



墮胎科學資料簡介

認清墮胎事實 破解墮胎迷思

譯 自

Abortion — A Briefing Book for Canadian Legislators



一九九七年至二零一五年 在香港活產嬰兒及合法終止妊娠數目

年份	活產嬰兒數目*	合法終止妊娠數目#
1997	59250	23939
1998	52977	22086
1999	51281	20891
2000	54134	21375
2001	48219	20235
2002	28209	18651
2003	46965	17420
2004	49796	15882
2005	57098	14192
2006	65626	13510
2007	70875	13515
2008	78822	13199
2009	82095	12028
2010	88584	11231
2011	95451	11864
2012	91558	11298
2013	57084	10653
2014	62305	10359
2015	59878	9890

資料來源：* 政府統計處 # 衛生署

序

「墮胎科學資料簡介」這小冊子原是寫給加拿大的議員的參考資料，本會鑒於香港及大中華地區暫時還沒有一本比較全面對墮胎有關科學性討論的研究資料，故將資料譯成中文，以供各界參考。

墮胎不單止是倫理，宗教或信仰課題，而是實質有客觀嚴重後果的醫療、健康和社會問題，而香港有關墮胎合法化的法律，是於七十年代跟隨英國法律制定的，雖然也極之嚴謹，但墮胎在香港還是普遍的。這本書的科學性資料，希望大眾、法律界和醫學界人士，能重新檢視他們對墮胎的看法。

本書內容分幾部份，首先是科學上如何定義一個人的開始，再論述各種在不同階段殺害胎兒的方法，包括藥物墮胎。之後討論各種墮胎的迷思，墮胎對女性心理和生理健康的實質影響和墮胎以外的選擇。

本書資料雖然不是來自最新的研究，但墮胎是一個很古老的問題，人類採用的方法這幾十年並沒有重大改變，除了在產前檢查近幾年有較新的發展外，書中絕大部份內容是頗具參考價值的。當人們要作一個有關生命取捨的決定時，除了考慮經濟，醫療健康，個人或人際家庭壓力等因素，客觀事實的認知是不可缺少的，因為要承受長遠客觀的後果。

雖然這本書是寫給議員，但面對無數無辜生命不被允許出生，無論誰，對墮胎是應該有議論的權利和需要的，無論你對墮胎持任何態度或觀點，我們都邀請你瞭解當中的事實。現今傳播技術發達，本會亦期望這教育性資料會傳播給大眾各階層。

在此感謝加拿大Campaign Life Coalition給本會版權翻譯，也感謝數位校對的朋友。

喜樂生命編輯組

目錄

第一章：生命在何時開始？	5
生命始於受孕（受精）時刻.....	5
科學證詞	6
參考文獻	8
 第二章：胎兒發育過程	 10
胎兒學.....	10
生命的最初十五日	11
產前發育的第六至八週.....	12
第九週至誕生	13
胎兒的痛覺.....	14
參考文獻	16
 第三章：墮胎是怎樣進行的？	 18
真空抽吸法.....	18
月經抽吸法.....	18
宮頸擴張刮除法.....	18
宮頸擴張鉗取法.....	19
宮頸擴張摘除法——懷孕後期墮胎	19
鹽水墮胎法.....	19
減胎或選擇性減胎	19
前列腺素墮胎	20
剖宮取胎法.....	20
墮胎藥物或事後避孕丸.....	20
Preven	20
Depo-Provera.....	21
Plan B.....	21
RU-486	22
其他化學性墮胎藥物	23
其他方法	23
參考文獻	24

第四章：墮胎的併發症	26
身體併發症.....	26
急性併發症（墮胎後三小時內出現）：	26
延遲性併發症（墮胎後28日內出現）：	26
晚期併發症（墮胎28日後出現）：	26
生殖健康	27
乳癌	28
心理併發症.....	29
墮胎後症候群	29
參考文獻	32
 第五章 墮胎的理由：保護母親的生命或健康	 35
母親的生命.....	35
母親的健康.....	36
墮胎被視為自由選擇	37
精神健康	37
孕婦自殺	39
參考文獻	40
 第六章 墮胎的理由：因強姦或亂倫成孕.....	 41
因姦成孕	41
因亂倫成孕.....	43
參考文獻	44
 第七章：墮胎與優生.....	 45
產前檢查	45
羊膜穿刺檢查	45
絨毛膜取樣檢查.....	46
甲種胎兒蛋白檢驗	46
超聲波檢查.....	46
選擇性殺胎.....	47
人工性別選擇	48
參考文獻	49

第八章：墮胎迷思..... 50

墮胎有助減少虐待兒童個案.....	50
受虐兒童來自意外懷孕.....	50
合法墮胎有助減少非法墮胎的危害.....	50
合法墮胎是安全的.....	51
墮胎有助減少罪案.....	52
墮胎是必要的醫療措施.....	53
墮胎有助解決人口過剩.....	54
人口過少.....	56
強制墮胎有助解決人口問題.....	56
參考文獻.....	58

第九章：墮胎以外的選擇..... 61

危機懷孕輔導.....	61
出生權組織.....	61
留產院.....	61
領養.....	62

第一章：生命在何時開始？

墮胎是蓄意殺害母親子宮內的孩子。（註：要是在輸卵管妊娠或子宮頸癌等情況下，為挽救母親的生命施行手術或治療，而導致未出生的孩子意外死亡，這不算墮胎。）

墮胎不是新事。早在希波克拉底（Hippocrates）撰寫其著名的誓詞之前，已有墮胎了。他的誓詞這樣宣告：「余不為婦人施墮胎之術。」在各個時代，所有社會、所有文明和所有宗教都譴責這種行為。為了解有關墮胎的道德和法律問題，我們必須首先確定生命在何時開始。未出生的孩子是否有生命的人，並因此理應獲得法律的保護？

神學家和哲學家為這個問題爭論了接近二千年。然而，時至今日，生命在何時開始並非神學或哲學的問題，這個問題可由基本生物學輕易解答。科學證據和生物學數據都無可置疑地確定：子宮內的孩子從一開始……從受孕的時刻起，已經是有生命的。

生命始於受孕（受精）時刻

在一個多世紀以前，醫學已經肯定：每一個人的生命都始於受孕的時刻。1857年，美國醫學會非法墮胎委員會（American Medical Association's Committee on Criminal Abortion）作出一致的結論：「子宮內的胎兒自受孕時刻已經活著」，以及墮胎是「蓄意殺人」。

隨著近年在科學、醫學和技術方面的許多發展，科學家現已可在分子層面觀察人的發育過程。從受孕時刻起，未出生的孩子便帶有不可否定的特質，顯示他或她是一個獨立和獨特的人，在結構上完全有別於其母親。

人的生命始於受精時刻，最初是單一的細胞，稱為「合子」（zygote）或「孕體」（conceptus）。這細胞及其後的細胞必須分裂45次，才會進入成年期。在子宮內發育至第十五日之前，會發生8次細胞分裂（卵裂）。在出生和成年期之前，會完成41次分裂。

最初的細胞是由複雜的分子組成，包含核酸和蛋白質。最重要的核酸為 氧核糖核酸（DNA），其中包含的基因密碼會控制受孕至自然死亡的每個發育階段。近年開發的技術可以從某人的DNA套取基因「指紋」，以確定這個人的身分。這不僅證明了人的生命始於受孕，也證明了每一個人的生命都是獨一無二的。

科學證詞

1981年，美國國會參議院司法小組委員會（United State Senate Judiciary Subcommittee）就生命始於何時的問題舉行聽證會。法國巴黎笛卡爾大學（Rene Descartes University）遺傳學教授李居訥博士（Dr. Jerome Lejeune）提供了經典的證詞：

生命在何時開始？我會嘗試對這個問題提供最精確的答案，而事實上科學已經能夠提供這答案……人生很漫長，但每一個人的起始都是非常明確的，那就是受孕的時刻……新生命隨著卵子受精而生成，而對這個事實接受與否不再是個人的喜好或意見。人類自受孕至老年的人性不是形上學的論題，而是單純的實驗證據。

哈佛醫學院的馬雪蓮博士（Dr. Micheline M. Matthews-Roth）在同一委員會作證說：

這是生物學和醫學界公認的事實：任何經由兩性交配所繁殖的有機個體，其生命都是始於受孕之時；在這時刻，來自雌性的卵細胞與來自雄性的精子細胞結合，形成一個新的單一細胞，亦即合子；這個合子是新生命系統的起始細胞。

大部分的胚胎學教科書都會講述胚胎學歷史，以及展示單細胞（合子）如何發展為多細胞有機體所進行的實驗。由於這些有關胚胎生長的實驗已在許多不同物種身上重複進行多次，而且總是獲得相同的結果……由兩性交配所繁殖的有機體總是從單細胞開始，而且他們與其父母必定是屬於同一生物物種……這是公認的事實，而且不同程度的生物學課程也是這樣教授。這些實驗的結果可連續地重複、複製和確定，因而證實這事實是真確的……

在科學上，我們可正確地說：個體生命始於受孕……法律的其中一個功能就是協助保護人的生命，而這法律應建基於準確的科學數據。

美國科羅拉多大學醫學院（University of Colorado Medical School）的鮑華森博士（Dr. Watson A. Bowes Jr.）作證說：

從生物學角度來看，人的生命之起始是直截了當的……其起始就是受孕之時。這個直截了當的生物學事實不會為了某些社會學、政治或經濟目的而遭受歪曲。

美國賓夕法尼亞大學（University of Pennsylvania）的博雅飛博士（Dr. Alfred Bongiovanni）認同說：

我不會說在這些早期〔發育〕階段的是不完整的人，正如我不會說孩子在經歷青春期的劇變之前……不是一個人。儘管在青春期末期之前，人的生命都是不完整的，但在每一個階段，都是人的生命。

執業醫生及美國田納西州大學（University of Tennessee）法學教授德米爾博士（Dr. McCarthy De Mere）作證說：

人格和人體的起始時刻就是受孕的時刻。

1990年3月，加拿大立法委員會（Canadian Legislative Committee）在審議有關墮胎的《C-43法案》時，李居訥博士（Dr. Jerome Lejeune）向委員會提供證詞。他對這個國會委員會說：

我們知道當精子進入卵子之時，形成一個人所必需的一切資訊……即告存在，這是無可置疑的。我們也同樣確定：在受精後，這個人不會獲取更多的基因資訊。這既不是假道學的意見，也不是形上學者的假設，而是在實驗過程的具體觀察結果。

要是定義每一個人所必需的所有資訊不是在受精時刻存在，那麼體外受精（譯註：In-Vitro Fertilization，俗稱「試管嬰兒」）便不可能成功。如果人不是在受精時刻開始存在，就不可能讓精子在試管內進入卵子以形成胚胎，然後將胚胎轉移至親母以外的婦女體內。換句話說，體外受精的存在證明一個無容置疑的事實：人的生命始於受精。

1986年，澳洲參議院人體實驗委員會（Senate Committee on Human Experimentation）作出結論：「胚胎就基因而論是人類的新生命，其組成是獨立的實體，將會繼續成長。」該會的委員華舍莉參議員（Senator Shirley Walters）告訴澳洲國會說：

毫無疑問，人類胚胎就基因而論是人類的新生命。委員會聽取了多位著名科學家、醫學專家和個別專家的證詞……他們全都沒有試圖爭辯說，人的胚胎並非正在發育中的人……委員會根據這些證據作出結論：由於人類胚胎就是人，所以理應獲得尊重和保護。

1986年，歐洲理事會議員大會（the Council of Europe's Parliamentary Assembly）在《建議1041/1986》中表示：人的生命自受精起持續不斷地成長，而我們在任何情況下處理人類胚胎時，須按其尊嚴給予應有的尊重。

參考文獻

當可育的精子元素與可孕的卵細胞（或卵子）元素結合，新的個體便形成了。

Encyclopedia Britannica, “Pregnancy,” page 968, 15th Edition, Chicago, 1974.

* * * *

發育始於受精。在受精時刻，精子與卵子融合，形成合子，而這個細胞就是人類新生命的起始。

Moore, Keith L., The Developing Human: Clinically Oriented Embryology, page 12, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1974.

* * * *

精子穿透卵子後，兩者的核物質合而為一，這結合構成受精過程的高峰，標誌著個體生命的開端。

Patten, Bradley M., Human Embryology, page 43, McGraw Hill, New York, 1968.

* * * *

幾乎是在受孕時刻起，這些生化信使大量出現在這個細胞中，顯示這個新有機體的生命過程已在DNA的指揮下運作……即使當這個有機體還只是單一的細胞，研究人員已經能夠證明有兩個新的蛋白質存在……這些複雜的分子並不存在於未受精的卵子內……根據現代分子生物學的所有標準，生命是在受孕時刻開始存在。

美國明尼蘇達州羅徹斯特馬約診所醫療遺傳學主任休哥頓醫學博士於1981年4月13日向美國國會參議院司法小組委員會提供的證詞。

Gordon, Hymie, M.D., F.R.C.P., Chairman of Medical Genetics, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, Testimony to the U.S. Senate Judiciary Subcommittee, April 13, 1981.

* * * *

……結合在十二個小時內完成；在這時刻，卵子受精（它可能已經「等待」這個時刻長達四十年了），成為在技術上所稱的「合子」，載有形成人類生命所需的全套46個染色體。受孕已經發生了。基因型（genotype）——獨一無二的人所遺傳的特徵——在受孕過程中已經確立，並會在這個人的一生中繼續發揮作用。在生物性的生命中，沒有其他事件有此決定性；沒有其他情況可像基因型那樣「形成人之所是」。受孕賦予生命，使你成為獨一無二的。除非有個同卵雙胞胎，否則在正常情況下，幾乎沒有機會出現「另一個你」——即使人類將存在數十億年，也難以發生這個情況。

Shettles, Landrum, M.D., Rorvik, David, Rites of Life: The Scientific Evidence for Life Before Birth, page 36, Zondervan Publishing House, Grand Rapids, Michigan, 1983.

* * * *

因此，合子載有全新的染色體基因排列，那是從沒有在其他人身上出現的。從受精卵發育而成的子女所具備的基因構造將有別於世界所有其他人的構造。

DeCoursey, R.M., The Human Organism, 4th edition, page 584, McGraw Hill Inc., Toronto, 1974.

* * * *

頃刻之間，當染色體組成一雙一對，便決定了新生兒的性別，確定承繼自父母的遺傳特徵，一個新生命開始了。

Kaluger, G., and Kaluger, M., Human Development: The Span of Life, page 28-29, The C.V. Mosby Co., St. Louis, 1974.

* * * *

研究個體在出生前如何發育的學科稱為胚胎學。這是個滿載奇跡的故事，描述只有顯微鏡下可見的單一細胞如何轉化為複雜的人。合子具有完整的基因，是由單一細胞組成的新個體。

Thibodeau, G.A., and Anthony, C.P., Structure and Function of the Body, 8th edition, pages 409-419, St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishers, St. Louis, 1988.

* * * *

當男人的精子穿透女人卵子的細胞膜，一個新生命便開始成長了……絨毛結構成為胎盤，將會在接下來的八個半月，為發育中的嬰兒提供養分。

Scarr, S., Weinberg, R.A., and Levine A., Understanding Development, page 86, Harcourt Brace Jovanovich, Inc., 1986.

* * * *

每一個人的生命都是由兩個細胞結合開始，這兩個細胞就是女性的卵子，以及體積小得多的男性精子。這個極小的個體比印在本頁上的句號還要小，但已載有使之發展成為複雜人體結構所需的一切資訊。母親只須提供營養和保護。

Clark, J. ed., The Nervous System: Circuits of Communication in the Human Body, page 99, Torstar Books Inc., Toronto, 1985.

* * * *

合子（已受精的卵細胞）標誌著懷孕的開始和新生命的生成。

Turner, J.S., and Helms, D.B., Lifespan Developmental, 2nd ed., page 53, CBS College Publishing (Holt, Rhinehart, Winston), 1983.

* * * *

……由於傳統的倫理觀尚未完全被取替，我們必須區分墮胎與殺人兩種概念，後者依然是不容於社會的。結果就是人們奇怪地迴避一個眾所周知的科學事實：人的生命始於受孕，然後在子宮內或子宮外繼續成長，直至死亡……要是沒有在社會上獲得一致的認同，而運用許多飾詞矯說使墮胎合理化，使人以為墮胎並非奪取人的生命，這是荒唐無稽的。

“A New Ethic for Medicine and Society,” Editorial, California Medicine, 113(3), page 67, September, 1970.

第二章：胎兒發育過程

胎兒學

胎兒學的研究對象是子宮內未出生的孩子，並已成為醫學界其中一個發展最快和最有前景的學科。有賴新開發的技術和精密的儀器，我們得以檢視胎兒過去不為人知的一面。現在我們可以觀察胎兒怎樣發育、活動、觸摸和對外來的刺激作出反應。

過去25年來，我們對胎兒的生命有更多了解，甚至超過了歷來所累積的知識。1973年，胎兒學獲承認為醫學專科；時至今日，胎兒學已成為發展最迅速的醫學專科之一，旗下還有許多分科。

1971年，有關實時超聲波的專業論文開始出現，記錄了六週大的胎兒的活動情況，而母親大約在懷孕四個月才感到胎兒的活動。數年前，我們要在胎兒發育至第十七週才聽到其心跳，但後來在第十一週已可以聽到；不久，我們能夠在第五週透過實時超聲波技術看到胎兒的心臟跳動，其後在第三週半已經可以做到。

「合子」（zygote）、「胚胎」（embryo）和「胎兒」（fetus）都是籠統的術語，用作描述出生前的發育階段，正如「幼兒」、「青少年」和「成人」這些術語是用作描述出生後的發育階段。

藍舍特博士在其權威著作《出生前生命的科學證據》（Dr. Landrum Shettles, Rites of Life, The Scientific Evidence for Life Before Birth, Zondervan Publishing House, Grand Rapids, Michigan, 1983）講解了這些術語的不同用途：

應當理解的是，雖然我使用不同的術語描述未出生的合子、胚胎和胎兒，但這些名稱並不代表顯著不同的發育階段，而是為方便起見，用作描述一般的變化。有人認為「合子」在著床時刻進入「胚胎階段」，有人則認為「胚胎階段」始於懷孕第三週。有人認為「胎兒期」始於發育第五週，有人則認為是始於第八週，還有人認為胚胎在第一孕期完結後才成為胎兒。在我看來，當主要的分化（differentiation）過程大致完成後，胚胎便成為胎兒。這在第八週完結之前發生。

不論採用甚麼術語，未出生的孩子始終是獨立的實體，本身就是個人的生命，而非只是「母親的身體可予除掉的部分」。

根據在2000年下半年發表的研究結果，未出生的嬰兒能夠認出母親所講的語言。這些英國研究人員指出，在孩子出生後四天內，他們已能夠區分母親的語言與其他語言。英國卡迪夫大學（Cardiff University）的白陶德博士（Dr. Todd Bailey）說：「我們認為嬰兒在子宮內聽到母親的聲音，雖然這聲音經過重重過濾，但嬰兒能認出母親說話的節奏，尤其是在懷孕期最後五個月。」

稍後在2000年9月，荷蘭的研究證明胎兒有學習和記憶的能力。研究人員運用聲音測試胎兒能否辨認和回應特定的聲響。這項研究的對象是發育至三十七週至四十週的胎兒。若胎兒對某種聲響的顯著反應減少，醫生認為這是顯示胎兒能夠記得聲音，並「學懂」這聲音是沒有危險性的。英國廣播公司新聞（BBC News）在報道有關的研究結果時指出，過去的研究人員認為剛出生的嬰兒並不具備功能性記憶。

2001年初《新科學家》雜誌（New Scientist）報道的研究報告似乎顯示，新生嬰孩對味道表現了不同的熟悉程度，而且他們只可能在母親子宮內培養這種對味道的熟悉感。這個研究是在法國第戎（Dijon）的歐洲味覺科學中心（European Centre for Taste Science）進行的。首席研究員沙貝奈博士（Dr. Benoit Schaal）指出，這是首個有力的科學證據，證明母親的飲食習慣可以影響嬰兒的飲食偏好。

生命的最初十五日

當人的精子進入卵子，受精（受孕）便告完成，兩個原核結成單一的細胞，只有一個細胞核心。這個細胞稱為「合子」（zygote）或「孕體」（conceptus）。

現今所有的科學證據都確認，合子不僅具有發育生長的潛力，而其發育過程亦已安排妥當，能夠按部就班地成長。胎兒學專家李威廉爵士（Sir William Liley）指出：

就此而言，合子及其大量的基因資訊不僅是新生命的藍圖。藍圖只是一個計劃，並不具有實現計劃的機制，但合子則具有這機制。

在受孕後大約三十至三十六小時，最初的細胞分裂為兩個細胞，然後卵裂繼續進行，直到在第四天分裂為16個細胞。接著，合子沿著輸卵管移向子宮。

在生命發育至第七日完結之前，剛形成的新生命沉落至子宮的營養壁膜，在子宮著床。在兩週完結時，原胚條（primitive streak）形成，區分個體的不同胚層（germ layer）。在接下來的三週，這些胚層會形成特有的組織和器官系統。

著床是胎兒的其中一個發育階段，母親的身體會隨之出現變化。胚胎本來是靠受精卵子的物質和輸卵管的液體獲取養分，但在著床後必須尋找其他養分來源。胚胎會通過其自行生成的胎盤和臍帶，從母親的血液吸收養分。

在著床時刻，母親的子宮出現變化，發送一系列的荷爾蒙訊號，讓母親知道自己懷孕了。現在，我們可藉著驗血和驗尿確認婦女是否懷孕。

多位胚胎學者和胎兒學者都強調新生命在第二至八週的奇妙發展。美國路易斯安那州立大學醫學中心（Louisiana State University Medical Center）的解剖學教授葛雷蒙博士（Dr. Raymond Glaser）亦是其中之一。他說：

在每個人的一生中，最劇烈的變化發生在胚胎期。胚胎期的特點是迅速的分化。這個時期稱為器官形成期（organogenesis），人體系統的主要部分在這時形成。這些系統形成的速度令人驚歎。令人更為驚歎的是，所有這些系統都是衍生自受精時刻所形成的單一細胞。由於成年人身體的大部分結構都是在這短短七週建立，這個時期自然是每個人一生最關鍵的時刻。

在第十五日，原胚條形成。內細胞發展為長條形的組織，形成神經管（neural tube）。這神經管就是日後的神經系統、脊髓和大腦。在六週後，並在第八週完結之前，所有內臟已經形成，心臟已在跳動，腎臟已在運作，骨骼亦告形成。我們已可辨別這個未出生的嬰孩是一個人。早在第六週時，已可記錄胎兒的腦電圖活動。

產前發育的第六至八週

個人生命整個發育過程涵蓋45次細胞分裂，其中32次分裂（約三分之二的分裂）在受精後八週內發生。在第八週，所有器官和身體系統已經存在，並會在接下來的十四年逐漸成熟。這時在顯微鏡下可以看見胎兒獨一無二的指紋，這些指紋除了大小外，以後不會改變。這時也可看見孩子手掌上的摺痕。外生殖器官也形成了。

在第六週，眼睛、鼻子和嘴巴已經顯著可見，但到了第八週，鼻子、下巴和外耳才顯得突出。雖然嬰兒在出生後六至二十四個月才會長出牙齒，但全數20個乳齒芽在胎兒六週半時已經存在。

胎兒的第一次活動發生在第六至七週。當胎兒的嘴唇受到碰觸，胎兒會屈曲上半身，靠向一旁，然後快速向後移動。整個反應模式牽涉身體的大部分部位。

在第八週，在逗弄胎兒的鼻子時，胎兒的頭部會向後閃避。要是拍打羊膜囊，胎兒的手臂會隨之活動，以泳手的動作在羊水裡游動。

只需四十天，胎兒便長出軟骨。在第六至七週，神經纖維和脊椎的電脈衝活動出現，而在第二個月完結時，已可識別大部分成人骨骼及大部分神經和肌肉。

第九週至誕生

在第八至九週，眼瞼開始形成，頭髮也長出了。在第九至第十週，胎兒會吮吸拇指，也會翻跟斗和跳躍，還懂得眯眼避開光線、皺眉、吞嚥和活動其舌頭。

如果你碰觸九至十週的胎兒的手掌，胎兒會握拳。在第九週，胎兒會屈曲手指握著東西。在第十一週，胎兒的面部和上下肢都能感受觸摸，其生殖器和臀部範圍亦然。

到了第三個月，胎兒已經全身都有感覺，可流暢活動，並作出強烈的反射動作。胎兒能夠扭動、握拳、轉頭和開合口部，並藉著吸入和呼出羊水，練習呼吸。胎兒的骨頭（包括肋骨）迅速發育。胎兒亦對光線、聲音、溫度和壓力有所反應。藍舍特博士在其著作《出生前生命的科學證據》中（Dr. Landrum Shettles, Rites of Life, The Scientific Evidence for Life Before Birth, Zondervan Publishing House, Grand Rapids, Michigan, 1983），根據自己的觀察，描寫胎兒第三個月起在子宮內的活動和發育情況：

在〔第三個月〕完結時，其活動已經不是完全沒有規律的。胎兒的活動有其目的，已經在練習怎樣在子宮外生活。腦部已發育至足以讓胎兒對觸摸有所反應、轉動頭部、踢腿、彎曲手腕、握拳，甚至屈曲腳趾。胎兒還會吮吸拇指和吞羊水，在吸收重要養分之前作好準備。雖然沒有空氣，但胎兒已在練習呼吸，並運用不是嬰兒專有的面部特徵，開始練習一些面部表情，好在日後藉其表情讓父母了解其情緒和喜惡。

在第三個月完結之前，所有動脈已經存在，包括心臟的冠狀血管。血液通過這些血管在身體所有部位循環流動。胎兒期的心跳為每分鐘110至160次。所有血細胞由肝和脾產生，但稍後由骨髓接管這工作。為免疫力非常重要的白血球則是在淋巴結和胸腺內形成。

在第四、第五和第六個月，胎兒的體重增加逾四倍，由一盎司增至多達七盎司。在第十六週完結之前，胎兒的身長應為六英寸或以上。在第四個月，雙耳開始運作，心臟每天抽取幾夸脫的血液。

在第五個月，胎兒再生長兩英寸。胎兒的體重可能有一磅。如果在完善的新生兒科中心早產，其存活率有七成。在第五個月完結前，手指甲和腳趾甲已經存在和不斷生長，男女胎兒的乳腺亦已長出乳頭。

在第六個月，早前已開始的活動更為顯著。胎兒長出毛囊和汗腺，軟骨已發育為真正的骨頭，而且眼瞼也張開了。胎兒的體重接近兩磅，並在第二孕期完結之前，身長約一英尺。

在第七、第八及第九個月，胎兒的體重增加超過三倍。在第七個月，體重增至約三磅。頭髮的長度可能已經可供修剪。胎兒的腦部現在能夠更好地控制呼吸和吞嚥。如果有空氣存在，胎兒已經能夠呼喊了。胎兒的眼睛張開，能夠感受光線。

在第八個月，胎兒可能重達五磅，身長超過14英寸。第九個月是最後階段。胎兒繼續生長，平均身長為20英寸，平均體重為七磅半。皮膚長出蠟質保護層，等待出生。

胎兒的痛覺

目前有大量科學證據證明胎兒能夠感覺疼痛。光纖、超聲波圖和腦電圖等現代技術提供了更多證據，使我們更清晰了解嬰兒出生前的狀況。正如某位研究員所說，這是「通往子宮的窗戶」。

子宮內的孩子不太接受不舒服的感覺。當母親的動作太多，孩子會踢踢她。要是給弄痛了，胎兒會扭動整個身體，張口大叫，就像出生後對疼痛的反應一樣。進行輸血等宮腔治療程序時，必須給胎兒注射大量鎮靜劑，否則胎兒會閃避手術針。從胎兒的心率變化和加劇的活動可見，這些刺激弄痛了胎兒。

1984年2月24日出版的《美國醫療新聞》（America Medical News）報道，美國麻醉專科醫師學會（American Board of Anesthesiologists）院士及會士柯文森博士（Dr. Vincent Collins）指出：

人類胎兒最早在懷孕期第八至十週、最遲在第十三週半已有器官痛覺。

柯文森博士列出以下因素，證明胎兒能夠感覺疼痛：

- 在第四至五週，皮層已形成。
- 在第四至七週，可觀察到反射動作。
- 在第六至七週，可檢測到腦電波。
- 在第六至八週，連接脊髓和表面結構的神經已形成。
- 在第八至十週，可觀察到胎兒對外來刺激的抗拒反應。

發送疼痛訊號到腦部的神經遞質在第十二週已經存在。

根據在1992年開庭期審理的J.M.對V.C.案中呈交給美國最高法院的證據，我們知道胎兒在發育至第七週，皮膚的痛受體已經存在，而在此之前胎兒已經發育出神經傳導路徑的神經纖維，以及神經接合點（突觸）和脊髓；我們也知道在第十二週，丘腦、中腦、腦幹和小腦半球亦已形成。

加拿大哥倫比亞大學（University of British Columbia）研究早產嬰孩痛覺的研究人員科雷肯博士（Doctor Ken Craig）在1995年8月30日向溫哥華省指出：「無論如何，胎兒從第十六至十九週起，便對引起疼痛的刺激物有所反應，而這反應符合對痛苦的感覺。在受孕後第二十四至二十五週，胎兒表現各種可在兒童和成人身上觀察到的生理和行為反應。」

加拿大多倫多大學（University of Toronto）神經學家賴保羅博士（Doctor Paul Ranalli）對《國家生命權新聞》表示（“The emerging reality of fetal pain in late abortions,” National Right to Life News, September, 2000, p. 14）：

……仔細的解剖研究顯示，其實上行痛覺纖維在第二十週已經生長至皮層。然後這些纖維「靜止」一會，大約是數天至數週，才繼續向上進發，與處理痛覺意識的表面灰質神經元建立最終的連繫（突觸）。雖然某程度上因人而異，但胎兒只需二十週齡，腦部便會開始處理痛覺，痛受體的數目不斷增加，在第二十至二十四週，胎兒便長出數以百萬計的表面皮層神經元。

「在第十七至二十六週，胎兒越來越可能有感覺，而在這期間施行墮胎應使用麻醉藥。」葛維特博士（Dr. Vivette Glover）對英國廣播公司這樣說（2000年8月28日）。葛維特博士是英國倫敦夏洛特皇后和切爾西醫院（Queen Charlotte's and Chelsea Hospital）的研究人員。

參考文獻

從受孕開始，人的生命是複雜、動態和快速增長的有機體，以特定的模式發育和運作。最初40週的生長和發育速度（子宮內）較出生後快，但這過程是相同的，只要獲得合適的營養和支持系統，其發育過程便能夠循序漸進，並在適當時候讓功能基因發揮作用，例如在第24日心臟開始跳動，在第42日開始出現反射動作，在出生時開始呼吸；在誕生後，我們可根據已確立的標準，判斷孩子的成長和發育是否早熟、正常或有缺陷……我們同樣可這樣判斷出生前的發育狀況，在孩子還在子宮內時，診斷胎兒是否發育遲緩。

E. Dawne Jubb, M.D., Intra-Uterine Life and Development, Death Before Birth, page 56, Griffin House, Toronto, 1974.

* * * *

在二十一天內，心臟便開始搏動；大約第二個月，一個小人兒已經形成，這時的冠臀長度約為2.5厘米。胎兒是那麼細小，如果我將之握在手中，你也無法知道我手中是否藏著甚麼。事實上，即使我將之握碎，你也不會察覺。然而，如果我張開手，誰也能看到這個兩個月大的小人兒……在第三個月，當你以一根毛髮觸碰胎兒的上唇，胎兒可能轉過身去，甚至可能會嘗試用手撥開它。甚至是在第四個月之前，這個小人兒已經能夠在子宮內舒適地躺著吮吸拇指。要是你令他不高興，他會喝一大口羊水來安慰自己。

Lejeune, Professor Jerome, M.D., Minutes of Proceedings, Wednesday, March 21, 1990, Legislative Committee on Bill C-43, An Act Respecting Abortion, 18:8.

* * * *

在第六至八週，已經可以間接地記錄腦電圖活動。

Smyth, Harley J., M.D., Borowski v. The Attorney General of Canada, Transcript of Evidence and Proceedings at Trial, page 492, Regina, Saskatchewan, May, 1983.

* * * *

……實時超聲波在1976年問世後，產科醫生便棄用孕期（trimester）計算法，視之為原始和沒有科學根據的古老概念，而開始更準確地以週計算懷孕期……為根據法律為人提供保障，母體外存活能力（viability）是完全不可靠的標準，因為當中有許多變數，而且定義含混，完全沒有用處。

Nathanson, Bernard, M.D., Bernadell Technical Bulletin, Vol. No. 1, October 1989, page 1-3, Bernadell Inc., New York.

* * * *

在第七週完結時，已可刺激唇部觸覺反應。在十週半，手掌已對毛髮輕柔的碰觸有反應；在第十一週，面部和上下肢都能感受觸摸。在十三週半至十四週，整個身體表面（頭部的背面及頭頂除外）已能感受疼痛。

Reinis, S., and Goldman, J.M., The Development of the Brain, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1980.

* * * *

我們可以清楚證明胎兒會迴避某些刺激，這樣的反應如果出現在初生嬰兒或成年人身上，會被視為對疼痛的反應。

Schmidt, Richard T.F., M.D. (美國婦產科醫學院前任院長), Statement, February 13, 1984.

* * * *

產科醫生布馬修醫學博士 (Matthew Bulfin, M.D.) 說：「從墮胎胎兒的面容可見，他們感到痛楚。」……他描述一個25歲的婦女被注射引發墮胎的前列腺素後，胎兒在夜半被排出子宮外。在護士趕到前，她親眼目睹胎兒「不斷扭動，臉上露出可怕的痛苦表情」，這使她知道胎兒在受苦。

“M.D. group claims that fetuses suffer pain,” American Medical News, February 24, 1984.

* * * *

疼痛的其中一個問題就是疼痛是相當主觀和個人的現象。我們不能進行任何生化或生理測試，以識別某人是否感到痛楚……可是，同樣道理，我們沒有證據證明動物能感覺疼痛；我們只能推斷牠們會痛。然而，似乎這種推斷是寬仁的，否則在社會上提倡防止動物遭受虐待便沒有意義……因此，我願意寬仁地假設出生前的嬰孩能感覺疼痛，因為我不願意為動物設想而又忽視人。

Liley, Sir Albert William (圍產醫學教授), Borowski v. The Attorney General of Canada, Transcript of Evidence and proceedings at Trial, page 194, Regina, Saskatchewan, May, 1983.

* * * *

毫無疑問，[胎兒] 能感覺疼痛……當我們把針頭插入子宮抽取羊水並注入腐蝕性的鹽水，必會看見腹中孩子在移動。這不一定是直接被針頭碰觸而作出反應，而似乎是隱約感到自己的領域遭受入侵，其生活環境受到不受歡迎的侵擾。

Nathanson, Bernard, M.D., Borowski v. The Attorney General of Canada, Transcript of Evidence and Proceedings at Trial, page 399, Regina, Saskatchewan, May, 1983.

* * * *

當醫生第一次開始侵入子宮這個領域，他們不知道胎兒會像孩子一樣，對疼痛有所反應。然而，他們很快就了解到這個事實。胎兒並非如一般所描述是沒有感覺的，反而清楚知道甚麼時候受到傷害，也會像躺在嬰兒床上的嬰孩一樣，作出強烈的抵抗。

Liley, H.M.I., M.D., Modern Motherhood, page 50, Random House, New York, rev. ed., 1969.

* * * *

……胎兒最早在第45天發展出其疼痛機制，一旦這機制存在，所採用的方法會弄痛胎兒。如果所採用的方法是鹽水法，疼痛會較強烈和持久。他們是在經歷垂死的痛苦。

Noonan, John Jr. (柏克萊法學教授), “The Experience of Pain by the Unborn,” New Perspectives on Human Abortion, page 213, Aletheia Books, 1981.

* * * *

在第十一週，胎兒已經能感覺手足和生殖器範圍所受的觸碰……或許我們把第一孕期的胎兒視為處於植物狀態會較為安心，但事實上這階段是生命最活躍的時期。

Cavanaugh, Denis, M.D., Testimony before Florida Legislature on Fetal Pain Bill, May 10, 1983.

第三章：墮胎是怎樣進行的？

墮胎的方法很多，所用的方法很大程度上取決於懷孕的階段、胎兒的大小。韋克博士（Dr. J.C. Willke）在他的著作《墮胎問與答》中（Abortion Questions and Answers, Hayes Publishing Co. Inc., Cincinnati, 1985），將墮胎方法劃分為三大類：(1)使用器具通過子宮頸侵入子宮殺死胎兒；(2)使用藥物引產，讓婦女誕下死嬰；(3)施行腹腔手術侵入子宮進行墮胎。

要是使用刮宮方法施行墮胎，必須先擴張子宮頸，通常是使用一系列由小至大的器具，依次逐一置入子宮頸。這套擴張器是弧形的金屬工具，用作撐開子宮頸，使之足以容納施行墮胎的器具。在正常的分娩中，子宮頸的擴張過程緩慢，需要多個小時才完成，但墮胎醫生只花幾秒鐘的時間，便能強行擴張子宮頸。這種過早和違背自然的子宮頸擴張方法可能會對母親的身體造成永久傷害。

有時候，醫生會使用海藻桿（通常是由海藻製成的脫水物質），以減少對子宮頸的損害。醫生會在正式施行墮胎手術前一天將海藻桿置入子宮頸，待它吸水和膨脹，從而撐開子宮頸。

真空抽吸法

真空抽吸法（Suction Aspiration）是懷孕期最初十二週內最常用的墮胎方法。母親首先接受全身或局部麻醉，然後她的子宮頸被迅速擴張。接著，醫生會將一支抽吸式刮除器（帶有刀頭的中空導管）置入子宮，並以透明導管將刮除器連接到真空機。真空機的吸力是家用吸塵機的29倍，把胎兒和胎盤撕為碎塊，再通過透明導管把碎塊吸進瓶子，最後胎兒殘骸會遭丟棄。

月經抽吸法

月經抽吸法（Menstrual Extraction）是在懷孕初期以較小的管子進行的抽吸墮胎法，所需的子宮頸擴張幅度較小。這方法名為「月經抽吸法」。然而，要是沒有徹底清除胎兒殘骸，可導致感染，屆時必須完全擴張子宮頸進行刮宮。

宮頸擴張刮除法

宮頸擴張刮除法（Dilation and Curettage, D&C）類似抽吸法，不過是採用環形刀（刮除器）把胎兒切成碎塊。胎兒碎塊通過子宮頸被刮除，並遭丟棄〔註：此法有別於另一種用於懷孕以外的子宮擴刮治療方法〕。

宮頸擴張鉗取法

宮頸擴張鉗取法（Dilation and Evacuation, D&E）適用於懷孕不超過十八週的孕婦。所用器具不是宮頸擴張刮除法的環形刀，而是一把鉗子。醫生將鉗子置入子宮後，夾緊胎兒，然後扭動鉗子，將胎兒撕成碎塊。醫生不斷重複這個步驟，直至胎兒完全遭肢解和取出。通常必須折斷脊椎、夾碎頭骨，好能從子宮取出胎兒。

宮頸擴張摘除法——懷孕後期墮胎

宮頸擴張摘除法（Dilation and Extraction, D&X）適用於二十至二十六週齡的胎兒。胎兒發育至這個階段，其組織已經相當堅韌，難以施行宮頸擴張鉗取法。為解決這個問題，便發展出懷孕後期墮胎（partial birth abortion）。子宮頸經過兩天的擴張後，墮胎醫生借助超聲波尋找胎兒雙腿的位置，醫生以鉗子夾緊胎兒的腿，將胎兒拉向陰道，然後徒手將胎兒雙腿連同軀幹拉出母親體外。這時，胎兒的頭部仍在子宮內。墮胎醫生使用閉合的鈍頭剪刀，從胎兒頭骨底部將頭顱刺穿，再打開剪刀，撐大破洞。接著，醫生將真空導管插入傷口，將頭骨內的東西抽取出來。最後，醫生將整個死胎拉出母親體外。

鹽水墮胎法

「鹽水毒殺」（salt poisoning）或鹽水法適用於懷孕期第十六週之後。墮胎醫生把針從母親腹部插入子宮壁，刺進羊膜囊，吸出部分羊水，再注入高濃度的鹽水。胎兒便會吸入和吞下鹽水，然後中毒。通常胎兒的皮膚外層會遭腐蝕性的鹽水灼傷。接著，母親開始作動，在24至48小時後誕下死嬰或垂死的嬰兒。

減胎或選擇性減胎

減胎（Fetal Reduction）或選擇性減胎（Selective Reduction）是一些醫學界從業員杜撰的名稱，用作描述某種殺死腹中孩子的方法。使用這方法是因為在多胎妊娠的情況下，他們認為部分胎兒的存活機會較大。

墮胎醫生把針置入子宮，並在超聲波輔助下，識別一個或多個胎兒的位置，再把針刺進胎兒的胸腔，將氯化鉀直接注入胎兒心臟，使胎兒立即死亡。這種殺死胎兒的方法有時會同時將空氣注入心臟，或是在某些情況下，從所選胎兒身上吸走大部分血液。

死胎留在子宮中，直到母親分娩誕下其他孩子，便同時將之排出。

施行這種墮胎手術的主因是在不孕的情況下，婦女接受人工受孕後，其卵巢受到過度刺激。採用這方法的理據是：為拯救其他胚胎而消除部分胚胎是可接受的。

《新英格蘭醫學雜誌》在2000年7月6日刊發社論（New England Journal of Medicine, Vol. 343, No. 1），質疑在治療不孕時，是否可避免多胎妊娠。20%的雙胞胎妊娠和10%的多胎妊娠是超量排卵所致。社論認為這是不可接受的比率，並建議採用其他方法，以防導致高風險的多胎受孕。

前列腺素墮胎

前列腺素（prostaglandins）是一種分娩所需的荷爾蒙。在羊膜囊注入前列腺素有引產效果，能夠使嬰兒早產，但這些嬰兒發育未成熟，通常難以存活。這方法通常是用於懷孕後半階段的墮胎，有時也會在分娩前先注入鹽水或尿素殺死胎兒，減少墮胎過程對母親和墮胎人員引起的不安。

剖宮取胎法

剖宮取胎（hysterotomy）與剖腹產子很相似，有時是伴隨輸卵管結紮手術進行。醫生施手術割開母親的腹部和子宮，取出嬰兒，並將臍帶切斷。在施行剖宮取胎時，幾乎所有嬰兒都是活著出生的。嬰孩死亡之前，往往作出垂死掙扎。有些嬰孩在手術中存活下來，他們會被交還生母養育或是給別人領養。

墮胎藥物或事後避孕丸

Preven

1999年，商品名稱為Preven的事後避孕丸（morning after pill, MAP）開始在加拿大銷售。Preven只是其中一種化學性墮胎藥物，能殺死受精後正在發育的人類。這些藥丸有時被稱為「抗早孕藥」（contragestives）、「調經藥」（menses regulators）或「事後避孕藥」（post-coital contraceptives）。

Preven產品以套裝形式發售，內含驗孕測試用品和四顆藥丸，用家需在性交後72小時內先服食兩顆藥丸。這些藥丸含有大量雌激素（estrogen）和黃體素（progestin）。（早期的避孕藥同樣含有大量雌激素，但因其嚴重副作用，現在的避孕藥已減少雌激素含量。）

Preven可抑制排卵，阻止受孕，但往往令子宮內膜產生變化，使之拒絕讓胚胎著床。因此，這是墮胎藥物的作用。Preven的宣傳推廣是基於失實的科學觀，認為生命始於著床的時刻。個人生命其實是始於受精／受孕時刻，要是這個新生命被阻止在子宮著床，而無法從母親身體獲取養分，就會死亡。

2001年1月29日，Preven的製藥商Shire Canada宣布停售這款產品套裝。這家公司聲稱停售理由是需求量不足和銷量太少（儘管他們已將每套售價由25美元減至5美元）。

然而，醫生不願處方Preven，以及維護生命組織口誅筆伐，也是導致Preven失敗收場的原因。許多年青女性擔憂高劑量的荷爾蒙會引致有害的副作用。

在英屬哥倫比亞省，Preven的銷售備受爭議，因為當地藥劑師獲准不必醫生處方，也可將Preven當作「緊急避孕藥」出售。其他省分後來也如此實行。加拿大婦產科醫學會（Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada）和加拿大藥劑師協會（Canadian Pharmacists Association）表示支持這些舉措，讓婦女更容易獲得這些藥物。

Depo-Provera

Depo-Provera的生產商Upjohn公司將這產品稱為避孕針劑。所用藥物是一種類似黃體素的合成荷爾蒙，名為甲孕酮（medroxyprogesterone acetate）。使用方法是每隔三個月經皮下注射到婦女體內，抑制婦女的卵巢排出成熟的卵子。這是避孕藥的作用。可是，Upjohn公司提供的文獻指出：「Depo-Provera也會引致子宮內膜產生變化，減少懷孕的機會。」這是墮胎藥物的作用。Depo-Provera阻止剛形成的合子在母親子宮內著床。「懷孕」已是事實，但這藥物會在懷孕早期引致流產。

儘管已有人警告Depo-Provera的有害副作用可導致長期的健康問題，但在1997年4月，Depo-Provera在加拿大獲批准作為避孕藥物。然而，有人擔憂不願接受注射的年青婦女，以及貧窮、殘障或在其他方面處於弱勢的婦女會遭強行注射這藥物。Depo-Provera的副作用包括體重增加和經期以外的出血。其他嚴重問題包括抽搐、黃疸、深層靜脈栓塞、肺栓塞、骨質疏鬆和乳癌。當婦女停用Depo-Provera，可能需要超過一年才回復正常的生育能力。

Plan B

2000年的春季，Paladin Laboratory推出名為「Plan B」的事後避孕藥，聲稱Plan B不含雌激素，因此副作用較少，亦較其他事後避孕丸更有效。Plan B的活性成分是一種黃體素，名為左炔諾孕酮（levonorgestrol）。產品包裝內含兩顆藥丸，應在性交後72小時內服食第一顆，然後再過12小時才服食第二顆。

加拿大婦產科醫學會（Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada）採納1998年加拿大避孕措施共識大會（The Canadian Consensus Conference on Contraception）的成果實施政策。是次大會清楚說明這種只含黃體素的藥丸的效用。「這種只含黃體素的藥丸改變子宮內膜和宮頸黏液，以達至避孕效果。」（《加拿大避孕措施共識大會議事錄》，1998年6月，第27頁）。藥物使子宮內膜不宜胚胎著床，使新生命無法在子宮獲得養分而死亡。

加拿大避孕措施共識大會也在2000年7月建議准許藥房不必醫生處方也可售賣Plan B。許多人憂慮這藥物會危害婦女的健康，因為藥劑師並不了解事後避孕丸的醫療禁忌。藥劑師如配發緊急避孕丸，就是直接參與提供墮胎服務，因此他們提出的反對是理據充分的。考慮到墮胎的併發症，藥劑師提供墮胎藥物或須承擔法律責任，而且許多人認為提供墮胎藥物有違他們的良心。

RU-486

最為人熟悉的墮胎藥物是RU-486，也稱為美服培酮（Mifepristone）。RU-486是一種合成類固醇，能阻止支持懷孕期所必須的黃體素發揮作用。要是沒有黃體素，子宮內膜便會脫落，殺死發育中的胎兒。在大多數情況下，母體的反應是釋放前列腺素引起流產。在服用RU-486後數天內，若施用人工前列腺素，可提高RU-486的「成功」率。雖然有關宣傳稱之為可替代手術的安全方法，但這藥物和其他同類藥物的長期影響仍是未知數。

最常用的前列腺素是米索前列醇（misoprostol），產品名稱為「Cytotec」，製造商是錫爾藥廠（Searle Pharmaceuticals）。在2000年8月23日，錫爾致函美國食品和藥物管理局，指出「在懷孕期服用Cytotec的具體醫療禁忌」，並聲明「並無批准在陰道腔內使用或口服Cytotec以進行墮胎」。該公司還警告說，藥物的原來用途是預防胃潰瘍，要是藥物用於其他用途，可發生「嚴重不良反應事件」，包括孕婦死亡。

儘管如此，美國食品和藥物管理局於2000年9月28日批准使用RU-486和Cytotec作為化學性墮胎醫療方案。RU-486的生產權屬於Danco Laboratories，但這藥物其實是由中國上海的華聯製藥廠生產。在加拿大，生產權屬於一家法國藥廠Exelgyn。目前RU-486正在當地四個城市接受為期一年的臨床試驗，估計將會對1,000個婦女施行化學性墮胎，並採用RU-486作為醫療方案的一部分。根據《環球郵報》（The Globe and Mail）在〔2000年〕7月6日的報道，居於溫哥華的韋艾蓮博士（Dr. Ellen Wiebe）宣布她已在6月底展開RU-486的臨床試驗，「多倫多惠仁醫院（Women's College Hospital）、魁北克省的魁北克市和舍布魯克市（Sherbrooke）的其他研究人員將會加入試驗」。

根據《資訊自由法》索取的資料顯示，自1995年起，英屬哥倫比亞省衛生部長已聯絡聯邦衛生部長，要求儘快批准在這些臨床試驗使用RU-486。（註：911事件發生後，沒有人注意到有一位身分不詳的加拿大婦女接受RU-486的臨床試驗後，死於壞疽感染。雖然主流媒體沒有理會這事件，但《全美天主教新聞》（National Catholic Reporter）報道說，是次臨床試驗的監督是溫哥華墮胎醫生韋艾蓮博士，她沒有告知試驗的參與者這種混合墮胎方案的風險。《全美天主教新聞》在10月7日報道，韋博士承認她並無告知參與者，錫爾藥廠曾警告不要將該產品用於化學性墮胎，因為這樣做可能會引致「嚴重不良」效果，包括子宮出血，甚至是孕婦死亡。）

其他化學性墮胎藥物

近期有人提倡使用甲氨蝶呤／米索前列醇的組合施行化學性墮胎。甲氨蝶呤（methotrexate）是一種高毒性的強效抗代謝物，通常用於化療和治療嚴重的類風濕關節炎和牛皮癬。甲氨蝶呤要是用於墮胎，可顯著抑制或減慢滋養層（trophoblast）的細胞生長。滋養層是包圍胚胎的組織，其後會成為胎盤。胎兒遭奪走發育和生存所需的營養、氧氣和水分後，便會死亡。米索前列醇（misoprostol）是一種常用於治療潰瘍的前列腺素，能夠刺激子宮收縮，最終排出胎兒。米索前列醇的商品名稱為「Cytotec」，亦即與RU-486一起服用的前列腺素。

其他方法

除了上文列舉的方法外，加拿大還有其他較少用的墮胎方法。其中之一就是將尿素（urea）注入子宮，就像注射鹽水一樣。另一類墮胎方法為割除子宮：施行手術移除胎兒和子宮。

參考文獻

施行宮頸擴張鉗取法的醫生必須親手處理第二孕期胎兒的身體……必須捏碎已硬化的身體部位，例如頭骨等。取出碎骨時必須小心，避免扯裂子宮頸。從子宮中取出胎兒後，必須將胎兒的碎塊重組，確保墮胎手術已經徹底完成。

“Emotional Impact of D&E vs. Instillation,” Family Planning Perspectives, Nov./Dec., 1977.

* * * *

加州大學爾灣分校的湯威賓博士（Dr. William Benbow Thompson）說：「你們正在進行破壞。鉗子夾出雙臂、雙腿和胸部。這是任何人都不願目睹的。」

Liz Jeffries and Rick Edmonds, “Abortion: The Dreaded Complication,” The Philadelphia Inquirer, Aug. 2, 1981.

* * * *

這種技術已發展到一個地步，使我們無法否認施行者〔以宮頸擴張鉗取法施行墮胎者〕的行動是破壞性的。這是肉眼可見的事。肢解的感覺沿著鉗子傳過來，就像電流一樣。這問題引發激烈的爭議，使我們面對現代的存在困局。我們越是看似已經解決問題，問題變得越是棘手。

Hern, Walter, M.D. (美國科羅拉多州著名墮胎醫生), report to Planned Parenthood Physicians, Oct. 26, 1978.

* * * *

雖然嚴格按照法律條文來說，這是合法墮胎，但在前列腺素引發的墮胎中，所有胎兒都是活著被排出體外，可生存幾個小時……在康乃狄克州哈特福市西乃山醫院（Mt. Sinai Hospital）進行的607次第二孕期墮胎手術中，有45次活產，包括一對雙胞胎。這些嬰兒全部沒有生存超過13小時。

Koop, C. Everett, M.D., ScD (前美國公共衛生署署長), The Right to Live, The Right to Die, page 34, Life Cycle Books, Toronto, 1980.

* * * *

剖宮取胎手術與剖腹產子很相似，在手術中從母親的腹部和子宮移除嬰兒。以剖宮取胎法施行的墮胎不會施用致使胎兒死亡的化學物質。醫生〔割開〕子宮時，嬰兒仍然活著。

美國克雷頓大學婦產科學系副教授何湯瑪醫學博士於1981年10月14日向美國參議院憲法小組委員會提供證詞。

Hilgers, Thomas W., M.D., Associate Professor of Obstetrics and Gynaecology, Creighton University, in testimony before the U.S. Senate Constitution Subcommittee, Oct. 14, 1981.

* * * *

可以看到怎樣從軀幹扯下雙臂和雙腿，並將之逐一取出，也看到脊椎怎樣斷為兩截後迅即被移除，還看到頭骨怎樣被壓碎、腦漿怎樣被吸出、骨頭怎樣被清除。

Nathanson, Bernard, M.D., Abortion America, Life Cycle Books, Toronto, 1979.

* * * *

有一位產科醫生說，從子宮取出嬰兒時，「他只是睡著了，像母親一樣。母親仍處於麻醉狀態，嬰兒亦然。你知道他們怎樣殺死他嗎？他們把毛巾蓋在嬰兒臉上，讓他無法呼吸。當他們把嬰兒帶到實驗室時，他已經死了。」

Chervanek, Frank A., M.D. et al., "When is Termination of Pregnancy During the Third Trimester Morally Justifiable?" The New England Journal of Medicine, page 17, vol. 310, no. 8, February 23, 1981.

* * * *

研讀美國疾病控制與預防中心有關墮胎的報告後，可清楚知道標準的墮胎技術……並不涵蓋所有摧毀胎兒的方法。這些報告除了列出墮胎方法，還有一個標註為「其他」的欄目。我經常在想「其他」涵蓋的是甚麼。我們確實有些眉目了。《新英格蘭醫學雜誌》刊出一篇文章，描述怎樣打掉雙胞胎的一個胎兒，而不傷害另一個胎兒。柯多瑪博士（Dr. Thomas Kerenyi）在超聲波引導下，將一支針刺進母親腹部，然後將被診斷患有唐氏綜合症的胎兒的心臟刺穿，從胎兒吸走約40-50%的血液，胎兒便死亡了。幾個月後，母親誕下仍存活的胎兒，並排出死嬰的遺骸。文章刊出後不久，柯博士在一個新聞發佈會上這樣描述死嬰的殘骸：「扁平脆弱，像紙張一樣……就像一朵給夾在聖經內頁達五年的玫瑰花。」可是，這不是給夾在聖經內頁的美麗玫瑰花，而是嬰兒的遺骸。

Young, Curt, The Least of These: What Everyone Should Know About Abortion, page 99, Moody Press, Chicago, 1984.

第四章：墮胎的併發症

身體併發症

墮胎可引致嚴重的身體併發症。美國亞特蘭大疾病控制與預防中心的葛戴維博士（Dr. David Grimes）和蓋韋萊博士（Dr. Willard Cates, Jr.）就這些併發症作出非常全面的分類。他們將這些併發症分為三大類：

急性併發症（墮胎後三小時內出現）：

- ・ 子宮出血
- ・ 高鈉血症
- ・ 子宮破裂
- ・ 腎衰竭
- ・ 宮頸損傷
- ・ 栓塞
- ・ 麻醉併發症
- ・ 胎兒活產
- ・ 凝血功能障礙

延遲性併發症（墮胎後28日內出現）：

- ・ 受孕產物滯留
- ・ 感染

晚期併發症（墮胎28日後出現）：

- ・ 月經異常
- ・ 早產
- ・ 宮外孕
- ・ Rh因子不合導致流產
- ・ 不孕
- ・ 死亡
- ・ 流產

由於曾接受墮胎的婦女數目不斷增加，因此研究人員比過往更熱衷研究墮胎的負面影響。冀富仁（Frank Kay）等人曾對墮胎後遺症進行長期研究。他們指出：「目前這個研究的結果顯示，在墮胎後再度懷孕期間出現不良反應的相對風險不斷上升。」他們在1985年4月號的

《英國婦產科雜誌》（British Journal of Obstetrics and Gynaecology）發表文章，提出這樣的結論：「墮胎的普及使問題浮現，亦帶來新的疑問，而這些問題和疑問在過去沒有答案，也無法找到答案。」

生殖健康

醫學界日益關注影響婦女日後生育能力的長遠併發症，包括更大機會發生懷孕初期流產、懷孕中期流產、宮外孕、早產、分娩困難、初生嬰兒體重不足等。

墮胎的危害如此深遠，原因很簡單，就是墮胎過程造成傷害。要是墮胎醫生的刮除器刮得太深，會形成疤痕；要是輸卵管局部堵塞，可導致宮外孕；要是輸卵管完全閉塞，婦女將會不孕。

有些墮胎手術須強行擴張子宮頸，例如是真空抽吸法或宮頸擴張刮除法。這些手術很可能導致婦女日後流產。這樣違反自然、突如其來和強行施加的張力往往會過分撕扯子宮頸肌肉，令肌肉纖維永久變弱，而導致子宮頸閉鎖不全，使婦女再懷孕後可能無法懷胎至足月。

1983年，霍克萊博士（Dr. Carol Hogue）等人於紐約進行一項研究（“Impact of Vacuum Aspiration Abortion on Future Childbearing: A Review,” Family Planning Perspectives, pages 199-126, vol. 15, no. 3, May-June, 1983）。研究結果顯示，初次懷孕便接受墮胎的婦女相比初次懷孕便懷胎至足月的婦女，在第二次懷孕時發生流產的機會高3.4倍。1973年在澳洲進行的研究顯示，曾接受宮頸擴張墮胎手術的婦女中，有75%出現子宮頸閉鎖不全問題，日後可導致流產。

多個研究顯示，其中一些嚴重併發症出現在青少年身上，因為墮胎可嚴重損害她們尚未發育成熟的子宮頸。魯索爾博士（Dr. J. Russell）說：「青少年初次懷孕時，她們的子宮頸都是細小和收緊的，特別容易受到擴張過程所傷害。」（“Sexual Activity and its Consequences in the Teenager,” Clinics in OB, GYN, vol. 1, no. 3, December, 1974）魯博士曾進行一個跟進研究。該次研究的對象是50個青少年，她們曾在初次懷孕時接受墮胎，其後再次懷孕。魯博士指出，這些女青年其後合共懷孕53次，其中：「……6次再接受墮胎……19次流產收場……1次在懷孕六個月後誕下死產嬰兒……6個嬰兒在出生後至兩歲期間夭折……21個嬰兒存活下來。」

人們非常關注日益嚴重的不孕問題，而在許多情況下，不孕可能直接是墮胎手術所致。近年患上輸卵管炎和輸卵管黏連的婦女顯著增加。一些知名專家表示，侵入子宮可引致輸卵管感染，從而可導致不孕。

墮胎對子宮內膜造成的損害可致使胚胎無法穩妥地著床和胎盤發育不良，而胎盤發育不良可引致新生兒死亡或患有先天障礙。

乳癌

十多年來，越來越多研究顯示墮胎與乳癌之間的關係。早在1970年，科學文獻已指出初次懷孕接受墮胎與乳癌發病之間的正向關係。1983年，布魯華和傅文尼的研究顯示（Brinton, Roover and Fraumeni Jr., “Reproductive Factors in the Aetiology of Breast Cancer,” British Journal of Cancer, vol. 47, no. 6, 1983），有跡象顯示「致使嬰孩不能活產的墮胎手術會提高罹患乳癌的風險。」

統計數字顯示，儘管已推行各種治療和預防乳癌的措施，但罹患乳癌的比率仍不斷上升。雖然已對已知的風險因素作出研究，但依然有大量曾被診斷患上乳癌的婦女（60至70%）並不涉及任何已知的癌病風險因素。這促使研究人員尋找其他可影響乳癌發病率但過去不為人知的因素。

婦女受孕後，乳房組織發生變化，乳房細胞在懷孕足月前達到成熟狀態，為其後的哺乳期作好準備。這些細胞在荷爾蒙刺激下，分化成為特定類型的細胞，從而永久改變女性乳房的結構。細胞一旦發育成熟，就永遠不會返回之前未分化的狀態。

科學家一致認為懷孕足月能預防乳癌，而乳腺細胞在其過渡、不穩定的階段，在尚未發育至成熟前，最容易受到癌症威脅。

其中，美國紐約市立大學柏魯克分校（Baruch College, City University of New York）的生物學及內分泌學教授畢喬爾博士（Dr. Joel Brind）提出這樣的結論：婦女要是在初次懷孕接受墮胎，或是多次接受墮胎而期間並無懷孕至足月，會增加患上乳癌的風險。

1996年，畢喬爾博士及其同工就33個有關墮胎與乳癌之關係的研究，作出綜合分析。分析結果在1996年10月刊於英國醫學會（British Medical Association）的《流行病學和社區健康》期刊（Journal of Epidemiology and Community Health）。有27個研究顯示墮胎與乳癌有正向關係，他們從而推斷墮胎使婦女患上乳癌的風險平均提高30%。

2000年3月，英國皇家婦產科學院（Royal College of Obstetricians and Gynecologists）發表的指引指出，畢博士的綜合分析「就方法而論沒有重大缺失，因此不容忽視」。

在許多司法權區，立法者越來越關注一個問題：婦女在接受墮胎之前，可能無法在知情的情況下表示同意（「知情同意」），而且墮胎手術提供者即使無視這些婦女罹患乳癌的風險可

能提高的事實，也沒有法律後果。《今日美國》（USA Today）在題為「墮胎手術前警告備受關注」（States eye abortion warnings）的報道中（2001年3月1日），指出至少有11個州正在考慮提出立法建議，要求墮胎手術提供者須讓婦女明白，手術會提高患上乳癌的風險。目前已有三個州制定了有關「知情權」的法例。

然而，許多人依然批評墮胎可導致乳癌的說法。方白蓓（Babette Francis）說，從澳洲麥卡林醫院（Peter MacCallum Hospital）向醫生派發的小冊子中，可見其中一個典型的理據。小冊子聲稱墮胎沒有可能致癌，從而對墮胎與乳癌的關係提出質疑。方白蓓女士是澳洲組織「奮進論壇」（Endeavour Forum Inc.）的全國與海外聯絡人。她指出：「青春期早發、過遲停經、過遲誕下第一胎、肥胖或不曾懷孕等，本身都沒有致癌作用，但這些都是公認的乳癌風險因素。它們的共通點在於使婦女長期受雌激素影響……雌激素會刺激腫瘤生長。」

心理併發症

墮胎支持者往往宣稱，婦女在墮胎後感到釋然，或極其量只會經歷暫時性的「失落感」。然而，越來越多研究人員正在記錄婦女對墮胎的真實反應，這些反應較為嚴重和持久，並因此令所有牽涉其中的人更感不安。

墮胎後的即時反應可能是釋然。然而，許多心理問題可能在一個月、一年、甚至十年後開始浮現。這些問題可能表現為內疚、抑鬱、失落感、仇恨，自殺或思覺失調。婦女可能經驗一個或多個這些問題。

墮胎後症候群

現今的醫學文獻將墮胎後遺症稱為「墮胎後症候群」（Post- Abortion Syndrome）。美國精神醫學學會（American Psychiatric Association）認為墮胎是一種「心理社會性壓力源」（psycho-social stressor），可引發創傷後壓力症。

世界衛生組織的「流產與墮胎科學小組」報告（Technical Report Series, “Scientific Group on Spontaneous and Induced Abortion,” Geneva, 1970）指出：

毫無疑問，終止懷孕在敏感的人身上，可引發嚴重的心理神經反應，甚至是精神病反應。

魯文生教授（Vincent Rue）是這方面的權威。他在「墮胎的家族背景」一文中（“The Familial Context of Induced Abortion”，Restoring the Right to Life, ed. J. Bopp, Provo, Utah, 1984），列出墮胎後症候群的特點：一次或多次墮胎引致的內疚、憤怒、恐懼、抑鬱、悲傷、焦慮、憂傷、羞愧、無助、絕望、悲哀、自卑、猜疑、憎恨自己和他人、後悔、失眠，

反覆做夢、噩夢、週年反應、自殺行為、依賴酒精及／或藥物、性功能障礙、不安感、麻木、回想墮胎的痛苦經驗、人際關係受影響、溝通障礙、孤僻、有關胎兒的幻想、自責、腦海閃現過去情境、無法控制的哭泣、飲食失調、投入其他事情麻醉自己、扭曲的想法、悲痛、失落感和空虛感。

魯博士也認為婦女接受墮胎後，最常見的感受似乎是無法抒解的悲傷、否認、憤怒和內疚。最容易患上墮胎後症候群的是青少年，以及在第二孕期墮胎、自卑或過去有情緒問題的婦女。

史安莉在其著作《墮胎後的心理與社會壓力》中（Anne Speckhard, *The Psycho-Social Aspects of Stress Following Abortion*, Sheed and Ward, Kansas City, 1987），列出10個墮胎後最常見的反應：

- 悲傷反應（100%）
- 抑鬱感（92%）
- 憤怒感（92%）
- 內疚感（92%）
- 害怕別人知道自己曾懷孕和墮胎（89%）
- 為自己對墮胎的激烈情緒反應感到驚訝（85%）
- 自卑感（81%）
- 受害的感受（81%）
- 做事效率下降，或是感覺痛苦的能力受壓抑（73%）
- 遇上嬰兒或小孩子時感到不安（73%）

婦女心底深處對墮胎的感受有別於她們表現出來的感受。深入的心理治療已經顯示，婦女或會對墮胎經歷感到深深的痛苦和抗拒，即使為那些認為墮胎是唯一選擇的婦女亦然。

蓋瑪莉博士在「非法墮胎為公共健康問題」一文中（Dr. Mary Calderone, "Illegal Abortion as a Public Health Problem," *American Journal of Public Health*, vol. 50, no. 7, 1960）指出：

墮胎是奪取生命，除了這個事實外，我也注意到精神科醫生指出的問題……在幾乎所有情況下，墮胎不論合法與否，都是創傷經驗，或會在日後產生嚴重的後果。

研究人員柏瑪莉和柯安妮在「墮胎的心理效應」一文中（Mary Parthun, Anne Kiss, "Psychological Effects of Induced Abortion," Abortion's Aftermath, Human Life Research Institute, Toronto, 1987），提出這樣的結論：

在回顧眾多的心理學和醫學文獻後可見，負面的墮胎心理後遺症是值得探討的現象。暫時性和短期的痛苦是普遍的，亦會出現更嚴重的長遠影響……我們可以預期，越來越多婦女會因墮胎後所經歷的悲傷和痛苦求助。令人振奮的是，不同專業範疇的醫護人員都在回應這些婦女的需要。然而，可能有許多這樣的婦女沒有人注意，無法獲得援助。遺憾的是，墮胎後感到痛苦的婦女很少向施行墮胎的專業人員求助。因此，所有參與墮胎的人必須注意墮胎心理後遺症這個嚴重問題。

加拿大各地成立了多個自助團體，支援患上墮胎後症候群的婦女。此外，支持維護生命的護士、專業輔導人員和維護生命組織等其他群體，也提供墮胎後的輔導。或許正是因為這些援助，願意與人分享墮胎負面影響的婦女正大幅增加。

參考文獻

……墮胎診所和支持墮胎的機構……長期以來一直標榜墮胎是相對安全的。可是這些機構就墮胎安全性所作的陳述相當可疑，就像煙草公司對吸煙安全性的陳述一樣……

Wardle, Lynn (美國楊百翰大學法學教授), *A Lawyer Looks at Abortion*, pages 111-112, Brigham Young University Press, Provo, Utah, 1982.

* * * *

就申明〔墮胎〕風險這事上，就像是大家都在密謀保持緘默。不幸的是，由於大眾對合法墮胎的情緒反應，以致在墮胎方面有廣泛經驗的國家，不論是其醫學媒體或大眾媒體，都對所羅列的證據視而不見。要是患者因而受苦，在醫療立場是不可接受的……顯然其中一些較嚴重的併發症涉及最資深和經驗豐富的墮胎服務提供者……

Stallworthy, J.A., et al., "Legal Abortion: A Critical Assessment of Risk," *The Lancet*, December 4, 1971.

* * * *

在受訪的252名婦女中，約有半數訴說她們在墮胎後，患上至少一類身體併發症。此外，至少有18%受訪者表示她們患上永久性的身體損傷，而這些損傷是墮胎手術所致……

……有47%的受訪者報稱患上一種併發症，其中有40%表示其併發症微不足道，26%表示其併發症屬中度嚴重，35%表示其併發症非常嚴重……

……在短期併發症方面，最常見的是手術後出血，有15%的受訪婦女表示有這個問題。第二個最有可能出現的併發症是感染，有9%的受訪者表示有這個問題。

……受訪的墮胎婦女中，約有6%因其子宮在墮胎手術中受傷或受到感染，而被迫接受割除整個子宮。另有8%受訪者表示，墮胎後的感染因導致輸卵管阻塞或其他狀況而使她們不孕。另有4%受訪者患上子宮頸癌，她們將之歸因於墮胎……

……除了因上述原因導致不孕，許多曾墮胎的婦女日後自願懷孕時，其懷孕至足月的能力下降。約有20%的受訪婦女日後自願懷孕但流產收場。此外，至少有8%受訪者接受墮胎後，被診斷患上子宮頸閉鎖不全。其他分娩問題和對生殖系統的損害亦時有所聞。

Reardon, David C., *Aborted Women: Silent No More*, pp. 22-25, Loyola University Press, Chicago, 1987.

* * * *

應注意墮胎所引致的身體併發症可分為幾個清晰的類別。醫護人員特別關注墮胎對當事人未來生育能力的影響。生育能力可能會受到宮外孕、流產、早產和分娩困難嚴重影響。儘管導致母親死亡的例子較少，但亦有文件記錄曾有這樣的個案，常見的原因是致命性的出血、栓塞或感染。

Morris, H., M.D., and Williams, L., M.S.W., "Physical Complications of Abortion," *Abortion's Aftermath*, second edition, page 39, Human Life Research Institute, Toronto, 1987.

* * * *

多個研究的初步結果顯示，婦女即使只曾接受一次墮胎，也會提高日後發生第二孕期流產和早產的風險。雖然這些結果不是決定性的，但顯然有需要對墮胎的長遠影響進行更多研究……

Jaffe, Frederick, *Politics of Abortion*, page 27, McGraw-Hill, New York, 1981.

* * * *

當事人越年輕，懷孕期越長，則患上併發症的機會越大……有些最嚴重的併發症發生在青少年身上。

Bulfin, J., M.D., *OB.-GYN Observer*, Oct.-Nov., 1975.

* * * *

為接受鹽水墮胎法的婦女注射鹽水時，必須讓婦女保持清醒，好能監測她的反應。要是婦女出現任何休克跡象，必須採取緊急措施，因為可能是婦女的血管已被針刺穿，而鹽水進入血管，可導致急性抽搐、心臟衰竭和死亡。

"Fetal Pathology and Mechanisms of Death in Saline Abortion," *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(1974), pages 347-355.

* * * *

每次墮胎都是雙重的殺戮——殺死嬰孩和母親的良知。母親永不會忘記她曾殺死自己的孩子。

德蘭修女，於加拿大渥太華國會山莊演講，1988年9月17日。

* * * *

……任何的合理化、理智化或人道的理由都無法緩減墮胎後隱藏在潛意識的濃重罪疚感。此外，墮胎婦女表示，她們在意識層面對墮胎的感受包括：否認、迷惘或合理化，但許多專業人士仍受這些常用的防禦措施所誤導，令我們感到相當困惑。

Maddox and Sexton, "The Rising Cost of Abortion," *Medical Hypoanalysis*, page 67, Spring, 1980.

* * * *

……這封信是為提醒大家，使用RU-486和其他抑止黃體素的類固醇作為墮胎藥物，可對公眾的健康造成嚴重的危害，也就是罹患乳癌的風險會大幅提高。據我所知，沒有人在政府的任何聽證會提出這問題……但事實上，醫學文獻已確定，在初次懷孕接受墮胎會提高罹患乳癌的風險。

……墮胎本身的乳癌風險有多嚴重？從相關的醫學文獻可見……要是在初次懷孕接受墮胎，則相對風險介乎1.5至2，高於以任何方法延遲初次足月懷孕所致的風險。（如曾接受多次墮胎，則相對風險估計高達4至5。）

美國紐約市立大學柏魯克分校內分泌學教授畢喬爾博士於1993年1月27日致函美國食品和藥物管理局凱大維醫學博士。

Brind, Joel, PhD., Baruch College, Professor of Endocrinology, Letter to David Kessler, M.D., Commissioner, Food and Drug Administration, January 27, 1993.

* * * *

……我們的數據支持一個假設：墮胎會對婦女日後罹患乳癌的風險產生負面影響。

Daling, Janet R., Malone, Kathleen E., Voigt, Lynda F., White, Emily, "Risk of Breast Cancer Among Young Women: Relationship to Induced Abortion." *Journal of the National Cancer Institute*, pages 1589-1591, Vol. 86, No 21, November 2, 1994.

第五章

墮胎的理由：保護母親的生命或健康

母親的生命

許多人誤以為施行墮胎是為保護母親的生命或健康，並因此認為墮胎應是合法的。然而，早在1951年，美國塔夫茨大學（Tufts University）的何洛伊博士（Dr. Roy Hefferman）已向美國外科醫師學會會議（Congress of the American College of Surgeon）表示：

凡是為治療目的施行墮胎者，若非現今醫治懷孕併發症的方法一無所知，就是不願意使用這些方法。

前美國公共衛生署署長古埃弗博士（Everett Koop）在他的著作《生存的權利、死亡的權利》一書中（The Right to Live, The Right to Die, Life Cycle Books, Toronto, 1980）指出：

在每個有關墮胎的爭辯中，總有人以母親的生命作為理據。事實是：為挽救母親的生命而必須進行墮胎是非常罕見的個案，幾乎是不存在的。

1965年，《美國婦產科雜誌》（American Journal of Obstetrics and Gynaecology）的一篇文章指出，在美國多家醫院多達24,417次分娩中，沒有任何一次有需要施行墮胎。至於其他醫院，平均每36次分娩便進行一次墮胎。由此可見，如何基於母親的生命或健康提出墮胎建議，取決於醫療服務的質素及／或醫護人員的態度。

普遍相信墮胎為救活母親是必須的，但這樣的看法沒有事實根據，而是基於混淆和誤解。許多人認為當母親的生命受到威脅，必須可合法進行墮胎，但他們所想的情況其實根本不必牽涉墮胎手術。一般來說，他們所設想的情況有兩大類：

第一類情況涉及宮外孕——受精的卵子（處於最早期發育階段的未出生孩子）並無在子宮著床，而是停留在輸卵管；第二類情況涉及子宮癌。兩者都對母親的生命構成直接和嚴重的威脅。

治療宮外孕和子宮癌一般是按認可的醫療程序，而這些程序的目的是治好母親。手術的目的不是摧毀正在發育的孩子。然而，在兩種情況下，治療過程都會引致一個附帶和間接的效果，就是致使未出生的孩子死亡。雙果律適用於這兩種情況，在救活母親所必須採用的醫療程序中，孩子的死亡是間接的後果。

至於這些情況以及其他因採用挽救生命的必要治療而不幸地危及孩子的情況，不論在醫學上或法律上，都從沒有被視為墮胎。

為救活母親而施行墮胎的真實個案實在少之又少。英國的統計數據就這個事實提供了令人震驚的證據。1987年7月1日的英國國會議事錄書面回覆披露，於1968年至1986年期間，在英國和威爾斯所進行的260萬次墮胎中，有123次（0.005%）是為挽救母親的生命而進行的。

在1970年至1979年期間，梅約翰博士（Dr. John Murphy）亦曾在愛爾蘭都柏林的國家婦產科醫院（National Maternity Hospital）進行研究，獲得相似的數據。梅博士研究這間醫院的74,317次分娩所導致的21次產婦死亡後，他的結論是：其中只有3個個案可提出醫學理據為救活母親而進行墮胎。

然而，經仔細審視後發現，其中兩個個案中的婦女儘管身體狀況有問題，但過去亦曾順利分娩。那麼只餘下一個個案（在超過74,000次分娩中）可提出醫學理據施行墮胎。

要是發生懷孕可能危及生命的罕見情況，應竭盡全力挽救母親和孩子的生命。如果因為繼續懷孕有可能危害母親的生命而墮胎，這是在假設一些可能永遠不會出現的醫療併發症。

要是發生了真正的緊急情況，英國普通法允許作出介入，以挽救母親的生命。為保護那些在極為罕見的情況下處於這種處境的婦女，我們根本不需要允許墮胎的法律。

母親的健康

有許多跡象都指向一個事實：墮胎完全是非緊急手術。為證明墮胎是出於社會與經濟因素而施行的手術，與孕婦的健康沒有任何關係，或許最有力的證據正是由負責批准墮胎長達20年的機構所提供的資料。這個組織就是治療性墮胎委員會（Therapeutic Abortion Committees）。

治療性墮胎委員會成立於1969年。當時加拿大政府放寬墮胎法，將「健康」列入考慮因素，而「健康」可詮釋為包括母親在情緒、心理、身體、精神和社會與經濟方面的健康。1988年，加拿大最高法院裁定加拿大的墮胎法違憲，治療性墮胎委員會自此名存實亡。

1986年，渥太華一個少女在墮胎後死亡。從死因聆訊的過程可見治療性墮胎委員會成員的處事態度。根據渥太華市立醫院治療性墮胎委員會主席提供的證詞，她的委員會是依據兩類不同的指標批准施行墮胎。第一類指標稱為「醫學指標」，適用於「胎兒異常」的情況。第二類指標是心理與社會指標，適用於沒有醫學指標存在的情況。根據第二類的指標，只要婦女「有意墮胎」，已經有充分理由給予批准。於是，每一個申請都理所當然地獲得批准了。此外，從死因聆訊中的其他證詞可見，加拿大各地的治療性墮胎委員會普遍抱持這樣的態度。

墮胎被視為自由選擇

在加拿大，提倡容許母親自行決定墮胎的人將墮胎定義為「選擇的自由」、「生育的選擇」、「分娩選擇」、「選擇的權利」，並在有關的爭議中，從不談及墮胎是否必要的醫療措施。那些對墮胎缺乏道德責任的人爭取「婦女的選擇權」，但他們這樣做也正好提供了有力的證據，證明墮胎不是必要的醫療措施。

墮胎倡導者提出的理據是基於婦女的「權利」。他們認為婦女有權選擇甚麼時候懷孕和有多少子女。根據這樣的論點，是否「需要」墮胎不是建基於醫療上的必要性，而是基於社會和經濟方面的考慮。墮胎不能既是一種「選擇」，同時是必要的醫療措施。

「選擇」的理念成為評估墮胎的標準。近年這樣的想法甚至滲入應保持客觀的墮胎研究。其中一個有趣的例子是：於1987年在安大略省政府委託下進行的墮胎服務研究中，墮胎被視為「合法的健康服務」。研究報告的作者鮑瑪安博士（Dr. Marion Powell）指出，她在處理讓婦女獲取墮胎服務這個問題時，重點是「公平」，以及「公眾的關注——是否所有有意墮胎的婦女都可循公開途徑獲得墮胎服務」。

這態度尤其可見於鮑瑪安博士的其他言論。她指出「終止意外懷孕服務的需求」有所增加，這服務能夠讓「年青婦女繼續她們的學業和事業」。在長達42頁的報告中，絲毫沒有討論當時墮胎在醫療上的必要性，但這樣的討論常見於有關獲取必要醫療服務的分析。

這樣的必要性根本不存在。神經外科醫生施赫里博士在其著作《醫療道德的動機與意義》中（Dr. Harley Smyth, *Motive and Meaning in Medical Morals*, Battleford, Saskatchewan, 1977）指出：

這手術程序被列為「治療性」的，但事實上這樣的手術並不符合任何治療的標準，不能治療任何疾病、治好任何症狀，且在大多數情況下，無法清除任何異常組織。

精神健康

有充分的證據顯示，墮胎會損害而非保護婦女的精神健康。1978年，美國芝加哥舉行「墮胎的心理影響」（Psychological Aspects of Abortion）研討會。研討會的報告指出，十位來自加拿大和美國的知名精神科專家認為墮胎導致「精神病態」。在翻查精神科文獻後，他們都無法找到任何一個真正可由墮胎治癒的精神狀況。

世界衛生組織的「流產與墮胎科學小組」報告（Technical Report Series, “Scientific Group on Spontaneous and Induced Abortion,” Geneva, 1970）強調同樣的觀點：

曾有多個研究以曾在醫院接受合法墮胎的婦女為對象女，她們主要因為精神狀況而接受墮胎。研究顯示，墮胎後嚴重的精神障礙較常見於過去曾有情緒問題的婦女。因此，被認為有充分理由基於精神狀況而接受合法墮胎的婦女，正是那些最有機會在墮胎後出現精神障礙的婦女。

由福特（Ford）等人進行的研究「墮胎是否精神科的治療措施？」在1971年11月發表於《美國醫學會期刊》（Journal of the American Medical Association）。研究報告指出：

……看來所診斷的精神問題越是嚴重，墮胎的好處越少……不足為奇的是，慢性的人格精神官能症狀或精神症狀不能以墮胎解決，因為墮胎本身是操控環境的方式。

諾氏及柯氏編寫的標準精神科教科書《現代臨床精神科》（Noyles and Kolbe, Modern Clinical Psychiatry, 7th ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1968）指出：「過去經驗並無顯示懷孕和分娩會對精神分裂症、躁狂抑鬱症或大部分精神官能症的發展產生不良影響。」

精神健康已是公認的藉口，用作掩飾墮胎不過是為了方便，或是為了其他社會與經濟理由。1975年9月，加拿大政府委託一個委員會進行研究，以確定墮胎法是否「在加拿大各地公平地實施」。這個委員會後來被稱為貝格利委員會（Badgely Committee）。

委員會的成員包括多倫多的社會學家貝格利（Robin Badgely）（主席）、同樣來自多倫多並活躍於家庭計劃組織的鮑瑪安博士（Dr. Marion Powell）、蒙特利爾的家事法專家傅丹施（Denyse Fortin-Caron）。他們的職能範圍涵蓋有關醫院服務供應的一些具體問題、治療性墮胎委員會作出決定時所基於的原則，以及「這程序是否因應申請人的安全需要而讓申請人及時獲得墮胎服務」。

貝格利委員會於1977年2月9日星期三向眾議院提交報告。報告指出：

委員會成員探訪加拿大各地的醫院時，他們會見的許多醫生都公開承認：他們就精神健康所作的診斷是權宜之策，不能視之為對接受墮胎者的精神健康所作的有效評估。

換句話說，簽名批准墮胎的醫生在配合治療性墮胎委員會的工作時，為獲得批准施行墮胎手術，竟然捏造有關申請人精神狀態的報告。他們假借「心理健康」之名，實在是為優生學的原因、單身母親的問題、或者僅是因為婦女意外懷孕而施行墮胎。

孕婦自殺

有人聲稱意外懷孕是常見的自殺原因，因此墮胎被視為理所當然的措施，但在現實中，孕婦很少自殺。

在博羅斯訴訟中（*Borowski v. The Attorney General of Canada*, Transcript of Evidence and Proceedings at Trial, page 409, Regina Saskatchewan, May, 1983），前墮胎醫生倪伯納博士（Dr. Bernard Nathanson）在薩斯喀徹溫省法院（Court of Queen's Bench for Saskatchewan）作證。他指出，墮胎支持者已經意識到孕婦自殺在過去三十年來是罕見的個案：

婦女不會因為懷孕而自殺，過去也從沒有這樣的事例。我們在六十年代後期提倡墮胎——「我們」是指全國墮胎權行動聯盟（National Abortion Rights Action League）的最高決策人，包括我本人、賴萊里（Larry Lader）、傅貝迪（Betty Friedan）。有趣的是，當我們要求紐約市的法醫查閱檔案，為我們提供懷孕婦女自殺、單純因為懷孕而自殺的數字……法醫連一個案例、一個婦女顯然是因為懷孕而自殺的案例也無法提供……這是在紐約市——我們相當懊惱，當然也從沒有公開這樣的結果。

根據辛氏與尼氏所進行的著名研究「墮胎後的精神問題：兩間中心的報告」（Sim and Neisser, “Post-abortion Psychoses: A Report from Two Centers,” in *The Psychological Aspects of Abortion*, eds. D. Mall and W.F. Watts, University Publications of America, Washington, D.C., 1979），在人口達125萬的英國伯明翰市，在12年期間曾出現一個懷孕婦女自殺的個案。

韋德洛的「懷孕與試圖自殺」一文（Whitlock, “Pregnancy and Attempted Suicide,” *Comparative Psychiatry*, vol. 9, no. 1, 1968）報道了一個在澳洲布里斯班進行的同類研究。研究結果顯示，這個城市從沒有任何懷孕婦女試圖自殺。

對比這些研究及其他顯示鮮有懷孕婦女試圖自殺的研究，婦女在墮胎後自殺的個案卻有完備的記錄。1976年5月25日，韋瑪烈博士（Dr. Margaret White）在英國皇家內科醫學院（British Royal College of Physicians）致詞。她指出在威斯敏斯特集團（Westminster Group）醫院處理的1,000宗試圖自殺個案中，曾接受墮胎的婦女試圖自殺的數字是一般人口中自殺婦女的九倍。

參考文獻

現在我們面對一個矛盾的情況：那些患有你想像到最異常的狀況和最嚴重的障礙的婦女正在懷孕——現代產科就是這麼安全……我們當中有些婦女因患上脊椎變形、脊柱裂，一生從來沒有離開輪椅；有些婦女曾接受心瓣移植手術，或是……以鋼珠瓣代替正常的心瓣；有些婦女已植入人工腎臟；有些婦女曾接受腎臟移植。患有各種各樣異常障礙的婦女正在懷孕，為滿全自己，現代產科……就是這麼安全。然而，其他患有小問題或完全沒有問題的婦女正在要求墮胎、治療性的墮胎……因為她們的孩子為她們帶來不便或困擾。

Liley, Sir Alfred William, *Borowski v. The Attorney General of Canada*, Transcript of Evidence and Proceedings at Trial, pages 221-222, Regina, Saskatchewan, May, 1983.

* * * *

……幾乎沒有任何情況是不進行墮胎母親就會死亡的。

Beirne, Patrick, M.D., *Borowski v The Attorney General of Canada*, Transcript of Evidence and Proceedings at Trial, page 444, Regina, Saskatchewan, May, 1983.

* * * *

自1953年至今，我從來沒有見過任何病人因無法獲得所需要的墮胎而死亡……現在的醫生已具有所需的器具和知識，以至不論患者是否懷孕，他們也能夠處理幾乎任何疾病，而不必終止懷孕。

韋若伯醫學博士，美國伊利諾伊州芝加哥聖伯納醫院，全美醫學協會前任會長，1981年10月19日。

Williams, Jasper, Jr., M.D., *Bernard Hospital*, Chicago, Illinois, Past President of the National Medical Association, October 19, 1981.

* * * *

我要以書面確認，現今加拿大醫學進步，以至根本沒有任何支持墮胎的醫療原因。我們必須明白，有些為挽救母親生命所採用的治療方法會引致子 內胎兒死亡的意外結果，但醫生很少使用這些方法，而且這種情況不論在醫學上或道德上，都不算是墮胎。

Kryn, Edward, M.D., Letter to Alliance for Life Ontario, November 3, 1995.

第六章

墮胎的理由：因強姦或亂倫成孕

因姦成孕

誰也不能否認，受到暴力襲擊而懷孕的婦女有特殊需要。

強姦是令人髮指的暴力罪行。在討論這個話題時，人們往往情緒激動。正是為此，社會大眾大都接受因姦成孕的婦女墮胎，許多立法者也容許法例為這些婦女提供豁免。然而，如前墮胎醫生倪伯納（Bernard Nathanson）所言，一旦撇除情緒因素，這個問題的邏輯和現實就會清晰呈現。1982年2月11日，他向維吉尼亞州議會指出：

強姦是暴力對待手無寸鐵的人，這卑劣行為在受害者身上留下不能磨滅的羞辱。關鍵在於「不能磨滅」，因為即使摧毀因這行為形成的無辜生命，但強姦所留下難以言喻的情緒和心理影響，也永遠不能磨滅。反之，這樣做只會藉著另一個致命的暴力行為，擴大其影響。

統計數據證實，因姦成孕的個案極為罕見。根據加拿大衛生與福利部及加拿大統計局的記錄，在加拿大從來沒有一宗因姦成孕的個案。

曾有人對明尼亞波利斯—聖保羅（Minneapolis-St. Paul）地區醫院的3,500宗性侵犯個案進行為期10年的研究。根據在1970年9月發表於《教育家》期刊（The Educator）的研究報告，其中並無任何懷孕個案。

韋克博士在其著作《墮胎手冊》中（Dr. J.C. Willke, Handbook on Abortion, Hayes Publishing, Cincinnati, 1979）指出：「近期在美國中西部一家大型醫院舉行的產科大會對出席的醫生（他們合共曾接生19,000次）進行意見調查，結果顯示沒有任何一個醫生曾為因姦成孕的婦女接生。」

維護生命聯盟（Alliance for Life）刊物《因姦成孕可以作為墮胎的理據嗎？》（Should Rape Be an Argument for Abortion?, Winnipeg, 1986）概述了以下令懷孕機會減少的事實：

- 加拿大已屆生育年齡婦女中，約有四分之一已接受永久絕育。
- 此外，有15%的婦女是自然不孕的。
- 另有15%的婦女使用口服避孕藥。

- 在性侵犯個案中，有相當高比率的施襲者患有性功能障礙。雖然半數的施襲者曾以性器官插入婦女的身體，但許多並沒有留下精子。由於施襲者沒有能力留下精子，故婦女不會懷孕。
- 有15%的男性是自然不育的，加上有接近四分之一的加拿大男性已接受絕育手術，因此婦女懷孕的機會大幅下降。

多項研究顯示有半數強姦個案涉及口交或肛交。此外，還有另一個醫學事實：在大多數個案中，婦女因受驚而妨礙排卵，以致婦女無法因姦成孕。

1977年，紐西蘭一個有關避孕、墮胎和絕育的委員會建議放寬當地的墮胎法。委員會亦建議准許因姦成孕的婦女接受墮胎。委員提出兩個理由：因姦成孕的發生率非常低，而作出失實聲稱的機會則非常高。

選擇打掉因姦成孕的胎兒往往是基於社會大眾的態度，而不是受害者的意願。馬桑德博士是「懷孕與性侵犯」一文的作者（Dr. Sandra Mahkorn, "Pregnancy and Sexual Assault," *The Psychological Aspects of Abortion*, University Publications of America, Washington, D.C., 1979）。她的研究顯示只有半數因姦成孕的婦女選擇墮胎，而她們主要的憂慮不是懷孕，而是人們怎樣對待她們。這些結果似乎指出，如果所有強姦的受害者都獲得許多關愛和支持，而不是被判斷和指責，那麼可能會有更多受害者選擇生下孩子。

有些懷孕的強姦受害者能夠接受自己懷孕，但不能接納孩子。她們認為安排孩子接受領養為孩子和她們來說都是最好的。許多願意領養子女的夫婦須輪候多年，因此為強姦中受孕的孩子尋找領養父母並非難事。

強姦的受害者接受墮胎後，也會患上墮胎後症候群。要是因姦成孕的婦女患上墮胎後症候群，她們承受的內疚、否認和抑鬱無異於在愛情關係中發生自願性行為而懷孕並墮胎的婦女。原因可能關乎婦女在墮胎行動中的角色。她可能這樣想：是她同意墮胎；她有份參與這暴力行為，導致一個無辜的孩子死亡，而這個孩子不僅對強姦行為沒有任何責任，還成為另一個受害者。

遭強姦的是她；她也對強姦行為沒有任何責任。她是無辜的受害者，不應感到內疚。強姦是那麼暴力、造成那麼大的創傷，以致她可能永遠無法忘記此事，但是在適當的輔導幫助下，她可能會逐漸接受這些過去。

最重要的是，我們不應以任何方式，淡化這罪行造成的創傷、痛苦和不義，也不應漠視因姦成孕的婦女所面對的重大困難。然而，我們必須確保不要讓同情蓋過理性，然後接受以墮胎解決問題。

因亂倫成孕

亂倫觸犯了一個悠久和嚴格的社會禁忌，通常是最應該擔任保護者的人（往往是父親）成為施虐者。亂倫涉及施虐的人及遭剝削的孩子。有別於強姦，這種形式的性侵犯可能在一段很長的期間多次發生。

如發生亂倫交合導致懷孕的事件，顯示家庭關係出現嚴重問題。這是需要處理的家庭問題。打掉在亂倫關係成孕的孩子可能會令受害者受到更大傷害。

美國羅耀拉法律學院（Loyola School of Law）法學教授烏巴塞（Basile Uddo）在1983年向全國生命權大會（National Right to Life Convention）致詞時說：

……要是墮胎服務垂手可得，亂倫關係很有可能延續下去……事實上，要是能夠迅速處理掉亂倫的證據（孩子），受害人很可能會繼續遭剝削。在受害者身上的證據，正是所發生的事件的證明。墮胎就像是將亂倫問題掃到地毯底下，把亂倫關係的證據除掉。這方法不僅治標不治本，而且可導致亂倫受害者遭受剝削……

莫希德博士（Dr. Heather Morris）在博羅斯訴訟中作證（Borowski v. The Attorney General of Canada, Transcript of Evidence and Proceedings at Trial, page 597, Regina, Saskatchewan, May, 1983）。她強調說，在亂倫個案中，整個家庭都急需接受特殊援助。當被問及亂倫能否成為墮胎的充分理由，她堅決提出反對：

在我看來，這個家庭最需要的援助就是整個家庭獲得援助，可能是精神科醫生、社工等的介入，而這才是我會嘗試向這個家庭提供的援助。畢竟，在這個家庭中，最大問題的成員就是使這個少女懷孕的男人；這個少女正為造成亂倫的家庭環境受到情緒困擾。在這三個當事人中，唯一健全的是未出生的孩子。法官大人，這個孩子不會是我想除掉的人。

參考文獻

那麼，核心問題不是我們能否為所有因性侵犯懷孕的受害者墮胎，而是探討我們可以作出甚麼改變，並透過社區教育，支持這些婦女渡過懷孕期。「墮胎是最好的辦法」這態度只會鼓吹一種想法：性侵犯的受害者應感到羞愧……這是應隱瞞的罪行。

Mahkorn, Sandra, M.D. (前強姦個案輔導員), "Pregnancy and Sexual Assault," *The Psychological Aspects of Abortion*, pages 66, 68, University Publications of America, Washington, D.C., 1979.

* * * *

心理支援極為重要，尤其是來自婦女的家人和朋友的支持。他們應支持她，清晰地向她表示：不論在任何情況下，將孩子帶到世上並不是值得羞愧的事，反而應為此感到自豪。

Meehan, Mary, "Accepting the Unjust," *National Catholic Register*, April 18, 1982.

* * * *

以墮胎除掉因姦成孕的無辜孩子能使母親回到未受侵犯的狀態嗎？墮胎有助逮捕強姦犯嗎？墮胎會使被強姦的婦女回復心靈的平安嗎？從某種意義上說，打掉因姦成孕的胎兒與強姦本身是同樣暴力的行為。

Koop, C. Everett, M.D. (前美國公共衛生署署長), *The Right to Live, The Right to Die*, page 62, Life Cycle Books, Toronto, 1980.

* * * *

墮胎對於強姦和亂倫的作用，好比嗎啡對於疼痛的作用——表面上很吸引，能提供暫時的舒緩，但對於嚴重的問題，這是非常不足的應付方法。即時的益處只會掩蓋更深的創傷，而這些創傷可能會惡化，造成更大的傷害。除非已經沒有治癒的希望，否則醫生絕不會只用嗎啡「治療」病人。以墮胎「治療」因強姦和亂倫懷孕的婦女就是表示這些婦女是沒有希望的一——她們是遭受侵犯、沾污和損壞的物品，而墮胎可為她們擦掉這污點。

Uddo, Basile, (美國羅耀拉法律學院法學教授), "Pregnancy Due to Rape and Incest," *Restoring the Right to Life: The Human Amendment*, page 188, Brigham Young University Press, Provo, Utah, 1984.

* * * *

……就像強姦的情況一樣，實在沒有精神科方面的證據，甚至沒有任何理論支持為亂倫成孕的婦女墮胎對受害人有治療作用……這樣做只是方便其他人……因亂倫成孕的受害者所面對的問題不是懷孕，而是亂倫帶來的心理痛苦。同樣，就像強姦的情況一樣，是婦女身邊的人表現的歧視和迷信令懷孕變得困難，而非懷孕本身。不像強姦，大部份亂倫成孕的個案，受害者至少在潛意識上是欲懷孕的，為將這事暴露出來。(Unlike the case of rape, most incest pregnancies are actually desired, at least at a subconscious level, in order to expose the incest.)

Reardon, David C., *Aborted Women, Silent No More*, pages 199, 202, Crossway Books, Westchester, Illinois, 1987.

第七章：墮胎與優生

產前檢查

醫療科學越來越善於檢測胎兒的殘疾問題，而且胎兒許多健康問題都可以在子宮內接受治療。然而，檢測殘障問題的診斷檢驗往往被用作墮胎的指標。不但患有殘疾的孩子會被除掉，而且錯誤的檢驗結果可導致健全的孩子死亡。

另一個廣為接受的墮胎理由，就是婦女可能誕下患有身體或精神殘疾的孩子。在「公共衛生科醫生對墮胎的看法」一文中（“A Public Health Physician Views Abortion”，Child and Family, vol. 7, 1968），瑞賀拔博士（Dr. Herbert Ratner）這樣評論為優生原因墮胎的做法：

要是因為胎兒可能有缺陷而允許施行墮胎，這是徹底偏離了整個醫學傳統，容許醫生基於他對某種缺陷的評估，而決定誰應該生存或死亡。這在醫學開展了一個全新的目的。除了改善、預防和治愈等醫療目的，我們還有毀滅性的醫療。

羊膜穿刺檢查

年齡超過35歲的孕婦普遍會接受一個稱為「羊膜穿刺檢查」（amniocentesis）（俗稱「羊水測試」）的檢驗。檢驗過程須從羊膜腔抽取羊水，並分析羊水所含的細胞，以確定胎兒是否有缺陷或殘疾。

羊膜穿刺檢查通常在母親最後一次月經後十六週進行，並要在兩至四週後才得知檢驗結果。因此，因檢測到胎兒異常而決定墮胎，最早只能在胎齡十八週動手術，並往往在胎齡二十週才進行。

張喬伊博士（Dr. Joyce Chamberlain）的文章強調一個很少獲得承認的事實：羊膜穿刺檢查本身對母親和孩子都是危險的。文章題為「羊膜穿刺檢查的風險」（“The Risk of Amniocentesis”，The Lancet, December 16, 1978），報道了羊膜穿刺術醫學研究小組（Medical Research Council Working Party on Amniocentesis）的研究結果。研究小組比較了2,428個曾在懷孕前期半部接受羊膜穿刺檢查的婦女，以及相同數目不曾接受檢查的孕婦。為那些曾接受羊膜穿刺檢查的婦女而言，胎兒流失率為2.6%。為那些不曾接受羊膜穿刺檢查的婦女而言，胎兒流失率為1.1%。此外，在兩組婦女身上，到了懷孕後期，某些異常狀況似乎呈現相若的增幅，例如是胎盤早期剝離、早期羊膜囊破裂及產後出血等。

絨毛膜取樣檢查

絨毛膜取樣檢查是將一條窄管置入子宮，並以窄管從絨毛膜（包圍胎兒的外囊）抽取少量飄揚的卷鬚狀物（絨毛），然後分析樣本，確定胎兒是否患有關唐氏綜合症或遺傳病，如血友病、肌肉營養不良症、囊腫性纖維化、鐮刀型紅血球疾病、地中海貧血等。絨毛膜取樣檢查不能在懷孕十一週後進行，因為屆時絨毛膜已發育成胎盤，絨毛亦已分散。這種檢驗的準確性不及羊膜穿刺檢查。

甲種胎兒蛋白檢驗

其中一種可作為胎兒異常狀況指標的化學物質是甲種胎兒蛋白（alphafetoprotein）。檢驗方式主要有兩種，分別是檢驗羊水，以及為母親驗血。

羊水檢驗是在懷孕第十六週抽取羊水，檢驗其中的甲種胎兒蛋白含量。要是胎兒患有開放性神經管缺損，亦即脊柱裂及無腦畸形，則甲種胎兒蛋白的含量水平會偏高。甲種胎兒蛋白含量過低則顯示其他狀況，最常見的是唐氏綜合症。

較為簡單和安全的檢驗方法（母體血清胎兒蛋白檢驗）就是在懷孕期十六至十八週，從母親的靜脈抽血檢驗甲種胎兒蛋白含量。要是結果呈陽性，即顯示胎兒情況異常，通常會再次驗血，並可能進行超聲波檢驗，最後以羊膜穿刺檢查確認。

這些檢驗的唯一目的是確認孩子是否患有殘障；要是胎兒真的患有殘障，通常接下來會進行墮胎。

超聲波檢查

超聲波檢查技術相當完善，並已可在第一孕期進行高清影像掃描，而在某些地區，這已成為常規檢查。

1998年6月，《英國醫學雜誌》（British Medical Journal）的「第一孕期的超聲波檢查」一文討論了這種技術及它可能帶來的「道德和心理問題」（“First Trimester Ultrasound Screening,” British Medical Journal, 12/8/98; 317:694-695）。

超聲波檢查可在懷孕初期識別胎兒在染色體和結構方面的異常狀況。過去通常只會對高危孕婦進行超聲波檢查，但現在這已經成為越來越普遍的常規檢查。由於檢驗結果常被用作墮胎的指標，以識別和殺死患有殘疾的孩子，因此為孕婦和醫療人員帶來倫理道德方面的難題。

此外，檢驗結果的誤差可導致健全的孩子死亡。1999年在加拿大艾伯塔省山麓醫院（Foothills Hospital）發生的醜聞突顯了這個問題的嚴重性。在1999年初，《艾省要聞》雜誌（Alberta Report）揭發山麓醫院施行晚期墮胎手術試圖打掉胎兒，任由胎兒死亡。

山麓醫院的急症護理公共關係主管龐雪莉（Shirley Popadiuk）承認，在1998年大約施行了40次這類的晚期「基因問題墮胎」。醫院的高層人員聲稱，只有當有關檢驗顯示胎兒的身體發育畸形，醫院才會施行晚期墮胎手術打掉胎兒。

然而，調查發現有些遭打掉的胎兒並無任何身體發育異常的跡象，顯示醫生對胎兒作出誤診。要是懷孕晚期對胎兒的檢驗結果可以有誤，那麼在懷孕初期的檢驗發生錯誤的風險更大。

該報道質疑要是檢測到異常狀況、醫生建議墮胎並付諸實行，那麼墮胎會為母親及胎兒現有和將來的兄弟姊妹帶來甚麼心理問題。

若在這種先進技術幫助下，母親在懷孕初期發現胎兒患有嚴重殘疾問題，這會對母親構成甚麼影響？有些婦女寧可不知道實情。醫院必須提供優秀的員工培訓和耐心的輔導，而且孕婦必須明白有可能出現假陽性或假陰性結果，她亦可決定完全不接受這些檢驗。

選擇性殺胎

貝馬科博士（Dr. Malcolm N. Beck）是加拿大愛德華王子島省查洛城（Charlottetown, P.E.I.）的執業兒童精神科醫生。他將基於優生理理由的墮胎描述為「選擇性殺胎」。他指出：

這是指故意和有系統地尋找在精神或身體上未能符合標準的胎兒，主要目的是在發現這樣的胎兒後，結束他們的生命。

貝博士區分生育選擇的墮胎與選擇性殺胎，後者往往涉及摧毀父母計劃和期盼的孩子。

1990年，貝博士在《加拿大醫學會期刊》的「有關優生墮胎的道德批判」一文（“Eugenic Abortion: an ethical critique,” Canadian Medical Association Journal, 143 (3), pages 81-83）指出：

〔選擇性殺胎〕伴隨著技術問題和臨床併發症，並可能對母親構成嚴重的心理影響……這為醫生帶來倫理問題，亦帶來更廣泛的社會問題，並可能對醫療行業的社會身分產生不良影響。

貝博士認為優生墮胎的人命代價非常高，並指出因這些產前檢查而遭打掉的殘疾胎兒數目與遭打掉的正常胎兒數目大致相若。

人工性別選擇

醫生藉著羊膜穿刺檢查確定胎兒的性別，父母可借用這資訊進行性別選擇。有些父母可能特意獲取這資訊，要是胎兒的「性別不合」，便會墮胎。

在印度，父母以性別選擇打掉不想要的女嬰，但這樣的做法在1996年1月已遭禁止。儘管如此，近期的媒體報道顯示，這行為仍在當地盛行。1999年，傳媒報道印度醫學協會（Indian Medical Association）總幹事艾普林（Prem Aggarwal）的評論。他說，超聲波技術的使用在印度導致更多女性胎兒遭打掉，危及印度的人口模式。

中國的人口趨勢是男女兒童比例失衡越來越嚴重。許多人認為這是選擇性地打掉女性胎兒的做法盛行所致。

在美國亦有大量相關的個案紀錄。1999年，加拿大衛生部長洛艾倫（Allan Rock）提出禁止性別選擇墮胎。當時加拿大有很多人反對，即使他們表示，他們在原則上反對基於這樣的理由墮胎。我們無法得知有多少人因胎兒的性別要求墮胎，但我們知道這事確實在發達國家和發展中國家發生。

參考文獻

對於那些對社會沒有貢獻或對社會造成困擾的生命，有些人輕鬆地提出要毀滅他們，而不是推行教育或改進措施。這種態度可能是缺乏創意思考的第一個危險訊號，而創意思考正是民主社會的重要特色。

Alexander, Leo, M.D., "Medical Science Under Dictatorship," New England Journal of Medicine, July 14, 1949.

* * * *

……殘障不一定是不幸。我所認識最不幸的孩子中，有些身體完全正常，而且許多殘障青年都喜樂地接受那些我認為難以承受的困難。

前美國公共衛生署署長古埃弗醫學博士於1983年4月向美國參議院家庭及人本服務小組委員會提供的證詞。

Koop, C. Everett, M.D., former U.S. Surgeon General, testimony before the U.S. Senate Subcommittee on Family and Human Services, April 1983.

* * * *

殘障兒童面對的挫敗似乎不遜於那些完全正常的兒童所經驗的。我可以證明這個事實。我的專業生涯大部分是服務孩子。他們在別人眼中都不是完全正常的，而我認為能夠參與延長這些青年的生命，是我的榮幸。在數以千計我有份參與的這類情況中，從來沒有父母問我為甚麼要那麼努力救治他們有缺陷的孩子，也沒有病人問我為甚麼要那麼辛苦地救活他或她。現在這些孩子有些已經35歲了，但從來沒有父母向我表示他們寧願孩子沒有給救活過來。

Koop, C. Everett, M.D., The Right to Live, The Right to Die, page 62, Life Cycle Books, Toronto, 1980.

* * * *

我們往往忘記我們的文明曾如何艱難地克服心裡的衝動，拒絕除去為我們帶來不便的人。一旦拋開禁忌，我們會想到多少為我們帶來不便的人啊……

"From Abortion to Infanticide," Editorial, The Washington Times, May 18, 1982.

* * * *

「性別選擇」可……「讓婦女從這個世界獲得解放……」

Jefferson, Mildred, M.D., quoted in "Women: The Next Endangered Species?" Lynch, Pat K., Mademoiselle, May, 1977, page 34.

* * * *

受訪的6,000個已屆生育年齡的婦女中，有39%表示如有機會，她們會選擇孩子的性別。

Ryder, Norman B., Westoff, Charles F., National Fertility Study, 1970, Office of Population Research, Princeton University.

* * * *

印度已經禁止打掉健全的女性胎兒，試圖在這個男性主導的文化中，取締打掉女性胎兒的普遍做法……雖然沒有關於殺害女嬰或打掉女性胎兒的全國統計數字，但印度男女比例失衡的情況顯示這是普及的行為。

Roy, Ranjan, Associated Press, India, January 9, 1996.

第八章：墮胎迷思

墮胎有助減少虐待兒童個案

讓墮胎服務垂手可得並不能遏止虐待兒童的問題。雖然真的有許多孕婦對懷孕的反應是抗拒、怨恨、沮喪和抑鬱，但這種感受（荷爾蒙變化引致的感受）在懷孕初期是正常的，通常在懷孕期稍後便會消失。不幸的是，很多婦女在經歷抑鬱的時期，醫生卻建議她們墮胎，而不是提供輔導和支持。

這樣看來，放寬墮胎不僅不會減少虐待兒童發生的機會，反而會增加這樣的事件。加拿大精神科醫生奈斐里（Philip Ney）在研究墮胎與虐待兒童的關係後表示，加拿大的虐待兒童個案與墮胎個案的增幅相若：英屬哥倫比亞省及安大略省是墮胎比率和虐待兒童比率最高的省分；愛德華王子島紐芬蘭省（Newfoundland, P.E.I.）及紐賓士域省（New Brunswick）則是墮胎比率和虐待兒童比率偏低的省分（P. Ney, “The Relationship Between Abortion and Child Abuse,” *Canadian Journal of Psychiatry* 24:610, 1979）。

受虐兒童來自意外懷孕

大多數虐待子女的父母在孩子受孕時都期盼子女誕生。美國南加州大學醫學院（University of Southern California School of Medicine）林艾華醫學博士（Edward Lenoski, M.D.）以受虐的兒童為對象，進行了為期七年的研究，並確定超過90%的受虐兒童在母親懷孕時是父母期盼的孩子。這些孩子的母親比大多數孕婦更早開始穿著孕婦裝，其中有24%孩子的父親更以自己的名字為孩子命名。換句話說，受虐的兒童並非來自意外懷孕（Lenoski, E.F., “Translating Injury Data into Preventive Health Care Services, Physical Child Abuse,” University of Southern California, 1976, and in Lenoski, E., *Heartbeat*, vol. 3, no. 4, December, 1980）。

合法墮胎有助減少非法墮胎的危害

墮胎支持者最常用的其中一個論據是：「合法」墮胎使婦女不必訴諸「非法」墮胎，因而可拯救無數婦女。就此事最常引用的報告是英國皇家婦產科學院（Royal College of Obstetricians and Gynecologists）在1970年發表的報告。這報告綜合了英國顧問產科醫生的意見，指出：

我們的數據顯示……儘管在1968年至1969年期間，治療性（合法）墮胎的數字急升，但不幸的是，需要入院接受治療的流產（非法墮胎）個案數目沒有顯著變化……墮胎合法化至今依然沒有大幅降低流產的數目或因各類墮胎所引致的死亡，這事實不足為奇。這印證了大部分國家的經驗，也符合學院1966年的報告所預測的。

在《墮胎報告》中（Induced Abortion, A Documented Report, Minnesota Citizens Concerned for Life Inc., Owatonna, Minnesota, 1973），馬約診所的何博士及余博士（Drs. Hilgers and Sherin）調查了來自10個國家的21份科學報告。在其中八個國家，寬鬆的墮胎法例獲得通過後，對非法墮胎比率「沒有影響」；在其中兩個國家，寬鬆的墮胎法例實在提高了非法墮胎的比率。

有很多原因令墮胎合法化不能遏止非法墮胎。其中一個原因是婦女憂慮事情曝光，被人發現。自尊心或羞愧是另一個原因，而且婚外懷孕必然會促使某些婦女尋求沒有人會發現的墮胎途徑。

合法墮胎是安全的

墮胎支持者爭辯說，合法途徑是安全的，而且要是廢除合法墮胎，就是迫使婦女任人「宰割」。不論合法與否，墮胎本身有其風險，而這些風險可以相當嚴重。

墮胎支持者為利用這個非法墮胎理據提倡墮胎，其中一個手法就是捏造數據，誇大墮胎合法化之前死於非法墮胎的婦女的數目。他們爭辯說，要是墮胎再次刑事化，成千上萬的婦女將再次死於自己手上，或是「黑市屠夫」手中。

前墮胎醫生及全國墮胎權行動聯盟（National Abortion Rights Action League）的創辦人之一倪伯納博士在其著作《以墮胎毀掉美國》中（Dr. Bernard Nathanson, Aborting America, Life Cycle Books, Toronto, 1979），這樣評論所捏造的數據：

當墮胎是非法時，死亡數字是多少？在全國墮胎權行動聯盟中，我們一般會強調個別個案，而不是大量的統計數字，但當我們談及後者時，總是說每年有5,000至10,000宗死亡個案。我承認我知道這些數字是完全虛構的，我相信當其他人靜下來想一想，也會知道這個事實。可是，在我們這個革命的「道德觀」之中，我們認為既然這是個實用和獲得大眾接受的數字，那麼何必勞神以誠實的統計數字來糾正它？最重要的問題是要廢除有關法例，而任何必要的合理措施都是可以接受的。

事實上，美國國家衛生統計中心（National Center for Health Statistics）編製的圖表顯示，1941年有1,400人死於墮胎。自從使用盤尼西林治療致命的感染後，在1946年只有少於300名婦女死於墮胎。1972年，即美國最高法院宣布墮胎合法化的前一年，有39名婦女死於墮胎。圖表涵蓋所有與墮胎有關的死亡，包括合法和非法墮胎。自從羅訴韋德案（Roe v. Wade）裁定墮胎在美國合法後，墮胎引致死亡的數字不斷下降，但有更多人死於合法墮胎。

墮胎支持者常用的第二個理據是：要是再次使墮胎刑事化，將迫使婦女向黑市屠夫求助，但芝加哥一項研究已否定了這理據。研究揭露了城內所謂安全合法的墮胎診所的實況。

1978年，《芝加哥太陽報》（The Chicago Sun Times）和改善政府協會（Better Government Association）進行調查，以確定在診所接受墮胎的婦女是否獲得安全和適當的護理。他們的代表潛伏在六家診所，在其中四家診所目睹以下情況：

- 雜亂無章、未經消毒和違法的醫療程序和環境
- 不稱職和不合資格的醫生
- 為沒有懷孕的婦女墮胎
- 大規模感染
- 嚴重內傷（部分非常嚴重，以致須割除所有生殖器官）
- 只用兩分鐘完成墮胎（其他地點所用的時間平均為10至15分鐘）
- 有些醫生匆忙完事，甚至沒有為婦女止痛
- 倚賴藥物
- 沒有獲取重要的手術後病理報告
- 質素極為低劣的記錄保存方式
- 輔導員不是受薪提供輔導，而是「推銷」墮胎服務
- 婦女遭受蒙騙、重創、傷殘，在伊利諾州診所至少有12宗致死個案
- 對年僅十歲的女童施行墮胎
- 墮胎已成為價值數以百萬美元的業務

《芝加哥太陽報》的結論是：「合法的獨立墮胎診所是讓高利潤和極度危險的黑市墮胎合法化。」

墮胎有助減少罪案

另一個墮胎迷思就是墮胎有助減少罪案。近年莫泰勒（Henry Morgentaler）使這個迷思受到更多人注意。首先，這種說法是基於一個事實：墮胎本身不是罪行。其次，這個假設是基於一個不獲公認的犯罪理論。

這個迷思在1999年再度成為焦點，因為美國的雷斯提（Steven Levitt）及唐若翰（John Donohue）的報告指出，美國在八十及九十年代的罪案率不斷下跌，可能與七十年代初期墮胎合法化有關。自此，莫泰勒便利用這報告在加拿大極力提倡這個主張。1999年5月22日，他在加拿大《國家郵報》（National Post）寫道：「[我要指出][墮胎服務]垂手可得，北美已有數以百萬計超過一個世代的婦女接受墮胎，結果來自意外懷孕或受虐待的兒童減少，罪案下降，情緒及精神疾病亦很可能因此減少。」

這說法背後的理據是：從統計數字看來，貧窮、少數群體及青少年母親的子女往往成為罪犯，以及有許多這樣的母親接受墮胎，令犯罪率下跌。這個理論亦與一個說法有關：應提供墮胎服務，因為「每個孩子都應是父母期盼的孩子」——這假設了父母期盼的孩子必會享有健康成長所需的愛和培育。莫泰勒在1995年的《溫哥華太陽報》寫道：「在這些可能觸犯罪行的青年當中，因在兒時受虐或殘酷對待而心懷憤怒和仇恨者，為數已經減少。」

賽斯提（Steve Sailer）在《國家郵報》撰文（1999年8月24日）反駁雷斯提及唐若翰。他寫道，事實上，「根據美國聯邦調查局的統計，在1993年，14至17歲青年（生於1975年至1979年墮胎率高企的時期）的謀殺率令人咋舌，較在1984年同齡青年（生於1966年至1970年墮胎合法化前的時期）的謀殺率高3.6倍。在同一期間，25歲及以上的謀殺率（全部生於合法化之前）下跌6%，形成強烈對比。」

根據《生命園地新聞》（LifeSite News）（2000年1月18日）的報道，加拿大統計局報告說，加拿大的青少年暴力罪行在過去十年增加77%，尤其是12至17歲的女青年（增幅為127%；以每1,000人口計，由1988年的2.1增至1998年的4.7）。男青年的犯罪率上升65%，以每1,000人口計，由1988年的8增至1998年的13.1。

墮胎是必要的醫療措施

其中一個有關墮胎的普遍迷思，就是以為墮胎是必要的醫療措施。即使是從支持墮胎的角度來看，只有當懷孕危及母親的身體健康，才可以說墮胎是必要的醫療措施。有關這個假設的謬誤可見於上文第五章的討論。

這一點不僅就其本身而論是重要的，其重要性也在於加拿大聯邦政府宣稱墮胎是必要的醫療措施，好能使用納稅人的稅款資助墮胎手術。聯邦衛生部長一再宣稱，他們必須根據《加拿大衛生法》資助墮胎，必無他法。然而，《加拿大衛生法》只規定政府須資助「醫療上必要的」手術。

在有關墮胎合法化的爭辯中，這樣的宣稱同樣有其重要性。在1969年4月有關《綜合法案》（改變墮胎法例的《C-150法案》）的辯論中，代表閃高北區（Simcoe North）的議員賴納特博士（Doctor P.B. Rynard）質詢墮胎費用可否「以醫療住院保險」支付。司法部長杜約翰（John Turner）的回答是：「不行！」（議事錄，1969年4月28日，第8078頁；引用於：Alphonse de Valk, *Morality and Law in Canadian Politics*, 1974, p.120）。

在其後的辯論中，當被問及「健康」一詞在擬議法例的意思，司法部長杜約翰說：「健康是無法定義的，這將交由醫生的良好專業判斷來決定。」（議事錄，1969年4月28日，第8124頁；引用於：Alphonse de Valk, *Morality and Law in Canadian Politics*, 1974, p.121）

聯邦政府撥出數百萬美元支持各省的衛生服務，並曾多次利用其資金的力量向省政府施壓，要求他們資助墮胎服務，更威脅省政府說，要是他們考慮撤銷對墮胎的資助，聯邦政府會拒絕發放部分資金。最近，衛生部長洛艾倫（Allan Rock）在2001年聯邦大選後，隨即威脅曼尼托巴省（Manitoba）、紐賓士域省（New Brunswick）及愛德華王子島（Prince Edward Island）政府，要是他們拒絕增加對墮胎的資助，將會對這些省分處以罰款。

這些省分已在醫院為墮胎提供全額資助。洛艾倫先生敦促他們亦要全數資助私人診所的墮胎，例如是著名墮胎醫生莫泰勒（Henry Morgentaler）開設的診所。諷刺的是，雖然他這樣支持私人「診所」的營運，但同時亦公開質疑私人診所向付費客戶提供磁力共振掃描等其他醫療服務的合法性。

事實上，代表約克頓—梅爾維爾（CA—Yorkton-Melville）的布蓋瑞（Garry Breitkreuz）曾依據《自由資訊法》，向加拿大衛生部索閱有關洛艾倫（以及前任衛生部長馬黛安Diane Marlea）聲稱墮胎是必要醫療措施的文件記錄。布先生獲得回覆，稍後在其個人提案M-228的辯論中公開有關文件，要求加拿大法律重新定義人的生命，涵蓋未出生的孩子。

2001年3月22日，他向眾議院表示：「在3月8日，加拿大衛生部回覆說：『我很遺憾地告知閣下，部門官員經徹底翻查所有可能的記錄後，已確認並沒有任何與您的請求有關的記錄。』這真是令人吃驚。每年有超過100,000個未出生的孩子喪失生存的權利，而衛生部竟然沒有一份文件證明墮胎是必要的醫療措施。」

加拿大曾在不同省分進行調查，了解人們是否願意以納稅人的稅款資助墮胎，但大部分受訪者表示不願意。這情況可見於艾伯塔省（Alberta）、薩斯喀徹溫省（Saskatchewan）、安大略省（Ontario）及紐賓士域省（New Brunswick）。

墮胎有助解決人口過剩

從目前對人口過剩的關注可見，十九世紀的經濟學者馬爾薩斯牧師（Rev. Thomas Robert Malthus）的理論重新冒起。他對地球人口的影響抱持悲觀看法，認為人若有自由隨意繁衍，人口將會超過維持生存所需的資源。他認為，這樣會導致戰爭、瘟疫和其他災難，從而將人口減至可管理的數目。

第二次世界大戰結束後不久，這些憂慮再次在我們的時代浮現，並已被確認是提倡墮胎權利和供應避孕措施（包括對發展中國家的婦女施行強制絕育和秘密實驗）的全球策略背後的主要理據。1952年，國際計劃生育聯盟（International Planned Parenthood Federation）於印度孟買成立。同年，洛約翰（John D. Rockefeller III）在紐約創辦人口理事會（Population Council）。此後，其他直接或間接地針對這個問題的組織紛紛在世界各地成立。

各國政府緊貼最新趨勢，設立相關的部門和機構，以應付人口增長的問題，而且幾乎全部斷言「人口過剩」是真實存在的威脅。有些甚至把這威脅視為國家安全問題。1967年，在《科學》雜誌的「人口政策：當前的計劃會否成功？」一文（“Population Policy: Will Current Programs Succeed?”，Science, vol. 158, November 1967），作者戴金斯（Kingsley Davis）指出，最初政府認為「節制生育」的爭議性太大，難以獲得足夠的公眾支持。他寫道：「隨著越來越歇斯底里的運動喚起對人口增長的憂慮，在六十年代中期，這些顧慮消失了……」

馬爾薩斯的批評者早就注意到，他的理論的關鍵之處，就是認為人與動物具有相若的智慧和創造力，並否定人能夠有效應付人口增長的挑戰。馬爾薩斯分析理論的其中一位主要支持者艾保羅（Paul Ehrlich）撰寫了《人口炸彈》一書（The Population Bomb），吸引了美國社會大眾對這個問題的注意。他對自己的理論充滿信心，認為人們（至少是西方人）賴以生存的自然資源將會耗盡，甚至很早便預測資源耗盡的日期。

已故的經濟學者施祖安（Julian Simon）對人類解決問題的能力抱持較樂觀的看法，至少是對人類在互相競爭和自由市場環境中的能力感到樂觀。他與艾保羅博士就其預測作出打賭。最後，施博士贏了這場打賭，因為人口過剩大師所預測的日期最終順利過渡了。艾博士的信念沒有動搖，而只是調整了他預測的時間。然而，他再不願與施博士打賭了。

人口過剩理論家所憂慮的，包括人們賴以生活的土地，以及木材、銅、錫和其他金屬等自然資源，還有石油、煤炭和天然氣等能源資源，以及用於種植健康食物的農地。然而，歷史沒有證據支持人口過剩理論倡導者所作的不良預測。

在人口密度方面，世界人口為數60億，但其密度大致等於主要為農村地區的美國喬治亞州人口密度。「如果向每個人分配1,250平方呎的土地，德克薩斯州已足以容納全球人口。你們試著算算看：德克薩斯州佔地7,438,152,268,800平方呎，除以全球人口5,860,000,000人，相等於每人佔1,269平方呎。這個大型城市的人口密度將會略高於三藩市，並低於布朗克斯（Bronx）。」經濟學者嘉杰琳博士（Dr. Jacqueline R. Kasun）在1998年5／6月號的《使者》雜誌（Envoy Magazine）這樣寫道。

當討論到資源枯竭問題，經濟學者和其他研究人員已提出一個有力的論據：在競爭性的經濟環境下，市場有關供求的訊號能有效地（但不完全地）促致持續增長所需的技術發展。有時候，這是指在被視為快將枯竭的資源以外，尋求其他資源來應付需要；有時候，這是指開發使資源運用更為有效的技術。在某些情況下，這是指開發新的途徑，以有效的方式獲取更大量的資源。

人口過少

人口過剩理論是否合理仍有爭議。這爭議可能是重要的，但在今天似乎越來越無關緊要，因為在過去數年，在世界各地發現的證據顯示人口正不斷下降，有些國家（尤其是在西方）甚至不再有能力繁衍下去。

「聯合國的數字顯示，佔世界人口40%的70個國家目前生育率過低，難以制止人口減少。」經濟學者嘉杰琳博士（Dr. Jacqueline R. Kasun）在1998年5／6月號的《使者》雜誌（Envoy Magazine）表示：「亞洲的生育率由1966年至1970年的2.4下降至1990年至1995年的1.5。在拉丁美洲和加勒比地區，生育率由1960年至1965年的2.75下降至1990至1995年的1.70。在歐洲，生育率在1990年至1995年下降至0.16，實際上就是零。世界人口的年增長率變化由1965年至1970年的2%下降至1990年至1995年的少於1.5%。在世界各地，一般婦女一生養育的子女數目（總生育率）由1950年至1955年的5名下降至1990年至1995年不足3名（僅夠「接替」目前這一代所需的總生育率應為2.1）。在較發達的地區，總生育率在同一期間從2.77下降至高於1.68。在較落後的地區，總生育率從高於6下跌至3.3。」

在加拿大、美國及英國，越來越多人開始對人口水平和趨勢提高警覺。1999年，加拿大統計局公布，加拿大經歷了「30年來最低的年增長率」——自1998年7月1日起計為0.9%——「相比1988年至1989年的高峰年所錄得的1.8%，增長率只及一半」。人們將之歸咎於移民和全國生育率下跌4,800。加拿大統計局表示：「自1989年至1990年起，作為人口增長因素之一的自然增長（即出生率和死亡率的差異）持續下降。」

美國人口普查局在1999年12月發表的一份報告（《1999年美國人口普查局統計摘要：千年彙編》“1999 US Census Bureau Statistical Abstract: Compendium for the Millennium”）表示，美國人已沒有足夠的下一代接替他們。1998年聯合國修訂其世界人口展望，包括預測在2020年之前，美國的生育率（平均每個婦女養育的子女數目）將會下跌至只有1.5。因此，預計約在2030年，美國人口將開始減少。2000年3月，英國家庭政策研究中心（Family Policy Studies Centre）發表的一份報告指出，當地的生育率已下降至1.73。

強制墮胎有助解決人口問題

或許沒有哪個國家比共產政權的中國更積極地應付「人口過剩」的問題。該國政府在八十年代初制定了著名的「一子政策」。執政者試圖限制家庭規模，只限每個家庭生育一個子女（有時容許農村家庭育有兩個子女）。雖然執政者淡化墮胎在這政策中的重要性，但越來越多文件顯示墮胎——甚至是產後殺嬰——被接受為限制家庭規模的方法，即使這不是普遍的情況。除了為優生理由選擇性別，沒有其他令人信服的理由可解釋中國男女童比例日趨失衡的情況。

2000年8月，有報道指中國人口控制部門的人員在一對父母面前將其初生嬰兒溺斃，讓世界見證了中國令人咋舌的殺嬰問題。《倫敦時報》報道指（2000年8月24日），這對父母已經育有兩個孩子，因此當局下令施行墮胎，為母親「強行注射鹽水引產，並殺死孩子」。然而，嬰兒存活下來，父親不願執行命令殺死自己的孩子，便將嬰孩藏在醫院後面。醫生很快發現和救出孩子，並將孩子交給父母帶回家裡。《倫敦時報》報道說：「有五個官員在家裡的客廳等他們。雙方發生爭執，期間官員抓住嬰孩，把嬰孩拖出屋外，當著嬰孩父母面前把嬰孩淹死在稻田裡。」

參考文獻

……墮胎是目前最熱門的話題。當然，爭論的重點是藉著防止孩子〔出生〕，而預防兒童遭毆打、忽視和虐待……乍看這是個非常直截了當的解決辦法，但其實流於空泛和簡單化，而且不是有效的方法。

Fontana, Vincent J., M.D. (美國紐約市馬約虐待兒童應變小組主席), *Somewhere a Child is Crying*, pages 215, 216, McMillan Publishing Company, New York, 1973.

* * * *

目前墮胎不僅提高孩子遭毆打的比率，也會助長後代虐待孩子和墮胎的趨勢。墮胎使母親和倖存的孩子感到內疚，並增加怨天尤人的可能，導致許多孩子遭毆打和殺害。更重要的是，母嬰之間有著微妙的連繫，要是干擾促成這連繫的微妙機制，將會危及數以百萬計沒有被打掉的嬰孩……我們已經擾亂了一個非常微妙的平衡，致使父母對抗自己的子女。這可能是一條不歸路。

Ney, Philip, M.D., *Abortion and Child Abuse*, page 34, quoted in *Aborted Women: Silent No More*, Crossway Books, Westchester, Illinois, 1987.

* * * *

有人主張意外懷孕傾向產生不良影響……幾乎完全沒有直接的證據證明這樣的因果關係……本文希望找到更有說服力和有系統的研究證據，解說其關係和對兒童的不利影響，但這樣的希望已經落空了。

Polman, E., "Unwanted Conceptions: Research on Undesirable Consequences," *Ethics Quarterly*, vol. 14, page 143, 1967.

* * * *

基本上兒童受虐不是意外懷孕的後果。

Kotelchuck, M., "Child Abuse and Neglect," *Policy Implications*, R.H. Starr, editor, Ballinger Publishing, Cambridge, 1982.

* * * *

許多受虐待的兒童在出生前是父母非常期盼的孩子。也許父母是為了錯誤的原因而期盼他們……在孩子出生後，疑惑和問題才開始浮現。

Fontana, Vincent J., M.D., *Somewhere a Child is Crying*, page 216, McMillan Publishing Company, New York, 1973.

* * * *

……我這一代有許多婦女以墮胎取代產子，不僅是實際上這樣做，也視之為踏入成人階段的一個重要門檻……基於某些在發揮影響但婦女未必自覺的動機，「希望意外懷孕」成為最吸引的事。這些動機包括：

- 渴望肯定自己的生育能力
- 測試男方的承擔感……
- 墮胎被視為踏入成人階段的門檻……由於選擇墮胎的婦女越來越多，墮胎變得更為人接受，甚至令人感興趣……
- 在「女性特質」與「女性主義」之間左右為難：懷孕證明我們是女性，而墮胎證明我們是女權主義者……

Savan, Leslie, "Abortion Chic: Attraction of 'Wanted-Unwanted' Pregnancies" The Village Voice, February 4, 1981.

* * * *

施行非法墮胎的醫生會讓婦女從後門進來，拿去她的錢，然後施行墮胎。今天，同一個墮胎醫生讓她在前門進來，拿去她的錢，然後以同樣的方式施行墮胎……

Willke, J.C., M.D., Abortion Questions and Answers, page 172, Hayes Publishing Co. Ltd., Revised, 1990.

* * * *

……現時90%的非法墮胎都是由醫生施行的。

Calderone, Mary, M.D. (計劃生育聯盟前任會長), "Illegal Abortion as a Public Health Problem," American Journal of Health, vol. 50, page 949, July, 1960.

* * * *

……如果全世界的人都搬進德克薩斯州……每個人都可獲分配相當於一般美國家庭的空間，而世上所有其他地方都空空如也。

Kasun, Jacqueline R. (德國柏林洪堡大學經濟學教授), Population and Environment: Debunking the Myths, page 2, Population Research Institute, Vanier, Ontario, 1991.

* * * *

當我告訴學生世界人口的增長速度如何急劇下降，他們都很驚訝……如果目前的跌勢持續，那麼在下個世紀結束前，世界較落後地區的人口將會是零增長。

Kasun, Jacqueline R. (德國柏林洪堡大學經濟學教授), Population and Environment: Debunking the Myths, page 2, Population Research Institute, Vanier, Ontario, 1991.

* * * *

……在1970年之前，世界人口的年增長率約為2%。七十年代以來，世界人口的增長率逐年下降至1.7%，預計未來將會大幅下跌……出生率已經下跌……預計將繼續下降……

Sassone, Robert L., Handbook on Population, page 51, Fifth edition, American Life League Inc., Stafford, VA, 1994.

* * * *

……有人對人口問題抱持悲觀態度，認為人口對資源供應構成持續不斷和不可避免的威脅；這種態度部分源自十九世紀初期的經濟學者馬爾薩斯牧師（1766-1834）的著作……馬爾薩斯認為，其必然的結果就是生活水平或生存所需不能趕上人口增長的速度。因此，他認為人口數目不斷威脅著要超過生活所需，並只能由「痛苦與邪惡」抑制。近200年的經驗已證明馬爾薩斯錯了……馬爾薩斯的悲觀理論與現今許多預測各種災難的報告非常相似。根據馬爾薩斯的邏輯所作的悲觀預測低估了人類的能力，不認為人類能夠稱職和負責地應付不斷變化的人口狀況。

Tychsen, Laurie, *Too Many People? Answers and Hope for the Human Family*, page 28, Greenlawn Press, South Bend, Indiana, 1986.

第九章：墮胎以外的選擇

危機懷孕輔導

隨著墮胎率不斷增加，加拿大社會已日漸意識到經歷危機懷孕的婦女數目正在上升。

許多團體以基本的服務提供支援，如住屋、保護、經濟援助、就業機會，或幫助婦女為孩子安排領養或寄養。這類援助有助減輕本身已相當緊張的情況所帶來的部分壓力。

加拿大各地有多個機構支持墮胎以外的選擇，並致力協助選擇自行養育子女的母親，幫助她們學習養育子女所需的技能。

出生權組織

其中許多提供墮胎以外選擇的團體是根據出生權組織（Birthright）的約章行事。出生權組織是一個跨宗派的緊急服務，在墮胎以外提供積極和保密的選擇。

出生權組織成立於1968年10月。當時一位加拿大家庭主婦夏露絲（Louise Summerhill）投身援助許多沮喪的孕婦面對困難。那時候，越來越多人告訴這些孕婦，墮胎是唯一的解決辦法。夏露絲相信，許多婦女只需要足夠的支持和關懷，便能夠誕下孩子，因此她成立了出生權組織。

目前出生權組織在世界各地共有600個分支，在加拿大各地約有200個分支。如果孕婦選擇在懷孕期間暫時離開其社區，出生權組織可讓她們入住組織轄下的中心。出生權組織支援1至800宗危機懷孕個案，每天刊登於當地的報章。

留產院

加拿大每個省分都設有留產院。安大略省留產院（Maternity Homes of Ontario）由13間遍布各省的留產院組成。其宣傳小冊子寫道：

現時留產院與其他機構合作，為孕婦、單親母親和她們的子女，提供全方位的服務。

自1900年代初期，留產院已是社會服務體系的一部分，為社區提供特殊的服務。

過去，我們的受助人有其特別需要，因此我們必須審慎地提供服務，並一直保持低調。幸好社會對單親父母的接納已經有所改善。隨著社會轉變，留產院與時並進。留產院為孕婦、年青母親和兒童提供全面護理，服務那些因為懷孕而面對危機的年輕女性，包括缺乏社會和職業技能獨立應付危機的無家和弱勢婦女。

我們許多受助人都是年青母親，需要日間托兒服務和替代性教育方案。我們為懷孕的單身女性和單身母親提供住宿、生活技能培訓、中學教育、就業計劃、醫療服務、日間護理、休閒活動和情緒上的支持。我們的計劃目標是幫助年青婦女獨立自主，並自給自足地生活。我們提供不同類型的服務，取決於各留產院所屬社區的需要。

為了回應受助人不斷變化的需要，留產院已經發展了非常專門的服務。我們設有由兒童和青少年輔導員、社會工作者、護士和教育工作者組成的專業團隊，他們共同努力與每一個受助人實現個人目標。留產院日益集中於初生嬰兒和兒童的健康和成長，提供各式各樣的方案，以促進弱勢兒童的正常發展。我們的員工專業投入，致力於營造家庭和培育氛圍，那是我們的核心傳統。

留產院與其他機構合作，為婦女和兒童提供全面的服務。我們與公共衛生服務、社區診所和醫院、青年和住屋資源、兒童援助協會及教育資源一起合作。義工的參與、社區發展、參與不同組織和委員會等，都是我們的理念的核心。

領養

領養是某對父母的孩子藉著合法方式，永遠成為另一對父母的孩子。在加拿大，每個省都制定了關於領養的法例。統計數字顯示，獲安排領養的兒童中，約有48%是由親屬領養，其餘52%是由非親屬領養。

對健全嬰兒的需求最大，等候時間亦最長，往往需要數年。要是有意領養健康嬰兒的家庭已經育有兩個子女，或是有生育能力，他們的申請不會受理。可供領養的嬰兒數目很少，以至於很多人都決定領養年齡較大的兒童，或是殘疾、有健康問題或混合種族的兒童，或是過去並不供人領養或不尋求領養家庭的兒童。

今天許多面對意外懷孕的婦女以為她們只有兩個選擇：墮胎或養育孩子。然而，在二十年前，有80%至90%的單身女性選擇安排子女接受領養。

戴克里博士（Kerry J. Daly, PhD）及索米高博士（Michael P. Sobol, PhD）編寫的《加拿大最後領養報告》（The Final Report of Adoption in Canada）指出：

……在加拿大出生並獲安置於領養家庭的兒童數目在過去十年持續下跌……1981年，約有5,376名兒童被領養。到了1990年，只有2,386名兒童被領養，顯示加拿大各地以領養作為組織家庭方法的比率下跌了47.3%。

Abortion - A Briefing Book for Canadian Legislators
National Public Affairs Office Campaign Life Coalition

www.campaignlifecoalition.com

喜樂生命有限公司譯
中文版權為喜樂生命有限公司所有
網站： www.hkjoyoflife.org
電郵： info@hkjoyoflife.org
電話： 852 - 9803 5168

以「實証」展示生命的起點，剖析墮胎的真實面貌，是生命倫理必看的書籍。

天主教香港教區生命倫理小組主席潘志明醫生

我留意到，任何贊成墮胎的人，都是已出生的。

前美國總統列根

“The fight for the right to life is not the cause of a special few, but the cause of every man, woman and child who cares not only about his or her own family, but the whole family of man.”

Dr. Mildred Jefferson

人人都不盡同，無論是能力和素質，都有巨大差異。亦可以說，每人相對其他人都有某些殘障。不懂游泳的科學天才，相對來說是運動方面殘缺。當然，這比較是不公平的，但最不公平的是無辜的胎兒因有某些殘障而被殺害！這是強者(成人)剝奪弱者(胎兒)生命的悲劇，一個能適當照顧老弱婦孺傷殘包括胎兒的社會，才是真正公義和繁榮社會！

一位傷殘人士和前胎兒

喜樂生命有限公司譯

非賣品・歡迎捐獻