺復甦術得予終止或撤除之法律條文。³³⁹法律上何謂罹患嚴重傷病？極早期早產兒的「極早期早產」本身是否等同於罹患「嚴重傷病」？本文建議健保給付安寧療護「嚴重傷病」應明定納入「極早期早產」。並且認為依今日醫療先進國家及我國醫學上之證據及準則，懷孕週數小於23週出生的早產兒或出生體重小於400公克，再未明定納入健保給付安寧療護前，醫師可以以「肺部其他疾病」或「其他大腦變質（如嚴重腦傷）」之診斷，診斷認定為罹患「嚴重傷病」，若醫師決定不施行、終止或撤除心肺復甦術，司法界應尊重醫師之專業判斷。

建議四

醫療過失係指醫療人員違反客觀上必要之注意義務而言，依據最高法院95年度台上字第3884號刑事判決意見，醫療行為有其特殊性，容許相當程度之風險，應以醫療當時臨床醫療實踐之醫療水準判斷是否違反注意義務。另依據醫療糾紛鑑定作業要點第16條，對於鑑定案件，應基於醫學知識與醫療常規，並衡酌當地醫療資源與醫療水準³⁴⁰。本文認為依據今日醫療先進國家及我國醫學上之證據及準則，懷孕週數小於23週或出生體重小於400公克之新生兒，醫師可不施行心肺復甦術。若醫師決定不施行、終止或撤除心肺復甦術，為符合醫療當時臨床醫療實踐之醫療水準判斷，並無違反客觀上必要之注意義務之過失也無故意之可能。

³³⁹參照民國100年01月26日《安寧緩和醫療條例》修正條例。

³⁴⁰參見醫療糾紛鑑定作業要點。

總結

醫療技術的進步，改善或者說改變了極度早期早產兒的預後，減少了死亡率，卻相對提高了罹病率。使得死亡可能被延長或可能使重度神經或其他後遺症的嬰兒生存下來。這種治療結果，造成醫師對預後非常不良的極度早期早產兒新生兒，是否啟動或中止急救或加護治療的困境。什麼是極度早期早產兒的「最佳利益」？台灣新生兒科醫學會制定之「新生兒高級急救救命術」講義第九章「生命終了時的倫理與照護」提及「在大部份的情況下，當父母及醫師都同意進一步的醫療是無效的，只能延後死亡，卻不能提供足夠的好處來證明加諸其上的負擔是有理的，此時停止或撤除急救措施是倫理上及法律上可接受的。」果真在我國法律上，是可以接受的嗎？何謂「在大部份的情況下」？本文建議台灣醫界如新生兒科醫學會、兒科醫學會、婦產科醫學會 和司法界如司法院、法務部、法學專家學者及立法院和衛生署應了解並共同解決此一難題，避免以司法相逼醫界及極度早期早產兒父母。

表一：各國生存能力的門限(the threshold of viability)比較

國家	生存能力門限 (the threshold of viability) (孕齡)	說明	生存能力 灰色地帶 (gray zone) (孕齡)	指引(guideline)出處
德國	24 + 0/7 週	應執行有限度的療法(limiting therapy)。		Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin
奧地利	24 + 0/7 週	如有特別好的生命功能(vital functioning)，建議臨時性的加護照顧(provisional intensive care)。		the Austrian Society of Pediatrics and Adolescent Medicine
瑞士	25 + 0/7 週	少於 24 週，安寧緩和照顧(palliative measures, comfort care) 24 週:Decision in the delivery room"; 臨時性照顧(provisional care)。		the societies for gynecology, pediatrics, and neonatology the Swiss Academy of Medical Sciences ,SAMS)
英國	23+ 0/7 週	22週，標準處置(normal practice)不應該予以急救復甦。 小於 22 週，不應該予以急救復甦。	23週	Nuffield Council on Bioethics
荷蘭	26+ 0/7 週	建議不應該被急救復甦，及不鼓勵(discourage) (但並不禁止 prohibit) 提供加護治療。		Dutch Paediatric Society the Groningen Protocols
法國	24 + 0/7 週	只需提供安寧緩和照顧(palliative care)。	24 至 25 週	Arch Pediatr. 2010 May;17(5):518-26
挪威	23 + 0/7 週	提供急救復甦的懷孕週數限制應該為懷孕週數 23 週至 25 週	23 至 25 週	National consensus conference

國家	生存能力門限 (the threshold of viability) (孕齡)	說明	生存能力 灰色地帶 (gray zone) (孕齡)	指引(guideline)出處
瑞典	23 + 0/7 週	選擇性的不治療	23 至 25 週	The Swedish National Board of Health and Welfare
美國	23 + 0/7 週 或出生體重小於 400 公克	急救復甦(resuscitation) 不被建議 (not indicated)	23 至 24 週	American Heart Association , American Academy of Pediatrics
加拿大	懷孕 23 + 0/7 週	大多應該只給予憐憫安寧緩和照顧 (compassionate palliative care) 。	23 至 24 週	The Bioethics Committee of the Canadian Pediatric Society, the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada
澳洲	23 + 0/7 週	原則和美、英、加拿大等國類似	23 週	Monash Medical Centre
日本	22+ 0/7 週	法律規定懷孕 22 週以上的早產兒就 必須救治		the Maternal Protection Law
台灣	23 + 0/7 週或出 生體重小於 400 公克	不起動心肺復甦術合乎倫理		台灣新生兒科醫學會

參考書目

一、中文資料

書籍：

1. 王伯琦，民法總則，台北：自刊，1954年。
2. 王澤鑑，民法總則，台北：自刊，2001年2月。
3. John, W. 著，毛立德譯，流產和殺嬰歷史的觀點，人命關天二十一世紀醫學倫理大挑戰，台北：校園書房出版社，2004年10月。
4. 甘添貴，體系刑法各論（第一卷），台北：瑞興書局，2001年9月初版。
5. 台灣新生兒科醫學會制定之「新生兒高級急救救命術」講義，2006年。
6. Pojman, L. P. 著，江美麗譯，生與死—現代道德困境的挑戰，台北：桂冠圖書公司，1995年初版。
7. 任聘，嬰兒禁忌，中國民間禁忌。
8. 邱仁宗，生死之間—道德難題與生命倫理，中華書局香港分局，1988年。
9. Geisler, N. L. 著，李永明譯，基督教倫理學，香港：天道書樓有限公司，1996年。
10. 李瑞全，儒家生命倫理學，台北：鵝湖出版社，1999年。
11. Worden, J. W. 著，李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫譯，悲傷輔導與悲傷治療（Grief counseling & grief therapy），台北：心理出版社，1995年初版。
12. 李震山，人性尊嚴與人權保障，台北：元照出版社，2000年2月初版。
13. 李震山，多元、寬容與人權保障—以憲法未列舉權之保障為中心，台北：元照出版社，2007年9月修訂2版。
14. 林山田，刑法各罪論（上）增訂2版，台北：自刊，1999年9月初刷。
15. 金象逵，生命的誕生，殘障新生兒的生或死，生命倫理～天主第五誡的當代省思，台北：天主教牧靈中心—見證月刊社，1995年初版。
17. 施啟揚，民法總則，台北：三民書局，1996年4月增訂7版。
18. 胡朴安，中華全國風俗志，上海：廣益書局，1922年。
19. 張希賢，倫理神學綱要，台中：光啟社，1959年初版。
20. 陳祖裕，無效醫療，醫療倫理諮詢—理論與實務，五南圖書出版股份有限公司，2010年5月。
21. Pojman, L. P. 編著，陳瑞麟等譯，今生今世—生命的神聖、品質與意義，台北：桂冠出版社，1997年初版。
22. 陳鼓應註譯，莊子今註今譯，台灣商務印書館，1994年10月。
23. 黃丁全，醫療·法律與生命倫理（Medical Law and Life），宏文館圖書股份有限公司，1998年9月。
24. 梵二，論教會在現代世界牧職憲章，1965年12月。

25. 曾育裕，醫護法規，五南圖書出版公司，2010年9月。
26. 聖經，台灣聖經公會，和合本。
27. 趙可式，安樂死、自然死與安寧療護，刊於戴正德、李文濱編著之醫學倫理導論，教育部，2000年。
28. 劉文瑤，醫事法要義，合記出版社，1999年。
29. 劉靜貞，不舉子：宋人的生育問題，稻鄉出版社，1998年。
30. 蔣欣欣、蘇逸玲，不施予心肺復甦術的倫理議題，醫療倫理諮詢-理論與實務，五南圖書出版股份有限公司，2010年5月。
31. Singer, P.A. 編著，蔡甫昌編譯，臨床生命倫理學，金名圖書有限公司，2003年9月。
32. 蔡墩銘，醫事刑法要論，景泰文化事業，1995年9月。
33. 蔡墩銘，法律與醫事，翰蘆途書出版公司，1998年11月。
34. 盧美秀，醫護倫理學(二版)，五南圖書出版公司，2005年。
35. 盧美秀，安樂死的倫理與法律議題，護理倫理與法律，華杏出版股份有限公司，2007年。
36. 釋昭慧，佛教倫理學，臺北：法界出版社，2001年8月。

期刊文章：

1. 王子今，秦漢"生子不舉"現象和棄嬰故事，史學月刊第8期，頁30-36，2007年。
2. 王皇玉，墮胎行為胎兒未死亡之探討，月旦法學雜誌第156期，頁205-210，2008年5月。
3. 王富茂，也談死亡之法律定義，醫事法學第1卷第2期，頁66，1985年7月。
4. 王澤鑑，財產上損害賠償(二)——為新生命而負責：人之尊嚴與損害概念，月旦法學雜誌第131期，頁139-141，2006年4月。
5. 王澤鑑，人格權保護的課題與展望(三)——人格權的具體化及保護範圍(1)，台灣本土法學雜誌第83期，頁60-62，2006年6月。
6. 王藍浣，極低出生體重早產兒在兩歲前的認知發展趨勢，中華民國早產兒基金會會訊55期，2005年8月。
7. 牛惠之，雷文攻，生物科技發展脈絡下之胚胎議題——一個法規範穩定思維的觀點，2003年07月。
8. 甘添貴，人工流產與殺害嬰兒，台灣本土法學第19期，頁116-117，2001年2月。
9. 甘添貴，安樂死應否立法？中國時報，1986年5月26日。
10. 吳建昌，安樂死法理學基礎之探討，醫事法學第7卷第2期，頁15，1999年6月。
11. 何賢文、許鶯珠，生命意義的再建構——以喪子女父母為例，生死學研究第6期，頁137-186，2006年。

12. 沈銀和，生與死之法律觀，醫事法學第2卷第1、2、3期合訂本，頁101，1986年6月。
13. 李貞德，漢隋之間的「生子不舉」問題，中央研究院歷史語言研究所集刊第66期，頁741-812，1995年。
15. 李瑞全，論儒家安樂死，應用倫理研究通訊第12期（國立中央大學哲學研究所），頁17-22，1999年10月。
16. 李震山，從生命權與自決權之關係論生前預囑與安寧照護之法律問題，國立中正大學：緩和醫療與法律研討會論文，頁11，1999年。
17. 李震山，生命權，法學講座第22期，頁12-13，2003年10月。
18. 林萍章，由實證研究看台灣醫療過失刑事責任，台灣本土法學雜誌139期，頁35-38，2009年11月。
19. 林麗月，明「戒殺女歌」作者考——兼論相關文獻的史料價值，明史研究通訊第5期，頁73-79，2002年12月。
20. 周珞琦、翁新惠、鄭雅慧、馮容莊，醫護人員面對重症早產兒照護之倫理困境與相關因素探討，榮總護理第19卷第2期，頁186-198，2002年6月。
21. 施珊汶、李晴玉、郭麗玲，新生兒加護病房中早產兒父母親的壓力調適過程，中華民國早產兒基金會會訊第52期，2004年11月。
23. 星雲大師，佛教對「生命教育」的看法，普門學報第22期，頁245-288，2004年7月。
24. 高添富，殘蝕了誰的理性——關於墮胎的科學思考。
25. 翁新惠、馮容莊、周珞琦、鄭雅慧，早產兒照護之倫理觀點及其影響因素之調查研究——以某醫學中心之極低體重早產兒父母為例，榮總護理第21卷第1期，頁1-9，2004年3月。
26. 時國銘，打開潘朵拉的盒子：安樂死在荷蘭，應用倫理研究通訊第21期，頁1-12，2002年。
27. 陳菁芬、黃秀敏，一對父母親對其早產新生兒關注行為之探討，護理新象第6卷第3期，頁48-58，1996年。
28. 陳榮基，臨終關懷與安寧療護，應用倫理學通訊第8期（國立中央大學哲學研究所），頁13-16，1998年10月。
29. 陳德人，安寧療護對兒童臨終安寧照護的啟示，中華民國早產兒基金會會訊第73期，2010年4月。
30. 許德耀，早產兒發生的原因與預防，中華民國早產兒基金會會訊第76期，2010年12月。
31. 許鶯珠，揮灑生命的色彩，國立交通大學學務處諮商中心主題專刊，頁3-16，2004年。
32. 許禮安，病情世界初探—由病情告知談起，安寧療護雜誌，第7卷第3期，頁239-251，2002年。

33. 許瓊心，台灣地區早產兒發生率與存活率，中華民國早產兒基金會會訊第56期，2005年11月。
34. 黃文三、劉靖國，儒家的生死觀及其生命實踐——以孔子為核心議題。
35. 黃美智、詹雅芬，如何協助早產兒父母之親子關係建立，護理新象第6卷第3期，頁28-31，1997年。
36. 馮達凱，決戰「生死」——談墮胎的爭議，路加雜誌第211期，2006年9月。
37. 張家琦，人工流產的法、理、情——墮胎邊緣，法律與你系列第106期，頁136-147，1996年8月。
38. 張淑芬，喪子悲傷反應及意義治療的應用，諮商與輔導，頁24-27，1996年。
39. 張瓊方，文明的代價？！——兒童現代病，台灣光華雜誌，頁6，1996年10月。
40. 曾幸怡、陳淑貞，台灣極低體重早產兒兩歲時預後之追蹤，中華民國早產兒基金會會訊第55期，2005年8月。
41. 童伊迪，早產兒的全程照顧計畫之探討，中華民國新生兒科學會會刊第8卷第2期，頁1-6，1999年。
42. 程維，"五月生子不舉"習俗考釋，西昌學院學報第22卷第2期，頁89-93，2010年6月。
43. 葉雪鵬，父母怎可剝奪兒女生命？2006年6月。
44. 詹雅芬、黃美智，一位母親與其早產兒建立依附關係的過程，護理雜誌第44卷第4期，頁70-75，1997年。
45. 楊秀儀，救到死為止？從國際間安樂死爭議之發展評析台灣「安寧緩和醫療條例」，台大法學論叢第33卷第3期，頁1-42，2004年。
46. 楊富強，安樂死之法律論爭與立法芻議，刑事法雜誌第34卷第2期，頁45-81，1990年4月。
47. 廖宏彬，試析「安樂死是一種以生命品質為依歸，對死亡狀態自主所主張的權利」，應用倫理研究通訊第23期，頁68-72，2003年。
48. 穆佩芬、夏萍回，早產兒家庭之壓力與調適，護理雜誌第44卷第4期，頁57-62，1997年。
49. 釋昭慧，自然死與安樂死，自由時報，2002年6月5日。
50. 釋惠敏，佛教之生命倫理觀——以「複製人」與「胚胎幹細胞」為例，中華佛學學報第15期，頁457-470，2002年7月。
51. 釋堅意，從佛教倫理學看墮胎行為（上），《海潮音》第85卷第6期，頁28-33，2004年6月。

學位論文：

1. 李苑芬，安樂死之研究，中國文化大學法律研究所碩士論文，1991年6月。
2. 陳建成，論民刑法出生學說之實用性，東吳大學法律學系研究所，2001年。

3. 陳慧瑛、李瑞金，嬰兒安樂死Infant Euthanasia，中央大學哲研所，1997年。
 4. 鍾春枝，臨床醫學倫理議題之判斷與處理方式的探討:比較醫護人員、宗教界與法界人士之看法，未發表的碩士論文，台北醫學院醫學研究所，2001年。
- 委託研究計畫：
1. 蔣欣欣、蘇逸玲、余玉眉、彭美慈，臨床護理倫理困境之研究，榮清陽合作研究計畫報告書，2003年。

參考網站

1. 網站：台灣法律網，網址：<http://www.lawtw.com/>
2. 網站：財團法人國家政策研究基金會，網址：<http://www.npf.org.tw/>
3. 網站：財團法人奇美醫學中心，網址：<http://www.chimei.org.tw/>
3. 網站：United Nations，網址：<http://www.un.org/>
4. 網站：WHO，網址：<http://www.who.int/>
5. 網站：Nuffield Council on Bioethics，網址：<http://www.nuffieldbioethics.org/>
6. 網站：Guardian Unlimited，網址：<http://www.guardian.co.uk/>
7. 網站：Swedish National Board of Health and Welfare.，網址：www.sos.se/
8. 網站：人民網，網址：<http://www.people.com.cn/>

二、外文資料

1. Ahmann, E.:"Supporting Fathers' Involvement in Children's Health Care", Pediatric Nursing, Vol.32, No.1, 2006.
2. American Academy of Pediatrics. Kliegman, R.M./ Behrman, R.E./ Jenson, H.B./ Stanton, B.F.: Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed. 2006.
3. American Heart Association, American Academy of Pediatrics. "2005 American Heart Association (AHA) Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC) of Pediatric and Neonatal Patients: Neonatal Resuscitation Guidelines", Pediatrics, Vol.117, 2006.
4. Amundsen, D.W.:" Medicine and the birth of defective children: approaches of the ancient world", In McMillan, R. C./ Engelhardt, H. T. & Spicker, S. F. eds.: Euthanasia and the newborn. Dordrecht: D Reidel, 1987.
5. Annas,G.J.:"Extremely preterm birth and parental authority to refuse treatment—the case of Sidney Miller ", New England Journal of Medicine, Vol.351, No.20, 2004.
6. Berseth, C.L.:" A neonatologist looks at the baby Doe rife: ethical decisions by

- edict", *Pediatrics*, Vol.72, 1983.
7. Coffey, J.S.: "Parenting a Child with Chronic Illness: A Metasynthesis", *Pediatric Nursing*, Vol.32, No.1, 2006.
 8. Cohen-Almagor R.: "Why the Netherlands? ", *Journal of Law, Medicine and Ethics*, Vol.30, No.1, 2002.
 9. Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. "Noninitiation or Withdrawal of Intensive Care for High-Risk Newborns", *Pediatrics*, Vol.119, No.2, Feb 2007 (doi:10.1542/peds.2006-3180).
 10. Davis, D.J.: "How aggressive should delivery room cardiopulmonary resuscitation be for extremely low birth weight neonates? ", *Pediatrics*, Vol.92, 1993.
 11. Delaney, T.: "The march of unreason: science, democracy, and the new fundamentalism". New York: Oxford University Press, 2005.
 12. Desfrere, L./ Tsatsaris, V./ Sanchez, L./ Cabrol, D./ Moriette, G.: "Extremely preterm infants: resuscitation criteria in the delivery room and dialogue with parents before birth", *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, Vol.33, No.1 (Suppl), Feb 2004.
 14. Don, T.: "Soranus of Ephesus (AD 98-138) and the Methodist sect", *Journal of Medical Biography*, Vol.16, No.1, 2008.
 15. Doyal, L./ Wilsher, D.: "Towards guidelines for withholding and withdrawal of life prolonging treatment in neonatal medicine", *Arch Dis Child*, Vol.70, 1994.
 16. Draper, E.S./ Manktelow, B./ Field, D.J./ James, D.: " Tables for predicting survival for preterm births are updated", *BMJ*, Vol.327, 2003.
 17. Dworkin, R.: "Life's Dominion", paperback ed. London: Harper-Collins, 1995.
 18. "Earliest babies should not be revived: British medical ethics body" *CBC News*. Last Updated: Wednesday, Nov. 15, 2006 | 6:07 PM ET.
 19. Engelhardt, H.T.: "The Foundations of Bioethics", 2nd ed., New York: Oxford University Press, 1996.
 20. Engelhardt, H.T.: " Aiding the Death of Young Children: Ethical Issues". In *Last Rights*. Washington: Ethics and Public Policy Center, 1998.
 21. Erien, J.A.: "The child's choice: an essential component in treatment decisions", *Child Health Care*, Vol.15, 1987.
 22. EXPRESS Group./ Fellman, V./ Hellström-Westas, L./ Norman, M./ Westgren, M./ Källén, K./ Lagercrantz, H./ Marsál, K./ Serenius, F./ Wennergren, M.: "One-year survival of extremely preterm infants after active perinatal care in Sweden", *JAMA*, Vol.301, No.21, Jun 2009.

23. Fetus and Newborn Committee, Canadian Pediatric Society; Maternal-Fetal Medicine Committee, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. "Management of the woman with threatened birth of an infant of extremely low gestational age", *Can Med Assoc J*, Vol.151, 1994.
24. Francis, B.: "The major works By Francis Bacon". Brian Vickers.
25. Frengren, G.F.: "The Imago Dei and the sanctity of life", In McMillan, R. C./ Engelhardt, H.T. & Spicker, S.F. (eds.) : "Euthanasia and the Newborn", Dordrecht: D. Reidel, 1987.
26. Gerri,R.B./ Robert, M.N.:"A Review of Ethical Issues Involved in Premature Birth Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention", National Academies Press (US), 2007.
27. Gorman, M.J.:"Abortion and the Early Church", Downers Grove, USA: Inter Varsity Press" 1982.
28. Hack, M./Fanaroff, A.A.: "Outcomes of children of extremely low birth weight and gestational age", *Early Hum Dev*, Vol.53, 1999.
29. Herderson, M.: "Junk medicine: premature babies Painful facts on saving life", *The Times*, Nov 18, 2006.
30. " Hippocratic Oath". Microsoft Encarta Encyclopedia, 5thed, 2000. New York: Oxford University Press.2001.
31. Hoshino, K.:"Four newly established legal requisites for active euthanasia in Japan", *Medicine &Laws*, Vol.15, No.2, 1996.
32. Inese, W.:" Parental bereavement: The crisis of meaning". *Death Studies*, Vol.2, No.1, 2001.
33. In re Infant doe, No.gu 8204-004A (cIro Ct.Monroe country, Ind, April 12, 1982), reprinted in 1983(1I) *Bioethics Rep. Ct. Cases* 1293.
34. Jehanna, M./ Peerzada/ Schollin, J./ Håkansson, S.:"Delivery Room Decision-Making for Extremely Preterm Infants in Sweden", *Pediatrics*, Vol. 117 , No. 6, Jun 2006.
35. Johnson, D.E./ Thompson, T.R.: "The "Baby Doe" rule: is it all bad?", *Pediatrics*, Vol.73, 1984.
36. John, L. *A Letter Concerning Toleration* Routledge, New York, 1991.
37. Johnson, D.E./ Thompson, T.R./ Aroskar, M./ Cranford, R.E.: " "Baby Doe" rules. There are alternatives", *Am J Dis Child*, Vol.138, 1984.
38. Jonsen,A.R./ Siegler, M./ Winslade, W.J.: "Clinical ethics", 4th ed. New York: McGraw Hill, 1998
39. *Journal of American Medical Association*, Vol.265, 1991.

40. Kazushige Ikeda/ Shinya Hayashida/ Isamu Hokuto/ Satoshi Kusuda/ Hiroshi Nishida.: " Recent Short-term Outcomes of Ultrapreterm and Extremely Low-birth weight Infants in Japan", *Neo Reviews*, Vol.7, 2006.
41. Keown, J.: " Euthanasia in the Netherlands: sliding down the slippery slope? "In Keown J.ed. *Euthanasia Examined*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
42. Kopelman, L.M./ Irons, T.G./ Kopelman, A.E.: "Neonatologists judge the "Baby Doe" regulations", *N Engl J Med*, Vol.318, 1988.
43. . Markestad, T./ Kaaresen, P.I./ Ronnestad, A./ Reigstad, H./ Lossius ,K./ Medbo, S. et al.:" Early death, morbidity, and need of treatment among extremely premature infants", *Pediatrics*, Vol.115, No.5, 2005.
44. Mary, A.W.: "Biomedical Ethics", 4th ed.
45. Mary, A.W.: "Moral Status". New York: Oxford University Press, 1997.
46. Mary, A.W.: "The Concept of Moral Status, in *Moral Status*". New York: Oxford University Press, 1997.
47. Matthews, G.R.: "Children's conceptions of illness and death". In: Kopelman, L.M./ Moskop, J.C.(Ed.), *Children and health care: moral and social issues*. Dordrecht (Holland): Kluwer Academic Publishers, 1989.
48. *Miller v. HCA, Inc.* SW 3rd, Vol.118, No.75, 2003.
49. Miles,M.S./ Holditch-Davis D./ Burchinal, P./ Nelson, D.:" Distress and Growth Outcomes in Mothers of Medically Fragile Infants", *Nursing Research*, Vol.48, No.3, 1999.
50. Milo. E.M.: "The death of a child with a developmental disability". In Neimeyer, R.A. (Ed.), *Meaning Reconstruction and the experience of loss*.Washington DC: American Psychological Association, 2000.
51. Moriette, G/ Rameix, S./ Azria, E./ Fournié, A./ Andrini, P./ Caeymaex, L./ Dageville, C./ Gold, F./ Kuhn, P./ Storme, L./ Siméoni, U.: "Very premature births: Dilemmas and management. Part 1. Outcome of infants born before 28 weeks of postmenstrual age, and definition of a gray zone", *Arch* May 2010.
52. Neimeyer, R.A.: "Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction", *Death Studies*, Vol.24, 2000.
53. Nishida, H./ Sakamoto, S.: "Ethical problems in neonatal intensive care unit - medical decision making on the neonate with poor prognosis", *Early Hum Dev*, Vol.29, 1992.
54. Norwegian Research Council. *Limits of Treatment for Extremely Preterm Infants*. Oslo, Norway: Norwegian Research Council, 1999.
55. O'brien, C.N./ Madek, G.A./ Ferrara, G.R.: "Oregon's guideline for physician-assisted suicide: A legal and ethical analysis", University of Pittsburgh

- Law Review, Vol.61, 2000.
56. Orłowski, J. P./Smith, S.T.D./Zwiener, J.V.: "Paediatric euthanasia", American Journal of Diseases of Childhood, Vol.146, 1992.
 57. Peerzada, J.M./ Richardson, D.K./ Burns, J.P.: "Delivery room decision-making at the threshold of viability", J Pediatrics, Vol.145, 2004.
 58. Peter, S.: Die "Euthanasie" Akten im Bundesarchiv. Zur Geschichte eines lange verschollenen Bestandes.
 59. Peterson, KA.: "Selective treatment decisions and the legal rights of very young infants", Med J, Vol.160, Aust 1994.
 60. Philippe, L.: "History and definition of a Word, in Euthanasia". Ethical and human aspects By Council of Europe.
 61. Nuffield Council on Bioethics. Nov 2006. Website: <http://www.nuffieldbioethics.org>.
 62. Rapp, M./ Thyen, U./ Müller-Steinhardt, K./ Kohl, M.: "Z Geburtshilfe Morbidity and mortality of extremely low gestational age infants in Schleswig-Holstein. Follow-up at three to six years corrected age of infants < 27 + 0 weeks gestation in Schleswig-Holstein, Germany", Neonatol, Vol.209, No.4, Aug 2005.
 63. RCPCH Ethic Advisory Committee. Withholding or withdrawing life saving treatment in children. A framework for practice. Royal College of Paediatrics and Child Health, London. 1997.
 64. Richard, W.: "From Darwin to Hitler: Evolutionary Ethics, Eugenics, and Racism in Germany". New York: Palgrave Macmillan, 2004.
 65. Rijken, M./ Stoelhorst, G.M./ Martens, S.E. et al.: "Mortality and neurologic, mental, and psychomotor development at 2 years in infants born less than 27 weeks' gestation: the Leiden follow-up project on prematurity", Pediatrics, Vol.112, 2003.
 66. Robert, N.P.: "Racial Hygiene: Medicine under the Nazis". Cambridge MA: Harvard University Press, 1988.
 67. Roland, H./ Stella, Reiter-Theil.: "Treatment of Preterm Infants at the Lower Margin of Viability – a Comparison of Guidelines in German Speaking Countries", Dtsch Arztebl Int, Vol.105, No.3, Jan 2008.
 68. Sarah, T.F.: "Extreme Prematurity", Extreme O and G, Vol. 8, No. 2, 2006.
 69. Schneiderman, L.J./ Jecker, N.S./ Jonsen, A.R.: "Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications", Ann Intern Med, Vol.112, 1990.
 70. Sheldon, T.: "Dutch doctors change policy on treating preterm babies", BMJ.001; 322.
 71. Simeoni, U./ Vendemmia, M./ Rizzotti, A./ Gamerre, M.: "Ethical dilemmas in

- extreme prematurity: recent answers; more questions", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, Vol. 117(Suppl 1), 2004.
72. Singer, P.A.: "Rethinking Life and Death-A New Ethical Approach", In *Last Rights*. Washington: Ethics and Public Policy Center, 1998.
 73. Singer, P.A.: "Rethinking Life and Death", Oxford: Oxford University Press, 1995.
 74. Stahlmann, N./ Rapp, M./ Herting, E./ Thyen, U.: "Outcome of extremely premature infants at early school age: health-related quality of life and neurosensory, cognitive, and behavioral outcomes in a population-based sample in northern Germany", *Neuropediatrics*, Vol.40, No.3, Jun 2009.
 75. Steinbock, B.: "Reproduction, Ethics, Moral Status of the Fetus", in Murray, T. H./ Mehlman, M. J.: *Ethical, Legal and Policy Issues in Biotechnology*. John Wiley & Sons Inc, 2000.
 76. Stillion, J.M.: "Death in the lives of adults: responding to the tolling of the bell", In Wass, H., Neimeyer, R.A, eds. *Dying: Facing the Facts*, 3thed. Washington, D. C: Taylor&Francis, 1995.
 76. Strain, J.E.: "The decision to forgo life-sustaining treatment for seriously ill newborns", *Pediatrics*, Vol.72, 1983.
 77. Swedish National Board of Health and Welfare. Perinatal Management of Extreme Prematurity. Available at: [www.sos.se /fulltext/ 114/2004-114-6/2004-114-6.pdf](http://www.sos.se/fulltext/114/2004-114-6/2004-114-6.pdf). Accessed June 28, 2005
 78. Temkin, O.: "Hippocrates in a World of Pagans and Christians". Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991.
 79. *The Times*, April 1989.
 80. Tom, L.B./ James, F.C.: "Principles of Biomedical Ethics", 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001.
 81. Tom, L. B./ Le, R.W.: "Contemporary Issues in Bioethics", 6th ed.
 82. Verhagen, E./ Sauer, P.J.J.: "The Groningen Protocol: Euthanasia in Severely Ill Newborns", *New England Journal of Medicine*, Vol.352, 2005.
 83. Whitfield, M.F.: "The right to live or the right to die? " *Annals RCPSC*. Vol.19, 1986.
 84. Winkel, H.: "A postmodern culture of grief? On individual ization of mourning in Germany", *Mortality*, Vol.16, No.1, 2001.
 85. Wyatt, J. S./ Spencer, A.: "Survival of the Weakest". London: Christian Medical Fellowship, 1992.
 86. Yu, V.Y.H.: "The extremely low birth weight infant: an ethical approach to treatment", *Aust Paediatr J*, Vol.23, 1987.
 87. Yu, V.Y.H.: "Selective non-treatment of newborn infants", *Med J*, Vol.161, Aust

- 1994.
88. Yu,V.Y.H.:" Ethical and moral dilemmas in neonates", World J Pediatr, Vol.2, 2005.
88. 洪谷秀樹，憲法[単行本]，有斐閣，2007年12月。
89. 宮川俊行，安樂死の論理と倫理，東京大學出版社第10刷，1990年3月。
90. 中谷瑾子著，吳景芳譯，醫療行為之界限—生命科學之進步所形成的問題，刑事法雜誌第30卷4期，頁51，1986年8月。



附錄一：

2006年台灣新生兒科醫學會制定之「新生兒高級急救救命術」講義

第九章 生命終了時的倫理與照護 (Ethics and Care at the End of Life)

本章的學習目標：

- 開始與停止新生兒復甦術的相關倫理原則
- 如何與家屬溝通基於倫理觀點所做的決定?
- 何時適合停止心肺復甦術?
- 當預後不明時該如何做?
- 當病嬰對心肺復甦術沒有反應時，急救須持續多久?
- 當病嬰死亡時，我們該做些什麼?
- 如何協助父母親渡過此悲傷的過程?
- 如何協助醫護人員渡過此悲傷的過程?

前言

急救團隊中的所有人員都應該了解潛藏於決定後的理由，儘可能給予父母一致性的支持。我們必須了解，本章節的建議是依照美國的文化背景，因此我們必須依本國的文化民情做適度調整。也必須了解這些建議是依照目前的預後經驗來設立，將來或許會改變。

有關新生兒復甦術的倫理原則

新生兒復甦術的倫理原則是與大孩子及成年人之復甦術的倫理原則沒有差異的。適用於所有醫學照護的一般倫理原則包括：尊重個體有自由的權利去改變影響他或她的生命。行為必須有利於他人且避免傷及到無辜的人。公正地且真誠地對待他人。醫療上給予病人處置之前所簽立的同意書即是基於這些原則，但有少數情況例外，包括：危及生命的醫療緊急狀態或病人沒有適當的能力自己決定。很不幸的，新生兒復甦術在醫療處置上就合併上述兩種例外。一位決策代理人必須被確認能承擔管理嬰兒最佳利益的責任，通常父母被認為是最佳的代理人。為了讓父母能可靠的扮演好這個角色，他們需要有關每個醫療處置危險及好處的

相關精確資訊。此外，他們必須有足夠的時間去完整思考每種治療，詢問其他的問題或尋求其他意見。很不幸的，復甦術的需要經常是無法預期的緊急狀況，很少有機會在執行前獲得告知同意書，就算你有機會見到父母親，對於先天性異常程度、孩子實際妊娠週數、存活可能和可能有嚴重殘障的不確定性，會使得父母在產前做決定很困難。

NRP支持美國醫學會(AMA)的下述聲明:

對於重症新生兒維生處置的主要考慮應該以對新生兒最好出發點，代理人應權衡下列幾點：

治療成功的機會

治療和不治療的危險

如果治療成功可以多活多久

治療相關之疼痛與不適

治療與不治療病嬰預期的生活品質

有關新生兒復甦術的法律

醫療工作人員應了解當地對於產房新生兒照顧的相關法律。假如你不確知這些法律，你應該去諮詢醫院的倫理委員會。在大部份的情況下，當父母及專業醫師都同意進一步的醫療是無效的，只能延後死亡，卻不能提供足夠的好處來證明加諸其上的負擔是有理的，此時停止或撤除急救措施是倫理上及法律上可接受的。

復甦術的決定上，父母扮演什麼樣的角色？在決定新生兒的治療上，父母扮演首要的角色。然而，所有的同意書的簽署都必須在提供完全且可靠的資訊情況下。

*注意!千萬不要在可下決定的資訊出來之前對停止或啟動復術做任何僵化的承諾。

哪些狀況不啟動心肺復甦術是合乎倫理的？

1. 妊娠週數確定小於23週或出生體重小於400公克之新生兒
2. 無腦症
3. 確定之三染色體13或三染色體18症候群

對於那些無法確定預後的狀況，如邊界值的存活率和較高的罹病率，以及那些負擔對孩子來說較重的情況，父母對於急不急救的意見應給予支持並慎重考慮。

*5注意!除非進行人工生殖，現行的胎兒妊娠週數及體重評估都可能有誤差，些微的預估誤差都可能影響存活及長期預後的評估。因此，在你還沒有機會去檢查嬰兒的產後狀況前，不要對停止急救下肯定的承諾和約定。

是否有時要違背父母意願去搶救一住嬰兒?

在有高比例的存活且合理的傷殘危險機率下，急救是一定要實施的。照顧團隊和父母對合理的治療計劃無法達成共識時，就必需求助於醫院倫理委員會及法律顧問了。如果在情況緊急，主治醫師綜合判斷父母的決定對孩子並非最好時，此時應先行搶救孩童。

當我們與高危險生產父母做產前照會時該說些什麼?

- 產前討論可提供建立互信關係的機會，提供重要資訊，設立合理期待目標和協助父母對他們子女做出告知後同意決定。假如可以和產科團隊共同會見父母，開會前先獲得一個完整的病史和開會中討論一下產科治療計劃以便提供一致和協調的照顧。對於極度早產兒和先天異常嬰兒的短期和長期預後包括全國的和你自己醫院的數據你應有所了解。必要時，照會其他吹專科去獲得一個最新的資訊。
- 在和父母會談前，和照顧母親的護士確定一下是否為好的會談時機，可能的話也請護士參與會談。如果需要翻譯者，使用醫院訓練良好且合格之醫學翻譯者。不要請病患的親戚擔任翻譯者，用簡單且直接的語詞以確保資訊的準確傳遞。

· 你最好坐下來談，以相同水平的高度和父母有良好的視線接觸，並避免匆促。使用清楚簡單的語言，避免用醫學縮寫或術語是很重要的。當母親宮縮或執行治療處置時，必須停止會談。

· 以下的重點必須包括在內：

1. 基於地區和全國的統計數據，解釋你預估胎兒能存活的機會和可能會有殘障，要儘可能準確。

2. 假使胎兒存活機會微乎其微，只給予疏緩治療是可被接受的，不要避談它。你應向他們保證你會盡力支持父母所想要的。但建議父母有關新生兒治療的產前決定仍必須根據孩子出生的狀況，產後妊娠週數評估和孩子對急救所產生的反應做修正。

3. 一旦同意疏緩治療，向父母保證治療會集中在避免或減輕痛苦和負擔。解釋在這種狀況下小嬰兒會死亡，時間可能在出生後數分鐘或數小時。

4. 解釋急救會在這裡進行，哪些人會在產房裏，他們的角色是什麼。

5. 給予父母親單獨相處的時間去討論醫療人員所告知他們的內容。有些父母親可能會想要諮詢其他的家庭成員。之後你應該再會見父母一次去確定他們了解即將發生的狀況和確定你了解他們的需求。

*注意!在和父母會談之後，於母親的病歷上做一個會談的摘要。

· 和產科醫療團隊及新生兒急救團隊其他成員討論一下會談的內容。如果決定不啟動復甦術，確定醫療團隊中所有成員都確實知道且同意這個決定。

如果在嬰兒出生後立刻做全身檢查，但卻不能確定他的存活或重殘障機率時，該怎麼辦？

· 最初的急救與維生系統之給予會容許你有額外的時間去收集更多完整的臨床資料和准許你有更多的時間和父母討論目前的狀況。

· 你應該避免一開始決定放棄急救，數分鐘後卻因更改計劃又開始積極急

救。假如新生兒在延遲急救後存活下來，嚴重後遺症的危險性會大大增加。

依建議執行了急救，但嬰兒卻沒有反應時，你應繼續急救多久？

假如完全且適當的急救10分鐘後，嬰兒仍沒有心跳，且沒有其他證據顯、有造成嬰兒反應不佳的原因，停止急救應該是適當的。

*注意！心跳停止10分鐘後可停止急救並非代表從出生算起只進行10分鐘的處置。整個評估嬰兒及適當化復甦急救過程會花上超過10分鐘的時間。

如何告訴父母親他們的孩子已經死了或即將死去？

儘快的坐下來告訴父母親他們的孩子已經死了(或即將死去)。不要使用含糊不清的語詞，清楚地指明孩的姓名，如果孩子還沒取名字，則指出明確的性別。告訴父母，我們非常抱歉與遺憾，但孩子實在病得太重或太早產而難以存活。肯定父母親是非常好非常愛孩子的，而且他們並沒有造成任何問題。

如何照顧一個即將死亡或已死亡的嬰兒？

- 最重要的目標是提供一個人性化和同理心的照護。將嬰孩置於父母的懷中，並將所有的監視器和醫療設備的警示予以靜音。移除任何不必要之管路、貼布、監視器及醫療器材。輕輕地擦拭嬰兒臉及口，將嬰兒包裹於一乾淨的毛巾中，並且讓父母對抱著嬰兒時他們可能會看到、感覺到和聽到的狀況做好心理準備。

- 最好能允許父母在一個舒服的環境中和孩子獨處，但醫療人員必須在固定時間間隔進入看看有無任何需求。進行間斷的嬰兒胸部聽診至少60秒，因為極慢的時律可能會持續數小時。干擾性的聲音要儘量減低。當父母親準備好讓你帶走嬰兒時，將嬰兒安置於一個設計良好且私密的空間直到轉送到陳屍所的安排完善。了解你所服務的社區中，有關死亡的文化與宗教處置是很有幫助的。對於他們的要求你應該要能彈性的處理。

附錄二：2005年美國心臟科醫學會及美國小兒科醫學會

《新生兒急救復甦準則》之不實施急救復甦章節

2005 American Heart Association (AHA) Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC) of Pediatric and Neonatal Patients: Neonatal Resuscitation Guidelines

American Heart Association, American Academy of Pediatrics

此原文刊於Pediatrics 2006;117:e1029-e1038

WITHHOLDING RESUSCITATION

It is possible to identify conditions associated with high mortality and poor outcome in which withholding resuscitative efforts may be considered reasonable, particularly when there has been the opportunity for parental agreement (LOE 5).2,105

A consistent and coordinated approach to individual cases by the obstetric and neonatal teams and the parents is an important goal. Noninitiation of resuscitation and discontinuation of life-sustaining treatment during or after resuscitation are ethically equivalent, and clinicians should not hesitate to withdraw support when functional survival is highly unlikely. The following guidelines must be interpreted according to current regional outcomes:

- (1). When gestation, birth weight, or congenital anomalies are associated with almost certain early death and when unacceptably high morbidity is likely among the rare survivors, resuscitation is not indicated (Class IIa). Examples may include extreme prematurity (gestational age <23 weeks or birth weight <400g), anencephaly, and chromosomal abnormalities incompatible with life, such as trisomy 13.
- (2). In conditions associated with a high rate of survival and acceptable morbidity, resuscitation is nearly always indicated (Class IIa). This will generally include infants with gestational age ≥ 25 weeks (unless there is evidence of fetal compromise such as

intrauterine infection or hypoxia-ischemia) and those with most congenital malformations.

(3). In conditions associated with uncertain prognosis in which survival is borderline, the morbidity rate is relatively high, and the anticipated burden to the child is high, parental desires concerning initiation of resuscitation should be supported (Class Indeterminate).



附錄三：

2006年英國紐菲爾德生物倫理委員會(Nuffield Council on Bioethics)

《生命倫理學指引》

Critical care decisions in fetal and neonatal medicine: ethical issues

CHAPTER 9 CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

Proposed guidelines for deciding to institute intensive care

9.16 The guidance for deciding to institute resuscitation and full intensive care should include:

- (a) An experienced paediatrician should be present at the delivery and make a confirmatory assessment of the gestational age and condition of the baby.
- (b) At 25 weeks of gestation and above, the relatively high rate of survival and the relatively low risk of severe disability are such that intensive care should be initiated and a baby admitted to a neonatal intensive care unit, unless he or she is known to be affected by some severe abnormality incompatible with any significant period of survival.

Below 25 weeks of gestation, where the delivery of an extremely premature baby is anticipated and circumstances permit, the clinical team should discuss with the parents in a thorough and frank fashion, the national and local statistical evidence for survival and the range of disabilities which are indicated for this age group. In the consultation with the parents, the healthcare team should make it clear that statistics indicate that most babies born below 25 weeks of gestation will die.

- (c) Between 24 weeks, 0 days and 24 weeks, six days of gestation, normal practice should be that a baby will be offered full invasive intensive care and support from birth and admitted to a neonatal intensive care unit, unless the parents and the

clinicians are agreed that in the light of the baby's condition (or likely condition) it is not in his or her best interests to start intensive care.

(d) Between 23 weeks, 0 days and 23 weeks, six days of gestation, it is very difficult to predict the future outcome for an individual baby based on current clinical evidence for babies born at this gestation as a whole. Precedence should be given to the wishes of the parents regarding resuscitation and treatment of their baby with invasive intensive care. However, when the condition of a baby indicates that he or she will not survive for long, clinicians are not legally obliged to proceed with treatment wholly contrary to their clinical judgement, if they judge that treatment would be futile (see paragraph 8.32). As a first step, it will be necessary to determine whether a baby is suffering, whether any suffering can be alleviated, and the likely burden placed on the baby by intensive care treatment (see paragraph 9.32). Where parents would prefer that the clinical team made the decision about whether or not to initiate intensive care, the clinicians should determine what constitutes appropriate care for that particular baby. Where there has not been an opportunity to discuss a baby's treatment with the mother (and where appropriate her partner) prior to the birth, the clinical team should consider offering full invasive intensive care until a baby's condition and treatment can be discussed with the parents.

(e) Between 22 weeks, 0 days and 22 weeks, six days of gestation, standard practice should be not to resuscitate a baby. Resuscitation would normally not be considered or proposed. Only if parents request resuscitation, and reiterate this request, after thorough discussion with an experienced paediatrician about the risks and long-term outcomes, should resuscitation be attempted and intensive care be offered. The treating clinicians must concur that this is an exceptional case where resuscitation is in a baby's best interests.

(f) Below 22 weeks of gestation, no baby should be resuscitated, except in the

situation described below in paragraph 9.19.

(g) When intensive care is not given, the clinical team should provide palliative care until the baby dies.

附錄四：

2005年荷蘭《格羅寧根協議書》

The Groningen Protocol — Euthanasia in Severely Ill Newborns

Eduard Verhagen, M.D., J.D., and Pieter J.J. Sauer, M.D., Ph.D.

此原文刊於New England Journal of Medicine 352(2005),pp.959-962

Of the 200,000 children born in the Netherlands every year, about 1000 die during the first year of life. For approximately 600 of these infants, death is preceded by a medical decision regarding the end of life. Discussions about the initiation and continuation of treatment in newborns with serious medical conditions are one of the most difficult aspects of pediatric practice.

Although technological developments have provided tools for dealing with many consequences of congenital anomalies and premature birth, decisions regarding when to start and when to withhold treatment in individual cases remain very difficult to make. Even more difficult are the decisions regarding newborns who have serious disorders or deformities associated with suffering that cannot be alleviated and for whom there is no hope of improvement.

Suffering is a subjective feeling that cannot be measured objectively, whether in adults or in infants. But we accept that adults can indicate when their suffering is unbearable. Infants cannot express their feelings through speech, but they do so through different types of crying, movements, and reactions to feeding. Pain scales for newborns, based on changes in vital signs (blood pressure, heart rate, and breathing

pattern) and observed behavior, may be used to determine the degree of discomfort and pain.

Experienced caregivers and parents are able to evaluate the degree of suffering in a newborn, as well as the degree of relief afforded by medication or other measures. In the Netherlands, euthanasia for competent persons older than 16 years of age has been legally accepted since 1985.

The question under consideration now is whether deliberate life-ending procedures are also acceptable for newborns and infants, despite the fact that these patients cannot express their own will. Or must infants with disorders associated with severe and sustained suffering be kept alive when their suffering cannot be adequately reduced?

In the Netherlands, as in all other countries, ending someone's life, except in extreme conditions, is considered murder. A life of suffering that cannot be alleviated by any means might be considered one of these extreme conditions. Legal control over euthanasia in newborns is based on physicians' own reports, followed by assessment by criminal prosecutors.

To provide all the information needed for assessment and to prevent interrogations by police officers, we developed a protocol, known as the Groningen protocol, for cases in which a decision is made to actively end the life of a newborn. During the past few months, the international press has been full of blood-chilling accounts and misunderstandings concerning this protocol.

Infants and newborns for whom such end-of-life decisions might be made can be divided into three categories.¹ First, there are infants with no chance of survival. This group consists of infants who will die soon after birth, despite optimal care with the most current methods available locally. These infants have severe underlying disease, such as lung and kidney hypoplasia.

Infants in the second group have a very poor prognosis and are dependent on intensive care. These patients may survive after a period of intensive treatment, but expectations regarding their future condition are very grim.

They are infants with severe brain abnormalities or extensive organ damage caused by extreme hypoxemia. When these infants can survive beyond the period of intensive care, they have an extremely poor prognosis and a poor quality of life.¹¹⁷

Finally, there are infants with a hopeless prognosis who experience what parents and medical experts deem to be unbearable suffering. Although it is difficult to define in the abstract, this group includes patients who are not dependent on intensive medical treatment but for whom a very poor quality of life, associated with sustained suffering, is predicted. For example, a child with the most serious form of spina bifida will have an extremely poor quality of life, even after many operations. This group also includes infants who have survived thanks to intensive care but for whom it becomes clear after intensive treatment has been completed that the quality of life will be very poor and for whom there is no hope of improvement.

Deciding not to initiate or to withdraw life-prolonging treatment in newborns with no chance of survival is considered good practice for physicians in Europe and is acceptable for physicians in the United States.

Most such infants die immediately after treatment has been discontinued.

Neonatologists in the Netherlands and the majority of neonatologists in Europe are convinced that intensive care treatment is not a goal in itself. Its aim is not only survival of the infant, but also an acceptable quality of life. Forgoing or not initiating life-sustaining treatment in children in the second group is acceptable to these neonatologists if both the medical team and the parents are convinced that treatment is not in the best interest of the child because the outlook is extremely poor.

Confronted with a patient in the third category, it is vital for the medical team to have

as accurate a prognosis as possible and to discuss it with the parents. All possible measures must be taken to alleviate severe pain and discomfort. There are, however, circumstances in which, despite all measures taken, suffering cannot be relieved and no improvement can be expected. When both the parents and the physicians are convinced that there is an extremely poor prognosis, they may concur that death would be more humane than continued life. Under similar conditions, a person in the Netherlands who is older than 16 years of age can ask for euthanasia.

Newborns, however, cannot ask for euthanasia, and such a request by parents, acting as the representatives of their child, is invalid under Dutch law. Does this mean that euthanasia in a newborn is always prohibited? We are convinced that life-ending measures can be acceptable in these cases under very strict conditions: the parents must agree fully, on the basis of a thorough explanation of the condition and prognosis; a team of physicians, including at least one who is not directly involved in the care of the patient, must agree; and the condition and prognosis must be very well defined.

After the decision has been made and the child has died, an outside legal body should determine whether the decision was justified and all necessary procedures have been followed.

A national survey of neonatologists in the Netherlands has shown that each year there are 15 to 20 cases of euthanasia in newborn infants who would be categorized in the third group.² According to Dutch law, it is a doctor's duty to file a death certificate when a patient has died from natural causes. If a death is due to euthanasia, it cannot be certified as "natural." The doctor must inform the coroner, who inspects the body and, in turn, informs the district attorney, whose office reviews each case in light of the applicable laws or jurisprudence. The district attorney presents the case, together with his or her own opinion, to the College of Attorneys General, whose four

members manage the national public prosecution department and provisionally decide whether or not to prosecute. The final decision is made by the minister of justice. Two court cases, decided in the mid-1990s, regarding euthanasia in infants in the Netherlands provide some guidance for both judges and physicians.

In the first case, a physician ended the life of a newborn who had an extreme form of spina bifida. In the second case, a physician ended the life of a newborn who had trisomy 13. Both cases involved a very limited life expectancy and extreme suffering that could not be alleviated. In their 119 verdicts, the courts approved the procedures as meeting the requirements for good medical practice. Although these rulings have given some guidance, many organizations have repeatedly pleaded for clearer guidelines, arguing that a committee with multidisciplinary (medical, legal, and ethical) expertise would be more capable than judges of assessing such cases. Physicians would be expected to be much more willing to report procedures to such a committee than they are to report to a district attorney. The Dutch government, however, has neither created a committee nor offered other guidance, despite having promised repeatedly, since 1997, to do so.

Twenty-two cases of euthanasia in newborns have been reported to district attorneys' offices in the Netherlands during the past seven years. Recently, we were allowed to review these cases.³ They all involved infants with very severe forms of spina bifida. In most cases (17 of the 22), a multidisciplinary spina bifida team was consulted. In the remaining five cases, at least two other independent medical experts were consulted. The physicians based their decisions on the presence of severe suffering without hope of improvement. The decisions were always made in collaboration with, and were fully approved by, both parents. The prosecutor used four criteria to assess each case: the presence of hopeless and unbearable suffering and a very poor quality of life, parental consent, consultation with an independent physician and his or her

agreement with the treating physicians, and the carrying out of the procedure in accordance with the accepted medical standard. The conclusion in all 22 cases was that the requirements of careful practice were fulfilled. None of the physicians were prosecuted.

Given that the national survey indicated that such procedures are performed in 15 to 20 newborns per year, the fact that an average of three cases were reported annually suggests that most cases are simply not being reported. We believe that all cases must be reported if the country is to prevent 120 uncontrolled and unjustified euthanasia and if we are to discuss the issue publicly and thus further develop norms regarding euthanasia in newborns. With that aim, we developed a protocol in 2002, in close collaboration with a district attorney.

The protocol contains general guidelines and specific requirements related to the decision about euthanasia and its implementation. Five medical requirements must be fulfilled; other criteria are supportive, designed to clarify the decision and facilitate assessment. Following the protocol does not guarantee that the physician will not be prosecuted. Since implementing this protocol, our group has reported four cases in which we performed a deliberate life-ending procedure in a newborn. None have resulted in prosecution. Dilemmas regarding end-of-life decisions for newborns with a very poor quality of life and presumably unbearable suffering and no hope of improvement are shared by physicians throughout the world. In the Netherlands, obligatory reporting with the aid of a protocol and subsequent assessment of euthanasia in newborns help us to clarify the decision-making process. This approach suits our legal and social culture, but it is unclear to what extent it would be transferable to other countries. Source Information Dr. Verhagen is the clinical director and Dr. Sauer the chairman of the pediatrics department at University Medical Center Groningen, Groningen, the Netherlands. Dr. Verhagen is also an

attorney.

