

老龄社会的长寿制造:伦理情感与老年医疗支出的关联

□ [美] 莎伦·考夫曼/著,余成普/译

[摘要] 老龄化的社会、不断发展的延长生命的医疗干预、老年医保政策和个体决策的伦理,共同造就了美国日益严重的社会紧张:一方面要控制医保费用,一方面又要促进健康消费者使用生命维持技术。这些制造长寿的活动,就像许多其他的社会医疗实践一样,构成了生命管理以及新的伦理态度和社会参与的一个场所。这些活动——包括处理风险的必要性、对于循证干预的难以言“不”以及在临床条件下做出选择的义务——也处于卫生资源配给和改革的论争中心。心脏手术、器官移植和癌症治疗是三个延长生命的医学成功的范例,同时也是产生存在困境和社会困境之标志。医学人类学的视角彰显了生命制造与医疗支出之关联,也揭示了基于年龄配给医疗资源的持续的讨论。

[关键词] 年龄配给;医疗改革;个体伦理;自我保健

[中图分类号] C912.4 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1673-8179(2014)01-0002-05

Making Longevity in an Aging Society: Linking Ethical Sensibility and Medicare Spending

Sharon R. Kaufman, YU Cheng-pu

(University of California, San Francisco, CA 94143-0646, USA;
Sun Yat-sen University, Guangzhou 51027, China)

Abstract: An aging society, a growing array of life-extending medical interventions, Medicare policy, and an ethic of individual decision making together contribute to the deepening societal tension in the United States between controlling health care costs and enabling health consumer use of life-sustaining technologies. The activities that constitute longevity making, like so many other socio-medical practices, comprise a site for the governing of life and the emergence of new forms of ethical comportment and social participation. Those activities – including the necessity of treating risk, the difficulty of saying “no” to evidence-based interventions, and the responsibility of choosing among clinical options – also lie at the heart of debates about health care rationing and reform. Cardiac procedures, organ transplantation, and cancer treatments are three examples of medicine’s success in extending life and are emblematic of the existential and societal quandaries that result. A perspective from medical anthropology shows the way in which the making of life is linked to health care spending and the ongoing debates about age-based rationing.

Key Words: age rationing; health care reform; privatized ethics; self-care

一、伦理情感与老年医疗支出

随着医疗改革,尤其是国家老年人医疗保险制度改革成为奥巴马政府的头等议事以来,成本控制就成为一个紧急的难以克服的难题。

基于年龄的医疗资源配给也继续成为社会紧张的一个关键点,且缺乏化解之策。医学人类学的视角将为这些问题提供社会文化方面的洞察力。

各种各样旨在延长老年人生命的干预措施增长

迅速,它正在改变着美国许多医学专业的面貌。常规的和新兴的治疗比以往任何时候都让老年人活得更久。接受外科手术或其他能延长生命的非初级医疗干预的人的平均年龄也在上升。确实,八九十岁的老人成为外科病人中增速最快的一个群体。越来越多的医学文献也在极力地为这些种类繁多的医疗手术辩护,认为它们给 80 岁以上老年人群带来益处。这些实践正在改造着已有的医学知识以及我们关于“正常的”老年、普通治疗和死亡时间的社会期望。比如,医学的成功已经促使我们普遍地认为医学技术几乎一直能让人健康永驻;医生和病人也以相似的方式认为身体在任何阶段都是可塑的、能治疗的;死亡不再被人们所预期,甚至那些已老态龙钟、病入膏肓的人也不希望死亡发生。这些制造长寿的活动,就像许多其他的社会医疗实践一样,构成了生命管理以及新的伦理态度和社会参与的一个场所。这些活动同样处于卫生保健配给和改革的论争中心。

对临床医生来说,医学对老年人所谓技术或生物的局限性假定不再是一成不变的。许多人生了病,他们及其家属变成了医学的消费者,开始追逐着他们自己的健康和长寿。伴随着美国人口的老龄化,对高龄老人的治疗欲望也不断增加。降低风险越来越变成富人们追求的生活方式。当病人和医生致力于处理风险时,预防、增强、维持与治疗之间的边界变得模糊起来。同时,为了回应这些医学文化现象,循证的医学研究也在鼓励和纵容国家老年人医保制度将这些医学程序的费用囊括进来,以便使得更多用于降低风险以及疾病治疗的措施能为医疗保险所允许,并被纳入标准化的医疗保障之列(Bach, 2009; Neumann, Rosen and Weinstein, 2005)。这些发展带来了卫生保健交付成本,尤其是老年人医疗保险成本的迅速增加,并使得控制这些成本成为一项艰巨的社会挑战。

伴随着成本挑战的是一些存在主义困境(existential quandaries)。使用这些治疗(如风险降低、生命延续、死亡延迟)的决策责任在新自由主义和后家长式管理的时代已经落到个体的头上。这项责任引起了如下问题:假如临床能为我的(潜在的)威胁生命的状态提供治疗,我还想活多久?虽然许多美国老年人都要面对这个问题,但他们是私下思考这一问题的。相对于健康、自我和临床诊断,这个问题可以说是当前的伦理基础(ethical ground)。这个伦理基础包含着一种情感,关涉到临床供给、风险认知、时间与剩余光阴的价值之间的关系。的确,这个问题的重要性在于其对一种方式的认可,这种方式使得关于时间、控制和临终质量的审慎的、私人化的伦

理具体化为一种反身的、义务性的和利己的实践。更为重要的是,这个问题使得延长寿命的医保费用与老年人医保政策连接起来。这项政策可以支付面对不同状态的日益繁多的治疗,使得医生延长了病人更久的生命,它也使得(和激励)病人及其家属在更大的范围内寻求生命的延续,以变得更加长寿,因为他们的责任要求他们这样做。

在美国,85 岁以上的老人就有四百五十万,到 2050 年这一数字将达到两千万。这给试图阻止晚年终末期疾病的进程带来了巨大的压力。这些压力来自于病人自身、他们的家庭、医学的“技术至上”、医保资金的结构、诉讼的阴霾、对新的(和可能的)干预措施的兴奋、专业训练和分支学科的专业化,尤其是临床医学的积累性成功。同时,老年阶段更多临床选择的可获得性以及生命延长治疗的常规化让人们认为衰老和死亡不再是必然的,我们能够“在没有衰老的情况下变老”(Katz and Marshall, 2003)(在欧洲的一些国家,晚年生命的干预没有如此普遍,因为在那里医疗资源的有限性已经被广泛地认识到了)。另外两种趋势也直接造成了医疗成本增加以及限制成本的艰难。对于那些能够获得治疗的人们来说,尽临床手段能提供的一切方式去降低死亡的风险已经变成了公认的实践和公认的伦理。新兴的诊断工具创造了更多被认识到的“需要”,促使医生和病人去干预,为的就是停止或减缓疾病的扩散以及处理死亡的风险。

在美国,三种日益扩展的治疗手段——心脏手术、器官移植和癌症治疗——成为所有旨在延长寿命的医疗实践的典范和标志。它们在延续生命和增强福祉上的成功给医生、病人及其家属在选择上造成了压力,因为它们在临床上已经被证明是有效的,因为我们总是想把“最好的”给我们的亲人,因为人们不会轻易地对公认的医疗措施说“不”。加之,希望就存在于干预之中,存在于要做点什么事情上,因此,当延续生命的治疗可以提供和获得时,相关的每个人都难以对此说“不”。这种情况导致了存在主义的和社会的困境。

二、老龄社会长寿制造的几个案例

在几个主要的医疗诊所里,我观察和访谈了上百位病人和他们的家属^①。就延长生命的干预措施上,他们表达了各种观点。一些人明确地想得到更多的治疗,希望延长他们的生命,甚至当医生告诉他们再多的治疗也不会停止疾病的恶化,而应该转向

^① Lakshmi Fjord, Ann Russ 和 Janet Shim 参与了调查过程。

临终关怀的时候,他们依然如此。另一些人一旦威胁生命的或终末期的疾病得以确诊,他们就会抗拒积极干预(aggressive interventions,或译“侵入性干预”),即使他们的生命或许真的因此而延长。不过,更多的人是处于上述两个极端之间。许多人语焉不详,对治疗既说“好”,也说“不好”。一些人不乐意或不能够选择治疗,因为是健康专家在考虑一个“合乎时宜”的治疗方式。一些人并不确定在一个临床体制中继续维持生命对他们自身到底价值何在。常见的是,渴望的和现实的选择并非泾渭分明,随着时间的推移,病人及其家属在接受何种治疗上的看法也确实在变化着(Fried et al.,2007; Russ, Shim and Kaufman,2005; Shim, Russ and Kaufman,2007)。健康专家们则更加需要去权衡积极治疗的范围和价值,以及可能延续生命的治疗是否违背了病人的愿望。

(一)心脏手术

冠状动脉旁路移植术、血管成形术、心脏支架术,对于一个八十几岁的人来说现在已经是老生常谈了,对于九十来岁的人也是再平常不过了。心瓣膜置换术在20世纪90年代也变得司空见惯。医学文献研究表明,对于90岁,甚至更老的经过选择的病人开展此类手术是可以获得成功的,虽然相对于年轻的病人来说,他们的住院时间或许要长一些,发病率也或许会高一些。

中风和心脏病治疗的进步已经延长了病人的生命,虽然它们也导致老年人更多的心衰现象。在过去的十年里,心衰的患病率日益增加,每年大约有五十五万个新发病例。对于那些已有症状的心衰病人来说,他们预期寿命的中位数还不足五年。这些成为最近医学界所讨论的“问题”的背景,即在可预知预期寿命条件下,病人和医生需要在维持生命治疗和姑息性治疗(palliative therapies,或译“保守治疗”)之间做出“选择”(Yancy,2008)。当下,对于严重的心衰病人来说,可以获得的干预措施包括临终关怀、自动植入性心脏除颤器(AICD)(用于调整致命的心率问题)、心室辅助装置(VAD)(这是一个机械泵,帮助衰弱的心脏将血液输送至全身)以及心脏移植。这些当代医学可提供的差异显著的干预措施处于谱系的两端:从缓解临终的痛苦到积极的、史诗般的(heroic)(也仅仅是可能的)生命延续。这一系列治疗措施使得选择变得异常复杂,因为希望一直是存在于史诗般的干预一方。最近的一份研究也表明,对于那些想获得相对长期生存机会的病人来说,他们更愿意选择积极治疗,尽管其预后模式可能正好走向反面(Allen et al.,2008)。

相对来说,很少的病人考虑选择VAD或心脏

移植,虽然心脏移植在20世纪70年代已经很常见了。相反,在临床实验期间发展起来的扩展版的医学标准下,成千上万的老年人医保制度接受者现在已经有资格使用AICD设备(或有或无心脏起搏器)。这个设备,主要用于调节致死性的心律问题,减低致死性心脏病的风险。这个设备的使用突飞猛进的增加,其原因在于2005年国家老年人医保中心和医疗补助计划服务中心同意对进入标准进行扩展,从而将那些从未遭遇心脏疾病的病人的初级预防治疗也囊括其中。在2001年,有48000人使用AICD,但到2005年,已有超过10万人使用这一设备。

一份最近的研究指出,这个设备对于降低老年病人的死亡率是有效的,但AICD对于特别老的病人是否合适依然众说纷纭。建议已是耄耋之年的人装一个AICD以防不测,却也使病人及其家属面临着不曾预知的复杂性。延迟心脏病人的死亡会使得他或她遭受心衰的症状以及一系列退行性状态。当这些设备变得更加小巧,植入的技术变得更加安全时,医生和公众已经将它们看成是标准化的干预措施,公正合理,难以拒绝。所有这些手术的开展降低了死亡的风险,也产生了一种观念,即只要处理好风险,生命的延续就会永无止境(Shim, Russ and Kaufman,2006)。

(二)肾脏与肝脏移植

医学证据显示,对于那些患终末期肾脏疾病的病人来说,肾脏移植是一种选择,它能提供比持续使用透析更好的预后。这一事实直接造就和影响了越来越多的肾脏疾病老年患者——或是已经在透析或是不愿使用透析的病人——选择肾脏移植。在美国,65岁以上病人接受肾脏移植(无论是来自活体捐赠还是尸体捐赠)的数目在过去20年里持续稳步地增长。2008年,65岁及以上病人占了所有肾脏移植者(共2518例)的15%,在1988年,这个指标还仅为2%,2003年为11%。七十几岁的老人接受移植不再是不同寻常的,80岁的老人接受移植也时有发生。

65岁以上的病人也有权选择出现在国家UNOS(器官共享的联合网络)等候名单上。等候7年可能获得一个“年轻一点的”尸体肾脏,等候2~4年可能获得一个“老一点的”尸体肾脏,或者几乎不需要等待什么时间,而从一个活体那里获得一个肾脏。老年病人和他们的家人很快认识到,他们的“选择”必须考虑到时间和年龄,因为随着年龄的增长,健康状况变得更加不确定,移植也会变得更加紧迫。越来越多的老年人成为肾脏移植的候选者,于是获得一个尸体肾脏的等待时间就变得更加漫长,这样家

庭成员和其他人就不不得不面临着成为活体捐赠者的更大的伦理压力。故而, 老年人移植的活体来源的增加就不足为奇了, 因为活体肾脏可以提供给所有的年龄群体。在 2001 年, 活体捐赠者的数目首次超过了尸体捐赠者数目。成年子女捐赠肾脏给他们父母的人数也日益增加, 亲属、朋友、教会成员、生意伙伴也在捐赠着器官给老年人。捐赠志愿者和接受者的身体成为了长寿和死亡的伦理较量和行动的场域 (Kaufman, Russ and Shim, 2006)。

虽然数目不是很多, 但肝移植, 包括活体肝移植 (来源于活体可再生的一部分肝) 的老年病人数也在增长。2008 年, 619 位 65 岁以上的病人接受了肝脏移植, 而 1988 年, 仅有 29 人, 1998 年也不过 324 人。这种增加部分源于老年人医保制度准入标准的扩展, 也源于移植技术的进步、免疫抑制剂的发展以及移植医生的训练。1996 年, 肝移植被老年人医保制度所覆盖, 除了乙肝和肝癌, 终末期的肝脏疾病都被囊括其中。1999 年, 乙肝也被纳入了医疗保险。2001 年开始, 肝癌患者也被纳入了。其他恶性肿瘤是否被纳入目前尚在考虑之中 (<http://optn.transplant.hrsa.gov/>; <http://www.cms.hhs.gov/mod/view>.)。活体捐赠也在增加。当活体捐赠变得正规化后, 将会有更多的肝脏病人的家庭成员和朋友被问及捐赠事宜乃至提供捐赠。

(三) 癌症治疗

许多癌症现在已经变成了慢性疾病。它们是可以得到控制的, 有的甚至还能治愈, 因为新的、有针对性的、更少毒副作用的治疗措施不断涌现。过去不曾接受治疗的老年患者现在接受了治疗, 这出于以下几个方面原因。老年癌症患者抱有极大的希望去经历这种积极的长期治疗, 他们将生命的希望寄托于此。许多癌症干预措施现在已经变得司空见惯和常规化了。更多的人知道了化疗、放射、手术和药物治疗, 他们甚至就有亲属和朋友因此而延长了生命。因而, 到晚年时, 他们也愿意接受这些作为标准的医疗保健措施。医生们也不想否定这些能延长生命的、减轻痛苦的、阻碍或延缓疾病复发的治疗措施。最后, 临床研究者也盼望将老年患者纳入临床试验之中, 以期获得实验性的治疗, 观察疗效。其结果是, (可能的) 延长生命的治疗对于八十几岁的人来说已经变得常规化了, 当然, 到目前为止对于九十来岁的人来说还比较少。然而, 对于如何积极地治疗老年人癌症问题依然存在论争, 医生、病人及其家人经常都不太确定如何去操作。

通过治疗, 一些癌症转入了慢性病状态。临床上经常提供一套清晰的二分法给病人: 要不是积极的, 或可延长生命的治疗, 要不是能预知生命终结的

临床关怀。这种选择相对较新。它经常被病人及其家属认为是在“生”与“死”之间做出选择。然而, 没有医学指导, 没有医生和病人就 (不可避免的) 生命终止或治疗的毒副作用的清晰讨论, 病人及其家属除了将希望寄托于积极的干预治疗之中, 别无选择。难怪许多病人 (及家属) 主动地选择积极的、有毒副作用的、价格昂贵的治疗, 直至死亡, 甚至当医生也提供临终关怀时也一样 (Harrington and Smith, 2008)。最近的医学研究已经注意到, 越来越多的病人在弥留之际的前几天和几周内依然在接受化疗, 虽然他们已经化疗了漫长的时间。

三、医学成功的复杂化

医学将继续在延长老年人寿命上取得成功。然而, 上述的例子表明, 在老龄化的社会里, 越来越困难地界定何谓医学的成功, 何谓“最佳治疗”。循证医学, 连同那些不抗拒治疗但却排斥无力承担医药费用人员的不均等的、讽刺性的社会伦理, 确保为那些有权获得医药的人们提供现有技术水平的干预。首先, 这些干预难以拒绝, 因为当这些干预俨然成为标准的康复措施, 尤其是当这些干预直接地挽救生命时, 我们说“不”就好比违背了医学的进步, 乃至与常识相悖; 其次, 当前的医学话语强调拒绝一种手术就可能置某人于死亡的风险之中; 其三, 因为这些手术代表了希望。

同时, 医学的成功离不开两种特定的环境: 一是强调个体有责任通过生活规划和风险降低来开拓未来的文化环境; 二是既没有限制也没有安全网的社会经济环境。这种复杂的环境为上述问题提供了依据, 即鉴于当前的临床水平, 我想要活多久? 剩余时间 (几天、几周、数月、几年) 及其价值主导着整个决策。因而, 生病, 尤其是面对严重疾病时, 人们经常发现他们自己专注于考虑, 假如他们可以获得治疗, 他们还想活多久的时间: 就他们现在年龄来说, 他们是否愿意为增添的寿命而努力? 这些额外的时间相对于治疗的努力及衍生物来说是否值得? 生命的价值既不是依靠年龄, 也无法计量化, 所以这个问题将始终存在, 见仁见智。

虽然我们尚未到达“一个时刻, 即对生命的唯一限制仅仅在于一个人决定不再活着” (Gupta, 2008: 1), 但医学技术、医疗保险补偿的制度安排以及临床的和消费者的实践, 已经形塑了美国居民所处的伦理场域。在对老年人进行保守治疗或积极治疗时, 认定或试图认定一个人是生是死以及是否值得延长生命, 日益成为医生临床经历的一个有机组成部分。这项责任也是为什么按年龄配给医疗资源

的争论一直没有停息,也没有解决之法,以及为什么关于生命终结的文化对话虽未明晰但却活跃的一个根本原因。

致谢:此文最初发表在英国《医学人类学》杂志(Medical Anthropology)2009年第4期,感谢 Taylor & Francis 集团(<http://www.tandfonline.com>)允许重刊此文(编号:P101912-04)。

[参 考 文 献]

- Allen, L. A., J. E. Yager, M. J. Funk, W. C. Levy, J. A. Tul-sky, M. T. Bowers, G. C. Dodson, C. M. O'Connor, and G. M. Felker. 2008. Discordance Between Patient-Predicted and Model-Predicted Life Expectancy Among Ambulatory Patients with Heart Failure[J]. Journal of the American Medical Association 299(21):2533~2542.
- Bach, P. B. 2009. Limits on Medicare's Ability to Control Rising Spending on Cancer Drugs[J]. New England Journal of Medicine 360(6):626~633.
- Fried, T. R., J. O'Leary, P. Van Ness, and L. Fraenkel. 2007. Inconsistency Over Time in the Preferences of Older Persons with Advanced Illness for Life-Sustaining Treatment[J]. Journal of the American Geriatrics Society 55:1007~1014.
- Gupta, S. 2008. Chasing Life[M]. New York: Warner Books.
- Harrington, S. E. and T. J. Smith. 2008. The Role of Chemotherapy at the End of Life: "When is enough, enough?"[J]. Journal of the American Medical Association 299(22):2667~2678.
- Katz, S. and B. Marshall. 2003. New Sex for Old: Lifestyle, Consumerism, and the Ethics of Aging Well[J]. Journal of Aging Studies 17(1):3~16.

Kaufman, S. R., A. Russ, and J. Shim. 2006. Aged Bodies and Kinship Matters: The Ethical Field of Kidney Transplant[J]. American Ethnologist 33(1):81~99.

Neumann, P. J., A. B. Rosen, and M. C. Weinstein. 2005. Medicare and Cost-Effectiveness Analysis[J]. New England Journal of Medicine 353(14):1516~1522.

Russ, A., J. Shim, and S. R. Kaufman. 2005. "Is There Life on Dialysis?": Time and Aging in a Clinically Sustained Existence[J]. Medical Anthropology 24:297~324.

Shim, J., A. Russ, and S. R. Kaufman. 2006. Risk, Life Extension, and the Pursuit of Medical Possibility[J]. Sociology of Health and Illness 28(4):479~502.

Shim, J. K., A. J. Russ, and S. R. Kaufman. 2007. Clinical Life. [J] Health 11(2):245~264.

Yancy, C. W. 2008. Predicting Life Expectancy in Heart Failure [J]. Journal of the American Medical Association 299(21):2566~2567.

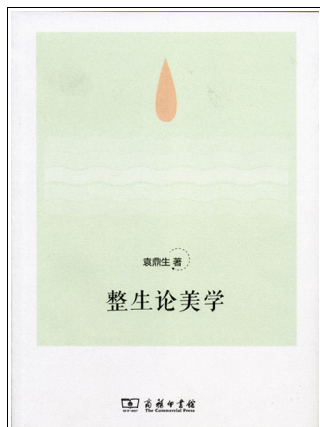
收稿日期 2013-10-08

[责任编辑 韦丹芳]

[责任校对 苏兰清]

[作者简介] 莎伦·考夫曼(Sharon R. Kaufman),美国加州大学旧金山分校(University of California, San Francisco)医学人类学教授。主要研究方向:医学人类学和老年人类学。San Francisco, CA 94143-0646, USA。余成普(1982~),安徽金寨人,中山大学人类学系副教授。研究方向:医学人类学、医学社会学。广州,邮编:510275。

袁鼎生著的《整生论美学》出版



整生论美学是研究美生场的生发与美生文明圈运转的科学。美生场是美活生态、偷生氛围、整生范式对生环长的美生文明圈。美生文明圈从世界整生始,经由绿色阅读、生态批评、美生研究、生态写作,走向自然美生,旋回至整生世界的上方。它在超循环中,恢复世界的整生,发展世界的绿色美生,提升世界的绿色艺术化美生,直至形成地球和宇宙的自然美生。这就使生态美学转型升级后,凸显了审美生态本体论、价值论、目的论特质,可与当代基础美学合一。该书分为第一章整生论美学的生发、第二章美生场、第三章世界整生、第四章绿色阅读、第五章生态批评、第六章美生研究、第七章生态写作、第八章自然美生等章节。该书由商务印书馆出版发行,定价80元。