

## 英国剖腹产案件中的患者自主权研究\*

唐超

**内容提要:**英国 20 世纪 90 年代一系列法院授权的剖腹产案件表显出了妇产领域根深蒂固的医学与司法上的家父主义倾向——对产妇欠缺意识能力的一般推定,对产妇非理性决定的蔑视以及对产妇及/或胎儿生命利益无以复加的推重——从而与患者自主权原则发生冲突。英国法院通过对意识能力概念过于严格的解释,来绕过胎儿非为法律上之人的法律壁垒,甚至公然对实证法的立场发起挑战。上诉法院虽然在两项判决中扼制住了这一情绪化的异动,它的意识能力理论却仍然为家父主义的回潮埋下了伏笔。故而,单有法律原则,还不足以为产妇自主权提供充分保护。只要诸如应该不惜一切代价地让产妇娩出一个健康的孩子、分娩中的产妇欠缺作出有效决定的意识能力这样一些流布甚广的观念不得澄清,产妇导向的法律政策与婴儿导向的产科训练之间的冲突不得协调,强化了产科医生话语权的医疗资源匮乏状态不得根本缓解,那么,曲解、回避法律原则强行手术的作法就断不会少。

**关键词:**法院授权剖腹产 家父主义 产妇意识能力 产妇最佳利益 患者自主权

唐超,首都医科大学卫生法学系讲师。

所谓太阳底下无新事,从 1992 年到 1997 年,短短五年间,在英国旋不接踵地发生了八起未经患者同意的剖腹产事件,而其中所凸显出来的诸多问题,亦是我们在围绕肖志军“拒签”事件与华侨医院强行剖腹产事件所生的议论中所屡屡晤面的,例如,对产妇欠缺意识能力的一般推定,<sup>[1]</sup>对产妇及/或其代理人非理性决定的那种不可遏抑的厌恶<sup>[2]</sup>以及对产妇

\* 本文系 2009 年度教育部人文社会科学研究青年项目“意外事故的综合救济机制研究”(项目编号:09YJC820006),2010 年度北京市社科重点项目“医疗侵权责任立法对首都医师执业环境的影响评价与对策研究”(项目编号:10AaFX093)阶段性研究成果。

[1] 在对华侨医院剖腹产事件的评论文章中,一位作者得出结论,“我们经常会说年满 18 周岁的自然人为完全行为能力人,但是我们忘记了伴随着社会发展和专业分工的细化,年满 18 周岁的自然人并不是意味着对所有事物均具有认知能力……所以用民法的意思自治原则在急危病症抢救中机械化套用必然出现尴尬的结局。”王岳:《反思意思自治原则在急危病症抢救中的尴尬》,载《中国卫生法制》2011 年第 1 期,第 5 页。

[2] 例如,“愚昧无知的肖志军”(上官丕亮:《要用生命权至上理念来理解医疗法规——孕妇死亡事件留给我们的启示》,载《法学》2007 年第 12 期,第 12 页)。

及/或胎儿生命利益无以复加的推重。<sup>[3]</sup>而在英国的这一系列剖腹产案件中,英国法院的立场可谓一波三折,直至树静风止,也不能说将问题彻底澄清。本文旨在忠实展现英国强行剖腹产案件的这一段经验——实证法的立场、学术界的论争及司法的回应。

## 一 判例概览

英国第一起强行剖腹产事件发生在1992年,这也是一连串强行剖腹产事件中唯一未由法院授权的。卡罗琳·斯皮尔(Caroline Spear)在助产士发现胎儿臀先露后被送往医院,尽管产妇坚持要求自然分娩,医生仍不顾其反对施行了剖腹产手术。斯皮尔声称自己罹患产后精神障碍并提起非法侵犯之诉。涉案医院并不认为自己负有责任,但仍以7000英镑的代价庭外和解。由于斯皮尔没能得到法律援助,所以未将官司打到底,但在产科活动人士看来,这已经是一场胜利。<sup>[4]</sup>

同年10月的*Re S (An Adult: Refusal of Treatment)*案<sup>[5]</sup>则为英国法上第一起法院授权的剖腹产案件。当时胎儿处于横产式,若是不加手术,可能导致胎儿死亡,产妇生命亦有可能不保。但原告S基于宗教原因拒绝接受剖腹产。卫生当局遂乞援法院,请求发布紧急裁决,准其施行手术。听审程序持续了不到20分钟,且无人代表产妇到庭。“为了母亲及孩子的切身利益”,家事法庭庭长斯蒂芬·布朗爵士(Sir Stephen Brown)发布授权判决,但未及执行,胎儿已不幸死亡,这时S同意剖腹产取出胎儿。S没有提起上诉,但英国法律界普遍的看法是,这一判决与此前的判例法相刺谬。<sup>[6]</sup>

1996年1月,塔姆塞德与格洛索普卫生局试图寻求法院许可,就一依《精神健康法》(Mental Health Act)被羁留的产妇施行剖腹产手术。该产妇罹患精神分裂症,依精神科医生的看法,她欠缺意识能力。产科医生认为胎儿发育不好,应予产钳引产,如果胎儿情况有异,则应剖腹产。该案法院认为,如果胎儿死产的话,产妇的精神健康将会恶化,故依《精神健康法》发布命令,准许医生施行手术。<sup>[7]</sup>

同年4月,发生了圣乔治医疗基金诉S案(*St George's v S*)。S系一位兽医,在妊娠36周时被诊断为先兆子痫,医生告诉她情况危险,可能导致癫痫发作、胎儿死产,但S明确表态,怀孕乃造化之功,应顺其自然,不论结果如何,都不得有医疗介入。医生为之惊愕,与社工将其送往春田精神病院,依《精神健康法》第2条就其精神状况加以评估。精神科医生判断S就其医疗事宜有意识能力,尽管如此,法官豪格夫人(Mrs. Hogg J)仍然依布朗爵士在*Re*

[3] 如代表华侨医院在手术书上签字的医务部副主任蔡湛宇说:“我当时想到的就是产妇母子都很危险,生命权高于所有旁枝末节的法律规范”,载《南方周末》2010年12月6日,社会版。在新浪网发起的“你如何看待孕妇拒签字医院强行剖宫救命?”的调查中,其中90%选择了“理解,医院本着生命权高于一切原则,果断手术挽救了孕妇性命”,资料来源:新浪网;<http://survey.news.sina.com.cn/result/53318.html>,访问时间:2011年12月20日。

[4] 参见 Wendy Savage, *Caesarean Section: Who Choose: the Woman or Her Doctor?* in Donna L. Dickenson ed., *Ethical Issues in Maternal-Fetal Medicine*, Cambridge University Press, 2002, pp. 271-2.

[5] [1992] 4 All E. R. 671.

[6] 根据格温·托维(英国最富声望的执业人及学者)的《医事法讲义》,包括伊恩·肯尼迪(Ian Kennedy)、黛安娜·布拉姆斯(Diana Brahms)以及麦考尔·史密斯(Alexander McCall Smith),俱对该案口诛笔伐。参见 Gwyn Tovey, *Lecture Notes 2010-2011. Code: Med 01.02-v5-10.10 Medical Law, Topic 1 (of 10), Consent. Lecture 2 (of 4): Capacity to Consent to Medical Treatment*, p. 13, <http://www.topnotes.org/Med-01-02-v5-10-10-Consent-Capacity.pdf>.

[7] *Tameside and Glossop Acute Services Trust v CH* [1996] 1 FLR 762.

S 案的判决发布了立即施行手术的命令。S 就自其被收入春田医院起的所有决定提起司法审查申请,同时就豪格法官的判决提起上诉。上诉法院认定该案中的手术构成非法人身侵犯,并敦告医学界,“若是患者有意识能力并拒绝治疗,幸勿再徒劳奔赴高等法院求乞判决”。

同年 6 月 26 日,两件手术申请被前后脚地递至高等法院约翰逊法官案前。一件是洛奇代尔医疗基金诉 C 案(*Rochdale Healthcare NHS Trust v C*)。产妇乔杜里由于曾有过一次痛苦的剖腹产经历,这次“宁死”不愿手术。医生认为,如果不赶紧手术,伤疤可能破裂。产科医生的看法是乔杜里有意识能力。约翰逊法官认定,“患者彼时正经历分娩的艰难时刻,身体上的疼痛,精神上的紧张——于此种情势下,其竟然说出什么不顾死活的话来,那定是不能就各种考量因素加以恰当权衡从而作出任何有效决定,即便是毫末之事,其亦不能决之,至若关涉性命,更无论矣。”<sup>[8]</sup>极富戏剧性的是,在听审过程中,乔杜里忽然变了主意并愿意接受手术,于是,就像有学者以嘲弄的笔调写道的,“她的意识能力与自主权立即得以恢复。她既然同意手术,她的同意表示就被视为自主权的有效行使,而对其意识能力的怀疑也就烟消云散了。”<sup>[9]</sup>

约翰逊法官该日听审的另一件案子为诺福克与诺维奇医疗基金诉 W 案(*Norfolk and Norwich Healthcare NHS Trust v W*),W 小姐在产程停滞状态下被收入院,她有精神病史并经历过三次剖腹产手术。W 被诊断为已经进入分娩第二期,医生担心,若是不施行手术,胎儿可能因产道窒息或者旧的伤口破裂而死亡。精神科医生认为产妇并无精神障碍,但却不具有权衡信息的能力。约翰逊法官以与前案同样的理由认定产妇无意识能力,<sup>[10]</sup>授权医生帮助分娩,若有必要,并得施行剖腹产。

最后是 *Re MB* 案。<sup>[11]</sup>在该案中,胎儿因臀先露而面临死亡或者严重残疾的风险,医生建议剖腹产。尽管 MB 小姐希望得到一个健康的孩子并且也不反对剖腹产手术本身,但她的“针头恐惧症”却让她在手术室里生出恐慌,不肯接受麻醉。医院于患者屡次反悔之后,向法院提出申请并获手术授权。产妇立即上诉,上诉法院维持了一审判决,认为患者因恐惧症而暂时丧失意识能力,从而得依 *Re F (Mental Patient: Sterilization)* 案,<sup>[12]</sup>本着患者的最佳利益为其提供医疗服务。

从以上一系列判决看,法院的基本立场是,产妇一旦进入分娩状态,即可推定其无意识能力,而这似乎也正是产科学界根深蒂固的看法。<sup>[13]</sup>

## 二 产妇意识能力

因医生认为为了防止胎儿(在某些案件中亦及于产妇)受到严重损害或者死亡而有必

[8] 未报道案例,参见 *Re MB* [1997] EWCA Civ 3093, para 24。

[9] Elizabeth Wicks, *The Right to Life and Conflicting Interests*, Oxford University Press, 2010, p. 180。

[10] *Norfolk and Norwich Healthcare NHS Trust v W* [1996] 2 FLR 613, 616。

[11] *Re MB (An Adult: Medical Treatment)* 8 Med LR 217 (1997 CA)。

[12] [1990] 2 A. C. 1。

[13] 如现代产科学之父威廉姆斯(John Whitridge Williams, 1866-1931)就认为,产妇能力比较低下,智商比较低,情绪控制能力甚至诚实度都比较差,因而分娩活动的掌控权必须握在医生手里。参见[美]罗伯特·汉:《疾病与治疗:人类学怎么看》,禾木译,东方出版中心 2010 年版,第 276 页以下。

要施行剖腹产手术,初审法院遂不顾患者反对慨然授权,在这样一阵疾风暴雨的判决之后,当终于有案件被呈递至上诉法院面前时,其深感有义务就此间诸多混沌之处加以梳理,而首当其冲的就是意识能力。

### (一) 意识能力的内涵与判断标准

患者自主权是医事法所大力维护的核心原则,但并不是每个患者都享有此项权利,因为其要求患者具有作出决定的意识能力。在法院授权的剖腹产案件中,除了 *Re S* 案与圣乔治医疗基金案外,高等法院家事法庭概系以产妇欠缺意识能力为由照准强行手术申请。正是这些疑窦丛生的判决,让我们看到了医生及法院“关于女性的某些模式化的假定认识”,他们对于“产妇欠缺意识能力的一般推定以及随处可见的掩饰不及的强制立场”。<sup>[14]</sup>

有鉴于此,上诉法院于两项判决中正本清源:在以明确证据推翻之前,意识能力是只能推定其有,而不能推定其无的;<sup>[15]</sup> 而且“怀孕固然增加了产妇的个人责任,但怀孕这一事实本身并不能削减其决定是否接受治疗的权利”。<sup>[16]</sup> 问题当然不会就此结束,因为意识能力概念的内涵及判断标准在英国法上仍是有待厘清的。

#### 1. 理解能力进路

在被频频引作先例的 *Re T* 案中,掌卷法官唐纳森勋爵如是论道:

“成年患者……既有精神能力,自有选择是否同意治疗的绝对权利……至于其决定在他人看来是否明智,于此选择不构成任何掣肘。不论其选择的理由是否合乎理性,是否为外人所知,甚至全无理由,皆无碍该项权利之存在。”<sup>[17]</sup>

这里的能力概念,据说滥觞于上议院吉利克案 (*Gillick v West Norfolk and Wisbech AHA*)<sup>[18]</sup> 判决,在该案中,法院认为,只要患者能够预见并领会其所作医疗决定的性质及后果,即得认为其有意识能力并就医疗事宜作出同意表示。<sup>[19]</sup> 英国法律委员会在其第 129 号咨询文件《无精神能力的成年人及其医疗决定》中,亦对 *Re T* 案进路予以背书。委员会认为,对于患者是否接受治疗的决定,一般只要满足以下条件即为有效:“就与医疗措施有关的基本信息,包括采取该措施或者不采取该措施情况下可以合理预见的结果,患者能够理解医生所作的阐释,并且能够记住这些信息,一直到作出一个有效决定。”<sup>[20]</sup>

这种以理解能力为内涵的定义被称为“意识能力的最小定义”。

#### 2. 索普 *Re MB* 案进路

但在几起剖腹产案件中,法院所援引的却是索普法官 (Thorpe J) 在 *Re C* 案中所确立的三阶段标准。在该案中,索普法官论称,E 博士将决策过程剖分为三个阶段:(a) 理解并记住治疗信息;(b) 信任此种信息;(c) 对此种信息加以权衡从而作出选择。<sup>[21]</sup>

这一标准稍后为上诉法院在 *Re MB* 案中所修正,上诉法院在该案判词中写道:

[14] Heather Cahill, An Orwellian Scenario: Court Ordered Caesarean Section and Women's Autonomy, *Nursing Ethics* 1999 (6), p. 494.

[15] *Re MB* [1997] EWCA Civ 3093, para 30.

[16] *St. George's Healthcare NHS Trust v S* [1998] 3 W. L. R. 936 C. A.

[17] [1992] 4 *All England Reports*; 652j - 653b (耶和華见证人教派信徒拒绝接受输血案)。

[18] [1986] Appeal cases: 112.

[19] Marc Stauch, Rationality and the refusal of medical treatment: a critique of the recent approach of the English courts, *Journal of Medical Ethics* 1995; 21: 162.

[20] HMSO 1993, para 2. 12.

[21] 参见 *Re C (Refusal of Medical Treatment)* [1994] 1 FLR 31, 36.

“如果心理功能受到某种损害或者干扰,无法作出同意或者拒绝决定,则欠缺意识能力,下列情形属之:(a)患者无法理解并记住那些于决定至关重要的信息,尤其是有关接受或不接受治疗的可能后果的信息;(b)患者无法对相关信息加以运用或者权衡以形成决定。可以看到,索普标准的第二项在这里被取消了,除非其被视为精神疾病的一部分。<sup>[22]</sup>但对信息加以权衡的能力被保留下来,而正是这一点,最受诟病。

如前所述,在洛奇代尔医疗基金案中,约翰逊法官并未理会医生就患者意识能力所持的看法,而是认定患者欠缺意识能力,原因之一即在于,患者看上去竟然能够对死亡结果坦然受之,而这在法官看来绝非理性。而在 *Re MB* 案中,上诉法院特别回应此点,“或会生出疑问,是否有什么证据被提交至法庭,从而使得约翰逊法官得出一个与产科医生相反的结论”,<sup>[23]</sup> 上诉法院因此着手对索普标准予以完善,尤其是,上诉法院将产妇的恐慌、犹豫不定及非理性与欠缺意识能力区分开来:“这里的非理性意指,当事人的决定因不合逻辑或者有违公认的道德标准而显得骇人听闻,若是一个理智之人,面临这里的待决问题,断然不会如是为之。”也由此,法院提出了一个意识能力判断的风险标准:“这里关乎紧要的是,医生必须考虑,患者在作出决定之时是否具有与其所欲作的决定相称的能力。决定愈重大,所要求的能力愈高。”<sup>[24]</sup>

### 3. 理论界的批评

索普标准以及修正后的 *Re MB* 案标准颇受誉议,特别是对信息加以权衡的能力这一要素,被认为实际上是将患者决定的理性与否(从医生的角度看)作为了判断依据,这在约翰逊法官的两件判决中看得格外真切,而这与英国法的一贯立场是相悖的。

基于理解能力进路,阿拉斯泰尔·麦克莱恩(Alasdair R Maclean)批评称,与作出一个决定所需要的理解能力相关的,并非风险,而是事态之复杂性质。如果我们采纳了风险标准,那么顺理成章的结论就是,拒绝比同意要求更高的意识能力——只有在经过权衡以后,与拒绝治疗比较起来,治疗的收益更大、风险更小,其方有正当性。既然与同意治疗相较,拒绝治疗将会给健康带来更大的风险,那么,依风险标准,拒绝治疗就需要更高的意识能力。

依风险标准,在剖腹产案件中,为了认定产妇无意识能力以达到保护胎儿的目的,面对道德及情感压力的医生以及法院即得移动标杆并设置一个不可企及的意识能力标准。有学者就此指出,实际上,风险标准意味着,在风险很高的情形下,同意是唯一现实的选择:如果产妇拒绝同意,她就会被视为无意识能力,她的决定也不会得到认可;她唯一可行的选择就是遵从医生的建议并同意剖腹产手术,而家父主义遂得籍此从后门悄悄潜入。<sup>[25]</sup>

至于产妇的“疲劳、震惊、疼痛或者药物”会影响其意识能力,有评论认为,“在很多情形下,所有这些都是分娩不可避免的部分”,<sup>[26]</sup> 也因此,这些“暂时因素”给了法院特别是医生按照他们认为最合乎患者最佳利益的方式来对待产妇的机会,就像在约翰逊法官的判词中所看到的,他特别提到了身体上的疼痛与精神上的紧张。对于这种可能性,产妇自主权的拥

[22] Wendy Savage, *Caesarean Section: Who Choose: the Woman or Her Doctor?* p. 270.

[23] *Re MB* [1997] EWCA Civ 3093, para 25.

[24] *Re T (Adult: Refusal of Medical Treatment)* [1992] 4 All ER 649, 661.

[25] Alasdair R. Maclean, *Caesarean Sections, Competence and the Illusion of Autonomy*, (1999) *Web Journal of Current Legal Issues* 4, <http://webjcli.ncl.ac.uk/1999/issue1/maclean1.html#Heading5#Heading5>.

[26] Brazier, M., *Hard Cases Make Bad Law?* 23(6) 1997 *Journal of Medical Ethics* 341.

们格外警惕,他们强调:虽然所有这些确实会影响同意能力,但只有在极端情形下才会如此;否则的话,就不会有病情危急还被视为有意识能力的产妇或者病人了。<sup>[27]</sup>

就恐惧这一因素, *Re MB* 案判决的论证亦有疏漏。法院认为,强迫恐惧症可以阻扼患者对所提供信息的信赖,削弱其对这些信息加以权衡的能力。尽管法院的结论似能得到案情事实的支持,但其论证过程却不能令人满意。要推翻对 *MB* 小姐有意识能力的推定,法院必须证明的是,她的针头恐惧症在性质上已经使其无法作出一个真正的决定。仅仅因为患者愿意接受剖腹产手术但又不愿以忍受针刺为代价,法院就得因此认为其决定不合理性从而得出其暂时丧失意识能力的结论吗?对此,有学者批评指出,在多数涉及剖腹产手术的案件中,下级法院的作法让我们看到,它们更倾向于轻易认定产妇欠缺作出医疗决策的意识能力,考虑到这样一个事实,应该更多地强调在给定个案中对患者意识能力的评估,这样才不至于一方面口头上喊着要尊重患者自主权原则,另一方面又基于一些虚浮无根的理由而认定特定患者欠缺意识能力,不允许她作出一个危及生命的不可逆的决定。<sup>[28]</sup>

进一步指出的是,上诉法院在 *Re MB* 案与圣乔治医疗基金案中虽然维护了患者自主权的至高地位,却未能彻底解决意识能力这个“被医生及法院用之为剑却难为产妇用之为盾的真正难题”。<sup>[29]</sup> 芭芭拉·休森(Barbara Hewson)对此剖析认为,产妇只有具备意识能力,方能拒绝同意,但任何拒绝都有可能被认定为患者欠缺意识能力的证明而被否决。<sup>[30]</sup> 这样一个极易上下其手的意识能力标准给了法官很大的操作空间,得以自己认为最为便宜的方法加以认定,来安抚医生及法官的良心。

## (二) 上诉法院的指导意见

为了帮助医院应对此间的两难困境,上诉法院在 *Re MB* 案中特地为医生提供了若干条指导意见,接着在圣乔治医疗基金案中又作了进一步完善:

有意识能力的成年患者具有拒绝治疗的绝对权利,医生不必再徒劳向高等法院求乞判决。如果患者欠缺意识能力,不论是长期的还是暂时的,则应依医院所判断之患者最佳利益对其加以医治。若患者在失去表示能力之前有过预先指示,则应本其预先指示对其加以治疗与照护。但是,如果有理由对预先指示的可靠性加以怀疑,则得向法院申请发布判决。

医院应尽可能快地勘定,就患者同意或者拒绝治疗的能力是否存有疑问。如果涉及到患者将来的健康以及福祉或者甚至是生命这样的难题,则应由一独立精神科医生就同意能力加以检查。如果就患者的意识能力仍有严重怀疑,而且严重到了需要法院介入的程度,精神科医生需要考虑,患者是否由于精神障碍已经无法处理自己的财产或者事务。医院应尽可能快地寻求法律意见。如果请求法院作宣告判决,应立即通知患者律师,如果可行,患者的律师应有机会接受患者指示并在必要时寻求法律帮助。

如果患者不能指定律师,或者被认为无法指定,医院或其法律顾问必须知会政府律师,由其在诉讼程序中作为患者的监护人提供帮助。

[27] Alasdair R. Maclean, *Caesarean Sections, Competence and the Illusion of Autonomy*, (1999) *Web Journal of Current Legal Issues* 4, <http://webjcli.ncl.ac.uk/1999/issue1/maclean1.html#Heading5#Heding5>.

[28] Sabine Michalowski, *Court-Authorised Caesarean Sections: The End of a Trend?* *The Modern Law Review*, Vol. 62, January 1999, p. 119.

[29] Alasdair R. Maclean, *Caesarean Sections, Competence and the Illusion of Autonomy*.

[30] 参见 Hewson, B, *Could the High Court Order You to Have an Operation?* 115 *Living Marxism* (1998) 24.

对于这些指导意见有两点值得注意。一是指导意见特别注意维护产妇的程序权利,而产妇没有得到充分的法律代理甚至对法院的听审程序毫不知情,正是此前的剖腹产案件饱受抨击的一个主要原因。另一点是指导意见实际上允许临床医生就患者的意识能力作出决定,只有生出疑问时,方可求助于法院,“这就等于全权委托医生以他们认为最合乎患者最佳利益的方式来对待产妇”,因而也令诸多学者颇感忧虑。<sup>[31]</sup>

### 三 理性与拒绝治疗

有意识能力的成年患者有同意或者拒绝治疗的绝对权利,至于其决定的理由何在,则于决定之效力毫无影响,这是在英国法上已牢固确立的原则。将作出决定的意识能力与该决定本身是否合乎理性这两个问题分开处理,所体现的正是对患者自主权的充分尊重。反之,如果一方面允许患者选择,另一方面又对那些被认为非理性的选择加以贬斥,则无异于并没有赋予当事人真正的选择权利。

#### (一) 医疗决策的理由

可是,上诉法院虽已将立场阐明到了这个份上,家父主义——要求患者的决定符合法院/医生所界定的理性标准——的魅影也不是可以断然祛除的。意识能力的信息权衡能力要素、意识能力判断的风险标准以及影响意识能力的暂时因素,都给了家父主义借尸还魂、卷土重来的机会;不宁惟是,公开要求给予理性标准以合法地位的呼声亦不绝如缕,从未止歇,表现出家父主义意识形态是如何地深植人心。

唐纳森勋爵 *Re T* 案的判词确认了英国法上“有精神能力”的成年患者的选择权利。马克·施陶赫(Marc Stauch)论道,这段看起来不过是对那闻名遐迩的原则的唱和,即由卡多佐法官率先予以揭明的原则,其谓:“任何神志健全的成年人,皆有决定何者得施于己身的权利”。<sup>[32]</sup> 在施陶赫看来,“卡多佐那个锋芒稍敛的‘神志健全’标准已经包含了对患者决策理由的某种审查在里头”。<sup>[33]</sup> 施陶赫接下来指出,患者的拒绝表示是一定要附具理由的,他并将这些理由区分为三类:

第一类是理性的理由,它可以被界定为基于“常识”的理由。例如,患者要挺过治疗,得经受极大痛苦,而且会丧失很多精神与身体机能。第二类是无涉理性的理由,它们所基于的是非经验观念,这种观念实际是一个信念问题,其在经验上既无从证实,也无从证伪。例如,患者认为医学上必需的治疗(输血)会妨碍其永生救赎。第三类是非理性的理由,这类理由虽然也是关于经验世界的,但却与我们对于这个世界通常的经验扞格不通。例如,患者一直生活在自己会成为明星的幻觉中,而治疗会妨碍她达到目的。依施陶赫的意见,只有依前两类理由所作的选择方能被视为自主权的有效行使从而得到法院尊重,至于第三类选择,则应无视并以患者最佳利益代之。<sup>[34]</sup> 施陶赫的见解在英国实证法上得不到支持,但尤需揭明其

[31] Alasdair R Maclean, *Caesarean Sections, Competence and the Illusion of Autonomy*.

[32] *Schloendorff v Society of New York Hospital* (1914) 105 *North Eastern Reporter*: 92.

[33] Marc Stauch, *Rationality and the refusal of medical treatment: a critique of the recent approach of the English courts*, p. 162.

[34] Marc Stauch, *Rationality and the refusal of medical treatment: a critique of the recent approach of the English courts*, pp. 163 - 164.

在论辩上的错误,方能将家父主义的顽疾彻底治愈。施陶赫反复申明,将其讨论限于患者的拒绝表示将会危及其生命的情形,<sup>[35]</sup>但若将他的逻辑一以贯之,则这种限制是没有道理的。依照他的分析,顺理成章的结论是,一切非理性决定都不应该得到赞成,可是一旦没有了可能的死亡后果所带来的强烈情感冲击,他的论辩的说服力也就失之大半了。

而施陶赫对于患者的最佳利益的理解是,如一个梦想成为女星的患者拒绝治疗,因为这会妨碍她自儿时起就梦想有朝一日会成为明星的目标,那么,如果患者将来的生活——失去了曾经令她欢愉的信念的支撑——很有可能变得痛苦不堪,便还是不治为好。但他以为,这并不算是赋予患者自主权以优先性的例子,毋宁说,这不过是患者最佳利益标准的适用。显然,施陶赫所理解的患者最佳利益并非纯粹医学视角的,当他将某种精神利益也纳入其中的时候,已经在悄然之间向着非理性选择作了妥协。

施陶赫的主张来源于一种常见的观点,自主权原则的吸引力在很大程度上依赖于这样一种理论,即每个个体都是其自身利益的最佳判断者,而这一理论假定不适用于非理性患者。<sup>[36]</sup>但正如哈耶克深刻指出的,我们不必假定每个人永远是其自身利益的最佳判断者,但我们不得不承认,我们永远无法确知谁比行动者本人能更好地知道自己的利益,因为这里的关键在于,我们必须尊重每个人自己独特的价值等级序列(主观价值论),所以,作为自由主义内中应有之意的是,每个人都要为自己的选择、为自己的命运负责。<sup>[37]</sup>

## (二) 事前计划与嗣后反悔

分娩计划系产科领域一相对晚出的事务,目的似乎在于方便产妇充分表达愿望,鼓励产妇与医生之间的深度对话,但是这种产前计划却被许多医务人员解释成了对产妇亦具有拘束力的契约。例如,一名产妇是第一次怀孕,她签署的分娩计划写明拒绝任何镇痛措施,她还写明,在分娩期间,如果她提出任何镇痛请求,医务人员都不得照办。如果产妇在分娩过程中叫嚷着要求止痛,并请求助产士别理会那分娩计划,然而,契约有效缚住了医务人员的手脚。<sup>[38]</sup>这种对分娩计划法律效力的错误解释可能正反映了医生对于产妇的一般看法,分娩状态下的产妇所作的决定往往是非理性的,因而是不值得尊重的。

事实是,在医患法律关系中,医生负有遵从患者指示的义务,而患者则得随时变更其指示;所谓对医生具有拘束力的预先指示,仅在患者丧失意识能力的情形下方有适用余地。<sup>[39]</sup>正如拉德(Ekman Ladd)指出的,分娩时,先前抽象的生产画面变得更为真实,先前只是想象的经历这时成为现实,所以,作出知情决定的最好时间大概是在分娩当时,而不是在几个月之前。<sup>[40]</sup>卡希尔则更尖刻,在他看来,强行剖腹产多半是沟通不足的产物,而医务人员则应负主要责任,像分娩计划“这种书面文件不过是糟糕的人际沟通的一个漂亮的封皮,有欠连贯的医疗服务中的一个临时解决方案”。<sup>[41]</sup>

另外,在一些法院命令的剖腹产案件中,先前拒绝手术的患者后来庆幸地表示,多亏法

[35] Marc Stauch, *Rationality and the refusal of medical treatment: a critique of the recent approach of the English courts.*

[36] Marc Stauch, *Rationality and the refusal of medical treatment: a critique of the recent approach of the English courts.*

[37] 参见[英]哈耶克:《自由秩序原理》(上),邓正来译,三联书店2003年版,第90-95页。

[38] Andrews A., *Delivering Justice. Nurs Times* 1998, 94(23): 31-32.

[39] 参见前文上诉法院提供的指导意见。

[40] Ekman Ladd R., *Women in Labour: Some Issues about Informed Consent.* in: Bequaert Holmes H., Purdy L. M. eds. *Feminist Perspectives in Medical Ethics*, Bloomington, Indiana University Press, 1992: pp. 216-23.

[41] Heather Cahill, *An Orwellian Scenario: Court Ordered Caesarean Section and Women's Autonomy*, p. 502.



院否决了她的拒绝决定,方能借助手术娩出一个健康的孩子,上诉法院对这样一种事实也作了考虑。就这一点,上诉法院认为,不论娩出一个健康的孩子对于母亲来说是多么地可喜可贺,严格来讲,这都算不上是一个切题的考虑——即便产妇后来可能后悔,对其自主权报以尊重,也要比对其加以襁褓式保护、以免以后对其自主决定的后果感到后悔来得重要的多。<sup>[42]</sup>这是一个很重要的考虑,因为人们很容易认为,产妇对得到一个健康孩子的感激之情可以溯及地为此前对其愿望的否决提供正当性。但很显然,上诉法院对这样一种论辩的拒斥是正确的,因为这种进路会导致医学与司法上的家父主义。

## 四 胎儿的利益

患者的自主权并不是绝对的,基于特定社会政策的考量,得将某些客观社会利益凌驾于患者自主权之上。<sup>[43]</sup>当产妇拒绝接受手术时,与产妇的自主权及其身体的不可侵犯性相冲突的,主要是胎儿的生命利益以及社会在维护其成员福祉与生命方面的利益。<sup>[44]</sup>在患者的拒绝决定可能会导致其死亡的后果时,英国法的立场非常明确,生命神圣原则从属于患者自主权原则。

当然,自我决定权并不意味着患者可以不受限制地选择自己的死亡方式。例如,一般的看法是,患者在企图自杀之后拒绝接受治疗的,构成对生命神圣原则的侮辱,医生对这种决定得无视之。但在英国法上,患者拒绝接受治疗,并不构成自杀,<sup>[45]</sup>这一点在这些剖腹产案件中未受质疑,故未成为讨论焦点。而剖腹产案件的特殊性则在于,当产妇拒绝接受手术时,其与胎儿那独一无二的身体联系也就意味着,有一个“第三人”也同样受到了影响,于是,“密尔的损害原则这一幽灵飘然而至”。<sup>[46]</sup>在这里,最有可能对产妇自主权起到平抑作用的是胎儿的利益,这一冲突即造成了一个伦理与法律的雷区。

但是,在英国法上,胎儿向来不被认为是法律上的人。在 *Paton v British Pregnancy Advisory Service Trustees* 案中,法院支持了产妇的合法堕胎权,家事法庭庭长贝克爵士(Sir George Baker)在判决中写道:“头一桩要解决的问题是,原告是否享有权利。在我看来,在英国法上,胎儿在出世并成为一与母体分离的独立存在前,自身并不享有任何权利。整个国家的民事法律俱持此种立场(刑法不论,与此无关),并为普通法系国家民事判决之基础,诸如美国、加拿大、澳大利亚者是,我敢肯定,其他普通法系国家亦为如此。”<sup>[47]</sup>

正因为法律的障碍如此壁垒森严、难以攻克,所以我们不难理解,何以在诸多剖腹产案

[42] 参见 *Re MB* [1997] EWCA Civ 3093, para 31。

[43] 艾伦·迈泽尔(Alan Meisel)将那些同样为社会所珍视但却与患者自由决定相冲突的价值笼统地称为“社会健康利益”,在他看来,这种健康利益的实质性内容就是,促进个体健康并确保患者决定符合下面这种客观价值序列,即健康过好疾病,生存好过死亡。参见 Alan Meisel, *The ‘Exceptions’ to the Informed Consent Doctrine: Striking a Balance between Competing Values in Medical Decision Making*, *Wisconsin Law Review*, 1979, pp. 423-428。

[44] 如前注所说,与患者的自主决定权利相对立从而需要立法加以平衡的,是一种客观医疗利益,而不是所谓患者的生命权。笔者认为,生命权、健康权,还可以加上身体权与隐私权,与知情同意权俱属患者一身,前者不存,后者焉附,两者只有同进共退之谊,断无决裂冲突之理,与知情同意权发生冲突从而需要立法者/法官加以权衡的,只能是某种外在于患者的客观利益。

[45] 在 *Secretary of State v Robb* [1995] 2 WLR 722 案中,索普法官先是指出在防止自杀方面的国家利益,他又接着认为,拒绝接受治疗或者营养本身不构成自杀。

[46] Alasdair R. Maclean, *Caesarean Sections, Competence and the Illusion of Autonomy*.

[47] [1979] QB 276.

件中,家事法庭的法官们对那个极富弹性的意识能力概念是那么地青眼有加。索普法官即在前引文中如是批评 *Re MB* 案的意识能力策略:“理论上持之有据者却未必能付诸实践。上诉法院甄别法律原则易,初审法院用之于实际难,缘司法本能、训练及情感作祟也。于剖腹产案件中,此种适用之权力端在家事法庭之法官,此种法官致力于儿童利益之维护。在考察一个医疗两难案件时,不论何人之生命,家事法庭皆会一视同仁,尽力维护,断无偏袒之事……若是此等考虑不被法制所承认,牵强附会之推理、日益增长的诉讼……以及学科间合作的紧张关系等等便为难免之事。”<sup>[48]</sup>

有鉴于此,上诉法院遂在 *Re MB* 案中专门讨论,得否为了胎儿利益而将有意识能力的产妇的拒绝表示置于不顾,尽管这一问题在该案中事实上并未发生,因为法院认定产妇欠缺意识能力。但我们应当注意,即便产妇被认定为欠缺意识能力,还是会产生类似的问题,因为在以最佳利益标准代替患者意志的时候,是排他性地只关注产妇的最佳利益,还是同时将胎儿的利益也纳入考虑,所得到的结果自然是不同的。上诉法院在判决中指出,“一个有决定能力的产妇……虽然了解得清清楚楚,若是拒绝接受注射麻醉,将大大降低胎儿活着出生的机会,却仍可能如是为之。当法院在考虑是否应该照准一项剖腹产手术申请时,尚未出生的胎儿并不享有任何可以令法院将其纳入考量范围的独立权益。”<sup>[49]</sup>

结论虽然如此,上诉法院似乎还是多少有些忐忑不安,因为就在这结论之前,其在判决中还写道:“就一个能够活着出生的胎儿,刑法对其加以保护,不受故意毁灭,堕胎法亦对其加以保护,除该法所允许的情形外,不得堕胎,偏偏当一个有意识能力的母亲拒绝通过医疗干预来避免胎儿死亡风险的时候,我们的法律却无动于衷,不再施以援手,这看起来或许不太合乎逻辑,但却正是当前的法律立场……”<sup>[50]</sup>

所以难怪,在剖腹产案件中,法院似有一种倾向,即,想千方设百计地通过对个案事实的解释来实现某种可欲的并合乎逻辑的结果,以此来绕过那被认为不可欲的、不合乎逻辑的法律原则。考虑到这一现象,便有必要阐明,*Re MB* 案所勾勒的法律原则,即非不合乎逻辑,也不存在立场矛盾的情况。米哈洛夫斯基指出,1967年《堕胎法》(Abortion Act)以及1929年《婴儿生命(保护)法》(Infant Life (Preservation) Act)对胎儿所提供的保护,其所针对者不逾故意毁灭。而产妇之拒绝接受剖腹产手术不能被视为故意毁掉胎儿,其之拒绝不过是自主医疗决定权之行使,保护其身体完好性不受外科手术干预,正如面临生命危险的产妇拒绝接受治疗不能被视为自杀一样。在这两种情形下,听任自然之发展,都会造成死亡,而产妇所能受到的所有谴责至多也不过是,她没有采取任何积极措施来保护胎儿的生命。可是,不论是《堕胎法》还是《婴儿生命(保护)法》,都没有课予产妇积极挽救胎儿生命的义务。

故而,有意识能力的产妇不能被强迫接受剖腹产手术,哪怕她的拒绝会导致胎儿的死亡,因为产妇没有拯救胎儿的法律义务。同样地,在剖腹产手术并不合乎产妇最佳利益而仅仅是符合胎儿最佳利益的情形下,也不能强迫一个欠缺意识能力的产妇接受剖腹产手术。

[48] Thorpe, *The Caesarean Section Debate*, p. 663.

[49] *Re MB* [1997] EWCA Civ 3093, para 60. 在圣乔治医疗基金案中,上诉法院再次强调:“胎儿对医疗帮助的需要不能凌驾于产妇的权利之上。她有权利不被强制接受违背自己意愿的对身体的侵袭,哪怕她或者胎儿的生命依赖于这种医疗措施。不能仅仅因为她的决定在道德层面上似可苛责,即对其权利加以束缚。” *St George's Healthcare NHS Trust v S* [1998] 3 All ER 688, 692 per Judge LJ.

[50] *Re MB* [1997] EWCA Civ 3093, para 50.

任何将胎儿利益凌驾于产妇之上的作法,都将使产妇不复为康德所谓作为目的本身的人,而是变为了实现第三人(胎儿)目的的工具。

## 五 产妇最佳利益

在产妇欠缺意识能力的情形下,医院应该本着产妇的最佳利益作出医疗决策。在 *Re MB* 案中,法院阐释说,当为丧失意识能力的患者作出医疗决策时,所要考虑的利益并不限于患者的医疗利益,还包括患者的精神福祉,这是一个重要的澄清工作。<sup>[51]</sup> 根据证据,很显然,这位母亲希望孩子能够活着出世,而且她是赞成手术的,唯一的掣肘不过是针头恐惧,而精神病学的证据似乎表明,如果这孩子残疾或者死亡,MB 小姐很有可能遭受长期的巨大精神创伤。法院考虑了麻醉风险给产妇福祉可能造成的损害并得出结论,麻醉手术不会给她带来持久损害,倒是孩子的死亡将会造成其长期精神损害,故而施行手术符合其最佳利益。<sup>[52]</sup>

不过,这番对 MB 小姐最佳利益的考察仍有未尽之处:当判断其最佳利益时,孤立地考察麻醉的效果并不恰当。就这一个案来说,对一个患有针头恐惧症的患者,强行治疗会产生何种效果,也是应该加以考察的。对患有针头恐惧症的患者案例研究表明,她/他们一般会避免看医生,这很可能就是何以 MB 小姐在妊娠期间没有定期光临产前诊所的原因。还应该考虑是否有替代针刺的其他方法或者帮助患者克服恐惧症的可能性,而不是简单地强迫患者接受治疗。所以,法院在判断 MB 小姐的最佳利益时所作的权衡考量并不能令人满意,因为它未能充分考量强行治疗中所涉的所有风险——对医生职业产生敌对情绪,以后不再光顾医院等等。

另外,在 *Re MB* 案中,上诉法院只是排他性地对麻醉风险加以关注,因为法院认为,既然患者已经同意剖腹产,那么剖腹产手术的风险也就不必考虑了。就该案而言,这当然没有什么错误,但在所有法院授权的剖腹产案件中,对于剖腹产手术合乎患者最佳利益的医学证据,法院都是欣然从之,对于手术风险,甚至提都没提,这就很成问题了。米哈洛夫斯基提请注意,剖腹产手术可是具有侵袭性的。除了麻醉所固有的风险外,剖腹产手术还给产妇带来了其他身体上的风险。例如,根据一些研究,9%~15%的剖腹产手术导致严重的妇科疾病,主要病因是子宫内异位、尿路发炎以及伤口感染。比起产道分娩的女性,接受了剖腹产的女性更有可能在以后的妊娠与分娩中出现问题。还有,尽管剖腹产产妇的死亡数字在下降,但剖腹产的死亡率仍要高出产道分娩死亡率 2~11 倍。剖腹产还有可能给产妇带来心理影响,例如抑郁症与负疚感,并对母子关系造成负面影响。因而,当法院在判断剖腹产是否合乎产妇最佳利益时,应当对所有攸关权益加以仔细权衡。

## 六 医疗行业的态度

在医学与法学这两门历史悠久的学科之间,“充满着猜忌、恐怖与敌对的气氛——而且

[51] *Re MB* [1997] EWCA Civ 3093, para 35.

[52] *Re MB* [1997] EWCA Civ 3093, para 36.

这些还并非全是无源之水。之所以出现这种状况,全是由于缺乏沟通,对两个职业基本的职业目标、方法以及哲学缺乏同情之理解”,<sup>[53]</sup>彼此仿佛“击鼓执矛而来的命中冤家”。<sup>[54]</sup>

这样一个理念型分类基础上的论断原本大致不差,<sup>[55]</sup>可是在剖腹产案件中,局面却格外地扑朔迷离起来。曾经有那么一度,法院似乎与医生跳进了同一条战壕,而将产妇作为了共同的“敌人”。20世纪90年代期间,医院向法院提出的七件手术申请,照无例外得到了下级法院的批准。于是难免让人怀疑,“司法界对于患者自主权的笃诚到底有几分为真”。<sup>[56]</sup>

可是情形又不尽然如此,还在20世纪90年代头一件法院授权的剖腹产判决刚刚发布而患者又未提起上诉之时,皇家妇、产科医生协会(Royal College of Obstetricians and Gynaecologists)作为对判决的回应,郑重提醒其成员,怀孕状态并不能限制妇女的法律自由。尽管产妇对胎儿的义务随着妊娠期的进展而增加,但只要未经其同意,其身体完好性即不受侵犯。<sup>[57]</sup>这番表态是如此理性持重,倒与布朗爵士的激进态度形成了戏剧性的反差,至于其到底是出于对产妇自主权的衷心服膺,还是为了保护医生免遭诉讼风险的防御姿态使然,我们自不必深究。可它至少表明,协会清醒地认识到,现行的法律秩序应予尊重,愤世嫉俗的急先锋,不是医生所扮演的角色。

助产士行业的反应则姗姗来迟,一直到1998年,英国皇家助产士学会(The Royal College of Midwives)方才将行业的官方立场予以揭明。<sup>[58]</sup>其《立场文件第20号:拒绝治疗的权利》明白表示系针对强行剖腹产案件而发,除了将上诉法院关于产妇有拒绝治疗的绝对权利以及胎儿不具有独立法律人格的立场予以重申外,文件格外强调了通过充分的信息沟通来促进产妇与助产士之间信赖关系的重要性,认为交流的不畅是造成此前强行剖腹产案件的一个重要原因。

英国医院系统最大的雇主全民医疗保险体系委员会(NHS Executive)则于短时间内连续两次发布工作指引《同意治疗:法律裁决扼要》,<sup>[59]</sup>其中专辟“妊娠期外科手术”小节,强调有意识能力的产妇有作出任何决定的绝对权利,若是欠缺意识能力的产妇拒绝手术,则得向高等法院请求确认性判决。该指引的附录也表明了一种共识,伦理上的困境固未消除,我们所面对的“不是一个道德法庭”,<sup>[60]</sup>是实证法在为我们纷乱扰攘的生活世界提供内在理性秩序。

[53] Martin Lloyd Norton, Development of an Interdisciplinary Program of Instruction in Medicine and Law, 46 *J. MED. EDUC.* 405, 405 (1971).

[54] Frederic K. Spies et al., Teaching Law Students in the Medical Schools, 77 *SURGERY* 793, 795 (1975).

[55] 单就妇产领域而言,造成这种对立的部分原因在于,虽然当前的法律政策是产妇导向的,可是产科医生所受的训练却是婴儿导向的。人类学家罗伯特·汉敏锐地注意到,随着母婴医学的发展,在反映并塑造了20世纪产科学理念与实践的发展因而被誉为产科学圣经的《威廉姆斯产科学》中,胎儿渐渐成了分娩过程中最有权利的一方,该书第18版中已经出现了“产科学的最高目标就是保证每个新生儿生理健全,身体强健,成为万物之灵”的表述。汉因此评论道,在20世纪初,当分娩地点由家中转移到医院的时候,产妇第一次丧失了她们自主权,而母婴医学对婴儿利益的强调,则使产妇面临再次丧失自主权的危险。参见[美]罗伯特·汉:《疾病与治疗:人类学怎么看》,禾木译,第278页。

[56] Marc Stauch, Court-Authorised Caesarians and the Principle of Patient Autonomy, p. 77.

[57] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, *Ethics: a Consideration of the Law and Ethics in Relation to Court-authorized Obstetric Intervention* (no. 1, April 1994), London: RCOG, 1994.

[58] The Royal College of Midwives, *Position Paper 20: the Right to Refuse Treatment*, March 1998.

[59] 1997年颁布,1999年修正, NHS Executive, *Consent to Treatment: Summary of Legal Rulings*, Health Service Circular, HSC 1999/031, 19th February 1999.

[60] *Re MB* [1997] EWCA Civ 3093, para 40.

## 七 结 论

今天的产妇要比以往任何时候都能掌握更多的信息,也更能就分娩事宜表达自己的愿望,但是,当产妇的选择最终将导致自我毁灭的后果而只要一个很简单的医疗干预就可以避免这一切的时候,产科医生总是倾向于假定,这种危害性选择绝非自主选择。医生于此间所体会到的道德与情感压力,固然值得体谅,但是,实证法的立场坚如磐石:有意识能力的产妇有作出医疗决定的绝对权利;尽管胎儿亦有应受保护之利益,但却不能以产妇的自主权为代价,否则即为对产妇作为人之地位的贬抑。

在英国 20 世纪 90 年代的一系列强行剖腹产案件中,下级法院通过对意识能力概念过于严格的解释,绕过法律壁垒,甚至公然对实证法上的患者自主权立场发起挑战,这样一股疾如飘风的势头,不但在法律教义学上经不起推敲,在伦理上亦未经理过足够深入的反思。上诉法院虽然在两项判决中扼制住了这一情绪化的异动,但其意识能力理论仍然为家父主义的回潮埋下了伏笔。故而,在当下的英国,单有法律原则,还不足以为患者、尤其是产妇自主权提供充分保护。只要诸如应该不惜一切代价地让产妇娩出一个健康的孩子、分娩中的产妇欠缺作出有效决定的意识能力这样一些流布甚广的观念不得澄清,产妇导向的法律政策与婴儿导向的产科训练之间的冲突不得协调,强化产科医生话语权的医疗资源匮乏状态不得根本缓解,那么,曲解、回避法律原则强行剖腹产手术的作法就断不会少。

---

[ Abstract ] A series of court-authorized caesarean sections decided in 1990s, England, reveals the deep-rooted medical and judicial paternalism in the area of gynaecology and obstetrics, including the general assumption of maternal incompetence, neglect of non-rational decision made by a pregnant woman, and the overwhelming stress on the protection of life and interests of the fetus. The principle of autonomy of patient has, therefore, blankly denied. Through a restrictive interpretation of the concept of competence, some courts try to circumvent the legal establishment that fetus does not possess legal personality, and some even challenge the position of the positive law overtly. Though Court of Appeal has placed a curb on this trend by two decisions, yet the theory of competence elaborated in its judgments has set the scene for the counter-attack of paternalism. As a result, so long as the widespread belief that it is best to deliver a healthy child at all costs, and a woman in labor is incompetent to make a valid decision is not corrected, the conflict between the puerpera-oriented legal policy and the fetus-oriented obstetrical training is not properly balanced, and the medical profession's hegemony to decide what they believe is best for their patients is not dismantled, the gross denial of women's autonomy, the use of the law to override pregnant women's refusal of consent and forced caesarean sections will remain.

---

(责任编辑:黄 列)