国家卫生和计划生育委员会“十二五”规划教材

全国高等医药教材建设研究会“十二五”规划教材

全国高等学校教材

供8年制及7年制（“5+3”一体化）临床医学等专业用

医学伦理学

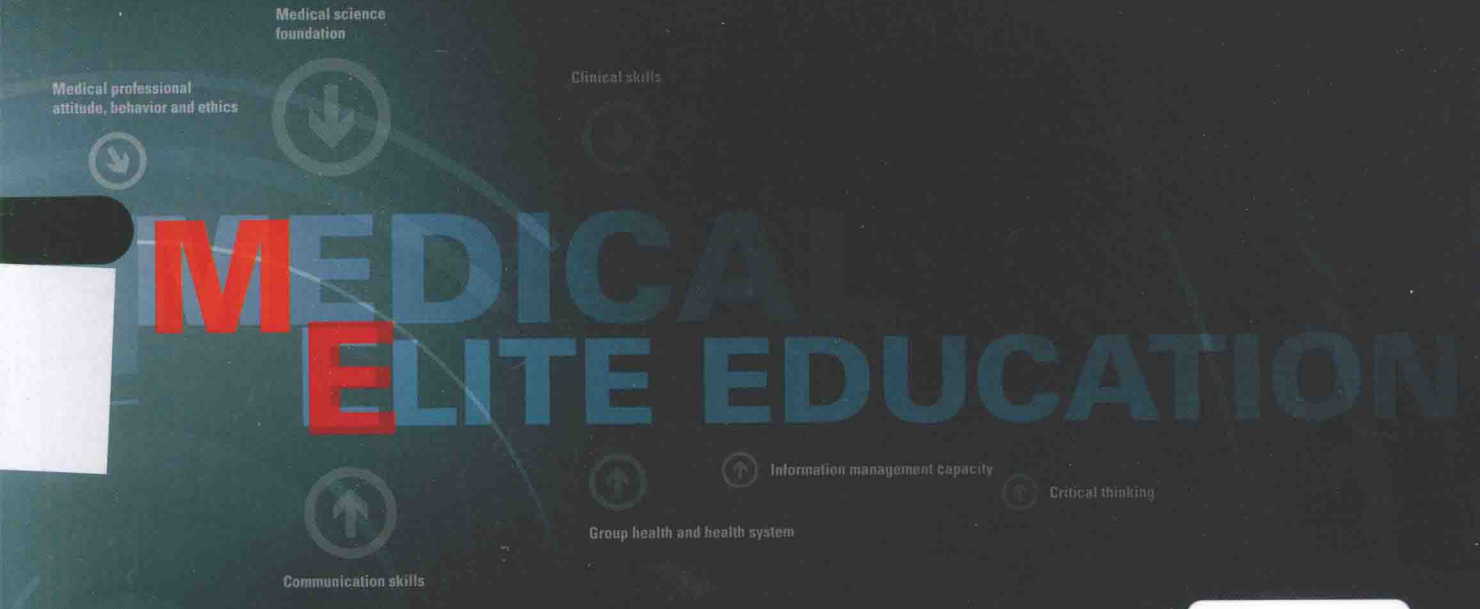
Medical Ethics

第2版

主审 郭照江 任家顺

主编 王明旭 尹 梅

副主编 严金海 边 林 王卫东



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

网络增值服务
ONLINE SERVICES

医学伦理学

Medical Ethics

第2版

策划编辑／鲁志强
责任编辑／鲁志强　肖宛凝
封面设计／李　蹊
版式设计／张亚楠

本书附赠网络增值服务，激活方法：
1. 注册并登录人卫医学网教育频道（edu.ipmph.com）
2. 点击进入“网络增值服务”，搜索找到本书
3. 点击“激活”并输入“激活码”

1. 细胞生物学（第3版） Cell Biology
2. 系统解剖学（第3版） Systematic Anatomy
3. 局部解剖学（第3版） Topographic Anatomy
4. 组织学与胚胎学（第3版） Histology and Embryology
5. 生物化学与分子生物学（第3版） Biochemistry and Molecular Biology
6. 生理学（第3版） Physiology
7. 医学微生物学（第3版） Medical Microbiology
8. 人体寄生虫学（第3版） Human Parasitology
9. 医学遗传学（第3版） Medical Genetics
10. 医学免疫学（第3版） Medical Immunology
11. 病理学（第3版） Pathology
12. 病理生理学（第3版） Pathophysiology
13. 药理学（第3版） Pharmacology
14. 临床诊断学（第3版） Clinical Diagnostics
15. 实验诊断学（第3版） Laboratory Diagnostics
16. 医学影像学（第3版） Medical Imaging
17. 内科学（第3版） Medicine
18. 外科学（第3版） Surgery
19. 妇产科学（第3版） Obstetrics and Gynecology
20. 儿科学（第3版） Pediatrics
21. 感染病学（第3版） Infectious Diseases
22. 神经病学（第3版） Neurology
23. 精神病学（第3版） Psychiatry
24. 眼科学（第3版） Ophthalmology
25. 耳鼻咽喉头颈外科学（第3版） Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery
26. 核医学（第3版） Nuclear Medicine
27. 预防医学（第3版） Preventive Medicine
28. 医学心理学（第3版） Medical Psychology
29. 医学统计学（第3版） Medical Statistics
30. 循证医学（第3版） Evidence-based Medicine
31. 医学文献信息检索（第3版） Medical Literature Information Retrieval
32. 临床流行病学（第2版） Clinical Epidemiology
33. 肿瘤学（第2版） Oncology
34. 生物信息学（第2版） Bioinformatics
35. 实验动物学（第2版） Laboratory Animal Science
36. 医学科学研究导论（第2版） Introduction to Medical Research
37. 医学伦理学（第2版） Medical Ethics
38. 皮肤性病学 Dermatology and Venereology

人卫医学网 教育
edu.ipmph.com
PMPH
清水消灾
刮开上网 享受增值

ISBN 978-7-117-20421-7
9 787117 204217 >
定　价：54.00 元

国家卫生和计划生育委员会“十二五”规划教材
全国高等医药教材建设研究会“十二五”规划教材
全国高等学校教材

供8年制及7年制（“5+3”一体化）临床医学等专业用

医学伦理学

Medical Ethics

第2版

主　审　郭照江　任家顺

主　编　王明旭　尹　梅

副主编　严金海　边　林　王卫东

编　委　（以姓氏笔画为序）

马长永（第四军医大学）　王卫东（第三军医大学）
王明旭（西安交通大学）　尹　梅（哈尔滨医科大学）
邓　蕊（山西医科大学）　付　锦（哈尔滨医科大学）
兰礼吉（四川大学）　边　林（河北医科大学）
刘俊荣（广州医科大学）　汤建林（第三军医大学）
严金海（南方医科大学）　李　江（中国医科大学）
李　勇（南京医科大学）　李小萍（广西医科大学）
杨小丽（重庆医科大学）　张　晨（第二军医大学）
孟小捷（健康报社）　段文利（北京协和医院）
郭永松（浙江大学）　曹永福（山东大学）
蔡　昱（云南财经大学）　魏　琳（西安交通大学）

秘　书　吴雪松（哈尔滨医科大学）

人民卫生出版社

图书在版编目（CIP）数据

医学伦理学 / 王明旭，尹梅主编 . —2 版 . —北京：人民卫生出版社，2015
ISBN 978-7-117-20421-7

Ⅰ.①医… Ⅱ.①王…②尹… Ⅲ.①医学伦理学-医学院校-教材 Ⅳ.①R-052

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2015）第 045109 号

人卫社官网 www.pmph.com 出版物查询，在线购书
人卫医学网 www.ipmph.com 医学考试辅导，医学数据库服务，医学教育资源，大众健康资讯

版权所有，侵权必究！

医学伦理学
第 2 版

主　　编：王明旭　尹　梅
出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-59780011）
地　　址：北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮　　编：100021
E - mail：pmph @ pmph.com
购书热线：010-59787592　010-59787584　010-65264830
印　　刷：北京市安泰印刷厂
经　　销：新华书店
开　　本：850 × 1168　1/16　　印张：20
字　　数：550 千字
版　　次：2010 年 7 月第 1 版　　2015 年 5 月第 2 版
　　2015 年 5 月第 2 版第 1 次印刷（总第 2 次印刷）
标准书号：ISBN 978-7-117-20421-7/R · 20422
定　　价：54.00 元
打击盗版举报电话：010-59787491　E-mail：WQ @ pmph.com
（凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换）

修订说明

为了贯彻教育部教高函[2004-9号]文，在教育部、原卫生部的领导和支持下，在吴阶平、裘法祖、吴孟超、陈灏珠、刘德培等院士和知名专家的亲切关怀下，全国高等医药教材建设研究会以原有七年制教材为基础，组织编写了八年制临床医学规划教材。从第一轮的出版到第三轮的付梓，该套教材已经走过了十余个春秋。

在前两轮的编写过程中，数千名专家的笔耕不辍，使得这套教材成为了国内医药教材建设的一面旗帜，并得到了行业主管部门的认可（参与申报的教材全部被评选为“十二五”国家级规划教材），读者和社会的推崇（被视为实践的权威指南、司法的有效依据）。为了进一步适应我国卫生计生体制改革和医学教育改革全方位深入推进，以及医学科学不断发展的需要，全国高等医药教材建设研究会在深入调研、广泛论证的基础上，于2014年全面启动了第三轮的修订改版工作。

本次修订始终不渝地坚持了“精品战略，质量第一”的编写宗旨。以继承与发展为指导思想：对于主干教材，从精英教育的特点、医学模式的转变、信息社会的发展、国内外教材的对比等角度出发，在注重“三基”、“五性”的基础上，在内容、形式、装帧设计等方面力求“更新、更深、更精”，即在前一版的基础上进一步“优化”。同时，围绕主干教材加强了“立体化”建设，即在主干教材的基础上，配套编写了“学习指导及习题集”、“实验指导/实习指导”，以及数字化、富媒体的在线增值服务（如多媒体课件、在线课程）。另外，经专家提议，教材编写委员会讨论通过，本次修订新增了《皮肤性病学》。

本次修订一如既往地得到了广大医药院校的大力支持，国内所有开办临床医学专业八年制及七年制（“5+3”一体化）的院校都推荐出了本单位具有丰富临床、教学、科研和写作经验的优秀专家。最终参与修订的编写队伍很好地体现了权威性，代表性和广泛性。

修订后的第三轮教材仍以全国高等学校临床医学专业八年制及七年制（“5+3”一体化）师生为主要目标读者，并可作为研究生、住院医师等相关人员的参考用书。

全套教材共38种，将于2015年7月前全部出版。

全国高等学校八年制临床医学专业国家卫生和计划生育委员会规划教材编写委员会

名誉顾问

韩启德　桑国卫　陈　竺　吴孟超　陈灏珠

顾　　问（按姓氏笔画排序）

马建辉　王　辰　冯友梅　冯晓源　吕兆丰　闫剑群　李　虹
李立明　李兰娟　杨宝峰　步　宏　汪建平　张　运　张灼华
陈国强　赵　群　赵玉沛　郝希山　柯　杨　桂永浩　曹雪涛
詹启敏　赫　捷　魏于全

主任委员

刘德培

委　　员（按姓氏笔画排序）

丁文龙　于双成　万学红　马　丁　马　辛　丰有吉　王　杉
王兰兰　王宁利　王吉耀　王宇明　王怀经　王明旭　王建安
王建枝　王庭槐　王海杰　王家良　王鸿利　尹　梅　孔维佳
左　伋　冯作化　刘艳平　江开达　安　锐　许能锋　孙志伟
孙贵范　李　和　李　霞　李甘地　李明远　李桂源　李凌江
李继承　杨　恬　杨世杰　吴　江　吴忠道　何　维　应大君
沈　铿　张永学　张丽霞　张建中　张绍祥　张雅芳　陆　林
陈　红　陈　杰　陈孝平　陈建国　欧阳钦　尚　红　罗爱静
金征宇　周　桥　周　梁　赵旭东　药立波　柏树令　姜乾金
洪秀华　姚　泰　秦　川　贾文祥　贾弘禔　贾建平　钱睿哲
徐志凯　徐勇勇　凌文华　高兴华　高英茂　诸欣平　黄　钢
龚启勇　康德英　葛　坚　雷健波　詹希美　詹思延　廖二元
颜　虹　薛辛东　魏　泓

教材目录

	学科名称	主审	主编	副主编
1	细胞生物学(第3版)	杨　恬	左　伋　刘艳平	刘　佳　周天华　陈誉华
2	系统解剖学(第3版)	柏树令　应大君	丁文龙　王海杰	崔慧先　孙晋浩　黄文华　欧阳宏伟
3	局部解剖学(第3版)	王怀经	张绍祥　张雅芳	刘树伟　刘仁刚　徐　飞
4	组织学与胚胎学(第3版)	高英茂	李　和　李继承	曾园山　周作民　肖　岚
5	生物化学与分子生物学(第3版)	贾弘禔	冯作化　药立波	方定志　焦炳华　周春燕
6	生理学(第3版)	姚　泰	王庭槐	闫剑群　郑　煜　祁金顺
7	医学微生物学(第3版)	贾文祥	李明远　徐志凯	江丽芳　黄　敏　彭宜红　郭德银
8	人体寄生虫学(第3版)	詹希美	吴忠道　诸欣平	刘佩梅　苏　川　曾庆仁
9	医学遗传学(第3版)		陈　竺	傅松滨　张灼华　顾鸣敏
10	医学免疫学(第3版)		曹雪涛　何　维	熊思东　张利宁　吴玉章
11	病理学(第3版)	李甘地	陈　杰　周　桥	来茂德　卞修武　王国平
12	病理生理学(第3版)	李桂源	王建枝　钱睿哲	贾玉杰　王学江　高钰琪
13	药理学(第3版)	杨世杰	杨宝峰　陈建国	颜光美　臧伟进　魏敏杰　孙国平
14	临床诊断学(第3版)	欧阳钦	万学红　陈　红	吴汉妮　刘成玉　胡申江
15	实验诊断学(第3版)	王鸿利　张丽霞 洪秀华	尚　红　王兰兰	尹一兵　胡丽华　王　前　王建中
16	医学影像学(第3版)	刘玉清	金征宇　龚启勇	冯晓源　胡道予　申宝忠
17	内科学(第3版)	王吉耀　廖二元	王　辰　王建安	黄从新　徐永健　钱家鸣　余学清
18	外科学(第3版)		赵玉沛　陈孝平	杨连粤　秦新裕　张英泽　李　虹
19	妇产科学(第3版)	丰有吉	沈　铿　马　丁	狄　文　孔北华　李　力　赵　霞

	学科名称	主审	主编	副主编
20	儿科学(第3版)		桂永浩　薛辛东	杜立中　母得志　罗小平　姜玉武
21	感染病学(第3版)		李兰娟　王宇明	宁　琴　李　刚　张文宏
22	神经病学(第3版)	饶明俐	吴　江　贾建平	崔丽英　陈生弟　张杰文　罗本燕
23	精神病学(第3版)	江开达	李凌江　陆　林	王高华　许　毅　刘金同　李　涛
24	眼科学(第3版)		葛　坚　王宁利	黎晓新　姚　克　孙兴怀
25	耳鼻咽喉头颈外科学(第3版)		孔维佳　周　梁	王斌全　唐安洲　张　罗
26	核医学(第3版)	张永学	安　锐　黄　钢	匡安仁　李亚明　王荣福
27	预防医学(第3版)	孙贵范	凌文华　孙志伟	姚　华　吴小南　陈　杰
28	医学心理学(第3版)	姜乾金	马　辛　赵旭东	张　宁　洪　炜
29	医学统计学(第3版)		颜　虹　徐勇勇	赵耐青　杨土保　王　彤
30	循证医学(第3版)	王家良	康德英　许能锋	陈世耀　时景璞　李晓枫
31	医学文献信息检索(第3版)		罗爱静　于双成	马　路　王虹菲　周晓政
32	临床流行病学(第2版)	李立明	詹思延	谭红专　孙业桓
33	肿瘤学(第2版)	郝希山	魏于全　赫　捷	周云峰　张清媛
34	生物信息学(第2版)		李　霞　雷健波	李亦学　李劲松
35	实验动物学(第2版)		秦　川　魏　泓	谭　毅　张连峰　顾为望
36	医学科学研究导论(第2版)		詹启敏　王　杉	刘　强　李宗芳　钟晓妮
37	医学伦理学(第2版)	郭照江　任家顺	王明旭　尹　梅	严金海　王卫东　边　林
38	皮肤性病学	陈洪铎　廖万清	张建中　高兴华	郑　敏　郑　捷　高天文

第三版序言

经过再次打磨，备受关爱期待，八年制临床医学教材第三版面世了。怀纳前两版之精华而愈加求精，汇聚众学者之智慧而更显系统。正如医学精英人才之学识与气质，在继承中发展，新生方可更加传神；切时代之脉搏，创新始能永领潮头。

经过十年考验，本套教材的前两版在广大读者中有口皆碑。这套教材将医学科学向纵深发展且多学科交叉渗透融于一体，同时切合了环境 - 社会 - 心理 - 工程 - 生物这个新的医学模式，体现了严谨性与系统性，诠释了以人为本、协调发展的思想。

医学科学道路的复杂与简约，众多科学家的心血与精神，在这里汇集、凝结并升华。众多医学生汲取养分而成长，万千家庭从中受益而促进健康。第三版教材以更加丰富的内涵、更加旺盛的生命力，成就卓越医学人才对医学誓言的践行。

坚持符合医学精英教育的需求，“精英出精品，精品育精英”仍是第三版教材在修订之初就一直恪守的理念。主编、副主编与编委们均是各个领域内的权威知名专家学者，不仅著作立身，更是德高为范。在教材的编写过程中，他们将从医执教中积累的宝贵经验和医学精英的特质潜移默化地融入到教材中。同时，人民卫生出版社完善的教材策划机制和经验丰富的编辑队伍保障了教材“三高”（高标准、高起点、高要求）、“三严”（严肃的态度、严谨的要求、严密的方法）、“三基”（基础理论、基本知识、基本技能）、“五性”（思想性、科学性、先进性、启发性、适用性）的修订原则。

坚持以人为本、继承发展的精神，强调内容的精简、创新意识，为第三版教材的一大特色。“简洁、精练”是广大读者对教科书反馈的共同期望。本次修订过程中编者们努力做到：确定系统结构，落实详略有方；详述学科三基，概述相关要点；精选创新成果，简述发现过程；逻辑环环紧扣，语句精简凝练。关于如何在医学生阶段培养创新素质，本教材力争达到：介绍重要意义的医学成果，适当阐述创新发现过程，激发学生创新意识、创新思维，引导学生批判地看待事物、辩证地对待知识、创造性地预见未来，踏实地践行创新。

坚持学科内涵的延伸与发展，兼顾学科的交叉与融合，并构建立体化配套、数字化的格局，为第三版教材的一大亮点。此次修订在第二版的基础上新增了《皮肤性病学》。本套教材通过编写委员会的顶层设计、主编负责制下的文责自负、相关学科的协调与蹉商、同一学科内部的专家互审等机制和措施，努力做到其内容上“更新、更深、更精”，并与国际紧密接轨，以实现培养高层次的具有综合素质和发展潜能人才的目标。大部分教材配套有“学习指导及习题集”、“实验指导 / 实习指导”以及“在线增值服务（多媒体课件与在线课程等）”，以满足广大医学院校师生对教学资源多样化、数字化的需求。

本版教材也特别注意与五年制教材、研究生教材、住院医师规范化培训教材的区别与联系。①五年制教

材的培养目标：理论基础扎实、专业技能熟练、掌握现代医学科学理论和技术、临床思维良好的通用型高级医学人才。②八年制教材的培养目标：科学基础宽厚、专业技能扎实、创新能力强、发展潜力大的临床医学高层次专门人才。③研究生教材的培养目标：具有创新能力的科研型和临床型研究生。其突出特点：授之以渔、评述结合、启示创新，回顾历史、剖析现状、展望未来。④住院医师规范化培训教材的培养目标：具有胜任力的合格医生。其突出特点：结合理论，注重实践，掌握临床诊疗常规，注重预防。

以吴孟超、陈灏珠为代表的老一辈医学教育家和科学家们对本版教材寄予了殷切的期望，教育部、国家卫生和计划生育委员会、国家新闻出版广电总局等领导关怀备至，使修订出版工作得以顺利进行。在这里，衷心感谢所有关心这套教材的人们！正是你们的关爱，广大师生手中才会捧上这样一套融贯中西、汇纳百家的精品之作。

八学制医学教材的第一版是我国医学教育史上的重要创举，相信第三版仍将担负我国医学教育改革的使命和重任，为我国医疗卫生改革，提高全民族的健康水平，作出应有的贡献。诚然，修订过程中，虽力求完美，仍难尽人意，尤其值得强调的是，医学科学发展突飞猛进，人们健康需求与日俱增，教学模式更新层出不穷，给医学教育和教材撰写提出新的更高的要求。深信全国广大医药院校师生在使用过程中能够审视理解，深入剖析，多提宝贵意见，反馈使用信息，以便这套教材能够与时俱进，不断获得新生。

愿读者由此书山拾级，会当智海扬帆！

是为序。

中国工程院院士
中国医科科学院原院长 劉德培
北京协和医学院原院长

二〇一五年四月

主审简介

郭照江

郭照江，男，祖籍河北盐山，1941年5月出生；1964年东北师大生物系（本科）、1967年兰州大学生物系（研究生）毕业。历任第四军医大学政治部副主任、口腔医院政委等职，为伦理学专业资深教授、硕导。陆续受聘担任国家卫生部医学伦理专家委员会委员、国务院学位与研究生教育专家库成员、全军医学伦理学专业委员会主任委员等学术领导职务及《医学与哲学》《中国医学伦理学》《医学与社会》等特约编委。

长期从事医学伦理学教学与研究，出版《新编医学伦理学》《医学伦理学概论》《简明医学伦理学》《医学伦理学新编》《医学伦理学》《现代医学伦理学》《军医伦理学》等10余部教材与专著；发表学术论文300余篇；在军医伦理学领域有开创性成果；在生物医学哲学领域有系列成果；在国内率先招收和培养医学伦理学方向硕士研究生；致力于弘扬医学人文精神，努力培养新型医学人才；被《中国医学伦理学》杂志和中华医学会医学伦理学分会联合授予“终身成就奖”；曾在英国发表长篇论文，被《SCI》收录；获军队级、省部级一等奖各1项、军队级、省部级二等奖3项；获全军院校教书育才银奖和总后优秀教师。

任家顺

任家顺，男，1963年5月出生，教授、主任医师、博士生导师。现任第三军医大学第二附属医院院长（重庆新桥医院）。兼任中国研究型医院学会常务理事，中国医院协会医院经济管理专业委员会副主任委员，中华医学会管理学会重庆分会副会长，重庆市医院管理协会副会长，全军医疗质量管理专业委员会委员，《中国临床路径》编委。承担或参研包括国家科技部支撑计划项目在内的省部级以上科研课题8项，发表医学专业和医院管理论文40余篇，主编或参编教材和著作6部，获各类成果奖6项。

主编简介

王明旭

王明旭，医学博士，二级教授。现任西安交通大学公共卫生学院卫生改革与发展研究中心主任，“世界卫生组织卫生信息和出版合作中心”专家委员会委员，教育部高等学校全科医学教学指导委员会委员，全国高等学校八年制临床医学专业卫生部规划教材编写委员会委员，全国高等学校卫生管理专业规划教材专家委员会委员，美国《The Journal of Medicine & Philosophy》编委，《中国医学伦理学》杂志主编、《中华医史杂志》副总编、《医药与保健》杂志副主编、《中国卫生质量管理》《医学与哲学》《中外医学哲学》《医学与社会》《西北医学教育》等杂志编委。

现任中国性学会常务理事，中华医学会医学伦理学分会常务委员，中华医学会医学史分会常务委员，陕西性学会会长，陕西省医学伦理学会副主任委员，陕西省科技史学会常务理事兼医学史专业委员会主任委员，陕西省医学会医学史专业委员会副主任委员。

主持国家自然科学基金1项、国家社科基金1项，承担省部级以及国际合作项目等20项，参与课题研究12项，主编与参编著作和教材72部，发表学术论文200余篇，其中SSCI收录2篇，SCI收录论文3篇。获得科研奖励2项。作为大会主席和发起人主持召开国际会议4次。

尹　梅

尹梅教授，哈尔滨医科大学人文社科学院院长，博士生导师。

教育部高等学校医学人文素质教学指导委员会委员，中国医师协会人文医学专业委员会常委，全国师德标兵，中华医学会医学伦理学分会常务理事，黑龙江省医学会医学伦理学分会主任委员，黑龙江省政协委员，省科顾委委员会专家，黑龙江省卫生系统“有突出贡献中青年专家”，黑龙江省法学会卫生法学研究会秘书长，国家核心期刊《医学与哲学》及《学术交流》杂志编委。

国家卫生和计划生育委员会“十二五”规划教材《护理伦理学》主编，国家卫生和计划生育委员会卫生部“十二五”规划教材《医患沟通》第二主编，卫生部、八年制规划教材《医学伦理学》第二主编，国家卫生和计划生育委员会卫生部研究生规划教材《医患沟通》副主编。

副主编简介

严金海

严金海，教授，硕士生导师。南方医科大学人文与管理学院副院长。任中国自然辩证法研究会医学哲学专业委员会理事、深圳国家基因库生命伦理委员会委员、教育部医学人文素质教育指导委员会委员、《医学与哲学》编辑委员会委员、广东省医学伦理研究中心研究员等学术与社会职务。

从事医学哲学、伦理学教学与研究二十余年。承担国家社科基金1项，广东省哲学社会科学基金2项，广东省人文社会科学重点基金1项，广东省软科学基金2项；公开发表研究论文110余篇；出版专著《医务人员行医行为规范体系研究》《中国20年伪科学现象透视》2部；广东科技出版社出版的《医学伦理学》教材主编；南方医科大学《医学伦理学》校级精品课负责人。

边　林

边林，男，河北医科大学教授，硕士生导师。中华医学会医学伦理学分会常务理事、秘书长；中国自然辩证法研究会医学哲学分会常务理事；河北省伦理学副会长、医学伦理学委员会主任委员；河北省自然辩证法研究会副理事长；主要从事医学（生命）伦理学、医学哲学等学科的教学与研究，主持编写教育部“十二五”规划教材《医学伦理学》和多部华北地区、河北省医学人文系列丛书和教学用书。在国（境）内外有关专业杂志上发表研究论文50余篇。主持国家863课题、国家社会科学基金项目和省级社科基金项目、重大攻关研究项目等20余项。医学伦理学系列论文等研究成果获得河北省社会科学优秀成果二、三等奖等多个奖项。

王卫东

王卫东，男，1955年7月出生于河北蠡县，1969年12月入伍，1978年毕业于第三军医大学临床医学专业，中共党员。长期从事医教研工作和医院管理研究，是外科教授、医院管理专家，正师职领导干部、大校军衔。曾任第三军医大学第二附属医院院长，担任中国健康促进基金会专家委员会委员、中国医学救援协会常务理事、重庆市医院管理学会副会长、重庆市价格协会副会长、重庆市卫生经济管理委员会副主任委员、全军医学科学技术委员会委员、全军医药卫生标准化技术委员会委员等学术任职，是《中国医院管理杂志》《中国卫生事业管理》《解放军医院管理杂志》《重庆医学》《西部医学》等多家学术期刊的副主编、常务编委。2007年被评为“全军优秀院长”，2008年被评为“中国医院管理十大领导力人物”，2009年被评为“健康行业领军人物”，2010年被评为“健康重庆·十大影响人物”。

再版前言

从上版教材出版至今，已经五年。在此期间，医学科学的进步、医学教育的发展以及社会变革与国家卫生保健制度改革的不断深化，都对医学伦理学提出了新的要求。因此，我们对上版教材进行了修订。

由于第一版教材是针对八年制临床医学专业的培养目标，按照“特定目标，特定对象，特定限制”的要求，坚持在凝练“三基”，拓展“五性”的基础上，使其在内容达到“更新”、“更深”、“更精”的目标。实现了在编写体例、编写模式、编写方法及其内容等方面的创新。教材出版后受到了使用学校师生的普遍欢迎，也得到了相当多的专家学者的好评，在此后的一些教材编写中，不少主编及作者予以参考与借鉴。也有不少的专业教师及临床医生作为自己的案头书予以学习。所有这些使我们感到高兴和欣慰，同时也增添了我们编好第二版教材的信心和动力！

本次教材再版，我们遵循了“在理论上要善于发声，在实践上要精于指导，在政策上要科学把握，在内容上要更加创新，在应用中要更加贴近”的基本原则，坚持了“保留特色，遵循规范，与时俱进”的宗旨，从而对教材内容作出了相应的调整、完善、整合及优化等。

众所周知，在目前医患关系高度紧张，医药体制改革进入攻坚阶段，作为理论指导的医学伦理学，不仅是要敢于面对现实，敢于发声，更重要的是要善于发声。使用中的更加贴近是指要贴近快速发展变化的世界形势与学科理论及实践，贴近中国的优秀传统文化，贴近急剧变革中的中国现实与国情特点，贴近教师的教学，贴近学生的学习。

本次教材再版，我们在顶层设计和视野拓宽的基础上，进一步优化了结构，加强了实践教学，有机整合了教材内容，改写、充实、调整了部分章节，将原书共 18 章整合为共 15 章。删除了健康伦理、医院管理伦理与生态伦理三章，将健康伦理的部分内容并入了公共卫生伦理，将医院管理伦理的部分内容并入了卫生保健制度改革伦理，将生态伦理的部分内容并入了医学科学研究与人体试验伦理；较大改写了医学伦理学的理论基础一章；加强了临床诊疗伦理与医学伦理难题与医学伦理决策两章；补充、调整了生殖伦理、死亡伦理、人体器官移植伦理与前沿医学技术伦理。

再版教材的编写更注重针对性、规范性、灵活性、创新性的协调发展，根据学科互补与学科发展的需要，补充了部分中青年专家和临床专家进入编写队伍。

本次教材修订，是一项艰巨的工作，既要保留原教材的精华、又要将新观点、新知识有机融入，新版教材的修订凝结着每一位编者的心血和智慧。在教材修订过程中，第三军医大学附属新桥医院及任家顺教授、北京医科大学医学部及丛亚丽教授、人民卫生出版社及鲁志强主任等给予了悉心的指导和帮助，在此，一并表示最衷心的感谢！

由于编者水平所限，疏漏、不足再所难免，诚盼各位同道和广大读者批评指正！

王明旭　尹　梅

2015.4.21

第一版前言

在当今社会，随着经济全球化、科技网络化以及文化多元化态势的迅猛发展，在生命科学与医学的诸多领域充满了道德纷争和伦理挑战。作为中国未来医学领域的精英人才，必须拥有应对这些纷争和挑战的道德勇气、社会责任、担当意识、优良职业品质以及解决医学伦理难题的卓越能力和精湛艺术。因此，高等学校医学伦理学教育的重要性日益凸显可谓史无前例，其使命可谓任重道远。

为此，我们针对八年制临床医学专业的培养目标，力图使这本“医学伦理学”的编写既符合目标要求，又具有自己的鲜明特色。

在总体设计上，坚持在凝练“三基”，拓展“五性”的基础上，使其在内容达到“更新”、“更深”、“更精”的目标。

在学科构架上，按照“特定目标，特定对象，特定学时”的要求，适当提高了临床伦理、科研伦理、生命伦理等的比重；删减了护理伦理、康复伦理等的内容；增加了健康伦理、医学与生态伦理等新的章节，从而使学科结构更加合理和正规，更具有系统性和开放性。

在编写方法上，倡导以问题为导向的教学方法（PBL），引入案例教学方法（CBL），同时坚持理论联系实际，立足国情特色，结合实际，弘扬中国优秀文化，坚持正确道路，注重学生发现、分析和解决医学伦理问题能力的培养。比如，我们专门设置了卫生保健制度改革伦理、医学伦理难题与医学伦理决策的内容等。

在编写形式上，突出了教学目的、典型案例、本章小结、关键词汇、复习思考题等板块的系统集成创新，力求增加可读性、指导性和启发性等，尽量激发学生的阅读兴趣。

本教材在编写形式上的特色体现在如下几个方面：

教学目的：置于章前，反映本章的教学重点和难点，便于学生有针对性地学习和掌握本章的内容。

案例应用：本教材使用引导案例、分析案例和思考案例。引导案例和思考案例置于章前，分析案例置于正文的相应部分，章后设计有案例思考题。鼓励学生结合案例深入思考并检验自己的伦理观，训练自己发现、分析和解决医学伦理问题的能力。

本章小结：对本章的内容进行系统、简洁的总结，便于学生掌握本章的重点内容和主要的观点与概念等。

关键词汇：采用英文注释，便于学生进行中英文名词对照索引以及延伸阅读中外文献。

复习思考题：帮助学生巩固所学理论，并将所学的伦理理论应用于具体问题。

本章作者及联系方式：为了加强读者与作者之间的交流互动，同时，也希望能为动态地搞好教学和学科建设奠定基础。

附录：本书精选了25种附录，作为教学和读者学习的重要权威参考文献。

此外，为了达到整体优化，我们还编写了多媒体教材予以相互补充。

本教材编写，是一项基础而具有探索性和创新性的艰巨工作，凝结着每一位编者的心血和智慧，第四军医大学的郭照江教授审阅了全文并给予悉心的指导和帮助，人民卫生出版社给予了充分的信任和大力支持，在此，一并表示最衷心的感谢！

由于编者水平所限，加之时间仓促，难免存在疏漏和不足，敬请各位同道和广大读者批评指正！

王明旭

2010.3.26

目　录

第一章　绪论……1
第一节　医学伦理学及其学科性质……2
第二节　医学伦理学的研究对象与内容……7
第三节　医学伦理学与相关学科的关系……11
第四节　学习和研究医学伦理学的意义与方法……13

第二章　医学伦理学的产生和发展……19
第一节　古代医德思想的孕育和发展……19
第二节　近现代医学伦理学诞生和发展……24
第三节　当代生命伦理学的兴起和发展……30
第四节　医学伦理观念与社会文化背景……36

第三章　医学伦理学的理论基础与基本理论……42
第一节　医学伦理学的理论基础……43
第二节　医学伦理学的理论形态及其演变……48
第三节　基本的伦理理论及其运用……53

第四章　医学伦理学的原则与规范……64
第一节　医学伦理学的基本原则……65
第二节　医学伦理学的应用准则……69
第三节　医学道德规范……75

第五章　医学道德的培育……80
第一节　医学道德教育……81
第二节　医学道德修养……84
第三节　医学道德的评价……88

第六章　医患关系……98
第一节　医患关系伦理……99
第二节　医患纠纷……104
第三节　医患关系的伦理要求……107
第四节　医际关系道德……109

第七章　临床诊疗伦理……115
第一节　临床伦理概述……117

第二节 临床诊断伦理…… 121
第三节 临床治疗伦理…… 124
第四节 特殊临床情境下的伦理…… 130

第八章 公共卫生伦理…… 141
第一节 公共卫生伦理…… 143
第二节 疾病预防与控制伦理…… 148
第三节 食品卫生与食品安全伦理…… 152
第四节 突发公共卫生事件中的伦理问题…… 155

第九章 生殖伦理…… 158
第一节 人的生命的概述…… 159
第二节 生育控制伦理…… 160
第三节 遗传与优生伦理…… 166
第四节 人类辅助生殖技术伦理…… 172

第十章 临终关怀与死亡伦理…… 179
第一节 死亡鉴定标准伦理…… 180
第二节 安乐死的伦理问题…… 185
第三节 临终关怀伦理…… 190

第十一章 人体器官移植伦理…… 198
第一节 器官移植概述…… 199
第二节 人体器官移植的伦理困境…… 203
第三节 人体器官移植的伦理原则…… 207

第十二章 生物医学前沿中的若干伦理问题…… 213
第一节 人类胚胎干细胞研究伦理…… 214
第二节 克隆技术伦理…… 218
第三节 基因研究伦理…… 221

第十三章 医学科学研究与人体实验的伦理…… 235
第一节 医学科学研究及其伦理问题…… 237
第二节 人体实验的伦理…… 240
第三节 人体实验与知情同意及保密…… 244
第四节 动物实验伦理…… 250
第五节 医学伦理委员会与伦理审查…… 253

第十四章 卫生政策与医院管理伦理…… 258
第一节 卫生保健制度伦理…… 260
第二节 医药卫生体制改革伦理…… 266
第三节 医院管理伦理…… 272

第十五章　医学伦理难题与医疗伦理决策…… 279
第一节　医学伦理难题概述…… 279
第二节　典型医学伦理难题及其思考…… 283
第三节　医学伦理决策…… 285

主要参考文献…… 291

中英文名词对照索引…… 293

致谢…… 295

第一章 绪 论

教学目的

掌握道德、伦理、医学伦理学、医学道德等基本概念；熟悉医学伦理学的研究方法；熟悉医学伦理学的研究对象与研究内容；了解医学伦理学与其他学科的关系。

［案例 1-1］同样制度下对医学伦理精神的理解

2007 年 11 月 21 日，怀孕 9 个月的李丽云因呼吸困难，在同居男子肖志军的陪同下赴北京某医院检查，医生检查发现孕妇及胎儿均生命垂危。由于肖志军多次拒绝在手术单上签字，最终孕妇及体内胎儿不治身亡。

2008 年 1 月 11 日，在浙江德清县人民医院，产妇周发芝大出血，生命垂危，需要切除子宫挽救生命，但患者丈夫拒绝签字同意手术。不过，这一次，这家医院作出了与北京朝阳医院不同的决定，由两名主治医生联合签字手术，产妇顺利产下一名男婴，母子平安。

（根据下列文献编制：李隼．医学伦理精神可解“违规”难题．《羊城晚报》，2008 年 1 月 30 日）

讨论与思考：医学伦理建设本意就是要体现出医学伦理精神，那么，你认为医学伦理精神的核心是什么？作为医生，面对上述情况，你将如何决策？结合案例对于上述不同做法，谈谈你的理解和看法。

［案例 1-2］病人的血能抽吗

两位内科消化专业研究生，选择了胰腺癌早期诊断的科研项目。此课题需在病人身上抽 200 毫升血做抗体测定。能否在晚期癌症病人身上抽 200 毫升血，两位研究生发生了争执。甲认为这样做不人道，在快要死的病人身上抽血，无疑会增加病人痛苦，而且可能加速其死亡，这不符合医生救死扶伤的职责，所以此做法不妥；乙的观点与甲相反，认为此科研项目对大多数人有利用价值，况且晚期癌症病人不久也将死去，为科研做点贡献也未尝不可。

（根据下列文献编制：何伦，林辉．医学伦理学案例分析的作用与应用．中国医学伦理学，2003 年第 16 卷第 5 期）

讨论与思考：谈谈你对上述事件的评价，你认为应该怎样认识现代医学教育中的医学伦理学？你都知道哪些医学道德准则和伦理规范，认为 21 世纪医学人才应具备哪些素质，为什么？

［案例 1-3］临床教学与病人权利的冲突

刘某准备到新疆某大学医学院第一附属医院做人工流产手术，但她没想到，在进行“妇检”时自己竟被当成了教学标本。为此，羞辱难当的刘某以医院及当事医师侵犯了自己的隐私权为由告上了法庭。据刘某介绍，9 月 15 日下午，她到医院妇产科门诊，告诉医师要做“人工流产”。一名戴眼镜的女医师让其进门诊检查室，刘脱下衣服后躺在检查床上，告诉医师自己准备好了。约一分钟后，医师推门而入，接着对外面的人说：“你们都进来”。随后进来了 10 多个穿白大褂的男女青年。

“我当时只穿了件短袖 T 恤，一下子面对这么多人，难堪得要命。稍微镇静些后，我要求让

这些人出去。而医师说没什么，他们都是见习生，并让我躺好，不然没法检查。接着医师一边指着我的身体，一边向见习生介绍各部位的名称特征，其间还有见习生的笑声。我脑中一片空白，只能把脸扭向一边忍受着一切。”刘某告诉记者。

第二天，气愤难平的她找到当事医师，问进来那么多人为什么不先给她打招呼。医师回答，没必要。而另一位医师干脆对她说，在医院就没有隐私权。

官司一起，该大学医学院一附院在门诊大厅的显著位置挂出《告患者书》，写明了该医院是医学院的临床教学基地，来此就诊的患者应该配合，医务人员将恪守医学伦理道德，对患者疾病和个人隐私严格保密。结果，一纸《告患者书》引来一片拒绝声，患者纷纷对这种教学方式说“不”。经历这次波折后，医院发出了一份《致全国医院呼吁书》，呼吁书中写道：“作为临床教学医院，医师带教是医学教育不可分割的部分，也是临床教学的唯一途径，更是教学大纲的明文规定。如果教学医院必须先征得患者同意方可示教，医学院的见习生、实习生都会被患者拒之门外，医学教育事业如何发展?”。

（王明旭主编．医患关系学．科学出版社，2008）

讨论与思考：该案例中涉及到的病人权利和病人的义务有哪些？如何处理其中病人的隐私权和配合医学教育义务之间的冲突？

医学伦理学（medical ethics）是伦理学的分支学科，是研究医学道德（medical morality）的科学。在当今社会，随着经济全球化、科技网络化以及文化多元化的全面渗透，使得生命科学与医学的诸多领域充满了道德纷争和伦理挑战，也使得医学伦理学教育的重要性日益凸显。因此，学习和研究医学伦理学，对于规范医学科学技术发展，提高医疗服务质量，促进卫生事业的科学发展，培养医务人员的高尚情操，推动和谐社会建设，都具有十分重要的作用和意义。

第一节 医学伦理学及其学科性质

医学伦理学由医学和伦理学相结合而成。伦理学是关于道德的学问，亦称道德哲学。通常人们把道德和伦理视为同义概念，共同具有“行为应该如何的规范”的涵义。但这两者概念涵义并非完全一致。

从辞源意义上讲：在西方，英文的 morality（道德）沿袭了拉丁文 mos（习俗、性格）的涵义，指国家生活的道德风俗和人们的道德个性。Ethics（伦理或伦理学）源于古希腊的伊索斯（ε′θOS），后来专指一个民族特有的生活惯例，具有汉语的“风俗”、“品质”、“品格”、“德性”等意思。因此，西方道德和伦理的辞源涵义相同：都是指外在的风俗、习惯以及内在的品性、品德。在中国，“道”本义为道路，引申为规律，指社会行为应该如何的规则，“德”本义为得，是“外得于人，内得于己（《说文》）”，二者联用，“道德”的涵义与西方相同，一方面是外在的行为规范，另一方面指内在的行为规范即心理自我——个人的品德。但是，中国的“伦”本意是“辈”，引申为中国古代的“五伦”，即人与人之间的关系，“理”引申为规律和规则，二者联用，“伦理”就仅包括外在的规范和人际关系的规律两层涵义，而缺少了内在行为规范的涵义。

因此，从概念涵义上讲，在中国“道德”偏重于规范在人们身上形成的“品德”；“伦理”则偏重于“行为事实如何的规律”。西方原本无“道德”特指的词，他们的“道德”一直与“伦理”混在一起。

一、道 德

（一）道德的含义

道德是人类社会的一种重要意识形态，是由人们在社会生活实践中形成的并由经济基础决

定的上层建筑，以善恶为评价形式，依靠社会舆论、传统习俗和内心信念，用以调节人际关系的心理意识、原则规范、行为活动的总和。它包括道德意识、道德规范和道德实践三个部分构成。

在中国，道德二字连用为一个词，最早见于春秋时期的《荀子》、《管子》、《庄子》诸书，在《荀子·劝学》中有："故学至乎礼而止矣，夫是谓道德之极"，意思是说如果人们一切行为都合乎礼的规定，就可以说达到了道德的最高境界。可见中国古代已经给道德赋予了较为确切的含义。

道德的产生和发展，道德观念和标准的不断变化，是与社会生产、生活的实践分不开的。道德存在的客观条件是因为社会生活实践把人与人联系起来而形成复杂的关系，而主观条件则是在社会实践中人的自我意识的产生，道德是人们社会生活实践的产物。

一定的社会经济生产方式会产生一定的道德要求，而人们具体的社会生活存在也会决定着人们的道德意识和道德实践。社会各种矛盾的社会调解，需要一定的道德要求和道德意识，通过社会舆论、风俗习惯、榜样感化和思想教育等途径，形成人们内心的善恶观念、情感信念、品德修养，并且转化为道德理念，制约和引导人们的行为，从而调节社会关系，实现道德的社会职能。

道德同政治、法律、宗教、文学艺术等上层建筑一样，是由经济基础决定的，这是道德的一般本质特征。但道德还具有其特殊的本质特征，表现在它是一种非制度化的规范性和极强的实践性，这种内化的规范和实践精神，就构成道德的特殊本质。道德的具体内容，又可表现为客观方面和主观方面两部分，客观方面，是指一定的社会对其成员的要求，包括伦理关系、伦理原则、道德标准、道德规范和道德理想。它贯穿在社会生活的各方面，如社会公德、家庭美德和职业道德等，而主观方面，则指个人的道德意识和道德实践，包括道德信念、道德情感、道德意志、道德判断、道德行为和道德品质等。道德的主要价值目标是实现个人的人格完善，通过对社会的基本人际关系及其处理原则的自觉认识，和对善的价值理想的自觉践行，来实现自身人生意义和人格升华。

（二）道德的类型

道德类型（historical types of morality）问题看似简单，但细究起来较为复杂，必须结合道德的普遍性与特殊性、绝对性与特殊性、客观性与主观性等道德基本性质分析。

按照一定的标准，将道德划分为不同的类型。

1. 按照应用的领域，将道德分为如下四种类型。

（1）社会道德：社会道德是应用于社会领域中，涉及的是社会上的人与人以及其他社会主体之间的关系。这是道德最重要的类型，因为人是道德动物，社会性是人区别于动物的本质属性。道德是社会的产物，由于与他人交往的需要，才有道德产生的客观条件——社会关系的形成；当人们意识到自己作为社会成员与动物的根本区别，意识到自己与他人或其它社会主体的关系及如何调整这些关系时，才有道德产生的主观条件——人的自我意识的形成和发展；在社会发展的过程中，生产实践把道德产生的主、客观条件连接起来，最终形成了道德观念和道德规范。道德在协调社会主体关系中显示出其最重要的价值，实际上我们通常讲的道德就是社会道德。

（2）宗教道德：宗教道德应用于宗教领域，涉及的是信仰者（人）与信仰物（超自然存在物）之间的关系。世界上所有的宗教都有这方面的规定，例如：《圣经·旧约全书·出埃及记》中的"摩西十戒"中的前三戒就属于宗教道德："我是你的上帝，不可信仰别的神"；"不可亵渎上帝之名；"谨守安息日。"这三戒规定了人与上帝之间关系应该如何，而不是人与人之间的关系。根据上述宗教道德规范，一个人（信仰者）只要违背了这三戒中的任何一戒，就是对上帝的不道德。

（3）自然道德：自然道德应用于自然领域，涉及的是人与自然界之间的关系。自然道德在原始文化中都非常盛行，因为人们通过直观经验认识到大自然对自己生存的重大意义：人的一切可以说都是大自然给予的；近年来"生态伦理学"的兴起，自然道德重新引起人们的重视，有些人认为自然界对人类的善大有价值，有些人把自然界本身视为最大的善，能够进行伦理评价。

自然道德强调人与自然的和谐共处，根据自然道德，一个人破坏大自然，就是不道德。

（4）个人道德：个人道德应用于每个人自身，涉及的是人与其自身之间的关系。人应该善待自身，善待自己的生命、自己的工作、自己的名誉等自己的一切。根据个人道德，一个人如果虐待自己，就是不道德。

2. 根据人们社会生活的结构，将社会道德分为有三大领域的道德。

（1）恋爱婚姻家庭道德：恋爱婚姻家庭道德是用来协调恋爱婚姻家庭社会关系的。爱情是婚姻的感情基础，婚姻是形成家庭的社会条件，家庭是社会的细胞。恋爱婚姻家庭道德是与每一个人息息相关的道德形式，对每一个人都意义重大。

（2）社会公德：社会公德又叫公共场合道德，是用来维持正常的社会生活秩序的。生活在一定社会中的人们，要保持一定的社会有序状态，就必须确立和遵循简单的、最起码的社会公德。社会公德反映的是社会生活中最一般、最简单和最基本的道德关系，是所有社会成员都应该遵守的。

（3）职业道德：职业道德是用来协调职业活动与社会需求、不同职业之间以及职业活动内部的各种社会关系的。人类社会就是有不同的职业组成的，职业活动是人类社会存在发展的基础，是社会生活不可缺少的部分；职业活动是每一个人生活的重要组成部分，一个人最有价值的人生就是他的职业人生。所以，职业道德对每一个社会和对于每一个人意义具有特殊的意义。

（三）道德的特点

道德是由一定的社会经济基础所决定，并为一定的社会经济基础服务的，在阶级社会中道德具有明显的阶级性，除此之外道德作为社会的上层建筑之一又有着自身的一些特点：

1. 相对稳定性 道德是人类世世代代调整社会关系中最一般关系的经验的结晶，与其他上层建筑如政治、法律、文艺、宗教、哲学等相比，有着更大的独立性和稳定性。道德虽然是随社会经济关系的变化而最终变化，但这种变化速度缓慢，旧的道德渗透在科学技术、文化传统、风俗习惯等社会各个方面并内化为人们的内心信念，所以会相对地保留一个时期，具有一定的独立性和稳定性。

2. 主体规范性 道德从本质上说是人的需要和人的生命活动的一种特殊的表现形式，是反映个人和社会的客观矛盾并追求矛盾统一的活动。任何一个人作为道德的主体，在社会生活中都不可能置道德的规范和约束于不顾，道德对人的行为的规范、制约和导向作用，是以主体的自觉性、能动性为前提的，而道德规范的形成，又离不开社会的教育和个人的修养。道德作为主体性和规范性的统一，在道德实践中既体现着道德主体积极性、能动性的一面，又体现着道德规范的约束性、导向性的一面。因此，道德具有主体规范性。

3. 社会层次性 道德贯穿于人类社会的各个社会形态、各种社会关系中，它与人类社会共存亡，只要人类社会存在就会有道德的存在。同时，道德都是表现为一个多层次的结构。不同的历史阶段存在不同层次的道德规范，同一个历史阶段也存在不同层次的道德规范。因此，围绕人类的进步与发展，形成了不同社会层次性的道德体系。

4. 利己为他性 不是人为社会（群体）而存在，而是社会（群体）为人而存在，现代生物学研究表明合作和利他将增强基因对环境的适应和繁衍能力。纵观每一个社会转型期道德规范的变迁，道德关注的主要是人“应该”做什么和“不应该”做什么，是一系列非制度化的、内化于人们心中的非强制性规范的集合。在法律尚未产生的年代，道德是人们日常行为的规范；在法制昌盛的时代，道德仍发挥着不可或缺的补充作用。调节功能是道德的核心。人们对于道德的追求，皆为了“己”与“他”的和谐，追求“可能的生活”，保障人的存在与发展。人类发展史上许多道德的内容不断地被扬弃，又有新的道德内容形成，始终交替着“己”、“他”关系的权衡。利他与利己本来就是紧密联系、既对立又统一的。社会是由许多个人相互联系、相互作用构成的，个人行为的利他与利己也是同一事物的两个侧面。因此，道德具有利己为他性。

（四）道德的功能

道德的功能指道德作为系统，基于其内部结构而具有的对社会生活的功效和作用。道德作用的发挥归纳起来有五个方面的主要功能：

1. 认识功能 道德是引导人们追求至善的良师，教导人们正确地认识社会道德生活的规律和原则，从而正确地选择自己的行为和生活道路。正如恩格斯在《反杜林论》中指出："人们自觉地或不自觉地，归根到底总是从他们阶级地位所依据的实际关系中吸取自己的道德观念。"社会是由许多个人相互作用、相互需要、相互合作、相互交换形成的共同体，作为个体既有独立自主的一面，又有相互依赖的一面，道德有助我们更好地理解社会生活的基本特性，激发实践道德要求的自觉性。

2. 调节功能 道德是社会矛盾的调节器，使人与人之间、个人与社会之间的关系臻于完善与和谐。社会是由不同的阶级、阶层、集团、个人构成，他们有着合作、协调的一面。但是，因所处的位置、社会成熟性、实际利益等差异，就会出现不协调的状态，这时，就需要一种更灵活、更有效、时时处处都能起监督作用的调节机制，这种调节机制就是道德。它通过对人的思想和行为进行灵活的、内在的、自觉的引导和监督，协调各种利益冲突，保障社会良性秩序。

3. 教育功能 作为生命个体的人，首先得生存，其次是发展，最后才是享用，因此必须使个体获得生存素养、发展素养和享用素养。道德培养人们良好的道德意识、道德品质和道德行为，树立正确的义务、荣誉、正义和幸福等观念，使受教育者成为道德纯洁、理想高尚的人。

4. 评价功能 道德是人以评价来把握现实的一种方式，它是通过把周围社会现象判断为"善"与"恶"而实现。道德通过善恶观念来能动地反映社会现实，从而使人们认识道德必然性和各种利益关系，了解个人在社会中的地位和应负的责任等。不同的道德价值，形成不同的道德判断。

5. 平衡功能 道德能够通过评价、命令、指导、激励、惩罚等方式来平衡社会关系，使道德关系逐步由实有向应有过渡。在社会生活中，道德功能的发挥与政治、法律、文艺、宗教等其他社会因素功能的发挥是密切联系、相辅相成的。道德不仅调节人与人之间的关系，而且能教育人们从社会的全局利益和长远利益出发，平衡人与自然之间的正常关系。

（五）医学道德

1. 医学道德的内涵 医学道德是在医学领域中形成的人们行为应该如何的规范和规范在人们身上形成的心理自我——品德，是职业道德的一种。

医学道德是医务人员的道德人格，是医务人员在长期的道德行为中所形成和表现出来的稳定的心理状态。由于医学道德是人们在长期的医疗卫生服务活动中产生、积累和发展起来的，它具有很强的实践性与指导性。中外一些著名的医学家都十分强调医德的重要性，如古希腊的医学鼻祖希波克拉底（Hippocratic，公元前460~377年）认为只有有德行的医师才是最好的，医师是受人尊敬的人；中国唐代的医学家孙思邈（公元581~682年）十分注意医德修养，认为人的生命比黄金还要贵重。他们精益求精钻研医术、一视同仁平等交往、保守医密诚实守信、不辞劳苦救死扶伤的精神，至今仍有深刻的教育意义。当然医学道德是不断进步的，而当今医学除重视为个体服务外也十分重视为全社会服务，医学道德已具有更广泛而深刻的意义。

伴随时代变迁，医学道德不仅吸收了古代医学中偏重为个体服务的医德内容，更结合现代医学专业化、职业化的特点丰富细化了医德内容。由美国内科学会等单位倡议的并获得美国、英国、法国、中国等36个国家和地区的120个国际医学组织认可的《新世纪医师专业精神——医师宣言》，是当代医学道德的集萃，充分体现了当代医学的职业精神。

2. 医学道德的特点

（1）实践性与稳定性：医学道德是随着社会进步和医学实践活动的发展而发展的，自产生以来就以治病救人为活动宗旨，是对医学实践中的道德关系、道德意识和行为的概括和说明；同

时医学道德原则和规范反作用于医学实践活动，离开医德践行则无所谓医学道德。作为医务人员在医疗卫生服务的职业活动中应具备的品德，是在道德观念的控制下的自觉行为，是认识与行为的统一，具有很大的稳定性。

（2）继承性与连续性：医学道德是历代医疗卫生人员在工作实践中逐渐积累而形成的。是医学从业者对至善追求的历史组合，因此总是在不同程度上借鉴吸收各历史时期的医德内容，具有继承性。同时，不同时代的医德又具有各自的时代特点，在其表象上往往不是同义反复，而是呈现出围绕某些医德共性的序列状态，具有连续性。

（3）全人类性和阶级性：医学道德作为职业道德，是从时代、人民、民族等中抽象出来的，从根本上它不是一种阶级道德，但在阶级内容充斥的情况下，不可避免地会打上阶级的烙印。医学救死扶伤，实行人道主义的道德原则，对每个国家、每个民族都是适用的；而且，人的生老病死是自然规律，各种疾病因素不分国家和民族，维护和增进人类健康是医疗卫生人员的使命，医学科技的任何成果都能够为全人类的健康服务。因此，尽管医学道德不能脱离一定的社会经济关系而独立存在，在不同时代具体的医学道德会受到不同社会阶级的影响，但从“全人类性是真正促进人类统一、继续发展和巩固的那些因素、前提和价值”这个意义上，医德具有全人类性的特点。

3. 医学道德的作用

（1）维护人的健康，协调医患关系：医学服务的对象和目的是维护促进人的健康，医德高尚、医术精湛是实现这一医学目的的两翼，缺一不可。凡是存在人际关系的地方，就存在伦理关系，有对行为的道德要求，医患之间自不例外。但医患之间因为知识的差异、个人利益的不同，常常会产生一些矛盾与冲突，医学道德有助于调节医务人员之间、医患之间以及与社会之间的关系，构建和谐医患关系。

（2）规范医疗行为，增进社会文明：医务人员具备高尚医学道德的修养，表现在把救死扶伤作为自己神圣义务的内心信念，医学道德通过医学原则和规范来影响和约束医务人员的言行。作为一种特殊意识形态，医学道德既是医学实践的产物，同时又可以能动地提高医疗质量，有助于医院管理的改善，医学科学的发展，乃至整个社会的道德风尚和社会精神文明建设。

二、伦 理 学

（一）伦理学的内涵

伦理学是对人类道德生活进行系统思考和研究的学科。它试图从理论层面建构一种指导行为的法则体系，即“我们应该怎样处理此类处境”，“我们为什么/依据什么这样处理”，并且对其进行严格的评判。包括：善恶、义务、行为准则、人生目的和价值等范畴和概念体系，是人们道德观的理论化和系统化。

Ethos（伦理），古希腊哲学家亚里士多德最先赋予其伦理和德行的含义，一般认为，《尼可马可伦理学》（Ethika Nikomakheia）《大伦理学》（Ethicka megala）和《优台漠伦理学》是西方伦理学的源头。在中国古代没有使用伦理学一词，直到19世纪后才广泛使用。

（二）伦理学的类型

伦理学按照二分法可以分为规范伦理学和非规范伦理学。规范伦理学分为普通规范伦理学和应用规范伦理学；非规范伦理学包括描述伦理学和元伦理学。目前普遍采用的是因研究方式不同将伦理学可分为描述伦理学、元伦理学、规范伦理学和应用伦理学四种不同类型。

1. 规范伦理学（Normative ethics） 规范伦理学通过对人类伦理行为的善恶价值分析，研究道德的起源、本质和发展规律等，试图从哲学上形成和论证道德基本原则、基本规范和美德要求，以约束和指导人们的道德实践，从而建构人类道德规范体系——社会的道德要求——道德原则和规则，以达到规范人们伦理行为、协调人们伦理关系、指导人们道德实践，最终达到完善

社会、完善人类自身的目的。规范伦理学的任务是分析在已知情况下与能动的开放系统的功能状态相关的价值。西方主要有功利主义、义务论以及德性论等流派。

2. 元伦理学(Meta-ethics) 1903年摩尔(G.E.Moore)发表了《伦理学原理》(Principle Ethics),标志着元伦理学的诞生。元伦理学是指以伦理学自身作为研究对象的研究,它反思、追问的对象是伦理学自身,又叫分析伦理学、伦理学的逻辑、后设伦理学以及形而上学的伦理学。侧重于分析道德语言中的逻辑,解释道德术语及判断的意义,将道德语言与道德语言所表达的内容分开,主张对任何道德信念和原则体系都要保持"中立",并在此基础上研究问题。元伦理学包含直觉主义伦理学、感情主义、语言分析学派、伦理自然主义等派别。

3. 美德伦理学(Virtue ethics) 美德伦理学最中心的特点是关心人本身而非人的行为,以道德心理学为基础,美德概念和道德的规范或法则没有明显的联系。美德伦理学,即美德中心论,就是关于人类优良道德的实现,关于人类优良道德品质—美德的养成的科学。

4. 描述伦理学(Descriptive ethics) 描述伦理学认为,对道德观点的描述是人们在特定时间和特定的共同体内所持的道德原则,并考察这些道德观点之间的相似与不同,但不使本身偏爱这种或那种观点。这些侧重于研究具体历史条件下的社会伦理关系、民众层面的日常道德生活的道德社会学、道德心理学、道德人类学、道德民俗学等均属于描述伦理学。

若在人类伦理思想研究成果的基础上来研究伦理学,包括中国传统伦理思想、埃及印度伦理思想以及西方伦理思想的璀璨成果无疑是今天科学伦理学的理论基础,规范伦理、元伦理、美德伦理和描述伦理也仅仅是科学伦理学的一个部分或侧面。

(三)伦理学的意义

随着社会政治、经济、文化和科学技术的发展,伦理学的理论在分化和综合、对立和融合中逐步完善,其研究的领域也在不断扩大。随着中国改革开放的不断深入,伦理学的社会价值将不断提高。近二十年来随着科技的迅猛发展与社会生活的深刻变化而兴盛,医学伦理、经济伦理、政治伦理、生态伦理、科技伦理、两性关系伦理、媒体伦理、网络伦理、动物伦理及国际伦理等等交叉学科纷纷出现,它们试图对各自领域中涌现出的紧迫的伦理道德问题,提出某种有说服力的解答。

第二节 医学伦理学的研究对象与内容

医学伦理学是一门研究医学道德的科学,是运用一般伦理学原理,研究和指导医疗卫生领域的道德现象、道德关系、道德问题和道德建设的学说和理论;它既要研究"医学中的伦理问题",又要研究"伦理学中的医学问题"。

一、医学伦理学的研究对象

医学伦理学属于应用伦理学的范畴,主要研究医德关系及其所反映出的医德现象。医德关系包括医患关系、医际关系和医社关系。医德现象主要包括医德意识现象、医德规范现象和医德活动现象。

1. 医患关系 即医务人员与患者(包括患者的家属)之间的关系,这是伴随医学的诞生最早产生的主体间关系,是现代医学伦理学首要的研究对象。在我国医患之间的关系是基于社会主义道德建立的契约与信托关系。医师尊重病人的医疗权利,以救死扶伤、防病治病为己任,利用国家赋予的某种特权(对疾病诊治权和特殊干涉权等),以医疗技术一视同仁地为病人提供医疗服务;病人尊重医师的劳动,将必要的信息告诉医师,并委托医师为自己解除病痛,并密切配合诊治,共同完成维护健康的任务。

医患关系中患者的道德权利包括:基本的医疗权、对疾病的认知权、知情同意权、保护隐私

权、获得休息和免除社会责任权。同时，患者又负有如实提供病情和有关信息、在医师指导下积极接受和配合医生诊治、遵守医院规章制度、支持医学学习和医学发展的道德义务。

伴随医患关系民主化趋势的增强，“指导 - 合作型”或“共同参与型”的医患关系逐步成为医患关系的主流，病人的要求也明显地呈现多元化、多层次趋势，医患关系中出现了不合作、不协调乃至冲突现象，这就要求医师恪守职业道德。另一方面，随着现代医学科技的发展，医师对医学设备的依赖性逐步增强，医疗机器隔阂了医患之间的联系，制约了医患之间在感情、思想上的交流，医学有将疾病和患病分割开来、将自然的人与社会的人、生理的人与有思想和情感的人割裂开来的物化趋势，这就要求医师加强职业道德修养，在应用高新技术时强调关心病人、尊重病人、融洽与病人之间的关系，克服“高技术 - 低情感”现象。

2. 医际关系 即医务人员相互关系中的医德现象。在为病人服务的过程中，医疗卫生单位内部所形成的医务人员（包括医生、护士、医技人员）相互之间、医务人员与后勤、行政管理人员之间的人际关系，也需要道德的调控。保护患者的生命与健康，捍卫患者的正当权益，这是医务人员的共同义务与天职。“一切以病人为中心”是医务人员所应共同遵循的道德原则，也是建立良好医际关系的基础。医务人员之间的相互支持和密切协作，有利于病人的诊治和康复。

一般而言，医际关系的道德规范包括：平等和尊重、帮助和信任、协作和监督、学习和竞争等。但在现实中，各级人员如何协调同行间分工合作的关系？同行间怎样才能正确对待彼此间的医疗行为？如何正确对待转诊、会诊等问题？同行中培育什么样的具体竞争规则和竞争观念？诸如此类的课题是医学伦理学需要研究和解决的。

3. 医社关系 医社关系就是指在社会发展过程中，出于对人类整体健康的维护，在医学家、医疗卫生单位乃至整个医学界与社会公众、社区乃至政府之间发生的具有道德意义的社会关系。这是医学专业化与社会化实践引起的，是医学价值与医学道德日益社会化的产物。伴随医学模式、健康观念、社会疾病观的转变，不仅扩大了医学的服务范围，也扩大了医务人员与社会各方面的联系。医师行为的社会性愈来愈突出，医生的社会责任日益加重，医务人员的行为直接影响社会公益，医务人员行为选择的示范作用影响深远。传染病预防、流行病调查、职业病防护、疾病普查、群众保健、计划生育等，都需要医务工作者深入社会，与社会各阶层、各行业、各部门的人广泛接触和联系。同时，作为被服务一方的社会公众群体，对医社关系也有重要的影响。因此，研究调整医社之间关系的道德规范，建立和谐的医社关系便具有了广泛的课题。

人民日益增长的卫生保健需求与卫生资源缺乏的矛盾、人类生存环境与不良的生活方式和行为方式等因素引起一系列的社会问题、医方与患方道德失范等课题，需要全方位、多视角的研判和思考医社关系道德现象。一方面，医务人员必须正确处理患者个体和社会整体健康利益所应承担的义务；另一方面，医疗卫生资源配置中需做出合乎道德的制度设计。我国调节医社关系的基本原则包括：社会公益、互惠互利、社会效益领先等。如何在道德方面正确地认识问题，以便在医疗实践中尽量减少因这些关系冲突引发的负面影响是当前迫切需要解决的问题。

医德意识现象是指医德活动中形成并影响医德活动的各种具有善恶价值的理论、观念、情感、理想和信念。医德规范现象是人们根据医德关系的本质和规律制定的一系列行为规范、准则和要求等，用以指导、评价和调节医德医务人员的行为。医德活动现象是指按照一定的观念，遵循一定的医德准则而进行医德主体品质养成的实践活动，包括医德修养、医德评价、医德教育和医德监督等。

医德现象的三个基本方面是相互制约、相互影响、相互作用和不可分割的。医务人员在医学领域中的道德关系，不仅表现为医务人员的医德意识，体现在一定的医德原则和规范中，而且还体现在医务人员的医德实践中。医务人员在职业生活中是依据医德原则和规范而采取各种不同的行为，人们对这些行为又依据一定的医德标准作出各种不同的评判。人们为了实现自己的一定的医德理想，就按照一定的医德要求进行医德教育和品行修养。不建立在一定医德活动

基础上的纯粹的医德意识和医德规范是不存在的;不在一定的医德意识和医德规范指导下的纯粹的医德活动也是不存在的。因此,医学伦理学既要研究医德意识、医德规范,又要研究医德活动,从三者的结合上,进行全面的、历史的、具体的考察和研究,从而揭示医学道德的发展规律和本质。

二、医学伦理学的研究内容

当代医学伦理学研究的内容涵盖:医学道德的哲学基础、学术思想渊源、发展史、本质、功能和作用等道德的基本理论;医学伦理的基本原则、规范和范畴;预防医学、临床医学、医学科学研究、医院管理、卫生经济与医疗保健政策和现代生命科学发展中的医学道德的基本实践以及医学道德教育、修养及评价监督,等等。

1. 医德的基本理论 医学伦理学主要阐明医德的本质、发生、发展规律及其社会作用,通过对古今中外医德现象及其内容的描述研究,帮助判定"医学伦理学应该是什么"。

医学伦理学的理论有:生命神圣论、生命质量与价值论、医学人道论、医学功利论、医学公正论、医学美德论、病人权利论、医患和谐论。

2. 医德的规范体系 医学伦理学作为应用伦理学,无疑更应该注重医学道德(规范)的研究和确定,不仅要研究一般道德规范,借鉴和吸收历史的经验,继承和发扬优良道德,而且还要研究医学不同学科及医学职业不同分工中的具体规范和要求。以阐明医学活动中行为主体应承担的道德责任,指出从事医学活动过程中应遵循的道德原则,以作为医务人员医学活动的出发点,作为评价医学行为道德与否的伦理标准。

通过对历史与现实中医学道德活动现象的归纳分析,优良道德不能随意制定、约定,只能通过社会制定道德规范的目的即道德终极标准,从人的伦理行为事实如何的客观本性中推导、制定出来。而要形成原则,必须对已有的所有规则描述分析,根据医学道德规则的普遍性与多样性关系,离析出其中的医学道德原则,然后再因时因地制宜的确立适应医学伦理学发展和需要的医学道德规范。

3. 医德的基本实践 实现医学道德的基本实践,就是通过医德教育、医德培养、医德修养、医德评价等,使社会确定的医学道德在医务人员身上得以实现,形成优良的医学美德。医学道德规范是外在的、客观的社会要求,其价值得以体现和实现,必须转化为医务人员内在的、主观的自身信念。这个任务是个复杂的、具体的、丰富的,主要通过医学伦理实践活动完成。当代医学伦理学尚处在演化中,其理论与体系还不够成熟,许多基本问题还难以最终确立,甚至有些基本概念的理解上还存在不少分歧和争论,但它却给我们的研究和学习提供了一个十分广阔的空间。

4. 生命伦理难题 现代生物医学科技的突飞猛进,诸如基因技术、生殖技术、人类增强技术等研究带来了诸多生命伦理学难题。科学技术不能脱离伦理而单独发展,伦理并非要阻碍科学技术的发展,伦理和科技的互动目的在于为科学技术发展提供正确的方向和规范的行为。历史上活体实验、人种毁灭、基因灾难、化学战争的真实案例使人警醒,催人反思,任何医学科技都应当接受医学伦理的论证与审视,当下的生命伦理难题需要科技和伦理学者共同合作和研究,才能有助于科学技术的长远发展和为人类健康服务。

三、医学伦理学的发展趋势

医学伦理学这一名词,不是一个静止的术语,它的含义和原则随着医学被管理成一个职业,到医疗照护被提供和资助,到医学之外的社会整体中的文化因素的改变等而随之发生改变。大体经历了医者自律阶段的医学伦理学,行业自律阶段的医学伦理学、社会伦理控制阶段的医学伦理学三个阶段。也有学者将这三个阶段分为:传统医德学,近、现代医学伦理学,生命伦理学(bioethics)。

(一) 医德学

医德学是医学伦理学的最初形式,亦称传统的医学伦理学。我国古代和国外中世纪以前的医学伦理学就属于这个形式。实际上当时并没有“医德学”这个概念,还没有形成真正的理论体系,尚不能称为一门学科,只是今天我们为了研究当时的医学伦理思想,而冠以这一概念。医德学实际上就是医生(医者)道德学,医学伦理学在这个时期的这种形式与当时医学所处于经验医学阶段,医疗形式是个体行医的状况相联系的,医学伦理强调的是医生个体的道德自律——医生自己如此应该好好地行医”。由于当时医学中的伦理关系比较单纯——基本上是医患关系,所以医德学的主要内容,则主要是医生的职业戒条和医生的职业美德——医学义务和医学美德。医德学的这些思想主要散载于历代医学典籍和体现在医家的身体力行之中。

此阶段的医学伦理学处于医者自律阶段。

(二) 近、现代的医学伦理学

近、现代的医学伦理学,以英国的托马斯·帕茨瓦尔(Thomas Percival)的《医学伦理学》(《Medical ethics》)一书出版为标志。此时的医学已经超越经验医学阶段,生物医学模式已经确立,医学真正建立在科学的基础之上。实验医学兴起,使医学得到了突飞猛进的发展,医疗卫生发展成为集体和社会性事业。医学中的伦理关系不仅仅是医患关系,而且包括医疗机构与医疗机构之间、相同专业医生之间、不同专业医生等复杂人际关系。医医关系的突出,使医学伦理由过去强调的医者的个体自律,转变为医学的行业自律。帕茨瓦尔的《医学伦理学》的意义,主要便是在医学行业中确立伦理道德规范——医学行业应该如此,才能好好在社会上生存。

此阶段的医学伦理学进入了行业自律的新阶段。

(三) 生命伦理学

本世纪60年代末,在美国形成了一门新的学科——生命伦理学(bioethics),生命伦理学的产生与医学新技术的不断出现及其在临床上的应用、以及医疗卫生保健日益社会化有关,尤其是生殖技术、器官移植、安乐死、基因技术等问题使生命伦理学引起人们的重视,其焦点集中在生与死两端。1971年,波特在《生命伦理学:通向未来的桥梁》一书中,首先使用了“生命伦理学”一词。然而,他给“生命伦理学”下的定义是用生命科学来改善生命的质量,是“争取生存的科学”。他把应用科学和伦理学混为一谈。1978年,美国肯尼迪伦理学研究所组织编写的《生命伦理学百科全书》给生命伦理学下的定义更为人们接受,即“根据道德价值和原则对生命科学和卫生保健领域内的人类行为进行研究”的科学。此时的医学又超越了生物医学模式,生物、心理、社会医学模式得以确立,此时的医学发展和医疗卫生实践更加社会化,医学发展和医疗实践带来的大量社会伦理问题,使人们感到对医学进行伦理学干预迫在眉睫。

此阶段的医学伦理学进入了对于医学进行社会伦理控制的新阶段。

近年来,随着医学与生命科学的迅速发展,医学伦理学研究空前活跃,医学伦理学呈现出以下的发展趋势。

1. 研究范围不断扩大 由于医学科学的发展,医学职业活动主要由医、患之间的个体交往,变为医院乃至整个医药卫生事业的群体活动;医学职业活动主要由面向单个病人,扩大为面向整个社会。医学的任务将从以防病治病为主逐步转向以维护和增强健康、提高人的生命质量为主;信息学、生物信息学将改变医学工作的方式;医学工作的范围将从“出生到死亡”扩展为“生前到死后”;第二次卫生革命处于攻坚阶段,人类的平均寿命突破100岁已初见端倪;新理论新技术推动医学向前发展。也就是说,人类发展到今天,已经不能满足于对疾病的消除,而是希望得到身心健康和长寿,使得人类健康事业可持续发展。因此,医学伦理学研究的视野已经超出单纯医学价值的圈子,而着眼于整个人类的健康及整个社会的利益和发展。

2. 研究内涵不断加深 生命科学的发展,医疗技术的进步,使人类的生命健康不断得以改善,但是这些新的医疗技术,如人工授精、体外受精、克隆人和器官移植以及CT、核磁共振等新

设备广泛应用于临床的同时，也给人类带来了许多新的问题，引起人们对医学科学的道德审视。同时，社会经济的发展，使人类的物质生活不断提高，但又出现了对动物、树木、河流、湖泊、海洋、山脉等自然客体的价值和权利的蔑视甚至侵犯等现象，致使生态失去平衡，危害人类健康。所有这些，都使得医学伦理学面临许多新的挑战。

3. 教学研究空前活跃 世界各国都将医学伦理学列入医学院校的课程教学体系，不少国家还开设医学伦理学的专业系科，培养硕士、博士高层次人才。国际医学教育专门委员会（IIME）于2001年11月发布《全球医学教育最低基本要求》，其中第一项要求便是“职业价值、态度、行为和伦理”。美、英、法、德、日、加拿大、澳大利亚等国相继成立医学伦理学等人文医学的独立研究机构，如美国著名的海斯汀研究中心、肯尼迪研究所。至21世纪初，全球已出版学术专著达千种，创办以生命伦理学为主的杂志300余种。医学伦理学的学术团体遍布世界各地，1986年世界生命伦理学联合会成立，1995年亚洲生命伦理学学会成立。

我国医学伦理学的教学和研究虽然起步较晚，但发展喜人，自1985年中华医学会分设全国医学伦理学委员会以来，国内定期召开学术年会及有关专题研讨会，出版了《医学与哲学》、《中国医学伦理学》等较有影响的专业杂志。

4. 作用地位日益提高 二次世界大战以来，一系列国际性医学伦理学文件和文献相继颁布，如世界医学会的《日内瓦宣言》、《国际医德守则》、《赫尔辛基宣言》、《悉尼宣言》、《东京宣言》等。国际卫生组织及各国政府、卫生机构设立了数目众多的“医学伦理委员会”、“生物技术伦理委员会”，发挥其决策、监督、指导、协调的职能，对医学行为活动进行规范、约束和监控，促进了医疗卫生事业健康发展。1998年开始，中国的执业医师国家考试正式将医学伦理学列为考试科目之一；同时在医务人员和生命科学技术研究者中开展各层次的医学伦理学教育。我国卫生部及各省卫生厅，根据卫生部2007年《涉及人的生物医学研究伦理审查办法（试行）》要求，相继成立了专门的医学伦理委员会，充分发挥伦理监督对卫生科技发展的保障作用。

第三节 医学伦理学与相关学科的关系

医学伦理学是医学和伦理学结合而成的一门具有综合性的交叉性的学科，它涉及多种学科的知识。医学伦理学的研究需要借助于多门学科的理论和方法，需要认识主体活动及主体间相互作用的机制和规律。

一、医学伦理学与医学

医学伦理学与医学是相互联系和影响的。虽然东西方由于思维方式的不同导致研究人体健康与外界联系及病理机制的宏观微观顺序不同，但医学是关于人的生命的科学、技术和艺术，都是为维护和增进人的健康、解除病痛、提高生命质量的，是以人的生命为对象的人类实践活动与知识体系；而医学伦理学正是在对医学发展中产生的道德问题不断认识和反思中逐步形成自己的理论体系。这两门学科都是以维护、增进人类健康为目的，仅是分工不同，但它们在同一过程中相互渗透、互相影响：医学的发展和进步直接或间接地决定医学伦理学发展，反过来，医学伦理学对医学发展又产生重要的影响。

二、医学伦理学与卫生法学

医学伦理学与卫生法学关系密切，都是协调医患关系的重要力量。伦理为法律提供辩护，法律又可保障伦理延续与发展。卫生法学以医疗卫生领域的法律为主要研究对象，由国家以强制力保证执行，作用范围只限于违法者，而且只存在阶级社会；而医学伦理学以医德为研究对象，由内心信念、公众舆论或社会习俗实现规范效力，它主要依靠医务人员对医德规范的自觉遵

守,适用于医学职业的所有方面而且存在任何社会,并随医学的发展而发展。德与法互相联系、互相补充,法律是最底线的道德,道德是高标准的法律,他们共同调节人们的行为规范。法律是硬性的,正因为法律是硬性的,才会有权威性、公正性,才会让民众感知、认同并服膺;道德是柔性的,道德的柔性特征正是对法律的有益补充,在“法不责众”式的轻微违法行为的治理中,直对人心的教化可能比只管行为的处罚有效得多。

三、医学伦理学与医学心理学

医学伦理学与医学心理学是相互促进和补充的关系。医学心理学是研究心理因素在人类疾病的预防、诊断、病因、病理、症状、治疗以及康复过程中发挥作用的科学。大量的临床案例说明,医务人员医德高尚、患者信任医务人员,才能真正展开心理研究与心理治疗,而医学伦理学的发展也需要医学心理学的支持和补充。好的伦理修养和境界,常伴随好的心境因而必然对生理产生好的影响。心理学还为理解医患互动和医患沟通提供了重要理论和方法依据,可以说不掌握患者的心理特征及其活动规律,是无法构建和谐的医患关系。

现代医学伦理学更加注重对医学服务对象的身心整体医护,这一方面对医务人员的医德责任、医德态度、医德医风、医德素质提出更高的要求;另一方面也对医务人员开展心理疏导、心理诊断、心理护理、心理治疗的技能提出迫切的要求。医务人员除了具有扎实的医学基础知识和熟练的诊疗技能外,还应当懂得病人的心理,研究疾病与病人心理状态的关系,通过与病人之间的相互沟通,以关怀的语言、良好的情绪、态度和行为,帮助病人减轻或消除对疾病的痛苦体验。医学伦理学和医学心理学知识相得益彰,必将共同促进医学科学的发展、医德医风的建设、医学人才的培养及患者疾病的康复。

四、医学伦理学与其他学科

此外,医学伦理学还与医学美学、行为医学、人际关系学、医学社会学和社会医学等诸多学科有着内在联系。探讨上述相关学科之间的关系,有利于界定医学伦理学的独特研究内容、对象和学科地位。

行为医学的理论为医学伦理学提供巨大支持,医德意识、医德规范最终体现在人们的医德实践的行为过程中。人们如何选择自己的行为,根据何种规范进行行为活动,提倡什么行为,反对什么行为?行为医学是研究行为因素对健康和疾病的影响作用的科学。行为是心理活动的外部表现,又是人们心理活动与外界联系的中介环节。人的行为受心理活动的支配,心理活动又受行为结果的调整和纠正。人的行为可以概括为言行,语言是思想内容的物化,是表达思想并和他人交流信息的工具;行为特别是操作行为是主要改变客观包括改变自身的活动。行为互动是医患交往的主要内容,无论是技术关系还是非技术关系主要都是通过行为交往实现的。

人际关系学的研究内容包括:人际关系现象,人际关系发展规律,人际关系运转的社会机制和个体机制,处理人际关系的行为原则和社会规范,处理人际关系的技术、艺术及方法等。人际关系现象是世界上最复杂的社会现象之一,人是千差万别的,决定着人际关系也是千差万别的,人际关系既包括着人们之间的精神关系,又包括着人们之间的物质关系,而这二者间又存在着错综复杂的关系。人际关系学不是停留在人际关系现象的描述上,它的重点是揭示支配人际关系的规律性。人际关系总是受着社会历史条件的制约,受经济制度和经济条件的制约,受社会风俗习惯的影响,受文化礼仪规则的限制,受民族、职业、宗教、道德乃至性别等因素的约束等。诸如此类的一些理论、方法和技术,对于医学伦理学的构建是极为重要的。人际关系学是医学伦理学的母体之一,是建立和谐医患关系的主要支撑学科之一。

医学伦理学与医学美学是相互联系与沟通的关系,分别探讨的是医学职业生活中的善与美。医学伦理学以善、恶作为评价标准,并依靠社会舆论、内心信念和传统习俗来维持;医学美

学以美、丑为评价标准，以健康长寿为客观依据，并在一定程度上取决于医务人员的医学审美水平。正所谓善的真谛是爱的给予，而爱的真谛是美。任何具有医学伦理学意义的现象，一般都具有美学意义；而一些具有美学意义的现象，也常有医学伦理学的意义。

医学社会学是社会学的分支学科之一，它是把医学问题作为社会学的一个基本问题加以研究的。医学社会学的研究涉及医学的社会性质、社会作用和医学所必须承担的社会职能，它还研究医学所发挥的社会保障作用，医生和患者承担的社会角色，医学界发挥的社会作用以及它与整个社会的互动形式和互动规律等。

社会医学是研究社会因素与疾病和健康的相互作用问题，研究社会因素如经济因素、政治因素、文化因素、行为因素和社会心理因素等是怎样作用于疾病和健康问题的，应当如何发挥这些因素的积极作用和消除它们的负面影响，应当怎样采用立体思维的形式去构建人们的生活方式，全面动用社会力量推进社会健康的发展，推进健康行为的发展，以更完善地实现社会目的和医学的社会职能。

医学社会学和社会医学虽然是从不同视角、不同目的研究医学与社会关系的，但它们都共同强调了医学的社会性质，强调了医学与社会因素之间的相互作用关系。这就为医学提出了一种新的理念，一种有关健康和疾病的新的理念，从而拓宽了医患关系的内涵，使医患关系不仅仅局限于医患之间的个体关系，而使之置于广泛的社会关系网络之中。医学社会学和社会医学为医患关系的构建是供了充分的理论根据和方法依据，从而，将医学伦理学的研究和发展完全置于生物、心理、社会医学模式的视野中。

理清医学伦理学与其他相关学科的关系，将医学生培养成为具有精深的医学专业知识和广博的知识结构、强烈创新意识和创新思维能力的高素质、高层次的创新型医学人才，是知识经济时代的客观要求，也是践行医学教育科学发展的客观要求。

第四节 学习和研究医学伦理学的意义与方法

医学伦理学是医学及其相关专业必修课程的基础，是接受医学教育、实践医学活动必经的桥梁，是构建和谐医患关系的有力保障，是医学科技与医学人文联系的纽带，是生命科学变革时代的航标。学习医学伦理学有助于正确认识医学道德现象，有助于提高自身修养、树立正确的医学职业观，有助于促进医疗、教学、科研、预防、管理质量的提高，有助于分析、评价和解决具体的医学伦理难题，有助于认识和处理因高新生命科学技术应用引发的有关生老病死、健康文化、社会医疗保障、生态环境等伦理问题。在学习过程中要坚持唯物史观指导把握时代要求，坚持知行统一理论结合实践，坚持全面学习准确把握重点，掌握观察法、实验法、调查法、文献法、文化比较研究法等多种方法。

一、学习和研究医学伦理学的意义

（一）医学伦理学是医学及其相关专业必修课程的基础

医学伦理学对于医学及相关专业学科基础地位是无法动摇的。医学伦理学以医学道德价值为研究内容，探索医学道德运动规律、阐述医患关系道德、跟踪并探索医学科学发展提出的问题，并提出医学实践活动主体的医德修养途径，其价值导向性是显而易见的。医学是崇高的职业，任务艰巨，要求从事医疗卫生保健事业的人员必须具备有高尚的道德情操、精湛的技术，还需要有一颗献身医学事业、防病治病、救死扶伤的美好心灵。“医乃仁术”的学科本质、“大医精诚”的职业使命、“具备较高综合素质”的时代要求，决定了医学伦理学是提高自身道德修养、完善知识结构、成为合格社会主义医学人才不可缺少的一门基础课程。

疾病的发生除生物因素外，还和社会、家庭、病人心理、病人身体素质等有密切关系。医务

人员通过良好的医德修养，实现与患者的和谐相处，以关怀的言语、表情、态度和行为影响或改变患者的感受和认识，从而达到心理治疗的效果。相反，医务人员不道德的情绪、言语、态度和行为的基础上可诱发医源性疾病。医学道德还是维护和实施医学法律的有效基础，医学生理学、解剖学的发展历程更是贯穿着医学伦理的影响。在医学社会学中研究的医务人员的社会流动、医疗卫生活动的社会控制、妇幼保健的社会问题等都需要医学社会学和医学伦理学及其他相关学科的协同研究。

近年来，我国各医学院校逐步把医学伦理学教育从过去的只在临床教学阶段进行，改为贯穿于医学教育全过程的系统教育。医学伦理学已成为接受医学教育、实践医学活动必经的桥梁，成为医学科技与医学人文联系的纽带和生命科学变革时代的航标。

（二）医学伦理学是医学发展的必然要求

医学伦理学的研究内容或范围在不断拓展。人类道德生活并不仅仅建立在道德原则和道德规范基础之上，因为它还与人的道德心理活动、道德语言表达、道德推理过程、道德视角等诸多方面非常紧密地联系在一起。首先，伴随医学模式的转变，社会对医务人员的职业道德提出了更高要求；其次，医学高技术化极大地冲击了传统医德的生命观念，优生、安乐死、器官移植等两难选择困扰亟待解决，同时因“高技术 - 低情感”导致医德大面积滑坡；第三，伴随医院的产生、现代医学教育的问世和医疗卫生服务成为社会性行业，医学高度社会化——这些医学的新进展，呼唤在新时期重视医学伦理研究、加强医学伦理学教育、更新和拓展医德观念。

（三）医学伦理学是构建和谐医患关系的重要途径

近年来，社会主义医学发展伴随我国体制改革的进程，医疗卫生事业同其他行业一样处在了一个大改革、大变化时期，医疗环境因卫生经济成分、组织形式和经营管理体制的多样性，而呈现出了明显的竞争态势。一方面，计划经济几十年形成的模式、机制一旦打破，它必将撞击传统中国文化涵养下形成的社会利益关系、思维方式、社会态度，使人们的人生观、价值观发生了深刻的变化；另一方面，我国加入世界贸易组织后，允许国际资本进入，使国内医疗市场竞争更趋激烈，一些医疗单位片面追求经济效益，使部分医务人员滋长利己主义、拜金主义，在医疗行业出现了诸如“收受红包”、“拉网检查”、“滥用药物”的行业不正之风。在市场经济条件下，保障医疗卫生事业良性发展，减少负面因素的影响，缓解医患关系中的矛盾与冲突，提高医务人员整体素质，加强医疗卫生职业的医德建设成为社会的客观要求。医学伦理学研究具备提供道德知识的目的和指导道德实践的目的，追求和体现理论和实践的有机统一，是构建和谐医患关系的重要途径。

二、学习和研究医学伦理学的方法

从总体而言，医学伦理学的学习和研究应该坚持唯物论和辩证法，正如恩格斯所指出的：一是要“从对象本身去认识”对象；二是要从“人们的现实社会关系”去研究对象，必须具有科学思维能力和使用科学的方法。除此之外，学习和研究医学伦理学，应该坚持以下基本的方法：

（一）观察法

就是用历史的眼光去观察和分析医学道德对医学伦理学加以研究和进行学习的方法。科学的观察不同于随意性的观察，它是抱着一定的研究目的进行的有意识地观察。观察应该有系统地设计，有观察的项目，观察的标准和期望得到的数据等。观察结果应有系统的记录。在观察中应避免任何主观和偏见，要坚持观察的客观性。观察法的优点是可以实时实地观察到现象或行为的发生，可以得到不能直接或不便报道的资料，可以在特殊设计下（如通过录像）或特别情景下最自然地观察研究对象的活动。观察法也有缺点，它不能在任何情况下都能得到所需要的材料。观察中所得到一个典型个案常可代表所研究对象的一般趋势。

观察法可分为无结构的观察和有结构观察。无结构观察又分为非参与的和参与的两种。

无结构的观察是对研究问题的范围采取比较松懈而弹性的态度，进行的步骤和观察项目也不一定有严格的界定，观察记录的工具也较简单。参与与非参与是指研究者是否置身于他所研究的对象之中。无结构非参与的观察常被用作探索性的研究，或作为更有系统研究计划的初步工作。无结构的参与观察则置身于观察对象中，变为他们中间的一员，不被研究对象看作外人。有结构的观察是指严格界定所研究的问题，依照一定的步骤和项目进行观察，采用准确的工作进行记录。

（二）实验法

实验研究是科学研究的重要方法之一。在医学伦理学实验法更多侧重于比较研究。应用这一研究方法需要具备两个基本条件：一是对所研究的问题的性质及所需知识应有相当基础。例如在研究医患关系现象时，就必须具备医患关系学基础知识；二是具有科学方法所必需的知识，包括逻辑学知识、统计学知识等。实验法的优点是可以获得事物变化的因果关系，它的特征是在严格控制的条件下研究事物的变化。实验研究的一般顺序是：确定研究问题，提出研究假设，设计实验方案，挑选实验对象，选择研究工具，进行实验观察，整理分析资料，撰写研究报告。实验研究因果关系时因是经实验者安排或控制的，即确立情景或条件；如果是研究者需要观察测量的，即在条件影响下发生的行为或反应。例如在研究人格和态度时，就必须处理三类变量：

1. 有计划的操纵的自变量，即实验者有意安排的实验变量。
2. 预先设计的观察、测量、记录应变量。
3. 设法控制自变量以外一切可能影响结果的变量，包括干扰变量和中介变量。

实验者在控制自变量之外可能影响结果的其他变量的方法有：排除法、纳入法、配对法、随机法、共变量分析法。实验法中采用的测量工具和测量方法应当准确、有效。

实验法用以研究社会和行为问题时，由于人类行为复杂多变，个体间差异很大，中介变量难以直接观察和测量，使实验法的应用受到很大的限制。在某种意义上，国际医学伦理思想交流的过程，通过纵比、横比、同比、异比、交比等筛选，将一些伦理规范的引入试点就是采用实验法进行研究的。

（三）实地实验法

以人为方法操作研究因素而观察其变化情况的研究方法称为实验，包括研究环境或情景，由研究者控制操作的称为实验室研究。研究环境或情景处于现实情况下而进行的实验研究，称为实地实验研究。换言之，研究者在现实情况下，尽可能控制各种情况，操作一项或多项自变量，以观察因变量的变化情况，就属于实地实验研究。实地实验研究较之实验室研究，更便于在研究社会行为问题中施行。在实地研究中所选择的变量通常较实验研究中的变量具有更强大的影响力。

案例分析方法是一种具体的医学伦理学实践方法。案例分析方法是提取典型的医学伦理案例（分为进行文字概括和具体的实际案例），基于已有的医学伦理价值观和医学伦理规范，发现、分析其中伦理问题，提出医学伦理解决方案的医学伦理学研究和学习的方法。结合具体的案例可以检验医学伦理的优劣，深化对医学伦理的认识，甚至突破已有的医学伦理成果。

在研究情况越近似现实，而选择的变量愈有价值，这种研究方法的实际应用的可能性也越大。实地实验研究适宜于检验理论的有效性，适宜于发现实际问题的解决方法。实地实验研究可以采取单因素设计，也可以采用多因素设计，还可采取全因素实验设计。实地实验工作的执行涉及所有参与研究的成员，应该对参与人员进行严格培训，使大家步调一致，提高工作效率，减少和避免偏差。对实验结果一般应采用统计分析方法，并应避免错误的发生。

（四）调查法

调查法是社会与行为科学最常用的研究方法，它可用于各种群体。一般是从群体中选取样本予以研究，以期发现社会各种变量彼此影响的状况、分配状况以及它们的相互关系。调查研

究从所要研究的群体中，根据抽样原理选取样本，并以样本所得结果推论整体的状况。调查法适用面广，进行速度快，记录调查结果比较方便，调查员培训较容易，所得资料也便于分析，因而适合于大规模的研究。

调查法可以采取访谈法、问卷调查法，还可以利用互联网开展调查。通过对大量样本的调查和数量分析揭示医学道德的内在联系，进而找出医学道德产生和变化的外部原因。例如，医学伦理学不满足对安乐死的支持和反对理由分析，而且还要通过社会舆论调查，对不同的普通社会公众、不同的医务人员、不同的病人等不同的社会人群进行“同意、理解与否”的调查，然后进行数据分析，以反映人们对安乐死的医学伦理认识状况。

在很长的一个时期，人们注重对医学道德现象的定性研究，认为不能运用定量方法研究医学道德。随着对医学道德研究内容深入，为了满足对医学道德的客观研究需要，医学道德研究方法也应该丰富，调查法的运用为医学伦理学的定量研究开辟了新的思路。

（五）文献法

文献法适用于研究历史问题、难以实验的问题和实用问题。这种研究所运用的资料主要有统计记录、大众媒体以及私人文件。在运用文字的社会中，政府、学校、医院、工厂、公司等社会机构，大多保有各种有关的统计记录，为研究者提供了极有价值的研究材料。大众媒体包括电视、广播、报刊等，他们向社会提供了大量的信息，反映出流行于社会中的文化素材，为人们提供了丰富的研究资料。私人文件包括日记、自传、信件、著作等，也可提供重要的研究资料。

利用既有资料从事研究的优点是：资料是现成的，不必耗费大笔经费去搜集，而且这些资料是长期积累的，可以看出一个问题的发展脉络，不必求取研究对象的合作。但这些资料可能不够翔实，统计报表也常会含有误差，当初资料搜集者所用的测量工具和测量单位未必合乎研究需要。因此，运用这一方法时，要知其所短而用其所长。要谨慎从事，避免作出不当的因果关系推论。如果运用得当，可以看出现象之间很多变量的关系，促进人们进一步了解问题的实质。

（六）文化比较研究法

文化比较研究法是利用世界各种不同文化为样本，对其资料进行比较研究，这种方法在理论上和实际上都有重大意义。例如对不同国家医患关系进行比较研究，不但更容易发现医患关系的运行规律，而且可以收到借他山之石以攻玉的作用。文化比较研究一般选取两个或两个以上的文化或行为特质作为研究的变量，以分析变量之间的相关性。变量的确定取决于研究目的。例如我们假设医患关系中某个基本特征 A 与某种制度 X 存在有关联。我们就可以假定凡是具有这种基本特征 A 的民族，必然存在着某种制度 X，而没有这种基本特征 A 的，就不存在某种制度 X。作文化比较研究时，最大的困难是如何找到合适的样本资料。文化比较研究首先要解决如何选取合乎统计学抽样标准的样本民族，应先列出一个民族清单，然后进行随机抽样，抽出所需样本。英国学者高顿（Galton）提出这样一个问题，用以证实某些社会制度互相关联的民族样本若有不少是有历史渊源的话，怎能从统计意义上说明其共同的功能关联呢？解决这一问题的主要方法，应是区域分层抽样。邻近或同一区域的民族，往往是同源的，采用这一方法，就可减少同源的偏见。在比较研究中，只有选取在某一标准内是相等单位才有意义。还要解决民族资料的质量问题。只有在解决这些问题的基础上才能有效地开展研究。

（七）理论联系实际的方法

首先，必须认真学好理论。既要学习医学伦理学的基本理论、原则、规范等，还要认真学习医学科学知识，了解医学科学发展状况，这是学习和研究医学伦理学的重要前提。

其次，要坚持从实际出发。即从医学职业生活的实际出发，密切联系我国的医学科学实际状况和实际水平，密切联系我国医药卫生事业改革的实际。

案例分析方法是一种具体的医学伦理学实践方法。案例分析方法是提取典型的医学伦理案例（分为进行文字概括和具体的实际案例），基于已有的医学伦理价值观和医学伦理规范，发

现、分析其中伦理问题，提出医学伦理解决方案的医学伦理学研究和学习的方法。结合具体的案例可以检验医学伦理的优劣，深化对医学伦理的认识，甚至突破已有的医学伦理成果。如果在学习医学伦理学的过程中热衷于背诵一些医学道德名言、概念，而不把重点放在需要解决的医德方面的实际问题上，不放在实践高尚的社会主义医德上，那么，就不可能提高识别善恶是非的能力，无法陶冶高尚的情操。

（八）决疑法

决疑法（Casuistry）是对于那种一般道德原则不能直接应用于其上的个别道德案例的一种研究，旨在决定是否它们能被放进一般规则的范围。在方法论上，决疑法被称为是一种“基于案例的推理”，与“基于原理或规则的推理”相对应，它常常用于医学伦理学中医学高新技术所引发典型案例的伦理争议的讨论与解决。决疑法不同于机械推理或数学推理，它在本质上是明智推理，也就是亚里士多德所说的实践智慧，这种智慧的养成在于对人类经验和人类条件的批判性反思，它从疑难（困局）角度来进行思考并试图解决道德难题，以问题思维为基础。

美国华盛顿大学医学伦理学教授 Abert R.Jonsen 认为决疑法根源于三种早期文化的观念和实践，即古希腊哲学的观念、罗马法的司法实践和拉比犹太教的论辩传统，发展至 16、17 世纪达到全盛时期，发展成吸收“道德或然论”的决疑法，主张当一个人不知道某一行动是有罪的还是可以容许的时候，他可以凭借“或然的意见”决定其为可以容许的，尽管一个或然性更大的意见认为这一行动是有罪的。后遭到法国著名数理科学家巴莱西·帕斯卡尔的理论批判，于 18、19 世纪走向衰落，当时，只有德国哲学家康德、英国哲学家密尔和道德哲学家西季威克等少数学者还在自己的著作中讨论决疑法，发展到 20 世纪 70 年代，决疑法呈现复兴的迹象，尤其是在以医学伦理学为代表的应用伦理学和职业伦理学领域。

（九）其他的方法

除了上述研究和学习方法外，系统分析的方法，实证研究的方法、归纳与演绎的方法、思辨反省法、直觉体验法等哲学方法也是医学伦理学的研究和学习方法。另外，医学伦理学又是个交叉学科，医学伦理学的研究领域在不断深入、扩展，在研究方法上也越来越多地借鉴其他相关学科的方法，对医学伦理学方法的研究，也是深入进修这一学科研究的重要方面。

本章小结

医学伦理学是一般伦理学原理在医疗实践中的具体运用，是医学与伦理学相交叉形成的一门边缘学科，属于应用规范伦理学的范畴。医学伦理学又是研究医学道德关系（包括医患关系、医际关系、医社关系）和医学道德现象。医学伦理学研究的内容包括四大部分，即描述医学道德的基本理论、确立医学道德的基本原则、实现医学道德的基本实践和进行医德难题的解答。医学伦理学是医学及其相关专业必修课程的基础，是医学发展的必然要求，是构建和谐医患关系的重要途径。在学习过程中要以唯物史观为指导，把握时代要求，坚持知行统一，掌握观察法、实验法、调查法、文献法、文化比较研究法、理论联系实际等多种方法。同时，需要把握医学伦理学与其他学科的关系。

复习思考题

1. 什么是医学伦理学？
2. 试述医学伦理学的研究对象和研究内容。
3. 学习和研究医学伦理学有什么意义？
4. 学习和研究医学伦理学的主要方法有哪些？

5. 试分析医学伦理学与其他学科的关系。

本章作者及联系方式

王明旭（西安交通大学医学院 西安市雁塔西路 76 号 邮编 710061 Email.wangmx601@mail.xjtu.edu.cn）

李勇（南京医科大学医政学院 江苏省南京市汉中路 140 号 邮编 210029 Email：Yongli@njmu.edu.cn）

Notes

第二章　医学伦理学的产生和发展

教学目的

掌握我国医德的优良传统；熟悉近现代医学伦理学和生命伦理学产生的历史条件、主要特征和标志；了解中外医德发展中的代表人物、代表性的医德文献及其医德思想；了解中外医德思想的发展脉络和规律趋势。

［案例 2-1］

在我国古代传说中，有“神农……尝百草之滋味，水泉之甘苦，令民知所避就。当此之时，一日而遇七十毒。”（《淮南子·修务训》）；有“伏羲氏画八卦，……百病之理得以类推，乃尝味百药而制九针，以拯夭枉焉”（《帝王世纪》）。

（皇甫谧撰，清　宋翔凤　清　钱宝塘辑；刘晓东校点．沈阳：辽宁教育出版社：1997）

讨论与思考：此案例对我们理解医德的本质和起源有哪些启示？

［案例 2-2］

三国时期隐居庐山的名医董奉，“日为人治病，亦不取钱，轻病愈者，使载杏一株，重者五株，如此数年，计数十万余株，郁然成一林”。待杏成熟时，董奉又“于林中作一草仓，示时人曰：欲买杏者，不必报奉，但将谷一器至仓中，即自往取一器杏去”。他又用卖杏所得购药，接济贫苦患者，这就是流芳千古的“杏林佳话”。

（http://baike.baidu.com/view/269738.htm）

讨论与思考：此案例强调的是医务人员哪方面的道德品质？案例对现代医疗保障改革有哪些启示？

医学伦理是伴随着医疗职业而产生和发展的职业道德的思想体系和规范体系，大体经历了医德学（morals）、近现代医学伦理学（medical ethics），生命伦理学（bioethics）三个阶段。了解医德思想发展的历史，全面考察分析医学伦理学的形成发展和未来趋势，对于我们把握医德思想发展的一般规律，认识医德思想的社会历史作用，继承中外优良伦理传统，促进医德建设、加强自身医德修养有着极为重要的意义。

第一节　古代医德思想的孕育和发展

中国古代医学是最具丰富思想和实践精神的领域。伴随中国传统医学的萌芽和发展，医学道德思想不仅成为整个医学思想的重要内容，而且成为中国传统伦理文化的构成部分。深入了解和充分把握中国古代医学道德思想，是汲取历史上有价值的道德思想精华、古为今用、使之发扬光大，推动现代医学道德进步、推动医学伦理事业发展的重要环节。

一、中国古代医德思想孕育和发展

古代中医学(traditional Chinese medicine)是我国优秀民族文化遗产的一个重要组成部分,在其数千年的发展过程中,逐步产生和形成了比较完整而丰富的古代医德思想,这是我国医学宝库中宝贵的精神财富,也是现代医学伦理思想的重要思想渊源之一。

(一) 我国古代医德思想的萌生时期

从原始社会晚期到奴隶社会早期,是医学发展的萌生时期,也是古代朴素经验医学道德的萌生时期。原始社会生产力十分低下,人们在共同劳动和斗争的漫长岁月里,逐步从生产实践中摸索出治疗疾病的方法和经验,如热敷以抗风湿,按压以减疼痛,树枝固定骨折,草药、拔火罐治疗内疾等。尽管这些治疗方法非常简单,但却对当时人类的生存和发展起了重要作用。原始人有多种疾病,当疾病发作时,不但生活无法自理,而且痛苦不适,如果没有人际间的互助,也是不能治愈和生活的。互助观念的萌芽完全由于社会物质生活的需要,一旦这个集体中的成员有伤病,就将影响这个原始群或部族、氏族的生产能力和抗御自然敌人的能力。集体生存的需要,是朦胧的人道思想萌芽的根源。

我国古代"神农尝百草"和"伏羲制九针"的传说,充分体现了人类早期逐步在实践中认识药性、摸索治疗疾病方法的过程,也充分体现古朴的医德意识随着医学的草创而逐步萌生。部落首领为了各自部落的繁衍,不惜冒着生命危险以自己的身体为实验对象,为氏族成员探求治疗疾病的方法,既是最早的人体实验,又体现出当时氏族社会相互关心,互相救助的纯朴道德意识。

长期发展中,原始人还逐步认识到群婚、血缘婚姻,所生育的后代体质和智力的下降和低劣,对部落氏族发展繁衍的巨大危害,逐步形成了禁止父母和子女、兄妹姐弟等近亲婚配生育的血缘禁忌。人类自身生产繁衍的需要,是乱伦禁忌思想产生形成的根源。总之,人们在生产生活和简单的医疗活动中,所产生形成和体现出的同情心、互助观念、保健观念、血缘观念、生命神圣观念等,在长期的医疗实践中逐步形成了医学道德。

(二) 我国古代医德思想的形成时期

从奴隶社会末期西周到封建社会早期,特别是春秋战国时期,随着生产力的发展和思想文化的进一步繁荣,我国进入了各种思想观念层出不穷的"百家争鸣"时期,尤其是儒家、道家、墨家有关自然和人性思想的探讨和深化,为医学理论和医学伦理思想注入了理论的源头活水,形成了初步的框架体系。

随着生产力的发展和体力劳动和脑力劳动的分工,据《周礼》记载,周朝出现了专司医业的医生,西周时期医学已经出现了分科,分为疾科(内)、疡科(外)、食科(营养)和兽科。不论哪一科,到年终的时候,医师处都要对医生们的疗效高低进行考核,根据医疗成绩分别规定他们的俸禄。标准是"十全为上,十失一次之,十失二次之,十失三次之,十失四为下。"并且明确揭示了造成医生十不全的根本原因,是由于学识浅薄、医术不精以及谋取私利的不良品德和草率行为所致。

春秋战国时期的著名医家扁鹊,不仅医术精湛,而且在医德方面有重要贡献。一是强调"随俗为变",从医疗实践的需求需要出发,为群众解除疾苦。二是强调医巫分离,反对迷信。"六不治"思想尽管是基于医生自我保护的职业行为规范,但在客观上形成了我国最早的医学伦理规范之一。

春秋战国时期,产生了中国第一部医学经典著作《黄帝内经》。《黄帝内经》的《疏五过论》、《征四失论》、《师传篇》中专门对医德作了专门论述,并从全力救治病人的角度出发,对医生提出了一系列道德要求。《宝命全形》指出"天覆地载,万物悉备,莫贵于人"。强调人的生命是天地万物中最宝贵的东西,医生要珍惜一切人的生命,并以此作为自己职业活动的出发点,把尊重病

人的生命作为医德的基本原则，可以说是医学人道主义的萌芽。《征四失论》指出，医生“之所以十不全者，精神不专，志意不理，内外相失，故时疑殆”。明确医疗事故差错除了技术原因外，更有精神不专、志意不理的工作作风和工作态度问题，要求医生必须认真负责，一丝不苟，绝不可粗枝大叶或敷衍塞责。《灵枢》强调医者必须是能“济群生”为大众服务，并有志于钻研医道，使之“可传后世而无患”的人，要求对学医者首先从品德方面进行选择。《师传》篇告诫医生，要“入国问俗，入家问讳，上堂问礼，临病人问所便”，论述了礼貌问诊与治疗的关系，强调要想了解病人的各方面情况，必须尊重病人，讲究礼貌，以取得病人与医者的合作。

（三）我国古代医德思想的发展时期

秦汉三国时期是中国经验医学的开始，科学与迷信分开；重视观察的作用；专业医生大批出现，新的医患关系出现，是医巫分开的实践转变时期。淳于意开创的疾病分类和疗效统计的新时代，是归纳与分析的新尝试；张仲景开创的两汉医学理论的新时代；华佗开创的外科和麻醉的新时代。都没有拘泥于前人的经验和著作，强调科学知识、科学精神和科学方法，其道德意义在于摈弃反科学的精神。

两汉时期，《淮南子·说山训》讲：“良医者，常治无病之病，故无病；”明确了预防疾病不仅是正确的医学思想原则，也是正确的医学道德原则。东汉“医圣”张仲景，在《伤寒杂病论·自序》中提出：“精究方术”“上以疗君亲之疾，下以救贫贱之厄，中以保身长全，以养其生”，明确了医学的目的就是为治病救人。发出了“勤求古训，博采众方”的呼吁，做出了“居世之士，曾不留神医药”，“唯名利是务”的痛斥。

魏、晋、南北朝时期，在整体观念和辨证论治的理论和实践基础上，把医德作为理论医学的重要内容加以继承和发展。在医德理想、医德准则、医疗道德和养生道德等方面的论述和实践，都大大丰富了医学伦理学的内容，并粗略形成了医德模式的雏形。南北朝时期的医家杨泉非常重视医德，认为评价医生有三条标准：仁、智、廉，把医德摆在比医术更为重要的地位。在《物理论　论医》一书中指出：“夫医者，非仁爱之士，不可托也；非聪明理达，不可任也；非廉洁纯良，不可信也。是以古之用医，必选名姓之后，其德能仁恕博爱，其智能宣畅曲解”。

隋唐时期，我国封建社会走向繁荣鼎盛，医德理论也进一步发展。不但创立了医德准则和规范，使医疗行为有所遵循，而且还紧密综合临床实践，使伦理渗透于医理之中，进行医德教育和评价。以孙思邈为代表的医家，以尊重人和爱护人的生命为崇高的医德目标，发展了传统的“生命神圣”论的医德学说，使之逐渐系统化，提出了内容比较全面的医德规范，形成了一个比较完整的体系，成为我国古代医德思想发展史上的重要里程碑。

孙思邈在《千金要方》、《千金翼方》中专门论述医德的《大医精诚》、《大医习业》比较全面地论述了从医目的、医生的品德修养、献身精神、医疗作风等。主张医家必须具备“精”和“诚”两个方面。所谓“精”，就是指作为医家必须不断学习，提高医疗技术，具有精湛的医术。所谓“诚”，就是指医生应具有高尚的医德，要有仁爱的“大悲恻隐之心”，“好生之德”。要清廉正直，不得追求名利，对病人要“普通一等”、“一心赴救”等等。其主要精华可归纳为十条：①医者必须以救死扶伤、解除病人痛苦为唯一职责，要摒除一切私心杂念，处处想着病人的疾苦；②医生必须精研医术，用心精微，医术精确，切勿浮躁骄傲、粗心大意；③医生要排除杂念，在抢救患者时，不得瞻前顾后，考虑个人安危，要以救人疾苦为主；④医生对患者要一视同仁，不得歧视，凡遇救治的病人，不论贫富贵贱、年龄老幼、容貌丑美、恩怨亲疏、愚笨聪明、任何民族，都要一视同仁，把他们全部当成自己的亲人；⑤医生要一心救治，不得故意做作或以某种手段谋取名誉；⑥医生要有同情心，不能怕脏怕臭，不得嫌弃病人；⑦医生诊治疾病要认真仔细、准确，不能粗枝大叶，不能只图轻快省事；⑧医生要一切为病人着想，尽量降低药费，用便宜药代替贵重药，减轻病人负担；⑨医生对药方不要秘而不宣，应公开并传于后人，使药方家家悉解，人人自知；⑩医生要尊重同行，不应互相嫉妒、炫耀自己、嘲笑别人。

Notes

(四) 我国古代医德思想的成熟时期

唐以后,医德理论和规范在临床实践中又经过后世医家的不断补充、发展而趋于完善。特别是一批具有医师道德规范性质的医德文献陆续问世,成为我国古代医德思想走向成熟的重要标志。

宋代医家的医德活动比隋唐以前更活跃,活动方式和内容日渐丰富,医家十分重视医德的教育和修养。林逋在《省心录.论医》中提出:"无恒德者,不可为医"。《小儿卫生总微方论》把《医工论》冠于篇首教育医家,指出:"凡为医之道,必先正己,然后正物。正己者,谓能明理己尽术也。正物者,谓能用药已对病也"。从"正己"与"正物"的辩证关系,阐明了医德的重要性。并从医德医术两个方面对医家进行了规范。宋代名医张杲采集历代医学中的一些典故和16个名医的传记,编成《医说》10卷,从医德修养和原则等方面补充了孙思邈的医德思想。

到了明代,人们更加重视医师职业道德规范的研究和制定。龚廷贤著《万病回春》中有"医家十要"、"病家十要"、"医家病家通病"等篇章。明代著名的外科医生陈实功编写成《外科正宗》四卷,较全面地总结了明代以前外科学、皮肤科学及肿瘤学方面的成就。其中专门论述医德的篇章《医家五戒十要》,就医生的专业学习、道德修养、言行举止、服务态度以及如何处理好同行之间的关系,均作了明确的论述,是非常具体实用的医德规范。1978年,美国出版的《生命伦理学百科全书》,把《医家五戒十要》与《希波克拉底誓词》和《迈蒙尼第斯祷词》,并列为世界古代医德文献之一。

清代医家在医德规范的探索与实践方面又有新的丰富发展。一是清代初期医家喻昌突破了过去医家用"五戒""十要"等箴言式的空洞说教去论述医德规范,结合临床实践,写出了《医门法律》一书,提出对待疾病,从诊治的望、闻、问、切,到辨证施治,再到处方用药,都应分门分类,条条清楚,"这是法",医生治病要依"法"。还提出了医生在辨证施治上容易犯的"六十种"错误,提出一些禁例,这是"律",要以"律"来判断诊治效果失误的责与罪。喻家言第一次提出了要以"法"来诊治病人,以"律"来判断治疗的失误。《医门法律》把医德在诊断和治疗中的作用加以科学论述,明确对医生提出了在诊断和治疗病人时的医德规范和是非标准,开创了医德评价,可以说是一本临床伦理学。

总之,我国医德思想源远流长,在漫长的医疗实践中不断发展,经过历代医家的实践探索和立论著作,逐渐形成发展,并日臻完善和成熟,从而在中国历史上形成了较完整的医学伦理学思想。

二、国外古代医德思想的孕育和发展

人类其他文明的古代医德思想十分丰富,可以简单区分为以古埃及、古巴比伦和古印度为代表的古代东方医德思想体系和以古希腊、罗马为渊源的古代西方医德思想体系。

(一) 古代东方医德思想

1. 古埃及医德 埃及是一个历史悠久的文明古国,约在公元前4000年进入奴隶制社会,当时埃及的科学、文化相当发达。在医学方面,也具有解剖学方面的一些知识,在灌肠和放血等技术上也有所掌握,医生也在相当程度上出现了专科化。古埃及的医德思想大多是通过法典形式表现的,规定奴隶主享有最好的医疗。当时出现的比较先进的医疗技术,如美容、按摩、水疗,使用贵重药品和复杂处方以及尸体防腐(制作木乃伊)等,都是供奴隶主专用的,奴隶则没有资格享受。

2. 古印度医德 印度是一个历史悠久的文明古国,约在公元前4000年末至3000年初进入奴隶社会。印度医学发展得很早,当时称医学为"关于生命的知识",作为医学重要部分的医学伦理道德问题,自然也是源远流长。最古老的医学经典是《阿输吠陀》(又译《寿命吠陀》《生命经》),在许多篇章中都记载了印度当时的医德思想。印度医学上的辉煌成就集中反映在两

部医学著作中，一部是外科书《妙闻集》(Susruta Samhita)，一部是内科书《闍罗迦集》(Caraka Sarnllita)，这是具有世界影响的两部医学巨著。

公元前5世纪“印度外科鼻祖”名医妙闻的医德思想可以归纳为：①从医疗工作的总体上对医生提出了“四德”要求，妙闻指出：医生要有“正确的知识，广博的经验，聪敏的知觉和对患者的同情，这是医生的四德”；②在医患关系上强调：“医生需要有一些必要的知识，要洁身自爱，使患者信赖，并尽力为患者服务，甚至牺牲自己的生命也在所不惜”；③强调医生要有一个好的仪表、习惯和作风；④强调医生要全面掌握医学知识与医学技术。他说“只通晓手术技巧而忽视医学知识的医生，不值得尊敬，因为他危害人命”；⑤在外科治疗中，他特别强调医生和助手的密切配合；⑥对军医专门提出了要求。他说：凡遇君王征战的时候，应该有医师随行，强调军医的职责和任务。

公元前1世纪的“印度内科鼻祖”闍罗迦，极力反对医学商业化，并且鄙视那些知识贫乏，只图钱财的医生。提出了为人类谋幸福的行医目的和一系列医德标准，要求医生要持续学习，听取有益的指导。要求医生全心全意为病者努力，不能伤害病人，“不论是白日黑夜，不管你繁忙与否，你都必须全心全意地为了你的病者的解脱而努力”。这些论述体现了朴素的医学人道主义思想。闍罗迦的医德思想，一直受到印度医生的崇敬，并作为职业理想人格的镜子和行医遵循的规范，对当时印度医德发展影响很大。

此外，印度的医德有些也是用法律体现的，如《摩奴法典》规定，医生给患者治病，引起医疗差错，根据病人的阶级地位不同，所受处罚也不同。

3. 古巴比伦医德　巴比伦王国约在公元前3000年末至2000年初出现在伊拉克的两河流域地区。国王汉谟拉比制定的著名的《汉谟拉比法典》突出特征是内含医学伦理规范，阐述了医生的行医准则、报酬和处罚条例。有7章写到医生的地位、报酬和处罚规定，体现了较系统的医德规范。《汉漠拉比法典》规定：医生用青铜刀治上等人的病而致死亡，应处以断手之罪，而使奴隶死亡则只须赔偿一个奴隶；治上等人的眼白内障引起的伤害，也以断手处之，而使奴隶失明，只要罚奴隶身价的一半，等等。这些记载是最早规定医生的刑事和民事责任的文献。

（二）古代西方医德思想孕育和发展

1. 古希腊医德　古希腊是欧洲的文明发源地，古希腊医德约在公元前6世纪至4世纪形成，是欧洲医德思想的源头。古希腊医德思想的奠基人希波克拉底(Hippocrates 公元前460~377年)，是西方医学的创始人之一，在杰出的医学实践中对医德进行了系统的概括和总结。在他的著作《希波克拉底文集》中《希波克拉底誓言》、《论法规》、《论艺术》三篇文章集中体现了他的医德思想，对医生和病人之间、医生相互之间关系的行为准则和规范，对医生的仪表和品质以及诊治病人的具体行为都作了详细系统的规定阐述。

《希波克拉底誓言》强调了“为病人谋利益”的医学宗旨：“我愿尽余之能力与判断力所及，遵守为病家谋利益之信条。”“医术是一切技术中最美和最高尚的，它的目的是解除病人的痛苦，或者至少减轻病人的痛苦”。强调医生的品行修养：“永不存一切邪恶之念，即使受人请求，我也决不给任何人以毒药。”“无论至于何处，遇男或女，贵人及奴婢，并检点吾身，不作各种害人及恶劣行为，尤不作诱奸之事。强调尊重老师同行和医学传承：“凡授我艺者，敬之如父母，作为终身同业伴侣，彼有急需，我接济之。视彼儿女，犹我兄弟，如欲受业，当免费并无条件传授之。”强调保守医学秘密：“凡我所见所闻，无论有无业务关系，我认为应守秘密者，我愿保守秘密”。强调医生“应具有优秀哲学家的一切品质：利他主义，热心、谦虚、高贵的外表，严肃、冷静的判断，纯洁的生活，简朴的习惯，对生活有用而必备的知识，摒弃恶事、无猜忌心”。

《希波克拉底誓言》是希波克拉底及其学派，在长期的医学实践中总结出来的道德行为准则，是历史上倡导医学道德最早、最系统、最重要的文献，为后来形成的医学道德起了不可磨灭的奠基作用。后来欧洲人学医，都要按《誓言》进行宣誓，以示忠于医生的职业道德。1948年，

世界医师协会在这个誓词的基础上加以修改定名为《日内瓦宣言》作为国际医德规范。《希波克拉底誓言》至今还被国外不少医学院作为学生毕业时必须宣读的誓词。

2. 古罗马医德 公元前2世纪上半叶，希腊被罗马灭亡，从此直至到公元后5世纪，罗马成为欧洲、亚洲西部及非洲北部的中心。当时的罗马科学文化有很大发展，医学也比较发达。古罗马时期最早记载医德的是公元前450年颁布的《十二铜表法》中的“禁止将死者埋葬于市之外壁以内”和“孕妇死时应取出腹中之活婴”。公元前160年安东尼奥所颁布的法令中列有关于任命救治贫民医师的条文。公元533年制定的查士丁尼帝王法典劝告从医者力戒侍奉富贵者之阿谀献媚，应将救治贫民视为乐事。

罗马人继承了古希腊的医学和医德思想，并在希波克拉底的医学和医德的观点上有了发展。原籍希腊的盖伦（Galen 公元130~220）是古罗马杰出的医生、自然科学家和思想家。他继承了希波克拉底的体液学说，发展了机体的解剖结构和器官生理概念，创立了医学和生物学的知识体系。在医德方面也很有建树，在《最好的医生也是哲学家》一文中认为：“医生应力求掌握哲学及其分科逻辑学、科学和伦理学”。强调：“作为医生不可能一方面赚钱，一方面从事伟大的艺术——医学。”他说：“我研究医学，抛弃了娱乐，不求身外之物”，盖伦的医德思想，尤其是他提出的轻利的观点，深为人民敬仰。但是盖伦的朴素唯物主义医学观点中，混有唯心主义的目的论点，认为自然界中所进行着的一切现象都是有目的的，是非物质力量所使然，被宗教神学所利用和歪曲，奉为教条，对后世医德思想产生了消极影响。

3. 中世纪的医德 公元5~14世纪欧洲进入封建社会时期。中世纪的欧洲基督教神学统治了西方的一切意识形态领域，医德也披上了宗教的外衣。宗教为医生制定了许多内容繁杂、条目细致的带有宗教色彩的规范，限制了人们理性的思考，阻碍了医德思想的发展，使西方医德思想处于长期的停滞状态。

4. 阿拉伯和犹太医德 当欧洲医德思想停滞不前时，在公元6~13世纪，阿拉伯医德继承了古希腊以来的医学和医德传统异军突起。成为世界医学史和伦理学发展史上的一个重要阶段。阿拉伯犹太名医迈蒙尼提斯（Maimonides，公元1135~1204）就是这个时期医学和医德思想的杰出代表。他的著作《迈蒙尼提斯祷文》是当时医德的重要文献，《祷文》的中心思想是：为了人类生命与健康，要时时刻刻有医德之心，不要为贪欲、虚荣、名利所干扰而忘却为人类谋幸福的高尚目标。“启我爱医术，复爱世间人，愿绝名利心，尽力为病人，无分爱与憎，不问富与贫，凡诸疾病者，一视如同仁。”“存心好名利，真理日沉沦。愿绝名利心，服务一念诚。神清求体健，尽力医病人”。他的行医动机、态度和作风，体现着崇高道德标准和令人感动的奉献精神，至今仍值得效仿。《迈蒙尼提斯祷文》可以和希波克拉底的《誓词》媲美，在阿拉伯和世界医学生活中都有重大影响。

第二节 近现代医学伦理学诞生和发展

学科意义上的医学伦理学的形成，是人类医学伦理思想史和学科发展史上的一大进步。表面上看似医学伦理学作为独立学科的发展进程，本质上则是整个社会和医学事业进步的体现，更是医学向人文回归的标志。医学伦理学作为学科的逐步形成，是整个医学彰显其人文特质的一种文化性、学理性和科学性的过程，这个过程标明的是医学伦理学从非系统性思想向系统性学科的转化。医学伦理学进入医学和应用伦理学的学科系统，使古老的医学道德思想迈进现代学科发展的知识和理论序列。

一、西方近现代医学伦理学的诞生和发展

古代的医德学只不过是一些道德准则和行为规范的积累，并不能视为一种学科，近现代的

医学伦理学，伴随着14世纪到16世纪的欧洲文艺复兴，伴随着实验医学的发展，伴随着医学发展为社会化的事业，伴随着医学伦理关系的内涵的扩展，首先诞生于西方。

（一）西方近代医学伦理学的诞生

17世纪至19世纪末，是西方医学伦理由古代医德学向近代医学伦理学的转变的重要时期。古代医德学向近代医学伦理学的转变来自于两方面因素的影响，其一是近代社会结构的巨大变化所引起的政治、经济、文化的重构，势必改变社会思想和人们的道德观念。文艺复兴运动冲破了中世纪封建宗教统治的黑暗，资产阶级思想家们提出的人道主义（humanitarianism）思潮兴起，自由平等博爱的伦理思想渗透到医学领域，为医学伦理学的建立提供了理论基础；其二为科学技术，科学文化事业进入了一个划时代的发展时期，尤其是医学技术的革命使以实验医学为基础的医学科学迅速发展，为近代医学伦理学的形成提供了物质基础。

1. 近代医学伦理学摆脱了神的影响，人道主义成为医学义务核心　德国柏林大学教授胡弗兰德（Hufeland 1762-1836）提出了著名的《医德十二箴》，对于医生从医的目的、如何处理医患关系以及与同仁的关系，提出了更为明确具体的要求。他指出："医生活着不是为了自己，而是为了别人，这是职业的性质所决定的。不要追求名誉和个人利益，而要忘我的工作来救治别人，救死扶伤，治病救人，不应怀有别的个人目的"。体现了病人利益高于一切的思想，被视为是对希波克拉底医德思想的发展。胡弗兰德认为不应拒绝那些濒临死亡的病人。人道主义被鲜明地引入医学道德领域。此后的许多医学家都提出了人道主义应成为医学道德的基本原则之一。18世纪的法国医学家、精神病学创始人菲利普皮内尔（Pinel Philippe，1745~1826）首先提出应以人道主义态度对待精神病人。他认为要尊重精神病人的人格，摒除不文明的言语和行为，要给他们以良好的治疗。从此，强调医务人员对病人的道德责任，强调医生对病人的治疗是自主的，不接受非医学需要的干扰。人道主义的"义务论"成为医德行为的指导思想。

2. 近代医学伦理学由对医生个人规范发展到对集体行医中的道德要求　16世纪，西班牙医学家塞尔维特通过解剖学的研究，提出了血液的循环学说，否定了流行1500年之久的盖伦的"三灵气学说"。解剖学之父，比利时医学家维萨里《人体的构造》一书，打下了现代医学完整而巨大的构架基础。17世纪英国医生哈维（Harvey1578~1657）用实验的方法发现了血液循环，于1628年发表了《动物的心脏运动和血液运动》，成为生理学的先驱。此后随着实验医学迅猛的发展，近代医学在生物科学技术的基础上发展起来，医学的发展又推动了医疗卫生服务事业的社会化，随着医院的出现和发展，医疗活动的主要形式也从医生个人行医发展到集体行医，医学的发展对医德提出了一系列新的要求，医学道德由对医生个人规范发展到对集体行医中的道德要求，为近代医学伦理学的产生创造物质条件。

3. 医学伦理学作为一门独立的学科首先诞生于英国　这是由于英国社会政治经济文化科学的背景和John Gregory和Thomas Percival等人努力的结果。

1772年，英国爱丁堡大学医学教授John Gregory（1724~1773）出版了《关于医生的职责和资格的演讲》，强调应将对医生的道德判断建立在道德哲学（伦理学）的基础上。把道德情感论应用于医学伦理学，不仅为近代医学伦理学提供了道德哲学的基础，而且还创建了一个至今仍充满活力的观点，即在疾病的治疗过程中，医生理解病人的情感与医学科学的作用同样重要。因此，Gregory被认为是近代西方医学伦理学的奠基人，是现代生命伦理学的先驱。

1791年英国医学家托马斯．波茨瓦尔（Thomas Percival 1740-1804）为曼彻斯特医院起草了《医院及医务人员行动守则》，以后又经过向医生、律师、神学家以及普通公众25等人征求意见，作了补充和修改，于1803年再次出版并更名为《医学伦理学》，此书一个最大的特点是为医院而写的。它对医学伦理学的重大贡献在于：突破了医德学阶段仅有的医患关系的内容，引进了医际关系，即医务人员之间的关系，医务人员与医院的资助之间的关系等。是医学伦理学开始作为一门独立学科的标志。Pervival继承了Gregory的道德情感论，但侧重于实际操作，更适合于

当时医学界的需要，从而成为统治了一个多世纪的西方医学伦理学。

此后，国外医德理论发展更加迅速，其理论体系日趋完善。1847年美国医学会成立，以波茨瓦尔《医院及医务人员行动守则》为基础，制定颁布了包括“医生对病人的责任和病人对医生的责任；医生对医生同行的责任；医学对公众的责任和公众对医学的义务等”为主要内容的《医德教育标准和医德守则》。

1864年由南丁格尔发起，在瑞士日内瓦成立了“万国红十字会”，订立了《日内瓦国际红十字会公约》。该公约主要内容有：一是白底红十字的标志；二是改善战场伤病员境遇的国际通则；三是各国伤兵救护组织有保护和使用红十字标志的特权，战时应保护有关战地和战俘救护的组织机构；四是医护人员在敌对双方的保持中立。对在战争中医护人员如何救护战地伤员，如何以人道主义精神对待放下武器的战俘做出了明确国际规定。红十字会开始只是一种志愿的、国际性的救护救济团体，只从事战时救护，后来发展到包括自然灾害救济和平时社会福利、输血、急救护理等任务内容。可见，近代医学伦理思想从内容到形式都有了新的发展。

（二）国外现代医学伦理学形成和发展

医学伦理学作为一门独立完整的学科的真正确立是在二战后。二战中，纳粹医生不顾医务人员最基本的职业道德，用毒气屠杀战俘和大批无辜的妇女、儿童，用人进行毒剂和细菌武器实验，犯下了不可饶恕的罪行。传统的人道主义医学伦理原则受到法西斯主义的粗暴践踏，其反人道的罪行令世人震惊。战后，随着全人类对法西斯分子医学暴行伦理反思反省；随着医学科学的发展以及医学的日益社会化、国际化，随着生物医学模式向生物、心理、社会医学模式的转变，医学道德在保障人类健康事业中的重要作用日益突显出来，国际间医学交往的日益增加和国际性医学组织的建立，一系列的国际医德规范和法律文献相继产生。

1. 成立了世界医学会，通过并发布了一系列宣言，医德规范国际化、系统化 1946年，在德国纽伦堡对纳粹医生进行审判的基础上，制定发表了著名的《纽伦堡法典》，为医学人体实验制定了“一是必须有利于社会；二是应该符合伦理道德和法律”为主要内容的国际基本原则，作为世界医学界的行为规范，使医学真正为人类服务。1947年，在巴黎成立了世界医学会，作为代表医生的国际组织，通过在全世界范围内的医学教育、医学科学、医学艺术和医学伦理以及健康护理等领域确立和实现国际最高标准，为世界人民服务。1948年，世界医学会制定了《医学伦理学日内瓦协议法》，作为全世界医务人员共同遵守的行为准则。1949年，世界医学会在伦敦通过《国际医德守则》，进一步明确了医生的一般守则、医生对病人的职责、医生对医生的职责。1953年，国际护士会议制定了《护士伦理学国际法》，1965年在德国法兰克福通过了《国际护士守则》，此后1973年又作了修改与补充；1964年，在芬兰赫尔辛基召开的第18届世界医学大会通过的《赫尔辛基宣言》，制定了指导人体实验研究的重要原则，强调人体试验必须知情同意。现在已修改五次。1968年，世界医学会第22次会议又制定了《悉尼宣言》，对人的死亡的概念、死亡的诊断、死亡的确定和器官移植的道德原则作了原则性的规定；1975年第29届世界医学大会通过并颁布了《东京宣言》，规定了“对拘留犯和囚犯在给予折磨、虐待、非人道对待时医生的行为准则”；1977年第6届世界精神病学大会上通过了《夏威夷宣言》，提出了“精神病医生道德原则”。1977年，第三十届世界卫生大会，提出“使全世界人民获得最高可能的健康”，加强国家协作，在居民中间均匀地分配卫生资源，使所有居民都能够享受基本卫生保健。1981年，世界医学大会通过了《病人权利宣言》，在世界范围内明确了患者的基本权利。2000年，世界生命伦理学大会在西班牙吉汉市召开并通过了《世界生命伦理学宣言》，坚决主张科技必须考虑公共利益，提出人类共享生命科学技术成果，每个人都有获得最佳医疗保健的权利。并对人类基因组研究，辅助生殖技术的应用，临终关怀，遗传食品的生产等做出了规定。明确提出禁止人体克隆，禁止人体器官买卖。这些文件从不同的方面对医务人员提出了明确的国际性医学道德原则。国际宣言和准则的制定，使现代医学伦理学文件和文献初步体系化，医学伦理学的基本原则逐渐完

善深入。1949年世界医学协会采纳了《医学伦理学日内瓦协议法》标志着现代医学伦理学的诞生。

2. 世界各国对医德思想的教育和研究进一步系统化　各个国家特别是发达国家十分重视医学伦理道德的教育，有计划有组织地对医学生、医务人员进行医学伦理教育。美国、英国、日本、加拿大等国家的医学院校普遍开设了医学伦理课程。美国的一些医科大学把医学伦理课程由选修课改为必修课。为了提高医德思想教育质量，有的国家很重视师资培训，如英国医学伦理学研究会与医学院的人文科学系，为医学和护理学教师举办医学伦理学讲习班，帮助教师从多方面提高对医学伦理学的认识和思考。许多国家还十分重视对医学伦理学的研究。美国自1947年通过了《医学伦理学原则》以来，先后讨论修订5次。他们提出医学伦理学的内容应由三部分组成：即关于善的理论，关于义务的理论，关于公益的理论。1976年肯尼迪伦理学研究所主办了季刊《医学与哲学杂志》。美国《在版图书总目1979~1980年》一书收集的医学伦理学书籍已经多达96种。医学伦理学的深入研究使其日臻成熟，而且成为医务人员和生命科学工作者一门必修课。

3. 医德的核心内容开始由义务论向公益论转化　以往的不同历史时期，医德的核心思想都是义务论，要求把病人的利益放在第一位。但是义务论在注重人的生命价值的同时，往往忽视或不顾社会价值，不考虑社会责任和社会后果。这就难以解决在当今医学科学发展条件下出现的许多伦理学难题。所以，要求医务人员，不仅要对病人负责，也要对社会负责。在治疗疾病的同时，要考虑到昂贵的费用对社会经济带来的沉重负担，以及社会公益的价值。要使医学科学的成果提供的益处能够公平合理的分配，不只是落到少数人身上，使有限的资源，得到最合理的分配等。公益论不是对义务论的否定，而是医德思想发展过程中对义务论的新认识、新发展，要求医务工作者更多地注意社会公益的同时，并不摒弃义务论。

4. 医德发展和实践，对法律的依赖性越来越大　在西方社会，道德是多元的，不同的价值观，可以产生不同的道德标准，医德也是如此。然而，医德的实践是涉及到全社会人们普遍利益的一项系统工程，所以，医德思想的原则越来越需要以法律的形式加以体现和推行。而医德思想的发展则必然导致对法律的制订和修改产生影响。如安乐死问题，荷兰通过了安乐死法案；脑死亡问题，美国已通过承认脑死亡的法律和实施程序，越来越多的国家正在加快本国的医学法规建设。

二、中国近现代医学伦理学的历史发展

在整个人类医学伦理思想和学科的发展进程中，中国医学伦理学的发展有其独特的历史、文化和社会发展背景，正是中国社会及发展道路所具有的独特性以及在这种发展中形成的民族文化，造就了中国医学伦理学本土化带来的自身特性。尽管现代医学伦理学总体上还是以西方伦理学语境为学科主体，但是真正使医学伦理学在中国社会医疗卫生实践和生命科学技术发展进程中发挥作用，不断培育这个学科的本土化特点，推进中国医学伦理学科学和事业的发展，具有重要的理论和实践意义。

（一）中国近代的医学伦理思想

鸦片战争以后，在中国沦为半殖民地半封建社会的过程中，西方医学知识连同西方文化开始连续、广泛的传入中国，从1569年澳门建立第一所教会医院开始，到1937年全国已有教会医院300所，病床21 000张，诊所600个。中国近代医学伦理学思想是伴随着反帝、反封建的革命斗争形成与发展的，具有浓厚的救国救民的倾向，以民族主义、爱国主义和人道主义为特征，孕育形成了民族主义和人道主义相结合的旧民主主义医德，更孕育了革命人道主义的新民主主义医德。

1. 旧民主主义革命时期的医学伦理思想　近代中国由于特定的社会历史背景，医学伦理

思想，医学人道主义中的爱国主义和革命人道主义色彩浓厚。

晚清时期，许多具有爱国主义和民族主义思想的知识分子和医生，在探索救国救民的道路的过程中，为近代中国医学伦理思想的发展做出了杰出贡献。孙中山1892年毕业于香港西医书院，他怀着“医亦救人之术”的目的去学医，怀着讲“仁爱”“济世为怀”的精神去行医，“粟金不受，礼物仍辞”，被人奉为“活菩萨”。鲁迅也怀着“医学不仅可以给苦难的同胞解除病痛，但愿真的还可以成为我们民族进行社会改革的杠杆”希望学医。他们后来从医家转为革命家，从医人转为医国，从重医德转为重政德的杰出代表，不仅推动了医学伦理思想的发展，而且推动了社会伦理道德的进步和解放。秋瑾在《中国女报》译述的《看护教程》绪言中明确指出“看护为社会之要素……健者扶掖病者，病者依赖健者，斯能维持社会安宁。”深刻阐释了医疗扶助的社会价值。

民国时期，随着西方医学在我国的进一步传播和发展，对我国医学界提出了“如何对待中西医学”以及“中国医学如何发展”这样一个十分严肃的问题。当时主要有三派主张：一派主张全盘西化；一派主张完全尊古；一派主张中西汇通。这场论争，既是医学观之争，又是医德观之争，也是一场维护传统医德和发展传统医德的斗争。

1926年的《中国医学》刊有中华医学会制订的《医学伦理学法典》，其中涉及对一般医疗行为的论述，并论及经验不足的中国医生和经验丰富的外国护士之间的关系，这在20世纪早期全世界的医德规范中是少有的，体现了当时的中国所特有的医学伦理观。此法典明确规定：医生的职责应是人道主义的，而非牟取利益。这表明中国近代医学伦理学已开始与国际上的近代医学伦理学接轨。

1932年6月，上海出版了由我国知名的医学教育家和医学伦理学的先驱宋国宾（1893~1956）主编的《医业伦理学》，这是我国第一部较系统的医学伦理学专著。他的伦理思想是以“仁”、“义”这一传统道德观念为基础，阐发医生人格、医患关系、同业关系和医师与社会关系的“规己之规”，属义务论的医德理论。

2. 新民主主义革命时期的医学伦理思想 新民主主义革命时期，在中国共产党的领导下，以马克思主义世界观和历史观为基础，在清除封建主义腐朽的道德观念和批判资产阶级人道主义的基础上，继承中外历史上优良的医德传统，把爱国主义和国际主义结合起来，大力倡导救死扶伤的革命人道主义精神，建立同志式的新型医患关系，使我国医学道德跨入了一个新的历史阶段。

土地革命时期，我党我军就积极倡导医务人员要医德医术并重，逐步形成了以“政治坚定”和“技术优良”为两个基本点，以“一切为了伤病员”为主线的“两点一线”医德模式。在医德认识与实践方面具有重大创新意义。1931年毛泽东同志为红色卫生学校制定了“培养政治坚定，技术优良的红色医生”的医学教育方针。1932年，朱德《怎样做一个红色医生》的报告明确提出了如下要求：“红色医生必须要具有坚定的政治立场，对人民、对病员要满怀阶级感情；要有艰苦奋斗，舍己为人，救死扶伤的工作精神，同时还必须具备科学知识和精湛的医疗技术”。在党的领导教育下，红色根据地的医疗领域形成了亲如手足同志式的医患关系、平等合作的医护关系以及医院群众之间鱼水关系的这些著作、指示和实践，为革命人道主义的提出，做好了思想理论上的准备。

抗日战争时期，一方面，我党我军医务工作者发扬了自力更生、艰苦奋斗、英勇顽强、不怕牺牲的精神，尊重科学讲求实际的精神和军民一家依靠群众的精神，突出了爱国主义、革命英雄主义、革命乐观主义精神，有力推动了我军医德发展；另一方面，随着白求恩、马海德、罗生特、傅莱等国际友人带着先进的医疗技术投入我军医疗卫生工作，同时从医学人道主义和国际主义的角度，丰富了我军医德思想的内涵。特别是随着《纪念白求恩》《为人民服务》等光辉文章的发表为丰富提升我军医德思想奠定了基础，坚持“救死扶伤，实行革命的人道主义”、坚持全心全意“为人民服务”、坚持“防治结合，预防为主”等重要指导原则的提出，形成了我军医德原则的基

本框架，也成为我军我党领导的抗日根据地的整个医疗卫生工作的医德指导思想。

1939年毛泽东同志发表的《纪念白求恩》一文中倡导的“毫不利己、专门利人”，“对工作的极端的负责任”、“对同志对人民的极端的热忱”、“对技术精益求精”，做“一个高尚的人，一个纯粹的人，一个有道德的人，一个脱离了低级趣味的人，一个有益于人民的人”的白求恩精神，是对我党我军医疗卫生工作职业道德和精神风貌的高度概括凝练，是我党极其重要的医德文献。

解放战争中我军的医德思想和医德建设也达到了新的水平。贯彻阶梯式治疗原则，突出专科救治的职能，按照技术规范和医德规范开展我军各级医疗救治实践活动；加强了思想教育和法规、制度等规范建设，积极整顿医疗卫生单位的思想作风和服务态度；医疗卫生系统作为体现革命人道主义和落实处俘政策的重要窗口，充分展示了我军的革命人道主义精神。反映了我军医德建设走上了较为成熟的阶段。

总之，从土地革命、抗日战争到解放战争的新民主主义革命时期，在长期防病治病和抢救伤病员的实践中，概括形成了“救死扶伤，实行革命的人道主义”“全心全意为人民服务”“一切为了救治伤病员，一切为了战争的胜利”具有战争特色的闪烁着共产主义思想的医学道德，充分展示了医务工作者的革命人道主义与革命英雄主义相结合的精神，只是由于社会主义生产关系和人民政权没有在全国建立，这种先进的医德思想只能在革命根据地、革命队伍内部，而不可能在全国范围内贯彻实行，但却是我国社会主义医学道德的基础。

（二）社会主义医学伦理思想

新中国成立后，随着社会主义生产关系的确立和卫生工作方针的制定，为广大人民群众服务成为医疗卫生工作的明确方向。在弘扬优秀医德传统的基础上，大力进行社会主义、共产主义、爱国主义和为人民服务的宗旨教育，大力倡导集体主义的道德价值观，在全社会逐步树立和确立了社会主义的医德观。大体说来，社会主义医学伦理思想的完善和发展经历了三个阶段。

第一个阶段（1949~1976）：防病治病、救死扶伤、全心全意为人民服务的医学伦理思想和伦理原则，在全国范围内确立、体现和发展。1949年，中国人民政治协商会议通过的《共同纲领》第48条，明确提出和规定了“提倡国民体育，推广医药卫生事业，并注意保护母亲、婴儿和儿童的健康”的任务，成为建国纲领中的一项重要内容。1950年第一届全国卫生工作会议上，确立了我国卫生工作“面向工农兵，预防为主，团结中西医”的方针。在1952年第二届全国卫生工作会议上，根据周恩来的建议，“卫生工作要依靠人民群众，消灭疾病讲卫生必须有人民群众参加”，提出了“卫生工作和群众运动相结合的原则”，从而构成了新中国卫生工作的四大原则方针。1954年，我国第一部宪法第93条明确规定了保护人民群众健康的权利，确立劳动者有权享受休息、休养、治疗和福利设施。从治疗疾病到卫生保健直至把健康作为一种权利，并以法律形式固定下来，充分反映了历史转折中，政府重视人和人的健康权利。

第二个阶段（1966~1976）：在特殊的历史条件下，虽然绝大多数的医疗卫生工作者，仍然秉承革命人道主义和全心全意为人民服务的医疗宗旨，保持高尚的道德情操，忠于职守，勤奋为人民健康工作。但是，在“文化大革命”阶级斗争为纲和“破四旧”思想的冲击下，医疗服务领域一些行之有效的制度被视为“条条框框”，被“砸烂”废除，甚至医护人员的分工都被取消，混乱的医疗服务秩序严重影响了医疗质量，差错不断发生，对人民的生命健康造成了不应有的损害，社会主义医学人道主义受到了玷污。

第三个阶段（1976至今）：特别是党的十一届三中全会以来，职业道德作为社会主义思想道德建设的重要内容重新确立，尤其是在邓小平提出的“两个文明一起抓”“两手都要硬”思想的指导下，在医学高等院校开始了医学伦理学的教学和研究，开设课程、编写了教材。医学伦理学的研究和指导作用，日益得到党和国家卫生部门的重视，医学伦理学得以复兴发展。在卫生部的领导和支持下，1981年9月人民卫生出版社出版了新中国成立以来的第一本医学伦理教材《医德学概论》。

1981年6月，在上海举行了第一次医学伦理道德学术讨论会，会议的主要成果，一是在全国医药院校倡议普遍开设医学伦理学课程，二是确定了“救死扶伤、防病治病、实行社会主义人道主义，全心全意为人民服务”的社会主义医德原则。同年10月18日，国家卫生部制定颁发了《医院工作人员守则和医德规范》，标志着我国社会主义医学道德的形成。1988年，卫生部颁布了《医务人员医德规范及其实施办法》，系统的概括了“救死扶伤，人道待人；尊重病人，一视同仁；文明礼貌，关心体贴；谨言慎行，保守医密；互学互尊，奋发进取；廉洁奉公，遵纪守法”的医德规范，明确了医疗卫生服务的道德要求和标准。1999年5月1日起施行的《执业医师法》，明确规定“医师不得利用职务之便，索取、非法收受患者财物或谋取其他不正当利益”，明确了人道主义是医生根本职责。从立法目的、医师素质、执业规则、考核培训、法律责任等多方面对医学伦理问题进行了立法规范，标志着我国的医学事业步入法制化轨道，为医德医风的建设和发展提供了强力保障。1988年10月，全国第五次医学讨论会暨中华医学会医学伦理学会成立大会在西安召开，在西安医科大学创办的《中国医学伦理学》杂志，成为我国第一个医学伦理学研究的专刊和阵地。

1981年后，一方面全国性的学术会议蓬勃发展，医学道德理论的研究交流不断深化，对医德的基本理论、基本原则、医德教育、卫生改革和医学科学发展实践中的伦理问题进行了系统广泛的探讨，促进社会主义医学伦理学体系的发展完善成熟。另一方面，随着对外开放和国际医学科技和伦理交流对话日益频繁，尤其是随着我国现代医学技术的发展和应用，价值论、公益论和人道论、义务论的冲突融合，死亡定义和标准、安乐死、器官移植、产前诊断、人工生殖、行为控制、胚胎干细胞研究、卫生资源分配等人类社会普遍关注的敏感伦理问题的出现，使我国医学伦理研究由一般的理论和临床医疗扩展到预防、科研、管理政策等所有医学领域，促进了我国生命伦理问题的研究，使我国医学伦理学的发展步入一个新的水平。

第三节 当代生命伦理学的兴起和发展

西方近现代医学伦理学以人道义务论和美德论为其理论基础，并对医德建设产生了重要影响，但存在不强调公共利益，只对个人负责思想的缺陷。随着医学科学的发展、环境污染、医疗卫生资源短缺、人口老龄化、新技术应用带来的新课题等现实问题的挑战，使得以功利论为特征的人道主义逐步成为西方医学伦理学的理论核心。此外，人权论与公益论也成为西方医学伦理学的重要理论来源，丰富了医学伦理学的理论基础。20世纪60年代以来，西方医学伦理学又跨入了一个新阶段，即生命伦理学阶段。

一、生命伦理学的兴起及背景

20世纪60年代以来，一方面生物医学技术发展应用十分迅速，另一方面以“人权”为核心的各种社会文化运动和伦理思潮接连不断，在医学实践中出现了前所未有的技术伦理难题和思想观念冲突，激发了人们对生命伦理的思考研究。

1. 新生命科学技术的发展应用 医学高技术的迅猛发展和广泛应用，医学从传统意义上的防病治病，逐渐兼容了人类的享乐、完善和发展自我，同时又进一步刺激着医学的潜能，医学逐渐向复杂的社会生活和多样的生存嗜好延伸，如美容、变形、长寿等与高新技术结合成为医学的社会图景。器官移植、精神控制、克隆和胚胎干细胞技术、基因医学技术、人工辅助生殖技术、冷冻复苏和生命支持技术等的研究应用，既开启了人类医学的新阶段，更带来了复杂深刻的伦理问题。

2. 权利运动和病人权利 战后美国兴起了女权运动，不仅把人们的注意力引到对女患者的关心，更影响人们对生育控制和人工流产问题以及家庭和人口政策问题的看法。其中节育和

生育控制成为运动的重要问题之一，到60年代流产堕胎问题更成为争论的中心。20世纪50年代美国国立卫生研究院开始成立并支持临床科研，把科研引进医学教育和对患者的照护之中，试验受试者数量范围扩大，涵盖了患者和健康的志愿者。1965~1971年纽约Willowbrook医院发生了把肝炎疫苗注射到弱智儿童身上进行研究的事件。1966年Brookly的犹太慢性病医院，在未经病人同意的情况下，把活的癌细胞注射到老年人身上，这些都引发了人们对人体实验和病人权利的关注。起始于60年代对低劣食物的抗议的消费者权益运动，开始频繁的影响医疗领域，病人权利问题成为公民权利运动中一个备受关注的领域，70年代的“病人权利运动”成为更大的民事权利的一部分，最终促成1973年美国医院联合会《病人权利法案》通过，病人的“医疗、护理、康复、转院、知情、同意、资料、保密、试验、查账”的十大权利得到保证。此外，反战和平运动和瑞彻尔卡尔逊（Rachel Carson）的《寂静的春天》出版而掀起的环境保护浪潮，把人们的注意力引到由于战争、环境污染问题等而引发的国际健康问题上。

3. 卫生资源的公正分配　社会经济的迅速发展，医学高新研究不断获得大规模资金支持，医疗技术的突飞猛进，医疗机构不断扩大规模提升服务层次。现由于医学高新技术广泛使用，医疗服务成本急剧上升，同时社会贫富之间的差距和严重的社会分配不公现象大量存在，民众购买保险的能力减弱，大部分的美国人仍不能得到足够的医疗照护。器官移植、肾透析、生命支持技术等稀有卫生资源的分配中，为谁治疗成为伦理选择的难题，美国当时的社会标准筛选方式引起了巨大的反响。复杂的医学技术与其人道的使用之间；城市化的迅速增长和随之而来的人口分布不均匀，增加了享受医疗服务的障碍；富人医学、奢侈医疗和社会普通人群的基本医疗在资源分配上的冲突引发社会的高度关注。

4. 死亡标准和方式的变革　高技术生命支撑疗法，在延续人的生命的同时，生命质量的低水平存活成为客观的现实问题。什么是死亡，如何对待濒临的死亡、如何对待安乐死等问题提上了社会日程。在由生命维持技术和移植技术引发的社会压力下，哈佛大学1968年提出了脑死亡的标准。1975年Karen Ann Quinlan案件，即新泽西州法官同意患者父母撤出其呼吸机，就是在社会对死的权利和主被动安乐死广泛讨论后，依据哈佛标准做出的决定。案件引发的“安乐死”等问题的讨论，是美国生命伦理学历史上的里程碑。1976年，加利福尼亚州首先通过了自然死亡法案。

5. 医学模式的转变　随着医学科学和技术知识的分工细化，很多医生走进越来越窄的领域，使自己局限于某一专业，加之医生的社会和经济地位明显提高，造成了医生和很多患者在生活态度和生活方式等方面大不相同。最终导致了医疗照护的非人性化、片面化，医疗的社会、行为、环境和人性化方面被忽视，疾病的生物和生理方面被强调到不适当的地步。患者抱怨医生已失去对他们整体方面照护的能力，从以前密切的关系转变成陌生的关系。随着社会文化的进步，随着人类对于自己生存状态的反思和审视，再次把医学作为人的文化哲学看待研究成为必然的趋势和结果。医学模式作为人们观察、处理疾病健康的基本思维方法和行为方式，必然随之改变。

正是社会和文化方面的态势和生物医学科学的发展共同构成了20世纪60年代末开始的生命伦理学运动。1971年，在《生命伦理学：通向未来的桥梁》一书中，美国威斯康星大学教授波特（V.P.Potter，1911~2001），创造性地使用了“生命伦理学”（bioethics）一词。从此，生命伦理学作为一门新兴的交叉学科，在医学伦理学的基础上，迅速扩展，成为世界上备受关注和引人注目的学科。美国在生命伦理学领域处于世界领先地位，最重要的标志是1969年成立的美国社会、伦理学和生命科学研究所（后于1971年更名为哈斯廷斯研究中心）和1971年成立的肯尼迪研究所。至20世纪90年代已出版学术专著达千种，创办以生命伦理学为主的杂志100余种，如美国的《医学与哲学》（Medicine and Philosophy）、哈斯汀斯报告（Hastings Center Report）都具有较大影响。一般认为，1991年美国医学伦理学家罗斯曼（D.J.Rothman）的《床边的陌生人》一书

的问世标志着这门学科的成熟。1963年英国成立了医学伦理学学会和医学伦理学研究所，后者在1975年创办了《医学伦理学杂志》，1985年创办了《医学伦理学简报》。1989年3月，在联邦德国巴特洪堡召开了“第一次国际生命伦理学会议”。至20世纪末，世界各国几乎所有的医学院校都先后设立了生命伦理学课程，开办了生命伦理学硕士、博士学位点。医学伦理学开始向生命伦理学过渡，并进入后现代时期。

随着高新医学技术的进步，医学中的伦理问题越加复杂，人类面临着深刻的伦理困惑，例如克隆人、胚胎干细胞、人工授精、器官移植、基因医学、人类基因组计划、变性手术、精神控制、严重遗传性残疾新生儿处置、放弃治疗、安乐死以及卫生资源分配等卫生经济政策伦理学问题，研究探讨生命伦理学的热潮在全世界迅速掀起，与人类生命健康息息相关生命伦理学，根植于公众对个人权利、社会公正和环境质量问题的关心，这不是某一个国家的问题，也不是西方特有的问题，而是全球性的问题。每个国家的政府必然会通过政策法规等的制定对生命伦理学领域的问题进行指导和控制。生命伦理学研究的国际联盟成立了，联合国正式成立了国际生命（生物）伦理学委员会。为了统一有关生命伦理学方面的政策，各种国际组织先后召开了种种会议，公布了多方面的宣言和公约。生命伦理学发展成为具有重要理论意义和社会现实意义的众人瞩目的一门全球科学。

二、生命伦理学的学科内容

生命伦理学作为现代医学伦理学发展的一个特定学科形态，有其自身的发展逻辑和研究内容与方法。其对医学伦理问题的关注点和关注度都充分体现在对生命科学技术乃至影响医学发展以及关涉人类健康和生命的所有领域。其视野之广阔、探寻之敏锐、观察之细致都是生命伦理学前史不可企及的，因为所有这些生命道德现象是生命科学和技术以及整个社会发展引发的结果。

（一）生命伦理学的由来与发展

1971年，美国威斯康星大学的教授波特在所著的《生命伦理学：通向未来的桥梁》一书中创造性地使用了“生命伦理学”（bioethics）一词。用意在于建立一门新的“把生物学知识和人类价值体系知识结合起来的学科”，作为科学与人文学科之间的桥梁，帮助人类生存，维持并促进世界文明。波特指出“生命伦理学是利用生物科学以改善人们生命质量的事业，同时有助于我们确定目标，更好地理解人和世界的本质，因此，它是生存的科学，有助于人类对幸福与创造性的生命开具处方”。他认为生命伦理学要研究以往医学伦理学的全部问题，但又超出原有的范围。

肯尼迪伦理研究所《生命伦理学百科全书》把生命伦理学定义为“对生命科学和卫生保健领域中人类行为的系统研究，用道德价值和原则检验此范围内人的行为”。随着生命伦理学深入发展，学者们也使用和借鉴其他学科的研究方法与伦理研究方法共同研究生命伦理学问题，以解决生命科学与人的需求、人与社会、人与自然、人与人的冲突。

由于生命伦理学本身还处于发展过程中，其定义还无法统一。我们可以认为：生命伦理学是对生命诸问题的道德哲学注释，是对人类生存过程中生命科学技术和卫生保健政策以及医疗活动中道德问题的伦理学研究，是有关人和其他生命体生存状态和生命终极问题的学科，它应包括“理论生命伦理学”和“应用生命伦理学”两部分。

（二）生命伦理学的研究范围

拉南·格尔伦（Laana Gillon）在权威的《应用伦理学百科全书》中对生命伦理学研究范围作了如下的界定：生命伦理学是研究产生于生物学实践领域包括医学、护理学乃至兽医在内的其他卫生保健职业中伦理问题的学科。它的研究范围除了生物科学研究中的伦理学，还包括环境伦理学，包括性、生殖、遗传、人口中的伦理问题以及各种与卫生事业相关的社会政治道德问题，如，贫困、失业、歧视、暴力与迫害、犯罪与战争等对人类健康的影响。涉及该学科的人员除医生、

护士、生命科学工作者、患者、受试人员外，还有政策专家、管理者和政府官员。生命伦理学的学术领域涉及哲学、道德神学、法学、经济学、心理学、人类学、社会学和历史学等。总之，生命伦理学的研究内容广泛，关注领域非常宽阔，并且始终处于开放的态势。由于研究者处于不同的视角，划分方法不尽相同。综合伦理学界的意见，可划分为理论生命伦理学和应用生命伦理学两大部分四个方面。

1. 理论生命伦理学　理论生命伦理学包括元生命伦理学和文化生命伦理学。元生命伦理学主要研究生命伦理学的道德哲学基础、学术思想渊源、发展史、基本原则等，是生命伦理学的学术基础。文化生命伦理学主要探究宗教、民族心理、习俗、社会经济形态等社会生态和自然生态等因素对生命伦理思想和生命伦理学学科的影响，同时研究生命伦理学与其他学科之间的关系等。

2. 临床伦理学　临床伦理学与传统医学伦理学研究领域一致，主要是研究临床医疗保健工作中面临的伦理问题，包括临床决策和行为的伦理原则，病人及医生的权利（或权力）与义务，医患及医际关系，医务人员的道德修养等。

3. 生命研究伦理学　生命研究伦理学主要研究生命科学技术的发展与道德进步的内在联系，以及生命医学发展中出现的一系列新的伦理问题，如流行病学、临床药理试验、基因普查和分析干预试验以及其他人体研究如何尊重和保护受试者及其亲属和相关群体的权益等问题。

4. 社会生命伦理学　社会生命伦理学是在社会层面研究生命科学和医学中出现的生命伦理学问题，包括卫生经济伦理问题、卫生事业行政伦理问题、医疗改革、医疗保险与医院工作、社会卫生政策与法制建设等。

（三）生命伦理学的核心问题

作为一门学科，生命伦理学中有三个普遍性的核心问题：一是生命个体为了自己“健康美好生命”而实施的行为，在什么范围之内符合德行的原则要求；二是生命个体或群体为了群体或人类社会的“公共生命利益”而实施的行为，在什么范围之内符合德行的原则要求；三是当这些行为可能影响其他生命的状态和健康时，行为者的责任和义务是什么。生命伦理学正是基于对以上三个问题的思考，确立了其基本的伦理前提原则：自主性原则、不伤害原则、行善原则和公正原则。

生命伦理学的核心问题就是围绕人类的生死和健康问题而展开的生命神圣性与生命质量的关系、生命价值与社会价值的关系、对病人的义务与社会公益的关系。在这些核心问题的处理上，始终存在着不同价值观念的冲突，这种冲突在当今主要表现为生命神圣论与生命价值论和生命质量论的交叉和矛盾。生命伦理学的实践就是要不断地把它们统一起来，并使之符合在一定的国情和文化背景以及大多数人的心理承受能力的基础上，发展人们的观念，规范人们的行为，最终使人类更好地生存和发展。

生命伦理学的兴起，与传统医学道德观念发生了巨大的冲突。这种冲突首先表现于对待人的生死观念的问题上。传统观念认为人的生命是神圣的，只有无条件地保护生命才是道德的；而生命伦理学认为，当代生物医学技术对生命的保护是有条件的，我们既可以有条件地维持生命，也可以有条件地接受死亡。其次，表现在道德价值观的变化上。传统观念认为，医学伦理学的价值目标是生命的生理价值；而生命伦理学追求的价值目标则是以人的价值和社会的价值为前提的生理价值和医学价值，要求把生命的尊严和神圣性与生命的价值和生命的质量结合起来。最后，传统医学道德认为，医学与病人之间只有义务的关系，医务人员的高尚道德全部表现在对病人的尽职尽责，而且仅对病人负责；而生命伦理学不仅要求医生对病人负责，而且同时也要求对整个社会和人类负责。这样，生命伦理学就把义务论、价值论和公益论统一起来了，从而义务论与价值论和公益论一起，构成了生命伦理学的理论基础。

(四) 生命伦理学的基本问题

生命伦理学研究的基本问题,不仅存在于科研临床及医药领域,而且存在于卫生决策领域。大体可概括为:生命控制、死亡控制、行为控制、人体实验和医疗卫生资源分配。生命控制包括避孕、流产、人工授精、体外受精、无性繁殖;遗传和优生方面的产前诊断、性别选择、遗传咨询、基因治疗、DNA 重组、优生;人体器官移植。死亡控制包括脑死亡和心肺死亡标准;主动被动安乐死;植物人的处理;有缺陷新生儿处理等。行为控制主要指对精神病患者的行为干预,包括药物控制、器械控制、手术控制。资源分配包括稀有卫生资源的宏观和微观分配;卫生政策和医疗保障的公正等。

三、生命伦理学发展中的普遍性原则主义和非普遍性原则主义

随着生命伦理学的发展,在生命伦理学的研究争论中,存在着不同的观点和看法。有的来自宗教界,有的来自自然科学家和医生,有的来自哲学家,有的来自女权主义者等等,意见分歧很大。从伦理和哲学的层面审视整理,则主要有两种对立的观点值得重视,即普遍原则主义和非普遍原则主义。

(一) 普遍原则主义

"普遍原则主义"(Categoricalism)生命伦理学观点,是 17、18 世纪天赋人权理论在新的历史条件下的变体,代表人物有美国伦理学家汤姆·比彻姆(Tom.l.Beauchamp)和詹姆士·邱卓思(James.childress)等。他们在 2001 年出版的《生命医学伦理学》一书中,从天赋人权观点出发,提出了生命伦理学的"放之四海而皆准"的四项基本原则。即:正义(justice)原则;个人自主(autonomy principle)原则;行善(beneficience)原则:不伤害(non-maleficience)原则。并认为四项原则的重要性是同等的,它们中的任何一项都不具有优先地位,在具体应用时需要进行权衡。"普遍原则主义"深受当代西方伦理思潮中罗尔斯等的新自由主义或新个人主义的伦理观念的影响,是传统的先验主义的伦理观念在当前生命伦理学中的体现。这四项原则提出后,由于长期受天赋人权观念的影响,在西方社会就受到许多人的拥护和接受。普遍原则主义被人们认为是西方生命伦理学中的主流思想。但是在具体应用中,常常使人陷入两难境地。例如,根据维护婴儿的生存权的原则,应该禁止人工流产;而根据孕妇的自主权的原则,则又应该允许孕妇自愿人工流产。同样,根据个人的生存权原则,应该禁止医生帮助病人安乐死,而根据病人的自主权原则,又应该允许医生帮助病人实现自愿的安乐死等。于是后来出现了种种反对这种普遍性原则主义的呼声的"非普遍原则主义"理论。其中主要是条件主义。

(二) 非普遍原则主义

非普遍原则主义,或称条件主义(contextuahsm)、情境主义、社会历史条件主义。受社团主义者麦金太尔等人的"美德是教育而非原则"的思想,或者受黑格尔主义、马克思主义的历史主义等的影响。条件主义并不反对原则,但反对先验的"放之四海而皆准"的或永恒不变的原则。反对传统的普遍主义的规范伦理学,提倡一种描述的伦理学或实践的伦理学,强调不是先有原则后有生活,而是先有生活后有原则。脱离生活实践的抽象的永恒不变的伦理原则是不存在的。伦理原则是从人的具体生活的情境中或一定社会历史条件下产生或形成,并随人的生活情境或社会历史条件的变化而变化的。它是人在生活情境中的权衡和抉择,因而用 17、18 世纪和传统的伦理原则套用于因高科技日新月异而产生的生命伦理学,则不仅在应用上会出现上述种种两难的问题,而且还会阻碍当今生命科学与生命伦理学的发展。在科学与伦理的关系问题上,他们主张两者的协调发展,而不是一方禁止另一方的发展。他们承认科学的发展应受伦理原则的制约,但又认为伦理原则也应随科学的发展而不断修改和完善。

条件主义的重要代表人物琼森,从当前医学科学技术的实践出发,反对普遍原则主义的生命伦理学理论。他认为现代医学科学技术的实践正在朝"非宗教经文解释"(secular-aggadan)的

方向发展。但在西方的医学伦理学说中却浸透着一种粗野、迷信、神话、神学相混合的，像犹太法学博士解释犹太教义式的，“宗教的经文解释”的医学思想模式和精神，常常把医学的伦理学原则看成是上帝的普遍、永恒的规定，而康德的“至上命令”的先验的普遍原则主义的伦理学说则就是这种宗教伦理观的变体。当今新兴的医学科学技术与古老的“宗教经文解释”的伦理学说与方法日益尖锐化，利己主义与利他主义的悖论更加明显。古老的永恒不变的“人性论”应该与日新月异的医学科学技术以及不断变化的社会、经济环境相适应。新兴的医学科学技术应该有新兴的医学伦理学理论与之相适应。

在方法论上，琼森反对普遍性原则主义的从一般性原则出发到具体案例应用的演绎法，提倡从具体情境或具体案例出发上升到一般性原则的类比归纳法。不是“理论 — 原则 — 具体”的方法；而是“具体 — 原则 — 理论”的方法。他称之为“决疑法”(Casuistry)。他认为运用这种方法从各种不同案例中归纳产生出来的原则就不是永恒不变的绝对原则，而是可以随情境的变化而不断变化的相对的普遍性原则。这种原则的应用不仅可以避免生命伦理学中上述两难问题的发生，而且还可以使生命伦理学随着生命科学技术的发展而不断完善和发展。

（三）我国生命伦理学的发展趋势

我国的生命伦理学研究发展，在马克思主义指导下，坚持社会存在决定社会意识，社会意识对社会存在具有反作用的基本原理，坚持从社会实践的角度认识道德的起源、发展，认识道德对社会发展进步的作用。坚持实践到认识再到实践的实事求是认识路线，坚持真理的绝对性和相对性的辩证统一，坚持世界的普遍性和特殊性的辩证统一。既不片面的搞生命伦理研究的绝对主义的普遍原则主义，也不片面的走向伦理的绝对相对主义。

我国的生命伦理学研究，必须坚持从我国社会思想文化的实际出发，坚持从生物医学技术发展的实际出发，把社会主义先进道德思想和中华民族的传统文化结合起来，把促进道德进步和促进生物医学科学技术发展结合起来，把生命伦理学的国际化和本土化结合起来，把生命道德和促进人的全面发展结合起来，不断创新理论，积极构建中国特色的生命伦理学学科体系。

第一、以社会主义人道主义为旗帜，把生命神圣论、生命质量论和生命价值论有机统一起来，科学把握、正确处理生命医学技术发展和社会进步中的优生优育、人工生殖技术、基因治疗、器官移植等生命控制问题，死亡标准、安乐死临终关怀等死亡控制问题。

第二、以可持续发展为指导，从我国国情出发，坚持人口资源环境的协调发展和中华民族未来的高度，正确认识和引导我国的计划生育政策，把降低人口数量提高人口质量的“计划生育”国策落实好。

第三、把尊重中华民族的优良伦理传统习俗和医学实践中的生命伦理原则结合起来。在不伤害个人基本生命健康权益的基础上，把个人的知情同意和家庭或监护人的知情同意结合起来。

第四、以集体主义的价值观为主线，把医疗卫生事业的经济效益和社会效益统一起来，在市场经济条件下，坚持医疗卫生事业的公益性质。

第五、以全心全意为人民服务的医疗宗旨为方向，科学制定卫生政策，把高新技术的应用和常规技术的普及协调起来，把有限的卫生资源发展好使用好，确保卫生资源分配的合理公正，确保人人享有基本医疗保健。

第六、以科学发展为指导，把道德观念的进步更新和生物医学技术的发展协调起来，既要不断解放思想促进医学技术的进步，也要严格规范具有负面影响的新技术的使用，如我们既要允许胚胎干细胞的研究和治疗性克隆技术的研究，又要坚决禁止克隆性生殖的研究，确保人类的尊严和权利，确保社会的和谐稳定。

生命伦理学和社会传统、文化背景有着密切的关系，在生命伦理的实践中，我们既不能采用强制的方法，让社会所有成员都持一种观念；也不能放任自流，从抽象的个人权利出发，以个人

利益为核心为所欲为。对生命伦理学问题较好的解决办法就是通过协商、对话、讨论等达成一致。正如丹尼尔·维克勒在第三次国际生命伦理学会议上的主题报告——《生命伦理学家和社会责任》中提出，应把生命伦理学理解为这样的一个学科，它给持有各种观点的所有学者提供了场所。生命伦理学因其极强的现实针对性而成为当代医学伦理学研究的一个热门学科，并呈现出方兴未艾的发展势头。

第四节 医学伦理观念与社会文化背景

医学伦理学本质上属于社会道德文化范畴。与一般意义上的道德属于人类思想上层建筑不完全相同，医学伦理学的医学规定性超出了一般道德的社会意识形态规定性，使之带有科学的性质和特定道德指向。考察医学伦理观念形成的社会文化背景的异同，是形成和确立合理的医学伦理观念，建构具有自身文化特色的医学伦理学理论体系。推动医学伦理在多样化与普适性统一的有效途径。

一、中西医学伦理观念中的文化差异

梳理人类历史上曾经出现过的医学伦理思想观念，我们往往发现每一种医学伦理思想观念都毫无例外地与社会文化密切关联。无论是医疗活动的产生和发展，还是医学伦理思想的演进和转化，都离不开文化土壤的滋养和影响。医学伦理复杂的文化内涵使医学伦理思想不能被简单地看作是解决医学实践活动所涉及的伦理问题的工具性手段。对医学行为的伦理关注离不开医学行为所发生的文化背景。要真正理解医学伦理思想的内涵，就必须对医学伦理思想的文化内涵进行考察。

（一）医德观念的文化内涵

医学伦理思想与文化难以割裂，因为医学伦理思想受着社会经济结构、政治制度、科学技术、哲学思想和一般文化的影响，每一个时期的医学伦理思想都有其独特的时代文化特征。医学伦理思想史可以说是人类文化发展史的一个重要注脚。

文化产生于人类社会的各种实践活动，反过来，文化也规定和制约着人类社会的各种实践活动。文化不是与经济、政治、科技、自然活动领域或其他具体对象相并列的，而是内在于人一切活动之中，左右和支配人的行为方式的基本生存模式。文化像血脉一样，熔铸在人类文明的各个层面中，自发地影响着人的各种活动。

作为人类主体实践活动之一的医学实践行为，也有着文化血脉的熔铸，受着文化无形的、无所不在的支配和规范。每一个历史时期，每一个民族所具有的医学伦理思想，都是在特定的社会文化背景下产生的，既是社会实践活动的组成部分，又是社会文化的产儿。医学伦理实践活动，受到诸多因素的影响，如医学因素、社会学因素、法学因素、心理学因素等，而这些因素本身无一不体现文化的烙印。

由此可见，医学伦理思想是植根于人类文化土壤之中的，文化的发展状况直接影响医学伦理思想的发展水平。在社会发展的各个历史时期，社会政治、经济及文化的发展水平不同、医学伦理思想的成就和进步也不同，因此，正确理解文化与医德的关系，有利于我们更好地理解医学伦理思想的演变历史及其蕴涵的文化根基。

中西方用不同方式创造了自己独特的文化，从而也导致了中西方不同的医学伦理观念和行为标准。中西方不同的文化传统，为医学伦理思想打上了独特的民族标记。

（二）中国传统文化及其医学道德观念

中华文化在长期历史的演进中形成出了独特民族文化的特色，使我国的医德传统带有鲜明的民族文化特色。

1. 中国传统文化的整体性特点，贯穿中国医学对人体生命活动和疾病本身的认识，也反映在医德的要求上。中国历代医家都提出过，在为病人治病时，要联系自然环境、社会因素及人体自身的情况进行辨证分析，做到因时、因地、因人、因诊而异的行医技术和道德要求。同时，在处理医生与社会的伦理关系方面，强调整体价值，更多注重医生对社会的应尽义务，履行职业义务的忘我的奉献精神和牺牲精神。

2. 儒家（Confucianism）的义利观，对我国医德思想产生了重大的影响，形成了我国医家的“廉医”思想。义和利的关系，是道德现象中的根本矛盾，也是中国古代道德理论中的一个重要问题。如何认识和解决这一矛盾呢？作为我国传统文化主流的儒家思想认为，“君子喻于义，小人喻于利”，主张“舍生取义”、“以义为上”、“见利思义”、“君子爱财，取之有道”“君子未尝不欲利，但专以利为心则有害，惟仁义则不求利而未尝不利也”。医家全面接受了儒家义利学说，谨于义利之辩。认为行医的宗旨是“济世活人”，行医的目的不是“逐利”，而是为了“普救含灵之苦”，强调医家的“不图报酬”的“廉医”精神。

3. 儒道释合流的“仁者爱人泛爱众”“众生平等”思想，形成了中国医学人道主义“普同一等”的中心观念。强调“不分亲疏贵贱，全力救治”的“博施济众”的思想；把拯救人的生命，给人以健康幸福作为职业行为所追求的最高价值，把医术称为“仁术”。

4. 受儒家“内圣外王”修身文化的熏陶，形成“礼医”传统。儒家认为，修身不是独善其身，洁身自好，修己与“敬”、“安人”、“安百姓”是密切相关的，而这必须重视“礼”的作用。一方面把医生的道德修养被放在比技术学习和研究更为重要的地位。“凡为医之道，必先正己，然后正物。正己者谓能明理以尽术也。”医生只有完成“内圣”的道德修养，具备必备的医学美德，才谈得上治病救人。另一方面特别强调医生应通过“内省”和“慎独”的修养方法来提高自己的医德。

5. 儒家“三纲五常”的宗法观念也影响了历代医家的道德观念，束缚了医学的发展。“孝”是儒家伦理的核心。“身体发肤，受之父母，不敢毁伤”，故父母生而全之，当全而还之。虽然早在两千多年前的医书上就有了解剖位置的粗略描述，但在古代，我国解剖学始终没有成为一门独立的学科而得到发展。与此同时，儒家伦理强调男女有别，男女授受不亲，对女病人的诊治极为不利，但它却是传统医德的一部分。

总之，中国医德传统带有浓郁的中国文化的韵味，形成了独特的民族医德文化。其中虽然不免有封建唯心文化思想的糟粕，但更多的是经过实践证明了的优秀的医德传统。

（三）西方传统文化及其医学道德观念

在西方文化的熏陶下，西方的医学伦理思想有着自己的特色。

1. 西方文化强调以个人为中心的价值准则，形成了西方医学伦理思想对人的高度尊重和关注。西方价值取向是以个人为中心，“人是万物的尺度”。使个人得到自由发展的人道主义思想，在西方文化中处于核心地位，强烈影响着西方医学道德。古希腊的希波克拉底就主张，医生凡“进入任何人之房舍，皆为病人之利益，决不存在任何谬妄与害人之企图”。关心病人的利益，维护病人个人的尊严和权利，是西方传统医学道德的特点之一，其医德观念也表现为特别尊重病人的个人健康权利，但忽视整体社会效益的倾向则伴随而来。

3. 西方的思维方式重逻辑，重分析，突破传统，探求真知，苏格拉底的“美德即知识”的观点，开启了西方道德理性主义的先河，对西方传统医德观念有着深刻的影响。西方传统医德比较注重医德的可“操作性”，比较注重把医德的一般准则和其他各种准则渗入到医学实践活动中去，因此，西方传统医德规范、守则一般都制定得比较具体细致。例如，希波克拉底在《论法规》、《希波克拉底誓言》、《论医生》、《论箴言》等文章中，就有诸多详尽具体的医德规范，提出了具体的道德要求。

4. 西方文化中的宗教伦理思想对其医学道德观念的形成和医学伦理思想的发展有重要的

Notes

影响。西方宗教伦理思想所提倡的具有更广泛意义的“泛爱”的义务论和美德论，是西方早期医学伦理思想体系的核心内容，并始终在西方医学伦理学思想和理论中占有重要的地位。西方的医学誓词大多都要以“神”的名义起誓。医生对病人之爱源于对神及上帝之爱。西方对人工流产的抵制情绪，其根源也就在于基督教的生命神圣论。

二、我国医学（生命）伦理学的发展的文化逻辑

我国医学伦理学发展进步，既与中国的优秀传统文化（traditional culture）、社会经济政治制度等特殊国情密切相关，也不能离开不同文化间相互影响、相互渗透不断强化的国际大背景，批判继承中华传统的医德文化，扬弃西方的医德文化，是中国社会主义医学伦理学发展的重要问题。

（一）继承优秀传统文化，吸收先进外来文化，培育先进的社会主义医德文化

1. 深扎本土文化根脉，弘扬祖国优秀医德传统 纵观人类社会文明发展史，每一种文明的进步与发展无不是在其传统中寻找养料，作为根基，然后结合时代的特点进行继承与发扬。中国社会主义医德建设的根本任务就是要继承与弘扬祖国的优秀医德文化传统，结合社会主义中国的时代特征，发展出适应新时代要求的社会主义医德思想。

要继承与弘扬传统医德，其前提之一就是我们必须对传统医德有一个清晰的认识，弄清哪些是优秀的传统医德，哪些是应该抛弃的旧时代残余。只有这样我们才能对祖国的优秀医德传统进行继承和发扬，否则我们就会无从下手，社会主义医德建设也就会成为一句空话。加强社会主义医德建设的重要任务之一就是要结合当代医学发展和人文思想，认真地对传统医德进行系统全面的研究，挖掘、整理和提炼出优秀的传统医德思想。

优秀的传统医德曾有着不可磨灭的历史功绩，但随着历史的发展，产生它的社会政治经济文化基础发生的改变必然导致历史上表现其内涵的具体规范的滞后性。我们所说的继承和弘扬优秀医德传统，是继承和弘扬优秀医德传统的基本思想与原则，而不是具体规范。传统医德中闪耀着人性与理性光芒的思想，如“仁医”思想、“义医”思想等，无疑是中国传统文化中最宝贵的精神财富之一。在社会主义医德建设中，只有把这些原则纳入社会主义文化体系之中加以吸收和发展，才能使社会主义医德思想更加富有生命力。

2. 善于吸收外来文化精华，融合西方优秀医德文化 经济科技全球化的浪潮，给医学道德带来许多新问题的同时，又造成了不同文化的医德思想的异常激烈的互相碰撞交融。如何面对外来医德思想，特别是西方医德思想的影响，是我国社会主义医德建设所必须解决的一个问题。

西方医德思想对我国社会主义医德建设的影响是巨大、深刻的，且具有双重性。一方面，它对我国医学道德发展有积极的一面和重大促进作用。任何文化都会有自己的缺陷，都有一个扬弃和发展的问题，任何医德思想也是一样。当代，我国和西方的医学界面临着许多相同或相似的伦理难题和道德焦点问题。西方优秀的医德思想解决这些问题的方法无疑会给我们提供许多有益的启示和借鉴，为中国医德思想所同化吸收，从而有力地促进我国社会主义医德建设的健康发展。另一方面，西方医德思想中的一些不好的东西，如极端个人主义、享乐主义、实用主义等的影响也会使部分医务人员的功利性膨胀、价值观异化，给我国社会主义医德建设带来不利的影响。

闭关自守的恶果我们已尝过，开放创新的硕果我们已看到。对于西方医德思想，我们要有正确的态度：在坚持继承和弘扬中国优秀传统医德为基本思路的前提下，无论是哪一种医德思想中的优秀成分，只要是对社会主义医德建设有好处，都可以拿过来，加以同化和融合，最终转化为自己医德思想的有机组成部分。当然，我们在借鉴和吸收其他医德思想的优秀成果时，必须考虑到民族文化心理的特点，做出适合本民族的诠释和吸收，切忌单纯照搬的“拿来主义”。

（二）大力弘扬中国医学道德的优良传统

在长期的历史发展中，我国传统医学道德以“医乃仁术”为核心，从理论到规范、从教育到修养形成了内容丰富、独具特色的理论体系，不仅是我国传统文化的重要组成部分，而且在历代的医疗实践中薪火相传形成了许多优良的传统，值得我们永远传承光大，主要体现在以下几个方面。

1. 仁爱救人，一心赴救　仁爱救人是我国古代优良医德的核心和基本原则，历代医家都把医学医术视为“仁术”，即“救人生命”、“活人性命”的技艺，“济世活人”是行医的目的宗旨，为此，医家必须以尊重生命、救人疾苦为己任，以仁爱精神为准则，一心赴救。

历代医家认为“人”和“生命”有着至重的价值，强调对人类生命的尊重。《黄帝内经》指出“天覆地载，万物悉备，莫贵于人”。孙思邈说：“人命至重，贵于千金，一方济之，德逾于此”。故而，把自己的著作取名为《千金要方》。都强调人的生命是天地万物中最宝贵的东西，医生要珍惜一切人的生命，把尊重的生命作为职业的基本原则。强调“若有疾厄求医者，一心赴救”，要“发大慈恻隐之心”，不计得失，不畏艰险，全力救死扶伤。传说在古代，学医的弟子临出师时，老师总是要送一把雨伞和一盏灯笼给弟子，这就是要求弟子在今后行医中要牢记医生的职责，为病人看病不分昼夜寒暑，不避风雪雷雨，闻病而动，全力救死扶伤。

历代医家都认为仁爱是医生必须具备的基本德性，强调仁爱品格。南北朝时期的医家杨泉《物理论　论医》一书中指出：“夫医者，非仁爱之士，不可托也”宋朝林逋在《省心录》中指出“无恒德者，不可以作医，人命死生之系”。就是说只有具备仁爱精神人才可以从事医疗工作，才可以是可以信任托付的。强调医家为必须具备救人生命的仁爱精神。

2. 廉洁正直，行为端庄　历代优秀医家都认为“医乃仁术”，作为“活人性命”的医生，绝对不可追名逐利、贪图钱财、沽名钓誉、欺骗病人，绝对不可以一技之长，一味攫取钱财。要求医生在行医中必须具备和始终保持廉洁正直的品行，以解除病家疾苦为己任，始终作“至亲之想”，关心、体贴、爱护病家，不贪图钱财，真正造福病人病家。在历代所有的职业道德中，都没有像医德这样强调以不营私利，不贪恋钱财为目的。

孙思邈强调“医人不得恃己所长，专心经略财物，但作救苦之心”，“凡大医治病，必当安神定志，无欲无求”，“医者，救人心，做不得谋生计”。李梴认为“治病即愈，亦医家份内事也”，不可“过取重索”。费伯雄提出“欲治人，学医则可，欲谋利，学医则不可”。廉洁行医是我国古代医家突出强调的高尚品德。

历代优秀医家还十分重视行医的仪表和言谈举止。要求医家必须仪表端庄，谈吐和蔼，举止有度，讲究礼貌。认为肆欲轻言，举止浮夸，都会失去病家的尊重与信任，为医德传统所不耻。早在《内经》中就提出医家不可“谬言为道，更名自功”，要“入国问俗，入家问讳，上堂问礼”，要尊重乡土风俗，尊重病家，彬彬有礼。孙思邈对医家应有的仪表作了更全面、更详尽的规定：“到病家纵绮罗满目，勿左右顾弼；丝竹凑耳，无得似有所娱；珍馐迭荐，食如无味；醽醁兼陈，看有若无……不得妄语调笑，谈嘘喧哗；道说是非，议论人物；炫耀声名，訾毁诸医，自矜己德。偶然治瘥一病，则昂头戴面，而有自许之貌，谓天下无双，此医人之膏肓也”。陈实功还将为妇女治疗应注意的事项列入了《五戒十要》。要求医家作风正派，不借行医之便调戏污辱妇女。

3. 精研医术，一丝不苟　历代优秀医家都认为施行和实现仁爱救人“医乃仁术”的愿望，不能光有仁爱之心和廉洁的医德，更必须有精湛高超的医术。医学深奥广博，疾病千变万化，为医者必须刻苦学习，精心钻研医术，否则就会贻误人命。徐春甫在《古今医统》用“医本活人，学之不精，反为夭折”，“医学贵精，不精则害人匪细”明确指出了医术精湛的极端重要性。孙思邈指出：“学者必须博极医源，精勤不倦，不得道听途说，而言医道已了，深自误哉！”做到“无一病不穷究其因，无一方不洞悉其理，无一药不精通其性”。“凡欲为大医，必须诸《素问》、《甲乙》、《黄帝针经》诸部经方”。《素问》更要求医者要“上知天文、下知地理、中知人事”强调医生要有广博

Notes

的知识结构。

历代名医，无一不博览历代医书，刻苦钻研医术，并在实践中不断提高自己的医疗水平，推动着医学事业的发展。张仲景，苦心研究医学，寻求古训，博采众方，结合自己的临床实践，撰写了《伤寒杂病论》16卷。提出了治疗外感热性病的总纲，对疾病的发生、发展及转变规律进行了科学的论述。

历代医家认为治疗疾病是一个复杂的过程，必须要做到认真负责、一丝不苟，绝不能有半点粗心大意，敷衍马虎。医界历来就有“临病胜临敌”，“用药如用兵”，“用药如用刑”之说。孙思邈要求医生“省病诊疾，至意深心，详察形候，纤毫勿失，处判针药，无得参差”。明代陈实功对那些生命垂危的病人，总是本着认真负责的态度，有一线希望就要尽百分之百的努力。一次有位60多岁的老妇背上毒疮发作生命垂危，家中已为其准备后事。陈实功经过诊视后，便再三要求家属让他施治，病人家属正忙于后事，不相信有救，总是不答应。陈实功一连几次登门说服，终于获准治疗，仅一个月就使这位行将就木的老妇恢复了健康。清代名医徐大椿，医术高明，即使成了名医之后，并不凭借技术和地位来垄断居奇。平日临诊，仍然耐心地询问病人的爱恶苦乐，细致地分析病因、证候，辨其异同，审其真伪，然后详记病案，审慎处方，决不因循敷衍，游移逃避。

4. 不分尊卑，一视同仁 历代优秀医家从“医乃仁术”和“广济苍生”医学仁爱思想出发，强调治病不分亲疏贵贱，对任何病人都要一视同仁的关心爱护。孙思邈对此尤有精辟论述：“若有苦厄来求救者，无论贵贱贫富，长幼妍媸，怨亲善友，华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想”。只要是患者来求救，医生不得以任何理由拒绝为之治疗，把所有病人都当作自己的至亲好友来对待。不分尊卑贵贱，病人一律平等，这是我国古代医德中又一优秀传统。

历代优秀医家坚持一视同仁的对待病人。北宋唐慎微医术十分高超，“治病百不失一”，凡病家来请，“不以贵贱，有所召必往”。明代医家缪希雍，不仅医术高，经验多，而且不管病人富贵贫贱，他都一样看待，特别是对贫苦和地位低下的病人更是同情怜悯，认真医治。一次，北京富户人家的一个婢女患传染病，危在旦夕。由于患者是婢女，请来的医生不认真诊治，认为婢女死了没关系。缪希雍得知此事后，立即赶去为其诊治，很快将这个婢女救过来了。明代医生钱同文，精通医术，遇危重疾病，投剂立愈。病人请求看病，不管穷人富人，总是按病人来的先后次序进行治疗。

病人一律平等，特别强调对有过宿恨旧怨的病人，也不能拒绝为之治疗。明代儿科医学家万全与胡元溪有仇。胡四岁儿子生病，遍请诸医治疗无效，只好去请万全。万全不念宿怨即刻前往。服药五剂后，患儿病情好转。然胡元溪心存芥蒂，终不放心，另请医生治疗。至此，万全完全可以扔下不管了。但他认为“彼只有一子，非我不能活也。吾去，彼再不复请也。误了此儿，非我杀之，亦吾之过”。他仍留下来，看新请来的医生处方是否合理。当发现处方不对症时，立即提出更改意见。但万绍和胡元溪拒不接受他的意见，万全只好告辞。结果，病儿服药后，病情恶化。胡元溪至此才后悔，重新去请万全，万全不计胡的态度，连夜赶去。经过半月余悉心治疗，患儿康复。这种宽大的胸怀，高尚的品德堪为医家之楷模。

5. 尊重同道，谦和谨慎 历代优秀医家本着“医乃仁术”和“济世活人”的共同医学目的，高度重视同行之间关系的问题，形成了互相尊重、谦和谨慎、共同提高的优良传统。明代医家陈实功在《医家五戒十要》中对医生之间的道德作了精辟的论述，指出，“凡乡井同道之士，不可生轻悔傲慢之心，切要谦稳谨慎。年尊者恭敬之，有学者师事之，骄傲者逊让之，不及者荐拔之”。龚廷贤在《万病回春》一书的“医家十要”篇中，还专列了“莫嫉妒”一条，将之作为处理同行关系的准则。

历代优秀医家对待医学都强调要谦虚谨慎、实事求是的态度，既不能沽名钓誉，吹嘘自己，夸大治疗的效果，也不能掩饰自己的缺点。汉代名医淳于意治病相当有把握，很少出差错，但当

汉文帝问他所有的病是否全能治愈时，他回答："时时失之，不能全也"。他还认真总结行医经验，建立病案，在他保存的25个病案中，有10个失败的记录，坦白承认自己的失误，给他人以借鉴。在治疗发生疑问时应请教同行，绝不能不懂装懂，贻误病情。对于自己不能诊治的病人及时地介绍给其他医生。金元四大名医之一的朱丹溪，一次治一妇女结核病，病已基本痊愈，但面颊上有两红点不褪，经再三揣摩无法，便毅然邀请比他年少，名声小的葛可久来治，果然诊治得愈。

历代优秀医家对于医术上的不同见解，都是在相互尊重的基础上，各抒己见，互相切磋，取长补短，共同提高。不仅尊重他人成果，遵守学术道德，而且还把自己精研一生的秘方公开，造福于民。唐代王焘的《外台秘要》，宋代唐慎微的《证类本草》，明代李时珍的《本草纲目》等的写作，都认真说明文献来源，以示对别人劳动的尊重，为古代同行做出好榜样。张仲景在传染病流行期间，一面四处行医拯救百姓疾苦，一面劝导医家赶快把预防和治疗传染病的医方公开于众。在他的影响下，医家纷纷献方，救活了很多濒于死亡的百姓。

本章小结

中外医学伦理思想产生发展历史表明，医学道德是人类医学实践发展和社会思想文明进步的结晶，医学道德起源于医学和社会实践，并随着医学和社会实践发展而完善。医学实践的特有性质决定的医学道德的崇高性和进步性是医学道德区别于其他职业道德的重要特征，古今中外的优良医德传统是现代医德思想发展的宝贵财富。医学和社会文明发展的阶段性、多元性特征是近现代医学伦理学和生命伦理学理论发展演变的决定性条件，从人类文明进步的高度和文化多样性的角度审视和推进医学伦理和生命伦理的创新，是医学伦理发展的必然诉求。

复习思考题

1. 中国古代的优秀医德传统有哪些？
2. 近代医学伦理学和现代伦理学的异同？
3. 生命伦理学产生的历史条件和主要研究内容？
4. 如何构建有中国特色的生命伦理学学科体系？
5. 中西医德思想的社会文化背景的差异？

本章作者及联系方式

马长永（第四军医大学马文学院，西安市长乐西路17号，邮编710032　E-mail:ma13363941463@163.com）

Notes

第三章　医学伦理学的理论基础与基本理论

教学目的

掌握伦理学的基本理论及其运用于医学伦理问题分析和判断的方法；熟悉当代医学伦理学理论的哲学、伦理学、传统文化以及宗教伦理思想的基础、医学伦理学基本理论的当代形态以及在生命伦理学阶段的演变和发展；了解医学伦理学理论发展趋势以及面临的难题。

［案例 3-1］世界上许多国家都实行公费医疗制度。比如英国看病吃药都不花钱，付了钱也可以向国家报销。英国的国家健康服务系统（National Health Service，NHS）建立于 1946 年。对所有英国居民提供保健服务。其资金主要是通过税收筹集。这个系统对全科医生按其覆盖的人数支付费用，几乎所有的医院都是公立医院，绝大多数医生也是 NHS 的雇员。除此之外，也有私人健康服务部门，整个国家大概有 10% 的人购买了私人健康保险。英国的医疗卫生体制业已形成之后，也在运行中经过过几次调整，目的是引入竞争机制，提高服务效率，尽最大可能满足社会成员的医疗保障需求。

英国医疗保健费用因为来自税收，所以免费医疗本质上还是羊毛出在羊身上。那么是不是可以将这笔钱发回到纳税人手里由他们自己掌握呢？或者至少可以一部分由自己掌握呢？有经济学家支持这样的方案。而且给出了数学计算的结果，认为如果将那笔钱交给个人使用，就会达到每个人偏好（及其医疗保健消费与非医疗保健消费比例上）的帕累托最优。理由是公费医疗制度增加医疗消费，并造成官僚主义、资源浪费、腐败与受贿等，所以公费医疗制度非改不可。相反支持实行公费医疗的人提出，帕累托优化所达到的只是个人偏好的最大满足，但是偏好的满足不等于福利。为了保证人民的权利，政府要进行指导。医疗保障制度的问题看似是一个社会经济问题，而实质上蕴含着医疗经济伦理学的问题。如上述支持和反对者之间所讨论的问题，就是主观价值与客观价值的问题，公民权利和国家、社会责任的问题，这些都是价值哲学和道德哲学的最根本的问题之一。

进而反对公费医疗的人反驳说，对自己开支进行选择，多少钱用于医疗保健，多少钱用于非医疗保健之外的消费，是个人的自由，别人无权说三道四。实际上这就是隐含在“帕累托最优”这一经济理论中的自由主义的伦理观点。经济学家对此秘而不宣，但实质上这样的道德价值问题随时隐含在这样的经济问题解决中的。支持公费医疗的人就又反驳认为，自由不是绝对的，自由需要社会的制约和指导，因为社会中有很多低收入者、弱势群体，他们有生存和享受福利的平等权利。只有公费医疗能保证这些人的这些权利，所以是公正的。主张改革的经济学家则又可以反驳说，自由不是绝对的，需要指导，但是不能从经济上强迫别人接受指导。这是一个有关自由的价值问题，保障人有病能得到很好的医疗服务则是一个社会保险问题，而不是要搞平均主义的公费医疗。这里就涉及到自由主义和平等主义的争论，同样是一个道德哲学问题。

（本案例摘自张华夏著《道德哲学与经济系统分析》一书。人民出版社，2010 年 12 月版。请参阅该书第二章。）

［讨论与思考］从卫生经济分析的前提到分析的论据，再到卫生经济决策的论证，以及从卫

生经济学过渡到卫生经济实际决策的过程中，伦理命题为什么始终隐含其中？道德要素如何发生作用？作用的机制又是怎样的？

［案例 3-2］一位患者在医院里正处于一个漫长的疾病恢复期。他烦躁不安，情绪低落。所以当史密斯先生来访时他很高兴。他们聊得非常愉快，史密斯先生的到访正是这位患者所希望和需要的。过了一会儿，这位患者告诉史密斯先生有多么感谢他的到来——他真是一个好朋友，总是克服那么多麻烦、穿过城中心来看我。但是史密斯先生婉拒这种谢意，他承认他只是在尽他的责任。起初你认为他只是谦虚，但他们谈得越多，这一点就越清晰，史密斯说的是实话。他不是因为想念这位患者朋友，或者喜欢这位患者朋友而来慰问他，只是因为他认为“做正确的事”是他的责任。并且，在这种情况下，他认为拜访这位患者朋友是他的责任—尽管也许史密斯也确实知道，此时没有别人比这位患者朋友更需要振奋起来。

这个例子是米切尔·斯托克（Michael Stocker）在发表于《哲学杂志》（The Journal of Philosophy）上的一篇很有影响的文章中提出来的。斯托克评论道，知道史密斯的动机后，你肯定会非常失望，现在他的到访似乎是冷酷而算计的，对你失去了全部的价值。你认为他是你的朋友，但是现在你知道了别的东西。斯托克说，关于史密斯的行为，“这里肯定是缺少点什么——缺少道德的良好品性和价值”。（本案例选自詹姆斯·雷切尔斯著、杨宗元译、中国人民大学出版社出版的《德性伦理学》第十二章，请参考该书有关章节）。

［讨论与思考］1. 在诸多伦理学理论中，美德论的优势在什么地方？2. 史密斯的行为说明了什么？行为动机在一个人的行为整体和过程中是什么地位？3. 人与人之间看重友谊、爱和尊重，并且每个人都想让自己与其他人的关系基于相互的尊敬。出于抽象的责任感或“做正确的事”的欲望的行为就不是如此。你是不是不愿意生活在只根据这样的动机行事的人所组成的共同体中？是不是也不愿意成为这样的人？4. 这个论证的结果是，只强调正当行为的伦理学理论从来不能提供对道德生活的令人满意的描述。因此，需要强调诸如友谊、爱和忠诚等个人品质的理论即美德理论。你对此怎么认识？5. 为什么一些哲学家相信把重点放在美德上优于对伦理学的其他思考方式？人们提出了很多理由，你的理由是什么？

医学伦理学理论的形成具有现实和理论两个方面的基础。这两个方面相辅相成、互为条件。现实所提供的是医学道德实践的基础，新的理论的产生、理论的创新源于人类生活实践中所带来的医学现实道德状况的变化和发展，但是理论的更新和新理论的形成又是在传统理论基础上实现的，是对原有理论的继承、应用、整合、突破和超越。也就是说，医学伦理学理论体系的不断发展和完善，都是理论与实践在自身发展中不断克服矛盾走向相对统一的过程。又因为医学伦理学理论是医学道德实践与伦理学理论交融所产生的理论形态，其理论的创新和发展一方面基于医学实践的不断发展，另一方面基于伦理学理论的历史传承。本章重点讨论医学伦理学理论形成和发展的思想基础和理论的历史演变以及基本理论的主要内容。

第一节　医学伦理学的理论基础

伦理学理论本属于哲学、道德哲学范畴。尽管现代医学伦理学的理论形态不断向解决具体和现实问题的方向转化和层面下移，但是哲学、伦理学、传统道德文化以及宗教伦理思想等作为这个新兴学科的理论基础，是医学伦理学理论框架和基本内涵形成和建构赖以实现的历史必然和逻辑的合理演进。任何现实的医学道德问题的认识和解决，在一定程度上有赖于人类道德判断向形而上的哲学、道德哲学的回溯性认识，依靠人类思想史积淀下来哲学智慧获得认识结论，从而确立现实中解决问题的终极标准和给出本体意义上的解释。

一、医学伦理学理论的哲学、伦理学基础

医学伦理学与哲学从两个方面具有天然的、不可分割的关系。一是从作为应用伦理学的一个分支学科意义上看，医学伦理学从属于伦理学范畴，而伦理学（道德哲学）原本就是哲学的构成部分。二是从人类知识的发展史上看，医学是古代向近代转化过程中才从自然哲学中脱胎出来的一个学科，虽然近代以后主要基础学科都有过这样的历史命运，但是医学与哲学的关系上，与其他学科的不同在于，医学的“人学”或“仁学”特征，也即医学本源上所具有的人文特性，使它与哲学之间构成了一种在对人和生命等人类根本性问题认识上的高度一致性和互为认识基础的关系。人类在数千年社会实践中所积淀下来的哲学智慧和思想机体中，包含医学、生命科学发展所提供的养分，真正的哲学当然也就可以成为以智慧和思想的方式反哺医学、生命科学的精神和理论乳汁。医学伦理学正是这种被反哺的最重要的社会和职业道德领域。

首先，哲学之于医学伦理学理论的基础作用，从哲学的内涵上来看，如果不是从某一特定的传统或者形态出发去界定哲学，而是着眼于其深层规定以及普遍特征，“从本原层面看，作为把握世界的观念形态，哲学的内在规定体现在智慧的追问或智慧之思。”正是通过这种思维和认识方式，“哲学与其他把握世界的形式区分开来，这一意义上的智慧——作为哲学实质内涵的智慧，首先相对于知识而言。”医学伦理学在自身发展过程中逐步形成了认识和解决医学道德问题的理论和方法系统，这个系统是侧重于从特定的维度和层面去理解、把握医学系统和生命科学与技术实践中的道德行为和伦理现象，是以认识特定对象和解决特定领域的道德问题而构建的理论体系。事实上，“具体、现实的世界是整体的、统一的存在。与这一基本事实相联系，如欲真实地把握这一世界本身，便不能仅仅限于知识的形态、以彼此相分的方式去考察，而是同时需要跨越知识的界限，从整体、统一的层面加以理解。智慧不同于知识的基本之点，就在于以跨越界限的方式去理解这一世界。”医学道德看似是仅仅发生在医学和生命科学与技术领域的现象，但是医学伦理学如果只从“问题”出发，力求通过构建自身的知识系统和形成特定理论就彻底地认识和解决这些问题，完全抛开医学、生命科学与技术的发展与整个世界所具有的关联性和统一性，忽视医学道德只是人类道德的特定现象这一事实，就可能缺失观念、思想、理论和精神的依据。医学道德现象是形形色色的，不同的传统文化背景下的医学道德观念也会有差异，但是所有的对具体医学道德现象的认识和对医学伦理问题的解释，最终都必然要依据一定哲学思想和理论给出本体论、认识论和价值论意义上的理由。医学伦理学中任何形态的理论和思想，都必然有某种哲学层面的系统认识作为它最根本的理论支撑和灵魂（思想）的支柱。

其次，哲学对世界的认识并非单一向度，而是多层面、多维度的。在哲学和医学伦理学之间，道德哲学从一个特定层面构成医学伦理学理论的哲学基础。传统意义上的伦理学本质上就是道德哲学，就是用哲学的思维方式和概念系统认识和解释道德现象的学说。道德哲学与医学伦理学的距离相对于哲学来说，似乎更贴近和更具有直接关联性，这是因为医学道德现象是道德现象中的一种，其规定性在于这种现象一般发生在作为科学和技术的医学（医疗）领域。“道德主要展开为一种规范系统，它规定‘你应该做什么’、‘不应该做什么’。但是道德哲学不仅仅满足于颁布‘可以做什么’、‘不可以做什么’的律令，它还要进一步追问：为什么应当作这种而不是那种选择？社会要求人们遵循的道德原则的根据是什么？怎样的行为才可能视为道德行为（一种合理的道德行为的特征是什么）？如何建立社会普遍的道德秩序？怎样理解应当做什么（成就行为）与应当成为什么（成就自我）的关系？等等。”一般道德哲学或者说伦理学学说对这些问题的解释和回答，同样能够构成医学伦理学在确立自身医学道德追问中的道德哲学层面的根据。虽然可能对这些问题的不同回答会导致不同伦理学和道德哲学形态的出现，同样医学伦理学所选择的道德哲学根据不同也会导致自身理论形态的差异，但是没有哪一种医学伦理学理论无需某种道德哲学的根据，缺失伦理学理论的支撑，即便是现代医学伦理学可能根据生命科

学与技术发展所导致医学道德诸种新问题的出现，形成一系列的新概念系统对其作出新的道德判断和伦理解读，也不可能偏离或者完全脱离道德哲学这些既有的思维内容和认识方式，充其量是将问题具体化或者说医学化而已。

哲学、伦理学作为医学伦理学理论的基础，一方面体现在上述思维和认识功能上；另一方面人类哲学、道德哲学历史积淀所形成的丰富的思想、观念和理论，可以直接或者间接地作为医学伦理学的理论根据。比如，现代医学伦理学理论要对人的生命过程两端即生与死的伦理问题开展研究，而这类问题直接与哲学对“人”的本质问题的追问相涉，而人之为人，又是伦理学视域的重要课题。“作为人存在的重要方面，伦理生活可以视为人在伦理意义上的‘在’世形态和特征。”这一形态和过程，体现在包括医学道德活动在内的多样社会活动中，或者说，医学伦理实践根本上也是人作为自身“存在”的一种重要方式。尤其是伴随当代生命科学和技术的进步，这种力量对人类生命和死亡过程的掌控和干预，迫使人类不能不重新思考“人”的本质等哲学问题，而这种思考同时包含了对人类原有认识的反思。“伦理生活是人类多重生活中的一个方面，这样，从本原的角度来考察，‘谁是伦理生活的主体’这一问题又关联着一个更广的问题，即‘人是什么’或‘何为人’。历史地看，哲学家们已从不同角度提出‘人是什么’、‘何为人’这一类问题。无论是中国还是西方哲学中，这样的追问都构成了哲学的重要问题。当代医学伦理学面对诸多关涉“人”（器官移植、人工生殖技术、胚胎处置、死亡方式等等）的各类医学伦理问题需要作出理论解释和回应时，最终一定会回到对“人是什么”这类人的本体论、认识论和价值论层面上来给出终极的答案。

二、医学伦理学理论的传统文化基础

作为学科的医学伦理学，其理论体系尚在形成过程中。在医学伦理学构成学科之前，人类的医学伦理意识和医学道德思想成为这个学科形成的思想文化基础。医学伦理学作为学科的出现只有半个多世纪的时间。而不同文化背景下和不同的历史发展阶段中所形成和不断演化的医学道德思想，则是伴随医学与生俱来的。当医学伦理思想经过漫长的演化过程逐步形成医学伦理学理论形态以后，社会的、民族的伦理文化传统始终构成这个学科理论形态不可替代的文化基因。这是医学伦理学作为一个学科所具有的两种属性决定的：其一因为医学伦理学具有伦理学的规定性，因而这个学科必然承载着伦理文化传承的功能，特定的伦理精神和思想观念必然始终渗透和结晶在它的理论形态中。其二是医学伦理学中医学所具有的人文属性决定的。尽管医学因为其生物学特性占据主导地位而在学科形态上人文因素总是被忽略乃至遗忘，实际上医学的人文特性在很大程度上决定着这个学科与传统文化的密切关联。最能说明这一点的就是中西医学在各方面的巨大差异。在一定意义上说，有什么样的传统文化背景，就一定产生与之相适应的医学伦理学思想和理论。

因为“疾病比人类更古老”，人类的出现就意味着疾病的相伴相随，人类在对人自身的初始认识中就包含医学的意义，对人自身、疾病现象以及两者之间关系的初步认识就是医学的萌芽状态。由于原始人类认识能力和认识水平的局限性，“在人类寻求解除病痛的过程中，最初的方式是来自巫师的实践。”巫术医学是一种原始医学文化形态，这种形态的基本特征是通过对一种超自然力量的信奉和崇拜，达到解除病痛、消灾免祸的目的。巫医在采用药物治疗的同时，更注重采用巫术咒语、占卜、妖术的原始宗教方式，这些方式本身就包含了对道德力量和心理方法的巧妙运用。在那个时代，巫术在许多文化中都起着重要的作用，尽管巫术医学是世界各种不同原始医学文化的共同形态，但由于文化起源的不同以及由此产生的文化差异，对后来古代医学道德思想和实践的影响也是不同的。古代中国、印度、埃及和巴比伦四大人类文明发祥地所形成的各自独特的文化形态，造就了不同的医学和与之相应的医学道德思想的萌芽。比如幼发拉底河流域产生的巴比伦文明，“认为恶神和魔鬼的附体是疾病和厄运的根源，每一个邪恶的灵魂

常常导致一种特殊的疾病。”而在对包括医生行为的规范上采用的是法律的形式,《汉漠拉比法典》中有多个段落对医生的行为做出了法律的限定,具有一定的医学道德规范意义。形成于尼罗河流域的古埃及文化,将巫术与医学视为两种完全不同的学科,但他们希望二者通过结合达到更好的效果。古代埃及医学的专业化程度很高,强调不同专业的医生应该具备与专业相适应的良好的个人素质,“身体无处没有自己的神”。成为不同专业医生的宗教信条。诞生于印度河流域的古代印度医学深受印度宗教传统的影响,印度草医学被认为是“生命的科学”。“要求医生要善待和同情所有病人,要全身心地对待那些可以治愈的病人,同时也要理性地对待那些即将死亡的病人”。产生于黄河流域的中国古代医学与中国古代哲学融为一体,具有丰富伦理内涵的古代哲学思想直接渗透在中医理论和方法中。在医学伦理学史意义上,蕴含着医学道德思想的古代医学,其原始的科学性和人文性被融为一体,表现为一种自然哲学形态,这可以被认为是医学伦理学的初始样态,这种样态在不同民族和国家文化发展中表现形式各有千秋,共同的特点则是生长在自身文化的土壤中,体现和反映不同的文化特质。

近代以后的西方医学开始了从自然哲学形态向自然科学形态转化,解剖学、生理学、病理学等都开始成为医学系统中独立的学科,古代医学注重对人体、环境的研究开始逐渐扩展为微观生命科学的探索,这个时代西医学发展的最大的特点是实验医学模式的逐步形成,以分析方法为主体的研究使医学在摆脱自然哲学原始性的同时,追求生命科学的纯粹性和单一性,医学的人文性表面上被排斥在医学之外,但由于人文性是医学的本质规定性,迫使它只好另辟蹊径选择自己的发展方向和道路,西方医学伦理学正是在这样的科学背景下从古代医学道德思想逐步向学科形态演化的。中医学的学科形态在近代以后并没有发生本质性的变化,蕴含在中医学思想体系中的医学道德思想一如既往附着在中医学的母体上,以中医学整体性的模式通过实际的诊疗过程传递给患者和社会。但是近代以后西医学逐步成为世界性的主流医学体系,西医学诊断、治疗方法在向世界各地扩散和传播的过程中,特别是医院的社会建制化和医学教育的系统化,西方医学伦理学从思想到学科都随之向输入地渗透,医学伦理学中所包含和反映的传统文化同样对西方医学伦理学的接受者自然产生潜移默化的影响。如果说古代医学道德思想与文化的关系相对直接和简单,近代以后医学伦理学的逐步形成,医学与医学伦理学被分属于科学文化和人文文化两个分隔的文化领域,医学伦理学与传统文化的关系较之之前变得更加复杂化了。

医学伦理学向现代生命伦理学的延伸和发展,更是体现了西方传统文化的深刻影响。生命伦理学形成于20世纪60年代的美国社会。生命伦理学一方面是医学伦理学在学科意义上的一种延伸和扩展,传统文化在这种延伸中完成的是自然传承。另一方面更是生命科学和技术的进步引发了诸多现实的生命伦理问题,这些伦理问题并不单纯是由于生命科学和技术的进步直接导致的,而是科学的应用和技术的运用与传统的医学伦理观念和规范产生了矛盾乃至冲突,需要重新确立新的医学伦理标准和形成新的医学伦理观念,由于很多矛盾和冲突主要体现在人的生命过程的各个阶段,特别是体现在人的生和死两端,生命伦理学作为医学伦理学发展阶段上的一个新的概念似乎更能反映学科的本质。生命伦理学面对的伦理矛盾、悖论乃至道德冲突,现象上是源于新的科技成果在医疗卫生领域特别是临床上的运用,实质上是社会传统文化与科学技术成果广泛运用之间矛盾的反映。根深蒂固于美国社会中的个人主义、自由主义和人权等政治的、社会的和伦理的观念,在科学技术面前并没有让步和动摇,这些观念向医学领域的转移,才造就了诸如医疗知情权、知情同意权、医疗自主权等医疗个人主义观念的形成,这些观念被纳入到生命伦理学的原则和规范中去。这种情况所标明的,并非是传统文化对新伦理观念形成的限制和阻碍,而是传统文化通过各种路径让新的伦理观念能够体现和传承它固有的价值。生命伦理学具有针对现实问题提出解决思路、方案并在此基础上形成新的伦理公理的特点,但是无论面对什么样的新的伦理问题和难题,传统文化的影响总是无处不在。这是人类文化进化

的本性决定的。

三、医学伦理学理论的宗教伦理基础

宗教是人类人文文化的重要构成部分，它依靠崇拜和信仰的力量引导人们的生活和精神世界。宗教是与人类与生俱来的最原始的文化形态。在人类出现的早期，面对强大而无情的自然力量和自身生、老、病、死生命过程的扑朔迷离，人类在无知、畏惧和抗争中无法认识、理解和解释。于是人类就逐步地将自身的这种主观体验推及到自然界，认为如同人有灵魂一样而“万物有灵”，自然力在这样的猜测和原始认识中就变得更加无比强大，这种认识就逐渐异化为一种宗教观念，外在于人的自然物成为主宰人类的力量，本是作为人类认识对象的自然界和自然物由此成为人类崇拜的对象，对自然界推己及物的解释和由此形成的迷信、崇拜，逐渐地演化成为具有文化特质的宗教观念和信仰。“宗教的产生不只是因为无知，更因为在这种无知之知中所生成的信仰。这种信仰调节着人与自然的关系，也调节着人们之间的关系。它使人们相信，我们在生活中所遵守的那些习俗、道德、甚至法律，我们所采取的生活方式、行为方式等等都与那无所不能、无所不在的神灵密切相关，都是这个神灵为我们做出的安排，因而它们必定如此。”

从发生学意义上考察，人类道德与宗教有着原始的混沌统一性。有学者研究认为，“人类从作为社会性存在起的第一天就离不开行为规范的调节，道德生活作为调节人与人之间社会关系的规范生活是与人类一起产生的。”而宗教观念与宗教崇拜活动是原始人和原始社会发展到一定阶段的产物。从这样的意义上看，似乎宗教相对于道德对人类生活的影响作用要晚。事实上，正如本节前一部分所述，人类的在初民时代的生活都是混沌不清的，所有的具有文化意义的生活都是浑然一体的，道德、医学、宗教、哲学等都没有文化上的界限，如果说非要把原始人类具有文化特质的生活做一定的分类，这是后来学者们研究和人类认识自身历史的需要，而不是原始的真实情形。正是因为这种文化意义上人类生活的一体化，人类原始的思维能力带来的对外部世界认识上同质性和猜测性的结果，使得原始宗教和原始道德与原始医学构成了不可分割的关系。从这种意义上看，宗教对医学的影响或者说医学与宗教一体化的历史，构成了宗教文化对人类道德具有影响作用的初始样态。这种影响作用一方面通过宗教所具有的对超验存在的敬畏感的养成，直接转移到对道德规范要求的敬畏和遵从感。另一方面宗教种种禁忌产生的外在强制力，为人们遵守道德规范提供有效性的自觉和自律。

当道德与宗教从原始的混沌状态分化为特定的文化领域、人文学科和形成具有社会建制意义的实体（宗教团体、寺庙、佛学院等）之后，宗教与道德关系转化为两种形态，一是学科间的关系，道德哲学与宗教哲学、宗教伦理学和宗教学等学科之间的关系；再就是社会道德实践领域与宗教伦理思想之间的互动关系。宗教对社会道德领域的影响开始体现在伦理学对宗教伦理思想的汲取和吸纳，以及宗教哲学、伦理学思想向世俗道德领域的无形或自觉的渗透。从现代医学伦理学理论来源上分析，宗教伦理思想直接成为它丰厚的思想资源之一。如果说宗教伦理思想对医学伦理学理论建构的影响在前生命伦理学阶段还只表现为一般伦理学理论层面上，而生命伦理理论的形成，则是宗教伦理思想特别是基督教伦理思想直接影响的产物。

有学者认为，基督教神学是生命伦理学的学科母体，生命神学是生命伦理学的基督教神学文本。实际上是说，现代生命伦理学中的一些生命伦理思想源于基督教神学对生命所做的宗教意义上的解释和阐释，或者说基督教生命伦理思想是现代生命伦理学理论认识上的宝贵资源。基督教创立于公元1世纪，在发展过程中基督教分裂为东正教和罗马天主教，欧洲中世纪是基督教发展的鼎盛时期。16世纪欧洲的宗教改革运动，导致“新教”从天主教中的产生，18世纪以后从基督教的主要派别天主教、新教和东正教中又不断产生新的宗派。不断基督教教派在组织结构上如何变化，但分为《新约全书》和《旧约全书》两大部分、66卷本的《圣经》始终是基督教各教派的经典和信仰。“爱”是基督教伦理的基本精神。爱的思想在《圣经》中占有特殊的、

主导的地位，“你要尽心、尽性、尽意的爱主你的上帝，这是诫命中的第一，且是最大的。其次也相仿，就是要爱人如己。这两条诫命是律法和先知一切道理的总纲”。爱作为基督教伦理思想的主旨，这一道德思想的根本特征在于这种爱的至高无上性，其本质是非情感的而是属灵的，其基本要素则是对天主和旨意的最高尊重。与爱的旨意相联系的基督教德性，还有“信”与“望”，信是要相信上帝的存在，也是人获得道德价值的条件；望就是对神创的来世天国生活充满憧憬和期望。这三个方面的主德在基督教伦理思想中是统一的、相互关联的。基督教的生命伦理观，一方面体现在生命问题的认识上，强调人类生命源于上帝的创造，因而上帝也就能主宰人的生命。原罪说本质上也是对人的生命的一种道德规定，认为罪恶是与生俱来的，因而赎罪就成为人生命过程的追求，而只有基督才是救赎力量。基督教认为人的心灵的健康比生理健康更重要，心灵的健康也是人身体健康的主要责任。因为生命是神的赋予，因而生命具有神圣性，不可随意剥夺，且需要给予极大的尊重。“不可杀人”是基督教对待生命的基本信条。基督教对现代生命支持技术的道德判断上形成了与基督教生命态度相一致的伦理思想，对涉及生命的技术性制造、改变、处置等医疗行为方式，对医学的责任和医疗的目标主张与生命创始和生命神圣一致的主张。同样对待死亡的认识上，基督教双重死亡的观念即身体死亡与灵魂之死，都与基督教的重生理念相关联，认为死亡是迈向永生之门，是与上帝的亲近。身体死亡是生命更新的转折点。

基督教生命伦理思想最直接的现代形式，就是19世纪末开始的基督教现代化改革历程之后产生的境遇伦理学（Situation Ethics）。其背景是美国社会在“二战”之后的20世纪中期发展过程中各种社会矛盾交织、科学技术的发展直接带来了对社会多方面的冲击，基督教概莫能外，对社会变革以自己独特的方式作出反映。基督教内部在20世纪60年代开始出现新道德改革运动。基督教生命神学家约瑟夫·弗莱彻（Joseph Fletcher，1905~）以他的代表性著作《境遇伦理学—新道德论》以及《道德与医学》、《遗传控制伦理学》、《人性：生物医学伦理学论集》等有关生命伦理学的系列专著，成为生命伦理学发展史上重要的奠基者之一。境遇伦理思想的根本点在于，主张从实际情况出发作出道德决断，以具体的境遇和实际经验作为道德评价的标准。境遇作为一种认识和决断的伦理方法，是介于律法主义与反律法主义之间的一种方法论构建。这种基于基督教伦理思想所形成的生命伦理思想的核心是“境遇决定实情”。境遇伦理学的产生反映了现代西方宗教伦理学发展的方向。

第二节 医学伦理学的理论形态及其演变

医学伦理学的理论形态是指该学科理论所具有的本质特征以及由此决定的表现形式和呈现的样态。如上所述，伦理学本属于哲学范畴，哲学理论的形而上特征应该构成具有伦理学性质的医学伦理学理论的特性之一。医学伦理学具有的与医学相融合的非一般意义上的伦理学的特点，或者说医学伦理学学科的直接实践性特征又决定了这个学科理论的“有形”和应用性。医学伦理学也可以被看作是应用伦理学的学科之一，其应用性带来了部分理论在形态上呈现非完全哲学、道德哲学化，而是具有现实的、直接的应用功能乃至可操作性。

一、当代医学伦理学理论形态的演变与发展

医学伦理学理论的现有形态是在人类医学道德思想的不断进化中逐步演变而来的。在一定意义上说，医学伦理学的理论形态与学科意义上的医学伦理学的形成是同步的和一致的。如前章和本章上节所述，尽管作为学科的医学伦理学史前存在着这样或者那样的医学道德思想和观点，无论是西方还是中国，这些医学道德观念和思想虽源远流长、博大精深、影响深远，但是这些思想、观点并未形成现代意义上的医学伦理学理论形态，只是以一种零散的、碎片化的形态留存和积淀于人类医学道德思想史上，为后来医学伦理学理论现代形态的形成和不断完善打下了

坚实的医学伦理文化、理论和思想基础。医学伦理学发展过程中任何一个阶段的理论形态都有其形成的现实根据和理论根源，基本理论所面对的医学道德问题和伦理难题也不尽相同，因而也要从认识和解决实际问题出发来选择对医学伦理理论的合理运用。在一定意义上说，医学伦理学基本理论作为人类认识道德问题的思想路径和思维方式具有持久性和稳定性，但是当这种理论运用于对医学伦理学问题的认识、分析和阐释，这种综合性或者说一般性的理论就转化成为一种具体的理性方法，使其带有了医学伦理学自身的理论特质。

医学伦理学理论是伴随医学科学和技术的发展以及由此引发的医学道德现实的变化而不断演进和发展的。理论上的这种变化，一方面表现在医学伦理学理论所赖以形成和建构的道德哲学理论所发生的方向性和结构性调整；另一方面表现在医学伦理学自身理论的整合、创新和发展上。医学伦理学在生命伦理学发展阶段的理论形态也还处在形成过程中，尚未形成完备的理论体系，但生命伦理理论的日益丰富和完善，昭示着医学伦理学理论的不断超越和不断创新，也标志着医学伦理学理论跨越传统理论阶段正在走向理论的独立性自身建构和新形态的形成。

如果说从历史上医学伦理学思想向学科意义上的医学伦理学理论形态的转变是一次医学伦理学理论上的飞跃，这次飞跃完成了从非理论形态向理论形态的蜕变，其结果在于医学伦理学开始迈向自身理论系统的培育和建构过程。在医学伦理学理论进化史上，最重要的进步是这个学科的理论从医学伦理理论向生命伦理理论的发展。如果说医学伦理学阶段的理论形态更多表现在对一般道德哲学理论的引用和移植，主要还是对综合性伦理学理论的运用的话，生命伦理学阶段，呈现的是医学伦理学自身理论生长和新理论建构的又一次理论形态上质的飞跃。这个过程还处在进行时，生命伦理学理论形态只是具有了理论雏形，尚未形成完整和系统的理论体系。但是伴随生命科学技术的不断进步，特别是生命伦理理论形成的社会条件和文化生态的不断成熟，生命伦理理论会创新和突破原有的医学伦理学理论形态，逐步形成新的理论框架和系统。

二、当代医学伦理学理论的基本形态

现代医学伦理学理论是多层次叠加和呈现立体形态的理论和思想系统，内在于其中的应用性和实践性特征，已经打破伦理学理论的“形而上”传统形态，不断地完成从“形而上”的哲学、道德哲学向认识、解决现实问题和具体问题的有形的、显性的原则、规范、制度、方法、路径乃至社会组织、操作方式等形态变化。应该说现代医学伦理学理论体系已经开始呈现出从哲学理论化形态到学科知识化形态、从思想、观念和方法论形态到运行、处置、操作方式和方法形态的链条式和系统性的变化趋势。

医学伦理学理论系统的这种变化，一方面与现代伦理学向应用方向的发展有关。不仅在医学、生命科学领域需要伦理学的关注、参与、渗透和发挥作用，现代科学技术的发展引发了诸多领域道德、伦理问题的发生，伦理学的研究如果只停留在观念、思想和理论层面，已经不能适应现代社会道德问题凸显和伦理难题多发的现实。伦理学趋向于对具体问题和现实问题的解决和回答。另一方面，医学伦理学的对象系统是一个极为庞大和复杂的理论、技术和实践领域，现代科学技术特别是生命科学和技术的发展和由此带来的医学科学和技术的进步，引发和导致这个复杂系统从理论到实践各个领域的伦理问题高发和多发，而且这些伦理问题并不是单纯发生在医学系统内部，而是与社会经济、政治、文化和人们的日常生活联系在一起，增加了以医学为核心的医学伦理问题的复杂性。

按照美国当代著名生命伦理学家罗纳德·蒙森（Ronala Munson）在他的《干预与反思：医学伦理学基本问题》（Interwention and Reflection：Basic Issues in Medical Ethics）一书中对当代医学伦理学理论结构的描述和阐释，他运用伦理学理论与医学实践（医疗情景）紧密结合的研究方式和思维路径，将医学伦理学的理论结构设计和描述为三个部分：基本的伦理理论、主要的道德原

理和无原理的理论。他认为，医学伦理学尤其会涉及到医疗实践、政策和研究情境中的道德原则和抉择，而依据一定的原则做出什么是对的、什么是错的抉择，所涉及这样原则的哲学分支就是伦理学或者道德哲学。他勾画出五种主要伦理理论即功利主义、康德伦理学、罗斯伦理学、罗尔斯正义理论（该理论只是具有基本伦理要素）以及自然法伦理学和道德神学，都被认为可以用于抉择时所倾向依赖的基本理论，在蒙森看来，这些理论属于医学伦理学进行道德判断可以依赖的“综合的伦理理论”。进而他又在第二部分中将这些理论具体化为“检验和阐释几个与医疗研究、实践特别相关的道德原理”，“在第一部分中提到的每一个伦理理论一般都毫无争议地认可这些原理”（支持无原理的理论的人除外）；第三部分讨论的是三个伦理理论的基本概念，即美德伦理学、关怀伦理学和女权主义伦理学，这三个理论通常被认为是“没有原理的理论”。蒙森这种对医学伦理学理论结构的描述和运用，一方面将他认为的医学伦理学的理论系统进行了层次和类别划分，“理论 - 原理 - 概念”本质上并没有构成医学伦理学基本理论的整体结构，在蒙森看来，这三个部分彼此并不相互依赖，每一层理论、原理或者概念都可以独立成为医学伦理学进行道德判断的原则和根据。虽然说当代医学伦理学的基本理论在蒙森的理论框架中似乎尚不构成一个系统的整体，但也绝不是零散和碎片化的，所有这些理论都统一于人类伦理思想发展过程中所形成的丰富而不断接近对道德合理性认识和把握的理论系统中，这些理论在医学伦理学运用于对医疗行为的道德判断中被方法论乃至于方法化了，正如蒙森所说，“伦理理论还提供了一种解释行为并为其辩护的方法。如果我们的行为是由一种特殊理论做指导，那么我们就可以说明理论之原理要求我们这样做的，以此解释我们的行为。在这样的情况下，解释也构成了一种辩护”。伦理学理论在医学伦理学中的运用呈现方法化倾向，也是当代医学伦理学理论形态的一大特点。

就当代医学伦理学理论形态来看，概括起来有这样几个方面的特征：

其一是从属伦理学谱系与理论结构多层次化的统一。哲学和道德哲学构成医学伦理学的理论基础，医学伦理学自身的理论表现为伦理学理论的具体应用和从医学伦理学问题出发的新理论形成，但是医学伦理学的整个理论始终从属于伦理学理论谱系。从传统道德哲学理论、现代西方伦理学理论、医学伦理学自身理论和相关理论以及由认识、评价和解决现实医学伦理问题产生的具有普适性的新理论、新方法构成了一个多层次的理论系统。这种多层次化体现在医学伦理学理论系统的构成包含自身理论的基础理论，各层次间形成一个有机的理论链条和逻辑关联。

其二是医学伦理学理论与生命伦理学理论的统一。由于美德论、义务论和功利论等传统的伦理学理论在医学伦理学形成初期被运用于对医学道德问题的认识和研究，当这些传统理论成为医学伦理学对医学具体伦理问题进行道德认识、判断和评价的主要观念和理论依据时，这些理论在一定程度上逐渐地被扩展为医学伦理学自身的理论，或者说带有了医学伦理学自身的理论特性。但是医学伦理学进入生命伦理学阶段，传统理论面对层出不穷的新的伦理问题和道德悖论，表现出理论功能上的不足乃至严重缺位，不能对新的现实问题做出合理的解释。生命伦理学自身就必须通过建立新的概念体系和形成新的理论完成对传统理论的超越和创新。所以，现代医学伦理学理论是包含生命伦理理论在内的统一的理论系统，这两个阶段的理论相互交叉、互为补充，共同构成现代医学伦理学的理论整体形态。

其三是问题学、案例学伦理理论与普适性伦理理论的统一。现代医学伦理学的理论具有鲜明的问题学和案例学哲学、案例学道德哲学的特征。生命科学技术发展引发和凸显出的人类道德史上从未有过的伦理难题和道德悖论，从原有传统理论中找不到现成的解释和根据，只能采取对这些问题和个案进行剖析的基础上形成新的伦理认识和得出新的道德结论，进而在推而广之过程中逐渐发展和完善成为伦理公理，使之在对一类或者同类问题的伦理判断和矛盾处置上具有普遍适用性。

三、生命伦理学理论的进步意义及其面临的难题

医学伦理学在其发展过程中向生命伦理学阶段的迈进，是医学伦理学理论正在完成过程中的一次理论上质的飞跃。这一质性飞跃一方面体现在生命伦理学理论形态与传统的医学伦理学理论形态质的不同上。医学伦理学阶段的医学道德实践决定的对医学伦理理论的选择主要是德性论和义务论的，关注的问题和对象主要是行为主体的德性培育和职业道德生态建设。更多地是从一般道德意义上或者职业道德精神层面对行业主体即医务人员道德品质、职业操守和职业精神提出道德要求和规范他们职业行为，这个阶段的医学伦理学理论是以医德标准、医德评价、医德教育和医德修养等为主要指向的建构。医学伦理学对道德的“善”的阐释也是围绕日常医学职业行为展开的，并没有真正深入到医学的内部而对医学发展本身产生深刻影响。生命伦理学阶段理论的建构正在完成一个伦理学与生命科学结合、整合和融合过程。这个阶段理论与医学伦理学时期不同点在于，医学伦理理论是融入生命科学及其医疗实践过程内部的，在一定程度上说，是在代表本来与医学一体化的医学人文向医学的回归，严格说是医学在通过生命伦理学理论等这样渠道和纽带在向人文回归。因为历史上医学与人文本是同根生，医学是近代才从人类人文文化中分离出来并迅速发展起来的一个学科领域，医学本身就具有人文的规定性，这种规定性主要体现在医学与道德的关系上。生命科学和技术在当代的发展所引发的一系列伦理、法律、文化等人文性问题，把一直与人文渐行渐远、不断被生物学特性强化的医学领域乃至整个生命科学领域拉回到人类文化整体性的视野中，医学伦理学发展到生命伦理学阶段所呈现出的理论形态和实践特征，已经不再是单纯从医学从业主体外部，通过原则、规范和制度等约束和限定他们的具有道德规定性的医疗行为向既定的、从传统医疗观念出发的“善”、“好”、“道德的”或者说一直被认为“合理”的方向发展。而是在诸多方面必须开始重新确立新的道德观念和道德标准，新的理论建构相对于医学伦理学时期的医学道德观念和原则而言是颠覆性和否定性的。

这一质性飞跃另一方面体现在生命伦理学理论的进步性上。正是因为生命科学和技术的发展不断揭示出的生命现象的本质，带来了对传统生命观念和医学观念的强烈冲击和挑战。在科学和技术强势的发展面前，人类是固守传统的道德观念，还是调整和改变道德观念以适应科学和技术的发展趋势，这种选择表面上看是一个生命伦理学理论本身的问题，实质上则是生命伦理学学科发展能否顺应科学和技术发展规律乃至整个社会发展规律的问题。生命道德原则的重塑和理论上真正意义的进步，不是生命伦理学学科自身在其内部所能完成和获得的，如上所述医学与人文的融合，带来的是生命科学和技术在发展方向上的改变，这种改变的本质是它的发展必须与整个社会的发展形成互动和制约，社会道德的限定以及政治、经济、法律、文化等各种社会因素的综合作用，使得生命科学和技术的进步必定会沿着有利于人类进化和全面发展的方向前行，生命科学和技术的责任不再局限于体现在科学自身的价值上，因为生命伦理学等人文性的渗透和融入，生命科学和技术同样也要承担起社会责任和道德责任。因此生命伦理学理论不再单纯是对医学主体行为的约束，而是要对整个生命科学和技术发出道德指令，从生命科学和技术内部和顶层对整个领域不断进行伦理审视和道德规范，这种与科学和技术融为一体的生命伦理学理论体系的构建，超越和打破了传统医学伦理学理论外在性于科学和技术的不足，由此建立起来的理论框架和内容，使整个医学伦理学理论走上了理论高原，以一种道德的力量和伦理的视域俯瞰并掌控生命科学和技术的发展方向和不断调整其发展的路径。

生命伦理学理论的进步意义还体现在这种理论形成过程所具有的创造性意义上。一般的道德原则和道德理论在社会生活实践中的应用并非是一个单纯的运用过程，其中所体现的对原则和理论的重塑是具有创新性的过程。德国哲学家伽达默尔的解释学对原则主义伦理学提出质疑的一个重要理由，就是认为它忽视了规范的应用本身也包含着一系列创造性的元素。“在

伽达默尔看来，每一个事例都绝不只是普遍法则的一种个别化，换言之，对事例的判断并非意味着简单地应用普遍性的准则，而是原则本身也要在这一过程中得到充实、校正或重塑。”于是，对原则的应用问题与对原则本身的论证问题就绝非是截然分开的，而是相互交织在一起的。”事实上，但凡任何一种原则或者理论在认识、分析和阐释具体的伦理问题时，其应用过程都会极大地推动原则或者理论本身的精细化和具体化发展，这个过程不仅使得一种原则或者理论得到重塑性的应用，而且因为这个过程能够通过整合一些理论和方法分析新的伦理问题，从而完成新视角、新观点的建构。这样的例子在生命伦理学理论形成中为数不少。

生命伦理学在生命问题认识上对医学伦理学的超越，是讨论生命伦理学理论进步性的重要视角。在生命认识上，从医学伦理学到生命伦理学发展过程中，从生命神圣观念向生命神圣、质量、价值一体化观念的发展就是理论重塑的结果。生命神圣论强调人的生命至高无上、人的生命的神圣性是生命的根本特性。这种认识是对生命现象一种简单化的和基于人的个体生与死对照所形成的带有绝对性的观念，在这种观念下所衍生的尊重生命的观念是忽略生命的整体性和发展性意义的，生命的质量以及由质量决定的生命的价值等生命要素从不被纳入对生命意义的考量。狭义生命质量概念是以人的自然素质的高低、优劣为依据来衡量生命状态的一种观念。这种对人的生命质量的认识，一方面从社会种群视角与人口质量概念相联系，另一方面从个体健康状态角度与临床医学相联系。广义的生命质量概念远远超出从人的自然素质状况进行质量考查的偏狭。有学者将生命质量概括为三个层次：低层为生存质量，其内涵为病人对其疾病和相关的医学治疗所产生的在身体、心理、社会地位和作用上的影响的主观认知和体验；中层为生活质量，其内涵为人类对其生活的自然、社会条件以及其自身状况的主观评价和体验，亦即对其整个生活条件和状况的主观满意度评价；高层为生命质量，其内涵为不同文化和价值体系中的个体对与他们的目标、期望、标准以及所关心的事情有关的生存状况的体验，它不仅强调前二者，同时强调对自身价值和自我实现的认知及对社会的责任和义务。当对人的生命质量的衡量标准将社会、心理、人文等要素纳入其中的时候，对生命神圣性的理解和认识就被扩大和深化了，也由此与生命价值问题联系起来。生命价值论是指以人的生命所具有的社会性价值来衡量其意义的一种观点。生命的社会价值是基于生物学价值的、超越生物学特性的人的生命的综合性价值的考量，主要是指特定个体生命对他人及社会的价值和意义。这种生命观念的核心是主张以生命的价值来衡量生命存在有无意义。强调生命对他人、对社会、对人类的贡献。这种观点基于对人的生命价值是人的价值的重要组成部分的认同，强调人作为有生命的存在物，不同于非人类生命只具有“物”的价值，而人的生命所具有“生命价值”，就在于其存在的价值，也即生物性基础上的社会价值。

医学伦理学向生命伦理学阶段的跨越，并不意味着医学伦理完全找到了认识和解决现代医学道德问题的途径和方法。正因为生命科学与技术的发展引发了前所未有的生命道德问题，在探索这些问题中形成新的理论，这些理论又会在对生命道德问题的认识和解决中不断成熟和发展。因此才促成了这次理论形态飞跃过程的出现。一方面这个过程还处在初级阶段，生命伦理学的理论形态还不够完善；另一方面，现代生命科学和技术惊人的发展速度和广度所导致的生命道德和医学伦理问题凸显，道德矛盾、伦理悖论和道德难题层出不穷。都意味着生命伦理学无论在理论上还是在实践中，都还有很长的路要走。这个阶段所面临的难题主要有这样几个方面：

一是理论困境。无论是传统的伦理学理论还是医学伦理学在发展过程中形成的应用伦理理论，都尚不足以覆盖和全面解释新的生命道德现象和揭示其道德本质。生命道德论证会因为理论的不周全和理论薄弱发生冲突，生命道德原则也可能因为其确立的根据或者出发点选择不够全面、合理而导致原则间的冲突。生命伦理学需要转换认识生命伦理问题的思维路径和认识方式，从现实问题出发，通过对特殊现象、具体事件、典型个案的研究，形成具有生命伦理自身特

色的伦理公理，并与传统伦理学理论和医学伦理学理论结合和融汇起来，逐步形成生命伦理学自身的理论系统和方法，真正完成生命伦理学的自身建构，才能真正摆脱面临的生命伦理理论困境。

二是实践难题。生命科学和技术的发展有其自身的规律，道德哲学乃至医学伦理学等在认识确立和理论形成上的滞后性，往往不能够有效预测生命科学和技术发展可能带来的道德后果，生命科学研究实践在先以及实践结果的不可控性，都可能引发道德约束失灵。如何处理好科学技术进步与道德控制之间的关系，是生命伦理学的实践难题之一。

三是生命伦理学面临的社会性难题。当代生命道德问题并不单纯是发生于生命科学和技术发展的背景下，而是整个社会经济、政治、文化和道德等各类社会因素互动和作用的结果。在生命伦理学作为一个学科的视野中，有些社会性问题往往不能得到应有的关注和研究，生命伦理学如何处理好视野足够开阔与学科性质所决定的研究内容的有限性之间的关系，同样是难题之一。无限扩大自身的研究范围和缺乏对社会性问题的关注，都会导致生命伦理学本身发展上能力上的受阻。

四是生命伦理学全球共识形成上的难题。人类对生命道德认识受到传统文化和民族核心价值观的直接影响，虽然生命科学和技术没有国界和具有对人类健康、疾病和生物学生命认识上的完全一致性，但是这并不能带来生命道德认识和价值判断标准上的非差异性。人类在生命道德上是否应当建立起具有普世性的伦理原则和规范，如何处理生命科学和技术发展带来的种种道德问题与民族伦理传统、文化的关系，如何构建本土化的、扎根民族伦理大地上的、又能够与生命科学和技术发展的脉搏一起律动的生命伦理学理观念、思想和理论，也是生命伦理学面临的难题。

第三节　基本的伦理理论及其运用

本节所阐述的内容主要是基本的伦理理论和如何运用于对医学伦理问题的分析和判断的思路和方法。这些基本的伦理理论是人类伦理思想历史性建构结果的系统化和原理化。这些理论基本上涵括了对认识和判断医学伦理问题具有标准功能、辩护意义、分析作用和抉择价值的伦理学的主要理论。在一定意义上说，这些理论本身就带有医学伦理学自身理论的意味，在医学伦理学发展的生命伦理学阶段，这些理论向学科自身理论的转化程度就更明显、更具体和更实在。

一、伦理学基本理论演进的历史脉络

德性论、义务论、功利论和正义论作为伦理学理论提出和形成于伦理思想史不同的发展时期，也代表着历史上不同的时期的伦理学家站在特定的伦理立场上对复杂的道德现象进行的深刻认识和深入探索所形成的理论成就。这些理论基于不同的认识路径而分属于不同的伦理立场和思想方法，对道德现象具有独特的考察方式和思维路径，也都形成了具有系统性的理论内容和形态。这些看似相对独立的理论体系，实际上是人类伦理思想发展过程中对理论不断反思、修正、批判和思想碰撞、不断创新的结果。

早在公元前325年，古希腊哲学家亚里士多德在他的伦理学经典著作《尼可马可伦理学》(Nicomachean Ethics)中以人的品格为中心对德性问题进行阐释。其思想进路是从提出“什么是人的善”这样的问题开始，以回答“灵魂的活动合乎德性”作为结论。因此，在古希腊哲学家看来，对“是什么使人成为有德性的人”这样的问题作出哲学的回答，才是符合伦理学本质的。在亚里士多德的伦理学中，他注重对细节的讨论和以此作为对所提出来的德性伦理问题作出回答，诸如勇气、自制、慷慨、真诚等这样的德性。实际上古希腊的苏格拉底、柏拉图等一批思想家

都将回答“什么样的品格特征使一个人成为好人”这一问题作为伦理学的本质问题和伦理学讨论的切入点，所以那个时代形成的以“德性”为核心的伦理学对后世整个伦理学的影响不仅旷日持久，而且成为伦理理论发展史上最具道德研究根本意义和道德哲学本体论价值的系统学说。应该说亚里士多德的德性论早已成为不朽的伦理学理论经典。

从17世纪起逐渐占据西方伦理学主导地位的是基于原则主义的规范伦理学。受到基督教伦理思想的占位和影响，德性伦理在中世纪曾一度被置于“神圣律令”的背景下进行讨论，其根据就是有德性的生活是与理性的生活关联在一起的。世俗的德性伦理开始转向神圣德性（如信、望、爱、当然、顺从等），这种理论在这个时期在伦理学上占据了重要地位。欧洲文艺复兴之后，道德哲学重新向世俗化的转向，但并没有回到古希腊哲学家们的传统认识和思考路径上去，“神圣律令”被与其相当的、世俗的“道德律令”（康德）等伦理学理论所取代。这个时代开始的道德哲学追问与古希腊时代哲学家们的追问在思想进路上根本不同。他们不是从“什么品格特征使一个人成为好人”这样的问题开始来作为德性伦理讨论的认识进路，而是以“什么是要做的正当的事”这样的问题作为思考和分析的开端。这个时代的思想家们从这样的进路出发，虽然继续发展和创新了伦理学理论，但已经不再是沿着德性理论的前行，而是转为关于正当和义务的理论：如功利主义、康德理论、社会契约理论（正义论）、伦理利己主义、伦理相对主义等。按照这些理论，人作为道德个体的责任就是要服从它的指导、规范和约束。因此这个历史时期的伦理学是以原则主义为特征的规范伦理学理论占据主要地位，且这个过程历经2000多年，生命力经久不衰，这些理论伴随人类社会的不断进步和人们社会伦理生活的变迁有所创新和发展，但是核心理论和基本思想一方面成为发展的基础，另一方面成为后继研究、讨论和批判的焦点。这些理论本身并不是无懈可击和系统完满，并不能覆盖对人类实际道德生活分析和解释的所有方面，认识上和逻辑上也总能让新理论的探索者寻找到瑕疵或者缺陷。“近代以来，原则主义伦理学尽管在揭示道德原则的普世性质以及在道德的理性论证方面显示出了强大的竞争优势，但其过强的原则主义倾向也暴露出了一定的弊端，在某种程度上造成了哲学理论同社会实践的严重疏离。原则主义伦理学没有充分估计到同样一项原则在运用到两个利益正相冲突的行为主体身上所出现的矛盾情形，比如说尊重生命这一原则在孕妇与胎儿的生命发生冲突的情况下就会立即陷入困境。社会现实生活的错综复杂性向原则主义伦理学有关道德原则的绝对有效适用性要求提出了严峻的挑战。”

规范伦理学随时都面临着质疑和挑战。“以人类行为道德规则为研究内容的伦理学，经过两千多年的演进，似乎再难催生出什么新鲜的法则与理念。对于这一点，20世纪80年代以来所谓亚里士多德德性论的复兴，好像提供了一个新的佐证。作为对以义务论和功利主义为代表的原则主义伦理学直至20世纪仍占据着的支配地位的挑战与反叛，德性论试图证明自己拥有更为强劲的解决问题的能力，这不仅体现在理论阐述的层面，而且也体现在实际应用的领域。”这一思想始见于1958年英国分析哲学家伊丽莎白·安斯库姆所发表的《现代道德哲学》一文。在该文中，她认为现代道德哲学是被误导了的，因为它是基于一种不融贯的、没有立法者的“法”的观念形成自身的理论系统。现代道德哲学所关注的“义务”、“责任”和“正当”等核心概念与一个本无意义的“法”的观念难解难分地联系在一起，把道德哲学的研究引入了歧途。因此，她认为道德哲学在研究方向上应该停止对义务、责任和正当的思考，回到亚里士多德德性伦理思想的进路，“美德”应该再一次登上伦理学的中心舞台。

伦理学对亚氏德性论的怀恋和它在当代走向复兴，并非向古希腊时期亚氏德性理论的简单的重复性回归，“而是大体上表现为三个不同的变种形式：一是以麦金太尔（Alasdair Macintyre）为代表的所谓共同体主义式的变形；二是以美国哲学家努斯鲍姆（Martha C Nussbaum）为代表的所谓普遍主义的变形；三是以美国哲学家麦克道尔（John McDowell）为代表的以强调“明智”为特征的所谓明智论的变形。”伦理学发展上的这种方向性变化，源于与古代希腊和中世纪已经

具有本质不同的社会现状与由此决定的社会道德现状。如果说古希腊是将伦理学理论建构于哲学所信奉的与宇宙秩序运行法则的一致性上，基督教哲学所信奉的“神圣律令”对人的行为具有道德支配力量的理论成为中世纪伦理学的核心，“而到了今天，在一个自由与自我决定成为社会主导原则、人们丧失了一个先在的客观秩序可以依托的情况之下，古代和中世纪曾经有过的那样一种对道德价值的安稳感已经不复存在了。”而现代社会由于在日常生活层面和道德冲突加剧两个方面表现出来的高度不确定性，原则主义伦理学所强调和希望的以一种统一的、具有普世价值的社会道德规范整合与约束社会所有成员基本行为的主张，受到当代德性论的怀疑，与原则主义对追求道德原则的确定性一样，现代德性论也同样没有放弃，而是力求运用传统德性论的进路将行为主体的品性和善良动机作为提升道德水平的手段，修正乃至取代原则主义“普世规范”的缺陷。但是现代德性论的几种“变形理论”并没有真正解决这个问题，麦金太尔的共同体主义德性伦理学的缺陷在于，作为共同体道德标准的良善很难成为全社会的普世价值，在确定性与有限的道德标准之间产生了不可逾越的矛盾，容易陷入道德相对主义泥潭。努斯鲍姆的德性论普遍主义的理论在内容上虽然认可德性的普世性，但是其缺乏约束力的形式很难胜任整合社会道德的重任。在应对伦理冲突和道德悖论层面，德性论的明智论的变形由于强调在应对道德冲突的分析与权衡上，要运用明智的道德判断力，既要有关于道德原则的规范性知识，也要有能够导引正确行为的对情境的理解的主张。相对于原则主义对道德原则的僵死固守而言，这一理论在寻求解决冲突和化解矛盾的途径和方式上的努力，表现了这种理论更具合理性。

二、德 性 论

德性论（The theory of virtue）既是道德哲学的传统理论，也是现代道德哲学诸多新理论赖以建立的基础理论。“德性”一词希腊原文是 αρετη，始见于荷马史诗《奥德赛》，后拉丁文译为 virtus，英文据此译为 virtue。从词源学意义上看德性一词的含义，原意为优秀、高尚、高贵和卓越等，泛指人、生命物或者器物的特长、功用。virtue 一词的汉译有多种表述，如德性、美德、德行或德等，从汉语语境下的伦理学理论系统在概念阐释的合理性上看，译为“德性”一词更贴切和合理。在西方伦理学家看来虽然“德性”所论及的范围十分广泛，但主要还是用来指人的一种“获得性品质”。

围绕德性论构建起来的伦理理论系统可以称之为德性伦理学或者美德伦理学。这一伦理学思想是古希腊、中国乃至整个东方哲学、伦理学最重要的道德思想领域和理论建构。德性论本质上属于广义规范伦理的范畴。但因亚里士多德、柏拉图等以及中国德性论的思想大多都更强调“德性”的主体性特征，即认为德性是人之品性的规定性，是一种获得性品质，属于由个人的道德认识、道德情感、道德理性和道德境界等构成的、内化于人心的道德追求和道德品性，因而德性伦理相对于现代意义上的规范伦理学来说，其规范特征在于人出于自身人性、人心的自觉和习惯性。德性也具有实践性特征，即在这种德性的引导下完成向德行的转化，也就是将内在于心的德性付诸外在德行，由道德自觉转化为道德行为和实践。

亚里士多德认为德性是表现于人的习惯行为中的品格特征。他认为“习惯”是极为重要的品格形成特征。比如“诚实”作为一种德性，被认为真正诚实的人或者具有诚实品格的人，是那种将诚实融入自己行为习惯的人，这种行为“源自他坚定而不可更改的品格”。而那种讲真话有条件的，只有在对他有利时才说真话的人，并不真正拥有诚实的德性。

德性伦理对德性的分析和研究，所采用的逻辑方法是，首先罗列哪些品格特征可以称之为美德的清单；然后解释这些美德是什么；进而解释为什么拥有这些品性对人来说是好的品性。此外，德性理论还要对不同的人之美德、不同文化的美德间的区别是什么作出解释。现实生活中，不仅美德具有习惯行为中的品格特征，邪恶（恶德）同样也会表现为一种习惯行为的品格。

因此德性伦理要对美德与恶德作出区分，有伦理学家认为，作出这种区分的方法可以是在我们关于美德与恶德的清单上的特性中，能够提供给人们喜欢或者躲避的理由。但是这样就产生了可能因为不同目的、或者因为以选择的人的能力为出发点而选择人的问题，这会影响对一个人美德的评价，比如我们可能因为一个医生的医疗水平高超来选择他，这可能就影响到对他道德品格评价和选择。德性伦理作为一种道德哲学理论，不仅要有“好的医生”、“好的教师”、“好的工程师”等具体的概念，而是要在一般意义上对人之为“好人”的概念进行界定和阐释，从而阐释清楚美德就是这样的人的道德。因此，德性伦理把德性概念不仅界定为“表现于习惯行为中的品格特征”，而对于一个人来说，拥有它是善的。所以，道德美德是这样的美德：对每个人来说，拥有它都是善的。德性伦理正是罗列出了若干形式的美德进行具体而详尽的分析和阐述，这也成为这种德性论认识上一个合理的开始。亚里士多德在对清单中的每一种美德进行深入和透彻分析的基础上，认为每一种美德都由于不同的理由而是有价值的。他同时又分析认为，所有分析可以一般性概括地给出答案：美德的重要性在于有美德的人在生活中过得更好，不是说品德高尚的人物质上一定更富有，或至少不总是这样，而是美德对指导我们更好地生活是需要的。

德性伦理学理论应用于对医学道德的认识和评价，一方面可以运用德性伦理理论直接作为审视医学道德的根据，用德性伦理理论确立的道德标准和评价方法对医学道德问题进行考量，这是将医学道德问题纳入一般道德哲学研究和认识的一种思维和实践路径。另一方面，将德性伦理理论转化为具体的医学美德理论，构建医学伦理学系统的医学美德思想体系，其特点在于医学美德主体的确定性和所研究的美德问题的医学规定性，相对于一般伦理学德性理论来说，医学美德理论构建的基础在于医学行为或者医疗行为，是对医学行为实施者也即医务工作者特定的职业道德品质的研究，将应该做一个什么样的人的问题，转化为怎么样才能成为一个有医学道德的医务工作者的问题。

德性伦理理论之所以经久不衰，因为这一理论在一个特定伦理指向上深刻揭示了人类道德的根源和挖掘出了人类道德的本质特征。当代医学伦理学的理论系统中，德性伦理思想和理论对考察、认识和判断以及规范医疗卫生实践主体即医务人员的道德，是一个不可或缺的视角和路径。医务人员的德性在医学实践过程中可以体现出他们的职业道德境界和精神境界。因为德性是人性本身不断的提升和完善，是人的心性结构中用自身的内在价值尺度进行善恶评价的那部分心理特质和可以转化为医疗行为的方式，是医务人员处理与患者、与他人以及与社会关系的一种内在道德需求和精神追求，是一种可以在崇高的医学职业中的“获得性品质”。因此德性可以成为培育医务人员职业道德素养、与治病救人的职业崇高性相统一的高尚职业精神的有效途径。在医学的发展中，医学美德始终是善良的行医者追求的境界。正如英国爱丁堡大学医学教授约翰·哥瑞高瑞（John Gregory）在他 1772 年的《关于医生的职责和资格的演讲》一书谈到的，对医生的道德判断，应该建立在道德哲学的基础上。医生对病人的态度、行为应基于无私、仁慈的情感。他认为同情是医生的首要美德。医生对病人的基本道德责任，体现为仁慈、耐心、关怀、谨慎、保密、道义、公正和同情。医生的这种道德责任在所有时代、所有国家都是相同的，都是不可改变的。

德性伦理关注的是主体的内在品质以及形成这种品质的内在驱动因素，传统德性伦理的局限性在于把道德的确定性寄托于人自身对道德最高境界的认识、把握和追求，从“做一个什么样的人”命题出发的理论在错综复杂、利益纷争的社会道德现实面前会变得十分不确定，也就是说依靠个人品格这种内在理性力量所形成的道德追求和道德境界，很难完成社会统一道德的建构，也就无法形成真正的社会道德实践。与德性伦理学不同的是，规范伦理学主要指向是道德规范制度化的伦理论证。这种伦理学理论形态是建立在对人与人之间的关系是利益关系，人的本性的自利性以及社会道德建构要从社会成员应该懂得“什么是要做的正当的事”，人的行为都必须符合社会的普遍性道德规范这两个前提预设上的。“与德性伦理的社群主义价值取向不同，

规范伦理则是将自由主义作为了道德价值的取向选择。规范伦理学强调对人的行为进行道德与否的评价标准在于它是否符合道德原则和道德规范，而个体德性不能起到这样的作用。在这个意义上，现代规范伦理属于道义论伦理。”

三、道 义 论

道义论（deontology）即义务论。作为规范伦理学的一种基础理论，主张以道义、义务和责任作为行动的依据，以行为本身或者行为所依据的原则的正当性、应当性作为善恶评价的标准。道义论可分为行为道义论与规则道义论。行为道义论认为，不需要有什么规则，从人的良心、直觉、信念出发就可以做出合乎道德的行为。规则道义论则认为，判断行为的善恶要看行为遵循的规则必须是合乎道德的，否则就是不道德的。

作为一种完整的理论，道义论是由十八世纪德国哲学家康德提出来的。康德从“善良意志”出发提出“为义务而义务”的主张。他认为人的道德义务来源于先验的善良意志，是善良意志发出的所谓的“道德律令”。所谓善良意志，是指意志本身的善，是在宇宙间唯一不加任何条件的，它是一切善的根源，善良意志是康德义务论体系的首要命题。因为义务是善良意志的指令，所以义务内在的包含了善良意志，因此康德得出只有出于义务心而做出的行为才是善的，出于其他偏好而做出的行为，因为没有善良意志的根源所以不可能是善的。这样他就提出了他的命题：即为了义务而行才是道德的。

康德认为，出于义务的行为之所以是道德的，不是因为行为的目的，而是因为决定这个行为的准则。这准则是善的，因为它是先天的理性所设立的。在康德看来，人类的属于感性世界决定了他必然是一个有所需求的存在者，并且在这个范围内，他的理性对于感性就有一种不能推卸的使命，这就是要考虑感性方面的利益，并且为谋求今生的幸福和来生的幸福而为自己确立某些行为准则。这准则被康德称之为道德命令，道德命令是来源于先验的理性的，因而是不需也是无法证明的，它不受任何经验制约，是纯粹的形式本身。

道义论思想同样是中国传统伦理思想的重要构成部分。儒家伦理思想中就包含了诸多有关这一理论的伦理思想。儒家思想认为，尽管人们天生就有求义或欲利或两者兼有的本性，但在处理义利关系时的正确态度应当是先义而后利。即凡事当前，需要我们选择行为时，首先须考虑的是道义原则的要求，一旦道义原则的要求被履行了，则行为主体的个人利益与好处也将随之而来。只有以义为本，才能统一义利，也就是要先义后利。

道义论注重行为本身是否符合道德规定，强调行为的动机而不是以结果为评价善恶的依据，因此也有人把道义论称为动机论，认为只要行为的动机是善的，不管结果如何，这个行为都是道德的。这一理论不考虑思想与行为的后果对自己会怎么样，强调原则的超验性，以人的理性为基础，而不进行感性经验的证明。道义论立足于全体社会成员的长远的或根本的利益，而不是从个体的利益出发提出准则。

道义论强调依据善的准则而行动，认为人应该履行义务，尽管对道德义务来源的解释和论证不同，但是强调履行义务的行为动机这一点是共同的，这种观念在医学实践中有着悠久的历史传统。从古巴比伦的《汉漠拉比法典》到古印度的《妙闻集》，从古希腊的《希波克拉底誓言》到古阿拉伯的迈蒙尼提斯《祷文》，以至中国传统的医学经典《内经》《千金方》等等都包含了对医者的道德义务和行医动机的特别强调。宗教伦理精神和原则中对医师职业精神也充满这道义论的要求。伴随欧洲文艺复兴运动而来的人道主义理论，抨击和批判传统的宗教神学，提出应以人为中心，尊重人的权利和尊严。人道主义在医学领域仍然强调积极的履行医生的职责以及患者生存和健康权利的地位。18 世纪德国柏林大学教授胡弗兰德提出了著名的“医德十二箴言”，在西方医学界广为流传。1884 年订立的《万国红十字会公约》中更是围绕着医生的道德义务和职责制定了详细的规范和约言。到 1949 年《日内瓦宣言》以及后来的《国际医德守则》

等国际条约以至各个国家自己制定的医学道德规范，都对救死扶伤作为医务工作者的基本义务以及底线职业精神做出了规范。《日内瓦宣言》中明确提出："我要为人道服务，神圣地贡献我的一生。我要凭自己的良心和庄严来行医，我首先考虑的是病人的健康，我绝不允许宗教、国籍、政治派别或地位来干扰我的职责和与病人之间的关系。我决不将我的医学知识用于违反人道主义规范的事情。"在医学发展进程的各个阶段，对医疗实践主体的道德要求以道义论作为基本的规范形式，已经成为医学道德实践中基本形式，道德哲学所论证的道义理论对医学伦理学形成自身具体的义务论和责任论等基本理论，可以构成极为重要的哲学根据和伦理合理性的评价根据。

由德性伦理向规范伦理转变，是伦理学理论发展的一种演进。但是这种理论形态上的变化并不意味着传统理论的过时或者淘汰。伦理思想的发展是伴随社会道德现实不断继承、发展和创新的过程，德性伦理与规范伦理无论在道德现实意义上，还是在理论自身的价值意义上，都具有对道德分析和解释的合理性和理论功用。两种理论形态之所以对道德分析和阐释上产生这种差异，与它们对道德的认识路经和方式有直接的关系。休谟是沿着经验主义的道路分析和阐释现代道德，他基于经验、情感和实证的基本思路构建现代道德理论和实践模式，认为从"是"不能直接推出"应当"，存在的不一定是合理的、合乎道德的，事实和价值是区分开来的。康德则是沿着理性主义方向从理性自律来证明道德。"这两种对于现代道德的哲学证明构成了"为辨明道德提供合理性基础"的启蒙方案，这一方案的整体特征在于对理性和人性可塑的依赖，并以此把现代伦理学构造成为一种凸显规则重要性的规范伦理学。"事实上，置人与人之间关系于利益基点上所确立起来的规范伦理理论同样具有自身的局限性。这种理论只是阐释了道德是人与人之间的一种契约关系，用规范约束和限定这种关系，达到规范的要求才可能是道德的。把全部的伦理学问题等同于规范问题，不去回答规范如何才能具有"应当"的规定性，既对人的行为的正当性的论证缺乏根本性和终极性，也不能说明具有确定性和稳定性的道德规范如何才能适应不断变化的道德现实。比如对生命伦理诸多新的问题和新的现象而言，一种在传统理论和实践中被认为是道德的规范，不仅不能对新现象做出解释，而且可能带来对新伦理思想和理论的形成乃至医学行为和实践形成阻力。

四、功 利 论

在规范伦理学中，功利论（utilitarianism）是与道义论相对的另一种理论体系。功利论强调行为的结果，把行动的实际效用当作衡量善恶的标准。这种理论在社会生活中影响深远，随着医学科学技术的进步，在医学领域中它引发起一系列新的的伦理思考。

所谓功利论，就是把功利或效用作为行为原则和评价标准的伦理学说。功利论作为一种道德理论，它主张人的行为道德与否，看行为的结果。凡行为结果给行为者及其相关的人带来好处，或带来利大于弊的行为，则是道德的，否则就是不道德。功利论的核心主张是把与行为相关的感性快乐与痛苦作为伦理学思考的出发点。判断行为的善恶主要依据行为所能带来的快乐与痛苦的数量关系，如果一个行为能够带来的快乐比产生的痛苦多，那么这个行为就是善的，反之就是恶的。功利论的基本原则是：增进最多数人的最大幸福，这一原则是评价一切行为的道德价值的最终的尺度，因而是一切道德行为的最终动机。

功利论又分行为功利论与规则功利论。所谓行为功利论，是说不依据规则，而是根据当下的情况，决定行为，只要它能够带来好的效果便是道德的。规则功利论是依据规则能够带来好的结果的行为即为道德行为。

在西方，功利主义的理论渊源可追溯到古希腊的快乐主义伦理学，功利主义的形成和发展，则自近代的英国思想家培根、霍布斯开始，而它的集大成者是边沁和穆勒。

中世纪是欧洲的封建时代，也是基督教在社会政治、经济、文化等各个领域占据支配地位的

时代。围绕着中世纪的是一种利他主义的伦理氛围，其传统更多的是属于道义论这一线索。文艺复兴之后，由于资本主义的发展，产生了一个经济利益与道义原则的关系问题；又因为资产阶级打碎了传统的社会制度和思想对个人的束缚，所以急需处理个人与社会、自我与他人的关系问题。这一时期，功利主义成为一种声势浩大的理论与实践。边沁和穆勒就是这方面的主要代表。在边沁活动的年代里，资产阶级在政治上并未完全占统治地位，在经济上也受到各方面的限制，所以边沁的学说，对于资本主义生产关系来说，更多地不是充当一个维护者的角色，而是充当一个开拓者的角色。这一点在他的学说里表现得很明显：他虽然提出了最大多数人的最大幸福原则，但没有强调这个命题；在论述个人利益和公益的关系时，他干脆把公益理解为个人利益的总和；他很少注意到怎样利用道德来保证社会的和谐；他对个人利益的强调反映了当时正在进行斗争以争取政治权力和经济自由的资产阶级生意人的愿望和心理。

同边沁的学说比较，穆勒的伦理体系就显得相对全面和完整，这是因为他不仅阐述和宣传边沁的学说，而且还对边沁的学说作了大量的修正。就其时代作用来说，穆勒的伦理学是倾向于保守的。他在自己的著作中，努力强调的是协调性道德的一面，强调功利主义道德与一般社会美德的一致性，强调整体利益、社会利益、他人利益，而对个人利益的强调远不如边沁那么明显。这些特点是同业已取得统治地位，力图维护现有秩序的资产阶级的需要相适应的。

现代功利主义的主要代表人物之一是澳大利亚的斯马特。在20世纪60年代，斯马特写了些论述现代功利主义伦理学的文章和《功利主义伦理学体系概论》等著作，引起了人们对功利主义伦理学的兴趣，推动了有关这方面问题的讨论。按照斯马特的观点，每个人只要是自己决定什么样的行动结果在这时对他是最好的。最有效的，那么，他就可以认为这就是符合道德的。这种确定行动正确性的方法是客观的，使功利主义脱离了古典功利主义的主观性。但是，二者的根本原则并无二致，都是行动的功利原则，都把个人利益看作行动的永恒根据。因此，可以说，现代功利主义不过是现代人再次穿戴上历史人物的衣冠而已。并且，斯马特的功利主义暴露出对资产阶级社会及价值体系的盲从性质。

在中国的文化传统中，功利主义虽也不乏倡导者，但始终未占主导他位。1840年鸦片战争爆发，揭开了中国近代社会急剧变化的序幕。在中国近代旧民主主义道德革命阶段，围绕中国之出路问题，产生了“古今、中西”之争，古今之争反映到伦理学上主要是义利之争。总的看，这一时期改良派和革新派对西学的功利主义比较系统地传入中国起到了极大的推进作用。在重利者中，不但包括资产阶级革新派，同时也包括主张“才体西用”的洋务派。

功利论主要有这样几个特点：其一是只强调行为的结果，不重视行为的动机。一个行为不论行为者处于什么动机，只要能带来好的结果，产生更大的快乐和幸福，就是善的，是应该被赞善的。从这个角度也可以把功利论称为结果论。强调和宣扬功利，就是唤醒人们对本性的意识回归与强化，不管我们是什么样的人，也不管我们身处什么地位、环境，担当什么样的社会角色，都会避免痛苦，追求快乐，即使那种刻意避乐求苦的行为，究其因也是为了避免更多的人生痛苦，追求更大的人生快乐和幸福。其二是以个体经验为基础，以经验生活中的苦乐感受为标准。这与道义论的超验性不同，功利主义者在行为前进行利益的权衡，通过计算利弊得失来决定是否采取行为，采取何种行为。功利主义讲的“功利”，是“快乐”和“幸福”的代名词，也是“利益”的代名词。也就是说，功利就是利益，追求功利就是追求利益，但这里所说的“利益”并不是单指对物质利益有追逐、获得、享受与满足，还包括精神上的、情感上的、心灵上的利益追求、获得与满足。其三是立足于个人，推衍到他人与社会。功利主义以个人的感受为基点，进而推己及人强调社会大众的利益或幸福。边沁的功利主义思想，是以个人为出发点，但它的归宿却不是个人，而是社会。因此，要客观地理解他的“功利”观念，得很好地理解“当事人”的概念，即功利就是给利益攸关的当事人带来快乐或防止痛苦的事物特性，这里的“当事人”既可以是指自己，也可以是指他者。因而，在边沁的功利主义思想里面，“功利”不仅是个人的，也是社会的，功

利不仅仅是个人对自身利益生活的追求，也是个人对自身利益之外的社会理想的设定与追求，这就是边沁功利主义的“功利”概念的基本内涵。

功利主义作为一种伦理导向，在历史上具有重要意义。一方面，作为近代乃至现代资本主义社会的道德导向，它完全与资本主义经济发展需要相一致；另一方面，它又作为一种道德，确实有效地规范和调节人们的行为。

当代科学技术的发展和由此带来的社会多方面的变化，产生了许多领域对伦理理论的需求。应用伦理学在解决诸如生命伦理问题带来的道德困惑的时候，功利主义伦理学作为基本的伦理理论就成为生命伦理学的一种必然诉求。把功利主义应用到医疗领域，尤其是在市场经济时代，最大的好处是在判断或进行行为选择时，以病人和社会多数人利益为重，同时兼顾个人正当利益和医院利益，利于将有限的卫生资源按照符合社会整体利益的方向进行分配，从而避免浪费。在道德评价中，这种理论、观点等具有客观性、可视性、有形性和明显可见的实际利益性，容易被人接受和运用，比较符合科学原则和实事求是原则的要求。现代生命科学的发展对旧有生命道德观念的冲击和建立新生命道德哲学的渴望，要求社会在科学进步和道德控制之间作出抉择，功利主义伦理学在一定程度上可以对这种选择提供理论上的有效支持。事实上，现代生命伦理学理论的建立和成熟，功利主义伦理学理论扮演了重要的角色。因为无论是生命质量的确定、生命价值判断、死亡方式的选择，还是有限卫生资源的合理分配、医疗卫生事业的宏观决策等，都存在依据什么样的标准进行价值判断和道德选择的问题，在这种选择中，功利主义伦理学的理论在方法和原则上具有不可替代的理论功用。

功利论作为西方价值观的核心，是18世纪下半叶兴起的大工业化和产业革命的产物，它的使命就是以社会公正，民主，自由主义的精神这种价值观武装资产阶级和广大社会成员，并为资本主义经济的发展开辟道路，提供动力。从历史的角度而言，功利论的进步作用是很明显的。但是这一理论也有它的历史的局限性。一是功利论从抽象的人性论出发，把道德的目的建立在人的本性的基础之上，忽视了人性的历史性和社会性。二是功利论强调个人利益地位的同时，对社会的共同利益重视不够，甚至只承认个人利益是现实的存在，而否认社会利益具有这样的性质。三是功利论强调人的利益和人的幸福无疑是有价值的观点，然而，他们所理解的利益是物质的利益，感官的快乐和肉体感受性，忽视精神利益和精神文明建设。正是功利论的局限和缺陷，提示我们在实践中要警惕滑向极端的“重利轻义”，因为过分的重利容易使人们为了利益而不择手段。同时它还容易使人“短视”，即过分注重功利容易使人们重视眼前利益，忽视长远利益和重大的利益，影响正确地处理好各种关系。

五、正 义 论

正义论（A theory of Justice）是当代美国哲学家约翰·罗尔斯（John Rawls，1921-）在他1971年出版的著作《正义论》一书中阐述的理论。这部著作因为对正义论思想的系统阐释，被认为是20世纪在道德哲学和社会哲学领域最具影响力的一部著作。罗尔斯在这部书中谈到：“我一直试图做的就是进一步概括洛克、卢梭和康德所代表的传统的社会契约理论，使之上升到一个更高抽象的水平”国际上也有学者评论认为，罗尔斯确实试图发展出一种理论，这种理论也即正义理论是力求把功利主义理论的优势与康德义务论观点的优势结合起来，既避免功利主义所提出的幸福理论缺乏正义原理支撑的缺陷；又能够为康德等道义论中的公正思想提供一个解决社会道德问题可行的方法。罗尔斯的正义论所做的就是这种理论努力。

正义论的出发点是以社会契约的方式解决社会公平地进行利益分配的问题。这种理论是作为功利主义的替代性道德哲学理论提出来的。罗尔斯认为功利主义所存在的最根本的错误，是在讨论社会正义原则的时候，将“作为一个整体社会的理性选择采取了对一个人适用的理性选择”功利主义提出的最大幸福或者最大效用原则对个人来说可以作为一种道德选择的原

则，但是如果这个原则运用于对社会制度的解释，也就是把一个社会制度安排的正义与否的原则也运用是否最大限度地达到社会幸福的总量或者社会成员的利益总额，那就等于承认“可以为了使更多人分享较大利益而剥夺少数人的自由”这确实是功利主义没有解决的一个理论问题。所以罗尔斯的认为：“正义的主要论题是社会的基本结构，或更准确地说，是社会主要制度分配基本权力与义务以及决定分配社会合作所得的利益的方式”在罗尔斯看来，政府的基本责任在于保护和提高社会成员个人的自由和福利，那么解决社会成员之间的利益纷争所形成的社会矛盾，就需要一种方法或者标准来保护每一个人的合法利益，因此就需要有一种正义原理（principles of justice）作为对此进行评判的标准。

罗尔斯在他的正义理论的建构中所采用的逻辑方法是独特的，即采用了他所说的“反思平衡”（reflective equilibrium）的方法。他设计了一个“原始状态”（the original position）的环境条件，从这种状态中人们所作的理性选择中导出一些正义原则，将这些原则与日常的道德信念、正义感以及日常判断进行比较，如果正义原则及其享有的条件与人们的日常道德信念相悖，那么正义原则和条件就应该进行修正和调整；而如果正义原则较为充分地体现了那些普遍享有和很少偏颇的条件，而导出的结论与日常道德信念不一致，就修改调整日常道德信念与道德判断。他相信正是通过这样的相互调整，就可以预期达到对“原始状态”的描述，既可以对合理条件做出表达，又适合修正和调整了的判断。罗尔斯的这种“反思平衡”所采用的是一种经验与理性相互调整的方式，其“原始状态”是虚拟的而不是实际状态，是一种假设策略。

“原始状态”是罗尔斯正义论论证的一个重要概念，是罗尔斯整个研究及其方法的起点。罗尔斯认为，原始状态作为一些公平的初始条件，由此“获得”支配社会的基本结构、基本权利与义务分配的正义原则。罗尔斯对这个“获得”过程的阐释，也正是对正义原则形成过程和形成条件的论证。罗尔斯对初始条件的描述主要包括四个方面：一是存在着使人类合作可能的和必要的客观环境。存在这样一群可以组成社会的人，这些人在确定的资源有限的区域环境中生存着。二是契约各方都是按照自己生活计划行动的处在原始状态的理性人。这个由契约各方组成的社会中不仅包括两性和民族，而且这些人具备平凡的智力、才能、抱负、信仰和拥有各自的社会地位。他们有着彼此大体相同的“基本的善”也即基本需要。但是他们的生活计划（包括善的观念）是彼此不同的，甚至相互冲突。他们最大限度地实现自己的利益和满足自己的需要，对别人的利益则是“相互冷淡”、漠不关心的。三是假设这群人是处在“无知之幕”（the veil of ignornace 也译无知面纱）背后选择正义原则。假定这群人都不知道自己的性别、种族、自然天赋、社会地位、经济状况等；这群人中也没人知道他的善的观念，他的合理的生活计划的特殊性，也没有人知道所在的社会的经济、政治状况和所处时代的文明程度等。再假定这群人有能力相互合作，遵守理性决策的原理，而且能够坚持他们所选择正义原则。进一步假定，他们都有对基本利益的渴望和满足个人多种需求比如权利、机会、权力、财富等要求。在诸多方面的假定预设基础上，罗尔斯断定只有这样才“使一种对某一正义观的全体一致的选择成为可能”“原初状态相互冷淡的理性人在无知之幕后面对支配社会基本结构的正义原则的选择问题，就成了一个在不确定条件下理性人的选择问题。”运用什么方式在原始状态不稳定条件下做出这种选择，罗尔斯采用了决策论和对策论也即博弈论中“最大的最小值”策略。这一策略也称为小中求大原则，即从最坏的状态出发谋求最好结果的一种方案。依照这个策略进行选择，处于原始状态的理性人就会赞同这样两个正义原则：“第一个原则：每个人都拥有一种与其他人的类似自由相容的最广泛的基本自由的平等权利”；“第二个原则：社会的和经济的不平等应这样安排，使对处于最不利地位的人最为有利；依附于机会公平平等条件下的职务和地位向所有人开放。”罗尔斯认为采用这两条正义原则，就可以管理好所有社会利益的分配，包括自由、资产、财富和社会权利等。

第一个原则是自由原则，罗尔斯认为这是需要优先考虑的原则。这一原则对所有的人都保

证了拥有一个最大限度的平等自由权利，因为这个原则的优先性，也就明确禁止了为了社会或者经济利益而牺牲人的自由。“大致说来，公民的基本自由有政治上的自由（选举和被选举担任公职的权利）及言论和集会自由；良心的自由和思想的自由；个人的自由和保障个人财产的权利；依法不受任意逮捕和剥夺财产的自由。按照第一个原则，这些自由都要求是一律平等的。”这种权利之所以称为平等的自由权利，就是说虽然自由不可侵犯，但是每个人在自己享有这种权利的时候不能妨碍别人也具有类似的自由权利。

第二个原则用于对除了自由之外的社会利益分配的管辖。或者说是社会经济所允许的不平等的限度问题。“在一个公正社会里，只有当财富和社会地位的差异显示出对每个人都有益，尤其是对那些拥有最少优势的人有益的时候，这些差异才可以容忍。一个公正社会并不是其中的每个成员都是平等的社会，而是必须能证明其中的不平等是合理正当的社会。而且，必须真实存在一种获得小组成员资格以享受特殊利益的机会。”该原则的本质可以解释为机会平等原则和最不利者也受益原则。当社会在财富、权利和职位等分配上无法做到真正平等的情况下或者说不可避免存在不平等的情况下，但是对社会成员来说机会必须平等。也就是说，一方面要向所有的社会成员——不管他们在财富、权利和职位上存在何种因素带来的自然禀赋和才能有何不同——开放并使这些人都有获得它的平等机会。

在罗尔斯看来，要建立一个真正公正的社会必须保证符合这两条正义原则。但是他也认为，一方面，处在原始状态的理性人会意识到他们既对自己有义务，也对他人都有义务。另一方面，应该建立一些能够要求和指导作为道德的决策者个人的原理，因为那些处在原始状态的理性人会在与他人交往中的公平、忠诚、尊重和仁慈等概念上取得原理上的共识，并从中获得彼此间的责任感。罗尔斯也相信，“从原始状态衍生出来的一个完整的原理体系应该包括对义务排序的规则”。但是实际上罗尔斯并没有建立任何排序规则的愿望，只是提出来这种构想，比如他谈到：“第二个原则是正义对效率和福利的优先，第二个正义原则以一种字典式次序优先于效率原则和最大限度追求利益总额的原则；公平的机会优先于差别原则。”“也就是说，对于罗尔斯来说，社会的基本善（基本价值）的各个维度（自由和机会、收入和财富、自尊的基础等）之间存在不可通约的性质。由于这种不可通约性，就带来了字典式的次序。”

罗尔斯的正义论因为建立在他所假设的“原始状态”和“无知之幕”的基础上，至少在两个方面存在难题或者说饱受质疑。一是罗尔斯在对正义论论证过程中设定的一个前提是，那些处在原始状态的人被假定不了解他们自己的生活目标、计划和兴趣，他们对利益的理解只能是罗尔斯给出的那些即自尊、财富和社会地位等，这就必然带来一种矛盾，当人们对自己的期望和目标丝毫不了解的时候，如何可能与规范自己生活的原理达成一致意见。再就是正义论是否与功利主义有本质的区别的问题。罗尔斯认为，正义原理只有当自由得到有效的确立和保护的时候才能适用。但是何为自由得到了有效地确立和保护，罗尔斯并没有给出清晰的答案。如果他所构建的第一条原则没有得以确认，也就是说当个人没有获得真正自由或者自由受到限制的时候，正义原理就只是一种“一般概念”。在这样的情景下，如果能为所有人带来利益，这样的认识与功利主义原理就几乎没有差别了。

罗尔斯的正义论中的有些理论可以用于医疗情景中对医学伦理问题的认识、解释和处理。比如他在关于社会形成道德原则共识时强调的必要的家长式作风认为，“当我们了解别人的时候，并且因为他们不能代理自己而必须由我们代理他们的情况下，我们应该考虑他们喜好。”这就为医务人员或者患者家属在尊重患者个人的意愿问题上提供了一种理论支持。罗尔斯的正义理论，最主要的理论功能还是见诸于社会制度与医疗卫生体制以及具体的公共医疗、社会保健等实践和理论研究中的作用。例如如何合理地分配有限的社会医疗卫生资源；在医疗卫生政策和制度的制定过程中如何从生命道德和健康道德视角考虑公平与公正问题等。比如正义理论告诉我们，“只有当那些最需要卫生保健体系的人能从中得益，卫生保健体系的不平等才

有情可原”。

本章小结

医学伦理学旨在确定人们从事生命科学和在医疗保健领域中的行为规范，但为确定此种规范，必须阐明行为准则和价值标准是怎样建立和构思出来的，行为又是如何判断的，行为目标和价值准则是如何联系在一起的。为此，必须通过在实践基础上的理论建构，对人们的行为规范做出合理的解释和说明。德性论、道义论、功利论、正义论就是医学伦理学的基本理论，这些理论在不同时期，甚至直到今天，对医学伦理学的形成和发展起着重要作用。学习和掌握医学伦理学的基础理论，对我们理解和把握医学伦理学的原则规范范畴等内容，并指导医务人员在今后的职业行为中自觉遵循职业道德要求，有着重要的理论和实际意义。

复习思考题

1. 试述医学伦理学的理论基础有哪些？
2. 从当代医学伦理学理论形态角度概括其特征有哪些？
3. 生命伦理学在发展中所遇到的困境有哪些？
4. 试分别论述医学伦理学的几大基本理论。

本章作者及联系方式

边林（河北医科大学社科部　石家庄市中山东路 361 号，邮编 050017　Email:sohoman4899@163.com）

甘华刚（第三军医大学人文社科学院伦理学与法学教研室　重庆市沙坪坝高滩岩正街 30 号　邮编 400038　E-mail ganhg2007@163.com

Notes

第四章　医学伦理学的原则与规范

教学目的

掌握医学伦理学四个基本原则、三个应用准则及医学道德规范的内容；熟悉医学伦理学基本原则的应用；了解国际、国内主要医学道德规范的要求。学会使用基本原则、应用准则、医德规范分析具体案例的方法。

【案例 4-1】Superintendent of Belchetown state school v.Saikewicz（Saikewicz 住在 Belchetown 医院里，谁可以成为他的监护人）

1. 1976 年，Saikewicz 在本案进行时 67 岁，智商只有 10，约为两岁八个月儿童的智商。他没有办法用语言和他人沟通，只能依靠手势、动作和模糊不清的声响向别人表达意愿或回应别人的提问。根据心理学家的判断，他无法感知周围的环境，也无法意识到危险。基于这样的原因，自 1923 年起，他被收治在 Belchetown state school，这是一个国家精神卫生部门下属的机构。Saikewicz 的亲人中只剩下两个姐妹，她们都清楚地了解 Saikewicz 的情况，但都表示不愿意介入和 Saikewicz 有关的事情中。

2. 他在住院治疗 50 年之后，医院报告显示，Saikewicz 被发现患有白血病，但除此之外，他的其他身体状况都很好。Saikewicz 急需治疗，但由于智力问题，他无法对治疗做出知情同意。同时，治疗将会令他痛苦，但他无法表达出他对痛苦的感知，也无法理解痛苦产生的缘由。

3. William E Jones 是 Saikewicz 所在机构的管理者，Paul R Rogers 是该机构的一名职员。基于 Saikewicz 的情况，他们向法院提出请求，要求法院为 Saikewicz 安排一位监护人，并授权这位监护人代替 Saikewicz 做与治疗有关的决定。

4. 1976 年 5 月 5 日，法院指定了一名监护人。1976 年 5 月 6 日，监护人向法院递交了一份报告，认为：Saikewicz 的疾病是无法治愈的。尽管化学治疗被广泛用于治疗这种疾病，但会造成非常强烈的副作用和极大的不适。Saikewicz 无法理解，并且非常惧怕治疗带来的痛苦。鉴于 Saikewicz 的疾病是无法治愈的，这样的治疗弊大于利。因此不实施治疗才符合 Saikewicz 的最佳利益。

5. 同时，根据医生提供的证词：如果不实施治疗，患者可能会在几周到几个月内死亡，但患者不会受到很大的痛苦。虽然化疗有很多副作用，但大部分人依然会选择化疗。根据 Saikewicz 的年龄和身体状况，若实施化疗，有 30%~40% 的可能可以延长他 2~13 个月的生命，但是不可能完全治愈。虽然无法推测不接受化疗 Saikewicz 能活多久，但接受化疗很可能让他活得更久一点。基于 Saikewicz 的智力原因，他无法配合化疗治疗。

6. 1976 年 5 月 13 日，法院举办了一场针对这份报告的听证会，参加的人包括提出请求的两个人，法院指定的监护人。同时，法院也听取了两位反对化学治疗的医生的意见。（案例来自 http://blog.sina.com.cn/s/blog_a403877901016kln.html）

讨论与思考：无行为能力人在何种程度上享有医疗知情同意权？无行为能力人的知情同意权该如何实践？监护人在医疗知情同意权中扮演怎样的角色？替代性判断应遵循怎样的标准和程序？

【案例 4-2】20 多岁的原告陈某在某医科大学附属眼耳鼻喉科医院被诊断为：左眼复发性结膜囊肿（术后复发）并做了手术摘除。术后，原告感到左眼上睑下垂，不能睁眼，再次至被告医院就诊，被收治入院又施行了左眼上睑下垂矫正术。术后，原告左眼能微睁，但仍受限。出院后，原告自行至另一家大医院就诊，当得知左上睑下垂系提上睑肌损伤，便以被告医院治疗有过错为由，申请医疗事故鉴定，在得到“不属于医疗事故”的结论后，原告以医院术前未向本人告知术后有关并发症，且在手术中割断了提上睑肌为由，把医院告上了法庭。

一审法院在受理中，就被告医院在手术中是否有过错，请事故鉴定委员作了补充鉴定，得到结论为：原告术后左眼上睑下垂属手术并发症，被告医院在手术过程中无不当；手术前谈话记录不够完善，但与治疗过程和结果无直接关联。原告对此判决不服，上诉。

二审法院在一审认定的事实基础上，查明被告医院在手术前，未明确将术后可能产生提上睑肌断裂的并发症告知原告。此节事实可以从病历记载术前与患者家属谈话笔录中得到佐证，即“对手术操作后可能发生的问题加以说明：1. 术中肿瘤界限不清，分离困难；2. 术中出血，术后感染；3. 术后睑球粘连；4. 误伤眼球内其他组织，影响视力。”审理期间，二审法院还得到市高法对原告进行的伤残鉴定结论：左眼上睑重度下垂，容貌毁损，构成九级伤残（案例来自 http://www.zysj.com.cn/zaji/2/24028.html）。

讨论与思考：分析本案例之后，应该如何认识患者的知情同意权？医生在实施知情同意过程中应该注意哪些细节问题？

原则、规则、准则和行为的规约是医学伦理学的核心内容，伦理学原则是在一定条件下针对一些实践中遇到的问题提出和形成的，其体现与表述的是医学生活或医患关系中的权利意识与道德情感。在西方，“尊重、不伤害、有利、公正”已经被作为伦理决策的道德原则，被美国、欧洲等许多医学组织视为医生的执业行为依据。虽然存在争议，但作为跨文化的医学伦理学评价方法，已经被国际医学伦理学界接受。医学伦理学的基本原则是医务人员在医学实践中观察、处理伦理问题的准绳或标准，它包括医学伦理学的基本原则和应用准则。医学道德规范是用以调整医学实践中各种具体人际关系、评价医学行为善恶的主要尺度。医学伦理学的基本原则、应用准则与规范，共同组成了医学伦理规范体系。

第一节　医学伦理学的基本原则

医学伦理基本原则是指医学道德的最一般的道德原则，是构建医学道德规范的最根本、最一般的道德根据，贯穿医学道德体系的始终。这些基本的伦理原则既为我们解决伦理问题提供指导，也为我们找到的解决办法提供辩护。

一、尊重原则

尊重原则（respect）又可称为尊重自主原则。要求承认患者享有作为人的尊严和权利，对那些具有自主性的患者，凡是涉及其利益的医疗行动，都应事先获得患者的许可才能进行。尊重原则首先要求尊重患者的自主性，自主是尊重原则的核心概念和理论基础。

（一）尊重患者的自主性

自主（autonomy）是指治疗或研究应当尊重患者或受试者的人格和尊严，治疗方案和实验研究都应在患者或受试者知情并得到他们同意的基础上才能进行，而不能欺骗、强迫或利诱他们。尊重自主性的原则在医疗保健范畴内，进一步特定化的结果主要有知情同意、保密、尊重隐私等应用准则。

在生命伦理学史上，以芳登（Ruth Faden）和比彻姆（Tom Beauchamp）为代表的一些生命伦

理学家系统论述的自主性的概念主要从两方面来理解，一是自主的个人，二是自主的行动。他们认为，自主性不仅是指自主的个人，更是指自主的行动。自主的人并不必然导致自主的行动，自主的行动也并不必然由完全自主的人采取。例如，一些精神病院的病人，他们甚至没有自理能力，在法律上称为无行为能力，但他们可以做一些自主的选择，如表达对饮食的喜好、拒绝服药、给熟人打电话等。同时，一些按常理认为精神正常、有行为能力的人，有时也可能做出不自主的选择。

20世纪国际上兴起的患者权利运动，使“患者的自主权”广为人知，自主观念深入人心。在今天，医生遵循自主原则，尊重患者的自主权，已经成为一种常规。但要在现实中，贯彻自主原则却是非常复杂的，经常会遇到以下的矛盾或问题：

第一，尊重患者自主还是强调父权主义？这其实是由谁最终决定患者疾病的诊治措施和方案的问题。传统观念认为医生是医学方面的专家，而患者对医药和疾病知识知之甚少，甚至一无所知，因而医生是决定者，体现这种观点和做法的就是医师父权主义（paternalism），又叫医师的特殊干涉权，即医师就像父亲对待自己的孩子一样对待自己的患者，在医疗过程中代替患者做出决定。但是，随着人们自主意识的增强，目前在医疗环境中逐渐推崇“患者最终决定医疗方案和措施”的理念，即尊重的患者自主权。

第二，尊重患者自主权，是否会降低医务人员的积极性和主动性？尊重患者的自主权，并没有降低医务人员的积极性和主动性，相反，给医务人员提出了更高的要求：医患之间对医疗信息把握的不对称性，决定着医务人员既要尊重患者的自主权，又不应该无所作为，这就要求为患者的自主选择提供充分条件，即①向患者详细解释病情；②告诉患者治疗或不治疗会出现的情况；③告诉患者各种可能的治疗方案；④提出医务人员自己认为的最佳治疗方案；⑤告诉患者要实施的治疗方案中的注意事项和如何配合治疗。

第三，医务人员提出的“最佳方案”遭到患者的拒绝怎么办？首先要确定患者是否具有自主决策能力。当患者具有自主决策能力时，为符合我国传统文化思维，患者本人和家属的意愿都应考虑，这里的家属应是与患者关系最为密切的，如配偶、父母、子女等。如果患者本人和家属意见无法统一，应该尊重患者本人的意见。当患者不具有或丧失决策能力时，把决策权转移给其家属。当医务人员的“最佳方案”遭到自主选择力正常的患者和家属的拒绝时，应设法搞清楚拒绝的真实理由，然后，有针对地做解释工作，如果这种努力失败，则应尊重这一选择，同时作好详细和完整的病案记录。

第四，患者的自主权是绝对的吗？医方尊重患者自主权，绝不意味着放弃或者减轻自己的道德责任，绝不意味着完全听命于患者的任何意愿和要求。根据公益论的医学伦理学理论，尊重患者的自主权并不是绝对的，它以不违背法律、法规、政策和社会公共利益、社会公共道德为前提。如果患者患有对他人、社会有危害的疾病而又有不合理要求和做法，我们不必去尊重患者的自主权，而应该拒绝患者的“非分选择”，如有权拒绝传染病患者提出的行动自由的要求等；另外，当患者或其家属错误地行使自主权，所做的错误决定明显对患者的健康和生命有严重危害，或者家属的代理决定明显违背患者自己的意愿时，医方都有权加以抵制、纠正，即可以行使特殊干涉权。

（二）尊重患者的尊严与人格

尊重原则要求医务人员尊重患者的人格和尊严。人本身具有最高价值。德国古典哲学的创始人、著名哲学家康德（Immanuel Kant，1724~1804）指出，“人类，以及一般地说来的每一个理性存在者，都是作为自身即是一目的而存在着，而不是作为由这个或那个意志随意使用的一个手段而存在着。在他所有的行为中，无论这些行为是指向他自身还是其他理性存在者，他都必须总是同时被认为是一个目的”，作为理性存在者的任何一个人，都必须只能被当作目的，而不能被当作手段。人是目的，因而也就是万物的价值尺度，是评价社会及其发展等万事万物的价

值标准，超越于一切事物的价值之上，“凡是有价格的，都可用别的等值的某个东西取代它；另一方面，凡是超乎所有价格之上的，因而没有等值的东西可替代的，就有尊严”，人超越于一切价格之上，人本身具有最高的价格或尊严。

患者具有独立的不可侵犯的地位和身份，医生应该尊重其作为人的尊严，尊重其人格。“人格”（personality）与“尊严”（dignity）是紧密相联的两个概念。“人格”这个词源于拉丁语Persona，Persona最初指演员所戴的面具，后来指演员本人：一个真实的自我。现代意义的人格是指一个人的尊严、价值和道德品质的总和，是一个人在一定的社会中的地位和作用的统一，即一个人被社会所应该确立的自我。尊严是对个人或社会集团的社会价值和道德价值的认识和自我肯定，承认人的生命价值的存在是最基本的尊严。

患者享有人格权是尊重原则所以具有道德合理性并能够成立的前提和基础。患者的人格尊严理应受到尊重，具体表现在：①患者在接受诊疗的过程中享有尊严，其人格应受到尊重，不应因为患病而受到任何歧视。患者只是身体上有疾病的人，除了健康，他（她）与一般人没有任何差别，因而应享有一般人享有的一切权利，不能受到嘲讽、侮辱、漫骂。②患者的身体应该受到尊重。在诊疗的过程中，患者的身体、尤其是生理缺陷不得作为笑料，更不能将这些信息予以传播。③患者的风俗习惯应该受到尊重。在诊疗过程中，要充分考虑少数民族、特殊族群患者的风俗习惯、禁忌。④患者不应受到怠慢。医生不能高高在上，对患者不屑一顾、爱搭不理、敷衍了事。

二、不伤害原则

医疗技术本身存在两重性。任何医疗措施都是病人的健康利益与医疗伤害相伴而来，因而要强调不伤害原则。

（一）医疗伤害的含义与分类

医疗伤害作为职业性伤害，是医学实践的伴生物，历来受到中外医家的高度关注。许多甚至绝大多数现代医学行为都对服务对象存在着不同程度的伤害。比如手术的创伤、药物的毒副作用、辅助检查导致的痛苦与不适等，这样的伤害是不可避免的。伤害包括实际的伤害和伤害的风险。实际的伤害是指在治疗或研究中实际发生了的伤害；伤害的风险是指在治疗或研究时可能发生的伤害。如截肢后失去一条腿，这是实际的伤害，而截肢后可能发生血栓或感染，这是伤害的风险。

现实中的诊疗伤害现象有以下几类：①有意伤害与无意伤害。有意伤害是医方出于打击报复心理或极其不负责任，拒绝给病人以必要的临床诊治或急诊抢救，或者出于增加收入等狭隘目的，为病人滥施不必要的诊治手段等所直接造成的故意伤害。与此相反，不是医方出于故意而是实施正常诊治所带来的间接伤害则属于无意伤害；②可知伤害与意外伤害。可知伤害是医方可以预先知晓也应该知晓的对病人的伤害。与此相反，医方无法预先知晓的对病人的伤害是意外伤害（例如麻醉意外）；③可控伤害与不可控伤害。可控伤害是医方经过努力可以也应该降低其损伤程度，甚至可以杜绝的伤害。与此相反，超出控制能力的伤害则是不可控伤害；④责任伤害与非责任伤害。责任伤害是指医方有意伤害以及虽然无意但属可知、可控而未加认真预测与控制、任其出现的伤害。意外伤害、虽可知但不可控的伤害，则属于非责任伤害。

（二）不伤害的内涵与要求

临床诊治过程中不使病人受到不应有的伤害的伦理原则，是一系列具体原则中的底线原则。因此，不伤害病人是古老的传统行医规则，是医学人道观念的突出体现。在古希腊，著名的《希波克拉底誓言》明确提出并详尽阐述了不伤害病人的伦理思想：“检束一切堕落及害人行为，我不得将危害药品给与他人，并不作该项之指导，虽有人请求，亦必不与之。尤不为妇人施堕胎手术。”这一规则是西方医学人道主义传统的重要组成部分，后经调整、充实和提炼，成为现代西

方临床伦理四大原则之一。

医疗伤害带有一定的必然性。不伤害原则(nonmaleficence)的真正意义不在于消除任何医疗伤害(这样的要求既不现实,又不公平),而在于强调培养为病人高度负责、保护病人健康和生命的医学伦理理念和作风,正确对待医疗伤害现象,在实践中努力使病人免受不应有的医疗伤害。不伤害原则不是绝对的,因为很多检查和治疗,即使符合适应证,也会给病人带来生理上或心理上的伤害。如肿瘤的化疗,虽能抑制肿瘤,但对造血和免疫系统会产生不良影响。

临床上的许多诊断治疗具有双重效应。双重效应是为了在有意获取某种必要的益处而无法避免一种间接的伤害时所作的伦理辩护。由这种伦理辩护引申出一个叫做“必要害”的概念。所谓“必要害”,是指为了达到某一有益的目标,而必须要承受某种伤害。这种伤害是为了达到那种有益的目标而不得不付出的一种代价,因此是一种“必要的伤害”,简称“必要害”。如手术的创伤、药物的负作用、辅助检查的不适等都属于“必要害”。如果一个行动的有害效应并不是直接的、有意的效应,而是间接的、不可避免的,而且有害效应远小于有益效应,那么这个行动的正当性可以得到辩护。如当妊娠危及胎儿母亲的生命时,进行人工流产或引产,这时挽救母亲的生命是直接的、有意的效应,而胎儿死亡是间接的、不可避免的效应;为病人行截肢手术,是为了挽救病人生命,而不是为了让病人失去一条腿。

不伤害原则对医方的具体要求是:强化以病人为中心的动机和意识,坚决杜绝有意和责任伤害;恪尽职守,千方百计防范无意但却可知的伤害以及意外伤害的出现,不给病人造成本可避免的身体上、精神上的伤害和经济上的损失;正确处理审慎与胆识的关系,经过风险/治疗、伤害/受益的比较评价,选择最佳诊治方案,并在实施中尽最大努力,把不可避免但可控伤害控制在最低限度之内。要求做到不滥施辅助检查,不滥用药物,不滥施手术。

三、有利原则

伦理学原则不仅要求我们不伤害人,而且要求我们促进他们的健康和福利。有利原则(beneficence)比不伤害原则更广泛,它要求所采取的行动能够预防伤害、消除伤害和确有助益。有利原则,把有利于病人健康放在第一位并切实为病人谋利益的伦理原则。有利,就是医务人员为病人做善事。

有利于病人是中外优良医德传统。在中国,利他性的助人思想是最早的医学道德观念的精髓,后来逐步形成“医乃仁术”的行医准则。在西方,古希腊《希波克拉底誓言》中明确提出并阐明了“为病家谋利益”的行医信条,“我愿尽余之能力与判断力所及,遵守为病家谋利益之信条,并抵制一切堕落和害人行为,……凡患结石者,我不施手术,此则有待于专家为之。我愿以此纯洁与神圣之精神,终身执行我职务。无论至于何处,遇男遇女,贵人及奴婢,我之唯一目的,为病家谋幸福。”到了现代,有利于病人成为医学伦理最重要的原则之一,1948年世界医学协会《日内瓦宣言》明确规定:“在我被吸收为医学事业中的一员时,我严肃地保证将我的一生奉献于为人类服务”,“我的病人的健康将是我首先考虑的。”1988年中国卫生部颁布的《医务人员医德规范》的第一条规定是“救死扶伤,实行社会主义的人道主义。时刻为病人着想,千方百计为病人解除病痛”。有利原则的实质要求医务人员善待病人、善待生命、善待社会。

有利原则与不伤害原则有着密切关系。有利包含不伤害;不伤害是有利的起码要求和体现,是有利的一个方面。有利原则由两个层次构成,即低层次原则不伤害病人,高层次原则为病人谋利益。不伤害原则为有利原则规定一条底线、奠定一个基础,有利原则基于此设定了更为广泛而且具有进取性要求的伦理准则。

有利原则具体体现在:树立全面的利益观,真诚关心病人的以生命和健康为核心的客观利益(止痛、康复、治愈、救死扶伤,节省医疗费用等)和主观利益(正当心理学需求和社会学需求的满足等);提供最优化服务,努力使病人受益,即解除由疾病引起的疼痛和不幸,照料和治愈有

病的人、照料那些不能治愈的人，避免早死、追求安详死亡，预防疾病和损伤、促进和维持健康；努力预防或减少难以避免的伤害；对利害得失全面权衡，选择受益最大、伤害最小的医学决策；坚持公益原则，将有利于病人同有利于社会健康公益有机统一起来。

四、公正原则

公正(justice)的一般含义是公平正直，没有偏私。公正概念与“应得赏罚”有联系。一个上司奖励一个无所作为的下属就是不公正，一个勤劳扎实，业绩突出的下属没有得到奖励也是不公正。

公正有两个原则：“形式上的公正原则”和“实质上的公正原则”，这是两个相互区别又相互联系的层次。“形式上的公正原则”是指在有关方面，对同样的人给予相同的待遇，对不同的人给予不同的待遇。如两片面包分给两个同样饥饿的儿童，公正要求每个人分一片，在这种情况下“不等”分配是不公正的。如果一个儿童刚吃了一顿饱饭，另一个在24小时内没有吃任何东西，则把两片面包都给第二个儿童才是公正的，这时“平等”分配就是不公正的。“实质上的公正原则”规定了一些有关的方面，然后根据这些方面来分配负担和收益。具体来说，可以依据个人的需要、能力、职位高低、对社会的贡献、业已取得的成就等分配相应的负担和收益。

当代倡导的医学服务公正观，应该是形式公正与实质公正的有机统一。每个人因为对社会的最基本贡献完全相等——每个人一生下来都同样是缔结、创造社会的一个股东——而应该完全相等地享有基本权利(基本权利完全平等)，所以在基本医疗保健需求上要求做到绝对公正，即应人人同样享有，在满足需要方面同等对待；每个人因为具体贡献的不平等而应该享有相应不平等的非基本权利，但比例应该完全相等(非基本权利比例平等)，所以在特殊医疗保健需求上要求做到相对公正，即对有同样条件的病人给予同样满足。

医疗卫生资源是指满足人们健康需要的、现可用的人力、物力、财力的总和。其分配包括“宏观分配”和“微观分配”。“宏观分配”是各级立法和行政机构所进行的分配，解决的是确定卫生保健投入占国民总支出的合理比例，以及此项总投入在预防医学与临床医学、基础研究与应用研究、高新技术与适宜技术、基本医疗与特需医疗等各层次、各领域的合理分配比例的问题，目标是实现现有卫生资源的优化配置，以此充分保证人人享有基本医疗保健，并在此基础上满足人们多层次的医疗保健需求。“微观分配”是由医院和医生针对特定病人在临床诊治中进行的分配。在中国，目前主要是指住院床位、手术机会以及贵重稀缺医疗资源的分配。临床上，公正原则针对微观医药卫生资源分配，要求医方按“医学标准—社会价值标准—家庭角色标准—科研价值标准—余年寿命标准”综合权衡，在比较中进行优化筛选，以确定稀缺医药卫生资源优先享用者资格。其中，医学标准主要考虑病人病情需要及治疗价值；社会价值标准主要考虑病人既往和预期贡献；家庭角色标准主要考虑病人在家庭中的地位和作用；科研价值标准主要考虑该病人的诊治对医学发展的意义；余年寿命标准主要考虑病人治疗后生存的可能期限。在这些标准中，医学标准是必须优先保证的首要标准。

综上所述，在医护实践中，医务人员以医学道德的四个原则规范自己的行为是很重要的。但是，有时几个原则之间也会发生冲突，如不伤害原则与公正原则、有利原则与尊重原则等，因此要具体情况具体对待，并要明确尊重原则和不伤害原则是最底线，还应该有一些更加具体的应用准则用来指导医学伦理的实践。

第二节　医学伦理学的应用准则

医学伦理学的应用准则包括知情同意、医疗最优化、医疗保密，它们为医疗实践提出了更加具体的伦理要求和伦理指导。

一、知情同意

知情同意是尊重原则的具体表现形式和要求，是临床诊疗工作中处理医患关系的基本伦理准则之一，也可以认为它属于尊重原则的范畴。

（一）知情同意的概念

知情同意（informed consent）也称知情许诺或承诺，临床上是指在病人和医生之间，当对病人作出诊断或推荐一种治疗方案时，要求医务人员必须向病人提供包括诊断结论、治疗方案、病情预后以及治疗费用等方面的真实、充分的信息，尤其是诊断方案的性质、作用、依据、损害、风险以及不可预见的意外等情况，使病人或其家属经过深思熟虑自主作出选择，并以相应的方式表达其接受或拒绝此种治疗方案的意愿和承诺，并在患方明确承诺后才可最终确定和实施拟定的治疗方案。简单地说，知情同意是指患者有权知晓自己的病情，并对医务人员采取的防治措施决定取舍的自主权。

（二）知情同意的主体

从法律上讲，精神正常的18周岁以上的成年患者，具有完全的民事行为能力，知情同意只能由其本人作出方为有效，他人不能代理做出。一般来说，知情同意的主体主要是患者，在我国特殊的文化传统影响下，知情同意主体还同时包括患者的法定代理人、监护人以及患者的亲属；对于丧失行为能力的患者、或精神病患者、或无民事行为能力的未成年患者，其知情同意权应由其法定代理人或监护人或患者的亲属行使；对于16周岁以下的未成年人（限制民事行为能力的人），可以进行与他的年龄、智力相适应的民事活动。因此，限制行为能力人对于危险性小的一般医疗行为可以成为知情同意权的主体，但对于危险性较大的医疗情形，即使是较高年龄阶段的未成年人，其同意仍要由监护人做出。

（三）知情同意的伦理条件

“知情”的伦理条件：知情同意的运用都应该建立在“知情”的基础上。“知情”应该满足如下伦理条件：①提供信息的动机和目的完全是为了病人利益。医务人员在提供信息的时候，其动机与目的应该都是为了病人的健康利益与生命利益，否则，道德是难以支持的；②提供让病人作出决定的足够信息。医生应该掌握提供信息的限度。具体来说，医生提供信息时应遵循以下原则：一是因人而异原则；二是保护性原则；三是少而精原则；③向病人作充分必要的说明和解释。医务人员对于诊疗方案的性质、作用、依据、损伤、风险、医疗费用以及不可预测的意外等情况，有义务向病人及其亲属作充分的、简单明了的说明和解释。

“同意”的伦理条件：根据《纽纶堡法典》的有关精神，病人在知情的基础上作出某种许诺或承诺即“同意”应具备如下条件：①病人有自由选择的权利。即病人在诊疗过程中的选择、决定不受他人或其他因素的干扰，如病人的选择行为不受他人强迫、暗示、欺骗和操作控制等；②病人有同意的合法权利。这是指病人自身的伦理条件。病人作自主决定的年龄必须达到法定的年龄，并具有完全的民事行为能力。对法定年龄以下的病人的同意不能认可，而必须由其监护人代理同意；③病人有充分的理解能力。这是指病人自身的心智条件，即病人必须有理解和辨识想要做的行为的意义和后果的能力。如一些精神发育缺陷的病人，他自身对作出决定不具有充分的理解力，或有的文盲病人没有作出决定的充分知识，这就需要监护人或代理人同意。

（四）知情同意的主要内容与实施

医方告知内容：《医疗事故处理条例》中规定，在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是，应当避免对患者产生不利后果。如何让患者充分知情呢？有以下几个环节应向患者或家属告知：①入院告知。告知医院概况，包括医院文化、服务范围、学术地位、技术水平、专科特色、地区优势强度甚至包括医疗服务收费，还应该就疾病的各种治疗方案进行告知；②诊断过程告知。告知患者现有症状、

原因及有一定的危险性、可能产生不良后果的诊断性检查或对患者疾病所做的诊断；③治疗过程告知。主要告知的内容是：有明显副作用或易出现意外的药物；拟定实施手术的内容；手术可能发生的危险；实施预定手术效果及改善程度；不实施手术将发生何种后果；施术者对不确定危险因素的把握程度；在发生不确定因素时的对策及准备；④创伤性操作告知。在诊疗过程中，需要实施有创伤性技术操作，要对患者全面交代清楚，内容包括目的和意义、风险、必要性以及拒绝检查或治疗的后果；⑤改变治疗方案告知。在治疗方案改变前让患者预先了解新治疗方法或药物对自己所患疾病重要治疗作用，这种新治疗方法自身的缺陷、接受治疗的风险性以及拒绝这些治疗可能带来的严重后果等；⑥临床试验性检查和治疗的告知。告知临床试验性检查和治疗给病人带来的可能性收益、可能承担风险与不适，同时说明病人接受临床试验性检查和治疗是自愿的，病人有权在任何时候中止类似的检查和治疗，并且不会受到任何处罚；⑦经济费用告知。告知病人或代理人诊治过程所需的费用，尤其是昂贵的药物、检查和治疗措施的费用要事前告知，让病人或代理人知晓；⑧暴露病人隐私部位的告知。医疗告知的内容还应该包括所有涉及到患者身体隐蔽部位的检查和诊疗、致其不适的检查和诊疗以及患者提出疑问的情况等。

医方告知实施原则：①紧急救治的告知原则：为了不延误抢救时机，对某些需要急诊救护又无法实行或代理实行知情同意的病人，可不受知情同意限制。美国医师学会伦理手册规定：急诊急救时可以不经知情同意。我国《医疗机构管理条例》中规定，“无法取得患者意见而又无家属或关系人在场，或者遇到其他特殊情况时，经治医师应当提出医疗处置方案，在取得医疗机构负责人或者被授权的负责人批准后实施”。在这种情况下产生的一些不良后果不应该受到事后追究；②不良效果预示原则：在临床工作中，凡是有可能产生不良后果或者会出现无法满足患者主观愿望的所有诊疗措施，医务人员都应该对可能的不良反应作出充分考虑推理后预先进行医疗告知；③告知适度原则：事实上如果要求所有的诊疗活动都实施医疗告知，这是不现实的，也是不科学。在实践中我们必须遵循适度原则，才是科学的和行之有效的。适度原则是指有重点、有针对性地确定一些医疗告知项目或范围，并逐步加以修改完善，付诸于实践。适度原则就是要防止一刀切和形而上学的做法；④顺序原则：从法律看，西方国家尤其是美国特别强调保护患者个人权利，我国民法也规定只有在病人放弃或正式委托亲属，病人缺乏或丧失了行为能力的时候才能让亲属行使知情同意权。在我国，知情同意权代理人的先后顺序应为：配偶 - 子女 - 家庭其他成员 - 病人委托的其他人员。

知情同意权的实施：病人在充分理解医务人员提供的相关诊疗信息的基础上，并有能力作出自主、自愿的判断后，必须作出同意或不同意的决定，这种同意与不同意的决定权，即同意权在临床上的表现形式主要有三种：①语言表示。病人通过与医务人员的对话了解自己的病情，同意医生的治疗方案；②文字表示。如医生向家属介绍病人病情，家属在病重、病危通知书上签字，均视为病人知情。输血协议书、手术议定书上病人家属签字视为病人知情同意权的实施；③行为表示。在医疗实践中，医生要求病人检查治疗，病人未用语言或文字表示，但用行为表明接受了检查和治疗，视为病人知情同意权的实施。知情同意实施过程中，有许多细微的问题值得注意，语义与文化上的差异，往往使“同意”不真实，这就需要进行必要的理解检验。

（五）知情同意运用的具体问题

知情同意与特殊干预权：在临床工作中也会遇到病情告知后，病人及家属不同意的情况，面对这种情况，医务工作者可以行使医疗干预权。医疗干预权，又称医生干涉权，是在医学伦理原则指导下，医生为病人利益或他人和社会利益，对病人自主权进行干预和限制，并由医生作出决定的一种医疗伦理行为。它适用于特殊情况下，用于限制病人自主权利以达到完成医生对病人尽义务的目的，它有两个特点，一是行为的目的和动机是善的，符合行善原则；二是由医生代替病人作出决定。

知情同意中的代理人同意：代理人同意是知情同意的一种特殊形式，是指某些病人由于缺

乏作决定的自主能力，在涉及医疗判断、医疗方案的选择或决定时，在医务人员向病人及其代理人说明有关医疗的好处、危险性和可能发生的其他意外情况等信息之后，由代理人为病人作出同意或不同意这种治疗的决定。代理人应该是有行为能力的人，并且与病人无利益和情感上的冲突。代理人应以真正代表病人的最佳利益为前提。

二、医疗最优化

（一）医疗最优化的含义

医疗最优化原则是行善原则、不伤害原则在临床工作中的具体应用，指在临床实践中，诊疗方案的选择和实施追求以最小的代价获取最大效果的决策，也叫最佳方案原则。如药物配伍中首选药物的最优化、外科手术方案的最优化、辅助检查手段的最优化、告知病人病情方式的最优化、晚期肿瘤病人治疗的最优化等。就临床医疗而言，最优化原则是最普通，也是最基本的诊疗原则。

（二）医疗最优化的道德实质

医疗最优化原则的道德实质就是要促使医务工作者在临床诊疗中，追求医疗技术判断与医学伦理判断的高度统一、协调一致。任何医学判断都是由医学技术判断和是医学伦理判断构成。比如，直肠癌的诊断，从医疗技术判断来看，就目前的医学手段可以采用 X 光造影检查、超声波检查、CT 断层扫描检查、肠镜及活检、剖腹探查等多种检查手段。这些方法对直肠癌的诊断均是有价值的，均可以被选用，无论选用哪一种都在正确的。但是，究竟选用何种检查方法才最有利于病人，这就超出了单纯的医疗技术判断的范围，它更多的还是涉及到“应该与不应该”的问题，对于 A 患者来说，选择 CT 断层扫描检查是应该的，但对 B 患者而言，选择 CT 断层扫描检查不一定是应该的，相反剖腹探查则是应该。“应该与不应该”问题的判断不是技术判断，而是伦理判断。伦理判断就要涉及到经济基础、价值观、人生观、生命观、健康观等问题，这些不是技术解答的问题，而是伦理回答的问题。

医学的判断需要伦理判断，也离不开伦理判断。任何一个医学判断，任何一个医疗行为的选择都是医疗技术判断与医学伦理判断共同作用的结果。医疗技术判断的目的在于保证医疗行为选择的科学性和正确性，其判断水平高低与否主要取决于所掌握的医学知识与技能等；而医学伦理判断的目的在于保证医疗行为的价值取向的合目的性和善良性，其判断水平高低与否主要取决于判断者的道德理念、道德品质等。医疗最优化的伦理意义在于追求技术判断与伦理判断的高度统一，最终达到善待生命、善待病人、善待社会的目的。

（三）医疗最优化的主要内容

疗效最佳：疗效最佳指诊疗效果在当时医学发展水平上、或在当地医院的技术条件下，是最好的、最显著的。疗效最佳的判断必须注意两个问题：一是选用的诊疗措施所产生的效果应该是目前医学界普遍认可、同时又是适应具体病人的最有效的检查、最有效的药物、最有效的手术等诊治措施；二是选用的诊疗措施所产生的效果应该是目前医学界普遍公认、同时又是医院现有条件能够提供的，病人也能接受的。比如，尽管目前医学界普遍公认 CT 在占位性病变诊断中效果优于 B 超检查，但所属医院又能提供此项检查，病人又能接受，这时，选用 CT 就是最优化选择。相反，如果所属医院没有 CT 设备，不能提供 CT 检查服务，这时 B 超检查就是最佳的。或者所属医院虽然能提供 CT 检查服务，但是病人由于种种主客观原因都承受不了时，选择 B 超检查就是最佳的。

损伤最小：临床诊疗工作中，诊断准确、治疗科学，能治疗救人；相反，误诊或漏诊，误治或漏治能致命害人。任何诊疗技术都存在着这种利弊两重性，难免会或多或少地给病人带来一定的伤害。为了减少这类伤害，医疗最优化原则要求，在疗效相当的情况下，临床工作者应以安全度最高、副作用最小、风险最低、伤害性最少作为选择的诊疗方法的标准。严格区别三种情况；一

是利大于弊的情况；二是利弊对等的情况；三是弊大于利的情况。坚持医疗最优化原则就必须选择利大于弊的诊疗措施，不选择弊大于利的诊疗措施。此外，由于客观条件的限制，非选拔利弊对等诊疗措施时，医务工作者应持十分审慎的态度作出决策。对必须使用，但又有一定伤害或危险的治疗方法，医务人员应寻找降低伤害的措施，尽量使可能的伤害减少到最低程度，确保病人的生命安全。

痛苦最轻：对病人而言，痛苦客观存在，包括疾病本身的痛苦，也包括病人因诊疗中的负作用所至的痛苦。痛苦不仅是肉体上的，而且是精神上的。痛苦虽然是客观存在的，但也是可避免的，这就需要医务工作者恪守医疗最优化原则，在确保治疗效果的前提下精心选择给病人带来痛苦最小的治疗手段。减轻疾病给病人带来的痛苦始终是医生诊疗的伦理责任。在特定情况下，对晚期癌症病人、临终病人，消除或减轻其痛苦已上升为主要矛盾时，选择治疗方案常常是以把减轻痛苦摆上决策中的第一要素加以考虑。

耗费最少：在我国随着市场经济的日益完善，医院经营模式的转变，医疗保险制度改革的深入，医疗的费用越来越成为影响病人医疗的重要因素。低投入与高产出的意识在医疗活动中倍受重视。面对这一现实，耗费最少便成为医疗最优化原则的重要内容。它要求医务人员无论是对待自费病人还是对待公费病人，在选择诊疗方案时，应当在保证诊疗效果的前提下，选择卫生资源耗费最少，社会、集体、病人及家属经济负担最轻的诊疗措施。防止因个人或集团的利益而导致的“过度医疗消费”现象发生，致使病人蒙受经济利益的损失。

三、医疗保密

《希波克拉底誓言》说：“我在职业中或私下看到或听到的一切都不应该泄露，我会保守秘密而不告诉任何人”。

（一）医疗保密的概念

医疗保密（medical confidentiality）通常是指医务人员在医疗中不向他人泄露能造成医疗不良后果的有关病人疾病的隐私。它包括以下三个方面的内容：①为病人保密。在临床中，医务人员为了诊治疾病的需要，常常需要了解与病人疾病相关的，而且病人又不愿意向别人透露的个人生活方式、行为习惯、生理、心理等方面的隐私和诊疗中已了解的有关病人疾病性质、预后情况、生理缺陷等方面的医疗信息。而病人为了治病或救命的需要，通常又会将这些个人隐私告诉医生。这些隐私可分为四个层次的秘密：一般秘密 - 指有关私事可与特定范围的亲戚、朋友分享；机密 - 主要指可与亲人（如配偶、子女）分享的隐私；绝密 - 指一般不与他人分享的隐私，甚至是最亲近的人；核心自我 - 是一辈子也不会泄露给他人的内心世界。医生了解病人的这些隐私其目的是为了诊治疾病的需要，除此以外再不应有别的什么目的，为此，医务人员有责任为病人保守这些秘密；②对病人保密。医疗保密也是临床上常见的一项保护性医疗措施，对病人保密的目的就是对一些特殊的病人施行医疗保护的举措。生物 - 心理 - 社会的医学模式要求在治疗疾病的过程中，既要“治身”，也要“治心”。“治心”就要考虑到病人的心理品质、人格特征、认知水平等心理素质对治疗疾病和战胜病魔的影响。对预后不良的病人，尤其是临终病人，当获知所患疾病的真实情况后很可能会悲观失望、失去战胜疾病的信心，消极对待治疗，甚至放弃治疗或拒绝治疗、促使疾病的恶化或加速死亡。针对这种现象，长期以来医学对这类患有预后不良疾病的病人常常采取保护性的隐瞒真实病情的做法。值得指出的是医学界对这种做法也存在着争议；③保守医务人员秘密。临床工作中，医务人员在医疗过程中的失误及医疗差错等情况一般不应当告诉病人。这并不是对病人的不真诚，而是因为这样做一是有损同行的职业威信和自尊，违背最基本的同行间的信用关系；二是对诊断、治疗不利，最终影响以信任为基础的医患关系。医生的医疗差错或事故对上级和组织不可隐瞒，至于该不该同病人讲则应该由组织决定处理。

（二）保密原则与“讲真话”

任何道德规范体系都要把诚实与讲真话纳入自己的体系之中，成为自己道德体系的重要组成部分。医学道德也不例外，诚实与讲真话自始至终是临床实践工作中评判医务人员道德水准的重要尺度之一。其主要含义为：病人与医生之间的交流应当是诚实的，这是一种美德，是医患之间真诚关系的基础。病人要对医生讲真话，如实而不隐瞒地将自己病情告诉医生；医生说话应以事实为依据，应真实地告诉病人有关诊疗情况（除例外情况之外）。

但讲真话在临床实践的应用是有例外的、有条件的，这主要是讲真话与保护性医疗相冲突造成的。保护性医疗是在医疗过程中，医疗一方为避免医疗非技术因素可能对病人身体和心理造成的伤害，从而影响病人疾病的治疗和康复所采取的防御性手段。对那些预后不良的病人、临终病人或心理素质较差的病人，在获知自己疾病的真实情况后很可能影响治疗、促进疾病的恶化或加速死亡。面对这种情况，医学长期以来采取隐瞒真实病情的做法来施行保护性医疗，其动机是从病人的健康利益或生命利益出发，防止病人对医疗失望，而放弃治疗、拒绝治疗，从而增大治疗的难度。从后果看，临床的实践也的确有一些病人，在这种保护性医疗措施的保护下，即在医生的善意谎言和欺骗下得益。按照效果论的判断，只要没有出现有害的后果（本人或他人），医务人员不向病人讲真话，而采用“善意的谎言和欺骗”，这在道德上是允许的。当然，随着患者权利意识、文化水平的提高，随着医护人员观念的转变，讲真话成为越来越普遍的要求。但是，讲真话要依据患者所患疾病的种类、患者不同的文化水平和社会地位、患者不同的心理特征而应该有所不同。讲真话更是临床实践中的一门艺术。

（三）医疗保密的伦理意义

医疗保密体现了对病人隐私权，对病人人格和尊严的尊重。我国现行法律法规中病人的基本权利含有隐私权。隐私权是指病人享有不公开自己病情、家族史、接触史、身体隐蔽部位、异常生理特征等个人生活秘密和自由的权利，医院及其工作人员不得非法泄密。

医疗保密是良好医患关系维系的重要保证，是取得病人信任和主动合作的重要条件。在临床医疗中，无论是有意还是无意泄露病人隐私都会对病人造成伤害，都会破坏医患间的信任关系，降低病人对医务人员的信任程度，从而导致医患关系的恶性循环，甚至因此引起不必要的医疗纠纷。

医疗保密是尊重原则在临床中的具体应用。保护性医疗就是趋善、向善、至善的具体体现。而医疗保密则是保护医疗的一种重要的措施与手段。当医务工作者面对诸如心理承受能力差或性格不健全或癌症等特定的病人，应该采取一定的保护性防治措施，增强其战胜病魔的信心，防止不良后果和意外事件的发生。

（四）医疗保密的伦理条件

然而，在医疗实践中，保密原则并不是无限制的、绝对的，它还会遇到到相关权力的冲突和限制。具体来说，恪守医疗保密必须满足以下几个伦理条件：①医疗保密的实施必须以不伤害病人自身的健康与生命利益为前提。因为，在现实的临床工作中，常常会出现恪守医疗保密原则就会与病人自身健康与生命利益相冲突。如一个有自杀意向、并且有能力付诸行动的病人，要求医务人员对其自杀意向进行保密，在这种情况下，医生能为病人保密吗？显然，医务人员从病人的生命和健康考虑不能作无条件保密的承诺，在道德上是能被接受的；②医疗保密原则的实施不伤害无辜者的利益。当满足病人医疗保密的要求会给无辜的第三者带来伤害时，应该放弃这种保密，否则，伦理学不会给予支持。例如，婚前检查发现一方患有严重遗传性疾病或性病后，并要求医务人员对其另一方进行保密时，医务人员就必须以不损害他人的利益作为一个基本的伦理前提；③恪守医疗保密原则必须满足不损害社会利益的伦理条件。当为病人保密的后果将必然危害他人和社会利益时，应以他人和社会利益为重，对这种保密要求予以拒绝；④遵循医疗保密原则不能与现行法律相冲突，否则，它的应用就失去了伦理学的意义。

总之，医疗保密在临床中的应用是有条件的，必须考虑到病人以外的包括他人、社会、医疗、法律等的需要和价值。其中，他人和社会利益应是为病人保密与否的最高判定标准。

第三节　医学道德规范

规范是指明文规定或约定俗成的标准。医学道德规范是医务人员的行业准则。在医学伦理思想史上，人们提出了诸多医德规范，有的被医学行业组织或医疗卫生单位采纳和吸收，形成了医学道德规范体系。

一、医学道德规范概述

（一）医学道德规范的涵义

医学道德规范（the codes of medical morality）是依据一定的医德理论和原则制定的、医务人员在具体、典型的医学情境中应该遵循的职业行为准则，是用以调整医学实践中各种具体人际关系、评价医学行为善恶的主要尺度。

医学道德规范作为医德意识和行为标准，是对整个医界的一种道德要求，从广义上不仅包括医疗人员，而且包括预防人员、医学科研人员、医学教学人员、卫生管理人员和卫生后勤人员等其他医务人员；不仅包括医务人员个人，而且包括卫生单位和各级政府卫生主管部门等医学行为主体。

（二）医学道德规范的形式

医学道德规范以“哪些应该做、哪些不应该做”的表述，将医学伦理学的理论、原则转换成医务人员在医学活动中遵循的具体标准。而作为比较成熟的职业道德准则，医学道德规范一般以强调医务人员的义务为主要内容，多采用简明扼要，易于记忆、理解和接受的“戒律”、“宣言”、“誓言”、“誓词”、“法典”、“守则”等形式，由国家和医疗行政管理部门颁布执行。

（三）医学道德规范的特点

1. 现实性与理想性的统一　一个社会所倡导的医学道德规范是现实医学道德的反映，必须符合医务界道德实际情况，同时也反映人们的价值追求和理想人格与目标，具有超前性，因而，必然是现实性与理想性的统一。

2. 普遍性与先进性的统一　医学道德规范作为行为准则，应当依据医务人员不同的医德现状，分别提出统一的底线伦理要求与高标准的价值导向要求，体现出医学道德规范普遍性与先进性的统一。

3. 一般性与特殊性的统一　医学道德规范一般性与特殊性相统一的特点，体现在两个方面：一是它既要符合社会道德的一般要求，又要突出医学职业的特定要求；二是它既要回答医学服务的共性要求，又要注意具体医学服务部门的个性要求。

4. 稳定性与变动性的统一　医学道德规范的稳定性，取决于医学道德关系的相对稳定与医学道德基本思想的相对恒定；其变动性，取决于医学道德关系的发展变化以及人们对其认识的拓展深化。

5. 实践性与理论性的统一　就医学道德规范本身而言，它的内容集中体现其实践性，它的形式集中体现其理论性。

二、国际、国内主要的医学道德规范

（一）国际主要医学道德规范文件

1. 世界医学协会制定和颁布医学道德规范文件　世界医学协会（World Medical Association，WMA）是由各国医学协会自由加入组成的非政府间国际组织，是代表全体医务工作者的机构，

成立于1947年9月，目前已有100个国家医学协会成员，是一个非政治性组织，旨在确保医务人员的独立性，为医务人员的医疗行为制定最高伦理标准，各成员有一个共同的理想——对患者负责。自成立以来，制定和颁布了一系列医学道德规范文件，诸如《日内瓦宣言》(WMA Declaration of Geneva，1948)、《世界医学协会医学伦理国际守则》(WMA International Code of Medical Ethics，1949)、《赫尔辛基宣言》(WMA Declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects，1964)、《东京宣言》(WMA Declaration of Tokyo-Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel，Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment，1975)等，另外还编辑了《医学伦理手册》(Medical Ethics Manual，2005)，在这一系列文件中，《日内瓦宣言》的影响尤为广泛。

《日内瓦宣言》是世界医学协会发布的第一个重要的医学伦理文件，出于第二次世界大战后人类对于德国纳粹政权医师非人道人体试验的深刻反省。该文件尊重了希波克拉底的道德传统，认为希波克拉底誓词所提出的基本道德原则仍应加以尊重，主要表现为：①沿用医生宣誓的“誓词”传统；②强调“把患者的健康利益放在首位”、“为患者保密”以及“对老师的尊重”等道德原则。除了继承希波克拉底誓言的上述道德传统外，还强调“医生的良心、尊严和荣誉”以及“对患者一视同仁”和“医学人道主义”等。目前，日内瓦宣言确定的道德原则已经成为国际医学界的职业公德、职业精神和一面道德旗帜。

2.《新世纪的医师职业精神——医师宣言》《新世纪的医师职业精神——医师宣言》(Medical professionalism in the new millennium：a physician charter)是由美国内科学基金、ACP基金和欧洲内科医学联盟共同发起和倡议，首次发表于2002年《美国内科医学年刊》和《柳叶刀》杂志。到目前为止，已有包括美国、英国、法国、德国、加拿大等国在内的36个国家和地区的120个国际医学组织认可和签署了该宣言，中国医师协会于2005年正式签署该宣言，加入推行《医师宣言》的活动。

《医师宣言》为当代医师提出了21世纪医学职业道德的三项基本原则以及十项职业责任。三项基本原则是：患者利益至上原则、患者自主原则和社会公平原则；十项职业责任是：提高业务能力的责任、对患者诚实的责任、为患者保密的责任、跟患者维持适当关系的责任、提高医疗品质的责任、促进医疗享有的责任、公平分配有限医疗资源的责任、对科学知识负有责任、通过解决利益冲突而维护信任的责任、对职责负有责任。中国医师协会认为，《医师宣言》所提出的三项基本原则和十条职业责任完全符合世界各国医师职业道德要求。在医患矛盾突出的今天，实施《医师宣言》不仅是医师行业自律的体现，而且也有助于医师良好社会形象的树立。

(二) 国内主要的医学道德规范

1. 中华人民共和国卫生部制定的医学道德规范 中华人民共和国卫生部1988年12月15日颁布的《医务人员医德规范及其实施办法》(已于2010年废止)是我国最重要的医学道德规范文件之一，其各项条款一度是我国医学道德规范的主要内容。

2. 中国医师协会制定的医学道德规范 中国医师协会(Chinese Medical Doctor Association，CMDA)成立于2002年1月，是以注册的执业医师和执业助理医师及单位会员自愿组成的全国性、行业性、非营利性的社会团体。

中国医师协会是依据《中华人民共和国执业医师法》注册具有独立法人资格的社会团体。其宗旨是发挥行业“服务、协调、自律、维权、监督、管理”职能，致力于加强医师队伍建设和管理；维护医师合法权益；弘扬以人为本、救死扶伤的人道主义职业道德；提高医师医疗水平和服务质量，为我国人民的健康和社会主义建设服务。

道德建设委员会是中国医师协会的重要组成部分。该委员会自成立以来，在各位委员的积极支持下，在加强医师行业道德建设和职业精神教育方面做了大量工作，为协会发展提出了重要的指导意见。受协会委托，道德建设委员会于2011年发布了《中国医师宣言》，号召中国医务

工作者和执业医师坚守并承诺6条医学守则：平等仁爱、患者至上、真诚守信、精进审慎、廉洁公正、终生学习。并于2014年发布了40条的《中国医师道德准则》，是医务人员日常工作的行为准则，是对医生的良心要求和道德尺度，倡导医务人员自觉遵守。

三、医学道德规范的内容

2012年6月26日，为进一步规范医疗机构从业人员行为，卫生部、国家食品药品监督管理局和国家中医药管理局组织制定了《医疗机构从业人员行为规范》。在其第二章提出了“医疗机构从业人员基本行为规范”共8条（第四条至第十一条），其主要内容解读为：

1. 以人为本，践行宗旨　坚持救死扶伤、防病治病的宗旨，发扬大医精诚理念和人道主义精神，以患者为中心，全心全意为人民健康服务。以人为本就是要在医疗活动中尊重人的价值，强调病人的中心地位，是医学伦理精神的集中体现；践行宗旨是指践行救死扶伤这一医学服务的最高宗旨，是医务人员应该承担的基本职责。以人为本、践行宗旨，是医学事业和人民健康利益的根本要求。我国医德传统非常强调“医本活人”、“济世救人”；毛泽东则把“救死扶伤，实行革命的人道主义”视为医德的精髓；《中国医师宣言》也明确要求“遵循病人利益至上的基本原则”。在国外的医德思想中，古希腊的《希波克拉底誓言》是倡导救死扶伤、忠于职守的典范；古罗马名医盖伦要求自己及同行“将全部时间用在行医上，整天思考它”；《日内瓦宣言》要求医务人员“郑重的保证自己要奉献一切为人类服务”。以人为本、践行宗旨的医德准则是这些医德思想精髓的高度提炼。

2. 遵纪守法，依法执业　自觉遵守国家法律法规，遵守医疗卫生行业规章和纪律，严格执行所在医疗机构各项制度规定。我国《医务人员医德规范》（1988）第4条规定：“廉洁奉公，自觉遵纪守法，不以医谋私。”廉洁行医、遵纪守法，是古今中外优秀医家十分重视的医学道德品格。医疗卫生相关法律、法规、制度，既是对医疗工作秩序的规范，也是对医疗职业严肃性的维护；既是对医疗从业人员工作的要求，更是对其权益的保护。“徒法不足以自行”，制度的生命力在于执行，广大医疗从业人员只有不断加强法律学习，逐步提升法纪意识，切实遵纪守法，严格依法执业，才能做到对工作负责、对患者生命健康负责，才能维护医疗机构和从业人员的正当权益和良好声誉。

3. 尊重患者，关爱生命　健康所系，性命相托。尊重生命是医德最重要的思想基础和最突出的人文特征。作为医疗从业人员，应敬畏生命、尊重生命、关爱生命，充分保障患者合法权益；应对所有的人予以同样的关爱和尊重，“普同一等，同仁博爱”。遵守医学伦理道德，尊重患者的知情同意权和隐私权，为患者保守医疗秘密和健康隐私，维护患者合法权益；尊重患者被救治的权利，不因种族、宗教、地域、贫富、地位、残疾、疾病等歧视患者。

4. 优质服务，医患和谐　这一准则要求医务人员举止端庄、语言文明。这不仅是自身良好素质和修养境界的体现，也是赢得患方信赖与合作的重要条件，有助于的病人的救治和康复。希波克拉底曾提出：世界上有三种东西能够治病：一是对症的药物，二是外科的手术刀，三是良好的语言。瑞士名医、诺贝尔奖获得者科歇尔（E.T.Kocher，1841-1917）也曾指出：一个外科医师如果给病人以恶劣印象，则无异于恶魔。举止端庄首先要讲究行为文明。医务人员的神态、表情、动作，都会直接影响病人的情绪及求医行为。行为文明要求做到：态度和蔼可亲，举止稳重，动作轻盈敏捷、潇洒大方，遇到紧急情况沉着冷静、有条不紊。举止端庄还要讲究装束文明。医务人员在着装、服饰上应与职业相适应，即规范、整洁、朴素、大方，既不主观随意，又不刻意“包装”。语言文明是指使用文明语言进行沟通。语言是人们交流思想和情感的基本工具，是体现文明修养的基本要素。医务人员良好的愿望、热情的态度、诚挚的关心，都需要通过文明语言来表达。医务人员不仅应当模范地运用礼貌语言，还应当突出其医学特点，甚至要讲究语言的艺术性。

5. 廉洁自律，恪守医德 “德不近佛者不可为医”，德业双修、德术并重始终是中外历代医家在长期医学实践中遵循的行医准则，也是医家为社会所尊崇的重要原因。医疗从业人员只有廉洁自律、恪守医德，始终以德行医，以诚处事，时时处处严格要求自己，心术正、行为正、作风正，堂堂正正做人，清清白白行医，不以权谋私，不以职谋私，全心全意为患者服务，才能实现自身价值，赢得人民群众和社会的尊重。人民医学家裘法祖说自己“一身正气、两袖清风、三餐温饱，四大皆空”。在改革开放、发展社会主义市场经济的背景下，尤其是在新旧体制交替、利益格局调整和思想观念变化的情况下，医务人员更应廉洁自律，恪守医德。

6. 严谨求实，精益求精 热爱学习，钻研业务，努力提高专业素养，诚实守信，抵制学术不端行为。“医乃至精至微之事”，严谨求实、精益求精，是医疗卫生职业的内在要求。特别是随着时代进步和社会发展，人民群众对医疗服务的范围和质量都提出了更高要求。医疗从业人员应谨慎执业、诚信行事，尊重科学、遵循规律，钻研技术、精益求精，克服功利思想、防范浮躁心态，反对不良学术风气，抵制不端学术行为，营造良好学术氛围。清代医学家徐大椿说“医，小道也，精义也，重任也，贱工也。古者大人之学，将以治天下国家，使无一夫不被其泽，甚者天地位而万物育，斯学者之极功也”。

7. 爱岗敬业，团结协作 忠诚职业，尽职尽责，正确处理同行同事间关系，互相尊重，互相配合，和谐共事。医疗行业的每一个岗位都与人的生命健康息息相关，使命神圣而崇高。视职业为生命，爱岗敬业、忠诚职业是每一位医疗从业人员应具备的一种品质，更是每一位医疗从业人员应遵守的基本职业操守。现代医学，特别是临床诊治工作是多学科融合与应用的整体。医疗从业人员只有在同一任务目标下，同心协力、取长补短，互相尊重、相互配合，才能达到良好的治疗效果，实现以人为本的服务理念。

8. 乐于奉献，热心公益 积极参加上级安排的指令性医疗任务和社会公益性的扶贫、义诊、助残、支农、援外等活动，主动开展公众健康教育。“人命之重，有贵千金，一方济之，德逾于此”。奉献对医疗从业人员而言，就是把本职当成事业来热爱和完成，努力做好每件事、认真善待每个人。在做好常规医疗工作的同时，医疗从业人员应积极参加相关医疗任务，承担起基本的社会责任。无论在革命战争年代还是在和平建设时期，无论是突发公共卫生事件的应急处置，还是医疗援助、健康教育，处处都有医务人员的身影，人民群众幸福安康的背后是医务人员的默默奉献。

四、医学道德规范的作用

1. 在医学伦理学准则体系中的主体作用 医学道德原则、医学道德规范、医学道德要求，共同组成了分工明确、功能互补的医学伦理学准则体系。医务人员在医疗活动中应该做什么，不应该做什么，主要是由医学道德规范作明确而具体的规定，它比较全面地指明了医务人员应该如何在医疗实践中去选择自己的行为。

2. 在医学道德评价中的尺度作用 医疗活动是一个复杂的过程，医务人员的医技水平、医学道德修养都离不开医德评价。而医学道德规范则是评价医学道德行为和医学道德生活的基本准则。因为进行医学道德评价，无论是社会的外在褒贬，还是自我的内在自省，都必须以医学道德规范作为直接尺度，即用医学道德规范来衡量每一个医务人员在医疗活动中道德行为的是与非、善与恶。

3. 在医院管理中的规范作用 医院管理不仅需要加强医疗技术和医疗设备的现代化，建立健全各种规章制度，而且需要制定相应的医学道德规范，加强对医务人员进行这方面的教育，有效调动大家参与医院规范化管理的积极性和主动性。

4. 在医学道德修养中的内化作用 医学道德调节职能的实现，取决于医务人员提高医学道德修养。从不知到知，从知到行，从他律到自律，是医学道德修养的一般规律。在医疗活动中，

以医学道德规范认真指导和检验自身言行，医务人员就可能实现医学道德规范的内化作用，从而提高和完善医学道德人格。

本章小结

尊重、不伤害、有利、公正是当前国际通行的医学伦理学基本原则，在临床医学及医学科学研究的实践中，这四个基本原则又具体化为一系列应用准则，其中最为重要的是知情同意、医疗最优化、医疗保密这三个准则。这些基本原则和应用准则都可以成为医务人员在工作实践中解决具体问题的参考、指导和依据。即便如此，由于医学科学技术的飞速发展和不同文化不同宗教带来的决策倾向，它们一定还是无法应对复杂多变的医疗情境，仍然会有大量的医学难题、两难抉择常常出现在我们面前。但是无论何种情境，医务人员如果能够怀有一颗仁慈的心，按照医学道德规范内容的八项要求去做，无论何时都遵从“为了病人好”这一根本原则，一切问题在同情与仁爱的关照下都会得到和谐的解决。

复习思考题

1. 尊重患者自主性是绝对的吗？
2. 简述双重效应原则的内容与要求。
3. 简述在医疗卫生保健领域，微观分配的程序和标准是什么？
4. 请阐述你如何理解知情同意过程中代理人同意的情形。
5. 医生特殊干涉权的范围及应用条件是什么？
6. 医学道德规范的主要内容是什么？

本章作者及联系方式

邓蕊（山西医科大学人文学院，山西省太原市新建南路56号，邮编：030001。email：shddengrui@gmail.com）

Notes

第五章　医学道德的培育

教学目的

掌握医学道德教育、修养和评价的基本概念；熟悉医学道德教育过程及特点，医学道德修养的原则及途径，医学道德评价的标准、依据及方法；了解医学道德培养的具体途径和方法，促进医学生良好医学道德品质的培养，更好地履行医学道德责任。

［案例 5-1］2013 年被中央电视台评为“最美乡村医生”的藏族医生洛松江村，被誉为怒江岸边的“生命守护者”。20 年前 15 岁的洛松江村从昌都卫校毕业，稚气未脱的他成为了边坝县尼木乡第一位乡村医生，开始了他的行医巡诊路。他行医 20 年，踏冰卧雪，数千次翻山越岭；风餐露宿，踏遍了怒江两岸；扎根基层，为 3400 多名乡亲提供及时有效的医疗服务。沙丁乡所辖的 16 个自然村中有 13 个不通路，加上怒江环绕、山高谷深、绝壁小道，缺医少药、无医可请的情况非常普遍。在他行医的 20 年里，他出诊走的很多路都是山高谷深的绝壁小道，需要花费大部分时间骑马翻山，甚至需要翻越海拔 5300 米的大雪上，需要过草地，有些地方只能依靠步行。有时一次巡诊就需要五六天的路程，他总要自带干粮，饿了，就随便吃些干粮；渴了，就喝泉水甚至雪水。他依旧保持每个月 5 次以上的出诊频率，稍微边远的地区，一年至少也要巡诊 6 至 7 次，全年 200 多天行走在各个村庄为病人诊治，为孕妇产检、接生，为孩子接种疫苗。20 年间，6000 多次翻越雪山，数万公里长途跋涉，洛松江村一次又一次与死神挑战。400 多个健康活泼的孩子伴随着他的足迹降临世间，担当起了延续生命的“守护者”。20 年来，洛松江村的无私付出和对生命敬重，对百姓尽心，对乡亲的不离不弃，感动了所有人。

（本案例摘自新华网西藏频道 2013 年 9 月 24 日刘洪明稿《怒江岸边的“生命守护者”——记西藏昌都边坝县沙丁乡卫生院院长洛松江村》）

讨论与思考：从以洛松江村为代表的大批乡村医生扎根基层守护生命的事迹中，您得到了什么启发？

［案例 5-2］作为一个特殊的职业，医生几乎每天都要和死神打交道。因此，面对疾病和死亡，他们更多表现出一种“职业性冷静”。来自电视剧《医者仁心》的 A 医生说：“我们要保持绝对的冷静，因为还有下一个生命垂危的患者等着我们去救治。我们实在是做不到上一分钟还痛哭流涕，下一分钟就冷静地站在手术台上，切开另一个人的胸膛。所以面对死亡，我们只能保持一种假装的冷漠，这是我们每个人的心理自我保护，否则我们早就崩溃了。”

来自广东汕头的 B 医生在微博中写道：“我暖个被窝也不容易，您就等我下班再死，好不？”“在我下班的时刻她开始吐血，估计也就这几个小时的事了，反正不关我的事了，我下班了，噢耶耶耶。”“病人宣布临床死亡，今晚可以睡个好觉！明天可以出游了！”这名医生被网友称为“冷血医生”。

C 医生，一位著名外科大夫，一次做手术达到“忘我境界”，当患者已经停止了呼吸和心跳时，麻醉师一再提醒他停止操作。但该医生依然我行我素，直到手术“完美收官”。

（案例来自：白剑峰．中国医生人文素养仍偏低　不能成无情“冷血杀手”，人民日报 2011

年3月17日第19版）

[讨论与思考] 请用您学到的医学道德知识，对上述A、B、C三位医生的言行进行评价，并联系实际回答医学道德修养的关键点是什么？

医疗领域是一个关涉人的生命质量和健康水平的高尚职业，因而古今中外都把具有高尚的医德作为职业精神的基本要求。好医生的素质不是天生的，而要经过医学道德的培育过程。早在20世纪80年代，著名内科学家张孝骞教授就谈到，医德既是崇高的道德准绳，又涉及广泛的人际关系，因此医学教育不能满足于医术的传授，更要重视医德的培养。医德的培养是通过医德教育、医德评价及医德修养，将外在的医德原则、医德规范内化为自身信念的过程。掌握医德教育、修养和评价的基本理论和方法，有助于培养医务人员良好的医学道德品质，对更好地履行医学道德义务具有重要意义。

第一节　医学道德教育

医学道德教育（medical ethics education）是医学道德实践的重要内容。它既贯穿于医学生在校学习的过程，也渗透在医务人员长期医疗实践的始终，是培养其医学道德品质的外在条件。医务人员担负着救死扶伤的崇高使命，在医患关系不断调整的当代社会，从医学生阶段起就重视加强医学道德教育具有十分重要的意义，关系到他们能否成为德才兼备的医学人才，能否担负起社会赋予的职业使命。

一、医学道德教育的涵义

医学道德教育就是为使医务人员深刻认识并自觉履行医学道德义务，对他们进行有目的、有计划、有步骤的医学道德基础理论及基本知识的系统教育，同时在医疗实践过程中施加良好医学道德影响的过程。医学道德教育的目标是把医学道德的原则和规范，转化为医学生和医务人员的医学道德信念和行为，从而提高他们的医学道德品质，促使他们立志做一名德艺双馨的医务工作者。

二、医学道德教育的过程

医学道德教育是一个培养和提高医务人员医学道德品质的过程。医德品质的培养过程，是医德认知、情感、意志、信念和行为习惯这五大要素逐渐确立和形成的过程。具体来说就是从提高医务人员的医学道德认识、陶冶医学道德情感、锻炼医学道德意志、确立医学道德信念、养成良好的医学道德行为和习惯的过程。这是一个医学道德品质逐渐确立和形成的过程，它反映了医学道德教育的一般规律。

（一）提高医学道德认识

医学道德认识是对医德关系以及调节这些关系的原则、规范的认知、理解和接受。认识是行为的先导，因此提高医学生的医德认识水平是医德教育的首要环节。医学院校对学生的培养是根据医学专业进行针对性的知识传授，经过几年高等教育的医学生会掌握相当程度的医学理论知识和技能。从医学技术的角度看，他们可以顺利地进入医疗实践，为病人提供医学服务。但从医学伦理的角度看，如果不能全面、系统掌握医学伦理学的基本理论和方法，面对医学实践中诸多医学道德和生命伦理问题，医学生可能面临道德选择和价值判断的种种难题。医学院校负有给学生传授医学知识的责任，同时肩负着进一步传授医学伦理知识特别是职业道德培育的责任。医德意识不可能在医学生的头脑中自发形成，必须依靠专业伦理教育传授医德知识，才会促使他们增强医德意识，提高医德水准。因此在教育中要多传授医德知识，在理论上多给学

生补充职业正能量，使学生对医学伦理学基本理论和方法建立起系统认识和具有运用其解决问题的能力。这也是医学道德要求转化为医务人员内在品质的首要环节，是医学道德形成的基础。通过医学道德的教育，可以帮助医务人员认清什么是医学道德的原则和内容，并能依此来判断自己和他人思想和言行的是与非、善与恶、美与丑、荣与辱，从而提高对社会主义医学道德的认识水平。

（二）陶冶医学道德情感

医学道德情感是指医务人员在医疗实践过程中对职业以及对象的爱恨、好恶态度及其遵循医德要求履职后的内心体验。医德情感是产生行为的内在动力，因此培养医学生的医德情感是医德教育的重要环节。医学道德情感是医务人员的一种主观的心理反应，是在医学实践中不断提高医学道德认识的基础上，逐步形成和发展起来的。其实，医务人员仅仅对医学道德有了认识，并不能自动转化为相应的行为，而是要通过医学道德情感的培养，这是提高医务人员医学道德水平的重要环节。因此，通过医学道德教育，可以帮助医务人员真正树立救死扶伤的医学人道主义精神，激发他们的责任感与事业心，培养对医学事业和病人深厚的深厚感情，并从内心认可和感受医学道德的尊严与价值。这种情感具有稳定性。良好的医学道德情感一旦形成，医务人员必然会在工作中表现出一切为了病人、热心服务病人的自觉行动，做到急病人之所急、想病人之所想，甚至可以为了病人，不惜牺牲个人的一切。有学者提出医生在临床工作中要努力达到的三条基线：心地善良、心路清晰、心灵平静。心地善良——医生给病人开出的第一张处方是关爱；心路清晰——从繁杂的现象中清理出诊治方案；心灵平静—会遇到各种难治的疾病，也会有些难处的病人。这“三条基线”，是医务工作者在经年累月的临床实践中凝炼形成的医学道德情感的集中体现。

（三）锻炼医学道德意志

医学道德意志是指医务人员自觉地克服在履行医学道德义务过程中，自觉克服困难和障碍的毅力。医德意志是行为的杠杆，因此锻炼医学生和医务人员的医德意志是医德教育的关键环节。医务人员有没有坚强的医学道德意志，是关系到能否达到一定医学道德境界的重要条件。医务人员在医疗实践过程中，会遇到许多意料不到的困难和曲折，如果没有坚强的毅力，就有可能知难而退；相反，有了坚强的毅力，就有可能排除各种困难、知难而进，始终不渝地坚持履行医学道德义务，承担医学道德责任。因此，通过医学道德教育，帮助和引导医务人员在实践中培养和磨炼坚强的医学道德意志，从而能够自觉地、坚定不移地付诸良好的医学道德行为。在当前市场经济大潮的冲击下，医学生、医务人员难免要受到功利至上价值观及拜金主义、享乐主义人生观的影响，合理利己主义成为较普遍的价值取向。医务人员一旦在理想、信念和追求上发生动摇，就会在道德价值观念方面产生不同程度的困惑和焦虑。精神防线一旦被击垮，便会做出错误的道德行为选择，这与他们肩负的救死扶伤的历史责任是不相称的。

（四）树立医学道德信念

医学道德信念是医务人员根据医德认识、医德情感和医德意志确立起来的对医德理想、目标坚定不移的信仰和追求。医德信念是推动医学生产生医德行为的动力，是认识转化为行为的中介环节。因此，着力于医德信念的树立是医德教育的中心环节。它是理性的医学道德认识，是在内心形成的医学道德准则，它能左右医学道德意志和行为取向，是推动医学道德认识转化为医学道德行为的动力。医学道德信念具有对个人医学道德言行进行自我监督、自我控制的作用。医学道德信念具有坚定性、稳定性和持久性的特点。医务人员一旦牢固树立了医学道德信念，就能自觉地、坚定不移地依照自己确立的信念来选择自己的医学行为、鉴定自身的行为和他人行为的善恶是非。有效的医学道德教育，不仅可以启迪医务人员确立正确的医学道德信念，还可以强化和巩固这种医学道德信念。这是将医学道德认识转化为医学道德行为的重要因素。

（五）养成良好的医学道德行为和习惯

职业道德行为习惯是在职业道德认识、职业道德情感、职业道德意志和职业道德信念的支配下，形成的一种经常的、持续的、自然而然的行为活动习惯。职业道德行为习惯是职业道德教育的目的，也是衡量一个医学生职业道德水平的高低标志。因此，使医学生养成良好的职业道德行为习惯是职业道德教育的最终环节。医学道德行为是医学道德的外在表现，是医务人员在一定医学道德认识、医学道德情感、医学道德信念和医学道德意志的共同作用下所表现出的行为。医学道德习惯是指医务人员在日常工作中，形成的一种经常的、持续的、自然而然的行为习惯。医学道德习惯的养成，是医学道德意志坚持不懈的结果，是不稳定的医学道德行为转变为稳定的医学道德行为的体现。医德行为习惯是医德教育的目的，也是衡量医务人员医德水平高低的标志。因此，使医学生养成良好的医德行为习惯是医德教育的最终环节。医学道德教育，不仅要求医务人员自觉地按照医学道德的基本原则和规范行事，还要求将良好的医学道德行为逐步转变成医学道德习惯，从而自觉地、坚定不移地付诸良好的医学道德行为和履行医学道德责任。可见，培养良好的医学道德行为和习惯，既是医学道德教育的出发点，也是医学道德教育的归宿。

医学道德认识、医学道德情感、医学道德意志、医学道德信念、医学道德行为和习惯，构成了医学道德教育的基本过程。这五个过程是相互制约、相互渗透和相互促进的。在医学道德教育过程中，提高对医学道德的认识是前提和依据，培养锻炼医学道德情感和意志是两个必备的内在条件，确立医学道德信念是核心和主导，养成良好的医学道德行为和习惯是医学道德教育的目的。

三、医学道德教育特点

医学道德教育的特点主要有实践性、长期性和多样性等三个方面。

（一）医学道德教育的实践性

医学道德本身具有很强的实践性，在医学道德教育中要贯彻理论联系实际的原则。首先，医学道德教育要适应时代和社会发展的客观要求。结合中国特色社会主义市场经济、医药卫生体制改革及现代科学技术条件下医学伦理学面临的新课题，引导医务人员对这些课题进行探讨，帮助他们在现实的医疗实践中正确地处理所面临的一系列医学道德问题，从而自觉地履行医学道德义务。其次，医学道德教育要引导医务人员在日常工作中践行医学道德义务。结合医疗工作的实际，做到有的放矢，使医务人员在工作实践中得到切实有效的帮助，让医学道德的原则、规范变得更为具体，并对他们的思想和行为产生深刻的影响。最后，医学道德教育必须适应医学的发展。随着医学科学的发展，医学道德领域会出现许多新问题，应教育和引导医务人员形成正确的认识，作出恰当的行为选择。纵观古今中外的医学道德，无一不是伴随着医学发展而不断增添新的内容，提出对医务人员新的要求。当今医学模式的转变，要求医务人员不仅要关心疾病的治疗，还要关注社会、心理因素对病人的影响等问题，这是医学发展的进步，更需要在医学道德上予以规范。因此，医学道德教育要坚持实践性，离开实践的医学道德规范是空洞的规范，离开医学道德规范的实践是盲目的实践。

（二）医学道德教育的长期性

医务人员良好医学道德品质的形成不是一朝一夕的，而是一个不断积累、由浅入深、长期教育的过程。这就决定了医学道德教育是一项长期性的工作。古人云“无恒德者，不可以作医”。医务人员医学道德品质的形成有着自身的规律，医学道德情感和医学道德信念是一个不断积累、增强的过程，医学道德认识也是一个由浅入深、由片面到全面的过程，医学道德习惯是在医疗实践中逐渐养成的。可见，医务人员良好医学道德品质的塑造，良好医学道德习惯的养成，不可能一蹴而就，也不可能采用一种方式突击完成。此外，社会环境中广泛存在的非道德行为和

道德困惑会给他们带来经常性的负面影响，这就需要我们在医务人员医学道德素质的形成过程中坚持进行经常性的教育，把医学道德教育当作一项长期的战略任务，从实际出发，持之以恒地进行。

（三）医学道德教育的多样性

医学道德教育的多样性主要是由医疗工作的复杂性所决定的。为此，医学道德教育应该根据实际情况，采取多种途径和多种形式进行。在医学道德教育目标的现实性基础上，教育的内容应该具有可操作性、可接受性、富有时代特色。教育方式上，要改变传统的道德灌输模式，而是从激发人的积极性、主动性出发，合理运用传媒、网络等现代技术手段，实现医学道德教育的手段、方法、方式的变革。增强教育的说服力、吸引力和影响力，才能增强教育的实效。首先，由于医疗工作和社会有着密切的联系，会受到地区、环境、民族、宗教信仰、个人生活经验及社会风俗等的影响，在开展医学道德教育时，先要进行调查研究，从实际出发，选择最需要、最迫切的问题作为教育的内容。其次，医学院校的学生和医疗卫生单位的职工应接受系统的医学道德教育，全面学习医学道德的理论和知识，从思想上提高对医学道德的认识；再次，要根据医疗岗位的特点进行针对性教育，加强医学道德理论与实践的结合；最后，医学道德教育应因人因地而异，切忌千篇一律，要引导医务人员注重自我学习和教育，从医学职业责任上强化自身学习的自觉性。此外还要注意新技术给医学道德教育带来的新问题。微博、微信等基于互联网技术的社交媒体是近五年内出现的新事物。在微博、微信中毫无顾忌地讨论病人病情、暴露病人隐私的情况在国内外屡见不鲜。这些应引起医学道德教育的重视并给予正确的引导。据巴西《圣保罗页报》网站 2014 年 8 月 20 日报道，随着社交网络的普及，巴西医生等医疗健康领域从业人员越来越喜欢在社交网络上发布自己的照片，但是问题随之出现，病人有时也会在照片上“出镜”，个人隐私常常被暴露。该报社记者通过搜索发现，在社交网络上可以找到很多能看到病人面孔的照片，包括一名正在手术中的男子和一个正在接受癌症治疗的儿童。巴西联邦医疗委员会检验部分协调员表示，工作中拍摄照片是被禁止的，对此有非常严格的规定。无视此规则的医生将受到惩罚，严重的情况下甚至可能取消医生的从业资格。无独有偶。中国医生也热衷于通过微博、微信开展科普宣传，这些行动得到了不少市民的肯定，但暴露病人隐私的指责也随之而来。针对此，国家卫生计生委新闻发言人在例行新闻发布会上表态称，医疗机构和医生不能通过微博进行诊疗活动。

第二节 医学道德修养

医学道德修养（medical morality）是医务人员一项重要的医学道德实践活动，是他们通过自我教育、自我磨炼，把社会主义医学道德基本原则和规范转化为个人医学道德品质的过程。随着医学科学的迅猛发展和医药卫生体制改革的不断深化，研究医学道德修养，提高医务人员的医学道德素质，已成为医学伦理学的一项重要课题。

一、医学道德修养的涵义

医学道德修养是医德品质养成的方法之一和关键环节，是医务人员依据一定的医德原则和规范所进行的自我教育、自我锻炼和自我提高。它是医疗主体在职业活动中，处理与病人、同行及社会关系中对自己医德品质的锻炼和改造的过程。医德修养的过程，是外在的医德原则、规范和要求内化于医疗主体的医德认识、观念和行为习惯的过程。

二、医学道德修养的原则

医学道德修养要坚持读与悟相统一、知与行相统一、自律与他律相统一等原则。这些原则

是在长期实践中总结概括出来的，是完善医学道德修养必须遵循的基本原则。

（一）坚持读与悟相统一的原则

知是行的前提和基础。医学道德修养作为一种自觉的、理智的活动，必须始终在正确的认知—即科学的理论指导下进行，才能避免盲目性和片面性。医学道德修养就是科学道德理论的“内化”过程。那么，作为医务工作者，怎样才能做到和做好科学道德理论的内化呢？那就是在医德理论学习中，必须坚持读与悟的统一。孔子曰“学而不思则罔，思而不学则殆”，说的就是这个道理。首先，在医学道德认知上要做到“辨真伪，去糟粕，取精华”。正处于社会转型期的当今时代，是利益主体多元化的时代，是一个多元价值观泛滥的时代，更是一个信息高速传播的时代，各种各样的道德价值理论和思潮充斥在我们周围，尤以我们十分熟悉的网络信息为甚。面对这些信息，我们如果只学习，不思考，就难辨真伪，往往无所适从，困惑迷茫。如果只做封闭式的思索，不去学习其他的理论做对比思考，往往会被其错误的思想所左右，从而走上道德修养的迷途。只有在认真阅读的同时，坚持认真思考，在理论对比中，发现真理，提高鉴别能力，才能自觉运用科学的理论武装自己，打牢医德修养的理论根基。其次，在医学道德认知上要做到“识本末，戒表浅，达深邃”。对每一位医务人员而言，科学医德理论的真正“内化”，是建立在对医德理论科学内涵的深刻把握和全面理解的基础上。如果只学习不思考，医德理论往往停留在浅表层次，知其然，不知其所以然，往往是人云亦云，就会缺乏理论认知上的坚定性。当面对各种错误医德思想冲击的时候，就会经不住考验，很容易将科学的医德理论丢弃掉，丧失我们的社会主义医德理论阵地。只有在认真阅读的同时，坚持认真思考，才能掌握医德科学理论的精髓，才能牢固地坚持科学医德理论的指导地位不动摇。医务人员在医德修养中，只有始终坚持读与悟相统一的原则，结合自己的思想认识实际进行深入的思考，才能真正悟出医学道德的真谛，把医德修养的规范和要求内化为自己的信念，使医德品质得到升华，始终保持正确的修养方向和目标。

（二）坚持知与行相统一的原则

道德修养中知和行的关系，就是道德认识和道德实践的关系，二者是辩证统一的。“知”是“行”的前提和基础，“行”是“知”的根本目的和归宿。在医德修养中只有将二者结合起来，才能促进自身医学道德素质的提高。医德修养的一个重要特点，就是它具有很强的实践性，修养最终要通过实践体现出来，修养也只有在实践中才能得到检验和矫正，实践是医德修养的根本途径。所以，我们在医德修养中，必须深刻认识“行”，这是实践的重要地位。首先，实践是医德修养根本目的，用科学的医德思想指导医疗实践行动是医德修养的根本意义所在。科学的医德道德理论和修养只有转化为行动才具有真正意义。救死扶伤、防病治病、全心全意为人民健康服务的医学道德理念，医学人道主义精神，绝不是仅仅停留在思想的学习上，更为重要的是践行。医务工作者只有认真实践，医德修养才能真正提高。其次，实践是检验医德修养成效的根本尺度。判断一个人的医德修养水平的高低，不仅要听其言，更要观其行。如果理论学习只停留在书本上、口头上，而不用医德理论去指导自己的行为的话，就难以达到医德修养的目的。当然，我们强调“行”的重要地位，并不是忽视和抹杀“知”的重要作用。事实上，高尚的行为，是以正确的认知为指导的，忽视思想认识的提高而只注重做“好事”，可能会行一时，但决不可能长久。只有把知与行统一起来，真知笃行，才能不断提高自己的医德修养。

（三）坚持他律与自律相统一的原则

所谓他律，就是被动地靠他人来约束自己，“要我这样做”。自律，就是主动地、自觉地自己约束自己，“我要这样做”。自律和他律是进行医德修养的两种基本手段。自律是他律的内在基础，他律是自律的外部条件和引导机制。他律可以促进和推动自律，而普遍的自律则又会形成有力的他律氛围，由此形成医德修养的良性循环。在医德修养上，他律的作用是不可忽视的。我们常说，“近朱者赤，近墨者黑”。这是因为，人是社会的人，人们的医德修养总要受到社会环境的制约。医疗卫生行业作为一个涉及广大人民健康和生命安危的特殊的技术服务行业，一方

面，相对于其他行业来说，医务人员都是各方面素质比较高的知识分子，有着良好的人际关系环境；另一方面从诊断到治疗，从药物到手术，从管理到护理，都有着严密科学的规章制度。他律的条件氛围比社会上任何行业都要好的多。科室所属基层党组织的教育监督、医院行政的严格管理、日常工作中的会诊制度、医德查房制度、行风投诉讲评制度以及评比奖惩制度等，这些都是很好的他律形式。从全社会的角度看，医疗卫生行业涉及到千家万户的健康利益，是社会舆论高度关注的焦点，广大患者的就医评价和社会舆论评价，更是很好的社会他律条件，医务工作者要充分利用这些形式，自觉接受监督，才能使自己在思想品德修养上不断进步。当然，医学道德修养从根本上说还得靠自律。内因是根据，外因是条件，外因要通过内因起作用。医学道德修养作为一种自觉的行为，永远离不开自律。为此，广大医务人员在医德修养实践中要特别注意“慎独”。“慎独”是指道德主体的“自我立法”和自觉自愿的“自我监督、自我育德”，它强调道德主体内心信念的作用，是一种“理性的自律”。“慎独”精神是我国古代自我修养传统的精华，多少人将它作为人生的座右铭而严以自律。所以，我们在医学道德修养的过程中，一定要注意做到慎独，在任何情况下都不做有损于医务人员光辉形象的事。只有这样，才能保持思想道德的纯洁性，塑造完美的人格。

总之，读与悟相统一、知与行相统一、自律与他律相统一等三项原则是一个密切联系的有机整体。读和悟的统一是前提和基础，可以保证医德修养的正确方向；知与行的统一是根本途径和目标，有了这个根本途径和目标才能有医德修养评判的标准和依据；自律与他律相统一是医德修养的内在动力和外在动力的统一，是深化知与行统一的基本保障。

三、提高医学道德修养的方法

医学实践是医学道德修养的根本途径，医务人员培育良好医德品质、提升医德境界，可以采取以下方法：

（一）认真学习，明确标准

首先，通过学习医学道德知识，明确高尚医德品质的标准，明辨是非曲直，提高道德判断能力。掌握马克思主义伦理学和医学伦理学的基本知识，理解医德的原则、规范和要求。在汲取古今中外医德理论精华的同时，与时俱进，不断总结、接受时代发展进步中医学道德方面的先进知识和理念，使自己的修养具有科学依据和确切标准。其次，要学习榜样，从榜样的事迹中吸取力量。医疗卫生战线中的先进模范人物有许多是医德楷模，他们是社会主义先进文化的代表，也是我们身边最有说服力的学习榜样。如在抗击“非典”战役中，医疗卫生战线就涌现出了以钟南山为代表的一大批先进模范人物，他们的先进事迹可歌可泣、激人奋进。北京市从2006年起在各级医疗卫生机构中开展“首都十大健康卫士”的评选活动，每两年一届，迄今已连续开展了四届。由专家评委和公众评委共同推选出的健康卫士，不仅是医务人员学习的榜样，也是全国人民学习的榜样。医务人员在进行医德修养时，应该向先进典型学习，树立自己的学习榜样，让自己的修养有明确的目标。第三，学会给病患以人文关怀。医疗单位应当有计划地组织开展医务人员人文培训。有的单位开展“以病人为中心，服务从我做起”、“假如我是一个病人”、“多一些关爱，少一分冷漠”等系列人文培训活动；有的借助医疗题材小说、影视剧《心术》、《医者仁心》上市之际，组织读书报告会，在医护人员中发起关于医生的责任与使命、转型期医患关系大讨论等等。各种人文培训活动，虽名称各异，但要义相同，这些都是在实践中加强医学道德修养行之有效的办法。

（二）躬亲实践，践行医德

注重医德修养、培养良好医德品质，从方法上讲，不能纸上谈兵，只有在长期的医疗实践活动中不断历练。因此，医学道德修养不能脱离医疗实践，只有在实践中，才能把所学到的医学道德理论与具体实践结合起来，用实践来检验自己对理论的掌握程度，进一步完善自身的医学道

德修养，做到身体力行，并以此不断对照自己的言行，克服自己的不足，以医疗上的反面事例作为教材，时常对自己进行警示教育，提醒自己引以为戒，警钟长鸣，增强自己的责任感。

（三）持之以恒，做到“慎独”

高尚的医学道德，非一朝一夕之功，乃由多年积累而成。这需要有持之以恒的精神。古语说：“逆水行舟，不进则退”。社会在进步，科学在发展，我们对真理的认识永远没有尽头。我们对于社会主义医学道德的认识，也在认识客观真理的过程中，不断与时俱进，向着更高的道德要求层次发展。同时在复杂的社会生活中，医务人员对自己的医学道德行为的要求，也可能停滞不前，或者发生反复和摇摆，因此要求医务人员在医学道德修养方面，永远不能停留在一个固定的水平上。

“慎独”是我国伦理学特有的范畴。儒家在《礼记·中庸》中就有：“莫见乎隐，莫显乎微，故君子慎其独也。”其意是说，越是隐蔽之处越能看出人的品质，越是微小之事越能显示人的灵魂，所以君子者一人独处时总是非常小心谨慎，不做任何不道德的事情。伦理学上所讲的“慎独”是指凡是不应该做的事，在个人独处的条件下，即使在很隐蔽的地方、微小的事情上，也能谨慎从事，自觉地坚持道德信念，遵守道德原则和规范。“慎独”在医学道德修养中尤为重要，这是由医学实践的特点所决定的。医疗职业的性质决定了其技术性及工作的独立性较强，一般来说，病人对医疗知识是缺乏的，医务人员在许多情况下（病人昏迷、麻醉后等）都是独立工作的。如对病人检查有无必要、是否全面准确，用药是否科学合理，抢救是否及时，在没有旁人的情况下，红包收不收等，一般说来都是很难让别人监督的，病人也不可能了解其治疗的正确与否。因此，医务人员要时时、事事、处处以医学道德标准来约束自己，不论在任何情况下都要自觉按照医学道德原则和规范履行医学道德义务。“慎独”是医学道德修养的一种方法和境界，也是一种自律。当前，医患关系紧张，医疗纠纷频发，其原因是多方面的，但医生自身的医学道德修养也是很重要的一个方面。要减少乃至消除这些不和谐因素，培养医务人员“慎独”的品质，提高医学道德修养水平则显得尤为重要。医务人员要达到医学道德“慎独”的境界，应做到以下四点：

1. 坚定信念　要有坚定的社会主义医学道德信念。在市场经济条件下构建社会主义和谐医患关系的今天，医务人员如何做到“慎独”，运用“慎独”的方法达到“慎独”境界并非易事。首先要通过一定的规章制度来调整，规范医务人员的行为，使其具有严谨的工作态度，良好的职业道德，富有责任心和爱心，工作中能够吃苦耐劳，做到表里如一，这是提高慎独修养的基础。

2. 加强监督　坚持做到“勿以善小而不为，勿以恶小而为之”。要在“隐”和“微”的地方下功夫。“隐”是指隐处自律，要求医务人员在别人看不见和无人监督的时候，也要自觉地按医学道德的原则和规范约束自己的行为。事实表明，一些人的错误往往是在缺少监督情况下发生的。他们都抱有侥幸心理，认为自己做的事情是隐蔽的，无人知晓的。任何事情只要做了，就是客观存在。俗话说，“要想人不知，除非己莫为”，错误的行为，终究会暴露。“微”就是注重细节、小事，微处自律，不能因为事情小而放纵自己。当一个人独处进行活动时，其道德行为就完全依靠个人的自觉性，而医疗行为绝大多数是在无人监督情况下独立进行的，有时甚至是在病人昏迷的情况下进行的，患者往往无法知晓。北京军区总医院外科专家华益慰大夫在56年的从医生涯中“做一台手术，留一个精品”，因此被患者誉为是值得托付生命的人。在医患之间，由于医学知识的不对称性，医生往往处于主导地位，所以华大夫说：做手术不仅是“技术活”，更是“良心活”。一台手术做得是否精心、细致、到位，全凭医生一颗心。患者把生命托付给医生，这是对医生极大的信任。对此，有的医生怀着感激之心精心诊治，有的医生却麻木不仁草率应付。对医生来说，做错做坏了一例手术，只是他职业生涯中的几千分之一甚至几万分之一，而对病人来说就是百分之百。一个医生能否把做手术当成“良心活”，不仅关系着百姓的生命健康，也关系着整个医务界的形象。因此，医务人员工作是否负责，在很大程度上依靠自己的责任心，这就要求医务人员“勿以善小而不为，勿以恶小而为之。”要从大处着眼，小处入手，坚持不懈地进行医

学道德修养。

3. 反躬内省 “内省”是高尚医学道德的一种表现形式，也是培养良好医学道德品质的重要方法。伴随医疗活动，经常进行自我反省、自我批评、自我诉讼，发挥医德良心在医德修养中的作用，增强“自识”能力。古人云：“人非圣贤，孰能无过？”医务人员在医学实践中，需要经常进行自我评价，反省，找出思想和行为中的不良倾向和念头，及时修正自己的行动和过失，在自我批评中不断完善医学道德修养，以良好的慎独精神去践行医学使命。许多患者和家属在住院、手术前一定要想方设法找到主刀大夫送上红包。面对红包，收还是不收？因技术精湛被称为“B超神探”的北京儿童医院超声科主任贾立群教授，为拒绝患者的红包，把自己的衣兜缝上，患儿家长送他一个称谓叫“缝兜大夫”。作为一名医生，贾立群几十年如一日坚守着自己的职业道德，坚守廉洁的道德底线，公平地关爱病患并设身处地为病患考虑，用高洁的言行和操守赢得患儿家长和全社会的尊重。他为医务界树立了发扬慎独精神的典范。

“慎独”是一种境界，它不是一朝一夕就能达到的。社会在不断进步、医学科学在不断发展，人们对医学道德的要求也会不断丰富和发展，这就决定了医务人员的医学道德修养是一个无止境的过程。

加强医学道德修养，培养良好医德品质，提升医德境界，是医疗职业道德修养的目标。纵观当今医务人员的医学道德境界，具体表现为四种情形：第一种是自私自利的医德境界，他们置病人利益于不顾，把手中的听诊器、手术刀当成发财致富的工具；第二种是先私后公的医德境界，他们在处理国家利益、病人利益与个人利益问题上，如果国家、病人与自身利益一致，尚能考虑国家、集体利益；而当国家、病人与自身利益发生矛盾时，往往不能自觉放弃个人利益，不能全心全意为病人服务。这些医务人员缺乏高度的责任心，工作时好时坏，服务态度时冷时热。第三种是先公后私、先人后己的医德境界，这些医务工作者能够在医疗活动中注意自己的一言一行，正确处理个人与医院、社会的关系，把病人利益、社会利益放在自己利益的前面，懂得顾全大局、多做贡献。目前大部分医务人员具备了这种医德境界。第四种医德境界是为了病人利益、社会利益无私奉献的大公无私的医德境界，这些医务人员能够急病人之所急，痛病人之所痛；工作中不怕脏，不怕苦，不计个人得失；为了病人甘愿承担风险，是一种忘我、无私、只知道奉献、不计较回报的高尚境界。这些人虽然是医务人员中的少数，可从他们身上，能看到医疗卫生事业的未来和希望。他们是广大医务工作者垂范效仿的榜样，是我们所倡导和弘扬的崇高医疗道德的楷模。加强医德修养，培育高尚的医疗道德品质，就是要提升医务人员的医德境界，摒弃自私自利的医德境界，改变先私后公的医德境界，提升先公后私、先人后己的医德境界，倡导和追求大公无私的医德境界。

第三节 医学道德的评价

医学道德评价（evaluation of medical ethics）是医学道德实践活动的重要形式，是依据一定的道德要求和标准，对医务人员的行为所作出的一种判断。它是一种无形的精神力量，以独特的方式影响和制约着医务人员的医疗实践。它对于提高医学道德品质、形成高尚的医学道德风尚、促进医学科学发展和推进社会主义精神文明建设有着重要的意义。

一、医学道德评价的涵义

医学道德评价是指人们依据一定的医学道德标准对医务人员或医疗卫生部门的职业行为所作出的道德价值和善恶判断。医学道德的善是指符合医学道德原则和规范的行为，也就是符合医学道德的行为；医学道德的恶是指违背医学道德原则和规范的行为，也就是不符合医学道德的行为。医学道德评价的主体是社会上的人，医学道德评价的客体是医务人员的职业行为。

医学道德评价的对象是医疗活动，但是医学道德评价的对象，最终还是要落实到医疗活动中的行为主体，即医务人员。在医疗实践中，人们总是根据一定的医学道德原则或标准去评价各种医疗行为的道德与否，告诉人们什么是应该做的，什么是不应该做的；哪些行为是高尚的，哪些行为是可耻的。医学道德评价有助于医务人员避恶从善，择善而行。

二、医学道德评价的标准和依据

（一）医学道德评价的标准

合理科学的医德评价标准是非常重要的。医德评价的标准，即在医德评价中用来衡量被评价客体时，评价主体所运用的参照系统或价值尺度，也就是对医疗行为善恶判断的尺度。善与恶在不同的时代有不同的内涵。新形势下，医务人员因所处地域环境、受教育水平不同，再加上每个人的道德认识和道德修养有所不同，因此在医德评价上存在着很大差别。但是，是与非、善与恶总是有一定客观标准的，这种客观标准是根据广大人民群众的健康利益及社会进步而确定的。目前，国内公认的医学道德评价标准主要有以下几个方面。

1. 医务人员的医疗行为是否有利于患者的康复或疾病的缓解和根除　这是医学道德评价的医疗标准，也是医学的根本目的之一，更是评价和衡量医务人员行为是否符合医学道德以及医学道德水平高低的重要尺度。在医疗实践中，医务人员采取的有利于病人疾病的缓解和健康恢复的行为，是合乎医学道德的；如果医务人员采取某些可以预见的对患者不利的措施或行为，不论其主客观原因如何，都是违背医学道德的。

2. 医务人员的医疗行为是否有利于人类生存环境的保护和改善　这是医学道德评价的社会标准。医学的目标不仅仅是医治疾病，更重要的是预防疾病，改善全人类生存的环境，这也是医务人员应承担的义不容辞的道德责任。新的医学模式要求医院不再是单纯的治病救人的机构，同时还担负着预防疾病、提高人口素质、改善人类的生存环境、促进一切有益于人类健康利益的自然和社会因素的统一。因此，医务人员的行为，应着眼于社会的进步和发展，有利于人类生存环境的保护和改善，重视群众的卫生保健和人类的优生优育。某些医疗措施的使用，如放射治疗、核医学检查治疗，必须考虑对社会、对环境、对人群可能产生的影响。医疗单位（包括医疗、教学和科研）的废水、废气、废物等均须按照相关要求妥善处理，不能对人类生存环境造成污染，从而影响人群健康。否则，医务人员一方面在治疗疾病，另一方面又在传播疾病，这是不符合医学道德规范的。

3. 医务人员的行为是否有利于医学科学发展和社会进步　这是医学道德评价的科学标准。医学是保护人的生命、增进人类健康的科学。其任务是揭示人类生命运动的规律及其本质，揭示疾病发生、发展的客观过程，探索战胜疾病、增进人类健康的途径和方法。这就需要医务人员辛勤劳动，不辞风险，不图名利，团结协作，积极进行科学研究，以促进医学科学的发展。人类对医学的期望，已不仅仅满足于消除疾病，而且还希望保持健康、延年益寿和子孙后代的身体素质有理想的发展，提高整个人群的身心素质。所以，医疗工作应该从社会利益的需要出发，面向社会未来的发展。这是符合医学道德要求的。

上述医学道德评价标准是相互联系、缺一不可的整体，其中心和实质是对患者本身的康复或疾患的缓解和根除，这是医学道德评价中的根本问题，其他医德评价标准也都应以此为基础，在最大程度上完成对患者本身康复或疾患的缓解和解除后，再扩大发展，更大范围地探究医学行为的道德范围。因此，我们只有坚持这些标准，在医疗实践中才能对医务人员的行为作出较为全面、准确的评价。

（二）医学道德评价的依据

医德评价是指人们依据一定的道德标准或原则，对医务人员或医疗卫生单位的行为和活动作出的道德与不道德的判断。在道德评价上既要坚持动机与效果的辩证统一，也要坚持手段与

目的的统一。这是医学道德评价的依据。

1. 动机与效果的统一 动机是指引起人们行为趋向的具有一定目的的主观愿望和意向，是人们为了追求某种预期目的的自觉意识。效果是指人们按照一定的动机开展活动所产生的结果。动机和效果既相互联系，又互相对立，相互转化。首先，动机与效果是相互联系、相互贯通的统一体：没有动机就没有效果，没有效果也无所谓动机。任何动机都包含着对某种效果的预测和追求，任何效果也都受某种动机的支配。其表现是：好的动机会引出好的效果，坏的动机会产生坏的效果。好动机产生好效果，是医务人员本着一切以病人为中心的良好愿望开展诊疗活动，并取得了好的疗效；坏动机产生坏效果，是医务人员以某种不良的目的去行医，结果产生了不好的疗效。对于这两种情况，我们很容易地作出医学道德评价，认为好动机产生好效果是善行，合乎医学道德，而坏动机产生坏效果是恶行，有悖于医学道德。其次，动机与效果是矛盾中的统一。动机与效果的统一是存在着矛盾和差异的统一。其表现在：不好的动机可能产生好的效果，好的动机也可能产生坏的效果。这两种情况较为复杂，需要认真加以分析。不好动机产生好效果，一般有两种情形：一是个别医务人员抱着获取某种私人目的，虽然为病人治好了病，但却不能认为是合乎医学道德的善行；二是个别医务人员对于患者并非出于维护其健康利益的动机，而是为了显摆自己的技术水平，选择了自己把握不大的冒险疗法，凑巧把病治好了，也得到了病人及其家属的赞扬，但是我们决不能以此认定是合乎医学道德的。好动机产生坏效果的情况，在医学道德评价时就更困难一些，而这种情况在实际生活中又时有发生。一般说来，医务人员的好动机引起坏效果有如下三种情形：一是在对某些疑难疾病的治疗中，尽管医务人员竭尽全力一心想把病人治好，但是，由于病情复杂，在当今条件下确实不能使病人转危为安。像这种情况，我们就不能因效果不好，就评价为是恶行、不道德之举。二是有的医务人员虽然有全心全意为病人服务的良好动机，但由于经验不足或业务水平不高，没把病人治好，对此，我们也不能认为医务人员的行为是不道德的，不过，医务人员本身应认真汲取教训，不能以此原谅自己的过失。此外，还有一种情形是医务人员虽然有治好病人的良好动机，但却因疏忽大意而造成医疗事故，对这样的人要给予批评教育，情节严重者还要给予纪律处分直至追究法律责任。据此，在医学道德评价上，既不能简单地以效果来判断动机，也不能以动机代替效果，应该联系医疗全过程来进行医疗行为的道德评价，将效果与动机结合起来加以综合判断，才能得出符合实际的结论。

2. 目的与手段的统一 与动机和效果相联系的是目的和手段问题。目的，即医务人员希望实现的目标，而手段是指为实现目标而采取的办法措施等。目的与手段是相互联系、相互制约的，也是辩证统一的。目的决定手段，手段服从目的。没有目的的手段是不存在的，同样目的也不能脱离手段，一定的目的总是要通过一定的手段来实现的。医务人员为了达到医学目的，总要采取一定手段，目的与手段的一致性也是医学道德的要求。在医疗实践中，大多数医务人员是从患者的健康利益出发的，选择的医疗手段是合乎医学道德的，目的与手段是相一致的。但是也会出现目的与手段相背离的情况，如有的医务人员只从提高自己的医疗技术出发而选择医疗手段，就有可能损害患者的利益，因而是不符合医学道德的。因此，我们在医学道德评价中，不仅要看医务人员是否有正确的目的，而且还要看其是否选择了恰当的手段，这也是道德评价的重要依据。依据医学目的选择医疗手段，应遵循以下四条原则：

（1）有效原则：选用的诊疗手段应是经过实践证明行之有效的。作为临床应用的一切诊疗手段，包括各种新技术和新药的应用，如果未经严格的动物实验和临床试验证明是有效的，都不能采用。要把医学科学实验与临床应用严格区别开来。

（2）最佳原则：选用的诊疗手段必须是经过实践证明效果为最佳的。其具体体现在：一是疗效最佳。即在当时当地的医术水平和条件下，疗效是最好的；二是安全可靠、副作用最小。选择的诊疗手段要尽可能安全可靠，避免和减少不良反应和副作用对患者的损害；三是痛苦最小。

运用诊疗手段时，要尽可能减轻病人的痛苦；四是费用最低。在不影响疗效的前提下，采用的诊疗手段和药物要选择费用节省的方案。

（3）一致原则：以患者为中心、切实根据疾患发展程度选择相一致的行为方法。医务人员在诊治过程中，必须从患者的治疗目的出发，根据病程发展各个阶段给予与病情发展相适应的有效医护措施，以达到治疗、康复的目的。不能该治的不治，不该治的大治，大病小治，小病乱治，这些都是违反医学道德的。

（4）社会原则：在诊疗手段的选用时，必须顾及后果。一切可能给他人或社会带来不良后果的诊疗手段，包括环境污染、可致病菌扩散等手段都不应采用。同时还要顾及社会和大多数人的利益，不能采用对个别病人有利，但却给多数人的利益带来损害的诊疗手段，以体现对患者负责和对社会负责的一致性。

总之，动机与效果、目的与手段，这两对关系，既相互联系，又相互区别。动机与效果的统一，必须通过目的和手段的统一，才能保证实现。因此，在评价医务人员行为时，必须坚持依据动机与效果、目的与手段的辩证统一的观点，从实际出发，实事求是地进行分析，并做出正确的判断。

三、医学道德评价的方式

我们依据医学道德评价的标准和依据对医务人员的职业行为作出善恶判断，是通过医学道德评价的方式来实现的。在实践中，医德评价的方式是多种多样的，主要有：社会舆论、传统习俗和内心信念。社会舆论和传统习俗是医学道德评价的客观形式，内心信念是医学道德评价主观力量。

1. 社会舆论　整个社会、某一社会群体，以社会所倡导的道德规范体系作为标准，对医德行为在一定范围内公开进行评价，形成带有明确倾向的共同看法，从而对医学道德现实及建设施加有力影响，这就是医德评价的社会舆论。社会舆论可分为两种类型，一是以国家组织、新闻媒体为依托，有领导有目的地营造出来的正式社会舆论。二是所谓的街谈巷议，是在小范围内自发形成的非正式社会舆论。正式社会舆论在医德评价中最具权威性，非正式社会舆论在医德评价中所具有的直接影响力也不容忽视。社会舆论是医学道德评价的主要方式，是一种精神力量，对于敦促医务人员履行医学道德义务具有特殊的作用。首先，社会舆论是社会对医疗职业行为提出的善恶判断和褒贬态度的表达方式。通过社会舆论对医疗行为作出善恶判断，给予肯定、赞扬、否定、批评的评价，表明社会的倾向性态度，促使医务人员按照医学道德原则、规范支配自己的思想行为，具有指导功能；其次，社会舆论可以将某一医学道德行为的善恶价值及时传达给当事人，使医务人员了解社会所要求的行业准则及自己行为所产生的社会后果，在某种意义上发挥着“道德法庭”的“强制”作用；再次，社会舆论是外在的力量，反映了社会的意愿和呼声，在舆论的赞扬、规劝或谴责下，无形地控制和影响着医务人员的言行，具有很大的“威慑”作用。在不了解具体事件背景的情况下，有时高尚的医学道德行为会遭到有些人的非议，恶劣的行为反而会被赞扬或宽容，这样的情况往往时有发生。对此，应建立科学的社会舆论评价机制，宣传和弘扬高尚的医学道德行为；同时医务人员也应保持清醒的头脑，面对错误的舆论，应坚持正确的医学道德观念。

2. 传统习俗　社会评价医学道德行为还往往运用合俗与否来进行，这就是传统习俗的评价方式。传统习俗是指人们从历史上沿袭下来的对某种或某一问题的一种惯例和常识性的看法。它往往被人们视为一种不言自明的行为常规。作为医学道德评价的传统习俗是医务人员在长期的医疗实践中形成稳定的、习以为常的医学道德行为方式。医学道德传统虽然是不成文的医学道德要求，但由于它是人们在长期的社会生活中逐步形成和逐渐积累起来的，因而能被社会广泛承认和接受，并根深蒂固地存在于人们的观念之中。传统习俗对医学道德行为具有很大的约束作用和评价作用。首先，医学道德传统是医学道德原则和规范的补充。在医疗过程中，

人们包括医务人员本身总是在自觉不自觉地用自己头脑中的传统习俗来对医疗行为进行评价，把自己的行为限制在传统习俗许可的范围之内。当某一医疗行为符合传统习俗时，就会得到人们的肯定和赞扬；不符合传统习俗时，就会受到人们的批评和谴责。其次，医学道德传统在医学道德评价时，能简明可行，无需讲更多的道理。合乎医学道德传统的即为善，反之即为恶，具有特殊的褒贬力量。虽然，传统习俗的评价方式只是社会评价的补充，但因其影响深远，渗透广泛，所以我们应该积极发挥它的正效应。但因传统习俗具有历史惰性和新旧并存等特点，在医学道德评价中必须进行具体情况具体分析，要注意克服其负效应。

3. 内心信念 对医学道德主体来说，社会舆论和传统习俗是外在的客观评价，而内在的自我评价则是通过内心信念进行的，内心信念作为内在尺度，是医务人员视为具有正确性、自己坚信不疑而且将其内化为强烈医学道德责任感和良心机制的医学道德观念、准则和理想等。医务人员能否正确做好自我评价，能否正确对待社会评价，取决于以医学道德良心为核心机制的内心信念。内心信念是指医务人员发自内心地对事业对人生的深刻认识和坚定信念。作为医学道德评价的内心信念是指医务人员通过长期的学习和实践，在内心深处形成的对医学道德的真诚信仰和强烈责任感。它是医学道德行为评价的内在力量，是判断自己行为道德性质的一把标尺，是评价自己行为道德性质的一种能力。它具有深刻性、稳定性和自觉性的特点。内心信念的深刻性是指医务人员内心信念的形成，并非一朝一夕，而是长期医疗实践和学习的结果，是医学道德意识、医学道德情感和医学道德意志的统一。内心信念的稳定性是指医务人员的内心信念一旦形成，不会轻易改变，可以在一个较长的时期内支配自己的医疗实践。内心信念的自觉性，是指当医务人员具有了崇高的医学道德责任感时，就会自觉地对自己的行为进行评价，当符合自己的内心信念时，就会感到精神上的满足，形成一种力量和信心继续加以坚持；反之，则会感到内疚和不安，达到自我否定的评价。内心信念相对于社会舆论和传统习俗来说，是更为重要的医学道德评价力量，在医学道德评价中起着重要作用。首先，内心信念是建立在自己的医学道德认识和修养基础上的内心认识。没有这样一种内心认识，医务人员是无法对自己的行为分清医学道德是非的。这种内心的医学道德信念是医学道德评价的一种重要方式。如对病人感情上的同情，对病人的治疗建立在科学理论和经验基础上的认真负责的精神，对医务人员来说应该形成一种约定俗成的、下意识的习惯，表现为一种强烈的内心信念。其次，它是对医务人员自己的职业行为进行善恶判断的最直接的内在动力。如果说社会舆论是客观的医学道德评价，那么，医学道德信念就是一种主观评价。它主要通过医者的职业良心来发挥作用。一个医学道德信念很强的医务人员，无论是在有人监督还是在无人监督的情况下，都不会去做那些违背自己信念的事。最后，内心信念作为一种精神力量，它能使医务人员慎重选择自己的职业行为。医务人员对医学道德行为及后果有自我监控作用，不允许自己的职业行为违背自己的医学道德责任感。另外，内心信念也是一种“精神法庭”，对医学道德行为及后果有审视、评判和自我校正的作用，对于合乎医学道德的行为，就会感到自豪、愉悦，促使自己继续这种行为；而对不符合医学道德的行为，就会自责和自觉加以纠正。

在医学道德评价中，社会舆论、传统习俗和内心信念是医学道德评价的有机整体，它们相互联系、相互补充和相互促进，共同起作用。社会舆论的形成，必须以内心信念和传统习俗为基础，社会舆论、传统习俗是外在的医学道德评价的有效方法，它能否真正发挥作用，还得靠内心信念。

四、医学道德评价的方法

在进行医学道德评价时，选择和运用恰当的评价方法是医学道德评价取得预期成效的前提和基础。医学道德评价的方法可分为定性评价和定量评价两种类型。医学道德如同其他事物一样，不仅有质的规定性，而且有量的规定性，是质与量的对立统一。所谓医学道德的质，就是

善与恶。所谓医学道德的量就是医学道德善恶的程度。以往人们对医学道德的善恶判断只停留在定性分析上，而忽视或难以作出量的分析。医学道德评价的定量化，使医学道德评价由自发的、笼统的状况转化为有组织的、有计划的活动，逐渐地把“软任务”变成”硬指标”，从而使医学道德评价更加科学化、规范化，并在医疗实践中更好地显示出医学道德评价的力量。

（一）定性评价

医学道德定性评价，是指在一定范围、环境、条件或时限内，通过社会评价、同行评价、自我评价等形式，对医务人员的医学道德行为给予定性评价。

1. 社会评价　这是指社会、病人及其家属通过各种形式对医务人员或医疗单位的职业行为进行的善恶判断。它依靠社会舆论的力量，从而表明倾向性的态度，调整医务人员的道德行为，促使医务人员增强内心信念，进而促进医学道德风尚的形成。这种评价方法是最直接、最具体、最普遍的一种方法。目前，各医疗单位为社会评价提供了几种基本途径：①建立医务公开制度。实行挂牌服务，实行住院顺序、手术顺序、检查项目的收费价格等公开制度；②建立投诉制度。设立意见簿、意见箱、举报信箱、举报电话；定期召开社会各界代表座谈会；设立院长接待日，门诊设行政主任接待室，广泛听取社会各界对医学道德医风的意见；③建立社会监督员制度。社会监督员由新闻单位记者、上级主管部门领导、合同单位代表等组成，对医院医德医风进行监督，定期或不定期进行评论、报道；④定期召开病人座谈会，并对门诊、住院、出院病人进行满意度调查，广泛征求意见，及时反馈改进；⑤认真受理群众来信来访和投诉举报工作。值得注意的是少数患者的反映可能具有或然性和片面性，个别患者因医院条件和医务人员技术水平及个人要求未得到满足而反映失实。弥补的办法是广泛听取意见，排除或然性；对收集到的各种反映进行综合分析，排除片面性。一些医院还成立“社会工作部”，将“增加医患沟通渠道，扶助社会困难、弱势群体，重塑良好的医患互信关系”作为其重点工作和宗旨之一，吸纳医疗卫生领域的退休人员或热心的社会人士参与到其中来。社会工作部倡导人性化的医疗服务理念，通过主动帮助患者、与患者进行深入沟通，不但解决了患者诊疗过程中遇到的困难和需求，更减少了患者与医护人员的潜在冲突，大大消除了患者和家属的心理恐惧与经济负担，普及了健康知识和健康生活方式，最终构建了相互信任的医患关系。

2. 同行评价　这是指医务人员对自己同行的医疗行为所作的道德判断。同行可以充分利用在一起工作，从事同一种专业，与分管的病人在同一个环境，或者是经常合作救治患者的有利条件，真实准确地反映出某一名医务人员的医学道德状况。这种方法能站在专业的角度具体分析医务人员的医疗行为是否符合医学道德要求。首先是科室评价，以科室为单位，所在科室人员按照医学道德考核评价的有关要求和标准，相互之间进行考核评价。然后由所在科室的分管领导，结合考核对象的表现及其自我评价和同事评价的结果，提出初步的医学道德考核评价等次。最后由单位医学道德考核评价小组，结合科室评价结果、日常检查、问卷调查、患者反映、投诉举报、表扬奖励等记录反映出来的具体情况作为重要参考依据，并根据各类人员医学道德考核评价的不同权重，综合确定考核评价对象的等次。在同行评价中要注意到青年与老年、上级与下级医生之间的差别；要避免掺入某些个人成见及感情因素等。

3. 自我评价　这是医务人员根据医学道德考评的内容和标准，对自己的实际工作表现给予的评价，也是医务人员对自己的职业行为所进行的善恶判断。医务人员个人根据医学道德考核评价指标进行自我测评。医学道德的自我评价是实现整个医学道德调节的关键环节。自我评价在医学道德评价中具有特殊的地位，起着其他方法所无法替代的特殊作用。医学道德原则和规范、社会舆论和医学道德教育，都是存在于个人之外的客观的精神力量，或者称之为外因。只有将这些外因“内化”到人的心灵深处，激发出每个人崇高的医学道德责任感，才能实现医学道德的调节作用。自我评价依赖于人们的内心信念，就医务人员来说，主要依赖于其职业良心。这种职业良心就是医务人员在处理对病人和社会的关系上，对自己的职业行为所担负的道德责

任感和自我评价能力。有职业良心的医务人员，对于自己合乎道德的行为感到满意并继续坚持这种行为；对于自己不符合道德的行为感到内疚并进而促使自己弃旧图新。这就是内心信念通过良心而起作用。可见，医务人员能否正确地进行自我评价，取决于其内心信念、职业良心，这是医务人员进行自我评价的前提和基础。

社会评价、同行评价和自我评价都是对医务人员道德行为的鉴定。对获得的医学道德定性评价信息，可以按照“很满意、满意、比较满意、不满意、未表态”和“高尚、良好、一般、不良、低劣”两种形式，作进一步处理。第一种形式用“是否满意”来评价医学道德，属外在性质；第二种形式是用“是否高尚”来评价医学道德，属内在性质，在实际操作中可以兼而用之。

（二）定量评价

医学道德的定量评价，是指把医学道德所包含的具体内容加以量化，经过系统分析得出较为客观的评价结论。这种方法操作简单，实用性强，能够对具体问题进行具体分析，可以克服定性评价中存在的模糊性、主观性、表面性等弊端。医学道德定量评价具体内容通常是依据医务人员的服务思想、服务态度、敬业精神、遵章守纪情况及医疗技术水平等因素确定的。

1. **“四要素”评价法** 即通过判定“德、能、勤、绩”四要素进行定量评价。将德、能、勤、绩分解为若干子项。如，在德的方面把政治态度、政策水平、法制观念、组织纪律、职业道德和社会公德等方面的内容设置进去；在能的方面把学术技术地位、学术技术深度、科研能力、处理和解决疑难问题能力、学历和履行岗位能力等内容设置进去；在勤的方面把事业心、责任感、勤奋精神、协作精神、工作作风、遵守劳动纪律等内容设置进去；在绩的方面把学术成果、培养人才、立功受奖、完成工作质量、效率等内容设置进去。确定适当分值和权重，规定如收受贿赂、医疗责任事故等重要项目实行一票否决。最后通过计算综合得分而得出量化结果，并用简单的文字表述和结论性判断概括定量评价结果。

2. **百分制评分法** 即采用100分制评价的考核方法对医学道德进行评价。首先，考评内容每一项都应列详细的评分标准。根据医学道德评价标准，针对具有普遍性或倾向性的问题设置扣分标准。如拟定与医学道德医风有关的内容：服务态度、服务思想、工作作风、敬业精神、协作精神、技术水平、科学态度、劳动纪律、行为举止、廉洁行医、遵纪守法、虚心好学、关心集体等内容，并将其内容进行分解，设置分值予以评价。其次，在诸项得分之外，另列奖分项、罚分项，以利于突出重点，拉开档次。

3. **模糊综合评价法** 是以模糊数学为基础，针对评价对象在定性和定量上的模糊性，应用模糊关系合成的原理，根据多个评价因素对被评判事物隶属等级状况，进行综合评价的一种方法。它将各个要素从系统中抽象出来，对每个要素先分别进行模糊评判，再根据各要素对总体作用的大小，确定相应的权数，把权数和评判结果复合，得出一个较为清晰的结论。首先划分出服务思想、服务态度、工作作风、敬业精神、廉洁行医等几个大类；再将每一大类划分为满意、比较满意、一般满意、不满意、未表态等梯度，给定相应分值；同时对各大项的表现分别规定相应分值。将上述内容列成矩阵，求取模糊数学的解，从而作出综合性的定量评价。随着计算机的普及和广泛应用，以上评价的方法步骤可以预先编成程序，以便评价者操作。

除了以上的三种方法之外，不同的医疗卫生单位或部门，根据本单位或本部门的特点，正在积极探索科学的、适用的、简便易行的医学道德量化评价方法。实践证明，采用医学道德评价的定量方法，对医学道德判断更加科学。在新形势下，医学的发展必然带来医学道德评价的新标准和新要求，如何去传达、引导、应用医学道德评价的思想，是医院管理中的重要一环节。

五、医学道德评价的管理

新时期对于以上评价方式的应用，不能再采取过去单一式的考核评估，应该有效地将各种评估方式融入日常医院管理细节中，根据原卫生部《医疗机构从业人员行为规范》(2012)、《关于

建立医务人员医德考评制度的指导意见(试行)》(2007)和《关于建立医务人员医德考评制度的实施意见(试行)》(2010)等有关规定,拟定医务人员医学道德考核评价指标,并且做到互动式评估。医院应该引导医务人员自主地参与医德评估,以主体身份附带客体身份,更加全面地看待和了解医学道德评价。这样一来,互动双方不仅可以在评价过程中做到有效沟通,也方便医院管理者在后续的工作中,将医学道德评价的教育作用施展出来。

(一) 建立科学的评价指标体系

医学道德评价是医学道德实践活动的重要形式,为了做好医学道德的评价工作,需要进行医学道德评价的科学管理,其内容主要包括确定评价指标体系,组织落实和实施奖惩等环节。要对医务人员的医学道德进行准确地评价,确定科学合理的评价指标至关重要。这是保证医务人员医学道德评价结果客观、准确、合理的重要条件,也是评价工作流程中不可缺少的关键环节。一般而言,评价指标需要具备六个条件:

1. 针对性　评价指标应因岗位、职位的不同而取舍,即不同专业、不同层次的医务人员都能以医学道德内在要求和相应的岗位职责等作为评价指标,这样才能使医学道德评价既体现共性,又体现针对性。

2. 实践性　评价指标的确立必须结合医务人员的工作实际和工作特点,把不能用客观尺度直接测定的有关因素转变为可量化的指标,充分考虑客观实际情况和可行性,突出重点,突出操作性。

3. 导向性　评价指标不是基本要求的下限,而应具有一定的高度,可推动和激励医务工作者不断提高医学道德修养,明确努力方向,提高医学道德水平。

4. 可评性　评价指标能否可评,主要在于解决客观化与量化两个问题。客观化是要以客观依据来反映医务人员的医学道德水准,使评价工作有一个衡量医学道德水平高低的客观量标。同时要改变过去那种单纯抽象评估的办法,采取直接量化和间接量化的手段。

5. 可比性　评价指标必须适用于各类医务人员,反映出不同专业、不同学科医务人员医学道德素质的共同属性,评价的各项指标要量化,尽可能把定性描述与定量分析相结合,以利于不同时期的对比,促进医院管理工作的进展。

6. 可操作性　评价指标建立的目的主要是在医院评估工作中得到应用。这就要求所建立的指标具有可行性和可操作性,即制定的评定指标应简易可行,若繁琐复杂将会影响考核评定指标的实际应用。

具体的考核指标项目在统一要求的标准下,可把医学道德的外在表现分解为若干方面,再划分若干项目,按当前医德医风所要解决的问题的迫切性、难易程度,制定出各个项目的指标要求,也可以按照岗位的责任制定评价和考核的标准等。但各个项目的权数分配一定要合理,否则会影响考核评比的可比性。

(二) 完善评价的组织体系和操作程序

医学道德评价应归口管理,考核要纳入各岗位责任制,实行逐级考核评价,各尽其责。医德考评要坚持实事求是、客观公正的原则,坚持定性考评与量化考核相结合,与医务人员的年度考核、定期考核等工作相结合,纳入医院管理体系。各级医疗机构要认真组织实施,层层落实责任,医学道德考评工作应当有医院领导和医政、人事、纪检监察等职能部门负责人参加,确保医学道德考评工作顺利进行。各医疗机构组织实施医德考评工作,根据考评内容,建立相应的台账资料,将日常检查、问卷调查、患者反映、投诉举报、表扬奖励等记录反映出来的具体情况作为重要参考依据,做到有理有据。采取月考年累计法,原则上科室负责人负责本科工作人员的考评,科室负责人由各组长或分管院长考评,实行一月一考,考评结果及时上报院部考评领导小组,院部考评领导小组指定专人负责登记,年底进行汇总,作出对每个医务人员的正确评价。

各医疗机构要为每位医务人员建立医德医风档案,考评结果要记入医务人员医德医风档

案，实行一人一档制度。医学道德考评结果分为优秀、良好、一般、较差四个等级，将考核结果与个人利益挂钩，作为岗位聘用、年度考核、评优选优、绩效工资、晋级晋职等的重要依据。

为保证评价的客观、公正，医疗单位按标准模板采取院内、院外考评。院内医学道德考评的主要包括自我评价、科室考核、医院审核。自我评价即是医务人员各自根据医德考评的内容和标准，实事求是地进行自我评价；科室考核是科室考评小组在医务人员自我评价的基础上进行综合考核；医院审核则是医院医德考评小组根据自我评价和科室考核的结果，将日常检查、问卷调查、患者反映、投诉举报、表扬奖励等具体情况作为重要考核依据，作出医德考核结论。院外考评由医院职能科室通过实地走访、电话回访患者及其家属或向他们发放征求意见表（信）等方式向患者调查其所熟悉的医务人员的医德医风情况。调查结束后工作人员需填写医务人员医德医风情况征求意见及量化打分表，根据患者及家属的反馈情况对医院、科室和医务人员做出客观评价。同时建立健全医德监督制度，监督来自以下三个方面：①组织监督：上设医院医德医风办公室，专人负责，定期在全院巡查、了解相关情况；科室医德医风监督小组每天认真进行岗位监督，随时记录和纠正发现的问题；②患者监督：医院可设置医德医风投诉专线和意见箱，印制《医疗服务意见反馈卡》发给患者，随机抽查情况，定期召开患者座谈会，征求意见；③社会监督：聘请地方协作单位、社区有关群众、新闻媒体记者等担任医院医德医风监督员，主动接受患者及全社会监督；坚决遏制和纠正医疗行业的不正之风，不断提升人民群众对医院的满意度。

医务人员医学道德的考核评价工作是一项重要的基础性工作，也是一项难度很大的工作，必须切实抓好，并努力使其逐步走上科学化、规范化的轨道。目前，医疗卫生体制改革的不断深化，为医务人员的医学道德考核评价创造了良好的环境，而科学技术的现代化，则为医学道德的科学评价提供了有效的方法和手段。只要我们采取正确的方法，医学道德评价必将更加科学、合理、有效，必将对提高医疗服务质量、优化医院形象、树立医院品牌、推动和谐医患关系的建立产生积极的作用。

在社会经济转型的新历史时期，我国正经历着一场以市场为导向的深刻的社会变革，现实情况错综复杂，医院医德医风建设与传统的医德观念也将面临着新的挑战和经受严峻的考验。面对社会价值观、道德准则和行为取向的变化，以及医务人员在医德医风中出现的新情况、新问题，人们对医德的评判莫衷一是，观点纷呈。因此特别需要建立与社会主义市场经济相适应的医学道德评价系统，做好新形势下医务人员医学道德的评估与引导工作。

本章小结

医学道德教育是为使医务人员深刻认识并自觉履行医学道德义务，对他们进行有目的、有计划、有步骤的医学道德基础理论及基本知识的系统教育，同时在医疗实践过程中施加良好医学道德影响的过程。医学道德教育的目的在于提高医务人员的医学道德修养，医学道德修养是医务人员通过自我教育、自我磨炼，把社会主义医学道德基本原则和规范转化为个人医学道德品质的过程。医学道德修养的提高要通过医学道德评价这一医学道德实践活动来实现，使医学生了解医学道德培养的具体途径和方法，促进医学生良好医学道德品质的培养，更好地履行医学道德责任。

复习思考题

1. 简述医学道德教育的过程。
2. 目前应如何开展医学道德教育。
3. 医学道德修养的原则有哪些？

4. 你打算如何进行医学道德修养？
5. 如何理解医学道德评价的动机与效果、目的与手段的辩证关系？
6. 医学道德评价的方法有哪些？

本章作者及联系方式

李小萍（广西医科大学人文社科学院　广西南宁市双拥路22号　邮编530021　E-mail lixiaopinggxnn@163.com）

段文利（北京协和医院　北京市东城区王府井帅府园1号老楼12号楼210　邮编100730　E-mail dwl1972@vip.sina.com）

Notes

第六章　医患关系

教学目的

掌握医患关系的模式和发展趋势，协调医患关系的伦理原则，医际关系的类型模式，协调医际关系的伦理原则；熟悉构建和谐医患关系的途径方法，熟悉构建和谐医际关系的意义；了解医患关系的含义、内容、性质，医患冲突的分类和产生原因，医际关系的含义和性质。

［案例 6-1］以色列妇女莱莉生下了她的孩子，残留的胎盘组织引发了子宫大出血。医生判断，如果不输血产妇将因失血过多而死。由于宗教信仰，莱莉和她的丈夫却都拒绝输血。出血在继续，产妇生存的机会在一点点地丧失，必须马上做出决定，拖延就可能丧失生命。医生在犹豫，医生想，莱莉和她的丈夫明白自己要付出生命的代价，做出拒绝输血的决定，这个决定出于他们的宗教信仰，作为一名医生，治病救人，但是不能违背病人出于信仰而做出的决定。可是，如果再不输血，就要看着病人在自己面前死去。终于，医生难以决断的情况下，冲向法院，要求法官发出输血的命令。人命关天，法官深夜做出了紧急裁决，允许该医生可以在未经病人统一的情况下，施行输血。莱莉得救了。但莱莉却向上诉法院和最高法院提出控诉，控告医院侵犯了她的宗教自由的权利，违背病人的宗教信仰给病人输血。最终最高法院做出裁决，裁定医院违反了个人之身体有权自主决定的法律传统，侵犯了莱莉宗教信仰的宪法权利。指出不管医院拯救人命的情况是多么紧急，不管医生职业道德多么崇高，都不能压倒莱莉保持自己身体和精神完整性权利，只要她充分了解事情的后果，并且有能力做出决定，那就有权根据自己的信仰做出决定。

（王明旭主编．医患关系学．北京：科学出版社，2008）

讨论与思考：案例中在医生做出医疗决定时，医患关系倾向于何种医患关系模式？案例中医生的犹豫反映了医生在履行职责时面对什么悖论？

［案例 6-2］2005 年 12 月 15 日，辽源市医院，下午 3 时，科主任陈新宇来到患者孔繁铃的病房，通知她一会儿要做手术。半个小时后，手术开始，进行手术的两名大夫来自外科，陈新宇和科里的一名护士当助手。手术进行得很顺利，屋子里的灯突然全灭了。“怎么没电了？”几个人正在想办法，灯又亮了。然而，十多分钟后，电又停了。眼看就要缝皮了，手术无法停下来，陈新宇让科里的主治医生王春峰出去买蜡烛。王春峰一路快跑到楼下的小店买蜡烛。当他回到楼内时，已闻到了一股烟味，但没有停止脚步。蜡烛点燃后，手术继续进行，几分钟工夫，走廊里“着火了”的喊声和杂乱的脚步声连成一片。手术室的大门被推开，王春峰焦急地喊道：“配电室着火了，快想办法撤吧。”几名医生知道，这时手术是不能停下的。对面的火光已照亮手术室，而手术仍在有条不紊地进行，直到手术在半个小时后完成，医护人员才保护着患者一同撤离火场。

（王明旭主编．医患关系学．北京：科学出版社，2008）

讨论与思考：陈新宇等医生在大火中继续着未完成的手术，体现了医务工作者什么样的精神？这一精神对医患关系有何作用？如果发现着火后陈新宇等医生为了个人的安危停止了未

完成的手术，结果会如何？医患关系又将如何？

医疗卫生活动是一项社会实践活动，在医疗卫生活动中存在着纷繁复杂的医疗人际关系，而医疗人际关系主要由医患关系和医际关系两个方面构成。医疗人际关系的道德调节是医学伦理学研究的重要内容。掌握医疗人际关系的道德调节，对于优化医疗人际关系，提高医疗质量，更好地为人民身心健康服务，具有重要意义。

第一节　医患关系伦理

医患关系作为医疗活动中最重要的医疗人际关系，具有一般人际关系所不具有的内在特征，有其特殊的交往模式。医患双方在捍卫自我权利的同时，也应当履行各自的义务，权利的享有及正确地行使与义务的负有及自觉地履行，是维系和谐医患关系的基石。

一、医患关系的含义及性质

（一）医患关系的含义

医患关系是医疗实践活动中客观存在着的以医务人员为一方，以患者及家属为另一方，相互交往的一种双向人际关系。医患关系是医际人际关系的核心，也是医疗道德所要重点调整的对象。

医患关系有广义和狭义之分。广义的医患关系是指以医生为中心的群体（医疗者一方）与以患者为中心的群体（就医者一方）在治疗或缓解患者疾病过程中所建立的相互多方面的联系。在广义医患关系中，“医方”并不简单地指医生，而是包含医疗卫生机构、医务人员（包括医生、护士、医疗技术人员以及相关的人员等）、医疗卫生行政管理部门（包括卫生局、药监局等）和关于医的知识和意识（包括医学知识、医疗知识、预防知识、医务知识等）。“患方”从存在论角度讲是人（患者）和病的总和，具体包括患病者、患病者的家属、亲朋好友、患病者的病情、病势及心理活动等。狭义的医患关系指患者本人与给予治疗的医务人员之间的关系。医患关系受社会总体道德水平的制约和医学科学发展的影响，在医患关系中医务人员处于主导地位，决定医患关系和谐的程度。

（二）医患关系的性质

从伦理角度看，医患关系就其本质而言是具有平等的权利义务关系和信任托付的契约性质的特殊的服务与被服务的关系，全面认识医患关系的性质对提高医务人员的职业道德有重要意义。

1. **医患关系是平等的权利义务关系**　医患关系是建立在平等基础上的权利义务关系。医患双方当事人的法律地位是平等的，都具有独立的人格，没有高低、从属之分，不存在命令者与被命令者、管理者与被管理者。社会主义制度的确立为尊重人的尊严、价值创造了物质基础，为实现人权平等创造了条件，医患之间是一种同志式的平等关系，即医务人员尊重病人的医疗权利，一视同仁地提供医疗服务；病人尊重医务人员的劳动，并密切配合诊治，共同完成维护健康的任务。医患双方应平等相待，都应该尊重对方的人格和权利。

2. **医患关系是信任托付的契约关系**　由于医患双方在医学知识的掌握上的差距和患者求医时的弱势心理，医患之间存在着现实的不平等状况，病人只能在信任的基础，到医院把健康和生命托付于医务人员，医务人员在接受委托后，应做到真诚相待并努力减轻患者的身心痛苦。一方面，法律赋予了医生为患者提供医疗卫生保健和康复的特殊职权，使之可以获得患者身体、心理、隐私等信息；另一方面，为诊疗的需要，病人信任医生，把必要的自己信息和隐私告诉医生，并委托医生为其解除疾苦。患者自愿求医就医，医务人员主动负责的诊治过程中，双方以挂

Notes

号、病历、处方、手术协议书的形式，形成了一种信任托付的契约关系，作为契约，患者就医和医者行医同样受到法律保护。

3. 医患关系是服务与被服务的价值关系 医患关系是在彼此平等、相互信任基础上的特殊的服务与被服务的关系。医生以救死扶伤、防病治病为己任，以某种职业权力（对疾病诊治权和特殊干涉权）和医疗技术为保证，为病人提供服务中实现自身的价值；病人通过接受医生的服务，获得自身的健康价值。医患双方通过这种服务与被服务的关系，获得自身利益，实现自身价值。医生具有医学知识和一定的主导地位，这就要求以高尚的医德、精湛的医术全心全意为病人服务，确保服务质量；患者在接受服务的过程中，要遵守医疗规章，尊重医生劳动，积极配合医疗诊治工作。

二、医患关系的历史演变及发展趋势

（一）古代的医患关系

建立在经验医学基础上的古代医学，以朴素整体的医学观为根本指向，要求医生对病人的疾患全面考虑、整体负责，体现到医患关系上呈现出四大特点。

1. 医患关系的直接性 在医学活动中，医者获取病情，提出诊治意见实施治疗措施，都是医生直接进行。诊治疾病多通过望、闻、问、切获取临床资料，然后根据自己从医的经验给病人下诊断，这一过程全凭医生直接接触病人完成。

2. 医患关系的稳定性 古代临床分科不细，病人往往内外妇儿等科疾病均找某位医生诊治，把自己的健康或生命寄托于某一医生，医生大多对该病人负责到底，承担起全部的医疗责任，从而形成比较稳定的医患关系。

3. 医患关系的依赖性 一是医生为了明确诊断和判断用药后的疗效，很多方面有赖于患者的叙述和主观感知。二是患者为了尽快痊愈，非常依赖医生的作用，这种依赖性一般维持在病人痊愈或死亡的全过程。

4. 医患关系的主动性 患者主动求医以保证自己生命及健康，医生全面承担着患者生存健康的责任，面对疾病和康复双方都具有强烈积极性和主动性。在诊疗活动中，病人主动接触邀请医生上门诊治，积极提供病情信息，主动配合医生诊治。医生也往往主动上门接触病人，了解病人的康复情况和饮食起居状况，及时调整治疗方案。希波克拉底指出："对于医生来说，了解患有某病的人，比了解某人患有什么样的疾病要重要得多"。

（二）近现代医患关系的发展趋势与医学道德

随着现代科学技术的发展和社会的文明进步，人们的价值观念、道德观念和人际关系都发生了深刻的变化，传统的医患关系受到了冲击，反映在医疗实践活动中的医患关系也出现了新的趋势，对医学道德提出了更高的要求。

1. 医患关系的民主化趋势对医德的要求 随着社会的进步以及医疗保障制度的逐渐完善，患者及家属权利意识的逐渐增强，人们开始懂得如何运用自己的权利去保护自己的健康利益，医患关系的民主化趋势在增强，开始要求医患之间以平等主体的地位，参与对疾病的治疗和康复。"指导—合作型"或"共同参与型"医患关系模式逐步成为主流。病人的地位不断上升，病人的要求也明显地呈现多元化、多层次趋势。在医疗过程中，医师如果缺乏对医患关系特点的清晰认识，缺少对患者主体权利的充分尊重，缺少对医患关系改善与医疗纠纷预防的主动意识和行为，就会引起医患之间发生矛盾。这就要求医务人员要增强民主意识，恪守职业道德，平等对待患者。

2. 医患关系的法制化趋势对医德的要求 传统的医患关系在一定程度上是靠道德规范维系的，随着人们法治意识的增强，随着法制建设的不断深入和完善，病人的权利在法律上得到了越来越多的保障，法律规范逐步成为医患关系的制约手段。一些国家立法领域相继制定了有关

“知情同意”、“保密”的条文，我国的《执业医师法》为医患关系法制化奠定了基础，《医疗事故处理条例》等法律法规也从法律上规范了医患双方的权利和义务。这就要求医务人员要认真学法、知法、守法，在医疗卫生工作中依法履行自己的职责。当然，法律规范只是道德规范基础和底线，每一个医务人员都必须在法律范围内进行医疗活动，同时要努力提高自己的职业道德水平。

3. 医患关系的物化趋势对医德的要求 随着科学技术的进步，现代医学活动大量地采用物理、化学的诊断手段，使医生的诊断、治疗越来越有效，特别现代医学工程仪器的和远程信息技术的应用，医务人员甚至可以不直接接触病人，在计算机终端就可得到有关健康与疾病的信息，做出诊断，提出治疗方案和用药等。这种对技术设备依赖性的增强也隔阂了医患之间的联系，导致医患的思想、情感交流越来越少，制约了双方思想感情互动，医患关系在一定程度上被物化了。物化的医患关系，一方面，使病人心理上感到压抑和紧张，影响了患者主观能动性在疾病治疗中的发挥。另一方面，导致医生只是重视疾病本身，仅仅关注机器展示的各种生理指标。医生心目中往往只有疾病体征、化验数值，病理形态结构，研究治疗疾病时，把自然的人与社会的人、生理的人与有思想情感的人割裂开来，整体人的形象消失了，疾病和病人分离了，医患关系变成了医病关系。面对物化趋势，医务人员要增强人文修养，提高人文关怀的能力，在高新技术应用中，注意与病人在思想情感方面的交流与沟通。

4. 医患关系分解的趋势对医德的要求 医学的纵向分化，学科愈分愈细，是现代医学科学发展的一种趋势。对医生来说，往往形成一个医生只对某一疾病或某一器官负责，而不是对整个患者负责。对病人来说，自己健康和生命不是只依赖一位医生，多个医生、多个科室承担。这就使传统的一个医生负责一个病人的关系发生了变化，医患关系日益分解，医患情感联系相对减弱。

现代医患关系中，一方面随着社会的进步，常常还会涉及第三方、第四方的利益，即患者的家属、子女和承担或支付患者医疗费用的个人、社会团体或机构的利益；一方面，在市场经济条件下，医患关系和医学的商业化趋势的增强，都强化了医患关系的复杂性。

综上所述，医学的进步为提高人类的健康和长寿做出了重大贡献，是人类文明重要标志。但医患关系物化、人病分离、情感淡漠等“高技术，低情感”明显趋势，对我们医务人员的职业道德提出了更高的要求，必须引起我们的高度重视。随着社会的发展和科学的进步，随着传统生物医学模式向现代生物—心理—社会医学模式转变，医务人员必须努力提高道德认识，加强道德修养，主动承担建立良好医患关系的道德责任，逐步建立起和谐的医患关系。

三、当代医患关系的内容和基本模式

（一）医患关系基本内容

医患关系的内容根据与诊疗实施有无关系可分为既有区别又有联系的两个部分，即医患技术关系和医患非技术关系。

1. 技术关系 主要指医患双方在医疗技术活动中，建立的行为关系，如治疗方案同患者讨论，诊疗实施前征求患者意见并取得同意等，包括医疗措施的实施与接受。

2. 非技术关系 主要指在医疗过程中医患双方在社会、心理方面发生的联系，主要体现为道德关系、经济关系、法律关系和价值关系。

（1）医患间的道德关系：指在医疗活动中，双方遵循一定的道德原则和规范结成的人际关系。医务人员遵守职业道德的原则规范，如尊重和维护患者权利，履行救死扶伤的义务，有奉献精神等；患者应遵守就医道德，如尊重医务人员的劳动，自觉维护正常的医疗秩序，廉洁就医等。由于患者因求医的需要，在心理上往往处于劣势，而医务人员则处于心理优势，建立和维护医患间的道德关系，要求医务人员要承担更多的道德责任和具有更高的道德修养水平。

（2）医患间的经济关系：指在医患间服务与被服务时，双方实现各自正当利益时结成的人

际关系。医务人员通过为患者提供医疗服务，付出体力和脑力劳动，获得正当的劳动报酬，患者接受必要的医疗帮助，解除病痛，康复机体，获得健康利益，必须支付必要医疗费用。

（3）医患间的价值关系：指在医疗活动中，双方为实现各自的价值而结成的人际关系。医务人员运用医学知识和技能为患者服务，体现了维护人们健康和生命的社会责任，得到他人和社会的尊重和认可，获得心理上和精神上的满足，实现了自身的个人价值；而患者在获得医疗帮助后，疾病得以痊愈，机体得到康复，可以重新回到工作岗位，继续为他人和社会做出贡献，同样也实现了个人价值。

（4）医患间的法律关系：指在医疗活动中，双方共同在一定的法律法规约束和调节下，形成了一定的权利与义务关系。寻求医疗帮助和提供医疗服务都必须在相关法律法规许可的范围内进行。当医务人员的行为对患者造成了不应有的伤害或损害了患者的权益时，患者可要求依法追究医务人员的相关责任；患者在就医过程中也必须遵守相关法律法规，如果有违背，同样也要承担相应的法律责任。

总之，医疗活动中医患间的技术关系和非技术关系，并非相互独立地表现出来，而是相互交织、联系在一起的。在诊疗方案的制定和实施过程中，医务人员除了要从技术方面考虑外，还应从非技术方面，也就是人文方面去关心、体贴患者。如果医患之间不和谐、不信任，甚至是紧张的或发生冲突的，医患的技术关系就难以维持，会直接影响临床工作的开展，甚至损害患者的健康利益。可见，医患关系中非技术方面的内容是顺利实施技术的保证，从某种意义上显得更为重要，尤其是医务人员与患者交往过程中无处不在的伦理关系，则是非技术方面的核心，它要求医患双方都要按照一定的道德原则来约束自己的言行，以维系平等和谐的医患关系。

（二）医患关系的基本模式

医患交往是多样化，形成了众多的医患关系模式，对国内外均有不同的提法，概而观之，在今天影响比较大的主要有以下四种分类模式：

1. 维奇模式　美国学者罗伯特·维奇（Robert Veateh）提出三种医患关系模式：纯技术模式、权威模式和契约模式。

纯技术模式又称为工程模式。在这种模式中，医生充当的是纯科学家的角色，只负责技术工作。医生将所有与疾病、健康有关的事实提供给患者，让患者接受事实，医生根据事实，解决相应的问题。在这种医患关系中医生是将患者当作生物体变量的生物医学阶段的医患关系。

权威模式又称为教士模式。在这种模式中，医生充当的是家长的角色，具有极大权威性，医生不仅拥有为患者做出医学决定的权利，而且肩负做出道德决定的权利，患者完全丧失自主权，这种模式不利于调动患者的主观能动性。

契约模式中医患双方是一种非法律性的关于医患双方责任与利益的约定关系。医患双方虽然并不感到彼此之间的完全平等，但却感到相互之间有一些共同的利益，并分享道德权利与道德责任，同时对做出的各种决定负责。契约模式是令人满意的模式，较前两个模式是更能带动医患双方。

2. 布朗斯坦模式　布朗斯坦在其编著的《行为科学在医学中的应用》一书中，提出了医患关系的“传统模式”和“人道模式”。

传统模式中医生拥有绝对权威，为患者做出决定，患者则听命服从，执行决定。人道模式体现了对患者意志和权利的尊重，将患者看成是一个完整的人，重视患者的心理、社会方面的因素，对患者不仅要给予技术方面的帮助，而且医生要有同情心、关切和负责的态度。在人道的医患关系中，患者主动地参与医疗过程，在做出医疗处置决定中有发言权，并承担责任。医生在很大程度上是教育者、引导者和顾问。

3. 萨奇曼模式　一种患病行为的社会心理学模式，或称为疾病和医疗照顾行为模式。萨奇曼为了研究患者做出的与“寻求、发现和进行医疗照顾”有关的决定的类型，他把连续发生的事

件分成五个阶段：一是体验症状阶段；二是接受患病角色阶段；三是接触医疗照顾阶段；四是依靠医生的患病角色阶段；五是痊愈或康复阶段。他认为，每一阶段都是寻求帮助或疾病行为过程中做出一个新的重要决定的时候，在每个阶段患者都进行不同的决策并采取不同的行动。在评价患病体验时，患者不仅要理解自己的症状，还要权衡资源的可及性，以及治疗成功的可能性等。因此，个人的感觉、个人的医学倾向是决定个人对健康和疾病状态做出反应的关键因素。

萨奇曼医患模式中医患的互动作用明显。在整个疾病过程中，患者一直在主动地寻求、发现医疗照顾，即参与医疗的心理行为倾向。医务人员要理解和尊重患者，帮助和引导患者，充分与患者交往就显得尤为重要。

4. 萨斯—荷伦德模式　对医患关系模式的划分，国内外学者均有不少的提法。目前在国际上广泛应用的、适用于新医学模式的医患关系模式则是美国学者萨斯（Szasz）和荷伦德（Hollender）于1976年在《医学道德问题》上发表的题为《医患关系最基本模型》的文章中提出的医患关系的三种模型，这三种模型是依据医生和病人的地位、主动性大小而划分的。

（1）主动-被动型：在这类模式中，医务人员处于完全主动的地位，而患者则处于完全被动的地位。医务人员依据患者的病情做出职业判断，决定采用何种诊疗措施和手段；而患者则被动接受这些措施和手段。其特点是医患双方不是双方相互作用，而是医生对病人单向发生作用，医生接受患者请求给患者看病。并在医疗过程中处于主动地位，具有充分权威性。患者处于被动地位，并且是以服从为前提。优点是能充分发挥医生的积极作用，缺陷是完全排除了患者的主观能动性，片面使用会影响治疗效果。现代医疗实践中，主动-被动型的模式适用于昏迷、休克、严重精神病人、严重智力低下及婴幼儿等一些难以表达主观意志的病人。这种关系模式就如同社会生活中父母与婴幼儿之间的关系，一种具有悠久历史的医患关系模式，这种模型仍然是目前普遍接受的一种模式。

（2）指导-合作型：是指在医疗活动中，医患双方都具有一定的主动性，但仍以医务人员为主。医务人员具有权威性并充当指导者，患者接受医务人员的指导并主动或被动地进行配合，医患双方在一定程度上进行信息的交流。其特点是医患双方在医疗活动中都是主动的，但患者的主动是有条件的，是以主动配合医生、执行医生的意志为前提，患者要接受医生的指导，并密切合作，主动述说病情，提供治疗效果信息。其优点是能够发挥医患双方的一定主动性、积极性、有利于提高诊治效果和纠正医疗中的差错。现代医学实践中，指导-合作型的模式，广泛地适用大多数患者，特别是急性病人或虽然病情较重但神智清醒、能够表达病情而与医生合作的病人。这种模型如社会生活中父母与青少年之间的关系，是一种弱双向性关系。比主动被动型前进了一大步，是广泛存在于医疗活动中和大力提倡发展的一种医患关系模型。

（3）共同参与型：是指在医疗活动中，医务人员与患者具有近似相等的权利和地位，医患双方共同制定并实施诊疗方案。特点是医患双方是平等主动的，病人不仅能够主动配合诊断、治疗，还能参与意见，帮助医生做出正确的诊治。病人的意见和认识不仅是需要的，而且是有价值的。优点是改变了病人处于被动的局面，有利于在诊疗的方法和效果达成双方的满意，能提高诊治效果，增进医患双方的了解而益于良好医患关系的建立。这种模型适用于患慢性病、且具有一定的医学科学知识水平的患者。这种关系就如同社会生活中成年人之间的交往关系，是一种平等双向的关系。

应当指出，以上三种模型在它们特定的范围内都是正确的、有效的，但对大多数病人来说，应当按照指导-合作型和共同参与型的医患关系模型来组织治疗，如何发挥病人的主观能动性，充分尊重病人的权利，是当前医患关系中值得重视的课题。

总之，当今医患关系正由以医生为中心向以患者为中心转变的趋向，医患关系中患者地位不断地提高，随着公民权利意识的增强和对自身健康的关注，医患关系中患者的地位和主动性将更加提高，传统的家长式的医患关系正朝着以患者为中心的医患关系模式转变，患者拥有了

更多的自主权利，医生必须尊重患者的自主权，让患者有权参与有关自身医疗选择，同时要坚持原则切实履行自己的职业义务，在强调医患互动时，充分发挥医患双方的积极性。

第二节 医患纠纷

无论是广义的医患纠纷还是狭义的医疗纠纷，都严重影响医患双方的心态，干扰医疗过程，恶化医疗环境，造成了医患关系的不和谐，既直接伤害了患者，也对医生形成强大的压力和负担。长此以往，将使医生不敢承担必要的医疗风险，以至于在疑难病的抢救或治疗中不能尽全力去争取可能的最优化的结果，造成对广大患者长远和本质意义上的潜在伤害。

一、医患纠纷及其类型

（一）医疗纠纷的含义

医疗纠纷一般是指在医疗过程中产生的引起一定后果的特殊的医患矛盾冲突现象。一般分为广义的医患纠纷和狭义的医疗纠纷。

广义的医患纠纷，一般指病人和家属在整个医疗过程中，因各种原因与医务人员、医疗机构及其各岗位工作人员之间出现的较大的争议和矛盾，并表现为激烈的冲突。这是民事纠纷在医疗服务领域中的特殊体现，其中既包括对诊疗护理过程中的医学行为及后果的不同认识引发的矛盾，也包括诊疗护理过程中非医疗行为引起的广泛意义上的民事纠纷，如收费问题、态度问题、语言冲突甚至环境问题，以及名誉侵权、隐私权、肖像权、知情同意权，甚至就诊者在医院摔倒受伤、财物被盗等情况。狭义的医疗纠纷主要指患者一方（包括患者及其亲朋）与医疗者一方（包括接诊的医疗机构内的各方面人员）在诊疗护理过程中，因出现与治疗康复等医疗行为及其后果直接相关的严重分歧而产生的医疗争议和冲突。包括治疗护理中的技术差错、延误治疗、增加了病人的痛苦甚至造成伤残或死亡的严重后果等。

医患纠纷是一个外延宽泛的概念，主要是医方和患方两个特定主体之间在医疗全过程中发生的各种权益争议；医疗纠纷则是在复杂的医患纠纷中一个特指有争议的诊疗护理专业行为及其后果的概念。医患纠纷中包含医疗纠纷，而医疗纠纷只是医患纠纷的一种。明晰两者的概念，有助于分析和认识不同性质矛盾和特点，运用不同的手段正确处理医患关系；而混淆两者的区别，既不利于有针对性地防范和解决医患矛盾，也容易造成处理纠纷过程中法规适用方面的错误和混乱。

（二）医疗纠纷的类型

根据引起矛盾的原因不同和责任的认定，医疗纠纷可以分为两类：由医方原因而引起的纠纷称为医源性医疗纠纷，由患者或其他原因引发的矛盾称为非医源性纠纷。

1. 医源性医疗纠纷　医源性医疗纠纷是指主要由医务人员的医疗护理行为及其后果而引起的医患双方的纠纷。其中，根据医护人员一方在诊疗护理过程中有无过失及其损害程度，又可分为有过失的医疗纠纷和无过失的医疗纠纷。

（1）有过失的医疗纠纷：有过失的医疗纠纷是指由于医护人员的过错而造成对患者的损害结果，而医患双方对其损害结果的认定存在分歧并因而产生纠纷。有过失的医疗纠纷责任通常在医护人员一方。根据伤害程度的不同，有过失的医疗纠纷又可分为医疗事故和医疗差错。两者没有特征的本质区别，主要差别在于伤害结果程度不同。造成严重后果的属于医疗事故，而未造成严重后果或者说未达到医疗事故分级标准规定的损害程度的定为医疗差错。

医疗事故是指医疗机构及其医务人员在诊疗护理活动中，违反了医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身的损害事故。医疗事故的四个构成要件：第一，主体必须是有国家法律法规认可资格的医疗机构和医务人员，非法行医造成患者身体

健康损害不属于医疗事故，而属于民事纠纷；第二，导致医疗事故行为是由于医疗机构及其医务人员因违反了医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规而发生的事件；第三，过失行为结果造成患者的人身损害；第四，过失行为和后果之间存在因果关系。

医疗差错可根据对患者的损害程度分为一般医疗差错和严重医疗差错。一般医疗差错是指未给患者造成额外的痛苦，没有产生不良影响，但不符合医务人员的责任要求或技术要求，医务人员操作确实存在过错。严重医疗差错一般指当医务人员的过失已经给患者造成了一定的不良后果，但没有造成明显的人身损害后果。如增加痛苦，增加经济支出，延长治疗时间，出现轻度并发症或后遗症等。

（2）无过失的医疗纠纷：无过失医疗纠纷是指在诊疗护理过程中并非由于医护人员的过失和错误，而是由于其他非人为的医学或生物学因素导致患者伤残、组织器官损伤、功能障碍甚至死亡的结果，包括医疗意外、难以避免的医疗并发症、猝死等。患者不予理解和接受，从而造成医患之间的矛盾和纠纷。这类纠纷既可能是由于医学本身发展尚不够完善或局限性所致，也可能是由于患者的个体差异导致的不良后果所引发。

2. 非医源性纠纷　非医源性纠纷是由非医务人员以及非医学的原因而引发的纠纷。它可以是源于患者自身行为的原因，如不遵守院规，不遵从医嘱或谎述病史而导致了自身的损害结果；或者由于缺乏医学知识，患者对医疗结果抱有不切实际的过高期望，当治疗结果不能满足自己的要求时不能理智面对，迁怒于医务人员，引发了医疗纠纷。还有由于社会的原因而引发的医疗纠纷，如医疗收费标准不合理，医疗资源不足，医疗条件不能满足群众医疗保健需求，不良动机和别有用心的诬陷等。如社会上的“专职医闹”就是恣意恶意挑起事端，以制造医患纠纷为其谋生手段的团伙。

二、医患纠纷形成的原因

了解影响医患关系的因素和诱发医疗纠纷的原因，才能有效避免医疗纠纷。病人求医问药，医者悬壶济世，目的是一致的，利益是共同的，没有根本的利害冲突。由于医患双方所处的角度不同，道德修养的差异，医患之间也存在某些紧张因素和矛盾，尤其医疗改革的盲目市场化更加剧了这些矛盾。概括起来可以分为七个方面的问题。

（一）医疗机构管理问题

一是医疗秩序不规范，医疗流程不合理。医疗各治疗环节衔接不合理，包括挂号、候诊、取药、化验、等候时间长，既有供需矛盾，更有管理方面的问题；二是缺乏有效的管理监督制度，在诊断、手术治疗、用药、护理、输血、麻醉、病理检查、B 超、CT 扫描等医学影像检查以及会诊等过程中，有章不循，违反临床检查制度、手术操作制度、值班制度、输血输液制度的违章操作时有发生。三是病案资料管理混乱，使病人查找困难或无法找到，影响及时诊断治疗，增加了病人的痛苦和负担；第四，收费不合理和乱收费，引起患者的不满和不堪重负，机械的先交费再治病的制度、对于某些急症病人坚持押金制度等，都可能贻误治疗时机而造成严重的后果。

（二）医务人员的技术问题

由于医务人员的知识经验不足和技术能力不足而出现的错误，造成患者旧病灶未除又添新病，甚至是严重新病的不良后果。比如在胃的大部切除术中，误将回肠认成空肠而与胃残部相吻合，造成患者术后的倾倒综合征。女性输卵管结扎术误扎输尿管。福建龙岩市某医院医生在为一个 6 岁女孩做阑尾切除手术时，竟然误将子宫切除，造成患儿的终身残疾。技术问题已成为医患纠纷的重要根源，技术能力不足的问题常常与缺乏责任心同时作用而造成不良后果。加之出现技术问题后，医务人员往往还寻找各种理由推卸责任、搪塞患者，致使医患冲突更加激烈。

（三）医务人员服务态度和责任心问题

一是缺乏人文修养，不懂患者个性心理特征，不善于与患者沟通，表达不清产生误会。二是缺乏同情心，服务态度冷漠、语言生硬，甚至出言不逊、恶语伤人，病人难以接受；三是缺乏审慎精神，作风粗疏，敷衍塞责，粗心大意，造成差错或事故，加重了病人的痛苦。对一些特殊检查、化验和服药等注意事项，交代不清，致使病人产生不适，或给病人带来不必要的麻烦；四是缺乏生命责任意识，对复杂疑难疾病患者，不同科室之间互相推诿，病人来回奔波，延误了诊治。五是缺乏岗位责任意识，值班脱岗，造成患者不能及时诊治或病情变化时找不到医务人员。例如，对患者检查不够仔细，造成误诊，将直肠癌误诊为痔疮，贻误了治疗时机；将良性肿瘤写成癌，使病人无故接受了无谓的手术，给患者造成肢体功能上的障碍和形体残缺；术后器械清点不认真，造成遗留纱布或器械在体内，给患者造成较长时间的痛苦。药物配伍错误或因核对不仔细而打错针、发错药的过失也不罕见。填错病理报告单，张冠李戴；在所有的医疗纠纷中由于医护人员的责任心不足而造成的过失性医疗纠纷占有绝大部分比例。

（四）医务人员不正之风问题

一是部分医院和医护人员过分强调自身的经济利益，急功近利，只重眼前利益，一切向钱看，“大处方”“大检查”，让患者做不必要的检查，向患者推销昂贵的疗效不确定的医药，增加患者额外的经济负担；二是有的医务人员，利用行医权利向患者索取好处，患者敢怒不敢言；三是有的医务人员与患者私下交易，开假处方、假病假条、假病情诊断证明等，扰乱正常的医疗秩序，引起有关人员和病人所在单位的不满。

（五）满足患者需求问题

例如在择医、开药、转诊、开据诊断证明或假条、收住院等等问题上，因不能满足患者的要求而产生矛盾，这有医患双方的原因。患者方面，有的要求不合理，可以满足；有的要求虽合理但医院条件不具备，有的要求不合理，按照制度规定也无法满足。医务人员方面，在不能满足患者要求的情况下，不作解释，简单拒绝；在可以满足要求的情况下抱着绝对权威的心理，凌驾于患者之上，说一不二，或因某些偏见故意刁难患者。

（六）患者求医缺陷问题

一是对康复的期望值过高。许多疾病是一时难以治愈的，医生不能包治百病，疾病的个体差异性决定了医学的高风险性。由于医学知识差异，患者对治疗效果提出过高要求或不切实际的要求。医务人员认为疗效理想，患者认为不理想；某些治疗出现的副作用或意外，医务人员认为是正常的不可避免的，患者认为是医疗问题。医生事先对治疗效果及可能产生的问题考虑不周，或考虑到了却没有向患者讲明，致使患者不满；引发矛盾冲突，甚至诉诸法律；二是患者对医务人员缺乏信任。对医生的治疗无端产生怀疑，怀疑相关医务人员的能力水平，导致对医务人员的不尊重，引发医务人员反感，引发隔阂矛盾；三是不良的求医行为。求医动机不纯，不正当要求稍不满足，发牢骚，讲怪话，不尊重医务人员人格，甚至殴打报复医务人员，带来严重医患冲突；四是患者的疾病焦虑因素。疾病导致痛苦和压力影响着患者的情绪稳定，引发紧张、焦虑、愤怒、绝望、厌恶等负面情绪，与健康人相比容易发生攻击性反应，导致医患冲突；五是家属不良心理行为的干预。家属作为患者的保护和支持者，既有对患者病情的焦虑，更有对医生治疗的期待和希望。有时可以从治疗的角度，积极支持参与医务人员的诊治，有时也会由于自身的不理解，曲解患者病情，做出不当的干预行为，提出过分的要求，诱发医患关系的冲突。

（七）医疗卫生市场化问题

除了上述医疗服务过程中客观存在的六个方面外，导致医患冲突加剧的一个最重要、最深刻的根源因素，就是所谓的医疗卫生市场化理念和实践。伴随着我国的经济体制改革，尤其是市场经济的建立，国家医疗行业为打破平均主义、激发活力、提高效率，忽视了医疗卫生工作的

公益性和社会福利性，片面采取了减少财政投入“以药补医”利益驱动模式，药品收入成为医疗经济效益的重要组成部分，直接导致了医院和医生为获取经济利益的“大处方”用药行为。不完善市场化的定价服务，还引发了各单位竞相引进高端医疗设备，通过高定价的“大检查”增加收入收益。最为突出的是随着药品企业的完全市场化，药品企业为占领市场，极力采取虚高药品价格，给医院医生回扣的不正当竞争方式，既满足自己利益，又满足医疗行业的利益的所谓“双赢”模式，导致药品价格节节攀升。这种“以经济效益为核心”的医疗卫生市场化的理念和改革，最终都把负担片面转嫁到了广大患者身上，导致了医患双方利益关系的分离与对立，成为公立医院“非公益化”的罪魁祸首，是大范围医患冲突的深层次根源。

第三节　医患关系的伦理要求

构建和谐医患关系，除了政府需要调整卫生政策、加快医疗体制改革、加强医疗卫生法制建设和行政管理以及医务人员不断地提高医疗技术外，医患双方还必须注意互动中的伦理要求和道德规范，即以道德保障而促进医患关系的和谐。

一、医患关系的伦理原则

医患纠纷，既有医疗机构和医务人员的原因也有患者及家属的原因，避免和化解医患纠纷，协调处理医患关系，是医患双方共同的责任。建立平等、团结、友爱、互助的和谐医患关系，就必须遵循一定的医德原则。

（一）互相尊重和平等协作的原则

医患之间的互相尊重、平等协作是处理好医患关系的基本道德原则之一。社会生活中，每个人都在各自不同的岗位上为国家和他人尽义务、做贡献。人人为我、我为人人的劳动服务中，每个人都希望得到服务对象的尊重和理解，建立平等互助、互相尊重的关系。医学活动中，医务人员要尊重患者的生命、尊重患者的人格尊严，尊重患者的知情同意和知情选择的自主权利，平等真诚地对待每一个患者。医疗服务对象是受疾病折磨的病人，虽然地位不同，文化素质、年龄、性别以及病情都有差别，来医院求医的目的是共同的，都是要治病，早日康复，所以在治疗过程中，要平等互助待人，尽量满足患者在治疗、生活、心理精神上的合理要求和需要。患者要尊重医务人员的独立自主的行医权利，不得随意干扰医生履行职业职责，尊重医务人员的人格和尊严，尊重体谅医务人员的辛勤劳动，尊重医嘱和治疗方案。不得随意刁难医务人员，提出一些不合理、不符合医疗常规的要求。医患双方在医疗活动中只有互相尊重理解、积极协作互助，才会使整个医疗活动在平等、友好、和谐的气氛中进行，才能建立和形成和谐的医患关系。

（二）科学行医和文明就医的原则

科学行医、文明就医是现代医疗活动中的基本要求，更是减少医患冲突，和谐医患关系的基本伦理原则。医疗活动中医患双方都要在尊重科学，相信科学的基础上文明行医就医。医务人员要始终牢记科学的技术是医疗服务成功实施的基本前提，是人民健康权益的物质技术保障。牢固树立科学的态度和刻苦钻研的精神，不断探索医学领域的奥秘，不断提高医疗技术水平，对技术始终做到精益求精、精益求新，新益求精；大力培养大胆细致谨慎的工作作风，严格遵守科学的操作规程，始终对工作极端负责，确保诊疗的科学效果；要始终从医学科学出发、从患者利益出发实事求是的诊断治疗。患者要牢固树立相信科学的态度，科学文明就医。要正确对待和信任医务人员对所患疾病的诊断和治疗；要正确认识分析医疗效果的争议，科学对待疾病的康复效果；要科学认识医疗的高风险性，正确认识对待医务人员在治疗过程中的失误，细心听取专家判断，科学分析问题责任，不能一味怪罪，更不能无理取闹和殴打谩骂。医患双方都要遵守道

Notes

德规范，自觉约束其言行，才能逐渐建立和形成科学良好的医患关系。

（三）社会公益和以人为本的原则

社会公益和以患者为中心的以人为本是现代医疗卫生工作的基本价值目标，医患双方都要正确处理个人利益和社会公益的关系，当个人利益和社会公益发生矛盾冲突时，要无条件服从社会公益。作为医生当自己的个人利益和患者的生命健康利益发生矛盾时，要从患者的健康利益出发，自觉按照以患者为中心的原则，维护患者利益。当患者的个人利益和社会公共健康利益发生矛盾时，要以社会公益为重，说服帮助患者正确处理好个人利益和社会公益的关系。作为患者，当自己的个人利益和社会医疗公益发生矛盾时，必须自觉端正就医动机，以社会和集体人群的公共健康利益为重，充分理解和正确对待医务人员为维护社会公益所做的工作和采取的措施，服从社会公益。

（四）共同遵守法律和规章制度的原则

医疗卫生活动中的法律规章制度，是现代医疗卫生工作健康运转的重要保证，是维护医疗秩序，确保社会健康利益强力后盾。在医疗卫生活动中，除必须遵守行医和就医道德外，医患双方任何一方都不能无视法律，超越法制限度，侵犯医务人员行医权益或者践踏病人就医的合理权力。尤其是在医患双方发生冲突和产生医疗纠纷时，都必须克制规范自己的言行，做到依法办事、依法维权。医务人员在医疗活动中发生的医疗技术责任事故和患者及其家属殴打、谩骂行医者，都将承担法律责任。因此，对于法律、法规，医患双方要自觉遵守，共同维护。

二、医患双方的权利

医患双方的权利与义务是医学伦理学的基本范畴，同时也是建立和谐医患关系的重要保障。重视医患双方的权利是时代的呼唤和现实的需要。

权利即使一个法律范畴的内容也是伦理学的一个重要内容。在医学领域里，权利是指医学道德生活中医患双方所拥有的正当权力和利益。它主要包括两个方面的内容：一是病人在医学关系中所享有的权利；二是医务人员在医学关系中所享有的权利。

1. 患者权利　患者权利运动源于法国大革命时期，当时法国的公共卫生设施不足，难以满足人们的卫生需求，为了满足人们的健康需求法国穷人委员会与健康委员会联合提出“给穷人以健康权”，并为争取穷人的健康权利做了大量的工作；要求的“医院每张床只睡一人，病床间相距要3尺”得到了法国革命国民大会的支持。在20世纪蓬勃发展，《纽伦堡法典》的出现是病人权利运动的里程碑，强调了知情同意的受试者的知情、自由意志、有能力。

特别是当今世界很多国家制定了专门的病人权利法案。我国还没有一部专有的病人权利法。在伦理方面我国的主要权利包括：基本医疗权，任何人在生病的情况下都有获得相应的医疗服务的权利；疾病认知权，患者对自己所患疾病的性质、严重程度、治疗情况及预后有知悉的权利，医生在不危害患者利益和不影响治疗效果的前提下，应提供有关疾病信息；知情同意权，患者有权知道医生实施的诊治手段的作用、可能发生的并发症及危险，该诊治手段必须经患者同意后方可实施，患者在理智的情况下也有权利拒绝医生的建议；保护隐私权，在治病过程中，患者有权要求医务人员为其保密；免除一定的社会责任权、要求赔偿权，患者拥有由于疾患可以免除承担相应的社会责任的权利，在诊治疾病的过程中身体和健康受到伤害时有要求相应赔偿的权利。

2. 医生权利　1999年5月1日开始实施的《中华人民共和国执业医师法》第二十一条的规定，医生有下列权利：第一，在注册的执业范围内，进行医学诊查、疾病调查、医学处置、出具相应的医学证明文件，选择合理的医疗、预防、保健方案；第二，按照国务院卫生行政部门规定的标准，获得与本人执业活动相当的医疗设备基本条件；第三，从事医学研究，学术交流，参加专业学

术团体；第四，参加专业培训，接受继续医学教育；第五，在执业活动中，人格尊严、人身安全不受侵犯；第六，获取工资报酬和津贴，享受国家规定的福利待遇；第七，对所在机构的医疗、预防、保健工作和卫生行政部门的工作提出意见和建议，依法参与所在机构的民主管理。

在医患关系之中，医生的权利主要包括：诊疗护理权，医方在自己注册的职业范围内，对患者享有实施疾病诊断、治疗及护理的权利；知情权：问诊、查体，诊断权，处置权，诊疗决定权；证明权，对诊疗结果享有出具医学证明文件的权利，出生医学证明、出院证明书、诊断证明书、死亡证明书、伤残证明、休假证明等；医学研究权利，医学上有许多如令人们尚未认识的疾病，需要广大医务人员不断的投入精力和体力来探索一些复杂疾病的规律性；维护正常秩序权，公安部、卫生部《关于维护医院秩序的联合通告》规定：禁止任何人利用任何手段扰乱医院的医疗秩序；特殊干涉权，医方的特殊干涉权在运用时应该遵循，根据患者的病情需要采取限制干预性的措施；医疗行为豁免权《医疗事故处理条例》第 33 条规定 6 种情况，不属于医疗事故。

三、医患双方的义务

权利能够实现的基础和保障就是对于义务的履行。

（一）患者义务

患者在享有上述权利的同时，必须履行一定的义务。患者义务是指在医疗卫生活动中，患者应当履行的责任。早在希波克拉底誓言中，就有关于患者义务的内容，“病人必须在与疾病的斗争中与医生进行合作”，就清楚表明没有医生和患者的共同努力，是难以达到最佳治疗效果的。患者的义务是多方面的，简要可以归纳为以下几项：如实提供病情和有关信息；在医师指导下接受并积极配合医生诊疗；避免将疾病传播他人；尊重医务人员和医务人员的劳动；遵守医院各种规章制度；支持医学教育和科学研究。

（二）医生义务

《中华人民共和国执业医师法》第二十二条的规定，医生有下列义务：遵守法律、法规、遵守技术操作规范；树立敬业精神，遵守职业道德，履行医师职责，尽职尽责为患者服务；关心、爱护、尊重患者，保护患者的隐私；努力钻研业务，更新知识，提高专业技术水平；宣传卫生保健知识，对患者进行健康教育。

医生道德义务主要是指作为一名医务人员在道德上应该履行的职责。它既是社会对医务人员的道德要求，也是医务人员认同的道德责任。医生的道德义务包括两个方面一是对社会的义务，面对社会公众医生有宣传、普及医学科学知识义务，同时具备发展医学科学的义务。另一方面是对病人的义务，治疗疾患是医务人员的对患者的首要义务；其二是对患者及家属的解释说明的义务；其三是解除痛苦地义务，既要解除患者躯体上的痛苦，更要解除患者心灵的痛苦；第四，保密的义务。

第四节　医际关系道德

医疗卫生系统内部人际关系是建立在医患关系基础上的一种内部职业关系，是良好医患关系形成的条件和保证。研究医疗卫生系统内部人际关系的特点、规律和相关的道德规范，对协调人际关系、履行道德责任、贯彻医德宗旨、改善医疗服务均有着重要的意义。

一、医际关系的定义和特点

（一）医际关系定义

医际关系是医疗卫生系统内部人际关系的简称。它特指医学实践主体之间的相互关系，主

要包括医生与医生之间、医生与护士之间、医护人员与医技人员之间、医务人员与管理、服务人员之间等多种类型的现实人际关系。

（二）医际关系特点

多角度、多侧面的深入分析就可以发现医际关系具有协同性、平等性、综合性和同一性等鲜明的特点。

1. 医际关系具有协同性 现代医学的细致分科是以更加紧密的协同配合为基础的，离开不同科室、不同专业之门的相互支持，再高明的医务人员也将一事无成。现代医学强调的系统生命观和系统医学观，要求医务人员牢固树立密切协同、综合救治的观念。从这个意义上说，医际关系的协调与否直接关系到救治效果。现代医学要求医务工作者对患者提供全过程服务，而全过程服务又必须建立在各环节合作的基础上。从这个意义上说，医际关系的协调与否直接关系到总体医疗服务水平的高低。总之，医际关系的协同性是由医疗卫生行为的特征决定的。现代的医务工作者早已摆脱了“自由职业者”的状况，成为集体性、协作性、组织性很强的综合性社会服务人员。牢固地树立整体意识，自觉地协调和处理好与同行之间的关系，在集体中发挥好自己的作用，就成为我们履行医疗卫生职责的基本要求。

2. 医际关系的平等性 在医疗卫生系统中，人们有职责分工的不同，但没有高低贵贱之分，彼此处于相互平等的同志关系之中。当代医学在医、护、技、药各学科都得到较为充分的发展，从而使不同医学分工之间的协同配合，不再是简单的辅助与帮手关系，而是具有优势互补、学科渗透、合力攻关的性质，这正是医际关系平等性的内在根据。医疗卫生系统中确有上级和下级、领导和群众，高中初专业技术职务之分，这主要是为了明确隶属关系和岗位责任，不能取消业务合作、学术民主的平等医际关系。具体的业务工作往往不仅有明确的分工，而且规定了主从关系，是更集中、更有效地完成具体任务的需要，并不意味着医疗卫生人员之间平等的道德地位和业务关系的根本改变。分工只是相对的，合作是永恒的；主从是可变的，地位是平等的。总之，医际关系的平等性是由人们道德地位的平等性和各自履行医疗岗位职能的客观要求所决定的。

3. 医际关系的综合性 医疗卫生单位的医际关系蕴含着多种多样的人际关系，如同学关系、师生关系、新老关系等。这些现实人际关系综合为医际关系之后，就不再具有独立的意义，而应从属于医际关系这个基本关系。强调医际关系的综合性，有利于调动一切积极的因素，促进医际关系的协调。绝不允许强调特殊的人际关系，而干扰和损害医际关系。例如：有师承关系的同志应发扬尊师爱生的精神，进一步密切医际关系；有同学校友关系的同志应发扬互相学习、互相帮助的精神，促进医际关系的和谐；处于长幼、新老关系之中的同志，要自觉地认识对方的长处，促进医际关系的发展。总之，医际关系渗透着现实的、具体的、多样的人际关系，将各种具体人际关系中的积极因素综合起来，将有利于协调和处理医际关系。

4. 医际关系的同一性 医际关系的同一性，主要是指不论哪种类型的医际关系，均以共同的职业目的和道德目标为前提，即服从救死扶伤，防病治病的崇高事业，服从协调和改善医患关系的客观需要。医疗卫生系统中医际关系的道德实质，是通过协调医务工作者的内部关系，妥善解决医务工作者之间的各种矛盾，为医疗卫生工作创造最佳的内环境，以便更有效地开展医疗卫生工作，提高医疗质量，为人民群众提供最佳医疗服务。上述道德实质，正是医际关系同一性的集中体现，也是医际关系能够保持高度协调一致的内在因素。总之，医际关系的同一性是由共同的职业道德目标决定的，前面讲的协同性、平等性、综合性均以同一性为基本前提。

二、医际关系的模式类型

1. 优势互补型 在这种关系模式中，交往双方处于完全平等的地位，没有权威和非权威的

区别，双方只有建立在学科分工不同上的长处和不足，在构成一个医疗保障实体之后，双方既保持各自的独立性，又通过相互协作达到互相取长补短的整体优势状态。这种关系广泛存在于各类医务人员之间、科室之间、医护人员与医技后勤人员之间。一般来说，老、中、青医生之间能够形成优势互补型关系。老年医生经验丰富、思想深邃、思虑全面；中年医生技艺娴熟、精力充沛、注重实际；青年医生富有朝气、敢想敢干、反应敏捷。不同专业、不同学科的医生之间能够形成优势互补型关系。医学知识浩若烟海，任何人都不能精通全部医学知识。有责任感和上进心的医生都期望得到其他学科、其他专业的真诚帮助和良好的协作。不同性别的医生之间也可以形成优势互补关系。生理、心理和才干上的差异性，可以成为处理和思考不同问题的优势，对搞好工作有所裨益。

2. 指导被指导型　在这种关系模式中，一方处于指导地位，另一方处于被指导地位。指导者具有相对权威，但不限制被指导方的积极性和主动性。虽然带有等级关系，更带有民主成分，是一种承认权威又不迷信权威的医际关系。医生队伍由见习医生、住院医生、主治医生、副主任医生、主任医生等不同的层次组成的梯队，在中间形成指导被指导的关系，既是医疗管理的需要，也是人才建设的需要。形成指导被指导关系的客观条件是上级医生在知识结构、临床经验、技术水平、医德修养诸方面相对优于下级医生，正确对待这种关系，摆正自身的位置，无论对搞好工作，还是对自身成长都是有利的。

3. 合作竞争型　在这种关系模式中，医务人员之间既合作又竞争，在合作中展开竞争，在竞争中积极合作，表现为一种伙伴对手关系。医疗服务中，医务人员之间客观上存在着医疗水平、科研成果、工作质量、服务态度等方面的比较，因此提倡在合作的大前提下展开公平竞争，才能你追我赶、激发动力、共同提高，进而促进医疗卫生工作的健康迅速发展。合作竞争既是人类社会进步的必然规律，也是医疗事业发展的重要动力。实际上，合作竞争关系，在不同单位的医生之间以及同一单位的医生之间，在同一层次的医生之间以及不同层次的医生之间，都不同程度地普遍存在着。

4. 主从型　在这种关系模式中，一方处于主导或绝对权威地位，另一方处于被动服从地位。是历史上延续下来的一种等级关系，显示着相互间的不平等，主导者容易滑入独断专行、主观主义和官僚主义，服从者容易出现消极被动、责任淡化甚至心理逆反倾向，是一种落后的人际关系模式。实践中在上下级之间、医生护士之间、医生和技师之间容易形成这种人际关系，严重的主从关系，既不利于医学协作开展，也不利于人才的培养，随着社会的进步和医学观念的更新，是应该改变的。

三、医际关系意义

正确协调和处理医际关系，是医疗卫生系统自身建设的重要内容之一，具有深刻广泛的道德意义。

1. 有利于医学事业的发展　随着现代医学的发展，一方面，医学分科越来越细，多达几十个学科门类，数百个分支学科；另一方面，学科间的综合渗透更加广泛紧密，临床学科之间，基础学科之间，临床与基础之间，医学与自然科学、社会科学、工程技术学科之间不断相互渗透融合。学科的分化和医学的专科专业化发展，既深化了医务人员对相关疾病的认识和研究，又客观造成了个人知识面的狭窄，影响了对医疗的整体认识。为适应学科的综合渗透的趋势和医学发展的要求，一方面医务人员必须“以博促专”努力扩展自己的知识面，另一方面要求不同学科的医务人员必须加强学科间的合作与交流。由于人的生命和精力是有限的，一个人无论如何勤奋，都不可能穷尽所有学科的知识和精通各个专业。在浩如烟海的医学知识面前，没有同行之间的团结协作，可以说很难完成好临床医疗和科学研究的任务，医学难题的攻克、复杂手术的完成、危重病人的救治，往往需要跨科室、跨医院、跨地区、甚至跨国界医学同行的沟通协作。

因此，从医学事业发展需要来说，各类医务人员学会和善于建立良好的医疗人际关系具有重要的意义。

2. 有利于医院整体力量的发挥 医院社会职能发挥得好不好，取决于单位整体工作效能，而整体效能的发挥又取决于医际关系的协调与否。医际关系说到底是个内部团结问题，我们常说团结就是力量，医疗内部人际关系的好坏，直接影响着群体合力的发挥。如果在医院内部的医务人员之间建立形成了融洽和谐的人际关系，每一个人都心情舒畅、精神振奋，充分发挥工作的积极性、主动性、创造性，工作效率就会极大提高；每一个人都怀着强烈的集体荣誉感和职业责任精神对待工作和同事，配合默契、取长补短，整体合力就会大大增强。相反，如果人际关系紧张、人心涣散，就会互相扯皮、互设障碍、相互掣肘和互相猜忌，内耗不断，不但个人的工作效率下降、整体合力也会降低甚至出现负值。

3. 有利于医务人员成才 医务人员的成才既需要自身的努力勤奋，更需要良好的外部成长环境。美国的一份研究报告表明，每年调动工作的人群中，因人际关系紧张无法施展才能的占 90%。和谐的人际关系是个人成长成才的重要条件，医务人员成才过程中，离不开继承和创新，离不开合作与竞争，也就离不开良好的医际关系，良好的人际关系是医务人员同行间保持主动以及获得信任、支持、帮助的前提。良好的医际关系，不仅要强调后人对前人的尊重与继承，同样强调老同志对年轻人的关心与扶持；不仅要强调各类医务人员之间的合作，同样允许以发展医疗卫生事业为目的的竞争；不仅重视维护医疗卫生单位的整体利益，同样要重视维护每个人的正当利益。作为医务人员要经常反省自己的人际关系状况，提高人际交往能力，端正交往价值取向，积极建立良好的人际关系；作为单位要注意加强医疗人际关系的引导和建设，从而为人才成长建立良好的环境条件。

4. 有利于医患关系的和谐 医际关系的协调与否直接关系到医患关系的好坏。在医疗实践中，医务人员之间的关系是围绕为患者健康服务而展开的工作关系，如果医务人员能够和睦相处，彼此尊重，相互支持，齐心协力地密切协作，不仅有利于患者的诊疗和康复，而且对建立良好和谐的医患关系具有积极的促进作用。相反，如果医务人员之间闹不团结，各自为政，分工分家，不顾大局，互不支持配合，互相推诿扯皮，甚至互相诋毁，就会影响医疗工作顺利有效地进行，影响或降低医疗质量，危及患者的利益和健康，引发医患矛盾和医疗纠纷。紧张的医际关系一旦被患者感知，更会严重冲击医务人员的社会道德形象，诱发社会对医疗卫生工作的不信任感，造成大范围医患关系的不和谐，为医患矛盾和纠纷埋下社会心理隐患。

四、医际关系的伦理原则

1. 共同维护病人利益和社会公益原则 防病治病、救死扶伤，保护病人和社会公众的生命和健康，维护病人的正当权益，是医疗职业的根本价值追求，是医务人员的共同的职责义务，是协调医疗人际关系的共同思想基础和根本标准。医务人员的人际关系是围绕着为患者服务的各项活动形成的，必须始终把病人利益放在首位，每个医务人员应本着病人的利益高于一切的原则，正确处理个人利益和病人利益的关系，大力弘扬批评和自我批评的作风，在任何有损患者利益的行为面前，要敢于抵制和批评，绝对不能为保持一团和气，视而不见。每个医务人员都要始终坚持把社会公益放在首位，正确处理病人个人利益和社会公益的关系，当病人个人利益和社会公益发生矛盾时，在确保把病人的利益损失降到最低限度方面，医务人员要保持意见一致，共同做好病人和家属的解释、说服教育工作，绝对不能搬弄是非，确保医患和医际关系的和谐。

2. 彼此平等、互相尊重原则 平等待人和互相尊重是协调医务人员之间关系，友好相处的前提基础。医务人员虽然有职业分工的不同和专业水平的高低，有领导和被领导权利责任大小的差别，但在人格和尊严上没有高低贵贱之分，是相互平等的医疗工作主体，彼此平等。尊重是

处理人际关系的基本要求，有了尊重，才能自尊自爱，自觉维护自己的人格和尊严，自觉维护自己的权利和平等地位；有了尊重，才能尊人敬人，自觉尊重他人的人格和尊严，自觉尊重他人的平等地位、劳动、才能和意见。尊重是人际交往的润滑剂，有了尊重，才能自觉检点自己的言行，才能克制自己的态度，才能减少摩擦和冲突，为人际关系的和谐创造良好的氛围空间。相互尊重，不仅年轻人要尊重老同志，老同志也应该尊重年轻人，不仅护士要尊重医生，医生也应该尊重护士，不仅要尊重本科室人员的诊断或意见，对相关科室同行的各类诊断、检测报告等也应该尊重、信任。相互尊重和平等待人互为前提，只有相互尊重，才能体现平等；只有强调平等，才能真正做到尊重。

3. 彼此独立、互相帮助原则 医务人员的工作既有分工也有协作，彼此之间既要保持相对的独立性，又要相互为对方提供方便和支持帮助，才能形成良好的人际关系。从分工的角度看，医生、护士、麻醉师之间，工作不同，彼此独立；同时又互相依靠、互相支持、互相帮助，缺一不可。从个人的角度看，每个人都有自己相对独立的病患，必须尽职尽责、积极主动、独立负责地挽救病人；同时在疑难复杂疾病面前，在自己的技术弱项上，需要同事的建议指点和鼎力帮助。作为医务人员既要强化独立意识，在工作中不断增强独立工作的能力，早日独当一面，不能过度依赖他人，独立完成好工作任务；也要强化互助意识，在不断别人遇到困难或需要帮助的时刻，要积极主动地伸出援助之手，在共同完成好医疗任务。如果说尊重是人际关系的润滑剂，互助就是人际关系的催化剂，你帮我、我帮你，你有滴水之恩，我有涌泉之报，不知不觉中就建立了牢固的同事友谊，广泛的同事友谊，最终会成为医疗人际关系的和谐坚实基础。相反，任何以邻为壑，老死不相往来，特别是在治疗或抢救病人的过程中，消极怠工的做法，既是严重背离医务人员的职业道德要求的，甚至是触犯法律的行为，更是严重危害人际关系的毒瘤。

4. 彼此信任、互相监督原则 猜疑是人际关系的魔鬼，信任是人际交往的基础。人际交往中，只有相互信任对方、信任对方的能力和诚意，才能不处处设防、坦诚交往，形成相互支持、相互监督的良好人际关系。信任是相互监督的基础，相互监督是高度信任的集中体现。医务人员只有在相互信任的基础上，相互提醒监督，才能避免医疗差错，确保医疗质量，信任和监督是协调医疗人际关系的基本要求。临床医疗工作中，由于各人的工作方式、诊断思路等的不同，在同一疾病的诊断或治疗上必然存在着差异，甚至由于客观原因而造成诊断上的失误或治疗中的偏差。对于不同诊疗思路，医务人员应该彼此信任，切忌相互猜疑和随意议论他人的长短，绝不允许在患者面前议论经治医生长短，以免影响病人的治疗。对于医疗中的失误与偏差，作为医疗同事，应本着病人利益第一的原则，敢于善意地提出指正意见，一旦发现应尽早提出，力争减少或杜绝医疗事故的发生，如当事人隐瞒不报时，应积极向上级反映。作为主治者应大公无私、忠诚老实地逐级汇报，并采取恰当的措施和手段，积极减少对病人的伤害。对医疗差错事故的批评，应本着治病救人、引以为戒的原则，绝不允许利用医疗差错、事故，行报复、泄私愤。

5. 互相学习、共同提高原则 医学是门博大精深的学科，任何一个医务人员都不敢说自己掌握了全部做好本职工作的知识。不同年龄、资历、专业的医务人员，往往既有自己技术上专长，也有自身的知识缺陷。同一专业的医务人员，由于实践经验和思维方式的不同，往往对同一疾病诊疗和手术方式的选择都有自己独到的见解。只有相互借鉴、互相学习，取长补短，才能不断提高。作为医务人员在工作中必须保持谦虚谨慎，戒骄戒躁的工作作风，保持虚心好学的品质，特别是要注意向周围的同行学习，要做到遇有疑问时，能够本着虚心求教的态度，不耻下问，不断提高自己的业务水平。作为有专长的医务人员，要有无私传授的境界品格，绝对不能为个人名利，封锁信息、垄断技术。在相互学习和共同提高中，发挥整体优势，把全心全意为患者服务的宗旨落到实处。

本章小结

医疗人际关系是制约医疗卫生工作的重要因素，其中医患关系是医学伦理研究的核心，作为医患关系中的主要方面的广大医务人员，科学把握医患关系的性质模式，掌握制约医患关系的基本因素和协调原则，对于做好医患沟通、自觉协调好维护好医患双方利益，确保患者的基本权益具有重要的意义。医际关系是影响医患关系的重要条件因素，作为医务人员充分认识医际关系的性质类型和地位作用，科学掌握医际关系的协调原则，建立互相帮助互相监督和谐内部关系，对确保医疗卫生工作的高效开展和卫生事业宗旨的实现具有重要意义。

复习思考题

1. 萨斯—荷伦德模式的内容和特点是什么？
2. 谈谈你对《新世纪的医师专业精神——医师宣言》提出的医师三项基本原则的认识。
3. 构建和谐医患关系的制约因素和途径方法有哪些？
4. 如何在把握医际关系的特点基础上构建良好的医际关系？
5. 如何理解把握医患关系的性质和类型？

本章作者及联系方式

魏琳（西安交通大学人文学院　西安市雁塔西路 76 号　邮编 710061　Email：527802970@qq.com）

第七章　临床诊疗伦理

教学目的

掌握临床诊疗伦理的概念及基本准则、掌握急诊治疗、临床药物治疗、手术治疗以及医学生实习的伦理要求；熟悉临床诊断与多点执业的伦理要求；了解康复诊治及心理诊治中的医德要求。

［案例 7-1］最难的永远不是技术

那是多年前的事了，许多细节已不甚清晰，但有些感动我终身难忘。一个 10 多岁的男孩刚刚经历了母亲病故的重创，跟着父亲在北京靠卖晚报谋生。有一天，男孩突然病倒，在家坚持了整整一个月，实在扛不住了，才被父亲送到医院。入院时，他父亲身上仅有 200 元钱。这是他们父子进报纸的钱，就是谋生的最后一点儿本钱。

很快，我们诊断男孩患的是重症，吉兰 - 巴雷综合征，要靠呼吸机才能维持生命。这时，钱成为最大的问题。面对这个我们不愿谈却必须谈的问题，不到 40 岁的父亲非常痛苦。最后，他叫来一位老乡帮忙守着儿子，然后满面愁容地回老家借钱。三天两夜后，他带着 12 000 元钱回来了——他借遍了全村。可就是这三天两夜，孩子花掉的医药费已经远远超出了这个数。

两天后的一个清晨，一辆破三轮车停在了抢救室门口。我走进病房，看到男孩的父亲已经收拾好了。“我们已经没钱治了，谢谢你们的好心！趁孩子还有口气，我要把他拉回老家。”他像是在自言自语，又像是在跟我告别。在急诊科，这样的事已不是第一次发生。

我站在那儿，看着他把男孩的气管插管拔出来，看着男孩的氧合从 100% 降到 92%，再降到 85%……我的内心在激烈地交战：救不救？我用右手用力掐着自己的左上臂，却一点都不觉得疼，眼前只有男孩父亲的眼泪、男孩的眼泪……

过去了大概 30 秒，格外漫长的 30 秒，我小声说了一句：“插管！”话音未落，“啪”的一声，身后马上递过来一个喉镜。原来，护士已在我身后守候多时。她早有准备，就等着我纠结之后的这声令下。

两周后，男孩脱离了呼吸机。三周后，顺利出院。出院时，父子俩跟医院签署了一份长达 30 年的还款协议，每月还 200 元。即便这样，他们还是经常还不上。

男孩出院后，经常会在晚上溜到我们分诊台的窗前，扔下两份当天的晚报，转身就跑。每次他来，为了他的自尊，我总是假装没有看见他。当他转身飞跑出去时，我就会很享受地看着他的背影。试想：之前他连一个脚指头都动不了，甚至差点和他死去的母亲一起埋在小山村里；而今，他却能像“准刘翔”一样飞快地奔跑。作为他的医生，我的感受是什么呢？

这时候，我心底最柔软的部分被触动了。哪一种职业会有如此美妙的心灵体验呢？我做急诊医生近 30 年，有太多的辛苦、太多的委屈。但和这种无可比拟的幸福体验相比，那些都不足挂齿。我从来都感恩上苍给了我一个如此至真至善的职业，它固有的光芒可以令世间所有名利都黯然失色。所以，我经常问自己：即便中国医生的职业环境近似残酷，我们会轻易放弃最初的梦想吗？

也许有人会说，你既然被称做“白衣天使”，你就应该那么做，而且每一次都该如此决策，甚

至不能允许男孩的父亲把气管插管给拔出来。在此，我可以含着眼泪回答你："这也是我的梦想。我也希望每一次自己都能无所顾忌地选择去救人。然而，事情没那么简单。面对这样的场景，我们医生心底那异常强烈的冲突又有多少人能理解？"

我只想说，谁都不要站在道德的制高点上简单评判对错。当下我们各行各业所呈现出的某些乱象，或许只是社会转型时的一种必然经历。在种种冲突、困扰之中，我们都应该相信的是，绝大多数医生仍在竭力坚守着纯净的信仰和神圣的职业精神。此时，我想起法国作家罗曼·罗兰的一句话："这个世界上只有一种真正的英雄主义，那就是在认清生活的真相之后仍然热爱它。"

还有一个故事发生在两年前。那天，我上急诊监护室的二线班，为一位病人忙活了一天，毫无所获。这是一位32岁的女病人，没有医保，却突发急性重症胰腺炎，病情非常严重，入院时还发生了急性呼吸窘迫综合征。这意味着她随时可能要上呼吸机，还需要各种昂贵的救命药物。

和病人的父亲谈病情时，我告诉他住院至少需要1万元押金。老人焦急地说："钱正在路上呢。今天在急诊的治疗抢救费能不能先欠着？"中午时分，总算盼到了送钱的人——他辗转借了5个老乡的钱，只借到了3000元。我和病房联系，回复是"的确收不了"。于是，我坐到病人床边，一边紧张地观察病情，一边等着再去"找钱"的人。为保住她的肾，我要多给她输液。她没钱透析，水输多了很快就渗入腹腔，没有血滤保驾只怕会心衰……我坐在那里仔仔细细地算，一双眼盯着她的尿袋儿，心里还祈祷着"心率不能再快了"……

接近下午5时，病人家属满头大汗地拿来1万元钱，我没敢问是找了多少人才凑齐的。她父亲问："够不够？""肯定不够。""那还需要多少？""按照她的病情，通常会超过10万元，而且……"我说得小心翼翼，虽然明知这些话会让他很痛苦，但又不能不说。末了，还要加一句"可能人财两空"。

已经过了下班时间，我没有催促他。在狭小的办公室里，我们面对面坐着。老人强忍着，眼泪却仍然落了下来，满脸的沧桑使得泪珠拐了几个弯儿才终于汇到胡子拉碴的下巴上。他念叨着："我怎么能不救她呢？她娘年轻时就走了，我拉扯大他们姐弟。儿子去年结婚，我借钱给他盖了房，欠了一身的债。这，我再跟谁去借呢？你容我想想……"

这位父亲终于慢慢起身了。他走了过来，干裂的嘴一张一合，半晌才出声："我们不治了，我们回家。"这话并不让我觉得意外，但我却真切地感觉到了心的刺痛。后来，我们小心地把患者抬上车，我看见她在哭，无声地哭……

她有一个动作我至今不能忘记：抬起她时，她使劲抓住病床的栏杆不撒手。我知道，她这是在传递强烈的求生愿望。

像她这样的年龄是不该放弃的，这是无奈地放弃。如果你不能理解这"无奈"二字，就看看那位父亲的眼睛吧。倏忽间，这"无奈"二字就笔笔刻在你的心头了。

通常情况下，令我揪心的不仅是那些病情重的人，更是像这位可怜的父亲表现出来的那种难以遮盖的自责。我想对他说："老人家，这不是您的错，不是！"那么，这是谁的错呢？谁该承担这份苦难、这份生命之重呢？退一步说，如果这位父亲不是如此善良、懦弱，如果他坚持接受治疗并最终人财两空，他会不会迁怒于医护人员呢？会不会咒骂我们医生赚了黑心钱呢？

对于临床医生而言，最难的部分永远不是技术。

（陈旭岩．在喧嚣和困扰中坚守职业精神．健康报，2013年11月15日5版）

讨论与思考：在临床实践中，除了技术问题外我们还会遇到哪些方面的难题？什么是解决这些难题的出路？

Notes

［案例7-2］某女性患者，17岁。某日晚，急性发病，昏迷、高热、抽搐、白血细胞总数明显增加，住进某医院抢救室。医生诊断为"癫痫大发作"，并判断她的生命难以延续24小时，其父母

心急如焚。坐在病床前近一个小时不见医生和护士，此时病人已被插管和输氧并输液（5% 葡萄糖）。家属见情况一直未见好转并有加重的趋势，遂到医生办公室，但没有找到医生，来到护士站才看到主治医师正在和护士闲谈。家属请求医生能否请有关专家或上一级医生给予进一步会诊，并适当调整治疗方案。此时医生斜着身子，俯案答道："她是癫痫，很危重，我们已经采取了各种措施，回去为病人做好后事准备吧。"家属更加焦虑，又向医生提出请求说："您能否再根据病历把诊断和治疗情况给我们介绍得详细一些？"值班医生说："这里有很多医学专业知识，说了你也听不懂。"随后主治医生仅简单观察了一下病人病情便回到休息室，未再作其他任何处置。第二天凌晨，病人离开人世，家属悲痛不已，情绪失控，指责医生对病人不负责任，并欲提起诉讼。

（案例来自：http://www.docin.com/p-49362811.html）

讨论与思考：该起医患冲突是由哪些原因引起的？此案例中的医生违背了哪些临床伦理准则？

临床诊疗伦理是医学伦理基本原则、规范在临床工作中的应用，是医学伦理学最经常化也是最世俗化的现实应用，当前我国医患关系紧张、"看病难、看病贵"等诸多问题都源自于临床领域。临床伦理的内容包容广泛，前述章节中的各原则、规范均有所涉及，还包括诸多医学生实习、多点执业等新问题。

第一节　临床伦理概述

临床诊疗是临床医学的主要内容和表现形式。在临床实践工作中，医务人员的医德境界直接关系到能否正确诊断和恰当及时的治疗。因此医务人员医疗行为的道德性对于医学事业、病人、社会和医务人员自己都具有极其重要的意义。

一、临床医学的定位

医学与每个人的健康息息相关，医学关系到千家万户的幸福，医学影响着国家各项事业的发展，甚至影响一个国家和民族的兴亡。

（一）临床医学在医学学科中的地位

从医学科学的角度上讲，临床是相对基础而言。所谓的"临"是面对、面临的意思，"床"指的是病床，即临床医学是直接面对疾病、病人，对病人直接实施治疗的科学。2003 年抗"非典"战役的胜利就证明了临床医学对于个体、国家和全人类的健康事业具有重要的意义。汶川地震中医务人员不顾个人安危积极深入地震重灾区实施抢救，挽救了无数的生命，再一次体现出临床医学的巨大作用。从某种意义上说，临床医学是医学服务于人类健康的关键一环，基础医学等医学科学都是为临床医学服务的，当前热门的转化医学，其核心也是指向临床医学的转化。就医疗机构内部而言，临床科室是医院的主体，它直接担负着对病人的诊断、治疗等任务。本章所指的临床医学是非常明确的，即研究疾病的病因、诊断、治疗和预后，提高临床治疗水平，促进人体健康的科学。

（二）临床医学的核心价值观

1. 以"人"为中心，把病人放在首位　随着现代医学科学的进步，诊疗仪器越来越先进，能够帮助医生对疾病进行更为准确及时的诊断和治疗，为病人带来福音。但是现代医学的实验性的特点，科学技术的泛化和异化，使得一部分医生对先进仪器过度依赖，由此带来了医生对于疾病的实证的重视，而忽略了病人的社会因素、情感因素和环境因素。现代医学模式的发展要求临床诊治过程中要以"人"本，病人是现实生活中立体多维的人，疾病的发生发展受到病人个

人、家庭和社会多重因素的影响，医务人员要全面整体关注病人，加强彼此沟通。

2. 建立共同参与的医患关系模式，发挥医患双方的积极性 虽然病人对于医学知识和技术的了解有限，对于疾病的诊断和治疗方案的选择不会提出更具建设性的意见和建议，但病人是疾病和治疗的承载者。疾病对健康的影响，不适和痛苦只有病人最具深切的感受，而治疗效果的体验也是直接来自病人。医患双方共同参与疾病的诊治，对于疾病的治疗和病人健康的恢复极为重要。

3. 病人利益至上，兼顾社会利益 在一般情况下，病人的利益是与家庭、第三方和社会利益一致的。但是特殊的情况下，病人的利益往往和社会及第三方产生冲突。艾滋病人的保密权利就可能影响到无辜第三方的健康；对传染病病人实施隔离，如“非典型肺炎”和“甲型 H1N1 流感”病人的隔离，限制了病人的一些权利和自由，但对于疾病的控制和无辜第三方的安全保障有利；对于某些病人的救治可能会带来医疗资源分配的不均衡，甚至是对稀有卫生资源的浪费。因此，医务人员要妥善处理病人利益和社会利益的关系。

二、临床诊疗伦理的概念和准则

全面、准确把握临床诊疗工作中的伦理要求，必须从掌握临床诊疗伦理的概念和准则入手。

（一）临床诊疗伦理的概念

临床诊疗伦理（clinical ethics）是指在临床诊疗工作中必须遵循一定的道德原则，依照这一原则，合理地选择诊疗手段，尽可能地避免诊疗手段带来的不良影响，以利于病人健康恢复。

临床医师的具体任务是诊断疾病，设计和实施治疗方案，指明预后。医生所选择和实施的治疗方案，目的是为了病人恢复健康，但是有时会出现相背离的情况。在药物治疗过程中，会产生耐药性、成瘾性和药源性疾病。诊疗手段在带给病人治疗正效应的同时还会给病人带来一些负面影响。手术治疗本身就具有一定的伤害性。正因为临床诊疗手段的两重性，所以在临床工作中必须遵循一定的道德原则。合理选择诊疗手段，以利于病人健康的恢复，尽可能地避免因治疗手段使用不当而给病人和社会带来的不良影响。

（二）临床诊疗工作的伦理准则

临床诊疗工作的基本道德原则是医务人员对病人进行诊断和治疗的过程中的行为依据。临床诊疗工作的基本道德原则包括很多内容，其中最具代表性的包括生命至上、知情同意、最优化这三项原则。

1. 生命至上原则 生命至上是临床工作的最基本原则。一切为了病人既是诊疗工作的出发点又是最终归宿。这是衡量医务人员医德水平的重要指标，也是医务人员为病人服务的动力源。作为一种使命和责任，救死扶伤的理念从医学诞生之初就一直没有改变过，只是现阶段其内容更加丰富，含义更加深刻。医务人员就是践行这种使命，体现医学人道特性的群体。医务人员每日要诊治大量的病人，其中不少是需要紧急抢救的急危重病人。孙思邈的《大医精诚》中明确指出对于有疾病前来求就的患者，“不得瞻前顾后，自虑吉凶，护惜身命”，应当“一心赴救，无做功夫形迹之心”。作为医生，要尽力满足病人的合理要求，尊重和维护病人的医疗权利，“见彼苦恼，若己有之”，尽全力抢救，让他们能重获新生，重新获得健康，重返工作岗位，继续发挥他们的聪明才智，为国家和人民贡献自己的力量。医生从中也践行了救死扶伤的使命，履行了社会主义人道主义的神圣天职。

生命至上要求医务人员必须在临床工作中做到及时、准确和有效，要求医务人员必须做到：学习和掌握科学的诊疗手段、认真实施有效治疗以及实事求是地判断治疗效果。

2. 知情同意原则 知情同意原则是当今在医疗领域广泛使用、争议最大、问题最多的临床医疗最基本原则之一。其基本内容已在本书第四章第一节进行过介绍。在此，我们主要讨论知情同意原则在临床医疗实践中的运用。

临床上的知情同意是指医务人员要为病人提供能帮助患者做决定所必需的足够信息(如:病情资料,诊疗方案,预后及可能出现的不良反应、副作用等医疗风险等),让病人在权衡利弊后,对医务人员所推荐的诊疗方案做出同意或不同意的决定。坚持知情同意是为了促进个人的自愿性,保护病人,避免强迫或欺骗。医务人员应在自律的基础上做出合理的决定。

临床上的知情同意是一个过程,具体包括两部分内容。一是知情,即信息的告知和信息的理解。这一步的关键是完全的知情。医务人员有责任提供足够的相关信息,如病人的病情性质、程度、治疗方案、预后等。根据病人或家属的文化素质、理解能力等方面的差异性,保证能使病人对信息进行适当地理解。为了让病人能真正完全准确理解适当的信息,医务人员应最大限度地采用病人能够理解的语言或者沟通手段。医务人员要提供完全、真实的信息,当病人不能理解,或理解有困难时,不能简化或省略知情同意。二是同意,即在获知可以做出决定的足够信息后,病人或家属做出同意或者不同意的决定。这一步的关键是真正的同意。只要病人本人具备完全行为能力,他就是唯一合法的知情同意权利人。病人能获取信息,在对各方面进行权衡后,做出同意或不同意的决定,这应该是不受威胁或强迫,出自自由意愿的表达。

3. 最优化原则　最优化原则作为临床诊疗中最重要的原则之一是由临床治疗的特点决定的。临床治疗工作,一方面具有消除疾病的功效,另一方面也往往会给病人造成不同程度的伤害,这种伤害主要有三个方面:其一,医疗技术自身具有负面作用,如各种有创检查,药物的毒副作用,手术对机体组织的损伤等;其二,诊疗过程中,由于社会心理道德因素而产生的负面作用,如为了追求利润或谋求私利而使用不恰当的技术,给病人带来额外的经济负担和心理压力,造成资源浪费和资源分配不公,进而引发医患矛盾、伦理冲突等社会问题;其三,因医务人员过失或人员责任造成误诊误治,给病人造成心身健康损害。

由于技术所具备的双重性,在医疗活动全过程中要做到绝对不伤害是不可能。无论是诊断过程还是治疗和康复过程,医疗技术的实施都有可能给病人带来身体或精神的伤害,因而在技术的选择和应用时都应抱着审慎的态度,认真选择,权衡利害,技术的选择和运用必须符合知情同意的原则。

临床诊疗中应用最优化原则,就是要求医务人员在诊断和治疗疾病过程中,从各种可能的诊疗方案中选择最小代价而获得最佳效果的临床决策,也叫最佳方案原则。任何一项诊治方案的选择和实施,都必须从病人的利益出发,使病人处于客观的最大安全保障条件下,做到既有效又只带来最小痛苦,以期收到最好的效果。

最优化原则包括四个方面的内容(参见第四章第一节),这四个方面不是单独考虑的,需要综合分析。一味追求最佳疗效可能会因为治疗过程中的痛苦太大或者是费用太高,病患无法负担,而最终不能完成治疗计划,不仅会带来前期医疗资源的浪费,更会给病患带来不可估量的损失,甚至是生命的失去。因而最优化原则一方面有技术性和临床思维能力的要求,另一方面,也有其道德思想基础,其道德意义在于促使医务工作者在临床诊疗做到医学判断与伦理判断协调一致。伦理判断的目的在于保证诊断手段的科学性,二者相辅相成,有机结合,才能选择妥善的诊疗手段,做出最优化的医疗决策。

三、医学团队合作伦理

当代医学发展带来了医学分工的细化,分工细化使得一个人掌握全部的医学知识的可能性几乎为零,因此,医疗团队合作成为了现代临床医学的应有之意。

(一) 医疗团队的概念

所谓医疗团队(the medical team)就是由员工和管理层组成的一个共同体,在医院共同的愿景、共同的使命、共同的目标引领与感召下,合理利用每一个成员的知识和技能协同工作,解决问题,达到共同的目标,为追求医院的整体成功而共同努力。群体中的成员在行为上彼此影响,

在心理上意识到其他成员的存在，并有彼此相互归属的感受和工作精神。医院担负着救死扶伤的重要使命，每一个科室及个体的工作直接关乎病人的生命或身心健康，所以医疗团队应具备以下特性：①心理上的认同性；②行为上的关联性；③利益上的依存性；④目标上的共同性；⑤配合上的组织性。优秀的医疗团队应具备共同的理想，共同的未来，共同思考问题的途径，共同解决问题的原则与方法。实现的途径就是要塑造优秀的医院文化，培养良好的伦理道德观念。

就医学本身而言，当代医学的发展呈现两个明显趋势：纵向分化与横向综合。这种分化所导致的结果是：一方面，基础医学向微观纵深发展，把生命的物质结构、病理结构推进到前所未有的分子水平、基因水平，同时临床医学分科也愈来愈细，例如根据教育部的学科目录，普通外科已经是目录中最低的三级学科，但随着医学分科的细化，普通外科也已经被细化为胃肠外科、肝胆外科、胰腺外科、乳腺外科、头颈甲状腺外科等多个方向。另一方面，已经分化的医学学科之间又呈现出一种相互渗透的趋势，例如近年来消化道内镜技术、血管导管技术等内科疾病治疗中的外科化技术的出现就充分说明了这一点，医学的整合与医学的转化同样成为当今医学研究的热门话题。此外，医学与其他自然科学、社会科学之间也在相互影响和交织，这被称为医学的社会复归。综上，医学学科之间、医学与其他学科之间从总体上的综合呈现出一种不可阻挡的趋势。因此，要想满足患者多层次、多元化的医疗保健需求，实现生物 - 心理 - 社会新的医学模式的转型，必须接受并顺应这种现实趋势，推动医疗团队化建设。

从医疗机构内部而言，实现医院健康可持续发展，医疗团队内部科室间及人员间的团队关系也将成为关注的重点。医疗团队中的各种关系指医疗卫生部门内部人员之间所形成的一种业缘关系，是指医院内部的人际关系，是医疗系统内部个体与个体、个体与群体、群体与群体之间的伦理关系。这里医际关系的概念是广义的，既包括那些直接参与医疗实践活动的医生、护士及医技科室人员和临床实习中的医学生、护士及医技科室人员，也包括与医疗实践有间接关系的行政后勤管理人员。这是医疗活动中最频繁、最密切的人际关系，他们虽有分工，但更多的是合作。这种合作的好坏，直接影响到医务人员医学行为的实现，直接影响到医疗质量的高低和患者的安危。由此可见，团队之间关系的道德问题已成为医德实践的一个重要方面，建立良好的医疗团队关系具有深远的现实意义。

（二）医学团队合作的伦理要求

1. 患者利益至上的原则 患者利益至上，就是以患者为中心，这是医务人员和医疗机构担负救死扶伤社会责任的义务和天职，是团队各成员应共同遵循的基本道德标准和伦理原则，也是建立良好团队关系的思想基础。患者利益至上，就是要以患者的正当利益作为团队合作的出发点和落脚点，各项工作都要着眼于患者的利益，通过优质、高效的团队协作，使患者享受到良好的诊疗和热情周到的服务。当团队内部发生利益冲突时，应以最大限度地维护患者利益为第一考量。

2. 彼此平等、相互尊重的原则 在康德哲学中，尊重他人是最重要的道德准则。医疗团队中无论上级的主任医师还是下级的住院医师，无论是临床科室还是辅助科室，差别只是分工不同，没有高低贵贱之分，尽管与患者的交往或多或少，但彼此间的关系都是直接或间接为患者服务的工作伙伴关系，并以追求医疗行为的成功作为共同目标。在有利于患者康复与安全的前提下，团队内部每个个体都要以强烈的责任感和使命感全身心地投入，平等协调相互间的关系，达到促进患者康复的目的。

在处理团队关系时，相互尊重是一项基本要求，可以带来巨大的积极效应，促使对方尽快融入并进而激发潜能；而缺乏尊重将带来破坏士气、妨碍透明度和反馈机制、侵蚀团队的精诚合作等不良后果，而这些不良后果的最终承担者还是患者。相互尊重要以真诚相待为基础。诸如相互轻视、排斥、指责等缺乏尊重、互损而非互补的狭隘行为，不仅会使医疗团队受损，而且还会影响更大的团队（如医疗机构甚至医疗行业）的综合医疗质量和社会评价。

3. 协同合作、互相监督的原则　现代医疗卫生保健活动是一种群体性活动，任何个人的力量在整个医疗卫生保健活动中，都是渺小的。只有通过各专科的协作，充分发挥团队的整体合力，才能高效率地完成医疗卫生保健任务。在临床诊疗中团结协作是不可缺少的，在协作中还要做到互相监督。为了严防医疗过程中出现差错，损害患者利益，同行之间要注意相互提醒和监督。发现错误要及时纠正，不能碍于情面，包庇、隐瞒或袖手旁观。另外，对于自身差错和失误也要勇于承认错误和承担责任。对同行的指正、忠告和批评要虚心接受，正确对待。

4. 相互帮助、相互信任　不同专业、岗位的医务人员，相互之间要承认对方工作的独立性，并且要相互为对方的工作提供方便、支持和帮助，这样才能建立良好的合作关系，才有利于共同目标的实现。然而团队中的相互帮助不能理解为无原则的讲情，更不能认为是相互包庇错误和医疗事故差错。医务人员在相互帮助的同时，还要相互信任。信任是相互协作的基础和前提。团队合作要达到相互信任，首先要立足于本职，在自己的专业岗位上发挥积极性、主动性和创造性，以自己工作的可靠性和优异成绩去赢得其他医务人员的信任；其次要对其他医务人员的能力、品格等进行正确评价；最后，要主动加强沟通和联系，及时消除误会。

5. 相互学习、共同提高的原则　随着医学的发展，各专业学科的分化日益细致，对于某一专科而言，其他学科的专业知识是深奥甚至是陌生的，临床诊疗思维也可能大相径庭，而这些知识和思维方式对于患者的诊疗却可能是至关重要的，心怀敬意、虚心地学习其他学科的理论知识，综合学科智慧和整体优势，是各科室学术成长和人文精神进步的表现，也是整个医疗团队不断进步的重要推手。在医疗工作中，由于种种原因，彼此间总会对一些问题在认识上有不同意见，在工作上或技术上产生分歧，这是正常的。如何协调这种分歧？这就要在维护患者利益的前提下，彼此谦让，互帮互学，诚恳商讨，共同提高。有的专科处理相互关系时，从不检查自己，对其他学科的短处看得多，长处看得少，这是不利于处理好相互关系的。

第二节　临床诊断伦理

临床诊断是临床治疗的前提，是医患双方发生伦理关系的第一环节，遵循临床诊断中的伦理要求可以为后期的疾病治疗奠定基础，也可以加强医患信任进而形成良好的医患关系。临床中常用的诊断手段有问诊、体格检查和辅助检查，每种诊断手段都有相应的伦理要求。

一、问诊的伦理要求

问诊是医患间接触的第一步，是医疗活动的开始。医生通过与病人和（或）家属的交谈，了解病人疾病发生、发展的过程，前期治疗的基本情况和既往身体健康状况。即使在科学技术发展日新月异的今天，问诊还是诊断疾病的最基本也是最重要的手段。

（一）问诊的重要性

在疾病早期，机体尚处于功能的或病理生理变化的阶段，还不能发现器质性或形态学方面的改变，体格检查、实验室检查，甚至特殊检查可能皆无阳性发现，问诊时所得的资料却能成为更早的作为诊断的依据。如上呼吸道感染、心绞痛、消化性溃疡、糖尿病等仅靠问诊即可得出初步诊断或确诊。问诊又可以为选择其他的检查措施提供线索。问诊是获得病人病情的首要环节和重要信息来源，不仅对得出正确的疾病诊断非常重要，同时也是掌握病人的思想动态，取得医患相互信任，消除不良影响，建立良好医患关系的开端。相反，忽视问诊，对病史采集粗疏，对病情了解不够详细或确切，势必造成漏诊或误诊。因此在问诊中应坚持一定道德原则。

（二）问诊的道德要求

1. 要坚持科学的精神，严格按照问诊的基本医学规范执行　一是坚持全面性的原则，不仅要问病人病情的发生、发展，还要询问生活、婚姻及其家族情况、生活工作环境等。这既是疾病

诊断的需要，也是对病人的负责；二是坚持准确性原则，临床诊断的准确性是临床治疗有效性的保证，要达到或提高诊断的准确性，医师必须要有认真负责的科学态度，对于病史询问中获得的信息一定要准确，避免出现“尚可”、“没问”、“不清楚”等；三是坚持及时性原则，对于住院病人的问诊一定要注意及时性，做到在第一时间内接诊病人、询问病情，这既有利于疾病诊断也更利于良好医患关系的确立。四是坚持动态分析原则，要求医生用发展的观点认识疾病，由于疾病发生的复杂性，相同的疾病在不同的病人身上表现不同，相同的症状也可能是由于不同的疾病所引起。例如：腰椎间盘突出症在不同的病人身上可以表现出不同的症状。有些病人表现为腿部的疼痛，有些病人表现为腰部疼痛，还有一些人可能表现为腿部的麻木等等，而这些症状的表现既和疾病有相关性，又不能完全代表疾病的严重程度。再如，疼痛、发热可以由多种疾病引发。在诊治的过程中应根据病人治疗和病情的变化，注意随时反复询问，及时更新病情资料，修正诊断，为后期的正确治疗奠定基础。

2. 问诊要态度和蔼，举止端庄 态度决定成败，医务人员的态度直接影响病人的心理和医患关系的和谐与否。分析当前医患纠纷的原因，医务人员的态度生硬占很大一部分。生硬的态度会使病人产生畏惧、厌恶等负面情绪，不利于问诊的开展。同时，在人际沟通中，65% 以上的信息交流是通过无声的肢体语言实现的。医务人员要用真诚的目光、和蔼的表情和恰到好处的肢体行为表达对病人的关爱。在问诊中保持合理的距离，要注意给病人留有足够的个人空间，最大限度地保障病人个人空间的私密性。不要随便皱眉、挑眉梢，尽量少努嘴、撇嘴，忌皱眉、瞪眼、目光游离不定、张大嘴打呵欠。这些细小的面部表情和行为会直接影响病人对医生的认知，产生负面的推测。

3. 语言得当朴素易懂 有些医务人员在问诊过程中没有意识到病人是普通人，没有专业的医学和疾病知识，如果医务人员在与患者交流时大量应用医学和护理的专业知识、词汇甚至是英文缩写，就会使病人无法理解，从而影响医患间的信息交流。在问诊中医务人员一定要使用病人听得懂的语言，避免采用过于专业的名词，即使必须使用专业词汇也要给病人详尽地解释。

4. 选择合理的问诊方法 问诊中可以根据不同的病人选择直接询问、插问、倒问、启发式询问的方法。但是要避免在询问时做提示性诱导和暗示。对于急诊病人应先简要询问主要原因，待病人情况平稳后再详细问诊。

二、体格检查的伦理要求

如果说问诊是医生通过病人的感受来获得有关疾病的信息，那么体格检查则是医生通过自己的感官和简单的检查工具主动获得疾病的第一手资料。在体格检查中医师应坚持必要的道德要求。

（一）体格检查的重要性

在传统医学中没有先进的辅助检查设备，医学通过“望闻问切”来对疾病进行客观诊断，除了“问”，其他三种都可以归结到体格检查之中。如果忽视体格检查，查体时不认真、不仔细就会遗漏有价值的体征，造成漏诊、误诊。

（二）体格检查的道德要求

1. 关心体贴，减少痛苦 病情资料的获得其实对于患者来说是一次痛苦经历的再现。问诊过程中，病患必须回忆自己痛苦的起因、经过和加重的缘由。而这本身就是一种痛苦体验。通过查体掌握疾病的资料更是会加重病人的痛苦，例如骨擦音、骨擦感是骨折的专有体征，获此阳性体征即可确诊骨折。但是在此阳性体征的获取过程中，病患会感受到强烈疼痛，甚至可能会加重损伤。阑尾炎的典型体征是麦氏点的压痛反跳痛，这对于疾病的确诊具有非常大的价值。但是医生在进行手法检查时，必须要使病人感受到疼痛，并把疼痛带来的不适表达出来。因而

体格检查中的某些方法和手段本身具有一定的刺激性和伤害。医生在进行检查时应当关心体贴患者。采取适当的体位，准确的手法检查，尽量减轻病患的痛苦。在检查中避免反复刺激，给患者带来不必要的伤害。在操作中要做到“讲 - 做 - 讲”，医生在给病人操作前，先向病人讲清操作的目的、方法和要求，然后开始操作，操作结束后医生要向病人告知操作的结果和注意事项。

2. 严格执行医学操作规范，全面系统，认真仔细　按照医学科学所规定的体格检查规范，遵循人体的八大系统全面检查，不能主观臆断，不查、漏查和误查。在检查中按解剖部位，从上到下，从远到近。要按一定顺序，先观察一般情况，如果病情危重，重点检查，明确诊断，立即抢救。待情况稳定再进行全面检查。检查中要边询查，边思考，进行诊断与鉴别，还要注意周围环境、患者情绪等对查体的影响，若患者不配合检查，要主动开导劝解，避免资料失真。

3. 尊重患者，注意保密　在查体过程中，会涉及患者身体的暴露，这时医生应当尊重患者的隐私权，注意遮盖，避免使患者身体过于暴露，引起患者心理情绪的变化，从而加重病情影响救治。再者，医生在体格检查过程中也可能接触到患者身体的隐私部位，特别是对于异性患者，医生更应尊重患者，态度严谨，语言得当，手法轻柔。

三、临床应用辅助检查的伦理要求

辅助检查是临床诊断的重要手段，在循证医学发达的今天，辅助检查技术可以有效地帮助医务人员更为高效、准确地确诊病情，救助患者。

（一）辅助检查的作用

辅助检查从检查性质上可以分为实验室检查、影像学检查等多种。实验室检查是涉及多学科的一门边缘性科学，也是运用生物学、化学、物理学等学科的理论、技术为医学服务的学科。它的基本任务是通过细胞学、生物化学、微生物学、免疫学、病理学等检查技术对病人的血液、分泌物、组织等标本进行实验室检查，获得病原体、病理改变、脏器功能情况等资料，与临床其他检查相结合，对确定诊断，观察病情，制定防治方案及措施均非常重要。影像学检查一般是在不干扰人体本身的前提下，通过器械对人体局部脏器的图像和物理指标进行的检查。辅助检查的出现是因为科技的进步，人们把多学科技术引入到医疗领域。随着科技的发展，检查疾病的仪器和方法日益完善，能帮助医生更准确、更深入地认识疾病，为及时诊断疾病提供科学依据。从细胞水平到分子水平，从平面 X 线扫描到三维 CT，辅助检查的精细度和准确度越来越高。

在现代临床医学诊治中，虽然辅助检查在疾病的诊断过程中起着重要的作用，但是辅助检查也有自身的缺陷和不足。首先，所有的辅助检查仪器和方法都需要人专门掌握和应用，对检查结果分析都必须发挥人的主观能动性。医生的主观能动性是任何辅助检查仪器不能替代的，不管仪器多么智能，人的主观能动性都是必需的，对仪器结果需要人的阐释和解读。其次，由于疾病表现复杂多样，个体差异性以及仪器检查的局限性，辅助检查的结果并不全是明确可见的，对疾病的确诊率也不可能是百分之百，相当一部分疾病是无法通过辅助检查获得可靠诊断结果的，只能是参考的依据。最后，对于有些检查，如放射性检查、内镜检查、穿刺术、造影术等，在其使用过程中都可能给患者造成一定程度的痛苦和损伤。

总之，对待临床中的辅助检查，我们既要尊重辅助临床诊断治疗的重要作用，又要防止过分依赖这些仪器设备，从而导致医学的物化和异化；既要尊重循证医学的客观性，又要充分发挥人在认识疾病、治疗疾病中的主体作用，尽量实现两者统一。

（二）辅助检查使用的道德要求

1. 病症适应原则　辅助检查必须是确实需要的。根据患者的病情需要有目的、有计划地选择适合患者的辅助检查，不做那些对患者疾病的诊治无意义或意义不大的检查。不能因为个人或集团的利益，过度使用高档仪器检查，也不能因为担心医患矛盾和医患纠纷，过度检查，根据病情需要选择，对于需要进行的检查一定要做。对辅助检查不能一味追求高、精、尖，应根据需

要选择适宜且经济的。

2. 客观地估计辅助检查结果在诊断中的意义 辅助检查对疾病的诊断具有很大的帮助，但是这并不代表辅助检查是万能的，辅助检查也有假阳性和漏诊、误诊。要对患者所患疾病得出正确的诊断，必须将辅助检查的结果和临床的问诊和体格检查的资料信息综合起来共同分析，不能过分依赖和迷信辅助检查，夸大辅助检查结果在临床诊断中的作用。

3. 坚持循序渐进的原则 辅助检查给医生提供的是客观数据，帮助医生做到正确及时的诊断，因此选择辅助检查应遵循从简单到复杂、从低价到高价、从无创伤到有创伤的顺序进行，优先选择那些简单、低价、无创伤的检查，尽量减少对病人身体可能带来的伤害，避免不必要的经济支出。

第三节 临床治疗伦理

临床治疗是临床工作的核心环节，绝大部分疾病都需要通过临床治疗来达到祛除病痛、缓解症状的目的，临床治疗效果的好坏也是评价临床工作的主要指标。一般情况下，临床治疗的主要手段包括药物治疗、手术治疗、心理治疗和康复治疗，每种治疗手段都有自己独特的伦理要求。

一、药物治疗的伦理

药物是医务人员促进和维护人类健康最主要、最常用的工具和手段。它在控制疾病的发生和发展和提高人体抵御疾病的能力方面发挥着巨大的作用。然而，任何药物都在发挥治疗作用的同时，具有或轻或重的不良反应和副作用，有些甚至具有相当的毒性。因此，临床医生在药物治疗中应该遵守有关的道德要求，最大限度地维护病人的利益。

（一）对症下药、安全有效

对症下药是指医生根据临床诊断，选择相适应的药物进行治疗。医生必须首先明确疾病的诊断，掌握药物的性能、适应证和禁忌证，然后选择治本或标本兼治的药物，也可以暂时应用治标药物，以减轻病痛和避免并发症。但是，医生要警惕药物对症状掩盖的假象，以防止给诊断带来困难或延误病情而发生意外。

安全有效是指医生在对症下药的前提下，要因人而异的掌握药物剂量。因为用药剂量与病人的年龄、体重、体质、重要脏器的功能状况等多种因素有关。医生应具体了解病人的以上情况，灵活用药，既达到了治疗效果又防止用药过量给病人带来的危害。

（二）合理配伍、尽量减少药物的副作用

联合用药是指为了达到治疗目的而采用的两种或两种以上药物同时或先后应用的情况。在药物联合使用时，会出现两种可能，即使原来的效应增强称为协同作用或使原有的效应减弱，称为拮抗作用。在联合用药时，合理配伍可以产生协同作用，减小药物的副作用，从而使药物发挥最大的疗效。但是，要掌握药物的配伍禁忌，尽量减少用药数。否则，会事与愿违，由于产生拮抗作用而给病人带来危害。

（三）尽量减轻病人的经济负担

在用药物治疗时，医生应在确保疗效的前提下尽量节约病人的费用。徐大春在《人参论》中批评一些滥用人参治病的医生时指出："天下害人者，杀其身未必破其家，破其家未必杀其身，先破其家而后杀其身，人参也"，这充分说明过度使用昂贵的药物对于患者来说是一种伤害，不仅会带来经济性的伤害，还有可能影响患者的治疗。一些患者因为认识的误区，认为价格昂贵的药就一定疗效好，医生不能因为担心产生医患纠纷，而听从患者的要求开具处方。

（四）加强毒、麻、放射药品使用

医生在用药治疗中，应严格遵守国家制定的《麻醉药品管理条例》、《医疗用毒药、限制性剧毒药管理规定》等法规，除正当治疗外，不得使用麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品和放射性药品，以免流入社会或造成医源性成瘾或医源性疾病。

二、手术治疗的伦理

手术治疗是外科治疗中的主要方法和途径，通过外科手术祛除病灶、缝合伤口、修补缺损，甚至对于过去没有有效治疗方法的先天畸形和脏器衰竭，在今天都可以通过现代外科学手术得以治疗，带给病人生的希望。微创技术的大量引入，使得手术治疗的伤害减小，危险降低，人们对手术治疗越来越信任，内科治疗外科化也已成为一种趋势。但是我们在看到手术治疗的光明前景时，还要注意到，它自身的特殊性所带来的潜在危险，为了避免这些危险的发生，在手术治疗中必须遵守一定的道德规范。

（一）手术治疗的特点

手术治疗具有鲜明的特点。首先，手术治疗具有效果好、起效快的特点。许多疾病通过手术治疗可以说是立竿见影，“刀”到病除，有些甚至能够一劳永逸。其次，手术治疗具有局限性。对于一些疾病只能是以探查为目的，寻求致病的缘由，而对另一部分的疾病，医生力图通过手术缓解疾病带给病人的痛苦，并不能治愈。再次，外科手术是一个系统工程。任何一台手术的完成都需要麻醉、监护、内科、护理和外科医师协同作战，特别是护理对于病人的病程和预后有举足轻重的重要意义。又次，手术治疗具有创伤性，故风险性大，并发症多。手术治疗是以破坏性为前提，涉及人体多个部位与器官，是一种有伤性治疗，它会给病人带来躯体上的损伤、失血以及肉体和精神上的痛苦。最后，手术治疗技术含量要求高。手术成功完成要求术者不仅具有渊博的医学知识而且要具有相当高超的技能，外科医师必须是复合型人才，首先要掌握疾病诊断的基本知识和对人体解剖结构了然于胸，其次要具备精湛的技艺，能够通过自己一双灵巧的手处理各种复杂局面。

（二）手术前的伦理要求

1. 确定手术治疗的充分性和必要性　首先，从医院和医务人员自身条件来确认手术条件的充分性。手术治疗是具有风险性的，而且手术治疗所需技术具有复杂性，对手术环境和器械方面的要求也比较严格。当病人的疾病必须进行手术治疗时，医务人员一定要确认自己的技术能完全胜任手术，同时要确认所在医院的手术室环境、消毒及器械等条件完全满足手术条件。倘若自己所在医院达不到手术所需条件，一定要另请专家诊治或者考虑转诊。只有这样才是将病人的健康利益放在首位，尊重病人，坚持无伤原则。

其次，从病人和疾病角度来说，对于选择什么样的诊疗手段，不仅要看病人是否能康复，还要考虑是否全面达到所需的治疗目标。医务人员应根据病人的病情种类和严重程度以及病人实际条件，确定是否选择手术方法进行治疗，对于手术创伤与手术效果进行全面的权衡。对于有其他非手术方法可以治疗的病人，应避免选择具有创伤性和风险性的手术方法诊治。所以，医务人员在选择某一治疗方案时，必须严格掌握疾病情况和手术指征，充分考虑病人对这一创伤的接受程度；考虑病人付出各种代价后所得到的治疗效果是否满意；考虑这样的选择是否符合有利无伤的医德准则。进行比较之后，只有当手术治疗效果最佳、代价相对最小，又是病人完全可以接受的，如此选择才符合医德要求。

2. 保证病人的知情同意权　在接受手术治疗之前，病人有权知晓自己病情及可能的治疗方案，并对医生提出的治疗方案具有选择取舍的决定权。在确定采用手术治疗时，必须得到病人及其家属的真正理解和同意。这也是病人的基本权利。首先，保证知情。医务人员应以病人及家属可理解的语言，实事求是地向病人及其家属认真分析并说明病情，对于选择手术和非手

术治疗的原因及采用各种治疗手段可能产生的后果，以及不同治疗方案的效果和代价予以介绍。其次，征得同意。由于手术治疗本身具有风险性和创伤性，在介绍、分析有关情况的同时，要充分尊重病人或其家属的选择，保护病人的利益，取得病人或其家属的同意。再次，签订知情同意书。在病人及其家属知情的基础上征得同意，还需要让其签署同意实施麻醉和手术的书面协议。手术前的这一工作无论从治疗程序，还是从法律、伦理上来说都是必不可少的。这种协议是病人及其家属知情同意的客观形式。它充分表明病人及其家属对医务人员的信任和对手术风险的理解，医务人员应充分认识到这种信任和理解，并以此激励自己努力承担责任，履行医德义务。

3. 认真做好术前准备 术前准备包括手术方案的制订与病人准备两个方面。手术方案应在具有丰富经验的医务人员主持下，根据疾病性质、病人具体情况制定，要求安全可靠，要充分考虑麻醉和手术中可能发生的意外，并制订出相应的对策。麻醉医师应在认真检查病人、详细了解病史和有关情况后参与手术方案的讨论，并根据手术需要和病人的具体情况选择最佳的麻醉方法，以保证手术的安全进行。

医务人员应帮助病人做好术前准备工作。病人的术前准备工作包括心理上、躯体上等多个方面。尽管病人已同意接受手术，但仍会有情绪上的波动，出现焦虑不安、恐惧紧张、忧郁等心理反应。这是因为病人害怕手术时的疼痛，出血过多，也害怕手术意外或术后留下的后遗症。这些不良的心理反应会造成病人生理上的变化，例如睡眠不佳、食欲下降、烦躁不安、脉搏加快、血压上升等，都不利于手术的顺利进行。因此，引导病人树立对手术的信心，帮助他们摆脱不良情绪，鼓励病人以良好的心态接受和配合手术是医生的道德责任。在这一阶段，医务人员耐心、细致的工作方法，认真负责的工作态度和自信心对病人的心情有着极为重要的影响。

（三）手术中的伦理要求

1. 认真操作，一丝不苟 在手术中，医务人员要以严肃认真、一丝不苟和对病人生命负责的态度进行手术。这不仅是对主要手术者的医德要求，也是对所有在场手术人员及辅助人员的医德要求。手术者对手术的全过程要有全盘考虑和科学的安排，手术操作要沉着果断、有条不紊；对手术中可能发生的意外应做好思想上、技术上和客观条件上的准备，一旦手术中遇到问题，要大胆、果断、及时地处理；对于意识清醒的手术病人，医务人员还应经常给予安慰，不时告知手术进展情况；在讨论病变情况时，也应注意方式方法，避免给病人造成不良刺激。

2. 互相支持，团结协作 手术治疗的整个过程都需要医务人员相互之间的密切配合与协作。随着医学的发展，手术规模、难度的增大，以及现代医疗技术的应用，这种协作的意义就显得更为重要。因此，所有参加手术的医务人员都应该把病人的生命和健康利益看得高于一切，不计较个人名利得失，把服从手术需要和保证手术的顺利进行看作是自己应尽的义务，互相支持、互相协作、互相谦让、以诚相待、紧密配合、齐心协力地完成手术。

（四）手术后的伦理要求

1. 严密观察病人的病情 由于术后病人刚刚经历了机体的严重创伤，身体虚弱，病情不易稳定、变化莫测，因此，要求医生、护士共同以认真负责的态度，严密观察病人及病情的变化，遇到异常及时处理，及时记录，尽可能减少或消除术后可能发生的意外，防止出现各种不良后果。

2. 努力解除病人的不适 在术后，病人常常会出现疼痛和其他不适。医务人员应抱着对病人负责的态度尽力加以解除。那种认为术后疼痛是“正常的”，对病人术后不适表现得麻木不仁、漠不关心的行为是违背医德的。

3. 重视术后心理治疗 病人常常会在术后出现疼痛和其他不适之外，表现出情绪不稳定，医务人员应尽力加以安慰，解除心理的痛苦。对于重大手术后，可能会带来身体残疾、缺陷的病人，医务人员要在精神方面给与无微不至的关怀。帮助病人走出心理的阴霾，鼓起生活的信心和勇气。

三、心理治疗的伦理

心理治疗是临床上常用的辅助治疗手段，随着现代医学模式的转变，由于心理因素引发的疾病日益增多，常规临床治疗后的心理治疗也对疾病的康复起到了重要的促进作用。

（一）心理治疗概述

1. 心理治疗的概念　心理治疗工作有广义和狭义之分。广义的心理治疗包含了心理咨询和心理治疗，狭义的心理治疗仅指其中后面的一项。心理咨询是指心理咨询师运用心理学的原理和方法，帮助来访者探讨自身问题并寻找问题根源，以期改变原有的认知结构和行为模式，提高对生活和环境的适应性。心理治疗又称精神治疗，是用临床心理学的理论和技术治疗病人的情绪障碍与矫正其行为的方法。心理治疗不但是心理性疾病的主要疗法，而且也是整体疾病综合治疗中的一种。心理咨询与心理治疗二者的主要区别是服务对象的不同，即心理咨询一般针对正常人的发展性咨询，而心理治疗主要是为精神和心理非正常的病人提供治疗性服务。

2. 心理治疗的发展　迄今为止，心理治疗已有逾百年的历史。其发展的两条主线一直十分明确：一是心理咨询与治疗理论、方法与技术的发展；二是心理咨询与治疗者职业道德规范和临床伦理建设。这两方面相辅相成，缺一不可。心理治疗的内容大多是一些不愿为人所知或者是自己解决不了的问题，其中存在着很多矛盾、冲突和困境。对这些敏感的问题，一旦处理不当，往往会严重影响诊疗的进程甚至终止医患关系。因此，医务人员要对病人进行行之有效的帮助，加强心理治疗伦理规范的教育和培训是必要举措。心理治疗不仅要具备必要的专业理论知识和扎实的专业操作技能以及丰富的经验积累，还必须要遵循相关的伦理规范和行业操守。正确处理工作实践中遇到的各种伦理问题是至关重要的。

（二）心理诊治的伦理要求

1. 保密　在心理咨询和治疗过程中，不可避免地会涉及病人的隐私，而且诊疗本身可能就是隐私的一部分。因此，保密在临床实践中显得尤为重要，是医务人员应遵循的一项基本伦理要求。首先，病人向心理医生倾诉的信息，特别是秘密或隐私，不能泄露，甚至对病人的父母、配偶也要保密，否则会失去病人的信任，使心理治疗难以继续进行下去。心理医生有责任保护来访病人的隐私权，但是同时也要认识到保密要求在内容和范围上受到国家法律和专业伦理规范的保护和约束。心理医生在心理咨询与治疗工作中，必须向来访病人说明诊疗工作的保密以及这一伦理要求应用的限度。心理医生应清楚地了解保密要求的应用有其限度，在以下情况发生时保密会受限：病人有伤害自身或伤害他人的严重危险时、病人有致命的传染性疾病等且可能危及他人时、未成年人在受到性侵犯或虐待时、病人行为违反法律时等，在这些情况下，医务人员可以在病人事先知道的情况下，转告给家人或他人。在通常情况下，病人能理解医务人员的行为在于保护自己或他人的生命，因而是符合医德要求。其次，对于心理治疗过程中涉及的内容，例如心理咨询或治疗过程进行录音、录像或演示等，心理医生只有在得到病人的书面同意时，才能进行相应的处理或应用。因研究或教学工作需要，心理医生对心理咨询或治疗的案例进行讨论，或采用案例进行教学、科研、写作等工作时，应隐去那些可能会辨认出病人身份的有关信息。最后，在青少年心理咨询中，除了需要向青少年来访病人解释保密的伦理要求外，也需要对其监护人进行解释和介绍，并对保密事宜作详尽清晰的说明，以确保各方对保密有同样的理解，有利于配合咨询和治疗过程的顺利开展。需要强调的是，在心理咨询和治疗过程中，很多医务人员在面临危机情况时，往往会担心自己要承担知情不报的后果，或担心社会、相关机构或者病人家属给予的责难，而轻易违反保密伦理要求，失去了很多本来可以帮助来访病人成长的机会。

2. 尊重　首先，需要尊重来访病人的知情同意权。心理治疗的第一步就是征得病人对治疗的知情同意，确保病人和治疗师都充分理解将共同参与的治疗。心理医生有义务告知病人以

下情况：咨询的特点、性质、预期疗程、费用、保密范围等，如果来访者在没有被充分告知的情况下做出知情同意，在法律上被视为无效同意。其次，需要尊重病人的决定权。病人有权决定是否接受评估和治疗，是立即开始还是稍后进行，有权改变治疗方法或更换治疗师或者终止治疗。再次，心理医生需要尊重来访病人的性别、民族、国籍、宗教信仰、价值观、性取向等。对于与自己有着不同的社会文化背景和价值观念的来访者，心理医生必须充分认识、接受和尊重他们的社会文化、经济背景和价值取向，避免把自己的价值观和看法强加给来访者；同时心理医生不应以自己的社会文化和经济背景为基础，在制订治疗方案时先入为主，影响和干扰或者试图改变来访者的自主选择；当治疗师不能接受来访病人的个人文化和价值观念时，必须将病人转诊，以免耽误治疗时机、影响治疗效果。

3. 科学　在自己专业能力范围内，心理师应根据自己所接受的教育、培训和督导的经历和工作经验，为不同人群提供适宜而有效的专业服务。首先，从事心理咨询和治疗工作，需要掌握和运用心理治疗的知识、技巧去开导病人。对于任何一个来访病人，心理咨询与治疗者都必须采用规范、恰当、系统的程序和方法，并严格按照这些程序和方法开展工作。只有这样，才能通过规范作业来避免出现临床伦理问题。心理治疗有自身独特的知识体系和治疗技巧。只有掌握了心理治疗的知识，才能在与病人的交谈中了解心理疾病的发生、发展机制，从而做出正确的诊断。只有掌握了心理治疗的技巧，才能在诊断的基础上，有针对性地进行相应治疗，并取得较好的效果。如果不具备心理治疗的知识和技巧，只靠一些常识，像给普通人做思想工作一样的施以安慰和鼓励，是把心理治疗简单化了，达不到有的放矢的效果，甚至会发生错误的导向。这是不符合医德要求的。其次，从事心理咨询和治疗必须以专业的态度处理与咨询者和病人的关系。心理医生不得与当前来访病人发生任何形式的亲密关系，也不得给有过性和亲密关系的人做心理咨询或治疗。如果建立的专业关系超越了专业界限，应立即终止专业关系并采取适当措施，例如寻求督导或同行的建议。最后，合格的心理医生在关注病人的同时更应关注自我保健。心理咨询和治疗是一种情绪劳动，个人内在环境很容易受到来访者的情绪感染和干扰。当意识到个人的生理或心理可能受到了来访者的影响并对来访病人造成伤害时，应寻求督导或其他专业人员的帮助，警惕自己的问题对服务对象造成伤害的可能性；必要时应限制、中断或终止临床专业服务。同时，心理学专业还要求，心理医生必须认真考虑并严格遵守心理治疗谈话的时间要求。守时，对于咨询师来说是必须遵守的规范，即咨询一定要按计划进行，不能随意更改，该开始就开始，当结束就结束。当发现同行或同事发生违反专业规范的情况时，一定要起到监督作用，予以规劝；若造成了严重危害，则需要举报。只有这样，才能维护专业的威严和声誉，切实保护病人利益。

4. 真诚　在心理咨询和治疗过程中，需要直接面对来访者。在这样的工作和沟通中，真诚显得尤为重要。首先，需要对心理咨询和治疗本身拥有真诚。在工作中，需要介绍自己情况时，心理医生应实事求是地说明自己的专业资历、学位、专业资格证书等情况，在需要进行广告宣传或描述其服务内容时，应以确切的方式表述其专业资格，不得以虚假、误导、欺瞒的方式对自己或自己的工作部门进行宣传，更不能进行诈骗。当来访者不再需要治疗，或者治疗对来访者不再有利或可能造成伤害时，治疗师有责任结束治疗。心理师认为自己已不适合对某个寻求专业服务的来访者进行工作时，应向对方明确说明，并本着为对方负责的态度将其转介给另一位合适的心理师或医师。其次，对病人的真诚。当来访的病人需要诉说自己最隐私的事情、最痛苦的心情时，心理医生真诚的态度是打开沟通之门的钥匙。医务人员要有深厚的同情心，理解病人的痛苦，耐心听取病人倾诉苦恼的来龙去脉，在此基础上帮助病人找出症结所在，并通过耐心地解释、支持和鼓励甚至做出保证，使病人改变原来的态度和看法，逐渐接受现实和摆脱困境，培养新的适应能力，从而达到帮助病人治疗的目的。但是，医务人员要避免把自己的情感、判断和利害掺杂进去，以免误导。医务人员自身的基本观点、态度必须健康、正确，有愉快、稳定的情

绪，才能影响、帮助病人，以达到改善病人情绪的目的。如果医务人员的观点、态度不当或错误，不但不能帮助病人，而且有可能促进病人的病情恶化。因此，从事心理治疗的医务人员要以真诚、健康和稳定的心理状态去影响和帮助病人，否则不宜从事心理治疗工作。

四、康复治疗的伦理

康复治疗是临床治疗的延伸和重要组成部分，是促进伤病人和残疾人身心功能恢复的新的治疗学科，也是一门新的技术专业。其服务对象主要是各种身体残障的病人。它的目的是使他们能够尽可能地恢复日常生活、学习、工作和劳动，以及参与社会生活的能力，融入社会，改善生活质量。其治疗手段主要是物理疗法、言语矫治、心理治疗等功能恢复训练的方法和康复工程等代偿或重建技术。

（一）概述

康复诊治的程序一般是先对病、伤、残者进行康复评定，然后根据病人需要和客观条件，制定一个切实可行的康复治疗方案。康复方案通常由康复医师主导，在与相关临床医学科研人员共同协作的情况下进行制定和实施，并在治疗实施的过程中根据病、伤、残者情况的变化及时进行小结、调整治疗方案，直到治疗结束时为止。康复诊治有其自身特性，例如工作对象的特殊性、涉及病种的广泛性、治疗手段的综合性、治疗过程的长期性以及治疗目标的明确性等。与临床医学关注的侧重点不同，康复医学主要针对病、伤、残者的功能障碍和整体康复。

（二）康复诊治的伦理要求

1. 坚持生命神圣的伦理理念　人的生命是神圣不可侵犯的。在康复诊疗中，强调这一原则尤为重要。康复诊疗的对象主要是身体残障的病人。医务人员以及任何相关人员都不能因为这些身体的残疾而贬低了病人的生命神圣性，应该给予病人特别的尊重。康复医师只有把尊重生命作为主导思想，才能真正尊重病人。不论是先天或后天、疾病或外伤等所致的各种残疾，都会给残疾者带来终生甚至难以挽回的损失。他们不仅有躯体上的创伤，而且有轻重不等的自卑、孤独、悲观失望等心理痛苦。因此，在康复治疗中，医务人员要理解与同情他们，绝不能讥笑和伤害他们的自尊；医务人员要选择效果佳而病人乐于接受的康复方法，以建立起和谐的医患关系，并促进他们尽快康复。

2. 坚持道义与自主的合理统一　道义是指医务人员从专业的角度出发考虑病人需要什么，要求以病人的最大利益为中心。而自主是指病人有权从自身理解出发决定自己想要接受什么治疗，要求医务人员尊重病人的自主选择。在康复诊疗中，往往存在道义和自主的冲突，例如医务人员从专业角度出发认为某一治疗对病人康复有益，但是病人和其家属从自身条件考虑可能拒绝接受这一治疗方案；或者康复师从专业角度考虑，病人经过一段时间的治疗后，继续接受治疗对病人的收效和影响甚微，但是却需要花费巨额的医疗费用，这将对病人整个家庭的正常生活造成巨大影响，需要终止治疗，而病人和家属则要求坚持继续康复训练。当最大利益和自主选择相冲突时，这种两难的情形常常使康复诊疗师陷入医德困境。此时，医务人员应该从病人利益最大化出发，与病人和家属协商，将治疗情况和康复效果予以说明，尽最大努力争取利益最大化的实现。倘若规劝和协商无效，且确认病人和家属的要求经过了认真和理性考虑后，应尊重病人的自主选择。

3. 坚持严谨细致的工作态度　医务人员必须努力保证提供优良的服务，也必须注意病人能否得到同情和尊敬。医务人员应该特别注意自身的素质、沟通方法、病人心理感受的敏感性以及每天的实践过程。残疾人行动不便，有的生活难以自理。因此，在康复治疗中，医务人员要耐心地、在细微之处关怀与帮助他们的生活与训练。训练前，向病人讲清其目的、方法及注意事项，以利于保证安全；训练中，要随时鼓励他们一点一滴的进步，使其逐渐由被动状态达到主动参与治疗，增加重返社会的信心与毅力。在康复诊疗中，倾听病人的感受以及与病人沟通，往往

Notes

比治疗更重要。在康复治疗中，康复科医务人员除了必须扩大自身的知识面外，还要与各种人员密切联系，加强协作，避免发生脱节，出现矛盾要及时解决，共同为达到残疾人的康复目标而尽心尽力。

4. 坚持心理与生理并重的目标　接受康复治疗的病人除遭受疾病带来的身体痛苦外，也要承受外观上的残损带来的心理压力。这些残损往往是难以复原的。考虑到以后的生活、工作，病人常常表现出以下负面的心理状态：否认、抑郁、愤怒、自责、多疑、自卑等。对慢性病病人来说，由于长期患病不能康复，常会对治疗缺乏信心，出现抑郁、焦虑、怀疑、烦躁、自卑等心理问题，易表现出情感脆弱、易怒、多疑、抑郁、固执等情绪特点。这些负面情绪对治疗效果不利，会干扰病人的康复过程，甚至会使病人情况恶化。因此，康复医生除了关注病人的生理康复，更应该关心病人的心理康复。康复医师需要具备良好的医德素养，只有积极关注病人情绪问题，改善病人心理状态，才能让病人得到有效的治疗和照护。诊疗过程中，康复医师需要全面尊重病人，关心病人，尤其是帮助其重塑生命的价值和意义，才能使病人实现真正的康复。

第四节　特殊临床情境下的伦理

日常临床工作中，总是会面临着非常规定的情境，如急诊急救、医学生实习、医师多点执业等，这些特殊的临床情境都有这各自独特的伦理要求。

一、医疗急救中的伦理要求

急诊、危重病人的抢救不仅需要精湛的医术，完善的医疗设备，更离不开医务人员高尚、审慎的医学伦理素质。

（一）急救病人的特点

1. 突发性强，人群密集　急诊病人的突出特点是“急”，病情带有突发性，病人的发病时间、地点、人数等都不可预测。一旦发病，来势凶猛、变化迅速、威胁生命，例如食物中毒、大型车祸等。病人的病情之急要求抢救必须迅速。病情的突发性使得病人通常有众多家属陪同，同时一些事故现场本身人数众多，极易导致急诊科室人群密集。急诊科应 24 小时做好全面接诊急诊病人的准备和人员疏散工作。

2. 病况复杂，抢救困难　急诊科不同于其他独立科室。急诊病人病种不一，情况复杂，很多急诊病情需要不同科室共同确诊、抢救。这给抢救工作带来了一定困难。因此，各科医务人员应通力合作，尽心尽责，急病人之所急，抢救生命。

3. 病情危重，易发纠纷　急诊病人的病情大都较为严重，情况复杂，求医心切。若抢救不及时，病人极有可能失去生命。急诊病人发病多数在病患亲属意料之外，一旦出现抢救无效的情况，亲属没有思想准备，通常会情绪波动，难以接受，认为医生抢救不及时、不到位，从而引发医患纠纷。这就要求医务人员有精确的判断能力，扎实的急救知识，专业的急救技术，全力以赴抢救病人生命。

（二）临床急救的伦理要求

1. 抓紧时间，全力以赴　急诊科病人发病快、病情急，每一秒都和他们的生死息息相关。抢救急诊科病人就是与时间赛跑，例如心肌严重而持久缺血达 1 小时以上即可发生心肌坏死，刑事案件受害人严重者未得到及时救助即可死亡。能否将病人从死亡线上拉回来，抢救是否及时至关重要。面对急诊科病人，医务人员要有严格的时间观和紧迫感，尊重、珍惜每一位病人的生命，争取最佳治疗时间，分秒必争，全力以赴进行抢救。在抢救过程中，若因病人暂无经济能力支付医药费、医务人员自身职业素养不高、责任使命感不强而有所怠慢，延误了病情，是对生命神圣和珍贵的亵渎，是遭人唾弃的不道德行为。

2. 全面戒备，沉着冷静　面对状况百出的急诊病人，全面戒备是首要的一步，例如心肺复苏机、呼吸机等设备是否正常，抢救人员是否都到位，抢救药品是否齐全等。这些准备工作都需要一丝不苟地完成，为病人争取宝贵的抢救时间。接诊、分诊、处理，只有紧密衔接并形成井然有序的医疗急救体系，才能使抢救工作有条不紊、顺利进行。抢救过程中，医务人员切忌心慌意乱、手足无措，尤其是经验不足的实习医生，更需保持沉着冷静、果断机智，在不断实践中培养良好的心态，提升自己抢救病人的能力，为早日成为一名优秀的急诊医生做好充分准备。

3. 集思广益，团结协作　急诊科室是集内、外、妇、儿等科的综合科室，是所有科室工作的集合，情况错综复杂。在抢救危重病人时，只有多个科室的医务人员团结协作，才能达到最佳抢救效果；对出现疑难问题的病人更需集思广益，在最短时间内拿出最佳治疗方案。众人拾柴火焰高，团结就是力量。在十万火急的抢救中，医务人员应遵循最优原则，群策群力，团结协作，默契配合，无私奉献是良好医德的重要体现。

4. 技术精湛，功底扎实　急诊科的特殊性对医务人员提出了更高的要求，而精湛的医疗技术是保证病人得到最好救助的前提和基础。心肺脑复苏、止血、包扎、固定、搬运等急救基本功，环甲膜穿刺、气管插管、气管切开这些主要的急救技术都应熟练掌握、运用自如，充分提高抢救效率。医务人员平时应多进行抢救技能训练，通过技能大赛等进一步强化急救技术的学习，把扎实的基本功运用于实践，真正造福病人。

5. 关爱患者，抚慰心灵　医乃仁术。精湛的医疗技术与关怀仁爱的美德相辅相成。胡佛兰德认为："医生活着不是为的自己，这是职业的性质所决定的"。现代医学以病人为中心，不只关注疾病，同时照顾到病人情感、心理等多层次需求。急救中的一些病人会因截瘫、大面积烧伤等痛不欲生，部分病人在治疗过程中容易出现情绪激动、焦躁不安、自暴自弃等情况。这时，就需要急病人之所急、想病人之所想，对病人进行心理疏导。疏导时，语言要得体、态度要和蔼，多理解、鼓励病人，增强病人战胜病魔的信心和勇气；及时与病人家属沟通，安抚家属情绪，确保抢救工作顺利展开。仁爱宽厚是减少医疗纠纷的有效途径，也是医德的重要要求。

6. 坚守慎独，心系病患　慎独是评定医务人员个人医德素养的重要标准。急诊科室医护人员奋战在医院的最前线，工作繁重、任务艰巨，仅仅依靠精湛的技术已经不能满足急诊科室发展的需要，还需要良好的医德为其保驾护航。慎独就是医德中的最高境界。救死扶伤是医生的天职，但在急诊科室中救死扶伤通常具有很大风险，慎独的医德准则要求医务人员要有敢于承担风险的勇气，心系病人，果断谨慎采取最优方案治疗，帮助病人挽救生命，恢复健康。在抢救中既要征求病人及其家属同意，也要注重生命神圣、生命质量和生命价值的统一。慎独要求医务人员热爱医疗卫生事业，真心关心病人，病人需求至上，设身处地为病患着想，"竭尽全力除人类之病痛，助健康之完美，维护医学的圣洁和荣誉"，真正投身于保护人类身心健康的医疗卫生事业。

二、临床实习中的伦理要求

（一）临床实习概述

1. 临床实习的概念　临床实习（clinical practice）是指医学教育中的实践环节，它以理论联系实际为目的，使学生在进一步获取临床各专业学科（二级学科）的理论知识的同时，进行临床基本技能训练；在临床实践过程中，培养学生获取、分析和处理疾病信息的能力，病历书写和诊疗操作能力以及接触社会与病人、护理交流的表达能力。临床实习是医学理论和临床实践工作有机结合的连接点，是医学生走向临床工作必不可少而且非常重要的环节。

临床实习的意义主要体现在以下三个方面：

（1）临床实习是医学教育必须经过的训练，因为医学是一门经验科学。它的特殊性在于服务的对象是人。这就决定了医生的工作是容不得半点疏忽的。每一个检查过程、每一种治疗手

段都应尽可能高质量地完成。因此,作为医学生,必须要打好基础,多观察、多实践,一点一滴积累医学经验。这个积累的过程就要从临床实习开始,多向经验丰富的带教教师学习,多向处于疾病之中的病人学习。医学院校的临床医学等专业本科设为五年学制,长于其他专业的四年,多出的时间正是为了让医学生能够有充分的临床实习时间。

(2) 临床实习是理论与实践相结合的过程:理论结合实践才有行动力,实践结合理论才有生命力。医学生在学习了基础理论知识之后,就需要走向临床,接触病人,把自己学到的理论知识与病人的疾病"对号入座",进而在实践的基础上实现理论知识的二次飞跃。

(3) 临床实习有助于升华医德:在临床实习的过程中,医学生会接触许多经验丰富的带教教师,其中不乏医术精湛,医德高尚的医学大家。作为医学生,不仅要向他们学习丰富的临床经验,也要向他们学习高尚的医德,严谨的工作作风,对医术精益求精的工作态度,逐步把自己从一名准医生锻炼成为真正的白衣战士。

2. 临床实习的特点

(1) 病例选择的机会性:临床实习属于机会性教学,一般情况下仅对病房中现有病人的病情进行观察与讨论。在这个过程中,医学生将课堂上学到的理论知识与实践相联系,通过带教教师的讲解,观察病人的体征,在需要的情况下,带教教师会将如何对病人进行体格检查以及治疗方法示范给学生,以加深学生对课堂理论知识的理解。而对于有些病种,病房里一时没有相关的病例,只能依靠带教教师的讲解和有关图谱进行理解,待实习生日后有机会遇到适合的病例再进一步加深学习。

(2) 实习教学任务的复杂性:医学院校的附属医院大多要承担多层次的实践教学任务,其中包括研究生、本科生、专科生、成人教育与继续教育等等;即便在同一个层次的实践教学任务中,往往又包含着多个年级层次,如就普通高等教育临床医学五年制而言,其中既有三年级课间实习的学生又有五年级生产实习的学生。一位症状比较典型的病人,往往要接受许多医学生具有实习性质的检查,这无疑会给病人带来一些影响。因此,作为一名合格的实习生,应当在课下多复习实习的相关内容,多练习检查的手法,如望、触、叩、听等。这样,既能在相对短的时间内准确地为病人进行必要的检查,减轻病人的痛苦;又能给其他的同学留有更多的实习机会。

(3) 权利之间的矛盾性:在医疗活动中,病人有自主选择医生及医疗机构的权利,也有自己的隐私保护权。在实际的临床教学中,实习医生参与的病史获取、检查是其临床经验积累的过程,是把医学知识向能力和素质转化的重要环节。病人往往不愿意主管医生以外的人了解自己的疾患,不愿意更多的人观看或了解自己的隐私部位。在目前的临床实践教学中,实习医生对病人的观摩学习行为,在一定程度上侵犯了病人的隐私权。但从对实习医生的培养考虑,又应该有选择的对病人进行观摩、检查和学习,这也是实习医生的权利,带教的老师应该提前和病人打好招呼,做好病人的思想工作,争取得到病人的理解,这样既不影响实习医生的正常实习又不损害病人正当的权利。

3. 临床实习诊疗中常见问题与对策

(1) 医学生临床实习中常见问题:

1) 相关法律法规问题:随着生活水平的提高和病人自我保护意识的增强,自愿作为教学资源的病人越来越少,这给临床教学实习带来很多困难。我国现行法律没有明确赋予实习医生任何医疗活动的权利,因此,实习医生并不具备独立工作的权利,实习医生对临床工作充满热情,渴望有一试身手、独立处理临床事务的机会,但必须明白所有的工作,包括书写病历、处方以及进行相关操作都必须在带教教师的指导和监督下完成。若未经带教教师允许,擅自进行相关处置,是不被允许的,是违犯法律的。

2) 医患沟通的问题:随着社会的进步、健康知识的普及,病人的需求不仅仅是治疗疾病,而是从健康、心理、生理、权利、尊严等方面都有了更高的需求,病人对医院、医生乃至整个诊治过

程的选择有了更多的自主权，在日常的医疗和教学活动中病人的知情权、选择权、隐私权受到了特别的关注。临床带教教师在临床实践教学过程中，选取适合示教的病例，在进行检查、诊断、治疗的同时，给实习学生讲解，这是符合教学要求的。但在示教的过程中，如果病人和家属只是处于被动接受的地位，在无奈情况下被示教，非常容易导致病人的不满。临床带教教师应在临床工作中身体力行，平时更应主动关心爱护病人，了解病人所需，和病人很好地沟通，让病人信赖、支持带教教师的工作，才能使病人愿意配合学生们的教学实践，一旦教学中出现病人不满意的情况或发现纠纷苗头，带教教师应当及时和病人沟通，以取得病人的理解。

3）实习生自身的问题：在实习的早期，实习学生的积极性较高，但随着实习时间的延长，有一些困难会让部分学生学习积极性下降。如在实习过程中，个别实习学生临床技能不熟练，可能给病人带来一些不适，一些病人不愿意接受实习生的操作，在以操作为主要特点的外科实习中尤为突出。外科临床实习中的很多基本操作，如换药、拆线、清创缝合，往往因为病人不配合，或者拒绝实习生为其进行治疗，减少了实习生临床操作的机会。只有在充分与病人沟通好后，才可能进行上述教学活动。

目前，我国高等医学教育基本是在第三学年开始让医学生接触临床实习。这种教学模式是经过以往多年实践教学认证，符合学生认识规律的。但是，随着就业形势的日趋严峻，医学生的就业压力也越来越大，许多同学不得不提前考虑将来的工作，特别是实习中后期，频繁外出联系工作，做自荐书或参加各种技能考试来给自己“充电”，直接影响实习质量。还有一些准备考研的同学几乎是把全部精力投入到考研课程中，对临床实习只能是敷衍了事，这些情况都为学生的临床实习造成了不小的障碍。

4）带教教师职业素养问题：临床实习的带教工作繁杂，劳动强度大，琐碎而细致。临床医学院的带教教师均由专业的临床医生担任，他们肩负着医疗与育人的双重职能。在繁忙的医疗、科研工作之余，带教教师还要花费大量精力带教实习生，的确困难很多，部分带教教师在教学中积极性不高，有的年轻老师教学能力相对不足，对带教任务认识不深，这些都影响了学生们实习的积极性，进而影响了整个临床实习的教学质量。

（2）问题解决的对策：

1）完善实习制度，帮助学生树立法制观念：美国的医师执照考试是由美国联邦医学委员会美国医师考试委员会和外国医学院校毕业生教育委员会共同发起的行业自律性考试。美国的医师执照考试为“三阶式”考试，惟有全部通过才能拿到美国的医师执照。因此，美国使用的医学实习阶段性考核办法较好地缓解了医学实践与病人权利之争，值得我们学习和借鉴的。

建议在我国引入“分阶段性”的教育与考核机制，在一定程度上缓解“无证”带来的“越权”困扰。根据见习期的教学任务制定考核，通过后准许从病历书写到无创性操作。本科毕业前进行模拟病人操作考核，对通过后的本科生再进行统一规范的医师资格培训。将医学生在本科阶段的所有考核成绩与最后一阶段的培养表现进行综合评价，全部符合条件的学生将取得实习医师资格。有了各阶段考核保障，学生将不再存在滥竽充数的现象，将学生专业知识的教育与法制权利的赋予同步进行，相信可以得到病人的接受和理解。如果这个方法能够得以实现，那么在导语案例中的三名实习学生“非法行医”的问题就可以避免了。

合理的规章制度是从临床医学实践中不断总结出来，行之有效的科学管理方法，实习学生在诊疗过程中往往从医学角度考虑问题，缺少必要的法律意识。因此，在实习学生进入医院实践阶段之初，医学院校应首先组织学生进行集中、系统培训，针对医疗管理规范和安全医疗开展教育，强化实习学生的法律观念和自我保护意识，使他们能够严格规范、约束自己的行为，培养他们依法做人、依法行事的思维方式，让实习学生在学习中充分明确医患双方的权利义务，严格遵守医疗技术操作规范，掌握临床实习中的伦理原则，减少不必要的医患冲突，避免医疗纠纷的发生。

Notes

2）加强实践指导，给病人以人文关怀：在临床实践活动中采用案例或现场演示的教学方法启迪和教育医学生，指导他们尊重病人，严格遵守法律法规和医疗技术操作规范，防止个别医学生误认为自己是医生了，说话言语方式欠妥当，盲目蛮干，导致不必要的差错。

在带教过程中，带教教师不仅要教会学生临床诊治的方法，还要以行动教会学生怎样与病人和谐相处，让学生在权利、义务、责任、情感、良心、荣誉、功利等方面树立正确认识，使学生在实践中体会救死扶伤、发扬革命人道主义的使命感与社会责任感，只有这样才能培养出高素质的医学人才。

医患沟通能力的培养对临床医学生从事医疗工作至关重要，与将来能否成为一名合格的医生密切相关。随着社会的发展，医学模式的转变，医生的责任不仅仅是治疗病人的疾病，同时还肩负着心理疏导、安定情绪、传授医学知识、介绍医疗情况、建立良好的医患关系等多种责任。在与病人接触时，要尽量全面地了解病人的疾病、心理、社会及家庭等方面的信息，不要怕病人提问，自己不能解答的问题可以去请教带教教师。要把对病人的人文关怀贯穿于医疗服务过程的每个细节之中，在与病人接触中要处处体贴、关心。在病史采集、体格检查、教学查房的过程中，要耐心倾听病人的诉说，以实事求是的态度解释病情和治疗方案。临床医学具有很大的风险性，因此，要在充分与病人沟通的基础上，在病人知情并同意的条件下进行检查和治疗。真诚细致的关怀与充分的医患沟通，可以使病人打消恐惧情绪，与医生建立信任感，病人积极主动配合治疗的同时，也可以树立学生的自信心，加大学习的积极性。

3）改进教学方法，培养学生学习兴趣：为了培养学生在临床中发现问题和解决问题的能力，需要不断探索新的带教方式，采用新的教学理念，使教学立体化、内容综合化、直观化。例如，可以采用“问题导向模式”。通过以问题为载体的方式学习典型临床病例，采用发现问题 — 分析问题 — 查找文献资料 — 解决问题的滚动学习方式，使学生通过解决临床病人的疾病问题获取知识，通过以病人为中心，从临床实用角度去认识概念，加强概念知识的纵横联系，提高学生掌握和应用知识的能力，将理论与实践有机结合，培养将知识融会贯通的思维。还可以采用“模拟以学生为主的教学查房”。此模式采用一名学生代表主讲，其他学生进行补充，教师现场提问，现场解答，充分发挥教与学的主动性。结合具体病例，对病人诊断依据是否充分，还需要进行哪些检查和鉴别诊断，采取了哪些治疗措施，逐一进行分析判断。为学生创造一个生动的学习氛围，使学生在课堂上学习的理论知识有了用武之地，同时也体现了“以学生为中心”的现代教学思想。无论带教教师采取哪种教学方法，最重要的都是要充分调动学生的积极性，使枯燥的理论知识鲜活起来，让学生真正的成为学习的主角。

4）强化师资队伍，提高带教教师素养：带教教师肩负着从事医疗工作和教学工作的双重职责，在临床实习过程中，他们享有充分的“医学诊疗带教权”。

“医学诊疗带教权”是指具备资格的执业医师利用自己的专业知识与专业技能为病人恢复或维持健康提供诊查和治疗的行为，并能指导临床实践和毕业实习工作，带领实习学生进行教学查房、实物辅导、修改学生书写的病历、临床操作辅导等工作，且能够依法进行相应医学教学工作的权利。医学带教权不是每一个执业医师都能够享有的，只占执业医师群体很小的一部分。要同时具备执业医师证和教师资格证，并要求其按照教学大纲要求的任务，完成临床教学实践课程，组织临床教学活动，行使培养医学接班人的义务。

带教教师是学生临床实践的启蒙者，其在临床教学中师德、师风直接影响着学生的心理和行为。临床各种疾病的诊疗方法都在不断地更新，对于强化带教师资队伍就显得尤为重要。教学医院应定期组织带教教师学习新理论、新知识、新技能及先进仪器的操作，提高教学能力；同时，医学院校应定期召开教学会议，针对带教中存在的问题，制订规范化、科学化、现代化等临床教学管理系列相应对策，使带教教师认识到他们不仅是知识与技能的传授者，同时也是合格人才的塑造者。在全面推进素质教育的今天，教学医院必须提高临床带教教师的带教意识，使他

们认真肩负起教书育人的重任。

（二）临床实习学生的伦理角色定位

1. 临床实习伦理的概念　临床实习伦理（clinical practice ethics）是指在临床实习的过程中，实习医生（医学生）依据一定的伦理原则，在带教教师的指导下，合理地为病人选择诊疗手段，尽可能避免在实施诊疗的过程中带来的不良影响，最大限度地维护病人的健康利益。

2. 伦理角色　在社会的大舞台上，每个人都在不同时间、不同场合扮演着不同的角色。角色是社会地位的外在表现，是人们的一整套权利、义务的规范和行为模式，是人们对处于特定地位的人的行为期待，这个角色是社会角色；而伦理角色是对处于特定地位的人的一种道德上的期望，伦理角色往往决定着其相应的责任界定。

实习学生在临床的学习和实践，不仅仅是学习内容逐步由理论学习转向临床实习，随之改变的还有其“伦理角色”，逐步由“学生”转向“医生的助手”或“准医生”。医学生开始了临床实习阶段的学习，其学习对象变了，由书本变成了病人；学习环境变了，由教室和图书馆变成了病房；学习方法变了，由看书、听课、记笔记变成了在临床老师指导下，在诊治病人的过程中边实践边学习；学习的内容除了学习和实践专业知识以外，还要学习医院的规章制度和行业法规等。因此，其身份就不单纯是学生了，而显现出“医生的助手”及“准医生或实习医生”的多重角色。如何认识和做好这个角色，是医学生临床实践必须解决的问题。

3. 临床实习学生的角色定位

（1）学生角色：医学生实习阶段虽然被称为“实习医生”，但是其真正身份仍然是学生。学生和医生承担的法律责任和拥有的职业权利有着本质的差别。如医学生在带教教师的监督下可以为病人做一些简单的身体检查或治疗，但是一旦发生了问题，责任主要在带教教师；医生有独立签字权和医嘱权，而医学生却没有；作为医学生，更不能独立负担夜间值班的任务。因此，医学生一定要明确自己的学生身份，时刻牢记自己在实习过程主要任务是在实践中学习。

由于学习环境和条件的改变，学习方法也要改变。医学生们要适应把以前按部就班读书和教室听课的方式，改为以病人为中心，以向带教教师请教和查阅书刊为重点的学习方法。带着实习中遇到的各种问题，复习、理解学过的书本知识。学习老师们的病史调查和查体方法，手术及各种操作手法，诊断思路，处理病情的技巧。学习临床医生工作程序和紧急情况处理的步骤等。通过这些实践活动检验、巩固和深化自己的理论知识。

（2）医生助手的角色：医学生进入病房以后，就会有较长时间和身为医生的带教教师在一起边学习边工作，带教教师们一边做好自己的工作，一边带领着学生从事各种医疗活动，从中教给学生各种知识、方法和经验。作为医学生，既是医生的学生又是医生的助手。医学生们应自觉主动做好带教教师的助手工作，分担带教教师的工作，为带教教师做一些力所能及的事情，是医学生从中学习如何成为一名合格医生的好方法。在临床实习工作中，医生助手的任务是：自觉记住和完成好老师交办的各种工作任务；配合老师开展临床各种工作。如查房时要提前准备好病情汇报，查体时准备好查体用具（如听诊器、检眼镜、大头针、棉签、手电筒及影像片等）；病例讨论时要准备好各种资料，如病历文书、影像片、各种检查单的结果及多媒体等；手术或操作时做好术前术后各种检查、观察并记录病情变化，随时向老师报告情况等；医院的例行工作检查时，要主动参与和协助老师做好病房各种准备工作。从中让老师了解自己对知识的掌握、工作态度及动手能力，以便让老师有的放矢地指导和培养自己。

（3）“准医生”角色：医学生当好学生和助手都不是最终目的，重要的是将来成为一名临床医生。实习过程就是学习怎样当医生的过程，因此医学生在实习阶段虽然还不是医生，没有医生的独立签字权、独立手术权和承担的相关法律责任等，但是却要以医生的态度、作风及责任去学习干好医生的工作。作为一名“准医生”，应在带教教师的指导下，全面掌握自己分管的病人

的病情和心理变化等。每天按规定巡视病人，及时发现病情变化，请示医生予以合理处理；在老师的带领下认真检查新入院病人，开医嘱，书写普通病历及其他病历文书；陪同病人进行相关辅助检查；在带教教师的安排下参加手术和各种操作；积极参加病例讨论会、会诊和各种讲课等医疗活动等。实习医生还要主动向临床护士学习临床护理知识和方法，锻炼自己处理各种病情的能力。同时自觉学习和遵守医院及科室的各种规章制度、劳动纪律及国家法律法规，不断提高业务水平和工作能力，培养自己的良好职业习惯、职业道德和严谨工作作风，为将来成为一名合格医生打下良好的基础。

“准医生”既要实践又要学习，都是为了一个目的——积累经验，治病救人。因此，当学习和实践发生矛盾时，应当从病人的利益出发，只有这样，才能取得病人的信任和尊重，才能创造有利的学习实践的条件，最大限度地掌握知识，为以后的独立工作打下良好的基础。

（三）临床实习医生的伦理要求

1. 提高医德认识 在临床实习过程中，实习医生不但要跟带教教师学习专业技能，还要从经验丰富的老师身上学习高尚的医德。作为医学生，要充分认识到医德不单纯是一个服务态度问题，更重要的是反映医务人员的道德理想、道德信念、道德情操的境界水平，它将直接影响着医务人员医疗技术的发挥及医疗效果。因此，实习医生要不断地学习医德的相关知识，以此来判断自己的思想、行为的是与非、善与恶，将高尚的医德融入到日常的实践和学习之中。

2. 提升业务水平 临床实习的任务是把书本知识与临床实践结合起来。要成为一名合格的医生，首先需要掌握一些必备的基本技能，如接触病人的技巧、病史询问的内容、体格检查的项目、完整病历的要求、申请单的填写、正规处方的书写、病史汇报的程序、诊断分析的要点、管理病人的方法等。在缺少实际病例的时候，要重视在临床技术模拟培训中心的学习机会，可以在仿真医学教具上多学习和操作，熟悉各种规范化操作技能。

医学是实践性极强的学科，需要丰富的临床经验积累。学生要在工作中养成多想、多看、多问、多记的学习习惯，认真听取老师对每种临床疾病的病因、发病机制、临床表现等相关医学知识的讲解，并随身携带笔记本记录老师重点强调的内容和特殊病例。在床边教学的过程中，要提前熟悉病人病情熟记病史，掌握病情变化，了解各种辅助检查结果。病史采集、必要的检查检验结果的分析、初步的临床诊断，都应独自完成，再与带教教师交流自己的看法，要认真对待病例并多提问题，带着问题实习是积累经验的关键。

3. 培养敬业精神 “救死扶伤，忠于职守”是医务人员应具备的最基本的道德修养。它要求医务人员正确认识医学职业的神圣性以及社会责任性，从而培养医务人员的职业责任心和敬业精神。作为未来的医生，医学生们不仅要有精湛的技术和高尚的医德，还要具备较全面的人文科学知识。医学是最具人文精神的学科，因为它承受着关爱生命、关爱人类、救人命于危难之时的崇高使命。只有具备了较高人文素养的医生，才能真正认识人、理解人、帮助人，才能胜任有较高要求的医学工作。

带教教师在实习过程中的影响不容小觑。学生在临床实践教学中刚开始接触病人，这时老师在教学活动中要当好表率，在实践教学中培养学生的敬业精神，让学生们学会尊重病人、为病人着想，尽快感受到医生崇高的职业价值，加快医学生向医生的角色转变。

三、多点执业中的伦理要求

（一）多点执业的概念

2009年7月，在《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中提出：“稳步推动医务人员的合理流动，促进不同医疗机构之间人才的纵向和横向交流，研究探索注册医师多点执业”。2009年9月16日卫生部发布的《关于医师多点执业有关问题的通知》中明确了多点执业的概念：医师多点执业（multi-sited license）是指医师在两个以上医疗机构从事诊疗活动，

且要按照规定定时、定期进行。医师多点执业分为三种情况：第一种是政府指令，这种情况主要是指在重大疫情、灾难事件、国际援助等特殊情况下，一般会由政府指令抽调部分医务人员在疫区、灾区或者国外开展医疗活动；第二种是医疗合作，这种情况主要是指注册医疗机构（一般是上级医院）与执业医疗机构（一般是下级医院）之间存在共建、援建等合作关系，医务人员基于这种合作关系在注册机构之外开展医疗活动；第三种是主动受聘，这种情况主要是指医务人员与注册执业机构以外的医疗机构签订聘用合同，基于这份合同在该医疗机构开展医疗活动。实际上，医师多点执业的现象一直存在，外出会诊、对口支援等都是医师多点执业的表现形式。

当前，社会上有些观点认为多点执业是让医生“走穴”合法化，这种看法是有待商榷的。多点执业与医生“走穴”有本质的不同：“走穴”往往是专家开完刀就走，术前术后都不管病人，而多点执业是医生实实在在地履行职责，包括查房、看门诊等；“走穴”是“走穴”医生的个人利益所趋，多点执业应该是为缓解基层的医疗卫生需求而执业，二者的价值取向不一样、监管机制也不一样。

（二）多点执业的意义与可能的不良影响

1. 多点执业的意义　我国执业医师人力资源缺口较大而且分布极不均衡，因此允许和鼓励医师多点执业具有多方面的现实意义。

（1）多点执业有利于基层医疗机构的发展：在执行多点执业后，大型公立医院的一些名医、知名专家，便有机会到基层医院为患者看病，使得患者在基层医院也能享受专家的治疗待遇。基层医疗机构和私立医院的相关医疗技术人才一般来说比较欠缺，知名专家在基层医疗机构坐诊的同时，也把相应的技术带到了基层，增加了基层医生学习的机会，提高基层医生的诊断治疗水平，促进自身医术的提高，从而带动基层医院的医疗水平，最终使得广大患者从中受益。

（2）多点执业有利于医疗资源的最大化利用：多点执业可以加强各医院之间的人才交流，合理有效的配置资源，在医疗等方面形成有效的互补，并给新技术、项目的推广带来契机，使得医疗资源可以最大化地被发展和利用，能更有效和直接地服务于广大患者。在以往，部分医院和医生为了保障各自的经济收入，不愿意与兄弟医院和同行分享自身的优势和技术，挟技自珍，这将不利于医疗技术的发展，更不利于广大患者的利益。推进多点执业可以有效地拓宽医生自身的眼界，促使医院之间形成良性的竞争和发展。

（3）多点执业有利于激励医务人员的工作积极性：多点执业在经济获益方面，对医生来说，是个不小的收入来源。《执业医师法》也规定，医师在执业的同时，可以获得其执业范围内的相应报酬。通过自身的专长和技术服务提高收入，无可厚非，不仅有利于提高医师的工作积极性，也能在一定程度上改善以往以药养医的积弊。

2. 多点执业可能的不良影响　多点执业在带来诸多好处的同时，也有一些值得我们警惕的问题。

（1）多点执业对医院正常管理的影响：医师多点执业会带来医师较大的流动性，使医疗机构的管理难度增大，甚至会出现部分医师为了追求利益，将部分患者介绍到自己执业的医院进行治疗的情况。此外，在目前医疗机构管理体制中，尚未对医院各级别医师的技术完成指标、效果评价、科研带教等任务核定建立具体、科学、合理、明确的管理办法，因此，医师在完成本职工作的同时，有无精力或者是否能全身心投入到多点执业的环境中，还须值得审慎考虑。医师多点执业中会不会出现过度追求利益和顾此失彼的局面，还有待商榷。

（2）多点执业对医师履行职责的影响：医师多点执业后，使得医师的流动范围变大，各医疗机构可能会出现争抢知名专家和医生的局面，这就有可能在政策上为其亮绿灯，进而造成医疗机构管理上的混乱。如果基层医疗机构的医疗设备较差，相应的配套设施不完善的话，会极大

地增加医疗行为的风险指数。这就要相应地要求我们严格遵守《医疗机构管理条例》和《执业医师法》,积极主动履行医师相应的权责,切实保障广大群众的健康利益。

(3) 多点执业对医师发展的影响:医师多点执业后,其经济收入明显增加,而一点执业的医师与之相比,经济收入反差较大,易造成心理上的失衡,不利于整个医师队伍的良性发展。而且,这可能会导致部分医生对功名和利益的过度追求,从而使自身的业务水平得不到进步,导致诊疗水平滑坡。因此,多点执业在实施中出现的偏差可能会使一些医师将医疗权利等作为谋取私利的手段,严重损害广大医务工作者的整体形象。

(三) 多点执业中的伦理要求

我国放开医务人员多点执业时间尚短,在实践过程中出现各种各样的问题和困难在所难免。只要我们遵循如下伦理要求,多点执业一定会逐步走上正轨,实现提高我国居民医疗保健水平的总体目标。

1. 建立健全多点执业的管理、监督制度 多点执业,关键在于规范化管理,要避免"一放就乱"。卫生行政部门和医疗机构在保障和实施医生多点执业过程中,要加强规范管理和积极引导,重点要充分注意保障医疗安全,引导优质医疗资源流向真正有需要、有条件的医疗机构,注意向二级医院和基层医疗机构倾斜。要建立、巩固和完善以下管理制度。

(1) 首诊负责制度:在多点执业医院,如果多点执业医师是第一位接诊医师,就必须对其所接诊患者,特别是对危、急、重患者的检查、诊断、治疗、会诊、转诊、转科、转院、病情告知等医疗工作负责到底。必须按照要求进行病史采集、体格检查、做好必要的辅助检查及病历记录等,对诊断已明确的患者应及时治疗,若病情需要应收住观察室或收住入院进一步治疗。

(2) 病人交接制度:在多点执业医院,很多多点执业医师不是第一位接诊的医师,也不是负责日常管理的医师,这就需要严格病人交接制度。①接班:多点执业医师接受诊治任务后,应当详细了解患者的病情,亲自诊查患者,并按照规定书写医疗文书。特别是做手术时,一定要知根知底,病人情况如何?对方医院具不具备手术实力?术前准备如何?术后有没有必要的护理条件等等。如果各方面条件都具备,才可考虑做,才能接班。②交班:多点执业医师下班前应向当日值班医师做好重点病人的书面交班工作,对尚在抢救的危重病人应继续处理,待病情稳定后,方可交给值班医师。如提前离开,在此期间发生的问题,要由多点执业医师负责。应设交接班记录本,做好床旁交班。

(3) 档案管理制度:多点执业医院应为多点执业医师建立特别档案,内容应包括:多点执业医师入出院诊断符合率、治疗成功率、死亡率、并发症率和投诉率等。如不合格,可取消其多点执业资格从而保证多点执业医师的医疗质量,降低或有效控制医疗风险。

2. 严格准入条件 对多点执业医师应实行执业准入制度,多点执业的医生资格要明确规定其工作经验与业务水平、工作任务完成情况,达不到相关要求的医生将无法获得多点执业的资格。

(1) 工作经验与业务水平:进行多点执业的医务人员应当具有一定的执业经验和业务水平,实践中医务人员的职称往往可以作为这两点重要的判断标准。根据我国目前试点多点执业制度地区的规定来看,全国并无一个统一的职称标准来规范多点执业,海南省要求主任医师才可以多点执业,广东省则规定副主任医师以上即可以申请多点执业,而北京等地的要求仅为主治医生。事实上由于我国医疗资源分布情况并不均衡,加上多点执业情况复杂,并不需要也无法划定一个统一的标准"一刀切"式的加以规定,应当允许各省级卫生部门根据本地区的实际情况划定一个适度的标准。此外可以考虑将多点执业的情况细化,针对不同的具体工作赋予不同职级医生不同的权限,例如跨院会诊等工作主治医师基本就可以胜任,而多点手术等工作则恐怕需要副主任医师或者更高级别的医生才有资格完成。

(2) 工作任务完成情况:医务人员必须满足优质高效地完成第一执业点的本职工作,同时

能保证同样优质高效地完成其所申请的执业点的执业工作的条件下，方可申请多点执业工作。各执业点的工作情况都要计入对医务人员的考核范畴。实践中，海南、广东等地都规定多点执业医师应按照卫生部《医师定期考核办法》接受各执业机构的定期考核。第一执业医疗机构负责综合第二、第三执业机构的考核意见，归入该医师定期考核档案。

3. 坚持量力而行　多点执业工作本身目的在于鼓励和推动医务人员的工作余力进行横向和纵向的流动，特别是纵向流动，让更多优秀的医疗卫生人力资源流向基层。其重要前提是工作余力的存在，如果医务人员在单点执业的情况下都应接不暇，多点执业只会更加顾此失彼、舍本逐末，因此多点执业要量力而行。多点执业的量力而行主要体现在执业地点的选择和执业时间的控制两个方面。

（1）执业地点选择：为了保证医务人员的本职工作与多点执业工作相互不产生不良影响，有必要对多点执业的执业地点加以限制，目的是要保证医务人员“召之能来、来之能战、战之能胜”。例如，美国就规定医师只能在本州内不同医疗机构服务。一般情况下，多点执业要严格按照卫生部《关于医师多点执业有关问题的通知》规定，原则上应当在同一省、自治区、直辖市内，地点不超过 3 个。考虑到我国的实际情况，可以允许部分知名专家及其工作团队突破上述地区和数量的限制在更大范围内执业，具体专家和范围可以考虑由各地方卫生行政部门制定。

（2）执业时间控制：多点执业在对执业地点做出限制外，还需要对工作时间进行限制。例如，德国就规定：公立医院的医生每周要工作 5 天半，其中 4 天要为公立医院服务，剩下的一天半可以自由执业；而英国政府采取了“4+1”的方式，即公立医院要求医生每周 5 个工作日中有 4 天在本医院工作，剩下的 1 天可以到其他医院行医，类似的规定在日本也存在。根据我国实际情况，有资格承担多点执业工作任务的医师大多处于满负荷甚至超负荷工作的状态，因此简单的时间划分恐怕实际操作起来难度会较大，可以考虑在每个注册周期内规定多点执业的上限时间，其间医务人员可根据实际情况自行安排，这样既可以保证医疗质量，又可以保证多点执业的高效开展。

本章小结

临床诊疗伦理是指在临床诊疗工作中必须遵循一定的道德原则其中最具代表性的基本道德原则包括生命至上、知情同意、最优化这三项原则，依照这些原则，合理地选择诊疗手段，尽可能地避免诊疗手段带来的不良影响，以利于病人健康恢复。通过对临床诊断、临床治疗及特殊的临床情境下等各个环节下的伦理要求进行明确与掌握，以期达到合理选择诊疗手段，以利于病人健康的恢复，尽可能地避免因治疗手段使用不当而给病人和社会带来的不良影响的积极作用。

复习思考题

1. 在临床诊断中如何贯彻及时与准确准则？
2. 如何理解临床治疗中的有效、择优和自主准则？
3. 在手术、康复、心理诊治中应分别遵循哪些特殊的伦理要求？
4. 临床实习中常见的问题有哪些，应如何解决？
5. 应该怎样理解“准医生”的伦理角色？

Notes

本章作者及联系方式

尹梅(哈尔滨医科大学 哈尔滨市南岗区保健路157号 邮编:150081 email:dryinmei@163.com)

付锦(哈尔滨医科大学附属第二医院 哈尔滨市南岗区保健路246号 邮编:150081 email:fujin6677@126.com)

孟小捷(健康报社 北京市东直门外小街甲6 邮编:150081 email:mengjied@sina.com)

第八章　公共卫生伦理

教学目的

掌握公共卫生的基本概念、特点和伦理原则；掌握疾病预防和控制过程中的道德规范要求；熟悉食品卫生工作的道德要求，了解转基因食品的道德争论；掌握公共卫生突发事件处置的伦理原则。

［案例 8-1］（“2014 年西非埃博拉病毒疫情”词条）

2014 年 2 月，西部非洲的埃博拉病毒疫情暴发于几内亚境内。埃博拉病毒是一种能引起人类和灵长类动物产生埃博拉出血热的烈性传染病病毒，1976 年在苏丹南部和扎伊尔的埃博拉河地区首次被发现，因其极高的致死率而被世界卫生组织列为对人类危害最严重的病毒之一。

至 2014 年 10 月 31 日，世界卫生组织关于埃博拉疫情的报告称，几内亚、利比里亚、塞拉利昂、美国、西班牙、马里以及已结束疫情的尼日利亚与塞内加尔累计出现埃博拉确诊、疑似和可能感染病例 13 567 例，其中 4951 人死亡。世界卫生组织称，实际死亡人数很可能远高于这一数字。联合国世界卫生组织、美国疾病控制与预防中心、中国疾病预防控制中心、非洲联盟委员会、欧洲联盟委员会、无国界医生组织和西非国家经济共同体等单位已投入人力和资金控制疫情。2014 年埃博拉病毒疫情爆发的感染及死亡人数都达到历史最高，并仍处于恶化状态中。

由于世界联系的紧密性，该类疫情首次从边远的丛林村庄，蔓延至人口密集的大城市。因疫情严重，几内亚、利比里亚、塞拉利昂已在国内实行新闻管制，部分国家或地区学校停课、民航禁飞、粮食短缺、公众恐慌，当地和全球卫生组织受到前所未有的压力，部分非洲国家的经济遭遇重创。

（http://baike.baidu.com/link? url=9qV_RUghtu3QbcjCry7x4XW5cPs9UeAWZ97tKycJ9c7V8VYUAwl0_UMmGRPylAn-0NyAMUXcv-eLSYzC6_FoYa）

讨论与思考：医学除了面对和解决个体的健康和疾病困扰之外，还必须具有的视角和思维框架包括哪些方面？处置突发公共卫生事件、烈性传染病的原则包括哪些方面？

［案例 8-2］甘肃防治艾滋病的新招

目前中国的艾滋病疫情呈现出一个新特点，即性传播持续成为主要传播途径。联合国艾滋病规划署上周公布的《2009 年全球艾滋病流行报告》显示，到今年年底，中国存活的艾滋病感染者和病人约有 74 万人，只有不到三分之一的艾滋病病毒感染者得到诊治。同时，通过性行为的传染占了 70% 以上。

2009 年 11 月 30 日，甘肃省卫生厅副厅长王晓明介绍说，甘肃省虽处于艾滋病疫情低流行地区，但是疫情仍呈现上升趋势。在新发现的艾滋病病毒感染者中，通过性途径感染病毒的已经占到总人数的 41.89%。

对此，《甘肃省艾滋病检测阳性结果告知规范（试行）》规定：艾滋病病毒感染者、病人在得知阳性检测结果后一个月内，必须将自己的感染状况告知配偶或与其有性关系者，并负责促成他们到当地疾病预防控制机构做咨询和检测。规定指出，“因未将自己的感染状况告诉配偶或与

其有性关系者，且未采取必要的防护措施，则视为故意传播艾滋病，依法承担民事赔偿责任。构成犯罪的，依法追究刑事责任。”

甘肃省此举被看作是为解决艾滋病传播问题所做的尝试。北京爱知行研究所主办“艾滋病检测、伙伴告知及传播艾滋病刑事犯罪化研讨会”，专门对《甘肃省艾滋病检测阳性结果告知规范（试行）》进行了探讨。会上争论的焦点在于，HIV 感染者的性伴侣应该享有及时防护和治疗的权利。但是，与会的多数非政府组织工作人员及援助律师则认为甘肃省卫生厅此举合理不合情。他们担心这一强制性规定可能导致 HIV 感染者在压力下不愿去做病毒检测，最终使艾滋病防治工作无所适从。（http://www.cyol.net/zqb/content/2009-12/02/content_2963546.htm）

讨论与思考：制定艾滋病等传染性疾病的防治的法律与伦理规范，如何其避免实施悖论？

［案例 8-3］（维基百科“2014 年台湾食品安全问题事件”词条）自 2014 年 9 月起，台湾地区连续爆出多起黑心油事件。首先是 9 月媒体报道强冠公司生产的“全统香猪油”是含馊水油、皮脂油混制的食用油。当事件侦讯刚告一段落时，“问题油”风暴再度袭击全台。10 月 11 日，台南地检署查获正义公司涉嫌用饲料用油制成多种食用猪油，销往全台各大连锁商店与卖场，导致 60 多项下游食品受波及。随后，台当局“卫生福利部次长”许铭能说，此次受到波及的问题油品共 68 项，包括正义公司的“维力清香油”、“维力香猪油”、“正义香猪油”等，目前已要求相关业者和商家封存有疑虑的产品，并先行自主下架。未来 1 个月，岛内还将彻底清查 600 家油品业者。正义公司是顶新味全集团旗下的油品大厂，“行政院长”江宜桦不久前才公开保证正义油品“目前可食用”，不料却依旧出现问题，严重打击岛内民众的用油信心。

据了解，此前“强冠劣油案”发生后，台湾食品药物管理部门多次稽查正义公司，发现有疑虑，遂于上月 19 日移请台南地检署协助侦办。台南地检署依据鑫好有限公司提供的发票收据，判定是饲料油。随后，正义公司出品的 68 项油品被下架，该类油品波及下游约 230 家食品企业。（http://zh.wikipedia.org/zh-cn/2014 年臺灣食品安全問題事件）

讨论与思考：在自给自足的小村落和大都市，上述事件发生的概率有差异吗？在现代社会中应如何应对食品生产与流通各环节的卫生问题？

【案例 8-4】河南新密市人张海超长期工作在郑州市振东耐磨材料有限公司，2004 年 8 月被多家医院诊断出患有“尘肺”，但由于这些医院不是法定职业病诊断机构，所以诊断“无用”。由于原单位拒开证明，他无法拿到法定诊断机构的诊断结果，最终于 2009 年 8 月在郑州大学第一附属医院以“开胸验肺”的方式以自己证明是否患上“尘肺”。整个事件被媒体称为“开胸验肺事件”。2009 年 7 月 28 日，河南省卫生厅追究郑州市职业病防治所、新密市卫生防疫站等相关单位和人员责任，郑州市委对相关责任人作出处理决定。2009 年 8 月，河南省卫生厅通报批评诊断出张海超“尘肺合并感染”的郑州大学第一附属医院，并对其立案调查。通报称，郑大一附院在不具有职业病诊断资格的情况下，进行职业病诊断，违反了《职业病防治法》。此举迅即引起网络舆论热潮。人民日报、中国青年报等主流媒体发表文章，称问责“开胸验肺”无助“制度尊严”，惩罚开胸验肺的医院是自取其辱。

（［EB/OL］.（2014-10-20）［2014-12-23］.［http://finance.qq.com/a/20141028/003512.htm］）

讨论与思考：当工业化进程所致的职业病成为新的卫生问题之后，卫生部门构建职业病的预防与治疗体系的伦理基础包括哪些方面？

人类的基本特性之一就是其社会性。简单而言，人类个体的生活离不开其他人。在实际的生活中，个体之间总是存在着复杂的相互影响与作用。随着人口总量的急剧增长，个体间联系的频率与程度也急剧增长。这种相互影响与作用在健康与疾病领域同样不可小觑。所以公共

卫生成为医学活动新的重要领域；与之相关，公共卫生伦理也成为临床伦理、预防伦理、生命伦理之外的新的医学伦理研究对象。

第一节　公共卫生伦理

公共卫生伦理（public health ethics）存在的前提是人类存在着公共卫生问题，公共卫生问题源于人类的共同社会生活因素：一是共同的自然生活环境；二是共同的社会生活方式；三是成员之间因共同生活而存在着密切的行为联系，相互影响身心健康。

一、公共卫生工作的性质与特点

（一）共同卫生的概念

公共卫生（public health），又称公共健康，概念的提出针对传统注重个体健康而言。医学事业发展的结果之一是医学活动的对象从个体转向群体和整个社会。其转向并不表明现代医学不关注个体健康问题，而是给予群体和社会公众的健康予以同等的关注。所以公共卫生亦可以称之为人口的健康、群体的健康。

从内涵上看，公共卫生包括静态与动态两个层面。静态是指其工作目标，以及围绕实现工作目标而建立的制度、组织、文化等。静态工作目标具体包括制定预防流行疾病的发生战略与战术、提高群体生活质量、延长人群寿命、减少损伤、减少残疾的发生率、促进群体的身心健康水平等。其结果将在统计学层面显示出社会健康状况的改善，而不能在某个个体的具体健康和生存年龄等方面得到证明。

动态是指实现与维持目标处于稳定状态的工作过程，包括现状评价、问题分析、政策制定与发展、保障措施的实施等。早期的公共卫生观念及其指导下的行为，与烈性传染性疾病的流行密切相关。在微生物知识、传染性疾病以及预防和治疗知识技术成熟之前，人们根据直观经验，发现的对待烈性传染病的唯一有效办法，就是将已发病的人隔离起来，并监视他们的生活，完全避免与其接触。“中世纪的普遍做法是：封闭城市及其郊区，严禁离开城市，违者处死，捕杀一切乱窜的动物。将城市分成若干小区，各区由一名区长负责。每条街道由一名里长负责，严格监视该街事务；如果他离开该街，将被处死。在规定的那些天，所有的人都必须待在家里，违者处死。”

随着细菌学知识的完善和消毒技术的普及，以及20世纪免疫接种技术和抗生素的发现与广泛使用，烈性传染病得到相对地控制。但人口的快速增长，城市化速度加剧，导致公共卫生概念的内涵与外延扩展。传统的预防传染病的组织得到保留与扩大，通过有组织的教育和卫生促进活动，改善公众的身体素质和健康水平，延长寿命，预防除传染病以外的其他流行性疾病，也成为公共卫生的新目标。1916年，第一所公共卫生学院在美国约翰·霍普金斯大学医学院成立，标志着公共卫生教育与机构独立于医学教育与机构。随后，其他美国的大学也成立公共卫生学院。至1999年，美国有29所公共卫生学院。这种教育模型在上个世纪已经成为培养公共卫生人才的标准模式。

（二）公共卫生工作的特点

与传统疾病治疗医学相对照，公共卫生工作有自身的特点。

一是工作对象的群体性。医学的传统是关注已经出现各种病态现象的患者。虽然历史上有过经典的预防思想，如《黄帝内经》提出“不治已病治未病”的观念，但受限于当时的知识与技术水平，医生还无法明确具体地指出“未病”在哪里，如何保持“未病”状态，如何具体的预防身心从“未病”到“已病”。在现代公共卫生知识和技术成熟之前，总体来看，临床医学只能将出现问题的个体作为工作的对象。公共卫生工作的对象，真正实现了“不治已病治未病”的理想，

将具体有效地防止疾病发生、促进健康的理论与方法，以具体的措施在社会层面实施，以提高全体成员的整体健康水平。公共卫生实施过程一定会落实到个体，但其关注的核心是群体与群体的健康水平。

二是工作结果的统计性。当针对个体实施疾病治疗时，无论有效还是无效，效果都只将在个体层面显现。公共卫生针对群体实施干预，其结果虽然对提高大部分个体的身心健康都有意义，但是最终结果只能显示在群体层面。如采用预防接种的方式预防传染病，可以有效地预防传染病在群体内流行，以前后统计结果的对照变化证明其效果。

三的工作过程的公众性。在疾病治疗过程中，患者与医务人员之间存在着医学知识和技术的不对等性，医务人员在医疗活动过程中处于相对主动的位置，患者则多需要主动配合医务人员的治疗活动。但是公共卫生工作如果要产生实际的效果，则需要参与的公众按照专业指引主动地参与并保持相应的行为模式持续相当的时间，才能导致相应的结果发生。

（三）公共卫生工作的道德特点

一是道德目标的超前性。医学从产生时开始，重点是关注已经出现在个体身上的身心苦痛。即问题已经发生，如何将问题的不利影响消除，或者至少是减轻其不利影响。公共卫生工作的目标与此不同，是以将来为工作导向。其目的是减少那些将来有很大可能发生的疾病的发生率，从整体上改善群体的健康状况。

从道德的产生基础看，临床医学和公共卫生并无本质的不同，都是人类对他人和自身痛楚的深切关怀，是人类情怀的显现。但是公共卫生工作的目标，又体现了其道德关怀的超越性，所关注的是尚未发生的未来的人类痛楚。这一超越，其前提是人类对健康和疾病发生与发展规律知识和控制技术的进步，从而真切地实现了人类对群体和他人将来身心健康的实际关切与改善。

二是道德目标的社会性。公共卫生的最终价值体现在社会层面。首先是公共卫生目标的实现，虽然存在着主要的组织者与实施者，如政府卫生行政部门、卫生机构等，但如果没有多数社会成员的积极参与，如果没有全社会的共识与支持，目标的实现就有不可克服的障碍。其次是公共卫生工作的受益者是相对多数的社会成员，而不一定确保每一个社会成员都避免受疾病的影响。从总体看，有效的公共卫生工作确实能减少疾病的发生率，提高社会成员的健康水平。最后是开展公共卫生工作，可能影响部分成员的生活，甚至带来不便。如戒烟运动，目前的研究结果显示能降低相关疾病发生率、促进社会健康水平，但是对于有吸烟习惯的社会成员，其生活在社会压力下将受到一定的影响。

三是道德目标评估的滞后性。从工作目标的实现时间点看，公共卫生工作的效果评价具有滞后性特点。从已经产生的结果看，公共卫生工作具有巨大的社会、经济等效益，但是并不具立竿见影的效果。天花曾经是世界上最严重的传染性疾病之一。数千年来致千百万人死亡或毁容。公元 1796 年，英国人贞纳（E.Jenner）试种牛痘成功，最终发展结果是有效预防天花的牛痘疫苗。直至 1979 年 10 月 26 日，联合国世界卫生组织在肯尼亚首都内罗毕宣布，全世界已经消灭了天花病，并且为此举行了庆祝仪式。天花是人类完全控制的第一个烈性传染病，其科学价值、社会影响和经济利益等，是一个无法完全计算的天文数字。可见，天花预防接种的道德价值的完全显现与肯定，需要等到 183 年之后。

公共卫生价值评估滞后性特点，在一定程度上影响某些公共卫生工作的展开。因为不是所有人都能以理性的思维对待公共卫生政策与活动。这需要通过提高全民的知识水平，以及建立相对完善的公共卫生制度，以确保公共卫生的有效展开。

二、公共卫生工作者的道德责任

公共卫生工作者的道德责任源于其职业活动的根本目的，是其职业道德规范对其职业行为

的要求。

（一）自觉地以大卫生观指导职业活动

传统卫生观认为医学活动是医药卫生行业的事情，其主体是医务人员与医学研究人员，所服务的对象是病人，活动的场所是医院、医学院及其他卫生事业单位，活动的目的是治疗疾病、恢复健康，依靠的手段是药物和各种医疗器械。其关注的重点是人体已经出现的疾病状态，致力于寻找各种疾病的有效治疗方法。总体来看，传统卫生观是被动地与疾病做斗争的方式，医药卫生行业消极地承担维护健康的责任。

大卫生观的形成，其逻辑前提是人类疾病谱和死亡谱的变化、人口老化、社会和自然环境对健康影响的权重显著增强等事实现象。核心是由以疾病、病人及其治疗为中心，扩大到以健康、健康人和保健、康复为中心。医疗卫生事业的范畴也随之发生改变：由治疗服务扩大到预防服务，由关注疾病的自然原因到同等程度地关注社会原因，由生理服务扩大到心理服务，由院内服务扩大到院外服务，由个体服务扩大到群体服务，由技术服务扩大到社会服务，由消极治疗与康复扩大到积极预防和主动提高健康水平，预防保健的责任从医药卫生行业扩大到社会各行各业，卫生事业活动的主体由医务人员扩大到社会全体成员。

大卫生观是指导、约束公共卫生的观念性规范。

首先，大卫生观扩大了医学道德规范的主体范围。传统的医学道德所规范的对象是医务人员及相关人员，按照大卫生观的要求与标准，医学道德规范的对象明显扩大。凡是与卫生、健康相关的政府机构及其工作人员的决策与活动、各种社会组织与社会活动，都有可能受到医学道德的约束；另一方面，每个社会成员的行为也都受到医学道德的规范与约束。如在公众场所吸烟不仅违背公共道德，由于吸烟损害自己和他人的健康，也间接地与医学道德相关联。

其次，大卫生观扩大了医学道德规范行为的内容。从字面上看，医德只与医学活动甚至只与医务人员相关，可是按照人人参与、全社会参与的要求，人们日常生活中的许多行为将纳入医学道德约束的范围之内。不符合健康要求的生活方式、有损健康的经济和社会活动、破坏自然环境的行为等，都违背了大卫生观的基本理念，属于应该受到批评、禁止的行为范畴。

第三，大卫生观促进了医学道德评价体系的发展与完善。医学道德评价标准是在医疗卫生工作实践中，根据医学道德的基本原则抽象出来的客观评价标准。传统卫生观以治病救人为评价标准，大卫生观则加入了维护健康、促进健康的新标准。合乎医学道德的行为不仅包括促进病人生理结构与功能、心理与社会功能的恢复，还包括促进健康人采取健康的生活方式，促进全社会的发展。

（二）以健康教育为工作重点

要实现公共卫生的工作目标，需要全体社会成员都具备相应的知识和技术能力。公共卫生工作者对全体社会成员这类知识和技术的获取，负有不可推卸的责任。从途径与效果看，健康教育是促进公民健康水平最直接、有效、经济的手段。所以在具体的工作中，公共卫生工作者应将健康教育工作放在首位。

从公共卫生角度出发实施的健康教育应包括：一是建立组织机构与网络。健康教育应依托现有的教育、医疗卫生、社区、机关、单位等已经成型的组织网络，并充分利用现代传播媒介优势，实施有效传播、全员覆盖。二是明确教育目的。健康意识、健康知识、健康行为是健康教育的三要素，主要任务包括：提升社会成员自身及对他人的健康责任意识；传播正确的健康知识；促进社会成员理智选择有利于健康的生活方式。三是健康教育知识与技术的选择。针对社会成员的健康教育，不能等同于公共卫生的大学与专业教育。所传播的内容应经过公共卫生工作者的筛选编写，并应以新颖、简明、快捷的形式传达给公众。四是建立有效的评价机制。健康教育活动开展的效果和针对性，需要通过有效的评价机制衡量。因此，实施教育的同时还要建立有效的评价机制，便于发现并修正问题。实践表明，健康教育是影响并改善公众整体健康水平

的最有效方式。目前我国广泛开展的全国爱国卫生运动是一种有效的健康教育形式。

（三）以维护公共卫生和实现预防保健为最终工作目标

公共卫生相对与个人卫生而言，是指群体共同活动场所以及个体的活动能够通过某种形式直接或间接影响他人身心健康的卫生控制水平。公共卫生工作的具体工作目标有二：

其一是维护一个良好的公共卫生环境条件，从而有利于每一个社会成员的生活。重点关注影响公共卫生水平的常见问题，努力维护公共环境卫生。自然环境自人类出现以来就影响着身心健康。这一问题在我国广大的农村地区，并未完全解决。在农村地区，公共卫生工作的重点，应放在提供干净的食用水、人蓄粪便无害化处理等方面。通过减少因自然环境导致的疾病发生率，提高农民的健康水平。

随着工业化、都市化进程的加速，工业、生活、农药、放射性、噪音、光污染，以及医学污物等成为危害公民健康的新杀手。在我国，这类新的环境问题对健康的影响程度日益明显。从范围看，污染影响的是大气、水源、土壤和整体生活环境。从影响方式看，污染危害可以是爆发式，也可以是渐进式。其中的渐进式污染，危害性可能数年，甚至数十年才显现，易被公众和社会忽视。因此，公共卫生工作者，应牢记工作目标，以科学严谨的态度，认真对待和处理环境卫生问题，为确保全社会都有一个良好的生活环境条件。

其二是开展全民预防保健，减少流行性疾病发生率。医学的进步虽然控制了某些传染病的流行与传播，但并未取得决定性胜利。因此，公共卫生工作者应将预防保健作为另一日常工作的重点。如对传染病进行积极的检疫和防控，及时发现疫情，并采取针对性措施防止疫情扩散。如果已经有相应传染病免疫疫苗，应及时针对健康人群进行免疫接种。对地方病、生活方式病等局限性流行病，公共卫生工作者应及时开展流行病调查，寻找原因和解决办法，通过向特殊人群进行健康教育的方式，控制疾病发生的范围和程度，并争取早发现、早治疗。

三、公共卫生工作的道德原则

公共卫生伦理的道德原则是根据伦理学基本原则，结合公共卫生实践特点与要求，概括出的原则性规范。基于公共卫生工作的性质与任务，其道德原则应该包括以下几方面：

（一）效用原则

公共卫生工作目标的实现，需要通过相应的组织，根据相应的法律法规和政策指导，动用相应的社会资源，采取特定的行动。在这一过程中，涉及到稀有社会资源的使用，必须坚持和强调效用原则。

效用或称效果，是指人的一个特定行动带给人类的后果，包括“正效用”和“负效用”两面。采取某种公共卫生政策，其效用的判断是指该政策给目标人群或全社会成员带来促进健康、预防疾病和伤害的好处，以及可能给相关人员带来的风险、负担及其他权利和利益方面的负面影响。因此效用原则是指全面评价行动的正面与负面后果，分析所谓的收益与风险比。以其比值的高低，评价某个公共卫生行动的效用。这种分析对于是否实施某个方案，或在有可供选择的多种方案时尤其重要。

一项公共卫生行动，有时候不可避免会牺牲某些个体的某些权利和利益。恰当的公共卫生行动，一定是社会净受益最大化。此时并不是简单地对个人利益和负担进行加减。如对传染病患者的隔离，肯定使当事人的某些权益受限制甚至损害，但社会整体却从中受益。不过效用原则也要求在能够得到最大可能的受益的同时，实现最小可能的伤害，从另一方面扩大行动的净受益。换言之，不应为获得最大的健康受益的结果而任意、没有必要地伤害特定个体的利益。只有在损害特定对象利益不可避免时，并采取措施使必要的损害最小化，整个人群的受益最大化，此时效用原则才能获得伦理学辩护。如传染病被隔离的患者应得到充分的生活方便和医学照顾，有时还必须给予经济补偿。

效用原则在存在多种公共卫生行动选项时，是左右决定的关键性原则。如某个行动选项符合所有其他伦理原则，但效用较差，就应放弃。效用原则置于第一位，是公共卫生伦理学的一个特点。

（二）公正原则

效用原则的理论基础是效用论。效用论自提出之后，在经济学领域得到最广泛地应用。最有影响力的结论无论是资本、个人还是组织，都将按照自利的原则，追求利润最大化。这一行动的后果称为外部性，包括对社会产生好的影响和坏的影响两方面。因此，为了约束效用原则的负面效应，还应坚持公正原则，以纠正追求效用最大化行动所导致的不公正现象。公正原则要求在同一个社会，所有成员都有均等的机会获得相同的公共卫生资源，或者是按照某种相对公平次序分配资源。该原则主要针对由于经济、阶层、种族、文化、宗教信仰等社会因素所造成的资源、风险、负担、受益等分配不公正的社会现实。某些已有的社会不公正损害了部分社会成员的健康水平，因而不符合公共卫生伦理的公正原则。

公正原则包括：一是分配公正，即在所有社会成员之间公平、公正地分配资源、受益和负担。包括形式公正和实质公正两方面。形式公正即一视同仁，是一种形式上的平等。如当甲流疫苗生产出来后，所有社会成员均应有机会接种。疫苗的生产者、分配者、销售者不应因有直接接触机会获得优先接种的权力。实质公正则规定了可用来作为分配资源、受益和负担所依据的标准。如为了整个社会在甲流感流行期能获得良好的医疗服务，医务人员在疫苗有限时接种次序优先；当疫苗充足时，医务人员接种时间优先。实际上，具体公共卫生政策应该选用什么样的优先分配标准，与特定社会文化、信仰、价值取向、经济水平、科技发展水平等复杂因素相关。

二是程序公正，即确保所实施的公共卫生行动过程的公正性。实现程序公正，有其基本要求，如公共卫生信息保持公开与透明，公共卫生行动政策与决策公开，每一个利益攸关方和公众有机会参与。程序公正可以保证公共卫生行动代表不同群体的利益，而且能够反映少数人的观点和利益诉求。

三是回报公正，即对于在公共卫生行动中做出了贡献的人，社会应予以适当的回报；对于违反者，尤其是因违反导致公众严重健康损害者，则应作出相应的处罚。回报公正是社会有效运转的控制机制。其方式有经济、精神或二者共用等。

（三）尊重原则

尊重原则实际上是医学伦理的最基本和最重要的伦理原则，所以同样适用于公共卫生伦理。其核心是要求尊重每一个人的自主性、自我决定权、隐私权。要点有二：一是以人为本，人本身是公共卫生活动的目的，而不能成为实现公共卫生目的的工具。二是成年人拥有自我决定和处理个人事务的权力，个人选择不应受他人操控。未成年人或其他特殊情况，应由法律规定的代理人代为处理。

在公共卫生伦理规范中，尊重原则是另一约束效用原则负面效应的机制。追求公共卫生行动效用最大化，有可能导致对少数人的不尊重，甚至侵犯部分个体权益。其逻辑前提是，公共卫生致力于保护公众的健康，而公众虽然是个体的集合，但公众与个体间的权益有时有冲突。如某些公共卫生行动，可能、甚至不可避免会限制个体自由，或者侵犯个体隐私权。此时尊重原则就起刹车作用，在侵犯个人权益与保护公众权益之间，寻求一个恰当的平衡点。

所以，每一个公共卫生行动，都必须在涉及到的个体权益和公众权益之间进行权衡取舍。在伦理上，允许为了公众利益在一定程度上侵犯个体权益，其前提是必须采取的公共卫生行动有效且侵犯不可避免、必要和合理，同时尽可能确保侵犯的性质最轻化、程度最小化、时间最短化。

（四）互助原则

互助原则是与尊重原则相对应的、对公共卫生行动涉及的社会成员的原则要求。公共卫生

机构和人员在实施公共卫生行动时，一定会多多少少影响或侵犯个体权益。但作为社会成员的个体，则应理解公共卫生行动对个体、群体及全社会健康的重要性，以积极合作的态度参与公共卫生行动的实施。另一方面，当个体行为将影响他人或群体健康时，应依据公共卫生知识，主动自我约束，并采取有效预防措施，控制带给他人和社会的负面后果。互助原则强调社会成员在公共卫生工作中的主动性与社会责任，以及应承担的社会义务。

互助原则是个人与社会复杂关系的体现。尊重原则强调的是社会对每个成员基本权益的尊重，互助原则则强调个人权益的保障，不能离开他所在的社会自发地实现。个人有确实肯定的权益，但也有确实肯定的社会的义务和责任。从历史发展的现实看，每个个体来到世界上之前，已经存在着一个先于他的社会存在。人不是孤立的存在，很大程度上是一种人际关系网络的存在。人的本性就在于他的关系性或社会性。人类社会就是以人与人之间互助合作的方式逐渐发展成熟起来的。没有相互帮助，就没有个人的生存和发展。所以人应考虑自己的权益，还应该考虑他人的权益。

从公共卫生活动的目的看，个人乃至群体是否健康，在一定程度上取决于社会环境，包括其他人的行为等复杂因素。现代社会的重要特点是，个体、民族、国家之间的联系已经变得日益紧密。公共卫生问题的解决，必须由政府、民族、地区、社群、个体之间密切合作，才能真正实现。可见，公共卫生与每个人密切相关，互助原则强调反映了每个社会成员促进公共健康的共同责任。

第二节 疾病预防与控制伦理

预防与控制具共同性质与特征的疾病，属于公共卫生的范畴。面对不同类型疾病时，预防与控制的道德要求有所区别。

一、慢性非传染病预防和控制道德

“慢性病”全称是慢性非传染性疾病，不是特指某种疾病，而是对一类起病隐匿，病程长且病情迁延不愈，缺乏确切传染性生物病因证据，病因复杂，且有些尚未完全被确认的疾病的概括性总称。在临床实践中，具有代表性的慢性病主要指以心脑血管疾病，糖尿病，恶性肿瘤，慢性阻塞性肺部疾病，精神异常和精神病等。慢性病病程长、严重影响患者的生命质量、造成严重的社会经济负担、严重损害社会劳动能力、是导致死亡的主要原因，所以其预防与控制十分重要。

（一）全面贯彻实行三级预防理念与措施

三级预防是在社会层面预防控制慢性病的最有针对性的方法。

第一级预防亦称为病因预防，是预防慢性病发生的第一道防线。包括三方面：一是针对个体的预防措施，二是针对环境的预防措施，三是对社会致病因素的预防。

公共卫生应特别关注健康的社会决定因素，即除直接导致疾病的因素外，由于社会分层和条件的差异，导致在居住、饮食、卫生和工作环境等方面差异而间接决定疾病在不同个体间发生概率存在差异。社会决定因素是导致疾病发生的原因的原因。社会的不公平，导致健康的不公平。公共卫生应致力消除健康社会决定因素在个体间的不公平现象，努力建立健康公平的社会。

第二级预防亦称“三早”预防，即早期发现、早期诊断、早期治疗。在疾病初期采取预防措施，可有效延缓慢性病进程，提高患者生活质量，减少社会损失。这一阶段的公共卫生，应加强慢性病“三早”预防的知识和技术宣传普及，并通过普查、筛检和定期健康检查，及教育公众进行自我监测，及早发现疾病初期患者，并提供及时治疗。

第三级预防亦称康复治疗，即是对疾病进入后期阶段的预防措施。由于机体对疾病已失去调节代偿能力，将出现伤残或死亡的结局。此时应采取对症治疗，并辅以各种康复治疗，减少痛

苦，延长生命，力求病而不残，残而不废，促进康复。此阶段，公共卫生应通过建立公平的医疗费用负担机制和医疗服务获取机制，实现慢性病预防与控制目的。

（二）强化对患者和家属的知识教育与行为指导

慢性病患者往往将要带着疾病长期生活。因此，加强对患者和家属的相关知识教育和健康行为指导，是公共卫生和医务人员的基本职责。在生活中，慢性病患者寻求医学帮助的基本模式是“症状驱动式”，即患者已经不能承受疾病症状之苦才寻求治疗。实际上，很多慢性病可以通过采取恰当的行为与生活方式，控制症状表现程度或完全控制症状。但是患者与家属因为知识和方法的缺失，不能实现前述目标。解决办法是通过知识普及工作，提高全民关于慢性病的知识，并针对特定的慢性病人群进行专门的辅导训练。

（三）关注慢性病患者的心理健康，提供足够的社会支持

慢性病患者长期承受疾病的苦痛及生病伴生的多种压力，如担心失去工作能力与机会、个人被家庭和社会抛弃、带给家庭负担、缺少医疗费用而失去治疗机会等。这类担心与压力本身就是一种值得关注的不良心理症状，而且还是影响慢性病发展变化的新致病因素。所以，应给于慢性病患者充分的心理和社会支持，改善其心理感受，促进其对待疾病的积极态度，提高其战胜疾病的勇气，并提供足够的社会资源以分担个人与家庭的生活压力。对慢性病患者及其家庭心理和社会状态的关注，可以较明显地改善慢性病患者的生活质量。

二、传染性疾病预防和控制道德

传染性疾病，包括性病和艾滋病，具有传染性，能迅速在人群中散播，影响公众健康，社会危险害性大，是自古至今危害人类健康的第一杀手。随着免疫技术、抗生素、公共卫生等医学知识和技术的进步，人类在与传染病的战斗中暂时取得了上风的态势。为了避免传染病在人群中传播，传染病防治也有其异于一般疾病防控的道德要求。

（一）一般性传染病预防与控制道德

一是严格执行隔离消毒措施和各项操作规程。传染病的危害性，除了损害患者本人的身心健康之外，还在于传染他人，形成群体感染。人类在经过了极其惨痛的教训之后，才总结出系列预防控制传染病流行的方法。

隔离消毒是传染病管理与防治工作中最重要的环节，也是公共卫生工作者与传染病斗争的重要内容。隔离是通过物理阻断的方式，防止传染病扩散。隔离对象包括：传染病患者、传染动物的隔离，即将已经确诊的具有传染性的病人、动物隔离，确保传染源不再导致更多的个体感染；疑似病患者、疑似动物隔离，即在传染病流行期间，将可疑的、类似传染病的患者或动物隔离，以防止传染源扩散；医务人员隔离，即与传染病患者、疑似患者、传染病动物、疑似动物接触的医务人员，也必须采取隔离措施。

消毒主要是采取有效措施杀灭传染病患者可能散播的细菌、病毒或其他传染源，对象包括居住的场所、日常用品、排泄物、分泌物、接触使用过的医疗器械等。与传染病接触的医务人员，在离开病区时，必须采取消毒措施，避免将传染源带出病区。

公共卫生和医务人员必须以高度的道德责任感，切实按照科学方法做好各种预防措施，绝不能因自己的疏忽，给公众的健康带来威胁。

二是坚持预防为主的积极防疫思想。与一般疾病相比，传染病患者的治疗十分重要，同等重要的还有易感人群保护，控制其流行范围，避免社会灾难。从实际情况看，人类消灭天花，是主动预防观念的胜利。通过预防接种，部分烈性传染病，尤其是好发于儿童的烈性传染病得到有效的控制，明显降低了传染病的发病率。

三是尊重传染病患者的人格和权利。在世俗观念中，传染病患者往往被视为灾星，受到不应该的歧视、排挤，有时甚至发生惨剧。医务人员应该认识到传染病患者是传染性疾病的受害

者，并不能为疾病、疾病传染负责，指责、歧视、排挤是错误的做法。在工作中，公共卫生工作者应尊重传染性疾病及疑似患者的各项正当权益。

四是遵守国家法律规定，及时收集与上报疫情。现代社会已经建立了相对完善的传染病防治体系，及时发现、隔离、治疗各种传染病。相关的医务人员应按照国家法律规定，主动关注、通报疫情。这既是法定义务，又是最基本的公共卫生道德要求。

（二）性病的预防和控制道德

性病是通过性接触而传播的传染性疾病。与一般传染病相比，性病的传播对象多为性病患者的性伙伴。除了具有传染性疾病的特点之外，性病还具有更强烈的个人隐私性质，影响性病患者的家庭生活幸福、生殖器健康，有时还危害患者及其性伙伴的生育能力。因此，性病患者还承受了特殊的心理压力，如害怕被人知晓，不敢寻求治疗，害怕治疗不彻底留下后遗症等特殊问题。这些心理压力有可能诱发更严重的社会问题。为此，性病的预防与控制道德规范有其特殊性。

一是尊重性病患者，消除其心理顾虑。部分性病患者是因为性关系混乱而染病，但患者本人并没有故意染病的动机，不能为疾病本身负责。但在社会文化中，却对该类患者给予了极大的道德与舆论压力，因此性病患者本身既担心治疗的时间、费用、后遗症等问题，又担心亲戚朋友知道真相而丢面子、受歧视，还担心传染家人，其内心充满恐惧、后悔、自责、焦虑不安等强烈负性情绪体验。公共卫生工作者在处理相关事务时，应与对待一般传染病患者一样，热情、细致、耐心、周到，维护其自尊心，获得其主动配合。嘲笑、挖苦、讽刺、歧视、冷漠等态度，有可能影响相关的防御与控制效果。

二是及时发现疫情，主动采取预防控制措施，防止扩散。性病是传染性疾病，危害家人和公众健康。公共卫生工作者和医务人员在发现性病疫情之后，有责任按规定向有关部门和相关人员报告；还应积极建议患者通知其性伴侣到医院进行详细检查治疗。

在通报相关情况时，应控制其范围与程度。为患者保守病情秘密是医务人员的基本道德义务，这一点在性病的预防控制中也不例外。但保密有一个前提和限度，即不能危害他人和公众利益。在性病患者的预防控制过程中，正确地处理保密与维护公众和他人利益之间的矛盾十分重要。

三是传授正确知识，预防性病可能引发的心理疾病。采取科学的预防治疗措施，性病可防可治。许多患者不了解正确的预防性病的科学方法，结果多次被传染，或得病后不主动采取预防措施，将疾病传播给性伙伴。因此，公共卫生工作者应积极向社会传播有关的知识和方法。内容应延伸到常见的、由性病引起的心理疾病及其防控，还应扩展到性道德、性态度、性行为等方面的知识教育与普及。

（三）艾滋病的预防与控制道德

艾滋病是具有特殊性的性病与传染病。一是部分患者的感传染途径是同性性行为、注射吸毒或不洁性行为。二是艾滋病目前缺乏有效的治疗方法。因艾滋病毒破坏人体免疫系统，感染数年将出现因免疫能力缺陷的多类疾病，并最终死亡，所以被称为世纪瘟疫。目前控制艾滋病传染的最重要手段就是预防，以将艾滋病的感染控制在一定范围内。为实现此目的，以下两点是其相对独立的道德要求。

一是艾滋病检测监测与医疗信息保密原则之冲突与协调。及时发现被艾滋病毒感染的个体，连续监测其身体状态与变化，并按照2006年卫生部出台的《艾滋病防治条例》给予足够的医疗服务，是公共卫生和医疗卫生系统工作者应承担的社会责任和义务。同时，出于对相关人员和社会的责任，及时的信息通报与通知，也是公共卫生工作者的道德责任与义务。在这两种存在着冲突的道德要求之间取得恰当的平衡点，既是艾滋病预防与控制工作的重点，又是难点。

困难的核心是，代表社会的公共卫生道德责任的实现，必须得到艾滋病毒携带者和患者的

配合。艾滋病毒携带者、可能的感染者、已经确诊的患者，应承担起其社会义务。如积极接受身体检查和流行学调查，准确及时告知感染的可能途径，及时告知有可能被传染的性伴侣，因其他疾病就医时，主动告知艾滋病感染的信息，主动采取必要的防护措施以避免传染他人。按照我国相关法律规定，明知患有性病、艾滋病等传染性疾病，在可能传染他人的行为中，故意不采取防护措施着，属于违法行为，将承担相应的法律责任。

二是行为指导干预与保护个体自由之冲突与协调。要实现艾滋病传播的有效控制，对易感人群进行行为干预指导，被实践证明是行之有效的措施。高危人群包括性工作者、嫖娼者、男性同性恋、毒品使用者等。这些群体，其特定的行为往往违反社会道德规范甚至是国家法律，所以对外人知晓其具体的生活方式往往抱着警惕之心，不易接近。从社会管理角度看，艾滋病易感人群属于社会边缘人群，易感生活方式属于边缘生活方式，属于法律规管与打击重点对象。但是，实际状态是法律规管与打击并不能完全消除这类社会现象。

所以根据社会现实，开展实际有效的公共卫生工作，在对易感人群进行有效指导时，不简单地进行道德与法律评判，而是给以边缘人群应有的尊重和个体自由，才能真正实现艾滋病的有效防控。目前使用较多的措施包括：对性工作者、同性恋者进行知识教育和预防行为指导，在各种场所推广使用避孕套以避免性活动传播；对吸毒者进行知识教育，指导其避免共用针头注射毒品，开设美沙酮治疗门诊替代静脉注射吸毒等。

三、职业病与地方病预防和控制道德

（一）职业病的预防与控制道德

职业病，是指特定职业的劳动者，因工作原因接触到粉尘、放射性物质或其他有毒、有害物质，但因防护措施不力等而引起的疾病。根据《中华人民共和国职业病防治法》规定，职业病的构成必须具备四个条件：①患病主体是企业、事业单位或个体经济组织的劳动者；②必须是在从事职业活动的过程中产生的；③必须是因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等职业病危害因素引起的；④必须是国家公布的职业病分类和目录所列的职业病。卫生部 1972 年首次公布职业病 14 种，至 1987 年公布的规定职业病共计 99 种。随着社会的发展，职业性疾病越来越多。这与人类对自然的控制和改变程度，如大工业生产中有毒有害因素增多，以及精细的职业分工密切相关。上述法定职业病是严格意义上的职业病。

从广义角度看，凡是因特定职业活动引起的特定疾病，如长期强迫体位操作，局部组织器官持续受压等，典型诊断如网球肘、鼠标手等，也应纳入公共卫生关注的范畴。广义的职业病，既是公共卫生问题，也可以通过恰当的公共卫生的工作预防和控制。

职业病的预防与控制道德包括两点：

一是始终坚持“预防为主，防治结合”的工作态度。职业病预防重于治疗。随着知识和技术的进步，相当一部分职业病已经有了成熟的预防方法。公共卫生工作者应以《中华人民共和国职业病防治法》为指导，贯彻“预防为主，防治结合”的职业病防治方针，积极主动地宣传职业卫生知识和技术，加强对特定职业劳动者的健康保护力度。

二是始终坚持“深入一线，监督指导”的工作方式。在职业病预防与控制工作中，公共卫生工作者只有始终坚持“深入一线，监督指导”的工作方式，才能取得真实的效果。从相关劳动场所的设计审查、竣工验收，到开工后的经常性监督检查；从对相关劳动者进行培训与职业病预防行为指导，及时开展体检，到发现职业病问题后及时报告与进行治疗，都需要第一手工作与资料。监督指导包括两个方面：一是生产单位，二是劳动者。

在工作中，公共卫生工作者还应对社会发展中新出现的职业病问题，开展科学研究工作，以提高对职业病未知领域的认识，促进职业病预防与控制工作与时俱进。

（二）地方病的预防与控制道德

地方病又称水土病，是由水源、土质原因引起的具有地域局限的疾病。其特点是发生在某一特定地区，同特定自然环境密切相关，在一定地区内长期流行，且有一定数量的患者表现出共同的病征。在中国分布广泛的地方病有克山病、大骨节病、地方性氟中毒、地方性甲状腺肿、克汀病等。

地方病根据原因差异又分为化学性地方病和生物性地方病。化学性地方病又称生物地球化学性疾病。人的生长发育和健康，需要多种化学元素，且其含量有相对稳定的比率。因地质结构或人为的原因，某些地区地壳表面的元素分布异常，某些特定元素过多或过少，当地居民从环境摄入的元素量超出或低于人体所能适应的变动范围，就会患化学性地方病。如某地的碘元素分布异常，可引起地方性甲状腺肿或地方性克汀病。生物性地方病病因为微生物或寄生虫，是一类传染性的地方病，包括鼠疫、森林脑炎、流行性出血热、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾等。病因只生活在特定地区，住在疫区或外地人进入疫区，就可能患病。

地方病的预防与控制属于公共卫生范畴。公共卫生工作者在地方病的预防与控制中，必须坚持相应的道德准则。

一是吃苦耐劳的工作精神。地方病多发生在经济不发达，交通不便，生活条件差，卫生保健条件落后的地区。在开展地方病的预防保健与疾病控制工作中，公共卫生工作者要能够吃苦耐劳，主动深入到条件艰苦的地区，坚持在一线发现问题，现场指导与解决问题。

二是强化知识教育、技术指导和行为训练。地方病的预防与控制，需要生活在特定地区的每一个社会成员都了解地方病的预防与控制知识，熟练掌握相应的预防与控制技术，并采取恰当的行为方式以避免疾病的发生。因此公共卫生工作者应广泛开展认真细致的教育与训练工作，并检查受教育者的行为表现核实教育效果。教育工作不能够只走形式，而是要落实到每一个居民的具体生活之中。

三是加强公共卫生体制与制度建设。在地方病流行地区，加强当地的公共卫生体制建设，才能将地方病的预防与控制转为经常性的工作。除了建立专门的地方病预防与控制体系之外，通过已有的社会体制实施公共卫生活动也十分重要。如依托已有的教育体系，强化知识教育和技术培训；依托已有的行政体系，强化预防与控制措施的落实；依托已有的卫生医疗体系，强化地方病的监测与治疗。

第三节 食品卫生与食品安全伦理

在长期的进化过程中，人类祖先依靠打猎与采集获得食物。消费方式是采取到的食物在短时间内吃掉。约一万前，随着农牧文明的出现，人类的食物来源转为依靠农牧业生产活动。此时可以生产出多余的食物，并储存到食物短缺季节或运输到短缺地食用，但品种与数量有限。随着工业化、都市化进程，人类食物的生产、加工、运输、消费，也进入工业化阶段，不仅数量与品种急剧增长，而且食物从生产到消费的过程中，流转环节众多，当相关的规范制度未同步进步时，食品质量问题成为影响公众建康的重要问题。

食品卫生（food hygiene）与安全问题，近年来屡屡成为新闻媒体的焦点。含甲醛的假白酒、苏丹红喂出来的红心鸭蛋、孔雀绿含量超标的多宝鱼、瘦肉精含量超标的猪肉、不含蛋白质的假奶粉事件等，以及欧美等国的疯牛病牛肉事件，无不牵动着消费者的神经，也反映了公共卫生领域中食品卫生与安全伦理重建的重要性。

一、食品卫生的含义与重要性

食物是维持人类生存最基本、最重要的日常必须生活品。食品卫生首先是指食物的生产、

加工、储存、运输、销售、消费等一系列过程中，每个环节都有相应的卫生标准，且都应符合卫生安全标准，以确保食用者吸收到相应的营养成分，且不导致其身体健康受损。食品卫生的内容相当广泛，如原材料的质量、配料与辅料的质量与数量、加工者的身体健康要求、加工工具与机械的安全性、加工过程的安全、加工场所的卫生条件、储存条件与期限、食品运输的卫生要求与条件等，任何一个方面或环节的纰漏，都直接或间接影响食品的质量与卫生，并有可能影响消费者的生长发育和身体健康。

在个体成长的不同年龄阶段，或个体在不同的身体状态下、工作性质与环境，对营养素的需求的质与量，都有所不同。所以食品卫生还包括有另一层含义，即根据不同的情况与需要，提供能够满足特定人群特殊需要的食品数量与种类。

在社会发展过程中，人类的饮食文化出现了一定程度上自主创造性，制造出酒、茶、咖啡、代糖、槟榔等功能性食品。与满足营养需要的一般食物相比，功能性食品除了能够提供少量营养需要之外，主要是满足人们特定的心理需要。由于功能性食品能够影响人类的心理活动与行为方式，而且在现实生活中也确实引发了种种问题，所以功能性食品的使用卫生也属于食品卫生工作范畴。

自古至今，营养成分的全部或部分缺乏、食物中毒，就是威胁人类个体健康的首要因素。由于食品卫生关乎所有社会成员的健康与身体素质，其在公共卫生工作的重要性不言而喻。

二、食品卫生工作道德

加强食品卫生管理，确保食品安全，是食品卫生工作道德的基本目标。具体的规范与准则有以下几方面。

（一）以分类指导为原则主动宣传普及食品卫生知识

虽然目前世界上仍有部分地区和人口存在饥荒问题，但多数社会食物充足。不过并不是每一位公众都了解相应的食品卫生知识。加强食品卫生工作的第一项任务就是积极主动地普及食品卫生知识。分类指导是根据年龄、性别、环境、工作性质、不同疾病患者及其他特殊情况，开展有针对性地食品卫生宣传教育，促进全民吃得科学、营养、卫生，吃出健康来。

（二）根据食品卫生标准加强食物卫生监督管理工作

传统农业社会，食物运转模式是从产地到餐桌。现代社会，食物从产地到餐桌，要经过诸多的工业环节与过程。这一变化增添了食物卫生的风险。为了确保食品卫生安全，公共卫生界已经制定了相应的食品卫生标准。食品从业人员应严格执行标准，食品卫生监督与管理者应严格按照标准实施监督管理。当相关人员各负其责，工作行为符合食品卫生道德规范要求，就能够真正实现食品卫生与安全目标。

（三）强化食物卫生法制管理，确保食物卫生道德底线

经过了连串的食品安全事件后，《中华人民共和国食品安全法》于2009年2月28日第十一届全国人民代表大会常务委员会第七次会议通过，并于2009年6月1日起施行，原《中华人民共和国食品卫生法》同时废止。该法的颁布与实施，进一步强化了食品卫生与安全法制建设，将食品卫生与安全纳入严格的法制管理轨道。

之所以需要强化食品卫生的法制管理，是因为道德与法律既具有重叠性，又存在差别性。相同的是，凡是法律所禁止和制裁的行为，也是道德所禁止和谴责的行为；凡是法律所要求和鼓励的行为，也是道德所培养和倡导的行为。许多的道德观念体现在法律规定之中，许多的道德问题可以诉求法律途径解决。但从规范作用的范围看，法律与道德对人们行为有着不同层次的要求。前者一般只能规定最起码的行为要求，而后者可以解决人们精神生活和社会行为中更高层次的问题。如，道德可以要求人们“毫不利己，专门利人”，而法律只能规定人们不许损人利己或损公肥私。

在传统社会，人们生产的食物主要提供给亲人、熟人。此时，基于血缘与共同生活的亲情、友情，将诱发道德的自我约束力量，且彼此间反复相遇与博弈的现实，诱发道德舆论他人约束力量。此时，内在的道德力量能有效地制约食品生产者的不道德与违法行为。

食品生产的工业化，其最直接的后果是生产地与消费地的远离，生产者与消费者不存在任何直接的联系。在人类天生的己群他群的意识影响下，关注质量的道德约束力量与关注效率的动机追求之间产生了明显的冲突，加之反复相遇与博弈的不存在，导致多数时候过分地金钱追求占上风。这是出现如此多的食品安全问题的内在心理与道德原因。

解决问题的办法就是食品卫生安全的法制化。食品安全的硬性法律规范，对食品生产、运输、销售者将产生两方面影响：一是将他们博弈的对象调整为全社会，而不再只是某些消费者。这将诱发对其外界舆论监督的畏惧，从而实现一定程度上自我约束。二是一旦出现违法行为，他们将为自己不道德的行为付出相应的代价。这将诱发其对不法行为引起自我损失的恐惧，并引发出自我约束行为。法制化的制度设计，弥补了现代食品行业食品卫生道德力量不足以发挥影响的缺陷，用强制力影响与提升道德意识与行为。

三、转基因食品的道德争论

转基因食品是指利用现代分子生物学技术，将一种生物的基因转移到特定的食物物种中去，以改变其遗传基因，促使被改变的食物品种在性状、营养品质、消费品质等方面向人们需要的方向转变，以加工生产出新的食品。1994 年，美国制造了世界上第一例转基因食品——延迟成熟的转基因番茄，从此，转基因作物发展迅速，到 2002 年，全世界的转基因作物的商业化种植面积已达到 5867 万公顷。

随着转基因作物和转基因食品的大规模种植和商业化生产，其相关的道德论争就一直持续。

（一）转基因技术符合道德

支持者认为转基因食品对人类是安全的，对人类健康、生态环境及社会稳定都有益且安全。理由包括：一是转基因技术与杂交技术没有本质区别，转基因技术同杂交技术一样安全。二是转基因食品同传统食品成分大体等同，所以是安全的。三是自转基因食品进入市场以来，没有发现一例危害人体健康的实例。四是转基因食品改善食物品质，从而促进人的健康。五是转基因技术可以创造新物种，挽救一些濒危物种，并保护生态环境。六是转基因技术是解决人口数量增长与土地有限矛盾的有效方法，实现维护社会稳定的目标。

（二）转基因技术不符合道德

有人不赞同使用转基因技术生产食品，认为转基因食品不安全。理由如下：一是转基因食物可引起食用者产生过敏反应；二是转基因技术使用的基因安全问题并未得到验证；三是该项技术改变了原始食品的营养成分，从而降低了其营养效价；四是会伤害非目标生物，并因制造出新的物种或基因类型影响既有的生态平衡，导致生态环境灾难；五是由于技术发展的不平衡，因技术垄断导致发达国家与发展中国家新的社会不公正。

对待这项新技术，从食品卫生的角度看，应取“持续关注、审慎推进”的态度。基因工程是一个风险与机会并存的统一体。转基因食品作为一种新兴的现代生物技术的产物，既具有明显的先进性，也具有许多不确定性。转基因技术与转基因食品的安全性是世界普遍关注的重大问题。恰当的态度是，首先应长期持续监测其安全性问题。其次，应制定相应的法律法规，规范与控制该项技术的应用范围。如转基因食品的标签应以与天然食品相区别，对转基因食品的商业化实行严格的审批制度等，避免其滥用给人类健康与生态环境带来不必要的伤害。

第四节　突发公共卫生事件中的伦理问题

由于人口集聚密度和交往频率的剧增，在人类社会早期只是个人或小范围的健康问题，在现代社会则完全可以发展成为地区性、国家甚至是世界范围内的公共卫生问题。

一、突发公共卫生事件的概念与特点

（一）突发公共卫生事件的概念

突发公共卫生（Public health emergencies）事件是突发公共事件中的特殊类型。突发公共事件是指突然发生，造成或者可能造成重大人员伤亡、财产损失、生态环境破坏和严重社会危害，危及公共安全的紧急事件。2006年1月国务院颁布的《国家突发公共事件总体应急预案》规定："根据突发公共事件的发生过程、性质和机理，突发公共事件主要分为以下四类：①自然灾害：主要包括水旱灾害，气象灾害，地震灾害，地质灾害，海洋灾害，生物灾害和森林草原火灾等。②事故灾难：主要包括工矿商贸等企业的各类安全事故，交通运输事故，公共设施和设备事故，环境污染和生态破坏事件等。③公共卫生事件：主要包括传染病疫情，群体性不明原因疾病，食品安全和职业危害，动物疫情，以及其他严重影响公众健康和生命安全的事件。④社会安全事件：主要包括恐怖袭击事件，经济安全事件和涉外突发事件等。

按照《国家突发公共事件总体应急预案》规定，突发公共事件按照其性质、严重程度、可控性和影响范围等因素，一般分为四级：Ⅰ级（特别重大）、Ⅱ级（重大）、Ⅲ级（较大）和Ⅳ级（一般）。"

突发公共卫生事件是指已经发生或者可能发生的、对公众健康造成或者可能造成重大损失的传染病疫情和不明原因的群体性疫病，涉及人数众多的重大食物中毒和职业中毒事件，以及其他危害公共健康的突发公共事件。

（二）突发公共卫生事件的特点

突发公共卫生事件具有以下特点：

一是突发性。人们可以肯定突发公共卫生事件一定会发生，但是对事件发生的时间、地点、暴发方式、程度等，都难以准确把握。原因有三：①人类的知识远未完全覆盖复杂的自然世界，如艾滋病发病之前人类不知有该病毒存在；②在已有知识范围内，控制自然的技术手段仍不完备，已知艾滋病为艾滋病毒感染，但目前未发明有效的治疗办法；③作为拥有巨大能力的人类，在特定的情况下，肯定会犯错误，如明知共用针头、性滥交可能感染艾滋病毒，但却总有人会冒险。

二是复杂性。当公共卫生事件发生后，其影响表现在多个方面，处理解决不易。处置不当，其发展方向不确定，除损失扩大外，有可能范围扩大，甚至转为社会问题。

三是破坏性。公共卫生事件不仅带来直接的人员伤亡、财产损失，还将对社会和个人心理形成破坏性冲击，进而将损失渗透到社会生活的各个层面。

四是持续性。在人类的历史记载中，突发公共卫生事件屡屡见诸文字，从未完全杜绝。就某个具体的突发公共卫生事件而言，一旦发生，一定存在一个持续的过程，一般分潜伏期、暴发期、高潮期、缓解期、消退期几个阶段。

五是可控性。人类基于已有的知识、经验和技术，通过努力可以一定限度地降低突发公共卫生事件发生的频率和次数，减轻其危害程度，使之不超出一定的范围。这是人类在认识与改造自然方面进步的必然结果与重要标志。

六是机遇性。突发公共卫生事件也是人类增加认识和改造自然、不断提升人类健康水平的机遇。当事件发生后，应通过努力，扩展知识和技术，为避免相同或类似事件的再发生创造条件。

二、突发公共卫生事件应急管理策略

突发公共卫生事件应急管理属于危机管理范畴，包括事前、事中和事后三个阶段的管理。

（一）危机前管理策略

公共卫生事件发生前，最重要的工作是建立公共卫生预警系统。预警系统的建立应以信息收集、分析、发布、使用、更新等公共卫生信息传播分享为核心。通畅、完整、充分的公共卫生信息系统是及时发现和有效处置公共卫生事件前提条件。

（二）危机中管理策略

危机一旦发生，危机管理开始。主要任务是控制事件影响的程度与范围，减少损失。具体策略如下：

一是及时充分公布信息。卫生行政等权威部门进行及时准确的信息发布，让所有公众能够知晓事件尽可能多的信息。此时信息完整、统一和权威十分重要。该类事件导致灾难性后果的原因之一是信息缺乏或不确定，小道消息流行，导致心理恐慌，并可能诱发进一步的社会危机。随着时间的推移，还应及时更新信息，并为公众提供相对完整的应对措施与行为指导。

二是积极主动开展危机公关。卫生行政部门应及时安排专人和公众、媒体沟通，通过专业的沟通技巧，取得话语主动权，说服公众采取恰当的应对态度和行为，控制恐慌性行为的发生与流行。

三是让危机应对者上前台。当公共卫生事件出现时，应适当地给一线的医务人员以公共话语机会，让医务人员的形象更多地见诸媒体。来自医务人员的专业解释和指导，有利于全体社会成员采用恰当的应对措施，并有利于人们解除公众消极心理状态。

（三）危机后管理策略

公共卫生事件处理完毕后，危机管理并不必然完成。政府和全社会要总结危机处理过程中的成绩和失误。其要点包括：

一是向社会传播危机已经得到解决的信息。

二是及时处理危机导致的心理创伤，包括事件受害者、前线医护人员等危机应对者，并采取适当的措施消除事件对公众的影响。

三是分析危机发生的原因、过程，发现原有的预警机制体制暴露的问题并及时解决。这类总结、反思与改变是公众和媒体关注焦点，主管部门应及时公布相关信息。

三、突发公共卫生事件处置中的伦理原则

（一）预防第一、防治结合原则

当公共卫生事件发生之后给予受害者及时有效的治疗，是最基本的伦理要求。不过从性质看，既然突发公共卫生事件不可能完全避免，且发生之后将带来更多的问题，那么建立相对完备的机制，预防其发生，或发生后及时控制其影响范围与程度，是更重要的伦理要求。因此“预防第一、防治结合”是处置突发公共卫生事件的第一伦理原则。只有积极预防、常备不懈、有备无患，才能从真正意义上减少突发公共卫生事件的负面社会影响。

（二）政府责任第一、政府责任和个人责任相结合原则

突发公共卫生事件是受害者的个人事件，更主要是公共事件。在现代社会中，公共卫生事件应对的主要责任者是相关的行政部门。政府负有领导、制定预案、监测和预警、决策、指挥、信息通报、资源储备与调配、经费筹措、急救医疗网络建设等系列责任。政府相关部门应通力协作，并引导公众行为，指导社会预防。

事件中被涉及的个体也有责任，应承担对自己和他人的健康义务。如传染病感染者和疑似患者、密切接触者，应当配合进行相应的医学隔离与治疗措施，并主动采取减少传染的卫生

行为。

（三）患者利益第一、医患利益兼顾原则

突发公共卫生事件发生后，医务人员必须根据预案或安排，在严重威胁自身健康的突发事件面前，冲锋在前，确实负起对病人和公众的责任，给予受害者以最佳的救治，最大程度地保障受害者的健康和生命安全。

在保障患者利益的同时，应最大程度地保障医务人员不因本职工作而导致身心体健康问题，或者出现其他方面的损失。首先，确保医务人员有足够的卫生防护措施。因医务人员是公共卫生突发事件应急处理的主力军，应对过程中承担着极大的风险。这也是对全社会的保护。如果医务人员因其职务行为而受损，全社会将失去有效的防护机制。其次，对确实遭遇不幸的医务人员，政府应给予本人、家属格外的照顾与补偿。

（四）集体利益第一、个人和集体兼顾原则

社会主义集体主义原则认为集体利益与个人利益是辩证统一关系，而且集体利益高于个人利益，必要时个人应为集体利益做出程度不同的牺牲。在突发公共卫生事件中，有时为了保全公众的最大利益，个人应放弃或牺牲自己的一部分利益，尽自己努力防止突发事件负面影响的扩散。在处理突发事件时，个人有义务和责任，自觉地接受和配合有关部门采取的必要紧急措施。

在这一过程中，个人的基本权利应该得到尊重与保护。如对受感染者、疑似感染者、密切接触者，采取隔离、观察、治疗等措施时，应提供足够的生活便利，采取有利于其及早治愈和恢复、促进身体健康的得力方案。任何歧视、拒绝治疗和帮助的行为，都应完全杜绝。

本章小结

公共卫生是医疗卫生工作的主要组成部分，有其自身的性质与特点。这决定了公共卫生工作的道德特点、道德责任与道德原则的特定性。在开展具体的疾病预防与控制、食品卫生安全工作、突发公共卫生事件处置、实现全民初级卫生保健等公共卫生工作过程中，各相关主体的道德责任有所不同，相应的道德行为准则也有所不同。

复习思考题

1. 突发公共卫生事件处置的伦理原则？
2. 艾滋病预防与控制的相对独立的道德要求特殊性的根源？
3. 职业病预防与控制的道德特点？
4. 为什么食品卫生管理的法制化有助于强化食品卫生道德水平？
5. 转基因道德争论的焦点有哪些方面？

本章作者及联系方式

严金海（南方医科大学人文与管理学院　广州市广州大道北 1838 号　邮政编码 510515
电子邮件地址 yjh@smu.edu.cn）

Notes

第九章　生殖伦理

教学目的

掌握生育控制的伦理依据、人类辅助生殖技术的伦理准；熟悉消极优生伦理、避孕、人工流产、绝育的伦理原则；了解优生的伦理意义。

［案例 9-1］

产妇张某某，39 岁，过去有习惯性流产史，第四次妊娠保胎至 31 周早产，早产儿体重 1850 克，出生后多次出现呼吸暂停，最长一次达 20 分钟。检查发现新生儿有颅内出血，并患吸入性肺炎、硬皮肿。医生告知产妇及家属新生儿病情危重，即使经积极抢救有存活的机会，但今后可能会出现智力及其他缺陷。产妇和家属获知情况后将最后商定的结果告诉医生：即使孩子长大后是痴呆也要不惜一切代价地抢救！

（http://jpkc.nymc.cn/kc/yyyxll/index.php? action=content&c=996）

讨论与思考：假如你是医务人员面对此种情况应如何抉择？

［案例 9-2］寡妻为亡夫生子

王霞和丈夫结婚五年一直都未能怀孕。后到广东省妇幼保健院检查，王霞得知自己双侧输卵管不通，不能自然怀孕，必须通过人类辅助生殖技术才能生育。2004 年 2 月王霞夫妇在广东省妇幼保健接受了第一次人类辅助生殖。医院在获取王霞夫妇的精子和卵子后，成功培植出 16 个胚胎。第一次移植的胚胎因未能成功着床而失败。王霞和丈夫决定过两个月后再使用剩余的 13 个胚胎进行第二次胚胎移植手术。

然而，2004 年 5 月 12 日，王霞的丈夫因车祸意外不幸去世。省妇幼保健院根据卫生部《人类辅助生殖技术管理办法》的相关规定不再为她做手术了。王霞决定申诉。她把理由写成书面材料，送到省妇幼保健院。广东省妇幼保健院遗传与不育诊疗中心伦理委员会为此专门开会讨论，结果仍然是不能为她提供辅助生殖技术服务。

自此，王霞开始了长达三个月的申诉历程。2004 年 10 月 13 日，卫生部正式发文答复广东省卫生厅，王霞可以继续接受生殖辅助治疗。王霞遂成为全国首例在丈夫死后利用其夫妇俩冷冻的胚胎进行人工辅助生殖技术治疗的单身女子。

（http://news.sina.com.cn/c/2004-10-30/08344085189s.shtml）

讨论与思考：丈夫车祸去世后胚胎移植是否还应该继续？把已经失去父亲的孩子生出来是否有违伦理？寡妻生子可否效仿？

半个多世纪来，人类在生命科学及其应用技术领域取得了一系列辉煌成就，人们在为这些伟大成就雀跃欢呼时，也关注到了它们所带来的消极效应以及由此引发的一系列伦理问题。

第一节　人的生命的概述

现代生物学赋予生命以新的涵义：生命是生物体所表现出来的自身繁衍、生长发育、新陈代谢、遗传变异以及对刺激产生反应等复合现象。生命是由核酸和蛋白质等物质组成的多分子体系，它具有不断自我更新、繁殖后代以及对外界产生反应的能力。

一、人的生命的概念

人是一种特殊的生命存在，人的生命是相对于动植物及其他形式的生命而言的。辩证唯物主义认为，人是自然存在和社会存在的有机统一，人不仅是独立的生物存在，也是具有意识和自我意识的社会性动物，具有理性、思维、情感和意志等社会属性，人的生命应包括生物学生命和社会学生命两个方面。

生物学标准从人的自然生命出发，把受精卵或胚胎作为人的生命的开始。认为即使一个受精卵也有它的尊严和价值，如果不对受精卵施加人为的干预，它就有可能发育成为一个正常的人，因此，任何影响受精卵或胚胎正常发育的行为都是不道德的，甚至是违法的。因为这些行为要么阻碍了受精卵发育成为正常人的可能性，要么影响了胚胎作为“人”的正常发育。这种观点，把人看作一个纯粹的生物存在，而忽视了人的生命的社会性。

授权标准从人的社会生命出发，认为胎儿只有得到父母或社会的接受才算生命的开始。法国天主教道德神学家波希尔（Pohier）等认为，完人的生命或人化的生命必须在亲属这个名义之内才能算数。这种标准固然考虑到了生命的社会性，但却否认了生命标准的客观性，把父母或社会的“接受”看作生命的唯一标准，必然走向相对主义，最终导致标准的混乱，并可能成为某些弃婴行为的辩护借口。因此，人的生命的界定不能仅从自然生命出发，但也离不开自然生命，自然生命是人的生命的基础和必要条件，是人的意识和自我意识以及社会属性的载体。

马克思主义认为：“人的本质并不是单个人所固有的抽象物。在其现实性上，它是一切社会关系的总和。”也就是说，人的本质属性在于它的社会性。因此，对人的生命的认识，也必须从其社会性上去把握，这包括两个相互联系的基本方面，即“自我意识”和“社会关系”。自我意识是人的社会生命的本质特征，它把人的生命与其他灵长类，受精卵、胚胎、胎儿以及脑死亡者的生命区分开来。正是由于自我意识，才导致个体发展的整个生命过程中的质变：即当个体发展到产生自我意识时，人的自然生命发展为人的社会生命，而当人的自我意识不可逆转的丧失时，又复归为人的自然生命（如植物人），或二者同时消失。但是，自我意识的产生离不开社会实践，大脑仅仅是思维的外壳，只有在社会生活和社会关系的实践过程中，自我意识才能得到产生和发展。我国学者邱仁宗认为：“人是在社会关系中扮演一定角色的有自我意识的物质实体”。该界定不仅说明了人的生命的自然性，同时也强调了人的生命的社会性，全面地反映了人的生命之本质。

二、生命伦理观

生命伦理观是人们对生命所持的价值观念，它代表着人们对生命看法的历史变迁。在人类社会早期，生产力水平低下，人类对于大自然带来的灾害和自身的疾病无法理解，无能为力，人的生命极其短暂，人类生存面临威胁。因此，增加人口数量、延长寿命是人类的基本要求。面对短暂而有限的人生，自然形成了人的生命极其宝贵，应该珍重、善待和救治每一个人的生命神圣的伦理理论。从而产生了保护生命的医学科学和维护生命的医疗职业。

当面对大量需要救治的患者，而卫生资源相对匮乏，无法满足人类全部需要的时候，生命质量论和价值论就成为了人们对待生命不同救治态度的理论依据。生命质量论认为可以根据人

的生命自然素质的高低优劣，采取不同对待的生命论，通常用“健康程度、治愈希望、预期寿命”等体现；生命价值论则根据生命对自身、他人和社会的效用不同而差别对待。根据生命价值主体不同，生命价值分为内在价值和外在价值，前者是指生命拥有的对自身的效用，后者是指生命拥有的对他人、社会的效用。生命质量及生命价值观的问世，标志着人类的生命观和伦理理念有了历史性的转变，是人类要求改善自身素质，以求更大发展的反映，是人类自我意识的新突破，它比生命神圣观在视野上更加开阔，在情感上更加理智，在思维上更加辩证。生命质量论和生命价值论的形成与发展对医德建构、医德观念与医德理论的发展，具有积极的意义。因此，生命质量及生命价值观的确立，使医学伦理学研究方法及理论基础更加进步与科学，生命质量及价值规则将传统医学伦理学由单纯强调维护生命的理论格局，拓展到注重生命质量和价值的伦理新格局，把个体生命利益与群体及人类的生命利益联系起来，把动机与后果联系起来，把珍惜生命与尊重生命质量和价值联系起来，从而使医学伦理学和生命伦理学体现更加科学和完善。从这个意义上讲，生命质量及价值观是医学伦理学与生命伦理学体现科学化、现代化的重要理论标志。生命质量及价值观指导临床工作者对生命质量极度低下、生命零价值甚至负价值的患者，不再给予无效治疗、无益治疗等“不可为”的情况而选择“有所不为”的临床决策。

在生命神圣论的基础上，人们提出了生命质量论和生命价值论，从而形成了人类对自身生命的完善认识：生命神圣 - 质量 - 价值论。

第二节 生育控制伦理

生育控制（control of reproduction），是指对人的生育权利的限制，包括对正常人生育权利的限制和对异常特定人的生育权利的限制。前者指依据人口与社会经济发展的客观要求，在全社会范围内，实现人类自身的计划化，以抑制人口的过度快速增长，保障人类更好地生存与发展。

一、生育控制的伦理纷争

由于特定的国情，我国面临的人口压力尤为突出，控制人口数量已成为我国的基本国策。然而，生育控制关乎人们的生育权利，不可避免地会涉及伦理问题，引发道德上的争议。

（一）生育控制的伦理阻碍

生育控制技术有着漫长的发展历史，对其道德价值的争议从未停止。因为人类对生育过程的干预和控制不单纯是医学技术问题，它还涉及到生育观、生命观和人类整体利益等问题。

西方宗教道德观一直反对生育控制。基督教十分重视传宗接代，把人的生育功能看作是上帝的恩赐。西方宗教的这种生育道德，严重影响了生育控制在西方的顺利开展。人们普遍认为避孕、人流就是杀人，绝育是对上帝的亵渎，因此，许多国家曾用法律手段禁止生育控制。

中国传统的封建道德中虽然没有公开反对生育控制的理论，但一大批思想家主张“人丁兴旺”，“多子多福”，把“人丁兴旺”作为“家业兴隆”的重要标志。儒家思想的创始人孔子认为“天地之性人为贵，人之行莫过于孝”，而要做到孝，最基本的就是繁衍子孙，不绝祖祀。孟子提出“不孝有三，无后为大”。中国传统封建道德宣扬男尊女卑，如果妇女不能生儿子就要遭受虐待，甚至被休弃，因为传统的封建伦理思想认为没有儿子就无法传宗接代，即使女儿再多，仍被看作“断子绝孙”。这种传宗接代的封建思想，至今仍在一部分人的头脑中根深蒂固，尤其是农村，有的人为了生儿子，拒绝采用一切生育控制措施，严重影响我国计划生育政策的推行。

生育控制遇到的另外一个阻力就是人性论和自由论。在西方持人性论观点的人认为，生育是人性的一部分，不应该受到任何约束，干涉别人的生育是不道德的。自由论则认为，生育完全是个人的私事，是每个人都拥有的基本人权之一，因此，“人应该有生育之权”，“生育控制是侵犯人类自由的行为，是不符合伦理道德的”。人性论和自由论的观点在西方一部分人中较为流行，

这些人在人性、人权和自由中兜圈子，掩盖社会与个人之间的利益矛盾，一方面震惊于人口的“爆炸”性增长，另一方面又拒绝实行生育控制。

（二）生育控制的伦理依据

1. 科学的人口理论支持生育控制　人口理论是解释和说明人口现象、人口过程和人口规律的学说体系。关于人口的理论有很多，不同的流派有各自不同的主张和观点。如英国经济学家马尔萨斯在著名的《人口论》中提出：在不受阻碍的条件下，人口是按几何级数增加，而生活资料是按算术级数增加，人口增长总会超过生活资料的增长，因而不可避免地要产生失业、贫困、饥饿和战争，这是和社会制度无关的一条“人口自然规律”。为了实现人口和生活资料的平衡，马尔萨斯认为战争、瘟疫、饥荒、赤贫等积极抑制办法，是减少人口和使人口与生活资料相适应的决定性因素。

马克思主义人口理论，把人口现象、人口过程和人口规律放在生产力和生产关系、经济基础和上层建筑的客观矛盾中加以考虑和研究，形成了科学的人口观，它是进行生育控制的主要伦理学依据，其内容主要有：①“两种生产”理论。马克思主义认为，人类为了生存和发展，必须同时进行两种生产，即人类自身生产（人的生产）和物质资料生产（物的生产）。人类社会的存在、延续和发展有赖于两种生产的协调发展，从历史角度来看，凡社会大动荡和变迁，无不与两种生产的矛盾相关，要使这两种生产比例协调，必须增强人类对两种生产的调控能力，因而生育控制是必需的；②社会生产方式决定人口发展的观点。人口现象不是一种孤立的社会现象，人口观的发展、运动和变化要受到物质资料生产方式的制约，当生产力水平低下时，社会发展对劳动力需求就会增加。相反，如果生产力发展快，劳动效率提高，社会发展对劳动力需求量就会相对减少；③人口对社会发展作用的观点。人口发展虽然不能决定社会制度的性质，但人口却对社会起着巨大的作用。当人的生产和物的生产相适应时，社会经济顺利发展，否则，如果人口增长过慢，人口发展不适应生产力水平及生产关系的发展变化，那么资源开发和经济发展就会受阻；当然，如果人口基数过大，人口增长过快时，在资源分配、劳动就业、环境保护等方面也会出现尖锐的矛盾，以致延缓社会经济的发展；④人口对生产作用的观点。人是生产者和消费者的统一，作为生产者，人能创造财富，作为消费者，人需要耗费财富。人在社会经济生活中的这种双重作用，是正确认识人口与社会经济相互关系的出发点。一般情况下，人作为生产者是主要的，社会财富的积累有赖于此。人作为生产者需要一定的条件，如年龄、体力、智力、生产工具等，而人作为消费者却是无条件的，人从生到死，无论其生命状态如何，他都是绝对的消费者。马克思主义人口理论为生育控制提供了有利的科学支撑，这也是制定我国人口政策的理论基础。

2. 严峻的人口形势迫切要求生育控制　持续增长的世界人口是当今最为严重的问题，尤其是在发展中国家已成为长期经济落后的重要原因。从世界人口发展形势来看，几乎每隔35年世界人口即翻一番，照此速度发展下去，到21世纪中叶，就会达到地球资源所能养活人口数量的极限。自20世纪80年代中期开始，世界粮食产量的增长一直落后于人口的增长，其原因是缺少待开发的耕地以供开垦，致使人均耕地面积日益减少，加之过量使用化肥导致农作物产量下降，使世界粮食生产面临着日益减少的局面。随着人口迅猛增长，人均淡水供给量也在不断减少。水资源的短缺表现为河流干枯和地下水位的下降，如尼罗河、黄河和科罗拉多河几乎已无水入海。目前，包括主要产粮区的世界各大洲地下水位正在下降，美国南部的大平原、中国华北平原和印度的大部分地区地下蓄水层正日益枯竭。粮食短缺、资源开发殆尽和环境污染的现象已引起了各国科学家和政治家们的思考和关注，人们纷纷呼吁强化人类自我控制的能力和措施。

从我国的人口状况来看，人口基数过大，目前早已超过13.6亿（不包括香港、澳门特别行政区和台湾地区），即使按照我国计划生育政策对人口严加控制，也需要到2030年左右才能停止正增长，到2220年才会使人口降到6.5亿~6.7亿的理想规模。目前，我国人均耕地面积不足1.5亩，

大大低于世界人均耕地面积5.1亩的水平。我国总人口接近发达国家人口的总和，然而，发达国家国民生产总值却是我们的40倍，国家每年必须把新增国民收入的20%~25%用来保障人民生活水平不降低。人口的严峻形势从客观上支持人类对自身再生产的控制。

3. 价值观念的转变使生育控制成为现实 生育控制只有得到更多人的支持和理解，才可能成为人类控制自我再生产的有效手段，而这必须以价值观念的变化作为前提。新中国成立以后，我国曾长期狭隘理解人口问题，认为人口问题仅仅是失业、贫穷、饥饿等问题，这些问题是资本主义社会所固有的，社会主义国家不存在人口问题，因此，鼓励公民多生多育。1957年我国著名经济学家马寅初在他的“新人口论”中提出：“我国最大的矛盾就是人口多（当时人口已超过6亿），人口增加太快（人口增殖率超过20‰），由于消费大资金积累太慢，使人民生活的改善受到限制，因此，应努力控制人口，实行计划生育，不让人口的增殖拖住科学研究的后腿。”然而，由于历史的原因，马寅初先生的“新人口论”遭到了无情的批判。这以后，人口问题在我国就成了“禁区”。直到十一届三中全会以后情况才有所转变，党的十二大明确指出：“人口问题始终是极为重要的问题”。

从微观上看，人民群众也越来越多地体验到人口过多的难处，逐渐接受了“人口爆炸”的观念，现在越来越多的人意识到，生育子女的多少、质量优劣，不仅关系到家庭的利益和幸福，而且也关系到国家富强和民族繁荣，一个计划生育、晚婚、晚育、少生优育的风尚逐步形成，全国已婚育龄夫妇，80%以上采取了节育措施，重男轻女的生育观为男女都一样所取代。

4. 医学科学的发展为生育控制提供技术支持 人口增减取决于每一年的出生人口与死亡人口之差，而影响生死之差的主要因素就是医学对人的生死两个环节的干预。首先，医学对人类死亡的干预改变了人口规模。在古代，中国的生育状况就以早婚、早育、多产为特征，人口出生率是很高的，如韩非子就曾指出：“今人有五子不为多，子又有五子，大父未死而有二十五孙。”旧中国从未对人口生育状况进行过全面的调查，但从局部地区的一些典型调查数据中，仍可略窥一斑。例如，1917~1918年间广东省潮州的出生率为34‰，1923年河北省盐山县为58.4‰，1924年河南、西安、安徽、江苏4省为42.2‰，平均起来，出生率大致在35‰~40‰左右。一个妇女生育期长达30年，育龄妇女总和生育率一般为6个，多的达到10个，但由于医疗卫生条件极差，死亡率高达30‰左右，故形成了高出生率—高死亡率—低增长率模式。新中国成立后，随着人民生活水平的提高和医疗卫生事业的发展，我国在降低死亡率方面取得了令人瞩目的成就，从20世纪50年代的前半期到70年代的后半期，不包括中国在内的所有发展中国家的平均粗死亡率由23.7‰降至13.4‰，相对降幅不到四成半，而同期内中国的平均粗死亡率由14.9‰降至6.8‰，相对降幅达到五成半，这样在我国就形成了高出生率—低死亡率—高增长率的模式，使我国人口呈持续猛增的态势。

医学对人类生育的干预，还表现在医学为人类的生育控制提供了大量有效、实用的手段，使人口控制成为现实。20世纪中叶以前，由于医学发展的局限，人们实行生育控制的愿望难以得到技术上的保证，只能采用堕胎、溺婴等办法来调节妊娠和生育过多的矛盾。近五十年来，随着避孕和绝育技术的广泛运用，医学科学技术在控制人口增长上起到了重大的作用。

二、避孕的伦理分析

避孕就是用人为的方法破坏受孕条件、阻止妊娠的节制生育的措施，它是生育控制的主要手段之一。避孕作为暂时剥夺人的生育能力的一种技术和方法古已有之，公元前1900—前1100年古埃及的医学草纸书中已记载有防止妊娠的药方，如用鳄鱼粪、金合欢粉末、药西瓜瓤和椰枣等杀死男性的精子达到避孕的目的。同样，在古代印度、希腊、罗马和中国都有过关于避孕的记载和避孕药方在民间的流传。尽管这些技术和方法大多数无效或效用可疑，但至少表明古代的人们对生育机制已有粗浅的认识，萌发了控制生育的愿望，并对避孕产生了明显的伦理思考。

现代科学的避孕方法始于20世纪。目前应用的避孕方法主要包括自然控制生育法和人为控制生育法两大类。自然控制生育法是根据妇女生殖系统周期性的正常生理变化，通过日程表法，观察宫颈黏液和测量基础体温，避开易受孕的排孕期，从而达到避孕的目的。人为控制生育的方法有器具避孕法和药物避孕法。常用的避孕器具有女性宫内节育器和阴道隔膜，男性有避孕套。20世纪五十年代口服避孕药的研制和广泛应用给人类社会带来了巨大的变化，使人口爆炸的危机趋于缓和，同时也使妇女摆脱了无休止的生儿育女的羁绊，口服避孕药的问世被誉为二十世纪最伟大的发明之一。

（一）避孕的伦理认识

尽管避孕技术在今天已为越来越多的人所接受，已成为许多国家控制人口过度增长的有效手段，但避孕技术曾在很长一段时间内得不到社会的承认甚至被指责为不道德，其理由有三：①某些宗教人士认为，婚姻与生育是密不可分的，避孕切断了性行为与生育之间自然而神圣的联系；②认为避孕预先扼杀了一个人的生命，是杀人的行为；③指责当时的避孕技术和方法无效，不安全，存在严重的副作用。然而，随着人们对生命认识的深入以及高效安全的避孕技术的问世，反对避孕的理由已失去了其合理性。

目前避孕技术已在世界范围内广泛运用，但对避孕所产生的社会后果仍然存在争议。因此，在避孕技术的运用上还需要解决如下的认识问题：①避孕技术的使用会不会引起性关系的混乱。这种可能性在一定范围内是存在的，因为避孕技术的运用会减轻人们对性行为后果的心理压力，从而改变人们的性观念，使性关系更加自由和随意，甚至超越道德的界限，弱化人们的性道德责任感。例如当今世界范围内婚前、婚外性行为大量增多就是例证。然而，我们不能因为害怕性关系混乱而反对避孕，因为避免性行为混乱的关键在于加强教育，以道德和法律来进行约束和控制。②避孕技术的运用会不会使人们最终放弃生育的义务，导致家庭的瓦解以致影响社会的利益与人种的延续。生育对人类个体来讲，既是权利也是义务，然而，避孕使婚姻与生育分离，久而久之可能会使人们不愿再承担生育的义务。研究发现越来越多受过良好教育的女性崇尚DINK（double income and no kid）家庭，婚后主动放弃生育，使某些国家和地区人口出现负增长，这一现象引起了社会学家们的忧虑，如果妇女普遍放弃生育义务，那么人类社会将面临一场毁灭性的灾难。③避孕会不会导致更多的人工流产。有的科学家认为避孕与人工流产呈正比，即采用避孕技术的人越多则相应的由于避孕失败所导致的人工流产者也就越多。然而，事实上无论是鼓励避孕还是禁止避孕都有可能导致更多的人工流产，二者不存在必然联系，主要取决于当时的社会文化氛围，尤其是现在人们已普遍认为生育不是绝对的义务，因此一旦避孕失败就会求助于人工流产。把避孕说成是导致人工流产增多的因素，是缺乏依据的。

（二）避孕的道德价值

尽管关于避孕技术的运用所带来的社会影响的讨论仍将继续下去，但避孕作为生育控制的有效措施已得到人们广泛接受，其原因在于：①避孕有利于控制人口增长。如何控制人口是个世界性问题，从人类发展史来看，世界人口经历了数万年，到1800年才达到10亿，但在其后的百余年间则迅猛增长。例如，从1974年到1999年短短的25年间，世界人口从40亿增加到60亿，按目前世界人口自然增长率计算，每35年人口就增加一倍，人口的“爆炸式”增长令人悚然而思，人类的生存面临着种种难题。因此，人类必须控制自身再生产，掌握自身再生产的主动权，而避孕为其提供了有效的措施。②避孕有利于保障妇女的权利，提高妇女的社会地位。社会生产工业化的结果，使大批妇女投入到产业队伍中，从而改变了妇女的传统地位和生活方式，妇女不再成为丈夫的附庸和生育机器。然而，过多地生育导致妇女难以参加广泛的社会活动，致使妇女不但合法的政治地位和社会地位难以保障，甚至经济上也得依赖丈夫，这是妇女受到不平等对待和歧视的重要原因。避孕技术的运用可以使妇女从过度生育的负担中解脱出来，用更多的时间和精力投入到工作和学习中体现自己的人生价值。

我国计划生育政策支持和鼓励避孕技术的运用，在我国采用避孕措施的已婚妇女达70%~80%，避孕在计划生育中发挥了重大作用，是使妇女总生育下降的第一位原因，占下降作用的50%。

三、人工流产的伦理分析

流产是指胎儿在具有可存活性之前自发地或诱发地终止妊娠，前者称为自然流产，后者称为人工流产。自然流产是由于孕妇或胎儿内在的生理原因导致的妊娠终止，属于人的意志所不能控制的事件，因此不存在伦理争议。人工流产是在胎儿出生前人为地、有意地终止妊娠，根据其性质分为治疗性人工流产和非治疗性人工流产。20世纪中叶以前，人工流产主要是为了拯救母亲的生命，即引产救母，无论是从医学实践还是从伦理原则考虑，母亲都比胎儿重要，治疗性人工流产是合法的，不存在伦理上和法律上的问题，而非治疗性人工流产则与一系列的伦理问题纠缠在一起。

（一）人工流产的伦理争议

由于人工流产涉及到母体和胎儿的权利以及这种权利与社会整体利益关系如何确认等复杂问题，所以，在人工流产问题上存在着保守派与自由派之间相互对立的观点。保守派认为生命始于受孕，因此，胎儿就是人，就具有同人一样的权利，一切形式的人工流产都是不道德的。如以罗马天主教为代表的保守派对人工流产一直持强硬的反对态度，直到1965年，第二次梵蒂冈主教会议仍谴责人工流产为罪恶，要求自受孕之日起就给胎儿以最大的护理权利。而自由派则持相反的观点，认为胎儿不是人，至多不过是母亲腹腔中的一块组织，与阑尾差不多，甚至还不如狗、马、牛等高等动物。既然胎儿不是人，因此，就不拥有人的任何权利，胎儿必须在得到亲属的认可和社会的授权以后才能成为人，人工流产在任何阶段，由于任何理由而进行，伦理上都是可以接受的。

纵观保守派和自由派在人工流产上的伦理纷争，可以发现其争论的焦点集中在两个问题上：一是胎儿的本体论地位，即胎儿是不是人？二是胎儿的道德地位，即胎儿是否拥有出生的权利？在判断胎儿是不是人时，必然涉及到对人的生命定义和理解。保守派从纯生物学意义上理解人的生命，认为人的生命就是能完成吞咽、消化、吸收、排泄等生理过程的生物个体。根据生物学标准，人的生命出现的标志就是受孕，胎儿是人的生命发展过程中的一个阶段，既然人的生命已经开始，那么胎儿的权利就应该得到充分保护，人工流产就是杀人的行为，就应该被禁止。而自由派以社会意义、社会价值及在社会生活中担任一定角色等作为标准理解人的生命，与此相适应的是承认授权标准，即认为人的生命应当以胎儿是否得到亲属或社会承认为标准。

然而，无论从纯生物学意义或纯社会学意义上界定人的生命，都具有片面性，前者自然滑入生命绝对神圣论，后者对生命的分析控制带有盲目性和空洞性。马克思主义认为：人是自然属性和社会属性的统一体，是生物学生命与社会学生命的有机统一，即人的生命就是能在社会关系中扮演一定社会角色的具有自我意识的活的生物实体。其中生物学生命是社会学生命的载体，没有生物学生命便没有社会学生命，但并非个体生物学生命存在，社会学生命就必然存在，例如，由动物养大的孩子就因没有社会价值和不扮演社会角色而不具有社会学生命，而人的社会学生命是人的生命的本质，是人区别于动物的根本属性。因此，在评价和判断胎儿是否是人的时候，应从胎儿生命的生物学价值和社会学价值两方面进行综合分析。

胎儿与人在生物遗传学上有连续性，是生物人发展过程中一个不可缺少的阶段。因此，胎儿不是一般的“非人”，它既不同于动物，又不同于母体中的一块组织，它是可以发展成为现实人的“准人”。但胎儿因未处于社会关系中，尚没有形成自我意识，不具有人的社会学生命，同现实人比较又存在着质的差异，所以胎儿又不等于人。胎儿是具有人类生物学生命的特殊实体，是有待于取得完全资格的“潜在人”，这就是胎儿的本体论地位。

胎儿的道德地位是指胎儿有没有出生权利的问题，关于胎儿出生权利的问题直接与人工流产的道德论证相关。胎儿不是人，其道德地位低于人；胎儿不是动物，其道德地位又高于动物，由此决定了胎儿有出生的权利，对胎儿的这种权利应给予必要的尊重。但胎儿的这种权利是相对的，只要有充分的理由，剥夺胎儿的出生权利即人工流产，在道德上是可以接受的。那么，在哪些条件下人工流产是合乎道德的，这由胎儿的内在价值和外在价值来决定。尽管胎儿不是真正意义上的人，但它毕竟是人类生命的一个部分，所以具有一定的内在价值，但这个内在价值并没有赋予它与婴儿乃至成人同样的权利，因此，当胎儿与父母的利益或社会利益发生冲突时，它不得不让位于后者。胎儿的外在价值依据社会价值取向而定，如在欧洲某些发达国家人口出现负增长，这种现象如果长期存在，就可能导致劳动力严重短缺和人口老龄化，给国家的发展带来严重的威胁，因此，这些国家鼓励生育，甚至采用法律手段严格限制和禁止人工流产，胎儿的价值因社会原因而大为提高。然而，当一个社会人口过度膨胀，如像中国，已严重影响到社会生产和人民生活时，放宽对人工流产的限制，作为避孕失败后的辅助措施是非常必要的，这时胎儿的价值又由于社会原因而大为降低。

因此，在胎儿的利益与母亲的利益或社会的利益发生矛盾时，根据两利相权取其大，两害相较取其小的原则，为了维护社会的利益和胎儿母亲的合法权益，剥夺胎儿的出生权利是符合伦理道德的。

（二）人工流产的道德价值和制约

人工流产是我国计划生育工作系统中的重要环节，是目前直接影响国内妇女生育水平的四大因素之一。研究表明，人工流产是使上海总和生育率下降的第二位原因，占总下降因素的25%，其他省市人工流产占总下降因素的10%。由于目前任何一种避孕手段都不能确保万无一失，尤其是短效节育方法失败率很高，一旦避孕失败就造成计划外妊娠，这不仅使孕妇难以完成正常的工作学习，危及孕妇的身心健康，而且还会影响计划生育国策的实施，甚至形成较高的畸胎率。因此，人工流产作为避孕失败后妊娠处理中不可缺少的补救措施，具有重要的道德价值。

由于人工流产涉及到妇女和胎儿的权利，因此，必须进行认真的道德判断和分析，凡属于人工流产适应范围，均可以进行人流手术：①凡是出于个人控制生育和社会计划生育目的，如超生的胎儿等；②避免异常婴儿出生的优生目的，如严重遗传病等；③维护妇女权益的目的，如严重危害孕妇健康的胎儿，非正常受孕（强奸、乱伦）所怀的胎儿等。

然而，对那些出于子女性别考虑，以“留男去女”而要求做人流手术者应坚决予以禁止。目前在世界范围内男女性别比是105∶100，如果男女性别比例超出这个范围，将会带来极其严重的社会伦理问题，导致男女婚配比例失调，这种失调将会引发一系列的社会后果，如买卖婚姻、调亲换亲、拐卖妇女，性犯罪增多等。

四、绝育的伦理分析

绝育是指用手术方式剥夺人的生育能力，通过切断、结扎、电凝、环夹或用药等方法堵塞女子输卵管或男子输精管，从而阻断精子和卵子相遇，起到永久性避孕的作用。绝育术有悠久的历史，我国古代就有男子绝育术，只不过当时的绝育术不是用于生育控制，而是一种惩罚措施，比如对犯人行“宫刑”，或者作为封建统治服务的手段，如对太监实施的绝育。现代绝育术可以分为两大类：一类是从绝育意愿分类，即自愿和非自愿绝育；自愿绝育即得到接受绝育术者本人的知情同意；非自愿绝育即无需得到本人同意，例如有些国家的法律规定，严重智力低下者必须接受绝育术。另一类是根据绝育目的分类：①治疗性绝育，即为了保障育龄夫妇的身体健康和生命安危，对不宜生育者实施绝育术；②避孕性绝育或出于夫妇个人的考虑，或由于社会控制人口数量、提高人口质量的社会需要，实施绝育术使夫妇达到不再生孩子的目的；③优生性绝育，由于夫妇一方或双方有严重遗传病，为保证遗传病不再传递到后代，改善人类基因库质量，造福

社会而进行的绝育术;④惩罚性绝育:历史上有些民族对犯罪或反社会行为,尤其是强奸和其他性犯罪,用绝育作为惩罚手段。

(一)绝育的伦理争议

绝育把婚姻与生育彻底分离开来,使婚姻成为不能或不再能生育的婚姻。因此,绝育术从一出现就遭到了人们的非议,尤其是当绝育成为控制社会人口增长的手段时,遭遇到前所未有的阻力。如罗马天主教就认为绝育术剥夺人的生育能力,是对人体完整性的破坏,是违反教义的行为;由于绝育术剥夺了人类神圣的生育权,使人类不能自然繁殖,影响人类的发展,因此,罗马天主教反对绝育。然而,当目睹很多妇女因妊娠而出现生命危险时,罗马天主教会意识到对绝育持完全排斥的态度显然是不行的,治疗性目的的绝育逐渐得到认可。在西方国家,绝育作为个人的权利已被社会承认,但出于社会理由而行绝育术却遭到大多数人的反对。如美国的"人类改善基金会"曾主张对精神病和先天性缺陷者实施绝育,因为这些人的缺陷基因会通过遗传延续下去,给国家造成威胁,所以为了国家利益应牺牲这些人的个人自由,但这个主张遭到了绝大多数人的反对。

(二)绝育的伦理价值

尽管绝育术从诞生之日起就被置于争议之中,但面对严峻的世界人口形势,绝育术具有不可忽视的道德价值:①对那些患有不宜妊娠的疾病的妇女,绝育术通过防止妊娠来维护其健康,具有其他治疗难以取代的作用;②对遗传病基因携带者或患有严重遗传性疾病的夫妇,绝育可避免有严重遗传性缺陷的婴儿出生,有利于人类素质的提高;③对不适于应用其他节育方法而要求实行计划生育者,绝育是一种安全有效的措施。

现在人们已不再怀疑绝育的必要性和可行性,只要是合理的绝育,伦理学上都能接受。合理应包括两个方面:一是目的合理,即为了控制人口数量和优生优育,为了疾病的预防和治疗,为了满足个人不愿多育的要求等;二是手段合理,术式得当,能保证受术者的健康。

(三)绝育的伦理原则

由于绝育术通过切断、结扎、电凝等方法剥夺人的生育能力,因此,对绝育术应该进行严格的道德制约。首先,应严格遵循知情同意原则,主张自愿绝育,尤其是生育控制目的的绝育,应得到受术者本人和配偶的知情同意,自愿进行;其次,对受术者进行严格筛选,不得对未成年人或未婚者实施绝育术;第三,严格掌握各种绝育术的适应证和禁忌证,选择安全、高效、副作用轻和损伤小的手术方式。

第三节 遗传与优生伦理

随着生物医学的迅猛发展,严重威胁人类生命和健康的急性传染性疾病已得到控制,而具有复杂机制的遗传性疾病对人类健康的影响日益突出。

一、优生学的建立与伦理挑战

优生作为一种实践,有着悠久的历史。随着原始社会婚姻关系的进步,禁止直系血亲之间的通婚,这在很大程度上具有优生意义。在许多原始部落,遗弃或处死生下来有显著残疾的婴儿,可以被认为是一种不得已的优生措施,防止了某些致病基因的扩散。然而,优生作为一门学科,仅仅只有一百多年的历史。

(一)优生学的建立和发展

1883年英国博物学家高尔顿(Francis Galton,1822—1911)在达尔文进化论的启发性创立了优生学(eugenic)。高尔顿将"优生学"界定为"对于在体力或智力上有可能改善或损害后代的种族素质的动因的研究。"高尔顿将人类学、心理学、遗传学、统计学等方面的研究结合起来,以

探讨人类智能和遗传的关系。在高尔顿的倡导和推动下，优生学很快在各国传播。1905年由德、奥、瑞典、瑞士等国有关研究人员建立了国际性优生组织——国际民族卫生学会。1910年美国在纽约冷泉港建立了优生学记录馆。1912年在英国伦敦举办了第一次国际优生学会议，成立了国际永久优生委员会。令人遗憾的是高尔顿等学者错误地解释了达尔文关于生存竞争和自然选择理论，他们把社会下层阶级的艰难困境说成是其在精神德操方面天生的遗传缺陷所造成；而把社会特权带来的利益说成是自然赋予的优秀品质。高尔顿过分的强调智能的遗传性，宣扬民族优劣，并对社会现象进行了错误解释。二战期间，他的这些观点被种族主义和法西斯主义分子所利用，成为了种族灭绝政策的理论依据。第二次世界大战结束后，优生学才渐渐步入正轨。

伴随着社会的发展和进步，人们逐渐深刻地认识到优生学的重要性，并把遗传咨询、产前诊断和选择性流产三者的结合称之为“新优生学”。新优生学是防止出生缺陷、提高出生素质的一门综合性很强的发展中的科学。现代优生学已成为运用遗传学原理，借助社会措施和医学手段，以改善人类遗传素质的综合性学科。它的宗旨是将遗传学规律运用于人类生育，从而保证和提高人类的素质。

（二）优生的伦理意义

当今世界，科学技术的提高，国家经济的发展以及社会文明的进步，从根本上讲都取决于人口素质的提高，人口素质直接关系到民族的兴衰、家庭的幸福和国家的富强。首先，21世纪各国的竞争，归根结底是国民综合素质的竞争，其中体力素质和智力素质是前提和基础；其次，人口增长和自然资源缺乏是经济发展中的一对基本矛盾，解决这一矛盾的关键在于在控制人口数量的同时，提高人口质量，用人力资本代替自然资本，以实现对“增长极限”的实破。

近30年来，我国国民素质在一定程度得到了改善，如青壮年文盲率下降，文盲人口减少，在业人口的文化素质有所提高。但在世界体系中横向比较却不容乐观，如中国人口平均受教育程度比较低，在业人口中15~24岁青年学龄人口依然占了相当的比例。研究表明，中国每年约有20万至30万肉眼可见的先天性畸形儿出生，加上出生数月和数年才显现出来的先天性残疾儿童，总数高达80万~120万。在中国人口的基本国策中，控制人口数量仅是手段，提高人口素质才是目的。提高人口质量切实可行的办法是提倡和实行优生。

（三）优生学的伦理挑战

优生学包括消极优生学和积极优生学。消极优生学主要研究如何采取有效的社会措施，防止或减少有严重遗传性和先天性疾病的个体出生，排除或减少影响优生的有害因素，降低人群中有害基因的频率，以改进人群中遗传素质的措施。如避免近亲结婚、提倡婚前检查和适龄生育、进行遗传筛查、做好遗传咨询、进行产前诊断、围产期保健、有缺陷新生儿的处理等措施。我国目前采取的优生措施主要是从消极优生的角度，以减少遗传病和先天性畸形的发生，达到提高人口素质的目的。但在实施消极优生中面临很多的伦理难题，主要集中表现在如何对待事实判断和价值判断之间的关系、如何处理个人权利与社会责任的关系等等方面。

积极优生学则致力于研究如何促进体力和智力优秀的个体繁衍，对人类优良性状和基因给予巩固、延续和发展，使优质人口增加，使下一代的素质超过上一代。积极优生学主要通过开展人类生殖技术的研究和应用，其面临的伦理问题不仅涉及医学技术方面，还包括心理、社会、经济、道德和法律等方面，需要进行充分的伦理分析。

二、消极优生伦理

自20世纪末以来，遗传医学研究和遗传医学服务日益受到重视，与之相关的伦理问题也引起了各界的关注。

(一) 避免近亲结婚

近亲是指血缘关系较近的亲属,尤其是指直系血亲或三代以内旁系血亲。一般群体中每种遗传病的患者数虽然不多,但致病基因的携带者却相当多,近亲之间往往携带某些相同的致病基因。因此,近亲结婚会导致子代患常染色体隐性遗传病、多基因遗传病的危险性增高。近亲结婚是某些遗传病发生和延续的土壤,我国唐山市新区对四个乡的近亲结婚调查显示:33 户人家共有子女 83 个,其中呆傻、哑患及其他疾病的有 21 个,占 25%,最严重的一个乡有 6 户近亲结婚,共有 14 个孩子,其中 7 个是白痴,占 50%。

近亲结婚的严重危害是使遗传病的发生率明显增加,这些有缺陷的新生儿,不仅给家庭和个人的成长带来痛苦,给国家和社会增加负担,而且势必导致我国人口质量的降低。因此,禁止近亲结婚是十分必要的。

(二) 提倡婚前检查和适龄生育

婚前检查(premarital examination),即婚前医学检查,是对准备结婚的男女双方可能患有的、影响结婚和生育的疾病进行的医学检查。检查的主要内容包括严重的遗传性疾病、指定的传染病、有关精神病以及其他与婚育有关的疾病。

1986 年卫生部和民政部共同下发《关于婚前健康检查问题的通知》,成为我国强制婚检开始的标志;1994 年颁布的《婚姻登记管理条例》首次把婚检制度纳入法规;1995 年 6 月 1 日起施行的《中华人民共和国母婴保健法》,以立法的形式明确了婚检制度。2003 年 10 月 1 日起施行的《婚姻登记条例》对婚检不再做强制要求,标志着自愿婚检的开始。

1. 婚前检查的伦理价值 婚检是男女双方婚姻幸福的保障。据报道,2000 年到 2002 年我国婚检的疾病检出率分别为 8.1%、9.1% 和 9.29%,呈逐年增高趋势。从检出的结果看每 10 对新人中就有 1 对因为健康问题而受到困扰,若婚前没有进行检查,某些传染性疾病就可能传染给配偶。曾经就有因丈夫未规范体检妻子被染上性病,继而要求法庭宣告其婚姻无效的报道。近些年,艾滋病从高危人群向普通人群蔓延,全国多地婚检中已发现艾滋病病毒携带者。严峻的现实说明婚检制度在我国是必不可少。

婚前检查可以及早发现疾病隐患,减少新生儿出生缺陷率。我国出生人口缺陷发生率很高,全国每年出生约 1500 万个孩子,大约 13‰有明显的出生缺陷。调查显示,造成出生缺陷的因素中,环境因素约占 10%,遗传因素占 25%~35%,遗传和环境因素共同起作用占 65%~70%,也就是说 90% 左右的出生缺陷与遗传因素有关。对于某些遗传性疾病,根据婚检结果相关机构可以提供暂缓结婚、不宜生育、限制性生育等建议,从而避免或减少新生儿缺陷的发生。然而,从自愿婚检实施以来,各地婚检率下降明显。如广东的婚检率从 2003 年的 52% 下降到 2004 年的 29%,2004 年南京的婚检率只有 3%,有的地方甚至出现“零婚检”。与此同时,婴儿出生缺陷率却大幅增高,如广东婴儿出生缺陷率从 2002 年的 13.72‰上升到 2004 年的 21.21‰。

2. 婚检阻碍的伦理分析 法律规定存在漏洞和矛盾。我国《婚姻法》第 7 条规定:“患有医学上认为不应当结婚的疾病的人,禁止结婚。”判定“不应当结婚”的疾病的依据应该是婚前医学检查,并且应该在《婚姻登记条例》中规定相应的可操作性的条款,以便当事人有法可依。但是《婚姻登记条例》和其他相关的法律法规一直未明确规定哪些疾病是“医学上认为不应当结婚的疾病”,这就带来了两方面的不良后果:第一,婚姻登记机关根据婚检机构出具的检查结果无法认定当事人患有的疾病是否不应当结婚,是否不应该办理登记手续;第二,由于检查缺乏针对性,婚检机构利用法律漏洞,增加不必要的检查项目,滥收费用。

《母婴保健法》是国家最高权力机关全国人民代表大会常务委员会审议和通过的法律,其法律效力应优于国务院制定的《婚姻登记条例》。《母婴保健法》中明确规定:“男女双方在结婚登记时,应当持有婚前医学检查证明或者医学鉴定证明”,而新的《婚姻登记条例》却对婚检不做强制要求,很明显法律之间产生了矛盾冲突,从而导致民众对婚检制度理解的偏差和迷茫。

现有的婚检机构是由卫生部门指定的县区一级的妇幼保健站，当事人没有选择婚检医院的自主权。由于垄断服务缺乏竞争，指定医院不注重医疗条件的改善和医疗技术水平的提高，在检查水平和服务态度上差强人意。婚检流于形式，要么花了钱有病查不出，要么根本不查任由当事人填写，甚至明明检查出有病却因为当事人“走后门”而随意更改结果。一些婚检“健康者”，婚后却发现自己患有婚检时未查出的疾病而与婚检机构发生法律纠纷的案例时有报道。这些都引起了人们对婚检严肃性的质疑。

我国较多民众婚检观念落后，认为男女双方和后代的健康完全是自己个人的事，任何人没有权力过问和干涉，认为婚检不过是“走过场”，主观上对婚检持排斥态度，不愿意主动参加婚检。有的当事人认为，人的身体状况是个人隐私，是人的基本权利，担心参加婚前健康检查可能会暴露自己生理上的隐私，会对自己的名誉产生不利的影响，因而对婚检排斥和抵触。

3. 完善婚检制度的伦理原则 “医学上认为不应当结婚的疾病”的具体标准应当尽快在立法上加以明确。具体操作过程中，可以由全国人大常委会组织有关部门和专家，通过对《婚姻法》进行立法解释的方法，尽快颁布“医学上认为不应当结婚的疾病”的标准；或者由国务院组织卫生、民政部门和有关专家对《婚姻登记条例》进行解释的方法颁布标准。无论采取何种方式都应当广泛听取和征求各方面的意见，确保所制定的标准科学化、规范化。同时，妥善处理好新《婚姻登记条例》与《母婴保健法》的冲突，以免法律的权威性和执行力受到侵害。

（1）规范婚检机构的行为：取消定点医院婚检制度，引入竞争机制，实施招投标制度，凡是有条件的医院都可以开展婚前检查，让当事人有更多的选择。同时，对婚检制定严格的流程，应该检查的项目必须进行，与结婚无关的项目不可任意增加，保证婚检质量，并做好有针对性的医学指导，为当事人提供健康保健咨询。

（2）提高民众的婚检意识：要从根本上改变我国婚检率较低的现状，必须从政府引导、法律规定、婚检机构工作的规范化入手，同时增强民众婚检意识才能提高婚检率并降低出生人口缺陷率。准备结婚的男女双方，要本着对对方负责、对未来家庭负责、对后代负责的态度，把到医疗机构进行婚检变成一种自觉行为。当事人应根据自己情况，从整套婚检项目中有针对性地选择一些内容进行检查，客观、理智地了解彼此的健康状况，共同为婚姻家庭承担起责任。医疗机构应转变观念，提高质量，注重对受检个人隐私的保护，促使婚检逐渐成为公民的自觉行为。

（三）进行遗传筛查

遗传筛查（genetic screening）是以群体为对象，检测个体是否携带致病基因，或易感基因、风险基因，以防止可能的疾病在个体身上发生或者遗传给后代。

20世纪60年代，古斯里（Guthrie）等就提出了通过对血液中苯丙氨酸浓度检测的方法，并将该方法运用于大规模筛查新生儿苯丙酮尿症。有的遗传病由于不同种族的发生率有较大的差异，如镰刀形细胞贫血，主要见于黑人，对该病的遗传筛查被质疑为种族歧视。

镰刀形细胞贫血是一种常染色体隐性遗传病，常见于非洲人后裔，地中海沿岸国家及印度等地发病数也不少，我国南方地区偶见此类病例。其临床表现差异很大，从夭折、生活痛苦到生命接近正常都有所见。对于该病目前尚无满意的治疗方法。夫妇双方若均为常染色体隐性基因携带者，其子女有25%的可能性患本病，面对这样的患病风险应该作何抉择：①不允许他们有小孩？②强烈建议他们不要小孩？③拒绝支付医疗费？④让夫妇决定是否愿意承担该风险？

有人认为每个社会成员都有义务使自己的孩子得到健康的生命，法律也保证每个人有生命健康权，亦即父母有生育能享有健康生命权的孩子的义务。按照这一义务，下代具有患病风险的夫妇“不应该”生育孩子，“不应该”就意味着失去生育的权利。但绝大多数的人则认为应该把决定权留给当事人。

尽管遗传筛查是对潜在儿童和社会履行义务的最好办法，也能够得到伦理辩护，但遗传筛查必须强调自愿绝非强制的原则；在遗传筛查前，应向当事人提供筛查的目的、可能的结果以及

可能的选择等信息;未经当事人同意不得将筛查结果透露给雇主、保险商、学校或其他人,以避免歧视的发生等。

(四) 做好遗传咨询

遗传咨询(genetic counseling)是指医学家或临床医生应用遗传学和临床医学的基本原理和技术回答遗传病病人及其亲属所提出的问题,并就发病原因、遗传方式、诊断、防治、预后以及病人同胞或子女中此病的再发风险率等问题给予解答,对病人及其亲属的婚姻、生育等问题给予必要的医学指导。

遗传咨询是一种特殊的医学形式,它所涉及的疾病主要是由于基因或遗传物质异常所致;咨询的目的主要不是治疗,而是分享相关的信息,这些信息是接受咨询者做出理性决定的前提。遗传咨询的对象主要是已生育过有遗传病或先天畸形患儿的夫妇;夫妇双方或一方可能为遗传病致病基因携带者或有遗传病的家族史者;接触致畸或放射性物质者;常见遗传病筛查发现异常者;不明原因的反复流产或有死胎死产等情况的夫妇。

遗传咨询中最重要的伦理学问题是如何对待事实判断和价值判断之间的关系。遗传咨询过程是一个信息交流的过程,它涉及与遗传病风险相关的信息,如遗传方式,特定亲属发生遗传病的风险,应对风险的各种可供选择的方法等信息。在信息传递中必然涉及生殖计划、生育控制和流产等一系列将由接受咨询者(又称受咨人)做出决定的问题。医学家或临床医生对这些问题尽管有自己的意见,但他必须将价值判断和事实描述区分开来,他传递给受咨人的信息应该是生出一个有病婴儿的风险、有一个正常儿童的可能,以便受咨人在此基础上做出理性的决定。而不是依据自己认可的价值标准企图说服有遗传疾病的夫妻不再生育,以降低遗传病患儿的出生率。

临床医生有时并不知道受咨人的真实意愿。例如一对患侏儒症的夫妇在接受遗传咨询后决定生育一个有同样疾病的孩子,因为马戏团丑角是一种收入不错又安全稳定的职业,他们希望子女能继承这种职业。所以,临床医生在遗传咨询中应持中立、非指令性的态度,为受咨人提供准确而无偏倚的信息,并尊重受咨人的决定。

(五) 进行产前诊断

产前诊断(prenatal diagnosis),它是预测胎儿在出生前是否患有某些遗传病或先天畸形的有效方法。遗传病是具有严重危害性的常见病,目前多数遗传病尚缺乏有效的治疗方法,即使能通过治疗控制症状,但致病基因仍会继续遗传下去。因此,需要采取措施,在产前对可能出现的遗传病和先天畸形进行检测。但问题是若产前诊断一旦发现有缺陷,其结果往往是终止妊娠,这样做在伦理学上是否可以接受?

反对流产的人会否定产前诊断,因为这可能会导致流产;而不反对流产的人却认为让胎儿接受检测是当事人的权利,因为这样可以避免生出有缺陷孩子的风险。这里牵涉到的是个人权利与社会责任这一根本性的问题。胎儿作为一个并非社会人的人类生命实体,没有绝对的生命权利。若胎儿出生后,需要付出的治疗代价很大,且经治疗后并不能过一种独立自主的、有尊严的生活,那还不如不出生为好。另外,父母对社会负有责任,不应为社会生出有缺陷的孩子,因为其有害效应既严重又久远且不可逆转。所以,产前诊断和流产在伦理学上是可以接受的,但接受产前诊断与否一定是出自未来父母的自愿,包括产前诊断的自愿和终止妊娠的自愿。临床医生应尽可能将与之有关的信息告知当事人并尊重其选择,以便其在利弊权衡之后做出理性的决定。

(六) 围产期保健

围产期保健是指对孕 28 周至产后 1 周内,以母体为中心进行系统检测和保健指导。包括围绕围产期可能发生的生理、病理变化,采取一系列有利于孕妇、胎儿、新生儿健康的保健措施。世界卫生组织为了全球人口素质的提高,确定了优生五项,并提倡各国开展这项检验工作。优

生五项(TORCH)是一组微生物,包括:风疹病毒、单纯疱疹病毒Ⅰ型和Ⅱ型、弓形虫和巨细胞病毒。孕妇如果感染此类微生物则可能导致流产、早产、胎儿畸形及死亡,分娩时胎儿经产道感染也可导致严重的新生儿疾病。近年来围产期医学致力于防止引起早产、新生儿窒息、产伤等所能影响后代智力和健康因素的研究,这些新生学科虽然并不着眼于改变人群的基因频率,但对于改善人类的素质具有重要的实际意义,受到各方面的重视。

(七)有缺陷新生儿的处理

尽管采取多种优生措施,如遗传咨询、产前诊断和选择性流产,已大大地减少了有缺陷新生儿的诞生,然而,由于从事这些技术的人力和物力紧缺,加之我国地域辽阔,人口众多,短时间内若要在全国范围广泛开展遗传咨询和产前诊断尚存在困难。过去,绝大多数缺陷儿要么出生前自然流产,要么出生后不久死去。然而,随着医学科学的发展和进步,过去很多不能存活的缺陷儿,借助高新医疗技术可以使其生命得以长久维持。但却不能改善缺陷新生儿的生命质量。如脊柱裂患儿,尽管在其出生后通过手术方式脊柱得以闭合,生命得以延续,但是这些患儿将在麻痹、大小便失禁或智力低下的情况下度过一生。这样的治疗是否应该进行?关于这个问题存在着争议。一种观点认为,新生儿就是人,一切人类的生命都是神圣的,缺陷新生儿应该享有人的第一权利,即生的权利,社会和父母有义务维持缺陷新生儿的生命,而这种义务不取决于缺陷新生儿父母和社会的愿望和需要,所以对待那些有严重缺陷的新生儿应该尽力抢救,不论后果如何,不然就是不人道,同杀人无异;另一种观点主张以生命的质量和价值作为治疗决策的基础,对于那些有严重缺陷的新生儿虽然给予精心治疗和抢救,但是他们的生命质量仍然很低,不具有正常人的意识和智慧,没有独立生存的能力,他们虽然活着,但却是无意义、无价值的生命。现实生活中大量的事实也表明医务人员的救治并没有给患儿及其家庭带来幸福,为了维持他们的生命,家庭和社会承受着沉重的精神和经济负担。因此,从提高生命质量的角度来看,对缺陷新生儿放弃治疗,不应当认为是不道德的。目前,尽管在如何处理严重缺陷新生儿的问题上,出现了各方面的利益和价值的冲突,存在争议,但有一点似乎得到大家的理解和认可,即对有严重缺陷新生儿的抢救不必过分积极。

三、积极优生伦理

积极优生主要是开展人类生殖技术的研究,其内容不仅涉及医学技术,还包括心理、社会、经济、道德和法律等方面。

(一)人工授精与“诺贝尔精子库”

人工授精(artificial insemination),是指用人工方式将精液注入女性体内使其妊娠的方法。人工授精技术涉及到捐精者精液贮存的问题,随着冷冻精子技术的发展,精子库已在许多国家相继建立。男性不育症者可以从那里获取精子以供妻子人工授精时使用。

“精子库”诞生后,有人试图用“名人精子”进行积极优生。美国加利福尼亚州的埃斯孔迪多就开设了一个“诺贝尔精子库”,向人们提供诺贝尔奖金获得者的精子。1984年《美国新闻周刊》报道了世界上第一位“诺贝尔男婴”健康成长的情况。1985年,美国亚利桑那州的一位妇女用诺贝尔精子库的精子生下了第一位“诺贝尔女婴”。

至于利用“诺贝尔奖获得者的精子”对妇女进行人工授精以便产生聪明的后代,提高人类质量的问题,目前存在着较大争议。因为人类智力的发展不仅取决于基因的作用,更离不开培养和教育,即使父母双方所提供的基因均是优秀的,精子和卵子在结合前要经过两次分裂,结合后基因又要重新组合,并不能保证这些“有利基因”就一定能遗传给后代,何况,什么样的基因是好的,尚难得出肯定一致的回答,因此,人工授精技术的运用要慎重。

(二)体外授精与胚胎移植

体外授精(in vitro fertilization,IVF),俗称“试管婴儿”,是指从女性体内取出卵子,在器皿内

培养后加入经技术处理的精子，待卵子受精后，再转移到子宫内着床，发育成胎儿直到分娩的技术。体外授精是20世纪70年代才发展起来的高技术成果，不但可以解决妇女不育问题，而且具备“优生”的作用。如对于具有娩出X连锁疾病患儿危险性的夫妇，可以不必在怀孕后再根据胎儿性别的预测决定取舍，而只要将X精子和Y精子分开并选用X精子作体外授精，就可以避免患X连锁疾病的婴儿诞生。体外授精作为消极优生措施具有积极意义。然而，对于应用名人精子、卵子体外授精积极优生，因涉及严重的社会、道德和法律问题，亟待认真研究，目前应持谨慎的态度。

（三）重组DNA与克隆技术

克隆（clone）是指生物通过无性繁殖方式产生遗传性状与母体相似的“后代”。20世纪中期以来克隆技术有了突飞猛进的发展，特别是1996年多利羊问世以来，克隆技术成为生命科学领域中发展的新亮点。

人们把遗传咨询和产前诊断，看作整体（胎儿）水平上的优生措施；把人工授精和体外授精看作是细胞水平上的优生措施；分子水平上实行的优生措施，则属于遗传工程的领域，克隆技术就是遗传工程技术。

克隆技术不仅是现代生殖技术的重大实破，而且具有广阔的应用前景，如珍稀动植物拯救、器官移植等，有人认为克隆技术可以用作优生的手段，如不育者可以用丈夫或妻子的体细胞作核移植得到后代，从而消除用体外授精等方法造成的家庭人伦关系的隐患。然而，克隆技术一旦用于人类生殖，则可大规模复制具有同一遗传特性的人，如果这些技术被反人道的人运用，世界将无宁日。因此，对于这项技术必须严格控制，不可滥用。

第四节 人类辅助生殖技术伦理

现代生殖技术极大地冲击了人类传统的自然生殖方式和围绕自然生殖方式所形成的一系列社会伦理观念和法律制度，其产生的一系列伦理问题需要认真思考和对待。

一、辅助生殖技术概述

生殖技术（reproductive technology）是指用以代替人类自然生殖过程中某一环节或全部过程的人工技术方法，包括人工授精、体外授精和无性生殖。

（一）辅助生殖技术概念

人的自然生殖过程由性交、输卵管授精、植入子宫、子宫内妊娠、分娩等步骤组成，然而，自然生殖过程有时会发生缺陷，需要进行改变、控制或改造，这就产生了生殖技术。生殖技术主要用于治疗不孕不育，故又称为辅助生殖技术（assisted reproductive technology，ART）。

目前，临床上运用的生殖技术主要包括人工授精、体外授精-胚胎移植及其衍生技术。至于无性生殖即生殖性克隆，尽管技术上已存在实现的可能性，但由于会引发一系列严重的伦理问题、法律问题以及社会认同问题，生殖性克隆遭到国际社会普遍强烈的反对。

（二）实施辅助生殖技术的伦理意义

1. 治疗不孕不育，维护家庭稳定　孩子是联结家庭的纽带，对婚姻的巩固起着至关重要的作用。然而，由于环境污染、生存发展压力的增大，越来越多的家庭遭遇不孕不育的困扰。目前中国育龄夫妇不孕率已高达12.5%~15%，世界卫生组织调查数据显示不孕症已成为继癌症、心脑血管疾病之后人类的第三大疾病。由不孕不育引发的婚外情、离婚案屡见不鲜。而辅助生殖技术为不孕症家庭带来了希望的曙光，其合理的运用有利于维护家庭的稳定和增进家庭的幸福。

2. 实现优生优育　若一对夫妇都是隐性遗传疾病同一致病基因的携带者（杂合子），那么

他们生出患儿(纯合子)的概率为1/4;若丈夫为某种显性遗传病患者,那么这对夫妇生出患儿的概率则为1/2。对于这样的家庭若采用供精人工授精技术,则可以免去其后代发生遗传病的痛苦,对确保人口质量和促进优生具有重要的意义。

3. 提供生殖保险 有计划地控制生育是当今我国以及今后相当长时间内的生育政策:鼓励公民晚婚晚育,提倡一对夫妻生育一个子女。但难以回避的问题是若一对夫妻所生子女在成长过程中不幸夭折,而此时这对夫妇已经失去了生育能力,如何解决这一难题?生殖技术的发展和应用能够提供生殖保险服务。已婚男子在行绝育术之前;军人在出征参战之前;探险家在探险出发之前;从事某种影响生育的职业(如接触放射性物质)之前;因病必须接受某些影响生育的药物、放射线和手术治疗之前等,都可以将自己的精液冷藏于精子库中,作为生育保险。

二、人工授精

人工授精是指收集丈夫或自愿捐精者的精液,由医师注入女性生殖道,以达到受孕目的的生殖技术。按照精液来源不同,人工授精可分为同源人工授精(artificial insemination by husband, AIH)和异源人工授精(artificial insemination by donors, AID)。

同源人工授精又称夫精人工授精,是指使用丈夫的精液进行的人工授精,适用于因生理或心理障碍,不能通过性交授精或患精子缺少症的男性患者;异源人工授精又称供精人工授精,是指使用捐精者的精液进行人工授精,主要用于男性患无精症、严重遗传性疾病的患者或夫妇RH不相容者。

人工授精技术应用于临床始于20世纪50年代,1953年美国科学家首次应用低温储藏的精子进行人工授精并获得成功。这以后,人工授精技术作为治疗男性不育症的手段在临床被广泛运用。1983年,我国湖南医学院生殖工程研究组用冷冻精液人工授精取得成功。

人工授精技术改变了人类只能依靠自然生殖方式繁衍后代的历史,为无数不孕夫妇带来了福音,但同时也对传统的伦理道德带来了前所未有的冲击和挑战。

1. 生育与婚姻分离 自古以来,人类的生育与婚姻就像一枚硬币的两个面无法分离,传统道德也将生儿育女看作是婚姻的永恒体现。然而,人工授精技术在为不育症夫妇带来希望,使他们也能够享有生儿育女的权利,体验到天伦之乐的同时,也改变了生育的自然途径,切断了生育与婚姻的必然联系。由于生殖技术不需要夫妻间的性行为就可以培育后代,以人工技术操作代替夫妻间的性行为,把生儿育女与夫妻间的结合分开,把家庭的神圣殿堂变成了一个“生物实验室”,这是对传统伦理道德观念的挑战。

2. 亲子关系破裂 传统伦理道德的亲子观念非常注重父母与子女之间的生物学联系,即血缘关系,而生殖技术的应用却使父母与子女间的生物学联系发生了分离。现代生殖技术已把精子或卵子的来源扩大到了夫妇以外的第三者,使得生物学的父母与社会学的父母发生了分离,遗传学的父母与法律上的父母发生了分离,从而扰乱了血缘关系和社会人伦关系,使传统的亲子观念受到了冲击,由生殖技术带来的亲子关系分离的案例时有发生。

国际上多数国家倾向于把夫妻双方一致同意采用异源人工授精所生子女视为婚生子女。除非妻子进行此项手术丈夫不知情或未曾同意,丈夫对婴儿才有否认权。

3. 未婚单亲家庭 现代生育技术能满足单身妇女不结婚而生育子女的愿望,利用供精人工授精技术,可以使未婚、离婚、丧偶的女性不结婚而生育后代。对此,学术界存在两种不同的态度。少数学者认为获得子女是每个人的权利,单身妇女生育后代体现了天赋人权,因而主张允许,不赞同干涉;但多数学者基于社会基本伦理道德,主张限制或禁止非婚妇女实施AID技术,认为单身妇女用AID技术建立的家庭,是一个只有母亲而没有父亲的不完整的家庭,缺乏正常的家庭结构,这种环境有可能影响孩子的健康成长,不利于整个社会的稳定和发展。我国大

陆规定，禁止对单身妇女实施 AID 技术。

4. 血亲通婚的危险 在辅助生殖技术的应用中，一个供精者的精液往往会被用于多名妇女，而捐精者与受者、参与操作的医务人员与捐精者之间是互盲的，这些通过 AID 出生的同父异母的兄妹之间互不知情，到了适婚年龄，有可能发生相互婚配，生儿育女，这既增加了血亲通婚的风险，增大后代患遗传病的机会，有悖法律和伦理道德。因此，应严格规范 AID 技术的应用：①限制同一供体的供精次数；②限制同一供体的精液的使用次数；③同一供体的精液要在地区上分散使用。

5. 名人精子库是否合乎伦理 生殖技术的成功与否取决于精液的质量和授精的时机。为确保人工授精时精液的质量，必须建立精子库对捐精者提供的精液进行冷冻储存。精子库的建立为接受人工授精的夫妇提供了更多的选择，尤其是对遗传病携带者的夫妇，他们可以选择健康供体的精子进行人工授精，而防止生出有缺陷的婴儿。但问题是能否允许女性以她理想的男人的想法要求捐精者出自一个种族、要求眼睛和头发的颜色、智力、身高等？在中国，曾经出现的“博士精子库”、“大学生精子库”，引发了广泛的争论，争论的焦点是使用“博士精子库”或“大学生精子库”的精子能否孕育出博士和大学生？“基因决定论”已遭到了大多数科学家的反驳，因为人类智力的发展不单单取决于基因，而是遗传物质与社会环境及个人主观努力相互作用的结果。因此，有计划地选择所谓“最佳基因”的精子对妇女进行人工授精，以提高人类质量的做法无法得到伦理辩护。

6. 精液商品化及其影响 围绕精液商品化问题，我国学术界一直存在着激烈的伦理纷争。赞成者认为精液商品化可以解决精液供给不足的问题，中国精子库普遍存在捐献者过少，由此可能引发授精过于单一的问题。但大多数学者认为商品化引发的伦理问题，会大大抵消“商品化后精液供给量增加”所带来的好处。其可能导致的负面影响集中表现在以下几个方面：其一，供精者由于利益的驱动，可能隐瞒自己患遗传病或传染病的病史，使遗传病或传染病通过 AID 传给后代；其二，精液商品化可能促使供精者为牟利多次供精，从而造成血亲通婚的发生；其三，精子库由于竞争或追求盈利忽视精子的质量，或为追求高质量，即所谓“最佳”精子，导致人类基因库单一缺乏多样性；其四，精液商品化可能会带来其他人体组织、器官商品化的连锁效应。因此，国内外大多数学者认为，有正常生育能力的健康男性自愿捐出精液用于人工授精，促进他人家庭幸福和社会进步，是值得赞赏的人道行为，但为了牟利而提供精子则是不符合伦理道德的。

三、体外授精

体外授精是指用人工方法使卵子和精子在人体以外授精和发育的生殖方法。迄今为止，在体外完成人类胚胎和胎儿发育的全过程还无法做到，只能将发育到一定程度的胚胎移植到母体子宫内进一步发育直至诞生。因此，体外授精和胚胎移植技术总是结合在一起应用的。由于体外授精是在实验室的试管中发生，因此，通过这种方式诞生的婴儿俗称“试管婴儿”。

自 1978 年 7 月 25 日英国兰开夏奥姆医院诞生了世界上第一个“试管婴儿”以来，体外授精-胚胎移植技术已经走过了三代。第一代体外授精技术主要解决女性因输卵管堵塞、无卵或卵功能异常而产生的不孕问题；第二代体外授精技术即卵浆内单精子注射，解决男性少精或弱精而产生的不孕难题；第三代体外授精技术即胚胎着床前遗传学诊断技术，减少遗传病的发生解决优生优育问题。

体外授精技术作为人类生殖医学史上的一次技术革命，在给人类带来巨大积极效应的同时，也会产生一系列伦理问题。

1. 谁是 IVF 婴儿的父母 如果说 AID 提出“谁是父亲”的问题，那么 IVF 要解决的问题就扩大为“谁是试管婴儿的父母”。在 IVF 中，因配子来源和妊娠场所的不同，试管婴儿的生殖方

式有多种。这样一来，试管婴儿就存在五个父母的可能："遗传学父母"（精子和卵子的提供者）、"孕育母亲"（代孕者）、"社会学父母"（养育者）。那么，他们中究竟谁与IVF婴儿产生伦理和法律上的亲子关系呢？从世界各国的立法来看，大多认为养育父母应该是合乎道德和法律的父母。对于一个人的成长，提供遗传物质、胚胎营养场所固然重要，但更重要的是后天的养育，真正的亲子关系应该是通过长期的养育行为建立的，所以在有数个父母的情况下，法律确认的合法父母是养育父母，通过体外授精-胚胎移植（IVF-ET）所生的婴儿是他们的婚生子女，享有婚生子女的一切权利。

2. 胚胎的道德地位 由于体外授精的成功率偏低，且在植入、着床、怀孕等环节上还可能出现失败，很多国家都将冷冻储存胚胎作为体外授精的常规程序。这样也就面临对多余的胚胎如何处理的伦理问题。能否对受精卵和胚胎进行操纵？将多余的胚胎销毁或丢弃是否构成杀人？这些问题的关键在于对受精卵和胚胎的伦理和法律地位的认定，也就是说受精卵和胚胎像其他生命存在形式一样有价值吗？对此，有两种截然不同的意见：一种意见来源于基督教的影响，认为生命神授，受精卵是人的开始，胚胎是人，因此应尊重他们，不应把他们作为工具、手段来使用，不应伤害和未经主人同意就处理他们。大部分客观、理性的学者却认为，受精卵和胚胎并不是完全意义的社会人，而仅仅是作为人的生命的开端，仅仅具有生物学生命而不具有作为社会的人应该具有的自我意识和理性，也没有在社会上扮演一定的角色，因此，它们不应具有与社会的人同样的道德地位。但是，既然受精卵和胚胎是人的生命的开始阶段，它具有发展成完全意义的社会人的可能性，因此，它们与一般动物的受精卵和胚胎是不同的，出于人性尊严的考虑，对它们是不能任意操纵的。

因此，有些国家立法不允许用胚胎进行研究，如德国和法国；而英国允许用14天前的受精卵进行研究，同时必须征得接受体外授精夫妇的同意，否则国家有关部门或辅助生殖机构在规定的时限内予以销毁、禁止商品化。

3. 性别选择的伦理问题 在辅助生殖技术中，性别选择的方法之一就是通过对体外授精培育的胚胎进行植入前遗传学诊断，查明胚胎性别，再将所需的男性或女性胚胎植入妇女子宫继续孕育。随着辅助生殖技术的发展与完善，日趋成熟的性别选择技术冲击着传统的生育伦理观念。

人的自然生殖过程中性别的自然选择保持了两性的大致平衡，这是人类长期进化的结果。辅助生殖技术的介入使人类在生育性别选择上从别无选择到技术上的选择自由，这是人类对生命科学不断探索的结果，是人类生育技术发展的重大进步。但从伦理学角度来说，性别选择不仅涉及到生育当事人的个人生育意向和行为，它还影响到整个社会男女性别结构比例的平衡。个人生活作为全社会生活的一部分，不能脱离社会而存在，个人意愿应该同社会需求有机地相结合。如果人们对生育性别选择采取放任的态度，只考虑个人需求，势必会造成人口性别比例失衡，不利于人类的繁衍和社会稳定。因此，在生育性别选择上既要尊重个人意愿，又要符合人类社会的根本利益。

在我国，重男轻女的传统生育文化影响深远，至今在很多地方还根深蒂固。自1982年始，我国出生人口性别比已持续30多年超出正常水平，2004年达到最高峰121.2：100，一些省份长期维持在130：100。尽管男女性别比例失调的根本原因，主要在于违规使用性别鉴定技术（如B超）及与此相应的终止妊娠技术（人工流产），目前辅助生殖技术中的性别选择技术，特别是胚胎植入前遗传学诊断技术，费用高，技术难度大，普及率很低。但随着生殖科学的快速发展，辅助生殖技术瓶颈的突破，安全、有效、价格低廉的性别选择技术成熟运用之日不会遥远，因此，应给予高度重视，严格掌握性别选择的适应证，做到未雨绸缪。

4. 代孕母亲的伦理问题 "代孕"即代替他人孕育，是指能孕妇女接受他人委托，借助人工辅助生殖技术将他人的胚胎植入自己子宫，代替他人孕育胎儿以及分娩新生儿的行为，代人妊

娠的妇女被称为代孕母亲。代孕母亲出现于20世纪70年代末，它的形式有下面二种：①用自己的卵子人工授精后妊娠，分娩后将孩子交给委托人抚养；②利用他人的受精卵植入自己子宫妊娠，分娩后将孩子交给委托人抚养。代孕母亲甘愿冒风险，为因子宫疾病或子宫切除而不能怀孕的妇女带来新的生命，帮助她们得到从血缘关系上讲比领养更亲的孩子，带来家庭快乐，从这一点看，代孕母亲合乎道德。但代孕行为也对传统的伦理观念带来了巨大的冲击，引发了激烈的伦理纷争：商业代孕能否得到伦理辩护？代孕是否构成了对妇女和儿童的异化？代孕所生的孩子是不是商品？抚养权的转移是否构成人口买卖？

代孕母亲涉及的伦理问题集中表现在以下两方面：一是酬金代孕。妇女以收取酬金为目的，将生殖功能商业化，出租子宫沦为生育机器，使单纯的人类繁衍过程被打上了金钱的烙印；同时，代孕关系强行剥离了孕妇与胎儿建立在生理基础上的母子亲情，将婴儿当作商品在市场中买卖，使婴儿作为人的内在价值丧失，权利受到损害；二是亲属关系的混乱。由于母亲可以替女儿代孕，姐姐可能替妹妹代孕，造成出生婴儿在家庭中的地位微妙，人伦关系混乱不清。

对于引发大量伦理问题和法律问题的代孕行为各国的规定并不相同。有的国家将代孕关系看作契约关系，“代孕”中权利和义务的设立取决于当事人的意愿，如美国；有的国家则对代孕行为进行管制和监督，若无政府许可，不得实施代孕，如英国；法国则禁止代孕行为。

我国也禁止代孕行为。尽管代孕行为强烈地冲击着传统的伦理道德和法律秩序，但代孕技术却能让膝下无子的不孕症夫妇有机会享受天伦之乐。因此，对“代孕”技术是继续依靠“一刀切”式的禁止还是建立一个有权威的制度还需要进行深入的研究。

四、辅助生殖技术的伦理准则

30多年来，我国人类辅助生殖技术的研究和运用取得了突飞猛进的发展，经历了从常规体外授精胚胎移植技术到单精子卵胞浆内注射、胚胎植入前遗传学诊断等过程。人类辅助生殖技术作为人类自然繁衍方式的一种补充，解决了很多不孕患者的生育问题。但同时也带来了不少伦理问题，有的问题至今还缺乏理性的认识。因此，需要谨慎应用。我国卫生部于2001年颁布了《实施人类辅助生殖技术的伦理原则》，并于2003年进行了重新修订。

（一）有利于患者的原则

1. 综合考虑患者病理、生理、心理及社会因素，医务人员有义务告诉患者目前可供选择的治疗手段、利弊及其所承担的风险，在患者充分知情的情况下，提出有医学指征的选择和最有利于患者的治疗方案。

2. 禁止以多胎和商业化供卵为目的的促排卵。

3. 不育夫妇对实施人类辅助生殖技术过程中获得的配子、胚胎拥有其选择处理方式的权利，技术服务机构必须对此有详细的记录，并获得夫、妇或双方的书面知情同意。

4. 患者的配子和胚胎在未征得其知情同意情况下，不得进行任何处理，更不得进行买卖。

（二）知情同意的原则

1. 人类辅助生殖技术必须在夫妇双方自愿同意并签署书面知情同意书后方可实施。

2. 医务人员对人类辅助生殖技术适应证的夫妇，须使其了解：实施该技术的必要性、实施程序、可能承受的风险以及为降低这些风险所采取的措施、该机构稳定的成功率、每周期大致的总费用及进口、国产药物选择等与患者作出合理选择相关的实质性信息。

3. 接受人类辅助生殖技术的夫妇在任何时候都有权提出中止该技术的实施，并且不会影响对其今后的治疗。

4. 医务人员必须告知接受人类辅助生殖技术的夫妇及其已出生的孩子随访的必要性。

5. 医务人员有义务告知捐赠者对其进行健康检查的必要性，并获取书面知情同意书。

（三）保护后代的原则

1. 医务人员有义务告知受者通过人类辅助生殖技术出生的后代与自然受孕分娩的后代享有同样的法律权利和义务，包括后代的继承权、受教育权、赡养父母的义务、父母离异时对孩子监护权的裁定等。

2. 医务人员有义务告知接受人类辅助生殖技术治疗的夫妇，他们通过对该技术出生的孩子（包括对有出生缺陷的孩子）负有伦理、道德和法律上的权利和义务。

3. 如果有证据表明实施人类辅助生殖技术将会对后代产生严重的生理、心理和社会损害，医务人员有义务停止该技术的实施。

4. 医务人员不得对近亲间及任何不符合伦理、道德原则的精子和卵子实施人类辅助生殖技术。

5. 医务人员不得实施代孕技术。

6. 医务人员不得实施胚胎赠送助孕技术。

7. 在尚未解决人卵胞浆移植和人卵核移植技术安全性问题之前，医务人员不得实施以治疗不育为目的的人卵胞浆移植和人卵核移植技术。

8. 同一供者的精子、卵子最多只能使 5 名妇女受孕。

9. 医务人员不得实施以生育为目的的嵌合体胚胎技术。

（四）社会公益原则

1. 医务人员必须严格贯彻国家人口和计划生育法律法规，不得对不符合国家人口和计划生育法规和条例规定的夫妇和单身妇女实施人类辅助生殖技术。

2. 根据《母婴保健法》，医务人员不得实施非医学需要的性别选择。

3. 医务人员不得实施生殖性克隆技术。

4. 医务人员不得将异种配子和胚胎用于人类辅助生殖技术。

5. 医务人员不得进行各种违反伦理、道德原则的配子和胚胎实验研究及临床工作。

（五）保密原则

1. 互盲原则　凡使用供精实施的人类辅助生殖技术，供方与受方夫妇应保持互盲、供方与实施人类辅助生殖技术的医务人员应保持互盲、供方与后代保持互盲。

2. 机构和医务人员对使用人类辅助生殖技术的所有参与者（如卵子捐赠者和受者）有实行匿名和保密的义务。匿名是藏匿供体的身份；保密是藏匿受体参与配子捐赠的事实以及对受者有关信息的保密。

3. 医务人员有义务告知捐赠者不可查询受者及其后代的一切信息，并签署书面知情同意书。

（六）严防商业化的原则

1. 机构和医务人员对要求实施人类辅助生殖技术的夫妇，要严格掌握适应证，不能受经济利益驱动而滥用人类辅助生殖技术。

2. 供精、供卵只能是以捐赠助人为目的，禁止买卖，但是可以给予捐赠者必要的误工、交通和医疗补偿。

（七）伦理监督的原则

1. 为确保以上原则的实施，实施人类辅助生殖技术的机构应建立生殖医学伦理委员会，并接受其指导和监督。

2. 生殖医学伦理委员会应由医学伦理学、心理学、社会学、法学、生殖医学、护理学专家和群众代表等组成。

3. 生殖医学伦理委员会应依据上述原则对人类辅助生殖技术的全过程和有关研究进行监督，开展生殖医学伦理宣传教育，并对实施中遇到的伦理问题进行审查、咨询、论证和建议。

本章小结

生命伦理观是人们对生命所持的价值观念，人类在发展过程中逐步形成了对自身生命的完善认识：生命神圣-质量-价值论。生育控制关乎人性和人的生育权利，不可避免的引发了伦理争议，但科学的人口理论、严峻的人口形势、生育控制技术的发展、人们价值观念的转变为生育控制提供了伦理依据。在我国人口的基本国策中，控制人口数量仅是手段，提高人口素质才是目的，优生是达到该目的切实可行的办法。在防止或减少有严重遗传性和先天性疾病的个体出生，以改进人群中遗传素质过程中，涉及到生育权、出生权以及个人权利与社会责任等伦理问题，需要进行充分的伦理分析，并遵守自主、不伤害、有利和公正的伦理原则。对于应用生育技术促进“优秀”个体繁衍，因涉及严重的社会、道德和法律问题，亟待认真研究，目前应持谨慎的态度。人类辅助生殖技术的研究和应用，为不孕家庭带来了福音，但也引发了一系列伦理难题，如生育与婚姻分离、亲子关系破裂、血亲通婚的危险、代孕母亲等问题，因此，在实施辅助生殖技术中必须遵循有利于患者、知情同意、保护后代、社会公益等伦理原则。

复习思考题

1. 人工流产中存在哪些伦理争议？人工流产实施中应遵循哪些伦理要求？
2. 在如何处理严重缺陷新生儿问题上，存在各种利益和价值的冲突，应如何解决？
3. 在辅助生殖技术运用中如何贯彻保密与保护后代的原则？

本章作者及联系方式

杨小丽（重庆医科大学 重庆市渝中区医学院路1号 邮编400016 email：yangxl323@163.com）

Notes

第十章　临终关怀与死亡伦理

教学目的

掌握临终关怀与死亡伦理的道德原则和要求；熟悉并学会对死亡与临终关怀案例进行伦理分析；了解临终关怀的道德价值、安乐死的含义和伦理争论、死亡的心肺标准和脑死亡标准。

［案例 10-1］是否应维持持续性植物状态患者的生命？

某社会科学院清史专家因昏迷住进医院，被诊断为持续性植物状态（PVS），其妻子在联合国工作，赶回来看望他，但他毫无反应。妻子回去前对医院说，她丈夫去世后通知她即可，后事由单位料理。病人每年所需医疗费用约为 20 个教授一年的工资。八年后病人死于肺炎。

（根据下列文献编制：清华大学出版社 2005 年 8 月出版《生命伦理学导论》第 372 页）

讨论与思考：PVS 病人是否已经死亡？能否撤除生命维持措施？由谁来做此决定？在资源短缺的社会，维持患者的生命对其他病人是否公正？

［案例 10-2］是否该让埃鲁娜安乐死？

38 岁的埃鲁娜 1992 年遭遇车祸后成为植物人，17 年来完全靠食管维系微弱的生命。由于安乐死在意大利属违法行为，贝匹诺为争取女儿的死亡权利斗争了 10 年。去年 11 月意最高法院最终裁决同意停止为埃鲁娜进食，但其家人直到本月 3 日才找到愿意为埃鲁娜实施安乐死的医院，医生 6 日移除了埃鲁娜的进食管。在被拔掉进食管第 4 天后，意大利安乐死事件女主角埃鲁娜·恩格拉罗于当地时间 2 月 9 日晚在意北部乌迪内市一家名为“安乐”的医院逝世。意大利全国陷入一片哀悼之中。此前，长期负责诊治埃鲁娜的医生介绍称，除了脑死亡，埃鲁娜的身体状况非常好。埃鲁娜去世的同时，意大利议会参议院正在为总理贝卢斯科尼内阁起草的相关安乐死法案争得面红耳赤。听闻消息后，所有与会议员都停止了争论，集体起立为埃鲁娜默哀 1 分钟以示尊重。

“是否该让埃鲁娜安乐死”的问题，引起了意大利社会广泛而持续的争论，甚至发展为行政与司法、总理与总统的公开对抗，议会也因此发生分裂。意大利一项民调显示，支持和反对安乐死的民众分别占了受访人数的 47%，另有 6% 的受访民众表示在该问题上无坚定立场。

（根据下列文献编制：中国日报网报道英国《卫报》2009 年 2 月 11 日）

讨论与思考：您如何看待这一事件？您是支持还是反对安乐死？支持或反对的理由是什么？

［案例 10-3］能对患者实行安乐死吗？

患者田 ××，女，60 岁。三年前患甲状腺癌行根治术，一年后局部复发再次手术。自此，两年后颈部又出现肿物并逐渐出现憋气，确诊为甲状腺癌复发，收入某医院肿瘤外科。本次癌复发的特点：

（1）以呼吸困难为主要症状，住院 10 天后出现严重的上呼吸道梗阻情况；

(2) CT 片显示:气管内肿物于喉下 6cm,气管间隙仅为 0.3~0.5cm,增加了气管切开的难度;

(3) 患者本人神智清楚,因呼吸困难极度痛苦,强烈要求实施安乐死、并写下了遗嘱。对此患者,医院组织了耳鼻喉科及肿瘤科专家进行讨论,绝大多数专家认为该患者为肿瘤晚期、既往有两次手术史,目前不宜再次手术,其他治疗也并非适宜。仅极个别专家表示如果家属同意,可以试行急诊喉全切术,但要承担极大风险。

(案例来源:blog.sina.com.cn/s/blo...2013-05-04)

讨论与思考:医务人员有以下选择:急诊手术;被动安乐死;主动安乐死;等待疾病自然的转归。从伦理角度看,哪种选择是最佳的?伦理学依据是什么?

死亡是生命的重要组成部分。随着现代医学科技的发展,医学对生命的干预深度在逐渐增加,尤其在生命的终末期。心脏复苏技术及各种生命维持技术的使用使得死亡不再是一件自然的事情。人工干预死亡过程带来了一系列伦理问题,在临床实践中常常出现被延迟的死亡。人工干预死亡还引发了对安乐死的争议。安宁医疗则是医学界为了给终末期病人及其家属以更加人性化的照顾而给予病人医疗支持而不是治疗的缓和做法,这种做法让现代医学科技更有人情味。然而真正要让人们理性面对死亡,合理处理涉及自身的死亡事件,死亡教育是必不可少的。

第一节 死亡鉴定标准伦理

死亡在人类生活中经常发生。时至今日,已经有八百亿人类生命个体死亡。然而在现代社会,对如此平常之事,要予以严格界定,却常常发生困难。例如,对于那些处于生命末期的临终病人来说,何时停止对他们的抢救在临床上常常令医护人员感到困惑。这显然是因为人们对死亡的标准认识不一致而引起的。而死亡标准的界定又来自于人们对什么是死亡的认识。

一、死亡态度的历史演变

对于一切有生命的动植物来说,死亡都是其发展的必然归宿。人们对于死亡的认识在情感上经历了一个漫长的历史过程。

人们对死亡的认识受各个时期的政治、经济、文化条件及宗教信仰的影响。原始社会,由于生产力极为低下,无力抗御一些天灾人祸,常因自然因素造成大批人死亡。到了原始社会末期,出现了社会大分工,生产力有一定的发展,人们开始思考“死亡”问题。但对人的命运,包括死亡的解释都带有浓厚的宗教色彩。基督教的“原罪说”认为,死亡是神和上帝的意旨;伊斯兰教的“今世说”、“后世说”认为,人今世死后还有来世;佛教的“因果报应说”认为,不行善必然得到死亡的报应等等。总之,死是上帝的安排,无法摆脱,从而人们对死亡充满了恐惧,进而激发起对永生的追求。从尼罗河畔的金字塔象征着法老对他的臣民的永恒的统治到中央之国的秦皇汉武寻访秘方以期长寿,都表现出对生命永恒性的关注。

关于死亡问题,传统中医有两种学说,其一是“失神”说,中医祖书《黄帝内经》中有这样一段对话:黄帝问:人“何失而死,何得而生?”岐伯曰:“失神者死,得神者生。”黄帝又问:“何为神?”岐伯曰:“血气已和,荣卫已通,五脏已成,神气舍心,魂魄毕具,乃成为人。”(《灵极·天年篇》)。“得神者昌,失神者亡。”(《素问·移精变气》)。“藏败神去,固必死矣。”(《素问·阴阳别论》)

可见,古代中国把人的高级精神活动的有无或曰灵魂与躯体的分离看作是生人与死人的根本分水岭,这与现代西方认定的脑死亡标准和高级意识死亡标准有异曲同工之处。如果要说有什么特殊之处,那就是它认为人的“神”与其心身相关,不仅仅只局限于大脑一个脏器,而是“五

脏者，所以藏精神魂魄者也”（《灵极·卫气》）。所以中医认定的死亡标准又比西方脑死亡标准有更宽广的外延。

其二，可以称之为“气散”学说。如清代医学家徐大椿所说，“人之生死由于气，气聚则生，气散则死”（清《徐大椿医书全集》《杂病症治》卷一，“气脱”条）。清代医家王清任通过解剖又将这种模糊的“气论”向前推进了一步，他说，“脑髓中一时元气，不但无灵机，必死一时；一刻元气，必死一刻”（《医林改错·脑髓说》），已经认识到了脑死亡的重要性了。所谓“气”，按《灵枢·决气篇》中“余闻人有精气津脉，余意以为一气耳，今辨为六名”的理解，“气散”说的核心就是，认为死亡的实质就是生命物质代谢的停止。由于气如此重要，所以在临床上，“上工平气，下工绝气危生”（《灵极·根结》）成为中医临床的一条戒律。

中医的这两种观点并不矛盾，而是相互关联的。因为精、气、神都是生命的根本，缺一不可。所谓“形者生之舍，气者生之元也，神者生之制也。神气相和，乃可长生（宋赵颉《圣济经》）。

随着科学技术的发达，生产力的发展，社会的进步，人们对死亡的观念发生了根本性的变化。人们不再把死亡看成是神的意旨，而是将其看成是生命过程的一个重要组成部分，体现了新旧交替、永恒发展的宇宙普遍规律，从而消除了对死亡的恐惧，认识到有生必有死是不以人的意志为转移的客观规律，人类只能面对这一事实而无法逃避。因此，只有正视这一事实，努力实现自己生的价值，以有意义的一生和坦然的心态平静地接受死亡的降临，这才是人们应有的人生态度和合理的处世方式。

二、传统的死亡标准

死亡是人的本质特征的消失，是机体生命活动过程和新陈代谢的终止。死亡的实质是人的自我意识的消失，它是生命过程的一部分。医学上把死亡分为三个阶段：一是濒死期，这是死亡过程的开始阶段，也称临终状态；二是临床死亡期，是濒死进一步发展的阶段，宏观上是人的整体生命活动已停止，微观上组织代谢过程仍在进行；三是生物学死亡期，是死亡过程的最后阶段，是中枢神经系统和重要生命器官的消亡过程，是不可逆发展的结果。

关于死亡的概念，不同时期有不同的理解，它是一个不断发展的概念。

在传统的死亡概念中，长期以来都是把心肺功能看作生命最本质的东西：生命结束、死亡来临的时刻就是心脏停止跳动，呼吸停止。古代和现代医学都是如此认识，死亡成为心跳、呼吸停止的代名词。这种看法在人类历史上沿袭了数千年，直到20世纪50年代还是如此.1951年美国《Black法律词典》第四版仍以传统的“心死”给死亡下定义：“生命之终结，人之不存；即在医生确定血液循环全部停止以及由此导致的呼吸、脉搏等动物生命活动终止之时。”我国出版的《辞海》也把心跳、呼吸停止作为死亡的重要标准。临床医学中实用的传统死亡标准是脉搏、呼吸、血压的停止或消失，接着是体温的下降。

但是，几千年来被人们看作天经地义的死亡标准在实践中屡次遭到动摇。心脏暂时停止跳动，通过抢救可以恢复心跳维持生命的案例。现代，由于人工维持心脏循环和肺呼吸功能的技术很有成效，往日由于心跳和自主呼吸停止而必然要死亡的人，今天却可能在价格高昂的机械帮助下维持非“心肺死亡”状态。大量的人工维持“植物性生命”存在的现实提出了这样的问题：其一，大脑功能完全不可逆地丧失，在人工方法维持下的“植物人生命”是不是具有人的生命特征，或者说是否是真人的生命？其二，维持这种植物人的“生命”是否有价值？在医疗经费和资源很有限的情况下，为了维护一个“植物人”的心跳呼吸而花费巨额的费用，很难讲不是有限资源的不当分配，既影响了普通患者的医疗和卫生保健水平的提高，也给亲属、朋友以及其他人带来了极大的心理压力和体力、财力、工作上的负担。而上述问题的产生，均归结到对死亡概念的认识。解决问题的关键在于建立死亡的新概念和标准。由此人们提出了“脑死亡”的概念。

三、脑死亡标准

（一）脑死亡概念

所谓脑死亡是全脑不可逆地丧失功能，包括大脑、小脑和脑干的功能。脑功能与心肺功能本来是密切联系的，脑功能的不可逆停止必然导致心肺功能的丧失，然而现代医学技术却可以把它们分离。现代医疗技术可以使一个人在脑部大面积或全部损伤后还能维持他的心肺功能；反之，在使用体外循环装置做心脏手术时，可以有意使心肺功能暂时可逆地停止。这种心脑的分离使传统的标准受到冲击。

从现代医学研究积累的大量医学基础和临床的实验资料来看，死亡并不是瞬间来临的事件，而是一个连续进展的过程。生命的主导器官主宰整个有机体，例如，对于呼吸衰竭者停止给予抢救，患者将会停止自主呼吸。但是倘若呼吸停止过长，就会造成脑组织缺氧，而脑组织对缺氧的耐受性又非常低，大脑皮层完全缺氧 6~8 分钟，就可以使脑皮层坏死到不可逆转的程度。广泛脑细胞坏死一经形成，自动呼吸就不能恢复，即使心跳、血压仍可维持，但患者实际已进入死亡状态。

死亡是一个物质变化过程，同样也有其从量变到质变的规律。从病理生理学角度讲，脑死亡的过程中机体的新陈代谢分解要大于合成，组织细胞的破坏要大于修复，一旦脑死亡确定，那么人的机体便处于整体死亡阶段，这是因为：①脑死亡的确定决定了机体各种器官在不久的将来很快出现死亡。这种变化是不可逆转的；②脑死亡后即使心跳仍在继续，但是作为人的意志、信念、态度、素质、知识等等则完全消失。作为人的特征性的东西完全消失，那么这个人也就不复存在。

（二）脑死亡鉴定标准

脑死亡标准是指临床判断死亡的依据。

医学界从 20 世纪 50 年代开始提出，60 年代初最后认识，死亡是一个复杂的分层次进行的过程，心肺死亡并非绝对意义的整个人体死亡，心搏、呼吸的停止只是死亡阶段之一，并不就表示大脑等器官的真正死亡；临床急救技术和心肺机的更新，心肺功能已证实可被人工替代，而迄今为止大脑功能一旦不可逆停止，则不可恢复，传统心肺死亡标准因此而被脑死亡标准所修正。

脑死亡是指某种病理原因引起脑组织缺血、缺氧、坏死，致使脑组织机能和呼吸中枢功能达到不可逆转的消失阶段，最终导致病理死亡。目前，世界上较有权威性的脑死亡判定标准基本公认 1968 年美国哈佛医学院特设委员会的标准，简称哈佛标准。哈佛标准的内容主要包括：①不可逆的深度昏迷：患者完全丧失了对外部刺激和身体的内部需求的所有感受能力；②自主呼吸停止：人工呼吸时间停止 3 分钟仍无自主呼吸恢复的迹象，即为不可逆的呼吸停止；③脑干反射消失：瞳孔对光反射、角膜反射、眼运动反射均消失，以及吞咽、喷嚏、发音、软腭反射等由脑干支配的反射都消失；④脑电波平直或等电位。凡符合以上标准，并在 24 小时或 72 小时内反复多次检查，结果一致者，即可宣告其死亡。但哈佛标准同时规定，用过镇静剂、低温（低于摄氏 32 度）或其他代谢原因导致的可逆性昏迷应当排除在外，另外对婴幼儿的脑死诊断必须慎重。

哈佛标准有以下四个伦理学、医学方面的优点：①符合严格且定义完善的全脑死亡的生物医学标准的人类生命，不要求为其延长采取强化而不顾一切的进一步措施；②可以避免因人工延长“脑死亡”的生命而付出的道德、情感、文化、社会以及经济方面的代价；③有利于器官移植；④一条简单的生物医学标准就可以确立将有生气的生命与无生气的生命之间差异的生命伦理学共识：“整个脑的所有功能终止”。

哈佛标准的缺点包括：①没有覆盖各种形式的昏迷或植物人的生命，仅包括新皮层功能的不可逆终止；②没有覆盖不符合脑干死亡标准的无脑的胎儿或新生儿；③各种整体论的人类学观点对接受这一公式有问题；④不允许对死亡和垂死具有不同信仰系统和态度的有行为能力的

成年人，通过自行定义他们个体死亡的标准做出个人选择和行使自我决定。

继哈佛标准后，不少国家和组织也相继提出了脑死亡标准。1968 年，世界卫生组织建立的国际医学科学组织委员会规定死亡标准为：对环境失去一切反应；完全没有反射和肌肉张力；停止自主呼吸；动脉压陡降和脑电图平直。1970 年，加拿大提出脑死亡的指征为：呼吸停止，用呼吸机 12 小时以上仍不能自动呼吸，其间要反复检测，每次 2 分钟；血压下降，不用药物就不能维持正常血压；体温下降、如无覆盖就降低到华氏 98 度以下；瞳孔散大、固定，角膜反射消失；其他脑干反射及神经功能丧失，四肢瘫软无自动活动；进行两次脑电图检查，每次 20~30 分钟，间隔 6 小时，均无脑皮质活动。2 年之后，加拿大曼氏托巴法律改革委员会提出了一份法定死亡定义书，作为对曼氏托巴生命统计法规中的死亡定义的修改。这一定义是：人的整个脑机能出现不可逆的停止时称之死亡。1972 年，北欧一些国家确立的斯堪的纳维亚标准为：①传统的临床体验；②脑电活动；③颅内的循环停止。他们把大脑和通往脑部的血液循环结合起来，认为有已知原发或继发的脑损伤，无反应的昏迷，呼吸停止和不存在包括脑干反射在内的所有脑功能丧失是死亡。1973 年，日本的上木、竹内、桂田等人提出的血压标准为：原发性大面积脑损伤深度昏迷，双侧瞳孔放大，瞳孔和角膜均无反射，血压降至 44 毫米汞柱以下并持续 6 小时以上。1974 年，英国的一份医学杂志提出的脑死亡标准为：①无自动呼吸（每次脱离呼吸机 3 分钟以做检测，两次检测间隔为 12 小时）；②各种脑干反射消失，但脊髓反射可存在，枕骨大孔以上无运动反应。

脑死亡标准的提出，是因为脑神经科学的兴起，使科学家清楚看到脑在人生命中所扮演的关键角色。脑、肺、心是一个三角互联系统，脑居三角的顶端，协调及结合心肺与其他器官功能。脑的所有功能若无可挽回地终止，便会导致肺、心及其他器官也一个接一个不可逆转地丧失功能，因此，全脑死亡便是一个分水岭事件，是判断一个整体的人死亡的指标，是传统死亡定义的最可靠医学表达方式。

在裁定死亡的临床测试上，传统的心肺功能测试对于一般情况仍是可靠，且能反映全脑死亡这一判断，因为“全脑死亡”必然导致“肺死”（不可逆转地不能自行呼吸），再导致“心死”（无可挽回地停止自行跳动）。可是，对于一个采用人工呼吸器的昏迷患者，情形却不同，因为就算患者的脑干已不可逆转地终止功能，人工呼吸器却接管了对心肺的协调功能，肺功能及心功能继续运作一段时间，使呼吸及心跳这些“生命特征”成为缺乏意义的表象。于是，由于高科技的干预、本来可靠的心肺功能测试便变成了不可靠的指标，因此，便需要另找临床诊断的测试，以裁定患者是否已进入全脑死亡的状态中（脑干反射之测试如瞳孔对光反射消失、角膜反射消失、对身体任何部位的疼痛刺激不能引起运动反应等）。

在医学实践上，脑死亡标准也面临着挑战，表现之一是，如何处置所谓的“植物人”？一个“植物人”虽已丧失了意识功能，但他尚会自行呼吸，心跳也正常，面部及躯体还会有各种表情或动作，要对这样的一个人进行埋葬或火葬，对绝大多数人来说是不可思议的。要避免这种窘境，可以先对“植物人”进行安乐死，让他脑干和心肺功能不可逆转地丧失，然后再下葬。但此举又带来一个悖论：对于一个已死之人，又何必多此一举要替他进行安乐死？或替他加速死亡？更重要的是，我们能否找到一套可靠的临床标准来判断“植物人”的大脑是否已不可逆转地失去了功能？“持续性植物状态”并不等于“永久性植物状态”。例如，1985 年 2 月，湖北省沙市棉纺织厂女工邓某遭车祸，经医院实施脑部手术后，只有呼吸心跳存在，丧失意识，但到 1988 年，她的意识开始清醒，能认字，唱歌，进行加减乘除等简单数学计算，回答人们提出的一般生活问题。又如 2002 年 8 月已经英国医生确定为“临死亡”的凤凰卫视节目主持人刘海若，在我国协和医院经治疗已恢复部分意识并已能说话。这两例事例表明，脑死亡标准不应是模糊的概念，而应有一系列的具体条件规定。表现之二是：由于生物医学的发展，出现了许多特殊情况，使死亡观念本身受到了巨大冲击。1990 年，美国加州 46 岁的数学家托马斯·唐纳德，在被医学诊断为患有脑癌后，考虑到目前的医疗手段无法挽救他的生命，于是要求对自己进行冷藏保存，以希望在

人类攻克癌症以后再让他苏醒过来。在此以前美国有过安乐死问题的争论，但只是指那些已经病入膏肓、仅依靠人工呼吸器延续时日的患者而言，而唐纳德却不是这样，申请者在申请时生活能自理，也没有倒在病床上。面对现实，法律界展开了争论，焦点之一是：活着时冷冻算不算“死亡”，唐纳德的律师认为，根据加州的法律，脑电波停止时即表示死亡。但延续生命基金会组织却不敢接受，因为这样就可能被定为“辅助自杀”而被问罪。唐纳德本人认为冷冻不能视为“死亡”，因为它是具有复活可能的生命体。有些专家也认为，断定脑死亡是以大脑功能的停止且不可逆转为前提的，而唐纳德经冷冻后，其脑细胞很可能得到保存，因此不能简单地认定为死亡。通过这个争论可明看出，随着科技的发展，确定脑死亡标准是一个复杂的事情，不可能一劳永逸地得到一个绝对标准，死亡标准也要随着科技的进步不断发展。

（三）脑死亡立法问题

死亡是法学中最重要的课题之一，其在法律上的意义主要体现在：死亡决定杀人罪的成立；民事权利能力终止和继承的实际开始；侵权行为构成；支付保险费用；婚姻关系消除；免除刑事责任以及一系列民事法律关系的变更或终止。

到目前为止，已有多个国家或地区，或通过了正式的死亡立法来确认脑死亡标准，或在临床上已实际使用脑死亡作为死亡判断标准。显然，从医学和立法两方面承认脑死亡标准已渐渐成为一种发展趋势。

我国目前还没有一个正式的、有权威的、具有法律性质的死亡标准。根据国外一些脑死亡标准，结合我国目前医疗卫生领域的具体情况，提出我国的脑死亡标准是十分必要的。其一，尽管我国法律尚未确认脑死亡概念，但制定出具有一定准确性和可靠性的脑死亡标准是法律确认的前提；其二，根据我国的具体国情，尤其在验证的手段上，在我国广大的城乡医疗机构目前还不具备先进的脑死亡检测设备的条件下，只能用阿托品试验来代替。国内有人提出六条脑死亡诊断标准：①原发疾病为无法医治的慢性疾病，自动呼吸停止 1 小时以上，关闭人工呼吸机 3 分钟仍无自动呼吸出现；②急性疾病引起的猝死，自动呼吸停止 24 小时，关闭人工呼吸机 6 分钟，仍无自动呼吸出现；③引起法律纠纷的事故性死亡，自动呼吸停止 48 小时，关闭人工呼吸机 10 分钟，仍无自动呼吸出现；④患者深度昏迷，全身肌肉松弛，对任何强烈刺激也无反应（药物、低温、麻醉、中毒等因素除外）；⑤各种反射消失，眼球固定，瞳孔散大，对光反射消失；⑥阿托品试验阳性，包括有条件的可行脑电图检查呈等电位脑电图，脑超声波测不出颅内有放射物质，前庭功能试验记录不出眼球震颤引起的电活动（以上各项均不能代替阿托品试验）。

（四）脑死亡标准的伦理意义

1. 有利于关于“人”的标准的确立 人同动物虽然都是生命的存在形式，但人同动物毕竟有着本质的区别，最根本之处在于人具有意识，是具有自我意识的实体，如果一个人永久地失去了意识，没有思维功能，没有感觉知觉，没有情感体验，那么，他的真正生命在任何意义上说都已停止了，作为人的生存价值也随之丧失了。以脑死亡为人死亡的标准，就意味着意识功能是否存在成为是否成为死亡的重要条件，有利于从人的本质特征去确定“人”的存在。

2. 有利于对人的生存权利的维护 以脑死亡作为人死亡的标准，有利于人们在患者的脑死亡阶段到来之前，竭尽全力抢救患者，或者使患者劫后余生，得以康复；或者抢救无效，毫无遗憾地死去。呼吸和心跳停止的人并不表明人体必然死亡，中国古典医籍中就有关于扁鹊使暴蹶而死的虢太子死而复生的记载。中国民间在人死后有停尸三天的风俗，一方面是丧事准备的需要，另一方面也是排除假死可能的需要。而人的大脑一旦处于不可逆的昏迷状态，死亡也在所难免。如果确定脑死亡标准，那么在患者心跳停止时，他人和医务工作者仍有抢救的义务，从而使某些心跳暂停者的复苏成为可能。

3. 有利于人体器官移植 现代医学上器官移植术的发展已使医学对供体的需求量日有所增，移植用的尸体器官必须非常新鲜，才使接受器官移植者有存活的可能，故对供体的需求时限

要求较高。确定脑死亡标准，可以保证使那些大脑已经死亡，但其他主要脏器短期内尚未死亡的人成为新的供体来源。由于我国尚未确立脑死亡标准，活体器官来源十分困难，影响器官移植技术的进一步研究与临床运用。不确定现代死亡标准，摘早了会犯伤害罪、杀人罪，取晚了移植成活率降低或等于零，失去了器官移植的意义。

4. 有利于安乐死的决策　脑死亡标准将人的意识主体与生物主体分开，当一个人丧失主体意识后，其生物主体就失去了人的价值和生命的价值。这时再以新的技术维持生物主体的生命，从表面上看，仍有心肺功能的拖延，可最终还是无助于脑死者复活。这样做，不仅失去社会意义，而且短期内就消耗了大量的费用和资源，给家庭和社会带来沉重的负担，实际上也是一种医疗上的人力和卫生资源的严重浪费。因此，安乐死在这种情况下就应成为必然。

5. 有利于医药资源和人力资源的合理利用　现代医学中，人工维持心跳功能的技术很有成效，往日由于心搏停止和自动呼吸停止而必然死亡的患者今天却以在价格昂贵的机械复苏术、器官移植术等措施作用下维持生命，先进的生物医学技术救活了许多本来死亡的患者，延长了不少临终患者的生命。然而，有时单纯延长生命的结果往往等于延长痛苦和死亡。如果延长的是一种无意识的“植物性”生命状态，实际上也失去了延长生命的实际意义，从而也就等同于浪费了更多更好的医药资源。确定脑死亡标准，在一定程度上会克服这种弊端，使有限的医药资源和人力资源得到更为合理的利用。

6. 将积极影响人文社会科学的发展　脑死亡标准的确立毫无疑问会涉及人寿保险、遗产继承、纳税、民事诉讼、刑事诉讼和行政诉讼以及上层建筑、观念等各个方面，将丰富和更新人文社会科学的内容，促进其繁荣发展。

第二节　安乐死的伦理问题

由于医学科学的迅猛发展，人类死亡的疾病谱发生了根本变化，肿瘤、心脑血管病等慢性病已取代烈性传染病，成为主要死亡的原因，这些疾病使死亡过程明显延长，特别是晚期癌症患者临终前十分痛苦，渴望以愉快的方式尽快结束生命，于是人们开始关注安乐死。

一、安乐死的含义与历史发展

（一）安乐死的含义

安乐死源于希腊语的 Euthanasia，即“无痛苦、幸福的死亡”，“无痛致死术”。现在，安乐死尚没有统一的定义，美国《Black 法律字典》认为安乐死是“从怜悯出发，把身患不治之症和极端痛苦的人处死的行为或做法。”《牛津法律指南》的安乐死定义是：“在不可救药或病危患者自己的要求下，所采取的引起或加速死亡的措施。”美国医学会认为安乐死的通常定义应当是：“出于仁慈的原因，以相对迅速并且无痛的方式造成不治之症和病痛患者死亡的行为。”《韦伯新国际词典》第三版的定义为：“使患者脱离不治之症的无痛致死的行为。”1975 年《新哥伦比亚百科全书》定义为：“无痛致死或不阻止晚期疾病患者的自然死去。”

综上所述，从医学伦理学的角度，可以给安乐死下这样的定义：患不治之症的患者，在危重濒死状态时，由于精神和躯体的极端痛苦，在患者或家属的合理要求下，经医生鉴定认可，用人为的医学方法使患者在无痛苦状态下度过死亡阶段而终结生命的全过程。

根据这一定义，我们可以明确，安乐死是人的生命过程中，死亡阶段的一种良好状况和达到这种良好状态的方法，而不是人的一种死因或一种致死手段。安乐死的目的在于避免死亡的痛苦折磨，改善死亡前的自我感觉状态，维护死亡时的尊严。

（二）安乐死的历史发展

古代，由于生产力不发达，人类生活条件较差，迫于生计常会杀死老弱病残以保证强者的生

存。在我国古、近代的史料中，虽未见到安乐死这一名词的记载，但却有部分少数民族抛弃羸弱新生儿。在古代文史记录和小说中也有符合现代安乐死现象的描述。古希腊的斯巴达曾明文规定，有缺陷的婴儿一律处死。中世纪时，欧洲处于宗教统治，科学不发达，生产力低下，瘟疫猖獗。在济贫院里，集中管理贫病交加的贫民，面对部分濒临死亡患者的呻吟，管理者就产生了“让患者安然死去”的想法。17世纪开始，人们越来越多地把安乐死指向医生采取措施让患者死亡，甚至加速患者死亡。英国著名的人道主义者、哲学家、实验科学家培根(Bacon)在他的著作中多次提出“无痛致死术”。他说：“长寿是生物医学的最终目的，安乐死是医学技术的重要领域。”他认为，终止临终医护、加速死亡也是解除痛苦的一种方法。哲学家休谟(Hume)提出，如果人类可以设法延长生命，同理，人类也可以缩短生命。在他的文章中这样写道：“痛苦和悲伤战胜了我的忍耐力，使我厌倦了生命，我可以用最清楚无误和最能表达的词语得出结论，我将被从我的职位召回。”

从19世纪开始，安乐死作为一种减轻死者痛苦的特殊医护措施在临床实践中应用。进入20世纪30年代，欧美各国都有人积极提倡安乐死，主张安乐死的人们还发起和组织运动。1936年，英国率先成立了“自愿安乐死协会。”1939年9月，现代西方精神分析学派的创始人，奥地利心理学家弗洛伊德(Freud)自感疾病已无可挽救时，向医生提出安乐死的要求，他说：“如果我不能坚持活下去的话，你将尽力帮忙，现在我万分痛苦，这样下去是毫无意义的。”最后，以自愿安乐死的方式结束了自己的生命。

第二次世界大战期间，纳粹德国希特勒拟订了所谓的强迫“安乐死”纲领，使20多万人死于纳粹帝国的“安乐死中心”，其中大多数是犹太人。由于希特勒借安乐死之名，行惨绝人寰的种族灭绝之实，使人们一听到“安乐死”三个字便不寒而栗，成为笼罩在人们心头的不祥阴影，安乐死也被作为一种纳粹主义的主张遭到强烈的反对。

从20世纪70年代起，由于医疗技术的提高，许多复苏技术，如起搏器、除颤器、呼吸机、人工透析机等相继问世，使自然死亡发生了变革，挽救了不少以往无法复苏的生命，这无疑是医学史上一个重大的飞跃。然而人们看到，盲目的使用复苏术，虽然延长了一些已经无法挽救患者的生命，但对这些患者来说，延长生命等于在痛苦的煎熬中延长死亡。这种行为被有些人认为是不人道的。随着西方民主、民权运动的高涨，死亡的权利运动和安乐死运动不断发展，安乐死运动重新兴起。1967年，美国建立了安乐死教育基金会；1976年，在东京举行了国际安乐死讨论会，会议宣称要尊重人的“生的意义”和“死的尊严”的权利。现实迫使人们不得不认真地对安乐死从医学伦理学和法学角度进行热烈的讨论。2001午4月，荷兰议会通过了安乐死法案。至此，荷兰是世界上最早通过(主动)安乐死法案的同家。目前，“自愿安乐死”团体在世界上大量出现，已遍及欧美20多个国家，亚洲各国也有程度不同的反应。

1986年6月，我国陕西省汉中发生第一起安乐死事件。患者是一位患有“肝性脑病”的老年妇女，被疾病折磨得痛苦不堪，后来在其儿子反复要求并签字后由医生给患者注射了致死药物，加速了患者的死亡。该医生以“故意杀人罪”被提起公诉。此事引起社会反响，并在全国开展了广泛的热烈讨论，这是我国首例安乐死事件。虽然本案医生无罪释放，但同时强调这仍是违法行为，为其他医生提供了警示。

由于我国古代文化传统认为，人的生死都是命中注定的，谁都无法干预，因此不允许安乐死。封建社会长期居统治地位，用儒家的观点审视：主动安乐死不仁，被动安乐死不善；道教认为人类生死均受自然规律支配；佛家思想崇尚生命、力戒杀生。这些传统观念与现代安乐死的提倡有一定的距离，直至现在仍很难为我们的文化所接受。1988年在上海举行了我国首次“安乐死学术讨论会”。从1992年4月第七届全国人大代表王群等33人联名提案要求对安乐死立法开始，1994年、1995年以后都陆续有代表提案，但都得到同样的答复：时机不成熟。

Notes

以上情况说明，能否对病入膏肓的患者实施“安乐死”，以减轻患者死亡前的痛苦，已经成为

医学界、伦理界、法律界不可回避的现实问题。

二、安乐死分类与对象

（一）安乐死的分类

安乐死通常有两种分类方法：主动安乐死、被动安乐死；自愿安乐死、非自愿安乐死。

1. 主动安乐死和被动安乐死　按照安乐死的执行方式来分类，可分为主动安乐死和被动安乐死。主动安乐死是指采取某种措施加速患者死亡，亦称为积极安乐死。主动安乐死是根据垂死患者或者其家属的要求，有意识地对不可逆转的患者采取某种处理方法，如采用药物或其他办法主动结束患者的生命，让其安然舒服地死去，迅速完成死亡过程，这类安乐死也称为“仁慈助死”，所采取的措施常称之为“无痛致死术”。被动安乐死是指终止维持患者生命的措施，听任患者死亡，亦称为消极安乐死。被动安乐死是对于确定无法挽救其生命的患者，在预测后果的基础上，根据垂死患者或其家属的要求，停止无望的救治，作出终止延长生命的医学处理。如只给患者适当的维持治疗，减轻其痛苦，任其自行死亡，结束患者的痛苦，故又称“听任死亡”。国内不少医疗单位实际上正在实施。

2. 自愿安乐死和非自愿安乐死　按照患者同意方式分类，分为自愿安乐死和非自愿安乐死。自愿安乐死是指患者有过或表达过同意安乐死的愿望。非自愿安乐死是指患者没有表达过同意安乐死，这种情况主要是针对那些无行为能力的患者（如婴儿、昏迷不醒的患者、精神病患者和行为能力严重低下者）实行安乐死，这些患者无法表达自己的要求、愿望和同意，根据患者家属意见，只能由医生依据实际情况决定给予安乐死。有人把非自愿安乐死称为“仁慈杀死”。

综合以上两种分类方式，安乐死有4种类型：自愿主动安乐死、自愿被动安乐死、非自愿主动安乐死、非自愿被动安乐死。

（二）安乐死的对象

安乐死对象的确定，是实施安乐死的前提条件。但是，在医学实践中，很难明确规定实施安乐死对象的标准。随着安乐死讨论的深入，不少人士提出了不少标准，列出了可以实行安乐死的种种对象。一些学者认为，对一个垂危并已经注定必死无疑的患者和已脑死亡的植物人，以及严重缺陷新生儿实行安乐死是件好事，应视为道德的；另一些学者认为，对晚期恶性肿瘤失去治愈机会者，或出现重要器官严重衰竭和不可逆转者，而且患者神志清醒，精神备受折磨，肉体痛苦不堪忍受，医生可视为安乐死的对象。由于安乐死涉及人的生命，是不可逆转的，因此，安乐死对象的界定是一个十分敏感而又相当棘手的问题。一般认为，安乐死的对象可以归纳为以下几类：①晚期恶性肿瘤失去治愈机会者；②重要器官严重衰竭，并且不可逆转者；③因各种疾病或伤残导致大脑功能丧失的部分“植物人”状态的患者；④有严重缺陷的新生儿；⑤患有严重精神疾病，本人无正常感觉、知觉、认识等，经过长期治疗也不可能恢复正常者；⑥先天性智力丧失，无独立生活能力，并不可能恢复正常者。此外，还有人将老年痴呆患者、无治愈可能的高龄重病和重伤残者等也列为安乐死的对象。

对上述每一类对象是否应该或可以安乐死，人们有着不同的看法。对于第一、第二类的疾病患者，实施安乐死似乎较容易被人们接受，对于后几类对象的争议相对较多，如以有严重缺陷新生儿为例，新生儿的缺陷达到何种程度才可称之为严重？才可认为对他（她）实施安乐死是道德的和必要的呢？我国家者曾提出对无脑儿、中度脑积水、严重内脏缺损的新生儿不给予治疗的主张。美国曾有人就此问题提出3条标准：①不能活过婴儿期，已处于濒死状态；②生活在不可救治的病痛中，直接治疗或长期治疗都不能缓解；③不具有最低限度的人类经验，对别人的照料在感情和认识上没有反应能力。对于诸如此类的问题，多数情况下是众说纷纭，很难统一。有人认为，人的生命是神圣不可侵犯的，只要生命存在，就存在恢复的“希望”或“可能”，轻易结束一个有缺陷新生儿的生命，无疑是草菅人命的错误行为。如果将精神病患者、智力丧失者或

老年痴呆及高龄重病患者、重残者作为安乐死的对象争议则更大。多数人认为这是对安乐死的扭曲和误解。如果按照上述观点来推行安乐死的话，必将会使安乐死走入歧途，终究会带来危害与不安定因素。

确定安乐死的对象，实际上存在一定的困难。如怎样理解不治之症？从医学发展史上看，真正的“不治之症”是不存在的，一切暂时的“不治之症”都可以化为可治之症，而这种转化往往是通过不断延长患者的存活期来逐步实现的。如果人为地把这些“绝症者”确定为安乐死的对象，是否会阻碍医学的进步？

三、安乐死的伦理争议与评价

（一）安乐死的争议

安乐死观念的提出和实施，冲击了传统的伦理道德观念，使伦理学和法律面临了新的问题，引起的争论是十分激烈的。人们争论的焦点在于是否符合道德，争论的双方都不同程度地将人道主义、功利主义作为自己的伦理根据。

1. 反对安乐死的观点 反对安乐死的论证所依据的伦理学理论有道义论或后果论。

（1）依据道义论反对安乐死的论证：①安乐死违背了生命神圣的原则。反对安乐死的最大伦理依据之一是来自宗教传统的“生命神圣论”。宗教传统的生命观强调：无论人们可以拥有什么样的权利，都没有破坏自己生命的权利。安乐死涉及故意夺取人的生命，因而是道德上不允许的。至于临终患者不可忍受的痛苦，许多有宗教信仰的群体还相信，人类的痛苦能够对临终患者和照顾临终患者的人产生积极的价值，痛苦还可能是神所赐予的学习和净化的机会。②安乐死违反了医生治病救人的基本义务。这种观点认为，医学的最大敌人是死亡，避免死亡才是医生治病救人的基本义务，是医学的目的。所以我们绝不能选择死，必须永远选择生。安乐死是选择了死亡，它有悖于医学的目的、医生的基本义务和医生的人道主义职责。

（2）依据后果论反对安乐死的论证：①安乐死阻碍医学的进步。这种观点认为安乐死的实践可能会由于过早地把患者判定为“不治之症”而放弃积极抢救，这样做还会弱化医学人道主义的绝对至上命令和医学改善这种状况的努力，从而妨碍了医学的进步，而且社会之所以推进医学的研究和发展，部分是因为它们经历了不可逆疾病和不可忍受痛苦的蹂躏。②导致医生“道德滑坡”。“道德滑坡”是反对安乐死的一个主要论点。从医生在安乐死中所扮演的角色考虑，这种观点普遍担心如果安乐死合法化，会破坏医患之间传统的信任关系，削弱对临终患者的同情和关怀；面对痛苦不堪的患者，医生会觉得实施安乐死更容易有效，久而久之就会改变医生对医学目的的理解。如果医生开始把杀死一个请求安乐死的患者看成是医生自己的责任，医生治疗和解除痛苦的责任或许就会被一种以杀死作为治疗的观点所代替。那么，医生就容易对人类生命的价值有一种漠然态度。一个社会如果允许或鼓励安乐死这样的仁慈杀死，那么安乐死的实施就会从有行为能力的患者开始，发展到无行为能力的患者、昏迷患者、儿童以及有精神缺陷的人，就会导致医生在人道主义的意义上“滑坡”。甚至可能导致以仁慈为理由，开消灭老弱病残者之先例。

今天对安乐死持有批评态度的人就认为，目前的安乐死以及撤除生命支持措施的实践，至少是已经开始有计划地实施终止某些患者的年命，这与纳粹的安乐死毫无二致。甚至有人认为安乐死干脆就是纳粹的“优生学的回归”，就等同于纳粹的种族优生政策。滥用是很难避免的，纳粹的教训值得汲取。

2. 赞成安乐死的观点

（1）个人有权处理自己的生命，即人有生的权利，也有死的权利和选择死亡方式的权利。人应有尊严死亡的权利，应对自己的死亡掌握主动权，尤其是当患者极端痛苦，生命又无可挽救时。

（2）维持一个毫无生命质量和生命价值的生命是毫无意义的，延长这样的生命实际上是给

患者死前以痛苦，违反了人类自己希望生活得好的最大愿望及强调生命的质量和价值，给社会带来严重负担的生命是无价值的，甚至是负价值的，这样的生命没有抢救的价值。

（3）对于死亡已不可避免、遭受着难以忍受痛苦的患者，解除痛苦比延长生命更重要。让这些患者继续忍受临死前的极端痛苦是不人道的，使患者免予忍受痛苦正是为了患者的利益，因而是人道的。

（4）判断一个垂死患者是否值得继续活下去，不仅要考虑到患者的利益，还要考虑他的亲属、朋友和社会的利益，把大量的资金、人力与物力用在无望的患者身上实际是一种浪费，不如把有限的药物和医疗设备用于其他有康复希望的患者有益。安乐死可以节约医药资源，对患者、家属、社会都有利。因此，对无望的患者实施安乐死应该是一种公益的做法。

上述观点的对立，说明了安乐死实际上是一个意识形态领域里的事，要受到社会意识、经济、文化及科学发展水平的影响，尤其是传统观念、习惯的影响。同时，也说明了人对于不同情况、不同种类的安乐死（例如主动和被动、自愿和非自愿等）的认识和理解存在差异，因而评价、判断很难统一。因此，我们分析安乐死问题，不能持绝对肯定或绝对否定的态度，必须用科学的立场，以人道主义的道德观，按医学伦理学的原则来研究和讨论。

3. 我国对安乐死问题的态度 在我国，目前人们习惯上是实行终止治疗而不愿接受安乐死。临床上常见到患者已处在临终而治疗无望的境地时，患者及家属常常要求停止临床治疗，出院回家。家属之所以这样选择，一是传统道德习惯，尽量让亲人死在家中；二是既然无法救治，就不再白花费，以免“人财两空”；三是不忍心再看亲人受打针、手术、检查等医疗的痛苦。这种主动要求终止治疗、出院回家，实际上就是一种被动安乐。对于这样的情况，人们并不指责其违反伦理道德。

（二）安乐死的伦理评价

1. 有利原则 患者利益的原则是安乐死辩护中最为重要的原则。从患者的最佳利益出发是安乐死在道德上唯一应该进行考虑的，它也是人们最容易接受的理由。从世界范围的安乐死案例来看，不论是患者亲属、医生、律师，还是法官，都是从患者最佳利益这个基点来考虑的。即使当人们根据负担/收益（或风险/收益、成本/效益、损害/好处）来决定是否进行某项治疗时，人们所说的负担或收益也常常是针对患者本身而言的。而且在医学安乐死中，患者的最佳利益是可以得到确定的。当有意义的人的生命已经不再成为可能时，当死亡已经不可避免时，当已达到医疗极限时，当患者无法忍受巨大的疼痛和痛苦，希望能够在医学的帮助下早日解脱痛苦，安宁地、尊严地死亡时，放弃治疗，甚至为了解除患者不堪忍受的痛苦而加速其死亡过程，肯定是合乎道德的。因为对于这样的患者来说，延长生命实际上只是延长他们痛苦的死亡过程。

2. 自主原则 对于自己的最佳利益，患者自己具有无可争辩的自主权。因为我们都承认，对于个人而言，并不存在单一而普通的“好的”人生和“有价值”的人生，人们对于一个“好的”人生和“有价值”的人生的看法存在差异。而患者最了解自己的生命价值和人生的意义，作为一个有行为能力的理性人，能够在其个人的偏好、信念和价值观的基础之上，根据他在特定情形下所获得的信息而设定和追求他自己的人生价值。当医学的干预与其本人的“好的”人生相冲突时，患者有权拒绝这样的医学干预，有权做出加速结束生命的决定，有权要求医生为他的决定提供人道的医学帮助。尊重患者的自主权，实际上也就是尊重他们自己的意愿，维护他们的尊严。

英国学者汤因比曾说道：“一个人即使还有生命，却已失去了希望”时，“只要这个人保持清醒的头脑，在反复思考之后仍希望去死，那我们就不能妨碍他。在这种情况下的人，如果要求安乐死，就应该满足他的愿望，否则，就是侵犯了他的最宝贵的权利——人的尊严”。一个社会正是通过保障人们对各自认为的“好的”和“有价值”的人生追求，来承认个人自主性的。对个人自主性的承认范围不仅包括对教育、婚姻、职业、业余爱好等的选择，也理所当然地包括对死亡

方式的选择。

3. 公正原则 从患者利益出发也是公正原则所要求的。以“给每个人以其应得”为表现形式的公正原则是社会权利的基础,它要求尊重每一个社会成员所享有的权利。因为共同道德原则是共同体的生活原则,该原则所包含的权利就是共同体的每个成员都享有的权利。当这些权利得到尊重时,社会成员就得到了公正的对待。如果一个人显然是处在无可救药而又痛苦万分难以忍受的地步,因而想结束这一切,但他的愿望却要受到压制,他的权利却得不到尊重,这能看成是合乎情理的和公正的吗?此外,尊重患者的意愿在客观上也有利于社会资源的公正与合理分配。

强调有利原则、自主原则和公正原则的安乐死,不能离开两个前提,即患者极端痛苦和疾病不可挽救。如果疾病可救治,治疗就是主要矛盾,医生在治疗中即使暂时增加患者痛苦也是道德的。当疾病完全控制了人体,死亡不可避免时,主要矛盾就转化为患者死亡过程中的痛苦。这时,全力解除这种痛苦才是人道主义的体现,才是道德的,而安乐死则是最好的方法之一。这两个前提是实行任何形式安乐死时都首先必须考虑的。

对安乐死的分析是一个前瞻性与回顾性交错的问题。前瞻性问题是脑死亡的标准、器官移植的需要问题;回顾性问题是存在于医生和家属心目中都有希望患者多活一些时日的文化传统和习惯。

第三节 临终关怀伦理

目前,临终患者由于各种原因,大多数还是在普通医院中度过生命的最后历程。他们从面临死亡直到接受死亡来临的全过程中,经历了大量的痛苦和磨难。医院为了随时抢救临终患者建立了一套完整的技术操作体系,如心脏起搏器、人工呼吸器等各种抢救和监护设备。使用这些技术是为了挽救患者或是延长他们的生命,却很少能减轻患者的痛苦。在医疗实践中,不少医护人员只是立足于“救命”目的,而不惜一切代价、不顾患者的实际需要和意愿去实施临床诊疗方案,很少去考虑如何去尊重这些患者的意愿,满足他们的真正需要和减轻他们的痛苦。似乎只要多存活一天就尽到了医生职责,体现了人道主义精神。我们常见有些患者已接近死亡,家属悲痛难忍;有些患者被疼痛折磨,彻夜难眠;还有些患者极度衰弱濒临死亡,已难以实施各种治疗,但医护人员考虑最多的还是如何调整治疗方案,给予输血、补液;有的医生明知患者已处于临危阶段,但还建议给他们作气管、静脉切开等,继续进行艰难又无希望的治疗。事实上,这些治疗措施已无济于事,只是一种被动的应付手段,有些患者难以忍受,要求中止治疗,但医务人员鉴于道德和法律的考虑仍按常规疗法进行;有些措施医生和患者都知道是为了延长患者的死亡期,但又因受社会、家属的影响,必须照常进行,似乎只有这样才是正确的选择,才可避免医疗纠纷,是一种符合道德的医疗行为。现实医疗中,那种被动、多余的诊治手段是过时的生物医学模式在医疗活动中的反映,它不能满足临终患者心理和社会的需要。如此做法,既增加了患者痛苦,又耗费了大量不必要的卫生资源,是对患者、家属和社会都不利的一种医疗行为。因此,临终患者需要现代医学模式的临终关怀。

一、临终关怀的含义及历史发展

(一) 临终关怀的含义

临终关怀的英语为 hospice,这个词源于中世纪时代人们对朝圣者或旅游者提供的重新补充体力的驿站,后引申为专门收容患不治之症者的场所。Hospice 又译为临终关怀中心,即为生命垂危的患者建立的医院。临终关怀中心与一般的医院不同。一般的医院所关注的是如何使患者的生命延长,免于死亡,所采用的医疗及护理关怀手段为手术、药物及护理等。而临终关怀中

心所采取的主要手段为照顾及关怀日益衰竭的临终患者；对临终患者进行姑息治疗，以减轻患者的疼痛，控制其他症状或缓解患者生理及心理上的痛苦；为患者提高咨询及安慰服务；与患者及家属讨论死亡的意义、本质、权利及如何面对死亡等问题，以消除患者及家属对死亡的恐惧及焦虑，维持临终患者生命最后阶段的尊严，使患者安详平静的死亡。

临终关怀所倡导的是一种人性化的关怀理念，通过提供临终关怀，帮助临终患者对生命、对死亡及生活价值的认识，协助他们在生命最后阶段得到支持、安慰及鼓励，因此，临终关怀是为临终患者及其家属提供生理、心理和社会全面支持与照护的医疗保健服务。

临终关怀是指为现代医学治愈无望的患者提供缓解极端痛苦，维护生命尊严，帮助临终者安宁走完生命最后历程，对于临终者家属提供包括居丧在内的生理和心理关怀的一系列立体化社会卫生保健服务。

临终关怀分为：临终医学、临终护理学、临终心理学、临终关怀伦理学、临终关怀社会学、临终关怀管理学等分支学科。

临终关怀的宗旨包括三个方面：照护为主、尊重患者的权利与尊严、重视患者的生命质量，在临终患者生命的最后阶段，对患者着重于减轻痛苦，满足其生理、心理、社会文化及感情精神等多方面的照护，尊重人格的尊严及价值，根据患者的意愿，提供与其适合的安全、舒适的护理照护。

（二）临终关怀的发展历史

临终关怀的历史发展，在西方可追溯到中世纪西欧修道院为重病的朝圣者、旅游者所提供的照护。

临终关怀作为医疗卫生领域的深层次服务项目，始于20世纪60年代。1967年7月，英国的桑德斯博士首次在英国创办了圣克里斯多弗临终关怀医院，对临终患者提供各种全面的专业化服务，使患者能在临终关怀中心得到温馨体贴的照护。从此以后，世界各国尤其是欧美等发达国家的医务工作者一直致力于临终关怀的研究及临床实践，取得了令人瞩目的成就。

1974年，美国康涅狄克州的纽黑文临终关怀中心开始接受临终患者，到目前为止，在美国已有200多家各种类型、规模不一的临终关怀中心或医院，英国目前有300多家。据不完全统计，世界上目前已有80多个国家和地区提供了临终关怀的服务与研究。从世界范围来看，临终关怀的研究在一些发达的国家，如美国、英国、日本等都较成熟，对死亡的教育已普及并深入人心，临终关怀已发展成一门独立的学科。

我国的临终关怀历史可以追溯到2000多年前的春秋战国时期人们对老者和临终者的关怀和照顾。临终关怀在中国的最初意义是指尽量满足临终者的需要，以便他们尽量没有遗憾的、无牵无挂的离开人世。如将他远方的亲人召回相见，或说上几句宽慰的话，或尽量满足他的各种吃穿要求等。这样的临终关怀，往往只局限于家庭对临终者的照顾或仅仅是出于一种生前尽孝的伦理观念，从而很难解决临终者的实际问题，忽视了临终者的心理、感情及精神等方面的需要，如内心的焦虑、沮丧、恐惧及绝望等。

中国传统文化常强调死亡的价值，如宋代李清照的“生当作人杰，死亦为鬼雄”；汉代司马迁的“人固有一死，或重于泰山，或轻于鸿毛”等，都强调了死亡的意义及价值。

死亡是每个人都将面临的问题，任何人也无法逃避，但预期的死亡，常会给人带来莫大的压力，人们焦虑、恐惧是因为那是未知的世界，人们忧伤、哀愁、痛苦是因为面临着永久的分离。在中国的传统文化和风俗习惯中，大家都忌讳谈到死亡，当死亡来临时，其实人们心里清楚，但为了避免对方的焦虑不安，彼此都言不由衷，因而留下了许多遗憾及悲哀。

从另一方面来说，我国古老传统的儒家文化观念使生命神圣的死亡观点根深蒂固。使人们对死亡及濒死态度持否认及不接受的态度。因而，人们对死亡的态度是回避的。具体表现为对死亡的讳莫如深及寿终正寝，而且离死亡越近忌讳越重，完全对死亡采取恐惧回避的态度。而

临终关怀的发展也受此观念的影响。

临终关怀与安乐死的目的虽然都是在医疗上为无能为力的患者在死亡前，尽可能地减少其躯体及精神上的痛苦，但两者在概念上存在着本质的区别。安乐死强调死的尊严，主动终止生命。而临终关怀则在于让患者活得有尊严、注重家属及患者的内心体验及感受，使临终患者有尊严、舒适的度过生命最后阶段，安静而庄严的离开人世。

我国临终关怀的研究及实践始于20世纪80年代末。1988年7月天津医科大学率先成立了天津临终关怀研究中心，在我国首先开展了临终关怀的研究与实践，使该中心成为国内临终关怀培训及教育中心之一。同年10月，上海建立了我国第一所临终关怀医院——南汇护理院，使临终关怀在我国迈出了可喜的一步。

1992年5月26日，天津召开了首届东西方临终关怀国际研讨会，全国有28个省市自治区的医护人员及有关专家学者参加了会议，与国外专家一起交流了经验，提高了我国临终关怀的学术水平。与会者认为，临终关怀是对临终患者的完善照护，不仅体现在对其尊严的维护，且在一定程度上可以减轻家庭和单位的负担，也是发展社会生产力的一部分内容，是一种有百利而无一害的善举。此后，临终关怀研讨会在我国有组织的多次召开，各地开办了临终关怀医院和临终关怀病房。如天津医科大学肿瘤医院、北京松堂医院，南京鼓楼安怀医院等一些医院。临终关怀受到了患者和家属的欢迎。

临终关怀对我国的许多医务工作者来说仍是一个陌生的概念、在中国，常常可以看到这种情况，一些身患绝症，无救治价值且将不久于人世的患者去大城市的一流医院就医，而被拒之门外。这不是医务工作者不讲人情，而是许多医院确实不具备条件来照顾关怀临终患者。因此，临终关怀在我国还处于刚刚起步的艰难阶段，我国目前还缺乏相应的人力、物力及其他保障体系以建立相应的临终关怀机构。因此，仍然需要政府及社会各界的共同努力，以借鉴发达国家经验，建立适合中国国情的临终关怀机构和临终关怀学科。

二、临终关怀的研究内容

临终关怀作为一门新兴的独立学科，有其特定的研究内容和对象。临终关怀的特定研究对象是临终患者，主要是以晚期癌症患者为主体的，它是以探讨临终患者及其家属的需求，以及如何为其提供全面护理的实践规律为研究对象的。对临终患者实施临终关怀，目的在于减轻患者的疼痛，减轻患者心理上的焦虑不安及痛苦，缓解患者对死亡的恐惧和不安，正确认识自己的生命的价值，满足患者的生理、心理及精神需要，使患者在有限的生命的最后岁月中，在充满人性温情的气氛中，安详、舒适而有尊严地离开人世，达到逝者无憾，生者无愧的目的。

临终关怀研究内容包括以下几个方面：

1. 临终患者的需要　包括生理、社会、精神文化等多方面的需求。

2. 临终患者的全面照护，包括患者的生活、心理照护、症状的处理、特别是疼痛的控制问题，以及尽量满足患者的各种社会需要，如完成未尽的心愿、解决同事间、事业及家庭上未解决的问题等。

3. 临终患者的家属需求　包括家属对临终患者的医护要求、患者的心理需求及提供居丧服务等。

4. 死亡的教育问题　死亡教育是实施临终关怀的一项重要的内容，包括对临终患者及其家属的死亡教育问题，其目的在于帮助濒死患者减轻、消除对死亡的恐惧，使患者及家属学会准备死亡、面对死亡、接受死亡，从而使患者感到自己生命活得庄严、死得尊严。对临终患者家属进行死亡教育的目的在于帮助他们适应患者病情的最大变化和死亡，保证他们缩短痛苦过程，减轻他们的悲痛程度，认识自身继续生存的价值和意义。

死亡教育的内容涉及很多领域，如死亡标准、死亡价值、死亡态度、死亡心理、死亡时机、死

亡地点、死亡方式选择以及死后居丧服务等等。

5. 临终关怀的模式　从每个国家的社会文化背景出发，采取什么样的模式才能更好地开展临终关怀工作。

6. 临终关怀的基本原则与特点　临终关怀医院或病房与普通医院或病房相比较，具有什么样的特点，应遵循什么样的医护原则等。

7. 临终关怀的组织管理与实施。

8. 临终关怀服务人员的组成与培训。

9. 临终关怀与其他学科的关系等。

三、临终关怀的特点及临终服务要求

（一）临终关怀特点

临终关怀医院或病房与一般的普通病房或医院相比，有以下特点：①临终关怀医院或病房收住的对象主要是临终患者，其中大部分是晚期癌症患者或患有类似疾病，心身备受病痛折磨的人，他们比普通患者更需要关怀与心身的照顾；②临终关怀医院实施的是以临终患者为中心的整体照护，它不以治疗疾病为主，而是支持、照护患者、控制患者的症状、减轻患者疼痛、姑息治疗及对患者进行全面的关怀；③临终关怀医院重视患者的尊严与价值，真正体现了对患者的人文关怀。它不以延长患者的生存时间为主，而以提高临终阶段的生命质量为宗旨，尽可能的了解及满足患者的各种需要，特别是控制患者的疼痛及其他症状，尽可能地使患者处于舒适状态，并能理解患者的各种心理需求，应用相应的心理照护方法，给予患者心理上的支持，使患者正视现实，摆脱死亡的恐惧，认识生命的价值及其弥留之际生存的社会意义，使患者在有限的时光内，安详、舒适的度过人生的最后时光，至死保持人的尊严与价值；④临终关怀医院或病房充满了家庭式的温暖、关怀与爱抚。它既为患者提供服务，又为患者的家庭提供有关服务。除了多方面满足患者的需要外，又注重对临终者亲友的关怀、帮助与安慰，使他们及时从悲哀与痛苦中解脱出来；⑤临终关怀病房实行 24 小时的全天候服务。无论何时，出现何种情况，只要患者需要，医护人员都应为患者提供服务。

（二）临终服务的要求

临终关怀医院或病房或居家病床，与普通的医院或家庭病房比较有以下特点：一是医务人员服务的主要对象是临终患者；二是不以治疗疾病为主，而是以减轻症状、支持疗法和全面照护为主；三是不以延长患者的生命为目的，而是以提高生存质量、维护患者的生命尊严与价值为主；四是不仅注意患者的躯体痛苦，而且更注意心理关怀和社会支持；五是不但关怀临终患者，而且对其家属也予以慰藉和居丧照护。

1. 尊重患者权利　有些临终患者未进入昏迷状态，仍具有情感、思维和想象等，仍有自己个人的利益和权利，家庭、医务人员和社会应尊重他们享有的权利。

临终患者的权利有：①有权被人们以活人看待，直到死亡；②有对自己生命抱有希望的权利，尽管这种希望可能是变化无常的，难以预测的；③有权以自己的方式表达对接近死亡的感受和情绪反应；④有权参与对自己的医疗护理作出决策，即要求以医疗护理的目标转变为以舒适的医护目标；⑤有权消除面对痛苦、孤独的死亡，要求以安详、尊严的方式死亡；⑥有权要求对自己提出的疑问获得忠实的回答，不被欺骗，有权要求保守自己的隐私；⑦有权在“接受死亡”中获得家人的帮助，而自己的家人也能获得他人的帮助；⑧有权与相同信仰的人进行交流，不因我的理念与别人不同而被批判；⑨有权对属于自己的家产钱财分配等做出决定；⑩有权要求死亡后的遗体受到尊重；⑪有权接受那些细心、敏锐、有知识、而且善解人意的医护人员照顾。

在上述权利中，关于是否应该将病情真实地告诉患者或临终患者，是目前讨论比较多的伦理问题，也是涉及临终患者享受个人权利和利益的道德问题。有些人强调保护性医疗制，不主

张将真实病情和预后告诉某些晚期肿瘤患者或临终患者，以防产生不良后果。但是，也有不少人认为剥夺一个人了解有关他自己的疾病或死亡的真相，就是剥夺他们的尊严，也就损害了他作为人的地位。因此，主张当患者想知道真情并早已有疑虑时，应及早告诉患者，让他争取时间处理各项事宜，如工作、家产、钱财、子女扶养及老人赡养等，免得带着满腹心事告别人间。从患者利益出发，在向晚期肿瘤患者或临终患者说明病情时，护士要和医生的交代口径一致，态度诚恳、语言温和。患者该知道的一定要讲清楚，以便使患者放心；而暂时还不能让患者知道的要慎言守密。总之，能否和临终患者谈及真实病情，要视是否符合患者的根本利益而定。

2. 临终关怀教育 临终关怀工作要靠全社会的理解和支持。首先，应在社会上利用多种渠道加以宣传教育，让人们懂得临终关怀的意义和作用，让社会都知道做好临终患者的关怀，不仅是患者子女、亲朋好友和医务人员的责任，而且是全社会的责任，是中华民族优良道德品质的体现。

临终关怀教育包括两方面的内容：一是向患者进行死亡教育，树立正确的死亡观。医务人员要教育患者：现代的医学科学技术手段已经大大地延长了人的寿命，但任何人都无法逃避死亡。疾病是生命存在的正常形式，是一种自然现象。人要消灭疾病、消除死亡，是徒劳的，也是不符合自然发展规律的。平静的、无痛苦的、有尊严的死亡，才是终末期患者生命质量的期望和追求；二是要向社会进行宁养服务的教育，把临终关怀作为人口老龄化社会问题来加以关注，要加强医护人员及有关人员的心理、社会和伦理教育。目前的医学教育仍然属于生物医学模式下的教育，强调患者的疾病诊治，而诊治又是根据患者的生理需要展开，一旦发现患者无法治愈，失望的又往往是医护人员，他们的言行和态度常常给患者造成一种绝望情绪，直接影响临床工作的开展。

当前，医学教育和护理专业教育都缺乏对临终患者的认识及有关医护知识的掌握，他们不能正确对待这些特殊对象，而使医护工作处于被动状态。因此，临终关怀教育是整个医学教育的重要组成部分，并且随着社会发展，需要在实践中不断去拓展临终关怀教育事业，真正做到深入人心，使整个社会都关心它，重视它。

3. 尊重临终患者的生活 尽管死亡是生命运动发展的必然过程，但是临终患者仍有生活的权利，任何人都有尊重他们生活的义务。临终也是生活，只不过是一种特殊的生活状态。尊重临终患者最后生活需求的实质是对患者人格的尊重，不能认为临终患者只是等待死亡而对生活毫无价值。因此，医护人员要认识患者最后阶段生活的意义，并利用频繁与患者接触的机会进行交谈，指导患者理解生命弥留之际的意义，安慰和鼓励他们，让希望充满他们的最后生活。同时，医护人员要照顾临终患者的日常生活习惯，给他们更多的选择自由，尽量满足他们合理的要求，增加或安排他们与家属会面的机会和时间，让他们说完自己心里的话；让他们参加力所能及的活动，尽量帮助他们实现一些自我护理，以增加生活的乐趣，至死保持人的尊严等。总之，医护人员要像对待其他可治愈的患者一样，平等地对待临终患者，让他们实现临终生活的价值。

4. 临终患者的护理 临终关怀护理医院除医疗外，大量的是护理工作，内容包括：①在医疗方面，采取以生活护理和临床护理为主、治疗为辅的医疗措施，在治疗上则以姑息、支持疗法为主；②注重心理关怀，通过谈心、暗示等心理疗法缓慢疏导患者的情绪，以此来延长患者的生命，减少患者的痛苦，帮助濒死者平静地离开人世；③生活照顾周到，提供理发、剪指甲、翻身、换尿布、喂食等服务，尽量满足患者的生活需求；④组织各种活动，提高临终患者的生活质量。如医院可带领一些病情已趋缓的临终患者观赏人文风景，并随车载有轮椅、担架、水瓶、马桶、急救用的氧气瓶等。对有些情绪低落的临终患者，护理人员则可陪同患者回家“探亲”；⑤布置临终室。在临终室内插上鲜花，铺上清洁床单、枕套、好像在一个舒适的“家”中度过生命最后时刻。

5. 同情和关心临终患者的家属 由于临终患者可引发家庭生活的失衡、经济状况的改变、精神支柱的倒塌等一系列问题，患者家属的心理常处于应激状态，他们在感情上难以接受即将

失去亲人的现实，在行动上四处求医以期待奇迹的出现和亲人生命的延长。当感到亲人死亡不可避免时，又心情沉重、苦恼，甚至会烦躁发火或纠缠不休地找医护人员等。因此，临终患者家属的精神痛苦不亚于患者的躯体痛苦，安慰、劝导家属并且与家属相互配合，是临终医护工作的特点。

医护人员面对家属的应激情绪和行为，要能够设身处地的予以理解和同情，使他们伤感的情绪得以缓和。要关心和体贴家属，真心实意地帮助他们解决一些实际问题，如针对他们悲伤的原因，采取相应的措施冲淡忧郁的气氛；帮助他们安排好陪伴患者期间的饮食、休息，以减少精神和体力上的疲劳；经常与他们交谈，增加相互间的信任和合作等。另外，患者家属希望自己的亲人在临终阶段能得到最好的照顾和尽到“孝心”、“爱心”的愿望，护士要做好患者身心两方面的护理，让家属放心，对家属提出的愿望要尽力满足，如支持并指导家属为患者做些力所能及的护理工作，让其心灵得到慰籍，患者也能享受到了天伦之乐。安排适当的时间和地点，让患者和家属谈谈心里话、交代遗言等能充分表达相互感情的场所，使患者和家属都感到满足而心中无憾。医护人员一定要了解对患者家属的同情和关心也是对临终患者的安慰。

6. 做好临终患者的尸体料理　尸体料理的目的是使尸体清洁无味、五官端详、肢体舒展、位置良好、易于鉴别。护士对死者进行良好的尸体护理，既是体现对死者的负责、同情和尊敬，又是对亲属和即将离开人世的患者安慰。在尸体料理中应遵循以下道德要求。

（1）严肃认真、一丝不苟：在尸体料理中，护理人员应始终保持尊重死者的态度，不随便摆弄，不随意暴露，严肃认真地按操作规程进行料理。动作敏捷果断，不拖延时间，以防尸体僵硬造成料理上的困难。

（2）对他人、对社会负责：为避免惊扰其他患者和避免恶性刺激，在条件许可情况下，患者临终前应移至抢救间或单间病房，以便死后能在此处进行尸体料理。若床位紧张，可设置屏风遮挡其他患者的视线，遇有传染患者死亡，其尸体料理必须严格按照隔离消毒常规进行，病室及死者用物应给予彻底的终末消毒，以防传染病的传播。

（3）妥善处理遗嘱和遗物：护理人员要尽心尽责地保管和处理好死者的遗嘱、遗物。遇有死者遗嘱应移交死者家属或单位领导，要尊重死者的“隐私”，切勿到处乱讲遗嘱的内容，死者的遗物应清点交给家属，如果家属不在，应由两名护士共同清点、记录，交有关人员代为保管，并通知家属认领。切不可草率从事，更不应将死者贵重物品占为己有而做违背道德良心的事。

（4）认真做好死者家属工作：死亡对患者来说是生命的结束，但对家属则是悲哀的高峰。他们对死者的留恋之情所产生的“肝胆欲碎”的痛苦难以控制，甚至久久不能解脱。因此，要做好死者家属的保护工作，理解家属的悲痛心情，并给予适当机会让他们发泄心中的悲痛。要耐心劝导家属节哀。亲人病逝后，家属若能了解到这是不可避免的结局，一般会减少悲痛。因此，护理人员要选择适当时机，向家属详尽地讲明病情；要劝导家属节哀保重，让他们认识到已为亲人尽了最大的努力；要劝导家属面对现实，化悲痛为力量，安排好将来的工作和生活是对亲人最好的悼念。在尸体料理后，主动地让家属与亲人作最后的告别，护送家属离开医院，使他们得到心理安慰，尽早从悲痛中解脱出来。

7. 创建适宜的临终环境　这是临终关怀实践的重要组成部分，需要全社会献计献策。前面已提到上海目前急需护理的老人大约有 28 万。估计到 2020 年，上海将达到老龄高峰，而这时上海的“四、二、一家庭”结构也同时将达到高峰。目前，上海约有 40 多所老年护理院，但远远不能适应日趋严峻的老龄化时代。事实上，现在各老年护理院床位紧、人手缺，加上条件有限，不可能为临终患者提供舒适的环境。如果家庭和社区有条件，那么临终患者在亲人的陪伴下会感到安全和舒适。但目前不少临终患者被家庭和社会互相推诿，处于极其为难和痛苦中。为此不少人向社会呼吁，应有一个适宜的临终环境，创建社区护理病房。临终关怀不能仅靠专业化的临终关怀医院，而应紧紧依靠中国已逐步建成的三级医疗卫生网，充分利用社会的卫生资源，

把一些退休的医护人员组织起来作为骨干力量，发挥社区医疗网作用，使患者能在亲人和熟悉的医护人员照顾下走完人生最后的路程。如这一条路能继续走下去，则中国的临终关怀在较短时间内就可以在广大城市和一部分农村展开，使大多数临终者受益；同时也可以在一些业务量不足，而医技力量相对富裕的一二级医院开设临终关怀病房，弥补目前临终病房不足的矛盾，使医院能在经济效益和社会效益两个方面都获得好的结果。

8. 设立临终咨询机构 临终问题是每个家庭和个人都会面对的实际问题，设立临终咨询机构对于解除个人和家庭的后顾之忧能起到积极的作用。例如：有些患者希望在家里进行治疗，而在生命的最后一刻又希望转入医院；有些患者能遵医服药，但不能解除身心痛苦；又有些家属急需了解临终关怀的服务知识和特殊情况处理的办法等等。因此，设立咨询服务机构是临终关怀实践中的又一个内容。它可以通过患者家属上门咨询、书面咨询和电话咨询等多种途径，对家属和患者提出的问题给予解答。患者死后，还可以为家属提供居丧方面的咨询和帮助，使临终关怀真正成为一项受全社会重视和欢迎的立体型卫生服务工程。

四、临终关怀的伦理原则

（一）照护为主的原则

临终患者的治疗与护理，不以延长患者的生命数量为主，而以对患者的全面照护为主，以提高患者临终阶段的生命质量，维护患者临终时作为人的尊严与价值。

（二）全方位服务的原则

主要包括对临终患者生理、心理、社会等方面的全面照护与关心，为患者及家属提供24小时全天候服务，不仅关心患者，也关心患者的家属；既为患者生前提供服务，又为患者死后提供丧妻服务等。

（三）人道主义原则

对临终患者提供更多的爱心、关怀、同情与理解，尊重他们做人的权利与尊严，这既包括尊重他们选择生的权利，也包括尊重他们选择死的权利。

（四）适度治疗原则

临终患者的基本需要有三个：保存生命、解除痛苦及无痛苦的死亡。既然临终患者保存生命无望，因此，不以延长生命为主，而以解除或减少患者的痛苦为主。

本章小结

临终关怀是为现代医学治愈无望的患者提供缓解极端痛苦，维护生命尊严，帮助临终者安宁走完生命最后历程，对于临终者家属提供包括居丧在内的生理和心理关怀的一系列立体化社会卫生保健服务。通过对临终关怀研究内容的掌握，在遵循临终关怀的思想伦理原则，即照护为主的原则、全方位服务的原则、人道主义原则、适度治疗原则的基础上，了解并运用临终关怀的具体要求为临终患者及其家属提供生理、心理和社会全面支持与照护的医疗保健服务。在对脑死亡的标准、器官移植的需要等前瞻性问题进行分析的基础上，从存在于医生和家属心目中希望患者多活一些时日的文化传统和习惯角度认识死亡伦理的相关问题，并推动这一前瞻性与回顾性交错的问题的认识与发展。

复习思考题

1. 安乐死伦理争论的焦点主要集中在哪些方面？
2. 在临床实践中如何做好临终关怀工作？

3. 结合实例说明开展死亡教育的意义

本章作者及联系方式

张晨（第二军医大学　上海翔殷路 800　邮编 200433　Email 13816870716@139.com）

Notes

第十一章　人体器官移植伦理

教学目的

掌握人体器官移植的伦理原则；熟悉人体器官移植中存在的伦理问题；了解人体器官移植中对器官来源的伦理分析以及对受体选择的伦理分析；了解人体器官移植技术的发展状况。

［案例 11-1］北京首例人体器官买卖案

2009 年 5 月，北京西直门北大街的一处地下室内发生打人事件（本报曾报道）。挨打者是刚买了自己肝脏的 19 岁青年杨刚。

据海淀法院一审查明，2009 年 4 月至 5 月间，被告人刘强胜伙同杨世海、刘平、刘强等人，在北京、河南等地招募出卖人体器官的供体。2009 年 5 月 13 日，在海淀区某医院，刘强胜等人居间介绍供体杨刚与患者谢先生进行肝脏移植手术，收取谢先生人民币 15 万元。按照此前商议，杨刚应从中抽取 3.5 万。因被克扣了 1 万元，双方发生争执。杨刚被打伤后，送往医院。据当时医院急诊室王大夫介绍，杨刚血象极高，体内有感染，随时可能休克有生命危险。该状况引起警方怀疑。一起买卖器官案浮出水面。

据被告人刘强胜供述，他自己也曾卖过肝脏。2008 年底，刘强胜在广东打工，父亲要做手术，他想到卖自己的肝脏筹钱。他通过百度搜索找到一名天津人。在此人介绍下，刘强胜来到北京一家医院，化名“杨齐健”，以 4.5 万的价格买了自己 60% 的肝脏。后刘强胜在北京打工，他通过一个叫“肾源世界”的网站，寻找供体、患者，并将这些人加入 QQ 群进行联系。不久，刘强胜同乡杨世海、刘平、刘强都加入进来。

案卷显示，四名被告人年纪都为二十五六岁，其中三名刘姓被告人是四川邻水县人，刘强还是平面设计专业毕业的大学生。四人有明确分工，刘强胜在北京联系需要接受人体器官移植的患者，并向接受人体器官移植手术的患者收取费用；杨世海上网发布有偿捐献器官的帖子，并负责在河南租房解决供体的饮食起居和体检，并将体检合格的供体转给刘强胜；刘强协助杨世海进行上述活动；刘平则负责管理来京供体的饮食起居和带领供体前往医院体检。

（案例来自：张媛．北京首例人体器官买卖案．新京报，2010 年 9 月 16 日）

讨论与思考：无论是伦理还是法律，器官买卖都是被命令禁止的。可是，还是有很多人铤而走险。这其中都有哪些原因？如何解决？

［案例 11-2］湖南常德市的何一文与何志刚都是尿毒症患者，急需进行肾脏移植手术来挽救生命，但各自家里所有的亲人都未能与其配型成功。就在几乎绝望的时候，一个好消息传来，两个家庭中各自肾源提供者恰恰能与对方进行匹配，只要交换一下，双方都能得到最好的手术效果，两个家庭在经历了多种波折后最终一起从湖南来到广州准备做交叉换肾手术。手术被医院伦理委员会以 8:1 的票数否决。2008 年 1 月 6 日，他们辗转来到海南省农垦总局医院，而医院伦理委员会却以 13 票全票通过了移植手术的申请。双方患者与家属“交叉换肾”进行活体肾移植无疑是出于自愿，而伦理委员会进行审查也是正常履行对患者自主决策加以正当限制的

职责。然而，两个医院的伦理委员会做出了截然不同的决定。

（案例来自：何有贵，徐虹雨．交叉换肾广州受阻海南成功．广州日报，2008年1月8日A4版）

讨论与思考：你赞成哪家医院伦理委员会的决定？为什么？

人体器官器官移植技术面临的最现实的问题是可供移植的器官奇缺，且器官移植技术越是趋于成熟，器官的供需矛盾就显得越大。在生命延续的渴望下，很多人铤而走险买器官，再加上监管的不利，器官买卖的生意链就容易形成了。因此，除了加强监管外，在法律允许的范围内尽量获得更多的器官是解决器官买卖问题的根本之道。

第一节　器官移植概述

器官移植（organ transplantation）技术是二十世纪最伟大的医学成就之一。通过这项技术，许多濒临死亡的患者走向新生，过上了健康人的生活。但是这一技术自从诞生之日起就一直处于巨大的争议之中。虽然这一技术在今天已广为使用，但是仍然有很多伦理问题还在讨论之中。本章探讨器官移植引发的伦理困惑，分析器官移植的伦理原则。

一、器官移植的概念

器官移植是医学高科技发展的成果之一，也是现代临床医学发展最快的学科之一，其产生、应用和发展带动和促进了免疫学、药理学、遗传学和分子生物学等一系列基础学科的研究和发展。而这些基础学科的研究进展反过来又促进了器官移植的更深入、全面和有效地应用于临床治疗患有各种器官终末性疾病的病人。

所谓“移植”是将身体的一部分（细胞、组织或器官），通过手术或其他途径转移到同一个个体或另一个个体的特定部位，而使其继续生存的方法。其中，被移植的部分称为移植物；献出移植物的个体叫做供者、供体或捐献者；接受移植物的个体叫做受者、宿主或受体。

所谓“器官移植”是指通过手术等方法替代病人体内已经损伤的、病态的或者衰竭的器官，使本来难以康复的患者得以康复，以挽救垂危的生命。广义的器官移植包括细胞移植和组织移植。根据不同的分类标准，我们可以将器官移植划分为不同的种类。

以移植物的医学组织学分类为标准，临床上的（广义的）器官移植分为：脏器移植、组织移植和细胞移植。所谓细胞移植是指从一个健康人的体内提取有活力的细胞群，输入另外一个需要救助的病人体内；所谓组织移植是指将人体的部分组织移植给那些需要救助的病人。这些组织包括：皮肤、眼角膜、骨骼、肌腱、血管、神经等等；脏器移植即狭义的（也是一般意义的）器官移植，指将人体的某个仍然保持活力的器官移植给另外一个需要接受移植治疗的病人。

以供体和受体的遗传学上的特征为标准，器官移植主要分三种：同种移植、异种移植和自体移植。所谓同种移植，就是从一个人移植给另外一个人。它又分为同种同质移植和同种异质移植。同卵双生移植，也叫同种同质移植，因为供者受者的抗原结构完全相同，移植后几乎不会生排斥反应；同种异质移植中供体与受体属于同一种属，如人与人，他们的组织相容性抗原不同，移植后会发生排斥反应。这是临床上应用最广的一种移植；所谓异种移植，就是将器官从猴子或其他动物身上移植到人身上；自体移植，指移植物取自受者自身，如将自己的皮肤、骨髓、血液等先行割下或抽出，再于适当时机移植或输入。

根据可移植器官的生命活性，器官移植可分为“非生命活跃器官的移植”和“生命活跃器官的移植”。非生命活跃器官的移植指对摘除时间要求较松的非生命活跃器官，如眼角膜、软组织的移植；生命活跃器官的移植指生命活跃器官，如肝、肾、心脏的移植。生命活跃器官对摘取、移植时间的要求比较苛刻。

Notes

根据器官的来源，器官移植可以分为活体器官移植、死体器官移植、胎儿器官移植、异种器官移植、人造器官移植等。根据死亡的标准不同，死体器官捐献分为两类：即脑死亡死体器官捐献（其捐献者又称有心跳的死体器官捐献者 heart-beating donor）和心死亡死体器官捐献（其捐献者又称无心跳的死体器官捐献者 non-heart-beating donor）；一般说来，活体器官移植较之死体器官移植有更高的成功率，但引发的伦理问题也更为突出。选用活体器官必须有极严格的医学标准和伦理标准；胎儿器官、组织与细胞移植正成为当今治疗帕金森氏病、糖尿病、镰状细胞性贫血和某些癌症的重要医疗手段；人工器官的使用在伦理上没有多大问题，限制主要在于技术和经费；异种器官移植则在技术和伦理上都遭遇较多的问题。

二、人体器官移植的历史与现状

古人很早以前就形成了移植器官和组织的幻想。如中国古代有医师给两个人做交换心脏手术的故事。大约公元前 600 年，古印度的外科医师用从病人本人手臂上取下的皮肤来重整鼻子，古印度外科著作《妙闻集》中记载了这一技术。这种植皮术实际上是一种自体组织移植技术，是今天器官移植技术的先驱。

最先取得成功的异体组织移植技术是眼角膜移植。1824 年赖辛格（Reisinger）首次设计出了角膜移植术式，并成功地给鸡 - 兔施行了异种角膜移植。1840 年前后，一位爱尔兰内科医师比格则完成了以人为受体的异种眼角膜移植。他在第一次撒哈拉沙漠战争中被阿拉伯人俘虏。在被拘禁期间，他做了角膜移植手术，将从羚羊眼球上取下的角膜移植到人的眼球上。

器官移植要比组织移植要复杂得多。完美的器官移植，至少要解决三大技术问题。首先，被移植的器官一旦进入受者体内，必须要立刻接通血管，以恢复输送养料的血液供应，使移植的器官得以存活。因此这需要一套不同于缝合一般组织的血管缝合技术。1903 年，美籍法国外科医生卡雷尔（A·Carrell）创造了这样一种完善的血管缝合方法。后来美国人古斯里（C·Guthrie）对这一技术做了改进。由于卡雷尔最早尝试了移植（动物）心脏，并缝合血管成功，因此他的工作被看作现代器官移植的开始。卡雷尔因多项研究成果获得 1912 年诺贝尔医学和生理学奖。其次，被摘取的器官在常温下短期内（一般不超过一个小时）就会死亡，不能用于移植。因此完善的器官保存方法十分重要。1967 年和 1969 年，两名美国人分别找到了实用的降温和灌洗技术，解决了器官的保存问题。再次是免疫排斥问题。每个人的免疫系统都能识别自己的细胞和组织，并排斥异己的细胞和组织。移植器官有两大类主要抗原：ABO 血型和人类白细胞抗原（HLA），它们决定了同种移植的排斥反应。寻找 ABO 血型相同的供受者并不难；但是 HLA 异常复杂，除非同卵双生子，事实上不可能找到 HLA 完全相同的供受者。所以，同种移植后必然发生排斥反应，解决的办法有两个，一是尽可能寻找与受者免疫系统相似的供者，二是抑制受者的免疫系统功能。根据第一个办法，人们在同卵双生子之间进行了器官移植，获得了较高的存活率。第二个办法是抑制受者的免疫系统功能。1953 年，彼德·麦德沃（Peter Medwar）发现，蛋白质标识或“抗原”出现在细胞表面上，并且被称作 T 型淋巴的白细胞先识别出外来抗原，进而给抗体发出进攻信号，高级物种抗体的发展排斥高级物种的抗原。麦德沃的工作促进了免疫系统是如何工作的及被移植器官的排斥压力这两方面的研究。60 年代以后，医学界陆续发现了有临床实效的免疫抑制药物，如硫唑嘌呤（1961）、泼尼松（1963）、抗淋巴细胞球蛋白（ALG，1966）、环磷酰胺（1971）等。1979 年，环孢霉素（cyclosporin）和其他免疫抑制剂的开发与应用，使异体器官移植取得重大突破，大大提高了移植成功率。

1954 年，默里（Merrill）在波士顿于一对同卵双生子之间进行的肾移植获得了成功，移植后的肾脏立即发挥了作用，患者的健康状况得到了改善，并存活了 8 年。被视为真正成功的现代器官移植案例，成为人体器官移植划时代的标志。此后器官移植获得了飞速发展，1956 年，世界第一例骨髓移植获得成功；1963 年斯塔茨尔（T·Starzl）进行了第一例常位肝移植；同年，哈迪

(Hardy)进行了临床肺移植;1967 年,南非医师巴纳德(C·barnard)又进行了震惊世界的第一例心脏移植手术。尽管这些器官移植或由于技术不完善,或由于免疫排斥反应而遭到了不同程度的失败,但是毫无疑问,今天的器官移植正是建立在这些手术的基础上的。

20 世纪 50 年代以前,器官移植还是一种被人怀疑的技术。但随着显微外科技术、低温生物技术的发展,以及免疫抑制剂的发现,以及解决了器官移植中血型吻合、器官保存和器官排斥三大难题,从而使脏器移植得以顺利运用于临床。此外,由于 1968 年美国医学会接受了新死亡概念,并确定了"脑死亡"的诊断标准,使得一大批欧美国家通过了"脑死亡"立法或以"脑死亡"为技术前提的器官移植立法,使器官移植获得了法治保障,并有效地扩大了移植器官的来源。所有这些,都极大地促进了器官移植的发展。

目前,人体的绝大部分器官都可以被移植。有人统计了人体可以再利用的器官和组织包括:两个角膜;内耳、锤骨、砧骨和镫骨各两个;一个颌骨(用于整容);一个心脏;一个心包(用于手术后包裹大脑);四个独立的心脏瓣膜;两个肺;一个肝;两个肾;一个胰脏(移植该器官可以治疗糖尿病);一个胃;206 块骨骼,包括四肢骨(用于四肢修复)和肋骨(用于整容);两个髋骨);大约 27 块韧带和软骨(用于修复膝及肘关节)等;大约 20 平方英尺的皮肤(用于覆盖烧伤处);超过 6 万英里长的血管(主要是静脉,能用于血管搭桥手术);大约 90 盎司的骨髓。

二十世纪八十年代以后,器官移植日益进入普通民众生活,每年有数以万计的病人在接受器官移植后得以生存。据统计,截至 2002 年底,全球共进行各种器官移植 935 792 例次,其中肾移植 585 877 例次、肝脏移植 112 153 例次,心脏移植 66 559 例次。肾移植是目前慢性肾衰竭的唯一有效治疗方法,而且 5 年存活率已经超过 70%。器官移植技术一直在加速发展,据"全球器官捐献和移植数据库"(Global Data in Organ Donation and Transplantation)统计,2010 年 WHO 成员国实体器官移植例数总计 106 879 例,比 2009 年增长 2.12%。其中肾移植 73 179 例(比 2009 年增长 2.41%),肝移植 21 602 例(比 2009 年增长 2.66%),心脏移植 5582 例(比 2009 年增长 3.21%),肺移植 3927 例(比 2009 年增长 7.08%),胰腺移植 2362 例(比 2009 年增长 1.95%),小肠移植 227 例(比 2009 年减少 11.00%)。数据表明,肝肾移植来源器官与不同国家发展水平有关:发达国家尸体供器官移植较普遍,而中低发展水平国家活体器官来源较多见。

在我国,最早的器官移植发生于 20 世纪 60 年代,是由吴阶平教授完成的 2 例尸体肾移植,1972 年,中山医学院附属第一医院梅骅教授和北京友谊医院于惠元教授等合作完成国内首例亲属肾移植。1977 年,我国的瑞金医院完成了第一例肝脏移植和心脏移植。卫生部在 2012 年制定了《小肠移植技术准入标准》,小肠移植陆续在南京、天津、杭州、西安、北京、郑州、呼和浩特等城市开展。据中华医学会器官移植登记处统计数据,截至 2010 年,中国大陆各种器官移植累计 128 293 例次;肝移植 20 647 例,尸体肝移植 19 224 例,活体肝移植 1423 例;肾移植 106 822 例,尸体肾移植 96 248 例,活体肾移植 10 060 例;心脏移植 952 例,肺移植 238 例;胰肾联合移植 219 例。

三、器官移植的伦理与法律规制与组织管理

如今,世界上大多数进行器官移植的国家和地区都已经就人体器官的捐献和移植制定了统一的法律来规制并促进人体器官移植的发展。

于我国,1999 年第九届全国医学伦理学年会讨论通过了《器官移植伦理原则》,成为这个领域的第一个伦理性文件。该文规范了器官移植的道德行为,也为我国器官移植的立法起到了一定的推动作用。

卫生部于 2006 年 3 月颁布了《人体器官移植技术临床应用管理暂行规定》,并自 2006 年 7 月 1 日起施行。出台这个规定的目的就是要规范人体器官移植技术的临床应用,防止发生技术风险给一些患者带来不利的影响。它最重要的贡献在于对移植机构实行准入制——只有具备

一定技术条件、医疗设备和技术人员的医疗机构才能从事器官移植;同时,它也将“人体器官不得买卖”明确写入法规;《规定》还要求,医疗机构临床用于移植的器官必须经捐献者书面同意。但是,作为卫生部一个部门规章,《规定》具有很大的局限性。

其后,2007年国务院正式颁布了《人体器官移植条例》,使得器官移植的法律规制迈出了关键的一步,也为我们构建了器官捐献与移植的大体框架。条例中规定:人体器官捐献应当遵循自愿、无偿的原则;公民享有捐献或者不捐献其人体器官的权利;任何组织或者个人不得强迫、欺骗或者利诱他人捐献人体器官;捐献人体器官的公民应当具有完全民事行为能力。公民捐献其人体器官应当有书面形式的捐献意愿,对已经表示捐献其人体器官的意愿,有权予以撤销;公民生前表示不同意捐献其人体器官的,任何组织或者个人不得捐献、摘取该公民的人体器官;公民生前未表示不同意捐献其人体器官的,该公民死亡后,其配偶、成年子女、父母可以以书面形式共同表示同意捐献该公民人体器官的意愿;任何组织或者个人不得摘取未满18周岁公民的活体器官用于移植;活体器官的接受人限于活体器官捐献人的配偶、直系血亲或者三代以内旁系血亲,或者有证据证明与活体器官捐献人存在因帮扶等形成亲情关系的人员。

2009年12月,为更好地贯彻落实《人体器官移植条例》,规范活体器官移植,保证医疗质量和安全,卫生部制定了《关于规范活体器官移植的若干规定》,其中规定了活体器官捐献人与接受人仅限于以下关系:(一)配偶:仅限于结婚3年以上或者婚后已育有子女的;(二)直系血亲或者三代以内旁系血亲;(三)因帮扶等形成亲情关系:仅限于养父母和养子女之间的关系、继父母与继子女之间的关系。

我国还没有关于脑死亡的立法。1986年,南京“心肺脑复苏专题座谈会”草拟了第一个《脑死亡诊断标准》(草案)。2002年,国家卫生部推出《中国脑死亡诊断标准》(草案),它并没有上升到法律法规的地位,并且仅仅解决了技术层面的问题,使得“脑死亡”立法一直处于“真空”状态。

欧洲理事会《关于人类器官和组织移植的协定》要求国家担负的第一项相关职责就是保证有一个移植系统存在。由于人体器官供需之间存在巨大差距,2007年5月国务院颁布实施的《人体器官移植条例》中明确提出了“国家建立人体器官移植工作体系”的目标,并在该条例第四条明确规定:“各级红十字会依法参与人体器官捐献的宣传等工作”,这是国家法规中第一次明确红十字会开展人体器官捐献工作的法律地位。明确了红十字会参与人体器官捐献的法律地位后,卫生部与中国红十字会总会进行了多次磋商,于2010年1月,卫生部正式委托中国红十字会开展人体器官捐献相关工作。

2010年3月2日,由中国红十字会和卫生部联合主办的“全国人体器官捐献试点工作启动会”在天津召开,会议确定了《中国人体器官捐献试点工作方案》。在中国红十字会和卫生部联合下发的《关于印发人体器官捐献试点工作方案的通知》中对器官捐献及移植的过程作出较为详细的规定。红十字会作为受卫生部委托的合作部门,业已培养出一支器官捐献协调员队伍,完善一系列相关制度。在红十字会参与的器官捐献架构下,一个具有完全民事行为能力的成年人可以向省级人体器官捐献办公室(PODO)自愿提出器官捐献申请,填写器官捐献志愿书表明自己的捐献意愿。除亲自前往省级红十字会下设的PODO登记外,人体器官捐献协调员在医疗机构中发现的潜在捐献者,也可在协调员的帮助下,完成捐献手续并公证相关资料。捐献者完成登记之后,其资料将被录入中国人体器官捐献者登记管理系统。为了遵循公平、公正、公开的原则规范人体器官分配,卫生部于2010年12月27日印发了《中国人体器官分配与共享基本原则和肝脏与肾脏移植核心政策》。同时,卫生部委托中国肝移植注册中心开发完成了中国器官分配与共享计算机系统。2011年4月13日15时,广州军区广州总医院成功完成了我国首例依据统一的国家器官分配政策、利用中国人体器官分配与共享系统进行的器官分配。一位在该医院匹配名单中排第一位的47岁女性患者获分配到一个O型供肝。这标志着我国正式启动了全

国器官分配与共享体系。

当前，全国范围内的器官捐献和分配由红十字会主导，捐献与移植的管理系统，即全国统一的器官捐献的登记、联网、查询、信息共享系统和全国统一的器官分配系统，已初步成形。

第二节 人体器官移植的伦理困境

如今，器官移植已经成为许多器官衰竭患者挽救生命的终极手段，它在近几十年间得到了突飞猛进的发展，而其未来的发展空间更是难以估量。人们自然会把这项具有开拓性的“高、精、尖”技术称之为现代医学的奇迹，并对之报以厚望。然而，也有一些学者更为冷静地指出，如果对这项技术的广泛使用所涉及的伦理内涵、法律依据和巨大的社会代价缺乏充分的考虑，那么过分地追求这种技术就有可能成为现代医学的一种“错误承诺”。

一、移植技术的伦理困境

器官移植技术经过了半个多世纪的发展，虽然已经有了较大的进步，但是仍然未能达到令人满意的程度。病人接受器官移植后往往需要终身服用免疫抑制剂，这带来两个问题，一是可能导致病人易被感染，并增加了病人罹患癌症的危险，使得病人生活质量不高；二是极大地增加了病人的经济负担，进一步削弱了病人从经济方面改善生活的能力。就另外一些病人来说，接受器官移植的命运更加糟糕，因为他们根本就没有机会活过急性排斥期。例如骨髓移植，迄今为止成功率还是比较低。在这样的情况下，人们完全有理由认为，对病人和他的家庭来说，器官移植仍然是代价高昂、风险极大的治疗方案，一个病人接受器官移植是否值得，须做充分的收益/代价的权衡与比较，并要充分考虑个人的经济状况与心理承受能力。盲目施行一个成功率不高的器官移植手术，很难被视为合乎伦理的行为。

人体器官移植的成功率问题引发的实质上是器官移植给人类到底带来多大好处问题，一种技术给人们带来的益处和代价比例适宜时才能从伦理上接受，这涉及人体器官移植是否符合有利和无伤医学伦理原则。

同时，器官移植技术的成本还很高，器官移植技术的费用极为昂贵。高昂的费用使一般民众只能望而兴叹。发达国家经济条件好一些，但也不是所有民众都有这样的经济能力，至于发展中国家，使用这一技术要么是少数富人的特权，要么依靠政府和社会的资助。因此，难免有人会提出疑问：国家出巨资发展一项只有少数人才享用得起的昂贵技术是否合算？如果不能降低器官移植技术的费用，后续发展是不是医学的误区？

二、器官来源的伦理困境

人体器官器官移植技术面临的最现实矛盾是可供移植的器官奇缺，器官移植技术越是趋于完善，器官的供需矛盾就越大。从器官移植应用于临床起，医学家们就一直在为寻找可供移植的器官而犯愁，许多器官衰竭患者在等待器官的日子里死去了，以美国为例，全国有4000盲人等待角膜移植，等待肾移植的有6000至10 000人，有人等了36年。我国的情况就更加突出，据有关统计，我国每年有50万多万人等待肾移植，而我们近30年所做的所有的肾移植才不到每年的8‰，我国每年新增尿毒症病人约12万，但每年所做的肾移植手术为6000例左右。

目前，制约器官移植技术的最主要的因素就是移植器官的短缺，这带来的首先是如何合乎道德又安全地获取可供移植的器官的问题。

异种器官移植来源丰富，涉及伦理问题较少，而且某些人类身上病毒（如肝炎病毒）不侵犯动物，在人类器官来源紧张时成为另一种选择。近年来，随着分子遗传学、生物基因工程、免疫生物化学的进步，加之免疫抑制剂的不断完善，转基因动物器官作为人体移植用器官已初现曙

光,在不久的将来,异种器官有可能成为人体移植用器官的主要来源。但由于转移人类基因是一个正在研究中尚未成熟的技术,在其转移过程中可能出现失误,故它的应用仍未脱离人体试验的性质;同时,人畜混合生物可能混淆人的生命质量;还有,它又涉及知情同意、病人是否清楚移植动物器官的后果?病人在心理上能否接受一个动物器官?再者,动物器官蕴藏的病毒会传染给人,动物保护等一系列伦理难题。

人造器官在生物材料医学上是指能植入人体或能与生物组织或生物流体相接触的材料;或者说是具有天然器官组织的功能或天然器官部件功能的材料。人造器官主要有三种:①机械性人造器官是完全用没有生物活性的高分子材料仿造一个器官,并借助电池作为器官的动力。目前,日本科学家已利用纳米技术研制出人造皮肤和血管。②半机械性半生物性人造器官将电子技术与生物技术结合起来。在德国,已经有8位肝功能衰竭的患者接受了人造肝脏的移植,这种人造肝脏将人体活组织、人造组织、芯片和微型马达奇妙地组合在一起。预计在今后十年内,这种仿生器官将得到广泛应用。③生物性人造器官则是利用动物身上的细胞或组织,"制造"出一些具有生物活性的器官或组织。生物性人造器官又分为异体人造器官和自体人造器官。比如,在猪、老鼠、狗等身上培育人体器官的试验已经获得成功;而自体人造器官是利用患者自身的细胞或组织来培育人体器官。其中,机械性人造器官、半机械性半生物性人造器官都会产生免疫排斥反应,而生物性人造器官,特别是自体人造器官不会产生免疫排斥反应,移植效果将十分理想。这种器官不但避免了器官摘取的复杂伦理问题,而且移植后不必使用免疫抑制剂,必将是患者的福音。对人造器官的伦理评价主要取决于这一技术的进展程度如何。在技术不完善的情况下利用人造器官会受到许多伦理挑战。这些挑战有:①人造器官是否是病人的唯一选择?②病人的知情同意状况如何?③人造器官是否是优先于利用其他器官来源的发展项目等。

就受体的识别、移植、增殖、免疫排斥来说,胎儿的器官对器官移植具有潜在的优势。有资料显示,胎儿器官(组织)移植一般不出现明显的免疫排斥反应,临床上已有应用胚胎中枢神经组织移植治疗帕金森氏病和小脑萎缩的经验,也有利用胚胎脑组织移植治疗严重脑挫裂伤的成功尝试。莫斯科医学院的Katunian和张正荣分别报告了41例、56例和30例应用胚胎中枢神经组织移植治疗脊髓损伤,发现患者的神经症状均有一定程度的改善。目前用于器官移植的胎儿器官仅有胸腺、胰和肝脏。尽管移植经常只是器官的部分或仅仅为细胞(而不是整个器官),但也并非所有均如此。至于胎儿肝脏,通常从4周到22周的胎儿可以用于移植。使用胎儿器官(组织)的伦理问题包括:胎儿是不是人?应用胎儿的器官、组织、细胞是否需要强调知情同意?医师应该去问谁?出于治疗目的培育胎儿是否道德?胎儿器官、组织、细胞的产业化是否合乎道德?这些问题已经在困扰着临床医务人员。对于利用胎儿器官,人们的担忧主要在于会对胎儿造成伤害,比如为了获取器官而人为杀死胎儿等,因此,许多国家(包括中国)都采取了禁止政策。但是,在不伤及胎儿生命并对其健康没有影响的情况下,以治疗为目的的怀孕则存在合乎伦理的理由。此外,对于那些没有存活可能的严重畸形儿和引产死胎器官的利用,也可以得到伦理辩护。

器官移植在世界范围内实践着。当然,器官移植在这些不同的立法、文化和社会背景下进行,自然其实施会有一些差别。如身处不同文化中的人们对于堕胎的态度常常大相径庭;再如,在某种程度上,不同的国家对于法定死亡的规定是不同的,而后者对器官的来源有很大影响。在许多国家,宗教信仰严重影响了器官移植的相关法律和政策,同时,社会经济环境也是重要的影响因素,如对于器官商业化实践的接受问题便与经济状况紧密相关。器官移植是全世界都期望的治疗方法,如果某个地方不能满足移植的需要,人们便开始把目光投向其他地方,于是"移植旅行"便出现了。通常卖家都是穷国的公民,而受体来源于富裕国家。由此带给我们什么是公正的进一步的思考。

三、器官分配的伦理困境

各国在器官分配上出现了相似的问题——需要进行移植的人数远远超过了可用来移植的器官数量。这是器官分配的最核心的事实。不幸的是，这种事实又不可能消失且正在恶化。每年都有更多的人加入了等待接受移植手术的名单中，移植器官的供求差距不减反增。以肾脏为例，这种差距意味着越来越多的人要依靠血液透析；而对于其他器官来说，这种差距则意味着人们将要死亡。器官永久短缺的事实使得器官的有效使用和平等公平地获得可移植器官的机会成为器官分配争论的永久性特点。

器官分配是一种对稀有资源的分配。事实上，它也是一场零和博弈的竞争。没有足够的器官来满足所有的需要，因此，如果张三得到了，那么李四就会死。同样，如果麻省的移植团队获得了这些肝脏，那么匹兹堡大学附属医院的移植团队就得不到这些肝脏。当医院和手术团队的名气和收入要依靠此类移植手术时，器官分配对他们也会变得重要。因此，器官分配政策决定着哪些医生、哪些医院和哪些病人能获得一份稀有而珍贵的资源。

一般而论，对受体的选择分为两步：第一步为允许部分患者进入器官移植的等待名单。这一步的筛选标准为纯医学性的，包括①在生命器官功能衰竭而又无其他疗法可以治愈；②受体健康状况相对较好，有器官移植术适应证，机体心理状态和整体功能好，对移植手术耐受性强，且无禁忌证。在此阶段，伦理问题出现较少，但仍遇到些的棘手问题，如是否非本国居民应该有权接受国内摘取的器官？具“之前的可归责的行为”和依从性差的患者是否有权利进入等待名单等。

第二步为出现可供移植的器官时，如何从名单上找出最合适的受体。此阶段的选择标准则可透视极强的伦理性，是规制的难点所在。

一般而言，我们对于受体选择考虑如下因素：

（一）前提考虑因素

在进行某一例人体器官移植时，首先需要对病人是否可以得到成功的治疗进行评估，评估的科学依据只能是医学标准，即器官移植的适应证和禁忌证。比如，受者的生命质量状况、受者病情的严重程度和需要的迫切程度、供者与受者的配型相容性程度等因素是纳入选择的前提，如果上述医学标准不具备，就失去了器官移植的必要；如果要在具备“前提因素”的多个患者中继续选择，则需考虑如下其他因素。

（二）至上考虑因素

“捐献者意愿”具有至上性。不论是对于死体器官捐献者、还是对于活体器官捐献者，都应该尊重他们的捐献意愿。我国人体器官移植条例规定：“活体器官的接受人限于活体器官捐献人的配偶、直系血亲或者三代以内旁系血亲，或者有证据证明与活体器官捐献人存在因帮扶等形成亲情关系的人员。”可见，对于活体器官的捐献，根据法律的规定，器官都是给予捐献者上述指定的人员，“捐献者意愿”具有至上性；而对于愿意死后捐献器官的人，如果他（她）生前明确提出了器官的接受者，则也应该首先尊重其意愿。这样，只要满足上述“前提”条件，“捐献者意愿”就具有接受者选择上的至上性。

（三）优先考虑因素

曾经的捐献者及其家属优先获得可供移植的器官。当器官的捐献者及其家属成为器官移植的需要者时，他比一般的需要者优先。一方面，这符合等利交换的公平原则，另一方面，这样才能鼓励更多的人捐献器官，更多的需要者才能从中受益。这样，在具备上述“前提因素”、没有“至上因素”时，“曾经捐献”就成为“优先因素”。

（四）通常考虑因素

“先来后到（登记的先后顺序）”是选择器官接受者的通常考虑因素。在一般情况下，如果

满足上述前提条件，捐献者也没有指定捐献给某个器官移植病人的具体意愿，该接受者或者他的家属又没有曾经捐献过器官，而又有多个患者等待器官移植，这时通常考虑的因素就是按照登记的先后顺序加以确定。

（五）辅助参考因素

“受者的家庭地位及作用”；“受者的社会价值”；“受者的经济支付能力”；“移植的科研价值”；“受者等待的时间”；“移植后的余年寿命”；“捐赠者与受赠者所在地的远近”等因素是辅助和参考因素。在考虑了上述“前提因素”、“至上因素”、“优先因素”、“通常因素”后，如果还是难以确定谁优先获得可供移植的器官，即器官移植的多个需要者的“前提因素”、“通常因素”分别相似、相同或难以比较、又没有“至上因素”和“优先因素”，可以考虑这些参考因素。从总体因素看，这些社会因素只能作为辅助因素，不能作为“前提、至上、优先、通常”标准。

需要说明的是，①在一个移植案例中，上述五类考虑因素并不是同时考虑，而是分别依次考虑的：“前提考虑因素”是选择受者的必要条件因素；在具备该因素后，后面依次考虑到的是选择受者的充分条件因素。例如，在具备必要条件时，如果有“捐献者意愿”的至上考虑因素，那么，就依此选择受者；如果没有该至上考虑因素，那么，看是否有“优先考虑因素”，以此类推。所以，此时，最终考虑的因素反而成了决定性因素。②“辅助参考因素”中多个因素需要综合考虑，但个别因素有时有可能转化为“前提考虑因素”。如，“移植后的余年寿命”从一定意义上反映了受者的生命质量水平，“捐赠者与受赠者所在地的远近”决定是否可以及时将器官运送到受者身边。

四、器官移植后的伦理困境

接受他人器官，会给器官接受者的心理和观念带来哪些影响呢？一般说来，人们会把器官移植理解为人道主义精神的体现，以至于常常忘记它对其参与者精神与情感的意义。但问题似乎并不那么简单。例如，一位英国的心脏移植受体得知供体是来自自己所歧视的种族，他非但没有心存感激而放弃自己的种族歧视观念，反而讨厌移植到自己身体中的心脏。在器官移植手术后，受体会因移植的器官而从一个特定的捐献者那儿获得传染性或是恶性肿瘤等对他造成威胁的疾病。世界范围内，许多国家发生过这类情形，此时的问题是，由谁来承担损失与风险？是捐献方？医方？还是受体自己？

同时，事实表明，从一个死体身上取下器官移植到活人身上在心理上并非是中性的。相反，这可能扰乱受体对身份（统一性）的认知。病人对曾经让他们失望的他们自己器官的态度显然是矛盾的，但这并不就意味着他们就做好了准备安心地接受一个陌生的别人的器官。接受器官成自己身体的一部分常会引发内在危机，因移植的不仅是器官，还有身份。手术给病人身份带来的分裂结果证明医生所谓的“器官移植完全依赖生理机制”的主张有可能是错的，移植有时打开了与不知名供体虚幻联系的大门。这是受体方面给器官移植带来的最大的伦理挑战。

同时，心理上，受体成为了捐献者的债务人。在人类社会中，给予意味着互利主义，保护的是双方的平等的尊严。因此，常态下，接受器官的人被期待给予一定的报答，至少是以感激或爱的形式。那些只索取不给予的人就会遭骂名，天真地接受馈赠的人也会被加予一定的伦理义务——接受是危险的，它会让接受者象征性地变成给予者的债务人，而实际上不能偿还时就会产生一种愧疚，甚至会产生一个永远无法偿还的债务，这些影响人的一生，永远无法摆脱。

想想这样的场景，会令人觉得可悲：对于受体，一旦他们明白移植是必需的，他们就会在还未死但即将死的人身上下赌注。曾经，他们一直都在等电话，希望等到器官即将到来的消息。但是现在，手术后，他们愧疚得不能控制，常常警觉着“自己带着他人的器官”。一个肾衰的年轻患者接受了肾移植手术使他脱离了依靠血液透析的生活。两年后，当被问及他对这个手术有什么想法时，他说他知道自己的肾已经失去功能并且给“扔”掉了，他把新肾看成是“可以使他免

除透析的新器官，它像是假的，它确实是属于另一个人。”这个器官像是从别人那抢的，对他来说很陌生，也给他带了一笔债，使他一生都在愧疚。为了应对负债感，受体常常制定个人计划和解决方案（“一旦我有机会，我也会帮助别人”，“我死时也会捐献器官”）或投入到鼓励捐献中或对其他受体给予心灵上的支持——所有这些都是缓解“符咒”的有效方法。

这种情形同样引起我们的反思，即我们当前的这种不曾留给死体器官受体任何补偿和感恩机会的机制是否真的是伦理的？

总之，器官移植作为“高精尖”的生命技术，只有接受人文精神的拷问才可以与人类的共同命运和福祉联系在一起，否则，这种单纯的科技进步就会失落了“人”；于医疗实践中，只有人文和伦理的回归才是器官移植生命主题的魂魄、精神与落脚点。否则，正如现代核技术应用到军事领域一样，器官移植技术也将成为悬垂于人类头上的达摩克利斯之剑。

第三节　人体器官移植的伦理原则

一、人类健康利益至上原则

该原则要求在人体器官移植技术的应用中，必须把是否符合患者利益作为医师行为合乎伦理的第一评判标准。换句话说，只有医师的行为能够增进患者利益，才可以获得伦理辩护。

医学作为助人的技艺，其价值目标只能是人类的健康利益。在《希波克拉底誓言》中就明确提出了“为病人谋利益”的行医信条。由1948年国际医学大会提出，1949年世界医学协会采纳的《日内瓦宣言》明确规定：“我的病人的健康将是我首先考虑的。”

人类健康利益至上是一切医学行为的基本道德原则，人体器官移植技术当然也不例外。这是因为就当前医学发展水平来说，器官移植对病人仍然是一种风险过大的治疗方法。目前，器官移植的成功率、预后状况、经济代价、对病人机体的损伤等方面都还没有达到理想状态，一些器官移植尚具有人体试验性质，手术痛苦大，病人存活率低。尤其对于有些医疗机构及其医务人员，开展人体器官移植手术还具有试验性治疗的性质，这就存在着“发展、掌握人体器官移植医学技术”与“救治、维护病人健康利益”之间的伦理矛盾，容易出现这些医疗机构及其医务人员过度重视发展、掌握人体器官移植医学技术的情况。这一原则要求在两者矛盾的处理中，应该把病人的健康利益放在更高的位置，绝对不能以发展、掌握人体器官移植医学技术为借口，而让病人承担不适当的风险、遭受不必要的损害。

在器官移植史上，由于器官移植的尖端科技性质，一些医师把自己的人生功利寄托于此，招致了人们的批评。世界上第一例心脏移植手术的实施者、南非医师克里斯蒂安·伯纳德（Christian Barnard）就曾经受到过这种责难。当时有人批评他只想做世界上移植心脏的第一人，而没有给予病人利益以足够的考虑。

总之，器官移植的伦理和法律规制应当达到两个方面的平衡：一方面促进器官移植技术的发展，使之能够在拯救人类生命的意义上具有崇高的道德价值；另一方面，则要防止器官移植技术发展的异化，防止这项技术被恶意地运用，从而侵犯人的生命尊严和生存安全。

二、知情同意原则

在医学领域，知情同意原则意味着医生必须做出充分信息披露以便使具备表意能力的患者在充分理解的基础上得以据此自愿地就某种医疗方案、医疗行为和医疗措施做出是否同意的决定。

该原则要求在器官移植中，应该让器官的供体、受体及其家属知晓（即医生应该披露）关于将要实施的器官摘取或器官移植手术的相关事实与风险信息，并获得关于手术的书面同意。一

般来说，需要披露的信息应涵盖：①所建议和实施的治疗方案的性质、特性、目的；②所建议和实施的治疗方案的预期效果，包括可预见之风险；③有无其他可选择、可替代的治疗方案；④其他可选治疗方案的预期效果，包括可预见之风险；⑤采取某种医疗方案或医疗行为的建议和理由。

具体地，对于受体及其家属来说，知情的内容至少应包括：患者病情的严重程度；包括器官移植在内的所有可能的治疗方案；器官移植的必要性；器官移植的程序；器官移植的预后状况（包括可能的危险和死亡率情况）；对并发症和排斥反应的预防和改进措施；需要终身随访和器官移植以及服用免疫抑制剂的费用等。信息小组讨论会是向受体进行有效告知的最有效方式。同时，受体应该有选择接受与不接受器官及选择器官来源的种类的权利，即患者有权要求医疗单位或者为自己移植的医师告知器官来源的种类，而医方必须完全尊重其接受或拒绝的选择。由于边缘器官的缺陷特性，其使用需要受体的知情同意。

活体捐献者必须被告知有关器官摘除手术的目的、性质、结果和风险的信息。如摘取器官对供者的健康影响、器官摘取手术的风险、术后注意事项、可能发生的并发症及其预防措施等。同时，他们还必须被告知法律所规定的给予他们的权利和保障。他们尤其需要知道他们有权利从有经验的健康专家那里获得独立的关于此行为风险的建议，这些专家并不参与器官或组织的摘除和移植工作。

在M-Ⅲ类心死亡死体器官捐献中，捐献者及其家属还需被告知生命维护治疗的放弃和生命过程（与有呼吸机相比较）缩短的问题、死亡前可能被给予的医疗干涉等问题；活体器官捐献中的受体和捐献者及其家属还要被告知治疗和替代方案对对方的影响和对两者之间关系的影响等。

在供体与受体做决策前，应该对告知的情况（如内容是否充分，是否真正理解等）进行检测。检测可以采取访谈或心理评估等方式。

我们还需认识到的是，随时无条件地撤回同意是受体与供体的自主决策权的一部分，是不容忽视的。

同时，需要注意的是，在器官移植中，手术的知情同意必须采取书面形式，即签署知情同意书。

医师必须清楚，在器官移植技术中，无论对于受体还是对于供体，都必须充分尊重他们的知情权，并取得他们的自主同意，即尊重他们的自主决策权。具体地，器官是人体的重要组成部分，一个公民是否捐赠或接受器官，应该由本人自由、自主决定，或者与家庭成员商议后决定，而不应受到包括诱惑、胁迫等外界因素干扰。这是对供体和受体的人格尊严的尊重。

三、保密原则

保密原则即医生应该尊重供体和受体的隐私权。所谓“隐私”是指个人生活中不愿为他人所知晓的秘密，“隐私权”则是指自然人享有的对自己的生活秘密进行支配并排除他人干涉的权利。而“患者的隐私”是指患者在医疗活动中因医学需要而被医方合法获悉，但不得非法泄露的个人秘密，包括患者之病情、病史、身体秘密等。

在医疗中，更容易被侵犯的当属私人信息秘密了。一般来说，私人信息秘密可以分为以下几个方面：首先，关涉身体与健康的信息，如个人的生理信息（如身高、体重、血型、肤色、相貌、性别等）、身体隐私（指的是自然人不愿意对他人公开的身体部位，特别是涉及到性以及身体缺陷问题）、健康隐私（如是否患有疾病以及精神健康状况、心理健康状况等）；其次，是关涉其社会生活的信息秘密，包括：财产隐私、家庭隐私、个人经历隐私等；再次，是生命信息秘密，即基因秘密。

于医疗中，医生必须对患者的隐私权有体认、尊重与照护，否则，患者难免感到自己的主体性被打折，甚至滑向了客体地位。具体地，医生要树立保护患者隐私之意识，做到：不向无关第

三者或媒体泄露患者的隐私；未经患者同意不得使用患者者的隐私；健全患者资料的储存制度和保密措施，并将涉及患者隐私的资料之储存和使用情况及保密措施告知患者。

在器官移植中，该原则要求从事人体器官移植的医务人员应当对人体器官供体、受体和申请人体器官移植手术的患者的个人资料和数据信息保密。但是，医生保密义务之地位低于医生应给予患者合理保障义务的地位。

具体地，在器官移植中，医务人员应该对供者和受者与此手术相关的私人信息最大限度地予以保密。这种保密，一方面包括对社会和他人保密，如摘取了供者的何种器官、移植给谁等以及受者接受了什么器官，健康状况如何等；另一方面，在死体器官捐献中要坚持“匿名捐献”原则，即不可向受体透露死体器官捐献者及其亲属的个人信息。同时，也不能向捐献方透露受体的信息。也就是说，要在供者与受者之间尽量保持“互盲”，即不透露移植给何人、器官来自何人等信息；再者，对于活体器官捐献来说，病人家属的医学检查结果应该作为保密信息，尤其当配型合适而家属不愿意捐献器官时。

坚持对上述信息保密，主要是出于文化上的原因，也有的出于现实的经济、社会、心理关系的考虑。首先，人们在传统观念上易于将一个人与其器官看作密不可分的统一体，一个接受他人器官的人常常会受到额外的关注，有人会以一种异样的目光来看待受者，这对受者不公平；其次，在中国，受“身体发肤，受之父母，不敢毁伤”的孝道观念以及“全尸而终”的死亡观念的影响，失去某一器官或器官一部分的供者有时会面临此类旧观念的压力。此外，这种保密做法对于那些有意愿捐献器官的潜在人群也是一种消除后顾之忧的鼓励；再次，无论对供者还是受者来说，器官移植都是一种对机体的损伤，会对健康产生影响，特别是对活体供体而言，可能会导致生命质量的下降，从而影响其工作、生活、社交等，因此应予以保密。

同时，需要注意的是，医生保障隐私权的义务之地位低于医生应给予患者合理保障义务的地位，后者包括器官和组织信息的双相可追踪性。即当两种义务出现冲突时，医生的合理保障义务（器官与组织信息的双相可追踪性）是优先的。

所谓双相可追踪性是指移植系统必须保证器官和组织捐献与移植的可追踪性信息的收集和记录。要求可追踪性是因为当前技术还无法完全排除器官移植造成的从捐献者到受体的疾病传播的风险和保存或运输资源（器官）过程中器官被污染的风险。因此，任何器官必须保持可以追踪到捐献者和受体的双相可追踪性。

四、禁止商业化原则

任何影响到人类的医疗介入都会受到某种限制，这不仅是从医学角度来讲的所谓技术限制，还包括因为要尊重人类人格尊严和自然天性而产生的限制，即技术上的可能性并不能成为道德可能性的原因。于是，一个重要的道德限制是，任何将人类器官商业化，或将其看作交易或交换物品的过程都应该被认为是道德上所不允许的，因为将人体当作‘物品’使用侵犯了人的尊严。

同时，有人认为，如果在一个自由的器官市场中器官被贩卖，很有可能是绝望的穷人会出售器官，富人和中产阶级会购买器官（因为需要器官移植的穷人在经济实力上比不过富人），由此带来不公正；也有人认为器官商业化有可能引发潜在的过早的临终关怀。这个问题包含了对器官市场可能会导致无根据摘取危重病人的器官卖到市场的担忧；另外，还有人认为器官买卖无法达到真实的自主决策。因为金钱在整个交易过程中对出卖器官者是一种实质的诱惑，如果出卖器官者不是受到了压力或遇到了特别的经济困难，他不会选择出卖与自己健康紧密相关的器官。

具体地，在器官移植中，禁止器官商业化的原则体现在：任何组织或者个人不得以任何形式买卖人体器官，不得从事与买卖人体器官有关的活动。从事人体器官移植的医疗机构实施人体

器官移植手术，除向接受人收取摘取和植入人体器官的手术费、保存和运送人体器官的费用、摘取植入人体器官所发生的药费、检验费、医用耗材费以外，不得收取或者变相收取所移植人体器官的费用。

1984年9月，美国政府通过《全国器官移植法》，使买卖器官成为非法。此后的1989年，英国政府以法律形式禁止买卖器官，德国也于同年做出了类似的法律规定。在九十年代，韩国、台湾等国家和地区也使器官买卖成为非法。我国人体器官移植条例也明确规定，任何组织或者个人不得以任何形式买卖人体器官，不得从事与买卖人体器官有关的活动。

五、尊重和保护供体原则

在器官移植中，供体和受体应得到平等的尊重和保护。之所以提出此原则，是由于在人体器官移植中，人们的注意力更多地集中在器官的受体身上，很容易忽视器官供体的利益，而供体显然为此作出了巨大贡献和牺牲。该原则要求在人体器官移植中，对器官移植中的供体给予足够的尊重和必要的保护。

器官移植手术能否成功，供体器官是否合适十分关键。不管是死体供体还是活体供体，他们都做出了很大的贡献，应该受到尊重和得到保护。当然，知情同意是对供体的尊重与保护之最重要的手段，除此之外，还有一些特殊的方面。

第一，对尸体应该尊重。对于同意死亡之后捐献器官用于移植的病人，理应得到整个社会的尊重。医生更应当尊重死者的尊严，在摘取器官时，态度应严肃认真，内心应充满对死者的敬意；摘取器官时不能有不必要的伤害；不能有侮辱性的动作；对于摘取器官完毕的尸体，应当进行符合伦理原则的医学处理，除用于移植的器官以外，应当恢复尸体原貌；同时，对离体器官的处置必须符合公序良俗的要求。

第二，在死体器官捐献中，除非一个人已经依法确认死亡，否则不能从他身上摘取任何器官或组织。这是死体器官捐献的底线原则。

第三，在死体器官捐献中，我们应该坚持“病人与捐献人分开原则”，即为了预防潜在利益冲突，于捐献者方面，必须将其“病人”与“捐献人”的身份分开。如照护捐献者的医务人员与摘取与使用器官的医务人员或照护受体的医务人员应该是不同的。同时，“病人与捐献者分开”原则还体现在：①医生要忠诚于病人；②器官移植的目的不能使得医生放松对可能的捐献者的合法合理的医疗标准的执行。尤其，医务人员应采用通行的、受到社会认可的死亡标准，不能因为急于获得移植器官而过早摘取器官。

第四，对于活体供者，除了应予以尊重外，还要给以必要的保护，促其伤口早日愈合，恢复健康。特别是捐献器官不同于一般的手术，器官的残缺一般会意味着生命质量的下降，活体供者是做出了很大牺牲的，所以不但要予以足够的尊重，还要精心护理，尽量使其恢复原有的健康水平。

第五，考虑到从死者身上获取器官数量的稀缺性，社会上存在希望从活体捐献者中获得器官的倾向。但是，在一些情况中，从活体器官捐献者身上摘除器官风险极大，包括医学介入本身所带来的风险和其后并发症等的风险。因此，只有当没有从死者身上获得的合适的可用器官，并且没有其他可选择的具有相似疗效的治疗方案时，才可以从活体捐献者身上摘取器官。

六、伦理审查原则

该原则是指器官移植必须接受伦理委员会的审查，并在伦理审查通过后方可实施。我国对人体器官移植技术临床应用与伦理委员会的组成要求为：它应由医学、法学、伦理学等方面专家组成的，该委员会中从事人体器官移植的医学专家不超过委员人数的1/4。

伦理审查原则是一个程序原则。这一原则要求每一例器官移植及器官摘取都应在术前接受伦理委员会的审查。移植专家小组应该在术前按照规定的时间向伦理委员会提交关于进行

器官摘取手术或器官移植手术的申请，伦理委员会在接到申请后应该按照规定的时间和程序开展独立的审查工作，并按照公认的伦理学原则决定是否允许手术。

我国《人体器官移植条例》规定了人体器官移植技术临床应用与伦理委员会对“人体器官捐献人的捐献意愿是否真实”；“有无买卖或者变相买卖人体器官的情形”；“人体器官的配型和接受人的适应证是否符合伦理原则和人体器官移植技术管理规范”等事项进行审查，最终保证人体器官移植的公平、公正。

七、器官分配公平原则

毋庸置疑，人体器官是极为稀缺的医疗资源，更何况人命关天，器官分配的公平便显得尤为重要，可以毫不夸张地说，器官分配公平与否不仅影响着人们对器官移植技术的信任度，也直接反映并影响着社会公平和社会稳定。美国联合器官分享网就将“公正”引为管理器官分配的一条基本原则。正如联合器官分享网定义的那样，公正要求获取和分配器官的权利和义务要被公平地分配。换句话说，公正要求同样的病人要被同样对待。具体地，在器官分配中，政府需要建立全国统一的器官捐献的登记、联网、查询、信息共享系统和全国统一的器官分配系统；同时，还要设计、执行甚至强制执行合理的器官分配规则，这些规则可以方便器官公平地在移植中心间分享或以一种更为公平的方式在受体间分配。

2010年以前的很长一段时间以来，我国由于缺少全国性器官移植登记、分配的协调管理机构，没有器官供应与分配的网络体系，器官的获得和分配各自为政，既导致了低效，也加剧了分配不公的矛盾，造成严重不公。可喜的是，为了遵循公平、公正、公开的原则规范人体器官分配，卫生部于2010年12月27日印发了《中国人体器官分配与共享基本原则和肝脏与肾脏移植核心政策》。同时，卫生部委托中国肝移植注册中心开发完成了中国器官分配与共享计算机系统。2011年4月13日15时，广州军区广州总医院成功完成了我国首例依据统一的国家器官分配政策、利用中国人体器官分配与共享系统（COTRS系统）进行的器官分配。这标志着我国正式启动了全国器官分配与共享体系。总之，全国统一的器官捐献的登记、联网、查询、信息共享系统和全国统一的器官分配系统于近几年开始起步。

同时，完善人体器官移植的法律体系与伦理原则体系是实现公平与公正的制度保证；增加器官供给渠道和保证接受者负担起手术等有关费用是实现公平与公正的关键；一定程度的“公开”是实现人体器官移植公平公正的程序保证；建立人体器官移植工作体系是实现公平与公正的组织保证。

本章小结

器官移植作为延长生命的医疗方式，其特殊重要性更在于伦理方面和法律方面，而不仅仅在于成本或技术。它显示出技术进步与法律和伦理之间形成的持久张力。它在法律、道德、文化方面引起的震动与其在临床、心理、生物等领域的突破一样巨大。正是认识到器官移植这一高精尖的生命技术在临床运用过程中可能带来的大量的社会问题，为此，我国在首先确立了器官移植的伦理规范后，又已经将它的运行纳入到了法治的轨道，并初步形成了全国统一的组织管理体系。因此，在器官移植技术的应用过程中，我们医务人员必须正确面对并认真分析器官移植中存在的伦理问题，认真研究并遵循人体器官移植的伦理原则。同时，我们还必须学习相关法律和管理规范，确保自己的行为在我国已经确立的器官移植的法律与组织管理框架下进行。只有这样，才不至于丢失器官移植技术为人类健康谋福利之目的的本真。

复习思考题

1. 人体器官移植中存在哪些伦理困惑?
2. 试对人体器官移植中器官来源进行伦理分析。
3. 试对人体器官移植中受体选择进行伦理分析。
4. 人体器官移植应该遵循哪些伦理原则?
5. 如何解决人体器官移植中的供需矛盾?

本章作者及联系方式

蔡昱(云南财经大学法学院,昆明市龙泉路237号,邮编:650221 E-mail yucaicn@vip.sina.com)

王云岭(山东大学医学伦理学研究所 济南市文化西路44号 邮编 250012 E-mail wangyl@sdu.edu.cn)

曹永福(山东大学医学伦理学研究所 济南市文化西路44号 邮编 250012 E-mail cyongfu@sdu.edu.cn)

Notes

第十二章　生物医学前沿中的若干伦理问题

教学目的

掌握国内外伦理学界对干细胞研究、人类克隆技术和基因治疗的主要分歧和观点；熟悉生物医学发展中的主要伦理问题，熟悉这些问题产生的原因以及相关医学技术本身的临床价值；了解医学发展中伦理问题的各种争论，学会用自己的思维分析和判断问题，寻求正确答案。

【案例 12-1】哈佛教授寻代孕母亲，欲克隆一个尼安德特“远古人”

据外媒报道，美国哈佛大学医学院一名著名的基因学教授正在寻找一名勇敢的代孕母亲。不过，这位代孕母亲将来生下来的孩子不能算是严格意义上的人类，而是人类的远古近亲——尼安德特人。

目标：让尼安德特人复活

乔治·彻奇是哈佛大学医学院分子生物学和基因学的教授。他是全球合成生物学的先锋，曾经参与人类基因组计划的发起，并帮助建立过两家生物科技公司。

彻奇教授近期的一个计划是借助基因重构技术和代孕技术，使人类的远古近亲——尼安德特人复活。尼安德特人距今大约 20 万~3 万年前生活在欧洲至中亚地区，大约在 3 万 3 千年前灭绝。

“尼安德特人的思维可能和我们很不同，甚至可能比我们聪明。”彻奇教授在接受德国《明镜》周刊采访时说道。他认为，他的科研项目将为人类带来帮助。

彻奇教授在接受《彭博经济周刊》时还表示，他相信将来有可能兴起生尼安德特人的潮流。他还说，尼安德特的婴孩成长速度比较快，暗示养育过程可以省去一些麻烦。

尼安德特人虽然曾经和现代人类的祖先共同生活在地球上，但在分类学上和现代人类（智人）同属不同种。在许多纪录片中，尼安德特人被描述成充满兽性野蛮人。不过，科学家认为，因为尼安德特人的头颅容量比现代人类大，所以他们很有可能比我们聪明。

方法：重构基因借腹生产

为了让尼安德特人复活，彻奇教授的第一步是重构尼安德特人的基因。在彻奇教授的实验室里，他们保存着许多尼安德特人的遗骨化石。通过对遗骨化石的全面分析，彻奇教授们已经有足够的信心能够构建出尼安德特人的 DNA 来。

然后，重构的尼安德特人 DNA 将被植入人类干细胞，并进一步植入人类胚胎中，形成一个混种胚胎。这个胚胎将在实验室中培养数天，最后被植入代孕母亲的子宫。

据彻奇教授介绍，干细胞引导混种胚胎像尼安德特人，而不是人类的方向发育，所以最终出生的婴儿将是一个“新尼安德特人”。

对于自己的计划，彻奇教授信心满满地表示，这个计划取决于很多因素，但他相信可以成功。“现在，我需要一位有冒险精神的女士。”他说。

争议：技术与伦理有疑虑

一些科学家表示，彻奇教授的项目在理论上是可行的，但另外一些科学家则提出一些担忧。

美国博客网站 Gawker 发表的一份研究结果表明，尼安德特胎儿的头部比人类胎儿的头部长而大，而尼安德特女人的产道比人类的宽。同时，由于尼安德特胎儿在离开产道之前不用转动胎位，所以整个分娩过程和人类大不相同。让一个人类代孕母亲分娩一个尼安德特胎儿，显然不是一个简单的任务。

还有科学家担忧，尼安德特人未必具有现代疾病的免疫能力，诞生下来后可能难以存活。况且，整个培育过程也有可能造成胎儿的畸形。

此外，彻奇教授的项目很有可能遇到法律上的障碍。比如说，在英国等许多国家，通过克隆繁殖人类是被法律所禁止的。但彻奇教授的项目由于“过于前沿”，因此还没有被现有法律所覆盖。

美国科罗拉多州立大学的生物伦理学家伯纳德·洛林则认为，让尼安德特婴儿出生在一个“容易被人嘲笑或者被人畏惧的环境中”，是不公平的。

（http://edu.people.com.cn/n/2013/0122/c1053-20279087.html，人民网，2013 年 1 月 22 日 07:32）

讨论与思考：你对医学高新技术应用的看法与态度是什么？对于生物医学前沿科学研究你认为有无禁区？

【案例 12-2】湖南黄金大米事件

黄金大米是一种外观为黄色的转基因大米，其不同于普通大米的主要功能是含有胡萝卜素，理论上可以通过食用金大米来预防维生素 A 缺乏症。

2008 年 5 月 20 日至 6 月 23 日，含“黄金大米”实验组的试验在湖南省衡南县江口镇中心小学实施。试验对象为 80 名儿童，随机分为 3 组，其中 1 组 25 名儿童于 6 月 2 日随午餐每人食用了 60 克“黄金大米”米饭，其余时间和其他组儿童均食用当地采购的食品。

该项目实施时，负责人汤光文、荫士安和王茵未在现场履行告知义务，在试验期间始终没有告知当地主管部门和项目承担单位开展的是“黄金大米”试验；在与学生家长签署知情同意书时故意使用“富含类胡萝卜素的大米”这一表述，刻意隐瞒了使用“黄金大米”的事实。

中国疾病预防控制中心等单位的调查发现，该项目所用“黄金大米”从境外带入时未经申报批准，违反了国务院农业转基因生物安全管理有关规定。该项目在伦理审批和知情同意告知过程中，刻意隐瞒了试验中使用的是转基因大米，没有向学生家长提供完整的知情同意书，违反了卫生部《涉及人的生物医学研究伦理审查办法（试行）》规定以及科研伦理原则，存在学术不端行为。项目主要当事人在接受有关部门调查项目实施情况时，隐瞒事实并提供虚假信息，严重违反科研诚信。（http://news.china.com/domestic/945/20121206/17569121.html，2012-12-06，人民网，有改编）

讨论与思考：在基因治疗及其研究还存有许多风险的情况下，应遵循怎样的伦理原则开展这类探索？

在具有探索性质的生物医学高新技术研究与应用中，不仅要考虑研究与应用本身是否出成果，还必须考虑在此一过程中涉及的一系列伦理道德方面的问题，注重加强对医学科学研究和医学高新技术应用的伦理思考与审查。

第一节 人类胚胎干细胞研究伦理

所谓的胚胎干细胞（embryo stem cell，ESCs）是指从人的早期胚胎中提取的一种细胞，它具有“发育全能性”的功能，能分化成人体的 200 多种细胞，形成机体的任何组织器官。人们所期

Notes

望的是通过研究和探索掌握其分化发育的规律，在人工条件下促使干细胞定向分化、发育为所需的细胞、组织乃至器官，就可以用来治疗目前还难以治愈的帕金森氏病、早老性痴呆、白血病、糖尿病等顽疾，并且解决十分紧缺的组织和器官移植的来源问题。进一步与克隆技术相结合，还能解决细胞治疗以及组织和器官移植的免疫排异难题。这就是人们津津乐道的所谓21世纪“再生医学”的曙光。

胚胎干细胞研究在世界范围内引起了激烈的伦理争论，这种争论反映了在生命科学技术迅速发展的时代，人们的期盼和面临的道德难题及伦理困惑。有人认为这项研究是科学技术进步的表现，能够为人类的健康带来福音；但也有人认为，进行胚胎干细胞研究就必须破坏胚胎，而胚胎是人尚未成形时在子宫内的生命形式，因此，如果支持胚胎干细胞研究就等于是怂恿他人“扼杀生命”，是不道德的，违反伦理的。因此，社会层面上的伦理之争已经成为胚胎干细胞研究不能回避的问题，科学与伦理必须从人类根本利益和社会发展的未来出发做出理性的抉择。

一、人类干细胞及其社会功能

胚胎干细胞是指从桑椹胚或附植前囊胚内细胞团分离的多潜能细胞，它具有体外培养无限增殖、自我更新和多向分化的特性。无论在体外还是体内环境，ES细胞都能被诱导分化为机体几乎所有的细胞类型。研究表明，人类ES细胞也可以分化为滋养层细胞、神经细胞、神经胶质细胞、造血细胞、心肌细胞等。ES细胞不仅可以作为体外研究细胞分化和发育调控机制的模型，而且还可以作为一种载体，将通过同源重组产生的基因组的定点突变导入个体，更重要的是，ES细胞将会给人类移植医学带来一场革命。1998年10月，权威的美国《科学》杂志发表了胚胎干细胞研究的两大突破性成果：一项是，美国威斯康辛大学的汤姆森教授从不孕症夫妇捐赠的辅助生殖的多余胚胎中提取胚胎干细胞，建立了人的胚胎干细胞系。另一项是，霍普金斯大学的吉尔哈特教授从流产胎儿尸体分离出胚胎生殖细胞，建立了多能干细胞系。1999年，这两项成果被《科学》杂志评为1998年十大科技进展之首，并在科学界迅速兴起胚胎干细胞研究的热潮。

（一）基础医学方面

1. 用于细胞分化机制的研究　通过研究饲养层抑制胚胎干细胞分化的生理机制，将有利于从基因转录、翻译等水平对细胞进行操作，定向改变细胞分化的方向。通过研究胚胎干细胞的定向分化，形成某种组织细胞，应用于临床实践。

2. 用于人胚胎发育及疾病发生发展的有关研究　限于法律和伦理等方面的原因，目前对人胚胎的了解还局限于从胚胎组织切片和其他种属胚胎的研究中获取的信息。如能弄清细胞分化的发育过程，通过对各时期基因表达的研究，可进一步了解人自身胚胎发育规律和畸形胎儿、胚胎肿瘤的发生机制，为胚胎干细胞体外定向诱导分化奠定基础。

（二）临床医学方面

1. 用于癌症的治疗　癌症患者的造血功能由于化学药物治疗和放射线治疗会遭受到严重损伤，如果完全依靠自身是难以恢复机体全部免疫功能的，而免疫功能对于癌症患者的治疗来说非常重要。为此，如能将诱导分化后的胚胎干细胞移植给接受大剂量放疗和化疗的患者，就有可能恢复其造血和免疫功能，这为癌症的治疗带来了新的突破。

2. 用于心血管疾病的治疗　冠心病、心肌病、心力衰竭等各种因心肌损伤而致的心脏疾病，其共同特点是具有完整收缩功能的心肌细胞的数量相对或绝对减少，且无再生修复能力。为此，诱导干细胞分化成相应的心肌细胞，以修复被损伤的心脏已成为当前研究的热点。目前已有科学家成功地从人胚胎干细胞系分化出了心肌细胞，这为人类心脏修复打下了基础。

3. 用于神经系统疾病的治疗　许多神经系统疾病实际上是由于神经细胞的缺失所致，如果通过控制胚胎干细胞生长环境、向胚胎干细胞转染某一种系细胞形成的决定基因或利用某种系特定启动因子控制的抗药性基因富集转基因胚胎干细胞，就可以获得特定种系的较纯化的细

胞。将这些细胞用于移植治疗，将给帕金森病、脊髓损伤等神经系统疑难疾病的治疗带来希望。

4. 用于糖尿病的治疗 由于糖尿病发病机制还不清楚，目前仍缺乏有效的根治方法。人胚胎干细胞可定向诱导分化为胰岛细胞，为已经丧失胰岛细胞功能的糖尿病患者带来希望。因此进一步研究胚胎干细胞定向分化为胰岛细胞的分子调控机制，将有利于糖尿病细胞的治疗。

5. 用于肝脏疾病的治疗 研究发现胚胎干细胞经过类胚体发育阶段，在特定培养条件和d-FGF、HGF等生长因子的作用下还可以诱导定向分化为肝细胞，这种细胞分化系统有望成为肝细胞替代疗法中的新型干细胞来源。

6. 用于烧伤和创伤的治疗 目前临床上对烧伤或创伤患者进行整形修复时主要是依靠自体皮肤的移植，但对于大面积严重烧伤或损伤的患者根本无法移植，胚胎干细胞可以诱导分化为表皮干细胞，可以移植到患者皮肤进行修复。

7. 用于骨和软骨疾病的治疗 在临床上常常见到因骨和软骨数量不足或功能缺陷引起的骨和软骨缺损性疾病。如遗传性成骨不全、软骨发育不全、关节软骨受损性关节炎、骨折等严重损伤。胚胎干细胞在含有地塞米松、β-甘油磷酸、维生素C的培养液中或与成骨细胞共同培养可促进胚胎干细胞向成骨细胞分化，这无疑为严重的骨及软骨疾病患者提供了更多可选择的方法。

8. 用于器官组织移植 胚胎干细胞作为一种“种子细胞”为临床的组织器官移植提供了大量材料。人胚胎干细胞经过免疫排斥基因剔除后再定向诱导终末器官以避免不同个体间的移植排斥，就可能解决同种异型个体间的移植排斥难题。

9. 用于基因治疗和基因功能分析 胚胎干细胞是基因治疗的良好靶细胞，利用基因打靶载体使外源DNA与胚胎干细胞中相应部分发生重组或靶向破坏等位基因，造成基因纯合失效来治疗疾病，具有基因转移效率高、易于操作的特点。胚胎干细胞与基因打靶技术相结合对人胚胎干细胞进行基因重组、特定基因删除或突变，有助于人类基因功能研究。

10. 用于新药研制和开发 由于人胚胎干细胞可以在体外培养出人体210种不同类型的细胞，所以可以对不同药物进行不同细胞类型的细胞水平的致畸实验和药物筛选，使药物的研制过程更趋合理有效，并避免消耗大量实验动物。

二、胚胎干细胞研究的伦理争论

人胚胎干细胞以其重大的科学、生物医学意义与商业前景在世界范围内激起了研究与应用它的热潮。然而人类胚胎干细胞的研究离不开胚胎干细胞的获取和人类胚胎实验，它触及了人类传统的伦理道德底线，产生了一系列伦理争论。有学者认为，伦理学的争议是目前胚胎干细胞研究与应用的一大障碍。

（一）关于人类胚胎伦理地位的争议

人类胚胎干细胞的材料来源有：人工授精中捐献的多余胚胎、死亡胎儿尸体、体细胞核转移术（SCNT）所创造的胚胎。所有这三种来源都涉及一个敏感问题，即人类胚胎，人类胚胎干细胞的伦理争议总是围绕着“人的生命从何时开始”的问题而展开，也就是胚胎是不是人，或者胚胎的哪个阶段标志着生理意义上的人已经诞生了。由于研究者的生活环境、文化背景和信仰的不同，对人胚胎的地位认识就不同，目前有两种针锋相对的观点：一是认为人的生命是从受精卵开始，人类胚胎实验就是对人的不尊重，是侵犯人权，损毁胚胎也就等于谋杀生命。因此，反对人胚胎干细胞的一切研究。如，欧洲的一些发达国家，都以法律形式禁止堕胎并禁止胚胎实验。二是认为早期胚胎只是生物细胞组织，是生物学意义上的人，只有当胚胎发育到14天开始有了感觉神经系统，才具有人格生命，才算得上是道德意义上的人。所以前胚胎时期，在严格管理调控下进行胚胎干细胞研究，伦理上是可以接受的。如，英国、日本、以色列等国允许将发育14天内的胚胎可用于特定目的的研究。在一些发达国家，胎儿的生命权一直都得到了充分的尊重和

认定。然而当胎儿的生命权与其他人的生命或权益发生冲突时，也提倡遵循“两害相权取其轻”的伦理原则。以德国为例，堕胎在原则上讲是违法的，然而法律又规定，只要胎儿与孕妇在权益上发生冲突，且又无任何其他出路可供选择，三个月之内的堕胎是合法的。另外，病人急需胚胎干细胞治疗时，胚胎的生命应让位于患者的生命，以挽救无数病人宝贵的生命。

我国古代的伦理观念中，并不存在像西方那样将胚胎视为人本身的传统。如“计划生育”被定为基本国策推行二十余年后，人们都能够接受人工流产，因此，我国人胚胎干细胞的研究受到的伦理困扰比西方国家要小，但对西方国家正发生的科学与伦理之争也给予了高度的重视。如，2001 年 10 月，国家人类基因组南方研究中心伦理学部就已提出《人类胚胎干细胞研究的伦理准则（建议稿）》，认为人类胚胎干细胞在遵循“行善和救人、尊重和自主、无伤和有利、知情同意、谨慎和保密”的伦理原则下，赞同“对 14 天以内的人类胚胎可以用于实验研究”的观点。2003 年 12 月 24 日国家科学技术部、卫生部发布《人胚胎干细胞研究伦理指导原则》，规定“用于研究的人胚胎干细胞只能通过下列方式获得：（一）体外受精时多余的配子或囊胚；（二）自然或自愿选择流产的胎儿细胞；（三）体细胞核移植技术所获得的囊胚和单性分裂囊胚；（四）自愿捐献的生殖细胞。”“利用体外受精、体细胞核移植、单性复制技术或遗传修饰获得的囊胚，其体外培养期限自受精或核移植开始不得超过 14 天。”同时规定禁止生殖性克隆，禁止买卖胚胎、受精卵。

（二）人类胚胎干细胞研究的新方法与伦理

各国科学家为了解决胚胎干细胞研究中的伦理问题，在技术和手段等方面做了许多探索，目前已经有了新的进展，俗称绕过“伦理”的干细胞研究，主要的技术手段有：

1. 不损伤胚胎提取干细胞　2006 年 8 月，英国《自然》杂志公布了一项新的技术突破。美国科学家在不损伤胚胎的情况下，成功提取了人类胚胎干细胞。新的干细胞提取法只需要在胚胎发育的最初阶段提取一个细胞。而胚胎中的其余细胞可以继续发育成胎儿。这种方法很有可能平息美国最激烈的政治和伦理争论。最近几年，科学家提出多种在不破坏胚胎的情况下获得人类胚胎干细胞的想法。其中之一就是从发育的早期胚胎中采集单个细胞，将此单个细胞培育成为细胞系，而剩下的胚胎能够保持其发育的完整性。2005 年 10 月，研究人员已经成功地实现了将来自老鼠早期胚胎的单个细胞培育为胚胎干细胞的技术。如今，他们又将这种技术应用到人类干细胞研究。

2. 从死亡胚胎中提取干细胞　英国纽卡斯尔大学干细胞生物学中心的科学家从已经死亡的人类胚胎中提取出干细胞。并将它们培育为活组织。这项技术将有可能使科学家在未来的研究中少使用或不使用活胚胎，同时有可能加快为早老性痴呆症和帕金森病患者提供治疗的步伐。这一试验是 2005 年由在纽卡斯尔大学干细胞生物学中心工作的斯托伊科维奇教授完成的。斯托伊科维奇目前任塞尔维亚医疗研究中心负责人。他说，他和他的同事们获得了 13 个已经死亡的胚胎，这些胚胎都是在培育试管婴儿过程中死亡的，它们在受精仅几天后就死亡。胚胎死亡后，科学家们又守候了整整 24 小时；当确信它们死亡后，才开始进行试验。斯托伊科维奇说：“这些胚胎都停止了发育，换句话说，也就是都死亡了。但是，胚胎中的干细胞还有能力发育成人体任何种类的细胞，包括肾细胞、肝细胞和皮肤细胞等等。”斯托伊科维奇认为，这项研究能够说服那些反对进行干细胞研究的人，因为在未来的所有研究中将可能不再需要活胚胎。试管婴儿用于解决不孕夫妇的生育问题。尽管培育试管婴儿的技术已经有将近 30 年的历史，但是试管婴儿的成功率并不高，一般医院的成功率为 15%~30%，较好的也只有 40%。因此，利用试管婴儿培育过程中的死亡胚胎，使避免使用活胚胎变得可能。这也意味着可供研究的胚胎更多了，研究进程也将加快。

3. 利用新技术制造胚胎干细胞　苏格兰的研究人员利用一种全新的 3D 打印技术，首次用人类胚胎干细胞进行了 3D 打印，研究的相关论文已发表在《生物制造》刊物上。在这一研究中，

研究者们使用了一种专门定制的“气动打印技术”。在实验过程中，胚胎干细胞和培养液将会被事先存放在打印机中的两个独立容器里，然后规则地摆放在培养皿上，形成一个个球状细胞团。根据需要，每个细胞团可由 5 到 140 个分离的细胞组成，其直径在 0.25 到 0.60 毫米之间。该项研究的主要人员，苏格兰赫瑞瓦特大学的 Will Wenmiao Shu 博士说，这种气动打印技术非常地柔和，足以保持干细胞的高存活率，并且也能够精确地制造出统一尺寸的细胞团。更重要的是，打印出的胚胎干细胞保持了它们的多能性可以像正常的人类胚胎干细胞一样分化成其他各种细胞。3D 制造技术的使用有助于降低人类对于胚胎干细胞研究的伦理敏感性。

三、人类胚胎干细胞研究和应用应遵循的伦理原则

胚胎干细胞技术，或任何一项生命科学技术都具有双面性，如同一把双刃剑。因此人类应该尽可能发展新技术，并且充分利用新技术有益于人类的一面；同时，也应该限制或者制止新技术可能带来的对人类的负面影响。如果一味的放任技术的发展，没有相关的伦理、法规限定，就完全有可能出现技术发展会对人类的负面影响，甚至毁灭人类。生命伦理学是科学与人文相互交叉、相互渗透的重要领域，体现了当今文化发展的趋势和文明进步的潮流。一方面，它要维护科学的利益，保护和促进科学的健康发展，而不能成为科学发展的障碍。另一方面，它又要维护人的权利和尊严，使科学更好地为人类造福，而不是危害人类。因此，生命伦理学要在科学与人文两者之间寻求平衡与和谐，既要遵循人类发展的规律，又要尊重人的尊严与科学探索的自主性。为此要在生命伦理学基本原则的基础上，根据人类胚胎干细胞研究的特点和社会要求，制定相应的原则。目前国内外比较公认的人类胚胎干细胞研究应当遵循的原则有以下几条：

1. 尊重原则 人类胚胎是人类的生物学生命，具有一定的价值，应该得到人的尊重，没有充分理由不能随意操纵和毁掉人类胚胎。人类胚胎干细胞研究对于治疗人类多种疾病具有潜在价值，因此有理由允许和支持利用人类胚胎进行干细胞研究。

2. 知情同意原则 必须告知人工流产的胎儿组织或体外受精成功后剩余的胚胎的潜在捐献者、配子或体细胞的潜在捐献者有关干细胞研究的信息，获得他们自由表示的同意，并给予保密；同样将来在将干细胞研究用于临床时，也必须将有关信息告知受试病人及其家属，获得他们的自由同意，并给予保密。

3. 安全和有效原则 必须设法避免给病人带来伤害，在使用人类胚胎干细胞治疗疾病前必须先进行动物实验，在证明对动物安全和有效后方可进行临床试验。临床试验应遵照国家药物管理局有关新药临床试验和基因治疗的规范。

4. 防止商品化原则 人类胚胎不是商品，不能进行买卖。禁止一切形式的买卖配子、胚胎、胎儿组织行为。应提倡捐赠进行人类胚胎干细胞研究所需的组织和细胞，捐赠者不应从该细胞研究中得到任何经济上的回报。

第二节 克隆技术伦理

本章开头案例中所讨论的克隆（clone），按照世界卫生组织 1997 年所做的非正式声明中的定义，是指无性繁殖产生出遗传上同一的机体或细胞系。而克隆技术指在人工干预和控制条件下实现使生物无性繁殖的过程及结果，其包括微生物、植物、动物和人几种层次的克隆。这种技术要求直接利用雌体或雄体已经高度发育了的体细胞基因，人工激活后自行分裂而发育出成熟个体。这样繁殖出来的个体在基因型上与其前代完全同一，并可以不受自然条件限制而产生极大的数量。“克隆羊”的成功在理论上开辟了“克隆人”的可能性，因为在人与高级哺乳动物——羊之间不存在着不可逾越的鸿沟。正是因为如此，这才使人文社会科学各领域和社会各个方面开始急切地关注“克隆人”是否真的会出现；“克隆人”的研究是否合理；“克隆人”的出现将会使

我们面临哪些社会问题等等。

一、克隆技术及其科学与社会价值

到目前为止，人们应用克隆技术有两种目的：一是作为基础研究或以治疗人类疾病为目的的治疗性克隆；二是以复制人为目的的生殖性克隆（克隆人）。治疗性克隆技术是指用 SCNT，建立胚胎多能干细胞系，从中提取胚胎干细胞，并在体外诱导其分化成病人所需要的特定细胞、组织乃至器官，再将之移植到发病部位，起到修复病人的组织或器官的作用。治疗性克隆在临床上应用的优势在于：由于移植细胞组织的基因与病人的基因完全相同，不会产生通常器官移植中出现的免疫排斥反应。而且克隆人胚胎使人胚胎干细胞来源更加丰富、持久，还有可能使人的组织器官的培养工业化和器官供应专一化。因此，治疗性克隆技术将给病人带来巨大的福音。这在上一节中已经讨论。而生殖性克隆需要将克隆的人类早期胚胎植入子宫内继续发育，以培养存活的个体，与治疗性克隆在应用目的上有着根本的区别。

科学发展史表明，每当科学技术发展到一定阶段，当一项重大科学奥秘摆在人们面前时，没有哪一种力量能够阻止去揭示这一奥秘的努力。这不仅仅是个人兴趣使然，也是因为有着某种潜在或现实的社会需求。科学的发展与社会经济、文化、伦理的发展密切相关、互相制约，但它有着自身内在的发展逻辑和动力，这种动力来自于人们满足自身智慧的好奇，来自于各项科学技术成果互相依托和互相推动的需要。克隆技术运用于植物和动物，运用于人体局部器官生产的合理性已经得到了人们的认同。但当克隆技术即将进展至“克隆人”研究的阶段时，却遭到了许多人的反对。他们的理由是：由于“克隆人”是无性繁殖，那么大量“克隆人”的出现必将引起立足于传统生育模式的两性婚姻、家庭、亲属关系、社会伦理关系的混乱。

二、克隆技术的伦理争论

目前，世界上大多数人都对克隆人持反对意见。一种反对意见是基于生物技术上的考虑。现今虽有极少数动物克隆成功，但这并不意味着人们已经掌握了克隆人的技术。其次，以克隆羊为例，在培育多莉的过程中，科学家共克隆出 277 个绵羊胚胎，但最终成功地使母羊受孕并生产的只有多莉一个。倘若将该技术应用于人类，极有可能使供卵者承受控制荷尔蒙的风险，增加孕母的流产次数，对母体造成极大的伤害。再次，克隆动物夭折率高，不少克隆动物天生患有疾病或体形过大，技术上的不成熟将直接威胁克隆人的生命。爱丁堡罗斯林研究所副所长格里曾承认，克隆出来的人很可能是早产儿，极易死亡，极易患癌症并且极易早衰。不过，随着克隆技术的改进，成功率将有望增长。最近有科学家提出，克隆动物成功率低，极有可能是在操作过程中使动物基因丢失了一个或多个甲基所致。这一发现将有助于及早对胚胎进行筛选，剔除那些因丢失甲基而产生基因缺陷的胚胎，提高克隆试验的成功率。

在生命伦理方面，最突出的是人的本质问题。众所周知，人是一种具有社会属性、自然属性、思维属性的动物。反对者的观点认为，就社会属性来看，人不是一个孤立存在于世上的个体，而是处于各种复杂社会关系网中的群体。在各种社会关系之中，与人最密切、最直接的就是血缘关系和姻亲关系。而克隆人却不要两性的精子与卵子结合，而只需要单一的卵子和体细胞，克隆人一旦出现，就会打破世界原有的人与人之间的伦常关系。用一个人的体细胞克隆出来的人是体细胞提供者的弟弟或妹妹，还是儿子或女儿？让人琢磨不透。此外，作为人的本质的社会属性在内容上将发生极大的改变。从自然属性和思维属性方面来讲，人是个人基因的偶然产物，单个人之间在基因和思维方式上存在很大差别，这从自然性方面决定了人类具有丰富性、多样性、创造性，不像一般的昆虫那样是一种单色调的群落。但克隆人却违背了自然的法则，它把神圣的人降格为物，从而使人成为技术操纵的对象，以及可以在流水线上大量复制的产品。个体生命的诞生不再是一件值得敬畏的奇迹，而是一种深深的必然，从某个已知的体细胞中再克隆

出一个生命，它必然与它亲代在基因上完全相同。于是，人类不仅有可能在生理和心理上变得同一化和单一化，对环境的适应性和思维的创造性被削弱，而且使源于宗教和哲学的人的尊严感、荣誉感日渐微弱，人类的传统人生价值受到质疑。

在科研道德方面，主要是政府理性和科研人员的道德素质问题。人们担心，在克隆人技术方面，由于科研人员的道德素质差异，完全有可能因为少数科学家的兴趣而挑战人类规范，出现难以控制的局面，即克隆人降临人世，并且被当作研究的工具。考虑到克隆人问题可能带来的复杂后果，世界各国，尤其是生物技术发达的国家，大都对此采取明令禁止或者严加限制的态度。1997 年，克隆羊多莉诞生后，克林顿政府就签署了禁止用联邦经费资助克隆人研究的法案。1998 年 1 月 13 日，欧洲 19 个国家在巴黎签署了一项严格禁止克隆人的协议，这个称为《人权与生物医学公约》的议定书是第一个禁止克隆人的国际法律文件。

目前已有 23 个国家明令禁止生殖性克隆。但是尽管各国采取了一些措施，仍然有一些科学家不顾各方的反对宣布进行克隆人试验。有消息透露，某邪教组织目前正在美国克隆一名 10 个月龄的因故夭折的婴儿。而据美国《科学》杂志等媒体报道，已有志愿者参加克隆人的试验。在这些消息面前，我们看到的是科学家们所具有的道德素质和所面临的道德责任问题。不可否认，在这些试验研究者中，有些科学家进行克隆人试验，的确是为了解决不孕夫妇的生育问题，有些是为了进行医学研究，不过也有人只是为了获取丰厚的利润。

三、如何看待克隆技术与克隆人

1. 关于人的属性与特征 “人”首先作为自然人在系统育谱上属脊椎动物门，哺乳动物纲，灵长类，人科、人属的人；人相对于其他动物又是有主体性、创造性、理性、文化性等方面的特殊性，其本质特征有：

（1）人是一种实践的存在：在实践活动中人把自身之外的一切存在都变成了自己活动的对象，变成自己的客体，而自己则成为主体性的存在，主客体的分化，人成为世界的主人，而其他动物只能作为客体而存在。

（2）人具有能动地改造客观世界的能力：而其他动物只能消极盲目地适应客观世界，人在社会实践活动的基础上，不断的积极自觉地适应世界，特别是能动地改造客观世界。

（3）人们从社会实践活动中不断地学习研究：通过学习交流，总结出庞大的自然科学、社会科学体系，反过来指导人类实践活动，使人越来越趋于理性和理智，而根本不同于其他动物最多只停留在感性层次。

（4）人类在改造客观世界的过程中必须获得文化积淀：由于自然环境、历史起源、社会实践的具体方式的差异，出现了以地域为基础的民族差异，而民族差异很大程度上就表现为文化差异。另一方面，每一个人都以一定的文化表明自己的言行和存在，因此人有文化性而其他动物根本就谈不上有文明和文化性。再次作为心理、社会的人是在人出生后与他人交往中，在社会环境中逐渐发展成熟，形成有特殊心理、行为、社会特征的人，但人本质上是一切社会关系的总和。因此，人是生物、心理、文化、社会的集合体，具有在特定环境下形成的特定人格。而特定的心理、行为、文化、社会特征、人格是克隆不出来的，所以克隆出来的是与他或她的父本或母本相同的基因组，而不是与父本或母本一样社会意义上的人。虽然基因组相同，但并不就是说克隆出来的自然人完全同于父本或母本，社会性方面就更不同了，也就是说克隆人只是复制了被克隆原型的自然属性，属于无性繁殖，它不能导致人类基因的优化组合，因此任何具体的个人都不可能被克隆。克隆人是人体通过细胞进行的无性繁殖以及由于无性繁殖形成的基因型完全相同的后代个体组成的人群。即克隆人只能是“生物学的人”的“复制品”。

2. 理性对待克隆人 对待克隆技术应该采取理性的态度，既不要一味的反对，也不能盲目的支持。因为任何一项新技术的出现，都有两重特性。一方面可造福于人类，另一方面又可能

给人类带来灾难，例如众所周知的核技术。原子弹曾经把长崎和广岛推向苦难的深渊；但在和平年代，核能的利用又造福于千家万户。科学技术是人类探索自然奥秘的手段，而科学家最大的追求就是发现自然界新的事物和现象并阐明其内在的规律，创新是科学的生命。真正的科学家均有强烈的创新的冲动。在崭新的克隆技术面前，难免会有一些科学家会甘冒风险，冲破现有的伦理学规范，去尝试克隆人的工作。我们知道，试管婴儿技术、无子宫者的代孕以及人工授精等都是解决不孕的手段，刚出现时也面临一些伦理的问题，随着时间的推移，慢慢地为社会所接受。因此，在对待克隆人问题上，完全可以在技术、伦理、法律、心理、社会文化等多个层面进行探索，通过立法和制订明确的伦理规范，严格限制其应用的范围（如治疗不孕症）。克隆技术在医疗上具有巨大的应用潜力，而事实上西方科学界对进行克隆人类早期胚胎也是持普遍支持的态度。利用克隆技术，可以用患者本人的细胞培育出新的组织，用来治疗诸如神经损伤、糖尿病、帕金森症等疾病，可以有效地消除排异反应。目前，英美等国家已开始积极投入这方面的研究，而我国在这方面也应该迎头赶上。而且，按照传统的做法，治疗性克隆的第一步，同样要用克隆技术得到胚胎，和克隆人的第一步是一样的。因此有人认为反对克隆人和支持开展治疗性克隆是矛盾的。总之，在克隆人的问题上，我们不能因噎废食，只要加以正确的引导，积极探索，严格的立法和执法，这项技术完全能够为造福人类作出应有的贡献。

第三节　基因研究伦理

人类对基因结构的认识可以追溯到20世纪50年代前期英国的克里克和美国的沃森的杰出的贡献。自从他们在1953年阐明了DNA分子的双链螺旋结构以后，科学家为弄清楚遗传的秘密进行了不懈的努力，并取得一定的进展。进入20世纪末期，各种基因扩增与分析仪相继问世，人类探索基因秘密的速度大大加快。1986年，美国学者雷纳托·杜尔贝克首先提出了人类基因组计划引起了学术界的巨大反响。该计划由美国能源部和国立卫生研究院（NIH）共同资助30亿美元，集中组织力量计划在15年内完成对人类全部基因组30亿个碱基对排列顺序的测定与图谱分析。也就是说要对人体内全部基因进行位置测定与分离，并研究它们的功能，从而认识基因和疾病的关系。

一、人类基因组计划与伦理

人类基因组计划（human genome project，HGP）是由美国科学家于1985年率先提出，于1990年正式启动的。美国、英国、法兰西共和国、德意志联邦共和国、日本和我国科学家共同参与了这一价值达30亿美元的人类基因组计划。这一计划旨在为30多亿个碱基对构成的人类基因组精确测序，发现所有人类基因并搞清其在染色体上的位置，破译人类全部遗传信息。与曼哈顿原子弹计划和阿波罗登月计划并称为“三大科学计划”。

（一）人类基因组计划概述

1. 人类基因组计划的由来　1986年，诺贝尔奖获得者Renato Dulbecco发表短文《肿瘤研究的转折点：人类基因组测序》（Science，231：1055~1056）。美国于1987年正式启动人类基因组计划，我国于1993年加入该计划，承担其中1%的任务，即人类3号染色体短臂上约30Mb的测序任务。2000年6月28日人类基因组工作草图完成。由于人类基因测序和基因专利可能会带来巨大的商业价值，各国政府和一些企业都在积极地投入该项研究，如1997年AMGE公司转让了一个与中枢神经疾病有关的基因而获利3.92亿美元。

2. 人类基因组计划的特点　HGP的主要任务是人类的DNA测序，包括四张谱图，此外还有测序技术、人类基因组序列变异、功能基因组技术、比较基因组学、社会、法律、伦理研究、生物信息学和计算生物学、教育培训等目的。

(1) 遗传图谱(genetic map):又称连锁图谱(linkage map),它是以具有遗传多态性(在一个遗传位点上具有一个以上的等位基因,在群体中的出现频率皆高于1%)的遗传标记为"路标",以遗传学距离(在减数分裂事件中两个位点之间进行交换、重组的百分率,1%的重组率称为1cM)为图距的基因组图。遗传图谱的建立为基因识别和完成基因定位创造了条件。意义:6000多个遗传标记已经能够把人的基因组分成6000多个区域,使得连锁分析法可以找到某一表现型的基因与某一标记邻近(紧密连锁)的证据,这样可把这一基因定位于这一已知区域,再对基因进行分离和研究。对于疾病而言,找基因和分析基因是个关键。

(2) 物理图谱(physical map):物理图谱是指有关构成基因组的全部基因的排列和间距的信息,它是通过对构成基因组的DNA分子进行测定而绘制的。绘制物理图谱的目的是把有关基因的遗传信息及其在每条染色体上的相对位置线性而系统地排列出来。DNA物理图谱是指DNA链的限制性酶切片段的排列顺序,即酶切片段在DNA链上的定位。因限制性内切酶在DNA链上的切口是以特异序列为基础的,核苷酸序列不同的DNA,经酶切后就会产生不同长度的DNA片段,由此而构成独特的酶切图谱。因此,DNA物理图谱是DNA分子结构的特征之一。DNA是很大的分子,由限制酶产生的用于测序反应的DNA片段只是其中的极小部分,这些片段在DNA链中所处的位置关系是应该首先解决的问题,故DNA物理图谱是顺序测定的基础,也可理解为指导DNA测序的蓝图。广义地说,DNA测序从物理图谱制作开始,它是测序工作的第一步。制作DNA物理图谱的方法有多种,这里选择一种常用的简便方法——标记片段的部分酶解法,来说明图谱制作原理。

(3) 序列图谱:随着遗传图谱和物理图谱的完成,测序就成为重中之重的工作。DNA序列分析技术是一个包括制备DNA片段化及碱基分析、DNA信息翻译的多阶段的过程。通过测序得到基因组的序列图谱。

(4) 基因图谱:基因图谱是在识别基因组所包含的蛋白质编码序列的基础上绘制的结合有关基因序列、位置及表达模式等信息的图谱。在人类基因组中鉴别出占具2%~5%长度的全部基因的位置、结构与功能,最主要的方法是通过基因的表达产物mRNA反追到染色体的位置。其原理是:所有生物性状和疾病都是由结构或功能蛋白质决定的,而已知的所有蛋白质都是由mRNA编码的,这样可以把mRNA通过反转录酶合成cDNA或称作EST的部分的cDNA片段,也可根据mRNA的信息人工合成cDNA或cDNA片段,然后,再用这种稳定的cDNA或EST作为"探针"进行分子杂交,鉴别出与转录有关的基因。用PolyA互补的寡聚T或克隆载体的相关序列作为引物对mRNA双端尾侧的几百个bp进行测序得到EST(表达序列标签)。2000年6月,EMBL中EST数量已有4 229 786。

人类基因组是一个国际合作项目:表征人类基因组,选择的模式生物的DNA测序和作图,发展基因组研究的新技术,完善人类基因组研究涉及的伦理、法律和社会问题,培训能利用HGP发展起来的这些技术和资源进行生物学研究的科学家,促进人类健康。

3. 人类基因组计划的主要研究方向

(1) 结构基因组学研究:结构基因组学是基因组学的一个重要组成部分和研究领域。其主要研究任务是:完成人类基因组全序列图、不同种族的单核苷酸多态性序列图、基因序列的识别、结构信息学和结构——功能关系信息学的建立。

(2) 功能基因组学研究:它是利用结构基因组学提供的信息和产物,通过在基因组或系统水平上全面分析基因的功能,使生物学研究从对单一基因或蛋白质的研究转向对多个基因或蛋白质同时进行系统的研究。其研究内容包括基因功能发现、基因表达分析及突变检测。它采用一些新的技术,如基因表达系列分析(serial analysis of gene expression,SAGE)、DNA芯片,对成千上万的基因表达进行分析和比较,力图从基因组整体水平上对基因的活动规律进行阐述。

(3) 医学基因组学研究:主要是通过DNA序列的差异分析,从基因水平上深入认识疾病及

药物作用的个体差异的机制，指导和优化临床用药，提高治疗效果。

（4）蛋白质组学研究：蛋白质组学是一门在整体水平上研究细胞内所有蛋白质的组成及其动态变化规律的科学。其研究重点不仅包括蛋白质的定性和定量分析，而且还研究它的定位、修饰、活性及蛋白质间的相互作用等。蛋白质组学研究的展开将能提供一个蛋白质相互作用的数据库，为在蛋白质水平上大规模研究基因功能提供条件。由于蛋白质比基因更靠近功能一步，所以对它的研究可更直接导致生物学的新发现。

（5）基因调控研究：基因表达调控是功能基因组学研究的主要内容之一。不同条件下基因表达谱的变化是基因组调控的结果。此外，许多模式生物基因组虽然在长度上比人类的要小，但所包含的基因数基本一致，只是少了一些非编码序列和在基因组中所处的位置有所不同而已。这种差异造成它们表达谱的很大不同。因此，基因表达谱的差异源于基因调控的不同。

（6）生物信息学研究：生物信息学是以计算机为工具，用数学和信息科学的观点、理论和方法去研究生命现象，对生物信息进行储存、检索和分析的科学。其研究重点主要体现在基因组学和蛋白质学两个方面。它把基因组 DNA 序列信息分析作为源头，破译隐藏在 DNA 序列中的遗传语言，特别是非编码区的实质，同时在发现了新基因信息之后进行蛋白质空间结构模拟和预测，然后依据特定蛋白质的功能进行必要的药物设计。

除了上述几个研究方向以外，对人类基因组计划研究的开展也带动了有关基因组的伦理、法律和社会问题，以及营养基因组学、比较基因组学和计算机生物学的研究等。

（二）人类基因组计划的价值

1. 鉴定人类全部基因，揭开人类生命的奥秘　基因组学是从整体上研究一个物种的所有基因结构和功能的新科学，它将从整体上揭示生物活动规律的奥秘。人类基因组 DNA 序列共有 30 亿个碱基对，但控制人类性状的基因仅占全序列的 3%~5%（约 6 万 ~10 万个基因），科学家们在碱基测序的基础上，致力于开展对碱基如何组成基因和人类全部基因的位置、结构和功能的研究。这项工程最终可以解读人类 DNA 的全部核苷酸，建立人类遗传物质的一整套信息数据库，并逐步掌握生物种群所具有的全部遗传信息。在实施 HGP 的同时，1993 年，人类基因组多样性计划又开始启动，其研究目标是通过不同种族和人群分子多态性的比较，分析人类起源、进化、迁徙与分子多态变化事件的相互关系，研究不同地理区域人群和种群的遗传个体差异性以及与进化的关系，为生物起源、进化的规律性探案提供证据，最终建立来自全世界人群的遗传多样性信息库。

2. 将把人类带入基因医学的新时代　HGP 最初是作为一项治疗肿瘤等疾病的突破性计划提出的。因此，该计划一直将疾病基因的定位、克隆、鉴定作为研究核心，形成了疾病基因组学。其主要目标之一是使现代医学从基因入手治疗各种与基因异常相关的疾病，并开展以基因为基础的新药研制。随着基因组“工作框架图”的问世，许多致病单基因被确定为候选基因。并逐步对其结构与功能进行了分析。目前，多基因遗传病已成为疾病基因组学研究的重点，引发多基因病的数个基因的 SNP 及其特定组合可能是造成疾病易感性的最重要原因。因此，基于群体中某种疾病与某个特定等位基因频率的相关性进行 SNP 的关联分析，可能是研究多基因病发病机理的关键所在，个体之间的遗传多态性导致不同个体对药物反应的差异性。所以，现代医学呼唤基因治疗方案的个体化。

3. “工作框架图”的问世推动了模式生物基因组研究　人类基因组“工作框架图”的建立带动了小鼠、大肠杆菌、酵母菌、美丽线虫、果蝇等模式生物以及近 30 多种微生物全基因组破译和一些其他生物 DNA 图谱绘制，也推动了人类基因组计划向纵深方向发展。模式生物在功能基因组研究中发挥着越来越重要的作用。酵母双杂交系统的问世为研究蛋白质之间相互作用关系的分子机制以及蛋白质与基因之间的相关性提供一种十分有效的分析方法。建立人类遗传病的小鼠动物模型既可利用同源基因进行人类致病基因的定位和克隆，又可以通过建立转基

因小鼠分析人类致病基因的功能。小鼠基因剔除技术作为研究人类致病基因表达的重要手段正被人们所关注;脊椎动物河豚鱼因与人类基因数大致相当且内含子少,被视为人类基因组最好的模式生物;果蝇基因组是无脊椎动物中在进化保守序列上与人类最为接近的,果蝇专一性组织的表达系统可对特异性组织的基因表达进行有效研究;线虫的基因组测序已经完成,结果显示 50% 以上的线虫基因组序列与人类基因组显著匹配;大肠杆菌及其他微生物基因组研究进展相当迅速,亦可为人类致病基因研究提供有价值的参考。

4. HGP 将带动生物制药产业迅速崛起 HGP 的实施使人类在了解致病遗传机制和发现新基因上迈出了至关重要的一步,这为基因药物设计提供了重要的理论基础和设计原则。在 HGP 巨大成果的推动下,各制药企业已在基因药物领域展开前所未有的竞争,不惜投入巨额资金抢占新药开发的制高点,以获得专利权。这将使生物制药产业发生空前的变革。虽然基因药物真正走入临床还需数年时间,但从一个肥胖基因价值可达 9000 万美元中不难看出,人们已经特别关注与人类健康相关的各种致病基因的开发和应用。现已成功分离的亨廷顿氏舞蹈症、杜氏肌营养不良、哮喘病、乳腺癌等各种癌症及糖尿病等 70 多种遗传病基因,将可能首开基因制药产业的先河,商家可能要从中获得巨大的产业利润。基因制药业将成为未来经济的重要支柱产业之一。

5. HGP 对相关生物技术产业将产生有力的推动作用 迄今为止,现代生物技术涉及医疗卫生、制药工业、环境改造、食品改良等与人们生产生活息息相关的许多领域。目前,人们所关注的转基因动植物(包括转基因食品)、高等动物的整体克隆、"人工器官"的活体培养、人类疾病的基因诊断和基因治疗 DNA 疫苗等新技术已经对人类健康及其赖以生存的环境产生了深刻的影响。HGP 所获得的庞大的 DNA 序列信息,将为生物技术的研究提供指导性依据。早些年,在《科学》上发表的利用猪基因敲除技术将猪体内的排斥人体器官基因进行剔除,将突破异种间器官移植的排斥障碍,使异种器官移植向前迈进了一大步,HGP 的大规模运作也将推动生物技术科研与开发并肩走向操作的规模化、自动化,这无疑会使生物技术在未来经济发展中占有极其重要的位置。

6. HGP 促进学科交叉与重组 HGP 的深入发展诞生了许多新学科、新领域,包括以生物信息资源的收集、储存、分析、利用、共享、服务研究与开发为核心的生物信息学(bioinformatics);以跨物种、跨群体的 DNA 序列比较为基础,利用模式生物与人类基因组之间编码顺序和组成、结构上的同源性,研究物种起源、进化、基因功能演化、差异表达和定位、克隆人类疾病基因的比较基因组学;以蛋白质整体水平表达和空间构象与功能的相关性为主要目标,以研究基因组 DNA 序列与蛋白质之间错综复杂关系为主要内容的蛋白质组学;以基因组学与临床医学、医药产业的密切结合为基本特征,以基因治疗为突破口,研究不同个体疾病、药物反应与 DNA 多态关系的医学基因组学和药物基因组学等等。

(三) 人类基因组计划与伦理法规

1. 人类基因组计划与伦理 有科学家断言,21 世纪将是基因研究和利用的时代。随着人类基因组计划紧锣密鼓地进行,各种传媒推波助澜的炒作,使人们不得不面对由此而引发的医学、社会、道德、法律甚至商业等问题。传统道德受到前所未有的冲击。基因是决定一个生物物种的所有生命现象的最基本的物质载体,以其客观存在性决定了人类生存的本质和特性。人类基因组计划就是测定人类基因组的全部序列,从而解读所有遗传密码,揭示生命所有的奥秘。一旦完成,我们将清楚的了解一个人为什么会成为色盲,为什么会发胖、秃顶,或者易患某种疾病等。因此,它是一项影响到我们每一个人的科学计划。从医学角度讲,据科学家估计,人体只有一个基因组,大约有 6 万个基因,可以说,人类的生、老、病、死都与基因有关,其中 30%~40% 与人类疾病有关,有两千个基因与肿瘤有关。那么对基因的破译,必将会成为医学上的一个里程碑,许多顽疾将会不攻自破,人类在健康面前将大步前进。而且,在基因技术日臻完美的同时,

组织、器官甚至整个人的克隆将成为可能，人类可以随时更换自己不健康的器官，寿命会大大延长。但从伦理角度来讲，假如我们的一个个器官乃至大脑被更换后，那时又怎样来界定你我之间的区别呢？人对生命的神圣感是建立在人对生命神秘感的基础之上的，生命的解密必将解除人对自己的神秘感，接下来就是对生命神圣感的消失，人性能受得了生命失去神圣感之轻吗？换一个角度讲，基于道德传统的“传宗接代”的思想，也将面临威胁，各种致病基因的破译，潜在致病基因的发现，或许每一个当代的基因都不是完美的，替代更换后也许会孕育出一个质量高的孩子，但他是否还是与祖辈、父辈“一脉相承”呢？科技突飞猛进的今天，伦理观念难道也能高速提升和转换吗？以上种种问题的提出，使我们不得不意识到，基因技术的高速发展，越发显得我们在思想上、道德上准备的不够充分。以致不能承受其给伦理观念带来的沉重。所以我们说科学有时在技术上是完全可以做到的，但从道德上来说则是做不到的，甚至是不应该做的。由此可见，正如所有的事物一样，基因技术的发展和推广必然带有其两面性，在其带来巨大社会财富的同时，必将会牺牲其他一些东西。但我们并不反对科技突破带来的社会变化，我们所做的，只是希望将这种变化带来的副作用、将人类为此付出的代价降低到最小的限度。也就是说在人类基因组计划已经落幕、后人类基因组计划继续进行之时，与其相关的道德、法律的准则也应当尽快建立，并通过这些规范和准则为科学研究和科学技术的应用指明方向。正如罗素所说的那样，“科学提高了人类控制大自然的能力，因此据认为很可能会增加人类的快乐和富足。但这种情形只能建立在理性基础之上。”人类因为理性而变得聪明，也因为理性而创造了灿烂的文明。任何事物只有在理性的指导下，才会推动人类的发展，减少悲剧的发生。可以说科学就如同奔驰疆场的野马，而理性的认识则是驾驭快马的人，缰绳则是产生于人类理性的规范和准则，只有这样才能保证奔马沿着正确的方向前进。同样，理性的调整，伦理观念、道德法规的不断调整和完善，为人类迎接各种新发展和新事物奠定了基础，并能在这个基础上进行符合人类需要的调整。可见归根到底作为自然界优胜劣汰的幸存者，人类以其万物之灵的身份，以高度的自律性不断发展和进步，这种源于自身并作用于自身的约束，使人类在历史的长河中逐渐沉淀、厚积出自己的文化和文明。同样在高科技的面前，人类也必将以高度的自律性而继续繁衍，人类的道德伦理也必将在这个过程中以理性者的身份参与和约束，并达到自身的完善。

2. 人类基因组计划与法律　人类基因组计划的迅速发展，除了给人类社会的伦理思考带来巨大的冲击外。还需要一个科学航标加以规范、导航才是上策，而这个航标就是法律。同时，也要求法律充分表现出自己的前瞻性，提前介入这一争端，对基因技术的使用加以规范和引导，使之按照符合人类伦理、道德的方向发展，避免出现一些危及整个人类的尊严、情感乃至生存的后果。人类任何一种科学技术革命从未像基因技术那样对法律产生如此巨大的影响，可以说在整个传统领域，包括人权法、知识产权法、婚姻家庭法等都将面临基因技术的挑战。早在80年代，德国就制定了世界第一部有关基因安全方面的法律，其他各国也有相应立法。相比之下，我国法律还比较滞后，1993年国家科学技术委员会发布了《基因工程安全管理办法》(以下简称《暂行办法》)，1998年科技部、卫生部发布了《人类遗传资源管理暂行办法》。《暂行办法》是国家层面的第一部基因技术行政管理规范，受到国际重视。但由于《基因工程安全管理办法》和《人类遗传资源管理暂行办法》都是主管部门颁发的法律规范，法律效力还比较低，需要进一步落实和完善。从我国目前情况看，对基因科学研究以及成果运用的规范主要还停留在伦理规范层面，法律的调整和干预作用还很有限。法律规范对基因科学研究行为的约束力还很不够，但是，由于基因科学涉及对人类遗传特征的改变，而且进展速度是惊人的，所以社会和有关部门必须关注基因科学研究进程，尽快了解其性质、意义、影响和后果，及时在法律上做出评价并且设定规则。例如对于基因研究以及成果运用所产生的权益，法律应该确认，并且给予保障；对于与基因有关的侵权行为，法律应该界定，并且规定补偿；对于在基因研究或者成果运用过程中所实施的危害人类危害社会的行为，法律应该作为犯罪行为处罚。以引导和规范基因科学以及成果运用

朝着造福人类的方向和目标发展。1998 年 10 月，我国成立中国人类遗产资源管理办公室，负责全国人类遗传资源管理的日常工作。2012 年 10 月 30 日国务院法制办公室将《人类遗传资源管理条例（送审稿）》及其说明全文公布，征求社会各界意见，以便进一步研究、修改后报请国务院常务会议审议，目前，该法规的起草修改工作仍在进行中。

基因是一种有限的资源，基因技术也是一种高科技的产物，然而在人类尚未广泛地加以运用之前，“基因”是否应享有专利权的问题已引起了社会广泛关注。在基因研究过程中，发展中国家有可能被视为廉价的基因供应国，成为发达国家新的掠夺对象。我国拥有丰富的基因资源，这是一笔宝贵财富，是我国进行相关研究的独特优势，也成为某些人眼中的一块“肥肉”。我国必须要加强基因保护方面的立法，来限制外国研究者与药物公司获取我国的基因资源，防止“基因殖民主义”的扩张。基因研究成果商业应用前景广泛，蕴涵巨大经利益，故而国外有人提出基因经济概念，比尔盖茨也说：“下一个比我创造更大财富的人将出现在基因领域”。所以围绕基因科学发展，将有新一轮的“圈地运动”，而对基因成果的占有方式是申请专利保护。所以基因就是财富，基因专利就是金钱。1997 年以来，在世界上已有 600 多个遗传病致病基因的发现被授予专利权。然而，我国目前在法律上还在讨论基因发现可不可以授予专利，在实践中大量基因发现成果正被搁置。基因发现成果没有及时进行专利保护将使我国在基因经济起步的阶段坐失良机，落后于人。所以，修改我国的专利法，规定基因发现的专利权乃是当务之急。

基因专利不仅成为发达国家一些大公司激烈争夺的焦点，也是科学界讨论的热点。人类基因可否授予专利权，如果可以授予应按什么标准进行审查，以及如何确定批准后的保护范围等问题目前都尚在讨论之中。大致形成两种意见，一种认为专利应当保护基因序列本身，另一种认为基因序列本身不应保护，但对基因序列的应用则可以给予保护。一些在基因开发应用方面拥有雄厚技术实力的大公司，由于利益的驱动，极力主张给予基因序列本身专利。而世界基因组织以及全球主流科学家则表示反对，因为基因序列本身属于科学发现的范畴，不是专利意义上的发明创造，不能予以保护。其实专利法的立法目的具有很大的功利性，它只对那些能够直接应用于实际产业的实用技术提供保护。现在在基因技术领域内出现了新的物种、新的基因片段发现与分离等，作为科学发现的同时又和实际产业紧密相连。对于这些研究成果，通过专利尽快获得垄断权的呼声也就越来越高了。可见，专利法在处理基因技术之类的专利问题面前，应该淡化所谓的发明同发现的区别，但这并不意味着专利法应该立即将“科学发现不受专利法保护”这一规则清除出去。实际上我们已经基于这一规则将很多技术方案排除出专利法的保护范围。而且我们认为在这些新的客体面前，发明与发现的区分已经失去现实意义，司法实践中也没有真正关注这一区分。我们强调应该严格审查此类技术方案的专利性即实用性、新颖性和创造性等，尽量避免那些缺乏产业实用性等基础研究领域的科研成果被垄断，从而防止专利制度成为社会技术进步的障碍。

3. 人类基因组计划与社会生活 基因科学研究成果告诉我们，基因图是一个人最重要最基本的隐私，是一个人的生物身份证，应该纳入法律上隐私权范畴。当然困难的是，我国目前在法律上尚未规定隐私权的概念。但是应该看到，基因科学发展很快，21 世纪侵犯基因隐私问题将会成为一个社会问题，所以我们现在规范这个问题是必要的。基因隐私包括基因信息保密的主体、基因信息知情的范围、基因信息维护的义务和基因信息支配的权利等。任何的成人细胞里面，一根头发也好一块头皮屑也好，都可以了解他全部 DNA 的内容，而从全部 DNA 的内容可以判断出来他这个人个性的倾向或可能的疾病等等，每一个人在科技的面前就像赤裸裸的婴儿一样，没有可以隐藏的，没有隐私权。基因图谱的公开和共享已是世界各国普遍共识。但是，基因图谱可能会侵犯隐私权，这已受到法律界人士的关注。一个人的遗传信息应看成是一个人的隐私，而不是一般的医学数据，不必也不应该公布于天下。我们每个人的基因组中或多或少含

有脆弱的基因或不正常的基因，它们有给人带来不良后果的潜在可能性。一个人的基因组信息是不能轻易暴露的，否则有可能直接危害其切身利益和生存空间。但对于被检测出存在有基因缺陷的人来说，他们有可能受到来自各方面的歧视。如保险公司不愿意为他们在医疗、意外伤害、人寿等方面作保，用人单位也不会愿意接收他们，以避免届时可能不得不为治疗其因基因缺陷而引发的疑难病症付出巨大的花费等。法学界要尽快在这方面制定出相应的法律法规，以保护公民的“个人隐私”与“人权”不受到侵犯。而对将来有可能发生的基因歧视，我们必须高度重视。并且应该在法律上禁止基因歧视行为，宣布基因歧视属于一种新的侵权行为。每一个人，都可能是某种或某几种“致病基因”的携带者。这些携带者不应受到遗传歧视，应该像尊重一个人的隐私权一样尊重携带者的人格尊严。而隐性疾病基因的携带者，显性疾病基因携带者在发病前，都是健康人，在法律、就医、就学、就业机遇等方面一律平等。公民不能因为遗传特征不同而影响其就业、保险等权利。在劳动法和保险法中应该作出规定，不得查询他人基因信息，不得因为其携带致病基因而受到差别待遇。社会如何对疾病的风险人群或个体提供法律和道德的保护和援助，需要生物医学界与法律、社会学界以及社会公众共同讨论。由于每个人都可能携带若干潜在的疾病相关基因，在这个意义上，防止基因歧视实际上是在维护人类社会所有成员的共同权利和尊严。

当越来越多的转基因食品呈现在我们面前时，关于转基因食品就成为人们争论的焦点。支持者认为，一般在市面上出售的转基因食品对人的健康没有威胁，因为大部分此类食品只是改变了食品的营养结构，例如提高蛋白质含量，真正从人类的利益出发开发的转基因食品对我们是有益的。中国科学院遗传所副所长朱桢研究员介绍，从纯技术层面上讲，转基因技术是中性的，对人体不存在利弊的问题。但是，由于转基因食品是把一种外源的基因转移到原物体中去，因此便有可能存在着一些潜在的风险，这些风险在短时间内往往不易发现。因此，有愈来愈多的消费者质疑转基因食品的安全性与其可能的负面效益。例如说抗病虫害的植物可能会扰乱生态平衡，造就出更凶悍的害虫；同时许多人也担心转基因食品在人体或动物体内的突变可能性等。整个生物界从诞生以来都是优胜劣汰进化而来，转基因食品利用的技术却不一定符合进化论原则，也许会破坏几十亿年以来的生态平衡。这种技术创造出来的新型遗传基因会有可能对生态环境造成难以清除的所谓遗传基因污染，最终祸害人类自身。反对转基因食品的人士的论点多半基于“合理的推论”，根据现有的生物学知识，认为转基因食品会因为异种基因在植入物中的突变或生殖作用，而对环境、生态、人体产生危害。支持转基因食品的人士则多半以尚无证据显示转基因食品的副作用来响应批评的声音。不论这场论战的最后是否有结论，基因改造的食品将不会在可见的未来绝迹，而且将会越来越多。因此加强监管和审批是完全必要的。我国的《中国生物安全国家框架》的法规，规定了本着对全人类和子孙后代长远利益负责的态度，从生物安全性问题的广泛性、潜在性、长期性、严重性上做好生物安全管理工作，同时要求对进口的转基因食品进行严格的安全检测，并规定上市转基因食品必须有提醒标志，保障消费者的知情权利，让消费者明白，吃到嘴里的是什么，真正确保消费者的利益。

总之，要保证包括人类基因组计划在内的众多科技活动和科技应用始终沿着造福于人类的正确方向前进，是需要法律的规范、伦理的约束的，在人类基因组计划的研究和应用中，人类的自我认识的无限制与人的自我实践的有限制应该辩证统一，有机结合，只有这样，它才能发挥出更好地服务于人类的巨大威力，才真正成为人类的福祉。

二、基因治疗中的伦理问题

基因治疗（gene therapy）是近几年谈论很多的话题，那么它到底能给人类的卫生保健带来多少益处呢？首先让我们了解什么是基因治疗。所谓基因治疗就是在基因水平上对疾病的治疗。这里所指的疾病，通常是遗传性疾病，或至少是带有遗传倾向性的疾病。20 世纪 90 年代初，首

次采用基因治疗的一名患有联合免疫缺陷病的儿童取得了良好疗效。到1999年9月,已有387种基因治疗方案进入临床试验,接受基因治疗者达3278人。倾巢而出的方案,曾一度造成基因治疗即将成为成熟的临床治疗方法的错误印象,许多绝症患者也将其视为最后的希望,积极投身临床试验,可结果却让人失望。

1995年,美国国立卫生研究院开始对1990~1994年间的基因治疗临床试验进行评估,在所有经审批获准试验的方案中,有确定疗效的寥寥无几,甚至动物模型也是如此。这一次评估结束了基因治疗的"狂热期",使科学界重新认识了基因治疗的技术难度和复杂性,意识到研究者应当重返实验室,深入研究制约疗效的各个环节和各种因素。1999年9月,一位18岁患有鸟氨酸转氨甲酰酶不足症这种罕见遗传性疾病的美国青年Jesse Gelsinger,在美国宾夕法尼亚州大学人类基因治疗中心接受基因治疗时不幸死亡。这一事件引起了社会的广泛关注,引发了关于基因治疗伦理学争议的热潮。

(一)基因治疗的定义、分类与途径

1. 基因治疗的定义 基因治疗,是指将人的正常基因或有治疗作用的基因通过一定方式导入人体靶细胞(需修复或治疗的细胞),以纠正基因的缺陷或者发挥治疗作用,从而达到治疗疾病目的的生物医学新技术。从细胞种类分,可以分为体细胞的基因治疗和生殖细胞的基因治疗。从理论上说,基因治疗相比于其他治疗方式,有着不可比拟的优越性,即可以从根本上治疗疾病并且保证永不复发。

2. 基因治疗的分类 从具体治疗对象上来分类,一般将基因治疗分为生殖细胞基因治疗和体细胞基因治疗两大类。

(1)生殖细胞基因治疗:是将正常基因转移到患者的生殖细胞(精子、卵细胞或早期胚胎)中,并使之表达基因产物以达到治疗疾病的目的,使其发育成正常个体的治疗方法。通常这是一种较为理想的治疗方法,所做的有效治疗可以遗传给后代。

(2)体细胞基因治疗:是将正常基因转移到体细胞使之表达基因产物,以达到治疗目的的治疗方法。这种治疗方法只涉及改变人体内的部分体细胞遗传物质,不存在遗传问题。

同时,亦有科学家提出,基因治疗除生殖细胞基因治疗和体细胞基因治疗外,还有另外两种潜在治疗手段:增强基因工程和优生性基因工程。但在FDA的定义中,这两种手段因涉及可能的非医学治疗目的被排除在外。

3. 基因治疗的途径 现在已发展出四类技术途径用于基因治疗的应用和实验:

(1)基因补偿:这是最传统的方法。主要是把目的基因与载体相联系,然后移入靶细胞中使之在人体内表达所需的蛋白质。

(2)反义技术:它包括三种具体的技术:三螺旋链技术,反意义链技术,核酶(RNA酶)技术。技术的主要治疗途径都在于使用mRNA或相关酶阻止有害蛋白质的合成,从而达到治疗基因病的目的。

(3)自杀信号途径:这是用于治疗肿瘤的一种基因操作方法,即将可引起肿瘤细胞凋亡的病毒导入肿瘤引起其自杀。

(4)共刺激信号途径:引入某种类似反应物使肿瘤细胞产生共刺激信号,诱使T淋巴细胞激活及杀灭肿瘤。

根据目前的相关研究定义,严格意义上的基因治疗应满足以下四个条件:一是其作用对象是人(患者);二是所选用的物质对象为核酸;三是治疗机制在于影响基因的表达;四是对疾病相关基因应具有高度的选择性。基因治疗的实质是将具有治疗作用的基因简便、安全、靶向地转入病变组织细胞中,因而基因转移技术是决定基因治疗成败的关键。基因治疗的目的是治疗人类疾病,不是增强人类的某些功能(例如性功能、运动能力等)。

（二）基因治疗的特点及临床价值

基因技术作为20世纪末发展起来的的重大科学技术曾经寄托了人类对医学诊疗技术未来发展的许多美好愿望。事实上，基因技术也的确在此后的科学技术发展中扮演过重要的角色，但到目前为止与人们最初的期望还有很大的差距。

1. 基因治疗的特点　作为一种新型的疾病疗法，基因治疗从它诞生开始就形成特殊的技术和社会形态。它的技术壁垒和社会认同障碍加强了它的独特性，基因治疗与传统医学治疗有着明确的差异。

首先，基因治疗需要直接对有关的基因实施操作，单一的分子生物学并不能独立完成这一步骤，况且作为一种治疗它还需要医学技术上的支持。学科的多重交叉性是基因治疗在技术背景上的特点。它是一项复杂的系统工程，基因编码等一系列问题的研究要以分子遗传学、病毒学、免疫学、细胞生物学、临床医学和胚胎干细胞研究为理论基础；同时，它又离不开基因活性实验、致瘤性实验和细胞种类均一性实验所提供的科学事实。

其次，基因治疗在技术上就有着不同于以往的过程特点。基因载有遗传信息，其功能表达不仅受基因组结构及其他因素影响，也可能影响别的基因的结构与功能。因此基因治疗在技术上对基因进行修改，有着“高、新、难、险”特点，包含着某些不确定因素。

同时，在基因治疗中所使用的各种协助手段和方法，同样有风险性。基因治疗的技术路线是要将用于治疗的基因在载体系统的帮助下定向地导入到靶细胞，怎样帮助载体定向地进入靶细胞难度很大。基因治疗也走多样性的技术路线。目前基因治疗有两种基本的策略：体外法和体内法。体外法是从病人的病变部位取出细胞，在体外接受导入基因并使细胞扩增，再输回人体内使之表达需要的蛋白质的一种疗法。体内法将所需治疗基因靠载体直接导入到病人的体内，在原位用正常基因来纠正突变基因，以修复缺陷基因的一种直接疗法。两种方法在技术上都有缺陷漏洞，不能完全保证过程中基因稳定。

再次，基因治疗涉及操作遗传物质，引发了诸多伦理道德和社会问题。在基因治疗的安全性和有效性方面，社会始终怀有疑问，在出现死亡和不良反应病例后争论更趋激烈。至于对于它的潜在发展深度乃至于到达遗传修饰的程度，人们也依旧怀有疑问。显而易见，开始的行动是值得的。而应当停止于何处，又将是一个问题。

最后，基因治疗因其可能创造越来越神奇的疗效和令人叹为观止的效益，已成为医学上最有希望的“热点”。医学界一些人士预测，在今后的30年内，几乎每种疾病的治疗都可以选用基因疗法或以之作为替代。从某种意义上说，基因治疗代表了分子生物学家成就的顶点。基因治疗的疗效远远超过了过去那些传统的医疗手段所能达到的水平，对于过去只能减轻病痛的一些疾病，如遗传性疾病，能做到基本治愈。可以说，基因治疗一旦能够突破技术上的瓶颈，合理的应用将是极其震撼人心的。

2. 基因治疗的临床价值　其实，对基因治疗如此高的评价建立在其非同一般的临床价值的认定上。有人断言，没有任何一项其他疗法能像基因治疗那样，为攻克困扰人类健康的重大疾病（如癌症）提供治愈的可能。对比可见，传统治疗对于一些不能治愈只能缓解的疾病，实际上只是对症治疗，缓解病人的痛苦，却不能把病人从中解救出来。而基因治疗，则是有可能做到标本兼治的。目前基因治疗的范围已从遗传性疾病扩大到后天获得性疾病，而且以恶性肿瘤为重点。面向未来，基因治疗将成为包括病毒性感染、肿瘤、糖尿病在内的各种感染性疾病、遗传疾病和具有遗传倾向疾病的最主要和最有效的治疗手段。面对目前已非常严重的细菌耐药现象，基因治疗或许能够在很大程度上弥补药物滥用造成的这一严重后果。

传染性疾病：主要的基因治疗方法有基因疫苗，RNA干扰和胞内抗体。基因疫苗的原理在于使基因在体内表达相对应抗原并刺激机体免疫系统产生特异性免疫应答，从而使机体获得针对病原微生物、病毒的特异性抵抗能力。而RNA干扰和胞内抗体主要是使外来入侵的基因沉默、

抑制基因表达或是干扰病毒细胞的蛋白质分泌，因而有效治疗病毒感染。

遗传性疾病及遗传倾向性疾病：遗传性疾病要彻底治愈只能通过基因治疗来实现。事实上就是对病人体内不正常的基因进行矫正，通常使用加载目标基因的病毒感染体细胞，使其携带有不正常基因的替代者，再输回病人体内。新细胞分裂增殖后即能分泌所需蛋白质。

肿瘤性疾病：肿瘤的基因治疗主要有三类，即免疫治疗、反义核苷酸技术和自杀基因疗法，所用技术即为反义技术、共刺激信号途径和自杀信号途径。免疫治疗通过诱导或增强病人的免疫反应以杀死肿瘤细胞；反义核苷酸能与癌基因的特定 mRNA 序列结合，使该基因的转录和翻译被选择性地抑制；自杀基因疗法是将某些细菌、病毒和真菌中的基因导入肿瘤细胞，此基因编码的特异性酶类能将原先对细胞无毒或毒性极低的药物前体在肿瘤细胞内代谢成毒性产物，以达到杀死肿瘤细胞的目的。

心血管疾病：对于心肌缺血、心肌梗死及血管狭窄等心血管疾病，基因治疗也能提供减少自身损害的治疗方法。心肌和大脑受损后的再灌注都将引起明显的细胞损害，基因治疗一方面在损害发生时利用能够表达相关酶和蛋白质的基因予以保护，另一方面在损害后将外源性基因引入细胞，使之表达对心肌和大脑有益的产物促进组织的修复。

（三）基因治疗的各种争论

在基因治疗技术成长的过程中，争论始终就没有停息过。相比于任何一种传统疗法，基因治疗受到的非议最多，要取得技术与社会伦理上的认同也更加困难。一方面基因技术日益渗透到社会生活的方方面面，人类的生命、生活质量得益于基因技术的空前提高，另一方面基因治疗技术造成生态破坏，基因库衰减和可能诱发新病原，以及造成精神冲击。有证据说明，有效性问题和安全性问题是目前制约基因治疗发展的两大“瓶颈”。关于基因治疗的主要争议也就主要集中在技术、伦理和社会方面。

1. 技术层面的争论　目前最受争议以至于无人敢于尝试的就是生殖细胞的基因治疗。从理论上讲，生殖细胞基因治疗有许多体细胞基因治疗所不具有的优势，可以从根本上消除某一病种的垂直传播，生殖细胞基因治疗后发育而来的人会免受疾病之苦，他们的后代也永远不会因基因缺陷所致同类疾病。因此，理论上对生殖细胞进行基因治疗是最彻底、最根本的一劳永逸的治疗。但就是因为对生殖细胞所作的任何微小修改都会通过遗传加以放大，对人类后代产生长久的影响，技术上的要求就更为苛刻。

然而对此目前的科学技术水平仍无法预知。对生物系统的操作不同于物理、化学实验，谁也无法保证其绝对安全和达到理想的纠正效果。在生殖细胞基因治疗的实验过程中，潜藏着诸多危险因素：①原来处于休眠状态的原癌基因被激活、肿瘤抑制基因失活、细胞 DNA 修复系统被干扰；②通过病毒等载体将外源基因携带入人体，干扰人体正常基因的活动；③外源基因使宿主细胞的基因发生有害突变，使肿瘤发生的危险性增大，并在患者身上引发难以预料的并发症；④作为载体的病毒重组出新的高传染性病毒。此外，基因转移至人体后，它如何表达、何时表达、表达量有多少、能否由专家自由控制其开放与关闭等一系列问题，目前还基本上属于未知。

基因治疗的关键是如何确定“坏”的基因，而“坏”的基因一般说来就是引起疾病或不良性状的基因。然而人类基因组计划研究显示，基因与疾病之间并非一对一的线性因果关系，某些“致病基因”同时又是其他疾病的抗病基因，在特定情况下对机体起到保护作用。基于这些认识，当前剔除或插入基因，特别是对生殖细胞做修改，没有人能保证在未来不会对人类产生不利影响。

至于体细胞的基因治疗，技术上的困难也层出不穷。成功案例的少见也从一个侧面说明了这一点。即使成功，后续的并发症同样不罕见。法国科学家在 2000 年用逆转录病毒治愈了 3 名重型先天免疫缺乏症的孩子，但是其中 2 人分别在 2002 年 10 月和 2003 年 1 月被诊断出患

上了白血病。还有无法解释的严重后果。另外，选择某一病种作为基因治疗对象，应当具备三个基本条件：①在细胞水平和动物模型的实验研究中证实对目的基因的操纵能够有效地纠正受体靶细胞的异常；②目的基因在细胞内具有适当水平的表达；③目的基因无害于正常细胞和机体，至少利大于弊。但是，真正做到符合这些标准是比较难的。标准的不完全执行也给技术埋下了威胁。

在体细胞的基因治疗上，主要的技术困难有：需要寻找合适的靶细胞，在治疗过程中往往难以寻找到足够多数目的靶细胞来接受目的基因，而只有到了一定的数目积累基因治疗才能表达出疗效；每个靶细胞仅能整合入一个基因拷贝，若出现意外拷贝多于一个，可能产生过量的目标蛋白质或细胞本身形态变异，对病人造成伤害；需要合适的载体，现在常用的腺病毒和逆转录病毒具有致癌性，可以使患者产生继发性的癌症，副作用很大；目前尚缺乏合适的控制方法来控制基因的插入位置及适度表达，错误的位点插入和表达都会造成灾难性后果。总之，由于基因表达的机制尚不十分清楚，对细胞基因治疗的多方位、多途径的表达调控更是困难。

2. 伦理层面的争论

（1）基因治疗的是否必要：反对者认为，基因治疗人为改变了人类遗传信息，从遗传学角度看，贸然改变经亿万年进化所形成的遗传组成，如同诱发基因突变，可能会产生遗传上的不平衡，对人类的进化产生不利的影响。基因治疗使致病基因不再在人类群体中保存和繁衍，导致人类的遗传多样性程度被人为性地降低。持续频繁地转入或剔除某些基因将会改变人类的遗传多样性，并有可能使后代成为某种疾病的易感者。长此以往，人类适应环境的能力将会大大下降。一旦人类的多样性降低到危险境地，那么人类这个物种本身的生存就有很大的不确定，极容易灭亡。如此说来，基因治疗是一种违背自然规律的作法。那么其必要性也是值得商榷的。

（2）基因治疗的公平性：目前，基因治疗的费用，一般公众是根本无法承受的．那么，有限的医疗资源应该如何分配则成为十分敏感的社会伦理学问题。医学服务的最根本特点就在于它是一种社会公益性福利事业，其基本目的是治病救人，增进人类健康。可就实际情况看，只有少数“权贵”能享受昂贵的基因治疗，而一般公众则望尘莫及，这是否违背作为“仁术”的医学之初衷呢？这种高昂的投入给国家公正分配卫生资源提出了难题。

（3）基因治疗与人口的老龄化问题：基因治疗发展之后，对于目前无法医治的多数疾病都可以做到根治，人类的平均寿命得以进一步增加。然而，个体过长的寿命将产生地球上人满为患的威胁，使本来不堪重负的环境更加雪上加霜，同时将导致上下几代人为本已紧张和稀缺的生活资源和生存空间而展开畸形竞争，从而加深了人与自然、人与人的矛盾；同时长期的寿命冲击人类的价值体系。“来日方长”会使人松懈，导致生命创造力的降低。一个充满老年人口的国家在社会福利上的支出也会成为各国自身的不稳定因素。

（4）基因治疗的危险性：基因治疗的危险性问题不只是由于技术上尚不成熟操作，还有现实中的多种因素作用。有些医务人员缺乏敬畏生命的意识与道德责任感，受经济利益的驱使，不尊重科学自身的发展规律，不尊重患者的生命，把不成熟的基因治疗用于临床试验，从而造成对患者的伤害。这对人的生命价值产生了极大的冲击。

（5）基因治疗的隐私权：遗传咨询与基因诊断是基因治疗的前提，这便涉及个人的隐私问题，而且，由其所产生的不利影响已经超越了患者本人。一旦接受基因治疗，旁人将很容易地了解到病人在基因上有所缺陷，对其产生歧视。这些歧视甚至可能延续到患者的后代身上。若泄露了患者的相关基因资料，被用作他用亦是对患者的间接损害。

（6）基因治疗的知情权：通常在进行基因治疗之前，患者必须表达对治疗过程和可能后果的知情同意，尚不能表达的需由监护人负责。但是，坚持知情同意原则并不能保证在基因治疗

的临床应用过程中彻底贯彻尊重患者原则，经济的、政治的、宗教的及情感的因素都可能使患者作出违背其本人真实意愿的决定，患者有可能存在冒险一试的念头。而医务及科技人员亦可能因知识的不充分而误导患者的决定，甚至为了实验而欺骗患者。事实上因为大多数患者对基因治疗究竟为何物并不了解，故其知情同意问题表现得更为突出。

（四）伦理对策

到目前为止，基因治疗已经走过了十几个年头，虽然取得了巨大成就，但是其中的问题，依然困扰着科学家和社会。为此，人们提出了以下伦理对策。

1. 要科学有效地利用基因治疗，服务于人类的健康发展　基因治疗在技术上还存在着许多问题，要控制和有效利用，却不仅是依赖于技术上的进步，还有监管制度系统的合理完善。为此许多学者建议：

（1）寻找新的目的基因和高效特异载体系统：尽管目前有多种细胞因子基因可用于基因治疗，但总体来讲效果尚不理想，尚有多种疾病的基因未被分离出。载体系统更因为其可能的致癌危险性受到批评。可靠的载体应具备容量大、生物安全性好、稳定及易于大量生产等特点。因而，寻找更多新的目的基因和高效特异载体系统将大大推动基因治疗的研究和应用范围。

（2）通过基因调控进行更加精确的基因治疗，并使其与其他手段有机结合：目前，基因治疗大都采用基因转移手段对缺陷基因进行修正、替代，而为了更加有效的治疗，可以考虑通过对某些基因表达进行调控来进行治疗。此种方法号称为第二代基因治疗。此外，基因治疗可与其他方法如外科手术、介入治疗等有机结合，发挥综合治疗的优势，产生叠加效应。

（3）国家建立监督管理机制与伦理规范，健全相关的法律法规：科学家和医学工作者应该加强道德修养，掌握应有的伦理学知识。

2. 进行基因治疗的临床实验要充分考虑适宜的条件　对于满足何种条件的基因治疗适宜于进行临床试验，有关学者的建议是：

（1）已经对疾病相应的体细胞有了多年的研究，保证治疗细胞是安全有效的；

（2）已经有足够多的动物实验证明该基因治疗是可靠的；

（3）病人对治疗表示知情同意，普通公众能够了解并赞成这种治疗；

（4）国家机构审核表明治疗符合现有的所有法律伦理规定。

3. 遵循受试者和病人的知情同意权　在临床试验和治疗中，应当遵守其中的若干社会伦理要求：尊重（respect），不伤害（nonmaleficence），公正（justice），有利（beneficence）。在基因治疗过程中坚持知情同意原则不仅是为了争取患者合作、提高治疗效果，而更重要的是体现了对患者自主权的尊重，为此要做到：

（1）严格执行知情同意原则：对于临床中出现的任何情况都要与患者进行沟通。及时提供信息，这不仅包括病人/受试者本人，还有提供异体细胞者；

（2）规避利益冲突：当患者因医学专业知识上的不足或其他原因而拒绝接受治疗时，医生应该耐心劝说，陈述利弊，但绝不能采取强硬和诱骗的手段。不能为医学及个人上的经济利益影响病人方面。严格地做到知情同意、规避利益的冲突都将是保护病人/受试者利益的必然手段；

（3）后代有权利保护自己的基因不被人工操纵，后代有知情同意的权利：所以现代人类应尊重后代人的权利，拒绝对生殖细胞进行基因治疗。是否进行基因治疗，由他们成人之后自己决定。

4. 在基因治疗中应遵循的基本伦理准则　基因治疗不是一种传统、普通的医学治疗手段，在应用到实际中时，需要更多的谨慎和关注。为此，有学者建议，开展基因治疗要坚持下列原则：

（1）社会责任和社会公正原则：治疗时应当理解基因治疗往往不只是患者个人的治疗问题，还会引起社会对此的关注，医疗者必须有基本的社会责任感。对待患者合理分配医学资源；

（2）优后原则：只有当各种现有的治疗方法都无效时，才能考虑采取基因治疗的手段；

（3）安全性原则：安全不仅仅意味着对于患者要保证治疗不会对其产生伤害，还有隐私的安全、尊重病人或受试者和他人的知情权、自主选择权以及维护生命的尊严。

鉴于体细胞基因治疗在治疗疾病中的重要潜在效益，国际人类基因组组织（HUGO）伦理委员会发表的《关于基因治疗研究的声明》指出，国际人类基因组伦理委员会“①认识到体细胞基因治疗研究特别需要公众的监督和不断审查。②建议国家确保它们有一个国家性的伦理机构，其使命包括体细胞基因治疗。③支持继续进行符合本声明的体细胞基因治疗。④鼓励研究者、专业团体、资助者及政府倾听并且回应公众对体细胞基因治疗研究的效益、风险和伦理行为的关注。⑤建议所有的研究接受严格的质量和安全控制，并遵从国际伦理规范。⑥建议鉴定物质利益冲突，通过尽可能透明的途径特别是向研究受试者宣布，并及时加以处理。⑦提议应建立伤害赔偿计划，向因研究后果直接受到伤害的参与者和其他人给予赔偿。⑧认识到研究者和媒体在以负责任的和有内容的方式报告基因治疗研究进展中的重要作用。⑨号召广泛讨论为了增强特性和生殖细胞系干预而未来可能利用基因转移技术的适宜性。”

总之，基因治疗作为一种颠覆了以往普遍性的治疗方法的治疗手段，在技术与伦理的两方都是争论研究的主题。对基因治疗进行伦理分析，是对其新型医疗手段的解读，也是对当今超越传统的科技在社会中的生存的思索。

本章小结

本章所讨论的胚胎干细胞技术、克隆技术和基因治疗等都是当前医学发展中人们关注的焦点，因为这些技术的发展对于临床医学的突破具有重要意义，但这些技术由于涉及人类的尊严、人类的基本隐私等敏感问题，因此也引起了社会和学术界的广泛关注。从国内外的学术交流情况来看，赞同者有之，反对者也有之。这种争论和讨论反映了人类理性的成熟，表明在医学技术发展过程中，社会已经开始从更深层次去思考，并试图在人类伦理法规的框架内审视新的技术发展可能给我们带来的后果。特别是在这些伦理争论中，人们已经逐步明确和达成共识，医学的发展不仅需要科学技术的原动力，也需要伦理规范，需要跨文化跨制度的伦理准则，这是人类在经过无数次成功、失败和深刻教训之后更为理性的选择。

复习思考题

1. 科学家试图绕过由胚胎引发的“伦理”问题，直接从体细胞中培育干细胞，你认为这样就没有伦理问题了吗？

2. 在我国实行计划生育政策，大月份胎儿都可以引产，那么是否意味着从胚胎研制干细胞就不存在伦理问题了？

3. 克隆人是人吗？请对人的本质和社会属性进行分析？

4. 是否可以用克隆技术解决不育夫妇的繁衍后代问题？

5. 应当从哪些方面去评价基因治疗的价值？

Notes

本章作者及联系方式

郭永松(浙江大学医学院医学教育研究所 杭州余杭路388号 邮编 310058 E-mail gys620@sohu.com)

李江(中国医科大学人文社科学院 沈阳市沈北新区蒲河路77号 邮编 110122 E-mail lj6701@sina.cn)

Notes

第十三章　医学科学研究与人体实验的伦理

教学目的

掌握进行医学科学研究和人体实验所必须遵守的伦理准则；医学科学研究和人体实验的主要伦理问题；了解医学科学研究尤其是人体实验所要面对的伦理问题，从而培养学生能够正确认识和处理医学科研道德矛盾的伦理素质。

【案例 13-1】

Jesse Gelsinger，18 岁，男性，患有轻度鸟氨酸转移酶缺乏症（OTC），该症是由于代谢紊乱影响到氨的降解，但利用药物治疗和低蛋白饮食可使疾病得到控制。1999 年 9 月，Gelsinger 自愿参加针对 OTC 缺乏症的基因治疗的 I 期临床试验。结果对病毒载体产生严重免疫反应，后死于多器官功能衰竭。

（案例来自：中美生物科研伦理培训研讨会会议资料，2003、3 月，成都）

讨论与思考：美国宾州大学人类基因治疗研究所进行的这项临床试验，是研究对患有致命的 OTC 缺乏症的婴儿的基因治疗方法。而这一 1 期临床试验对 Gelsinger 并没有预期的利益。Gelsinger 案例中的问题有：受试者的错误征募（糟糕的科学）；不充分的知情同意过程（糟糕的伦理）；临床试验安全数据及先期动物试验没有充分报告（增加了病人的风险）；严重的利益冲突。Gelsinger 死后，美国食品药物管理局的调查揭露了宾州大学研究中的缺陷：知情同意过程不完整，有误导作用，记录很差；对个人和研究机构均存在经济上的利益冲突。

知情同意的三个重要方面是：适当告知；受试者的理解；受试者的决定。在 Gelsinger 案例中，适当告知了吗？没有！告知不充分并且有误导作用。①没有告知 Gelsinger：先期的参加者有严重的不良反应。在研究初期另外四个病人有威胁到生命的毒性影响。动物试验曾经出现过严重的不良反应甚至是死亡。两只恒河猴在检测类似应用于 Gelsinger 的基因载体时死亡。存在研究者的利益冲突。知情同意中其他欺骗和缺陷有：在没有通知 NIH（美国国立卫生研究院）的情况下研究者改变了将病毒导入病人的方式；知情同意表被改动，有关猴子的疾病和死亡信息被删除；没有向 FDA（美国食品药品监管局）报告先期病人的肝脏严重中毒。②病人理解了吗？没有！谈话故意误导病人：对不舒适和毒性作用的风险轻描淡写；没有充分确保病人理解研究的目的。未能保证病人理解的例子有：宾州大学生命伦理学家 Arthur Caplan 在 Gelsinger 死后说："从来没有一个机会能使任何一个人从这些实验中受益。它们是安全的研究（不安全的试验）。它们的目的不是治疗。" Gelsinger 的父亲说："我当然希望他（Caplan）的警告曾经出现在知情同意书中。" ③病人是知情决定吗？不是！没有适当告知和病人的理解，知情决定是不可能的。尽管 Gelsinger 自愿参加研究，他只能是在不知情的情况下作出参加的决定。Gelsinger 的父亲说："由于对临床研究的一些隐藏和矛盾的影响，普通的受试者几乎没有可能理解并作出真正的知情同意。" "所有受试者真正希望的是能够信任这个体制。"

宾州大学研究中的利益冲突。可能存在的经济利益冲突涉及主要研究 James Wilson 和宾州大学。作为负有审批和监督责任的机构宾州大学存在利益冲突。这些利益冲突的存在使监督机构也受到经济动机的影响。潜在的利益冲突有：OTC 试验中主要研究者 James Wilson 博士，

人类基因治疗研究所(IHGT)所长,也是 Genovo 公司的创建者,这是一家私人的基因转移研究公司,他在公司持有 30% 的股份。Genovo 在 5 年内用 2 千万美元的等值股票来资助 IHGT(基因治疗研究)。作为报答,宾州大学给 Genovo 颁发使用新技术的执照。Genovo 的股东包括许多宾州大学的雇员。Gelsinger 参加的试验在基因转移过程中使用了腺病毒载体。Wilson 博士拥有腺病毒载体技术的专利权,如果这种载体使用成功,他可以得到专利权。William Kelley 博士是宾州大学的高级官员(校长),他批准了 OTC 的试验。Kelly 博士也拥有腺病毒载体技术的专利权,如果腺病毒载体使用成功,他也可以得到专利权。因此,如果腺病毒载体使用成功,以上两位博士及 Genovo 均可以获得经济利益。宾州大学也可以从它在 Genovo 的股权持有中获利。

【案例 13-2】

某医学研究人员准备将一名 12 岁的儿童纳入某药物治疗研究组,儿童的父母都同意并签署了知情同意书,但儿童本人坚决不同意。

(案例来自:中美生物科研伦理培训研讨会会议资料,2003、3 月,成都)

讨论与思考:儿童有无表达本人意见的权利?参与研究是否需要征求儿童本人的意见并取得其认同?多大的儿童有权表达自己的意见?当父母和儿童意见不一致时,究竟是父母说了算还是儿童本人说了算?什么情况下可以不考虑儿童本人的意见?

在进行涉及儿童的研究时,研究者必须保证:研究不能在成人同样好地进行。研究目的是为了获得与儿童医疗保健有关的知识;儿童有表达本人意见的权利;儿童的父 / 母亲或法定监护人已在充分知情的情况下给予代理知情同意;已取得在儿童能力范围内的同意(认同);儿童拒绝参与或拒绝继续参与研究的意愿应受到尊重;意见不一致时儿童本人说了算;在研究进行过程中,如果儿童已成长为有法律行为能力的成人,应该重新取得他本人的正式知情同意。

[案例 13-3]

美国一家药物公司打算对一种治疗骨质疏松症(针对绝经期后无骨折病史的骨质疏松症妇女患者)的新药进行 II 期临床试验。受试者随机分组服用安慰剂或试验药物三年。每年她们将接受全面检查、X 光检查,癌症筛查和骨密度扫描。在试验期间,所有用药都免费提供。因为在中国很容易招募到大批的受试者,所以这个试验在中国进行(中国及国人就该成为美国及研制的新药的试验场与供试品吗?)。

(案例来自:中美生物科研伦理培训、研讨会会议资料,2003、3 月,成都)

讨论与思考:①在美国,这个研究因为使用安慰剂对照组而被批评为不合伦理原则。美国有几种有效预防骨质疏松症的药物(Alendronate,raloxifene)作为标准治疗,因此是否应敦促研究人员使用积极对照组,向该组成员提供一种标准治疗。在中国,这些标准治疗药物难以获得,那么使用安慰剂对照是否合适?与接受积极治疗的对照相比,安慰剂对照可使试验效率更高,所需成本和受试者更小更少,试验期更短。②在中国,将没有医疗保险的妇女作为受试者是否合适?③知情同意的过程中,是否应该将美国有预防骨质疏松症的标准治疗告知受试者?④如果证明该试验药物能有效预防骨质疏松症,那么研究人员与其赞助者有哪些义务来对参与临床试验的两个组(试验组和对照组)的受试妇女提供该药?⑤研究人员应该对受试者就目前已知的骨质疏松症的预防措施(如锻炼,钙的摄取)提供哪些咨询服务?⑥如果对照组有一位受试者因为骨质疏松症而骨折,那么她是否应该退出研究、接受积极治疗以避免以后的骨折发生?⑦为了试图发现易引起骨质疏松症骨折的基因及其相关问题,研究人员希望收集和冷冻血样本以便今后进行基因检测。对这部分研究有没有伦理问题?对该案例的分析应结合下述赫尔辛基宣言中的 4 条人体实验的具体伦理原则进行,请同学们分析、讨论。

［案例 13-4］

孕妇选择流产机构的研究：某亚洲国家的非法和不合格的流产机构约为合法机构的2~5倍，但根据该国法案规定，到什么机构去做流产是孕妇自己的选择。有人设计了一个项目，从妇女视角来研究孕妇对流产服务机构的选择。研究包括 140 个村，32 万人口。研究组建议从两个渠道，即社区卫生 / 妇女组织和流产服务机构，了解本地区有哪些人做过流产，并建立一个资料系统。有关研究所涉及的受试者征募方法、研究地区范围等问题，均与社区流产服务人员及资讯人员讨论决定。社区卫生人员把同意参加者的名单交给研究组，然后由社区资讯机构安排她们与研究人员见面。在采访中采取了以下措施：(1) 采访主要集中在询问妇产科病史，而不是集中在流产过程本身；(2) 在对流产妇女进行采访的同时，对同村一些没有流产史的妇女也用同样的调查表进行了模拟调查和采访；(3) 在进行家访时，研究组中的一个成员对流产妇女进行采访，而其他人则对家中其他妇女成员进行模拟调查和采访。

（案例来自：中美生物科研伦理培训研讨会会议资料，2003、3 月，成都）

讨论与思考：流产资料仅仅是医学资料还是应该视为个人隐私？建立一个流产的资料系统是否符合保护隐私和保密的要求？如果要建立，应该有哪些保密的规定和措施？本项目的采访方法有哪些优点？在哪些地方还遗留了保密方面的隐患？本项目由流产服务人员向受试者详细解释项目目的和方法，就是否愿意接受家访征求其口头知情同意，并把同意者的名单报给研究组，以代替个人的知情同意书。这是否符合知情同意的伦理要求？在文盲众多的人群，口头同意会不会是更好的方法？

医学科学研究、尤其是人体实验，作为人类为防病治病、增进健康、提高生命质量而进行的探索性和创造性的实践是必要的但不可随意和不可滥施；对医学科研实践进行趋利避害的价值审评、选择与道德的必要规约具有重要意义。

第一节　医学科学研究及其伦理问题

医学科研就是利用人类已掌握的知识和工具，用试验研究、临床观察、社会调查分析等方法探求人类生命活动的本质和规律以及与外界环境的相互关系，揭示疾病发生发展的客观过程，探寻防病治病、增进健康的途径和方法的探索活动。构成这种活动的基本要素就是问题、试验观察和理论思维。医务人员除了要完成防病治病的任务，还肩负着医学科研的重任。而崇高的医学科研道德，是促进医学科学发展的重要因素。医务人员只有遵循医学科研道德的要求，才能在探求生命运动和疾病发生、发展规律中，寻找出保障人类健康、战胜疾病的有效方法和途径。

一、医学科学研究概述

（一）医学科学研究的含义

人类对自身生命现象的关注和思索，同人类历史一样源远流长。医学科学研究是指以客观的人体生命现象作为研究客体，运用科学的手段和方式，认识和揭示人体生命的本质、结构、功能及其发生、发展客观规律的探索性实践活动。一般来说，人体生命现象泛指由糖、脂、核酸、蛋白质等物质组成的生物体呈现的特有现象。人体生命现象包括生长、繁殖、发育、遗传、运动、刺激感应、传导、神经体液调节，直到人的高级神经活动。其中，新陈代谢和自我复制是最基本的人体生命现象，也是人体生命最重要的特征。医学界对此所进行的研究是广义的人体生命科学研究，其研究成果堆砌成为医学生物科学或医学生命科学。

（二）医学科学研究的特点

1. 研究过程的复杂性　医学生命科学研究过程的复杂性不仅取决于研究对象的复杂性，

Notes

更取决于研究自身的复杂性。无论是对人的生命群体、个体的观察归纳，还是对群体、个体的实验分析，即使设计、实施得十分理想的实验室观察、实验，其用时一般都比其他生命现象和非生命现象的同类研究要长，干扰因素多，可重复性验证困难，过程的连续性、可控制性和客观性差得多。

2. 研究对象的复杂性 人体生命现象是物质世界长期演变、进化的产物，与非生命现象具有共同的存在根据和规则，但作为高级的物质存在方式，生命现象又具有不同于非生命现象的客观属性和逻辑。因此，生命现象不但不能简单地还原、归结为一般物质的本质及其规律性，而且应特别强调生命现象的特殊机制及其规律性。已有的生命科学研究表明：与非生命现象相比，生命的本质及其物质结构、功能、进化规则、个体差异等要复杂得多，可以说是世界万事万物中最难把握的现象，尤其是人类的生命现象。

3. 研究结果的复杂性 上述特点决定了某一具体医学生命科学研究结果的复杂性。同样的研究往往得出不同的结果，而且，当研究结果以结论形式出现时，无不注入研究者的主观认识因素，例如世界观、方法论甚至个性特点，其中最重要的是世界观，这就使研究结果更趋复杂化。19 世纪八、九十年代，德国的 W·鲁通过对早期蛙胚的实验研究提出了著名的“发育镶嵌学说”，从而成为“实验胚胎学”的创始人之一。与他同时代的同胞学者 H·德里施，在用海胆作为实验对象检验鲁的镶嵌学说的实验中，却得出了与镶嵌学说相反的结果。后世的生命科学史学家认为，鲁和德里施二人在实验结果上出现的矛盾，首先是他们所使用的研究对象和实验技术不同所致；其次缘于他们对分化原因的不同理解和解释，即鲁强调内因，而德里施则强调外因。

4. 研究影响的复杂性 非生命现象的研究成果及其运用，直接影响和改变的只是非生命界，而对生命界只具有间接影响和改变的作用；就其影响性质而言，正负效应界限比较分明，而且人们有信心通过控制，使其正效应远远大于负效应，争议不大。医学及其人体生命科学研究的成果及其运用，无论对生命界、人类，还是对整个物质世界，不仅具有直接影响，还会发生间接影响；就其影响性质而言，由于此类研究结果直接、长远地作用于人类命运，正负效应的界限短时间内难以划清，人们对其安全性、负效应的忧虑要沉重得多，争议特别大。例如，自从上个世纪末以来对“克隆人”的激烈反映便是典型。

二、医学科学研究的伦理选择

（一）医学科学研究的伦理问题

1. 研究主体与研究对象之间的利益矛盾 随着人类社会的进步与发展，人们越来越重视被作为试验对象的人及其他物种和自然环境等的权利，有些法律也明文规定，侵犯其权利是不道德的。医学科学研究不仅需要动物实验，还需要人体实验。于是，研究主体与研究对象之间产生利益矛盾，其核心是双方的权利义务关系及社会伦理问题。本世纪中叶以后，一些国际文献已明确地提出了相关问题，并针对其确立了基本伦理准则。

2. 研究对象的权益与医学科学发展的利益之间的价值冲突 如果一项研究对医学发展可能有明显的意义，而受试对象是人以外的其他生命，可能麻烦不会太大，但是，如果受试对象是人，那么对受试者个人就可能造成损伤，甚至出现不可预测的后果。此时，在受试者健康价值与医学发展价值不能两全的情况下，谁服从谁？此时化解冲突是一大伦理难题。

3. 研究者群体内部的利益矛盾 医学研究课题开题之前，研究人员之间可能会出现分工的矛盾，例如主课题与子课题的矛盾，主持人与课题组成员的矛盾等；在研究过程中也会有信息如何共享、先行完成的课题可否先行一步独立公开发表论文及成果等矛盾；研究结束后，成果如何分享，包括署名、荣誉和奖金分配等，这些均需要参与者有良好的医学科研道德素质与表现。

4. 研究过程中的不正当行为　不正当行为是指研究者在研究过程中出现的不符合伦理准则甚至违背伦理准则的做法。在医学科学研究领域中，不正当行为主要表现在：医学科研设计缺乏全面、充分的论证，尤其缺少人文理念的参与；弄虚作假，骗取伦理审查；重结果，轻过程，导致实验的完整性、可信度大打折扣；编造、篡改、隐瞒实验数据，生拼硬凑，急功近利；抄袭、剽窃，化别人成果为己有；人体实验中侵权、违规行为，如仅满足知情同意形式而不实质做好知情同意等。医学科学研究中的不正当行为具有极大的危害性。它不仅会损害医学科学事业，败坏医学科学道德，而且会造成严重的社会问题、生态问题甚至人体受试者被伤害、残废、死亡等问题。因此，必须加强医学科学研究中的伦理建设，既强化医学科学研究道德的他律机制，又强化研究者的自律素质，从而有效克服医学科学研究中的不正当行为。

（二）医学科学研究的伦理准则

1. 热爱科学　热爱医学科学事业，就是医者从内心尊重和喜欢自己的职业，对科学事业有坚定的意志、毫不动摇的信念和深厚的感情，愿意把自己的全部精力甚至一生都献给医学科学事业。热爱医学科学事业是对医学科研工作者的基本职业道德要求。医学生应从热爱医学、学好医学开始，并在学习全过程中努力培养爱科学、爱专业的优良品质。

2. 实事求是　实事求是是医学科学研究者必须遵循的底线伦理准则。尊重事实和服从真理，对于从事医学科学研究的人来说尤其重要。

实事求是对医学科学研究者要求做到：医学科研实验设计必须合理，并全部完成各项实验步骤和项目；在医学科研实验中必须进行客观的观察和如实的记录，不能暗示实验对象去反映实验者所希望的情况；对实验结果的分析和评价要客观，在与假说相对照时应尊重实验结果，如发现实验失效或不符合要求时，必须重新实验，而不能把失败或不规范的实验结果改头换面作为依据，课题完成之后，报告成果时严禁捏造、篡改和剽窃；排除不利于医学科研的各种干扰，使医学科学研究只服从实验事实，而不能屈从某一权威的观点或某种政治、行政意图；坚持真理，修正错误。

3. 献身事业　真正的医学科学研究永远需要献身精神。由于医学科研自身的特点、我国的研究水平总体尚不高，加之旧道德观念仍然严重存在，因此，特别需要每一位从事医学科研的人具有献身精神。在当代医学科研中，这种献身精神并未因科研设备和科研方法的现代化而成为过时的东西。相反，由于社会市俗生活日益丰富，医学科研难度日增，这种献身精神不仅需要坚持，而且需要发展。

献身医学科学事业的主要要求是：医学科学研究工作者为了国家和人民的利益，应该勇往直前地战胜一切艰难险阻，去攻克医学科学堡垒；不为外界的褒贬毁誉与威胁利诱所动摇，无私无畏地追求医学科学真理；不计个人得失，义无反顾地坚持与捍卫医学科学真理；抛弃一己之小利，无私地用医学科技成果为人类的医学事业进步、发展服务。

4. 团结协作　群体意识是促进医学科学发展的重要因素。团结协作是医学科研活动固有的性质，尤其是现代医学科学研究的突出特点。群体意识的时间表现形式是几代人纵向相依。牛顿曾形象地比喻说，如果我比笛卡尔看得远些，那是因我站在巨人肩膀上的缘故。群体意识的空间表现形式是同代人横向协作。

群体意识的道德内涵是正确认识自己的科学劳动与他人科学劳动的关系。所谓他人科学劳动包括两个方面，一是时间维度的前人的科学劳动；二是空间维度的当代科学同仁的劳动。现实中的群体意识主要表现在第二个方面，即科研协作精神。医学科研协作精神具体表现为：首先，协作者之间相互平等、相互尊重；其次，协作者之间资源共享、相互支持；再次，协作者之间信守诺言、遵守协议；最后，成果分配实事求是、公平合理。

5. 勇于创新　创造性是医学科研活动的一个突出特征。创新是科研的生命。创新精神和创造意识对医学科学发展具有重大的意义。

医学创新的伦理素质主要包括：医学科学精神与人文精神的统一，即追求真理与对人的终极关怀的统一；崇尚实践与注重理性，即实践品格与理性素养的统一；批判意识与服从真理，即科学的怀疑精神与坚持真理的统一；精英意识与群体意识，即敢于创新拔尖与坚持团结协作的统一。

第二节 人体实验的伦理

人体实验是医学存在和发展的必要条件，特别是在近代实验医学产生以后，科学的人体实验更成为医学科研的核心和医学发展的关键。不管人们对人体实验有多少争议和反对意见，也改变不了这样的客观事实：人体实验是医学研究成果从动物实验到临床应用的唯一中介，是医学实验不可缺少的必要环节。为了提高预防、诊断、治疗水平，以达到了解疾病的病因与发病机制，从而更好地维护增进人类健康、促进医学发展等为目的的科学的合乎规范的人体实验，不仅是必然、必要的，而且也应该得到伦理的论证和支持。

一、人体实验在医学科学研究中的价值

（一）人体实验及其类型

狭义的人体实验是指以人为受试对象，用人为的试验手段，有控制地对受试者进行科学考察和研究的活动过程。人体实验是医学科学研究的特殊表现形式，而医学科学研究又是生命研究中与人类关系最直接、最密切的研究领域。因此，人体实验可以说是生命科学研究中的皇冠明珠和伦理聚焦点。涉及人的生物医学研究和相关技术的应用，其伦理聚焦应为保护人的生命和健康，维护人的尊严，尊重和保护人类受试者的合法权益。

人体实验按应用价值可分为临床人体实验与非临床人体实验；按控制情况可分为实验室人体实验与自然人体实验；按意愿表达可分为自愿人体实验与强迫人体实验；按性质可分为正当人体实验与不正当人体实验。临床人体实验旨在探求、增加和改善临床医学知识、方法、技术、手段。非临床人体实验旨在探求、增加和改善关于病因、病理的知识及卫生保健的知识、方法、手段。实验室人体实验，即前述狭义的人体实验，是应用最广泛的人体实验类型。自然人体实验是指人体实验的整个设计、过程、手段和后果都不是出自试验者的意愿，也不受实验者的控制和干预，是在自然现象发生（如战争、瘟疫、地震等）过程中进行的。自愿人体实验是指受试者本人出于自我治疗或助人目的，在无任何外力强迫或诱惑下，经过深思熟虑的理性选择，志愿参加的实验室人体实验。强迫人体实验是指实验者利用一定的军事、政治或组织的强大压力，强迫受试者进行实验室人体实验。综合以上情况，从价值层面加以审视，就出现了人体实验的正当与不正当的区别。正当人体实验既应得到功利论的辩护，更应得到人本、人道理论的支撑，还应经得起现代公正论的追问。否则，就是不正当人体实验。据此，具有普遍应用价值的实验室人体实验可以得到正当性的伦理辩护，但其善与恶有待具体解读；自然人体实验由于不损害受试者自主性，有得无失，符合社会公正，其正当性是十分充分的，但可供利用的机会太少；而强迫性人体实验是最不具正当性的；自愿人体实验可以为其正当性提供必要的保障，但仍然需要满足更充分的理由。本章所讨论的人体实验是自愿的实验室类型的人体实验。

（二）人体实验的价值

人体实验是医学存在和发展的必要条件，特别是在近代实验医学产生以后，科学的人体实验更成为医学科研的核心和医学发展的关键。涉及人的生物医学研究和相关技术应用包括以下活动：采用现代物理学、化学和生物学方法在人体上对人的生理、病理现象以及疾病的诊断、治疗和预防方法进行研究的活动；通过生物医学研究形成的医疗卫生技术或者产品在人体上进行试验性应用的活动。

无论人们对人体实验有多少争议和反对意见，也改变不了这样的客观事实：人体实验是医学研究成果从动物实验到临床应用的唯一中介，是医学实验不可缺少的必要环节。因为人与动物是有种属差异的，经动物实验所获得的研究成果必须经过人体实验作最后验证，以确定其在临床中的应用价值。更为重要的是，人有不同于动物的心理活动和社会特征，人的某些特有的疾病不能用动物复制出疾病模型。这类研究就更离不开人体实验。如果取消人实体验，而把只是经过动物实验研究的药品和技术直接、广泛地应用于临床，那么，就等于拿所有的病人做实验。这实际上是对广大民众的健康和生命的不负责任，是极不道德的。

综上，以增进诊断、治疗和预防，以达到了解疾病的病因与发病机制，从而更好地维护与增进人类健康、促进医学发展等为目的的科学的合乎规范的人体实验，不仅是必然、必要的，而且也应该得到伦理的论证和支持。

（三）人体实验的误区

人体实验具有明显的双重效应（正、负效应）和多元价值冲突（受试者价值与实验者价值的冲突，治疗价值与科学价值的冲突，近期价值与远期价值的冲突等）。这些问题处理起来确非易事。所以，人们对人体实验的认识和态度历来有两种误区：一种误区是因噎废食，认为既然人体试验有那么多麻烦，也出现过震惊世界的人道主义灾难，把受试者作为手段的做法与“人本论”水火不相容，也许它根本就不该存在；另一种误区是理所当然，认为既然人体实验有其存在的必然性、合理性，自古以来也从未停止，医学发展更离不开人体实验，那么，以少数受试者的代价换取更多人的健康收益，可以得到“功利论”的辩护和支持，是值得的，它不该受到太多限制。

从深层次上看，上述两种误区是人们的价值理念出现偏颇所致，即以单纯的“人本论”或“功利论”误读了人体实验的价值。若要告别误区，则须在“人本—功利—公正三论统一”的伦理框架中去确认人体实验的应有价值。

二、人体实验中的伦理抉择

（一）人体实验的正当目的

目的在行为中至关重要；目的不仅是行为主体的主观诉求，而且可由客观行为及其过程实现、验证。人体实验必须确立合理、明晰的目的。而只有符合医学科学目的的人体实验才是正当的。2000年爱丁堡版的《赫尔辛基宣言》“前言”中的第6条，具体规定了人体实验的正当目的：“涉及人类受试者的医学研究的主要目的在于提高疾病的诊断、治疗和预防方法，进一步了解疾病病因及其发病机制。即便是已充分被证明了的预防、诊断和治疗措施也必须接受对其效力、功效、可提供度及质量不断研究的挑战。”由国际医学组织理事会与世界卫生组织于1992年合作完成的《涉及人体受试者的生物医学研究的国际伦理学准则》，在其“前言”中指出：无论是临床研究，还是非临床研究，只有符合下列目的才是正当的：①“对健康受试者或病人的生理、生化或病理过程的研究，以及对某物理、化学或心理干预措施反应的研究。”②“对较大人群的诊断、预防或治疗措施的对照性研究。研究设计的目的，在于承认每个人生物学差异的情况下，显示出对上述诊断、预防或治疗措施的某些普遍性的反应。”③“确定某些预防或治疗措施对个体或社区人群所产生的影响的研究。”④“在多种环境条件下，与人类健康有关的行为方面的研究。”

某些特殊的人体实验，例如获外来资助的人体实验研究，其正当目的除必须符合上述要求外，还要求必须同东道国的健康需要和工作重点相吻合，尤其是提供资助者的商业目的不能损害东道国及其受试者的正当权益。

人体实验的目的必须公开，使其具有相当的透明度。《纽伦堡法典》明确规定：实验者必须向受试者告知实验目的。《涉及人体受试者的生物医学研究的国际伦理学准则》明确规定，实验

者必须向伦理审查委员会报告的第一类信息是:“在当前知识允许的情况下清楚说明研究的目标以及进行人体实验研究的理由”。

(二) 受试者的公平选择

选择受试者时,现在国际上通行的准则是公平分配负担与收益,即公平准则。2000 年版的《赫尔辛基宣言》在其第 16、17、18、19、29 共五个条款中作了具体而且明确的规定。作为承受人体实验的人,受试者处于极其特殊的地位。在选择受试者时,如何给其定位和筛选更合适的受试对象,是实验当事人双方以及社会都非常关注的问题。受试者只想作为目的承载者,享有试验利益,实验者只想让受试者作为手段、承受试验负担;让某一受试者(个体或群体)承受过分负担,而把由此换来的收益让另外的人(个体或群体)享有——这些做法显然都是不合理的。

选择弱势群体中的受试者,公平准则需要有强调的或补充的要求。因为弱势群体受试者的权益易于被忽视甚至损害,既要不伤害他们,又要保障他们享有因参加人体实验可能得到的机会、好处,所以,公平分配其参与研究的负担与收益的难度很大。弱势群体通常是指缺少自主行为能力或者自由选择受限制的人群,主要包括儿童、智力或行为能力存在严重障碍的人。欧美国家甚至将实验研究者的下级、下属,疗养院的病人,失业者,贫困者,流浪者,难民,急救室病人,不治之症患者,HIV(艾滋病 - 获得性免疫缺陷综合征)感染人群或可能会感染 HIV 的人群,妇女以及犯人都列入其中。在这样的群体中选择受试者时,确实需要特别强调所作选择必须具有特殊理由,并且选择一旦确定,就需要特别要求实验者必须具备严格保障受试者权益的特殊措施。为此,选择弱势群体受试者必须满足如下条件:①弱势群体受试者越少,研究开展越困难。②研究目的是为了获得新知识,以提高诊断、预防或治疗某些疾病或解决某些弱势群体特有的健康问题的水平。③受试者及其群体的其他成员都有权合理地享有任何由研究所带来的用于诊断、预防或治疗的产品。④研究者给受试者带来的风险是最小的,除非伦理审查委员会允许风险稍微高于最小风险。⑤当受试者无能力或明显无法给出知情同意时,他们的同意决定将委托给其法定监护人或其他适当的权威代表人物代理表达。

选择更为特殊的受试者,还必须遵循更为特殊的伦理规则。例如,孕妇或哺乳期妇女绝对不能被选择用作非临床研究的受试者,除非这项研究的目的是获取关于妊娠或哺乳的知识,而又无法用未孕或非哺乳期女性作为合适的受试者,并且该项研究对胚胎或婴儿的影响极小。如此进行的选择,才是合乎伦理的。

(三) 受试者权益的合理保护

人体生物医学研究和试验离不开受试者的参与,从某种程度上讲,受试者促进了医学科研的发展,他们的奉献精神值得尊敬。由于在试验过程中患者或受试者处于弱势地位,其生命、健康、身体、隐私、尊严等人身利益有可能在研究中受到侵犯,特别在面对高风险性、不确定性试验研究时,可能随时面临生命的危险,因此国际规范以及各国通行惯例中都强调,在人体生物医学研究领域中,受试者的上述权益应当受到尊重和合理保护。这也构成了人体实验中的伦理考量的最为重要方面。

所谓合理保护就是给人体受试者以必须的、负责任的、全方位保护的承诺和措施。“必须”是指保护受试者是必然要求,是受试者享有应该得到保护的权利的客观要求;“负责任”是指保护受试者是出自试验者真诚的主观动机和责任感;“全方位”是保护要全面着眼于受试者的生理、心理、社会适应性各层面的利益以及研究所及的各个环节。

合理保护受试者与人体实验所涉及的一切问题都密切相关。因此,《赫尔辛基宣言》及其他关于人体实验的著名伦理文献所阐释、强调的首要伦理准则,就是保护受试者。《赫尔辛基宣言》在“前言”的第 5 条明确提出:在人体实验研究中,“应该将人类受试者的健康和利益作为首要考虑,其次才是科学和社会的利益。”宣言整个文献都渗透着这一根本理念。通行于欧美

的人体实验四大准则，即自主、不伤害、仁慈、公正，也可以说是合理保护受试者这一伦理精神的具体体现。

合理保护受试者的主要要求是：实验者必须是胜任的；试验设计科学，目的正确，风险合理、明确、可控；受试者选择时的公平，对弱势受试者有特殊保护措施；受试者知情同意得到充分保障；受试者隐私权和保密权得到充分保障；实验全过程必须由伦理审查委员会审批、监控。另外，受试者在相关规定（如 GCP— 药品临床试验管理规范或好药品临床试验规范，Good Clinical Practice）的药物、医疗器械（仪器）的临床实验时享有相应免费权；受试者因参加研究受到与实验直接相关的损伤时得到及时免费治疗，如果伤害严重，应当得到国家法律规定的相应赔偿；受试者因受到意外伤害而享有的索偿权也应得到保障，即受试者如在实验过程中受到意外伤害，则有权要求索取经济或其他赔偿；如果受试者死亡，其家属享有索偿权；但是，受试者因接受实验性治疗或其他疾病诊断和治疗而仅出现事先已预见并经其知情同意的不良反应，不可要求赔偿。

（四）对实验者的主要伦理规约

实验者（研究者）是人体实验的策划者、实施者，是人体实验参与各方中居主导地位的关键人物。实验者享有人体实验的特权，这决定了他必须具备特殊的资格并负有、履行特殊的伦理义务和医学伦理学基本原则尊重人（如自主、自愿、知情同意）、有利、不伤害公正等三项基本原则，其最核心的伦理原则是尊重人。2000 年版的《赫尔辛基宣言》第 15 条有明确规定，强调的是实验者必须胜任，既向医学事业负责，又向受试者负责。因此，人体实验研究的关系一旦确立，在实施前，研究者必须向受试者明确自己的身份，即告知自己是纯粹的实验研究者，还是兼有实验研究者与临床医师双重身份；在实施过程中，研究者必须尽到双重责任——如果研究者同时又是临床医师，除研究中的义务外，还必须承担起相应的医疗保健义务，例如受试者因故撤出研究而要求提供应有的医疗保健时，研究者不可拒绝提供服务和帮助，如果属于纯粹研究者，此时则必须建议受试者到研究之外去寻求必要的医疗保健。而在这些方面，都要向伦理审查委员会报告，并接受审查和监控。

（五）获得资助的人体实验

人体实验获得的资助一般有四类：国家研究基金资助、国内商业资助、国外商业资助、国际组织研究基金资助。这些资助为人体实验提供了物质保证和必要支持，但同时也带来一些伦理问题，例如非科学意志的干预、商业目的的定位、研究资源的保护、文化观念的碰撞等，其中核心问题是资助者权利与义务的合理确认。

对这些伦理问题的研究，目前处于刚刚启动的阶段，我国可以从具体国情出发，借鉴国外某些研究成果。例如，《涉及人体受试者的生物医学研究的国际伦理学准则》就针对“获外来赞助的研究”提出了两条准则：一是外来赞助商应按照其所在国的标准将研究方案提交以供伦理和科学审查，所运用的伦理标准应该和赞助商所在国的研究标准一样严格；二是在赞助商所在国认可研究的科学性和伦理合理性后，东道国的伦理审查部门，应该审查该研究是否符合本国的伦理要求。该文件还明确规定了外来赞助商的义务：帮助东道国发展独立进行类似研究（包括伦理审查）的能力；为受试者所在人群提供必要的医疗保健服务；保证每一位因参加研究而被伤害的受试者可获得免费医疗服务，并给在研究中因伤害致残、致死的受试者以合理赔偿；保证受试者及其所在社区的情况不会因进行该研究而病情恶化，合理风险除外；保证将研究中所发现的涉及东道国或社区健康的信息及时报告给他们。

在借鉴国外研究成果、建设符合中国国情的人体试验伦理准则时，应该加大对获得资助尤其是商业资助的人体试验的关注和研究的力度。目前，应重点防范和解决资助者权利过大、随心所欲，商业资助者与研究者协同侵害受试者权益、行政干预、违背科学规律等现实问题。

第三节 人体实验与知情同意及保密

人体实验研究者的根本责任是保护受试者以及推进医学事业发展，而知情同意只是其实现的必要手段；虽然知情同意客观上也可以起到保护受试者正当权益的作用，但是这种作用是有限的、有条件的，它不能影响和排斥其保护受试者的首要功能，研究者更不可放大以此进行自我保护的主观期待。与知情同意一样，对受试者保密也是保护其合法权益的重要组成部分及其必要的手段。

一、受试者知情同意权

《CIOMS/WHO 国际伦理准则》（国际医学科学组织委员会、世界卫生组织关于涉及人类受试者生物医学研究的国际伦理准则）“对所有涉及人的生物医学研究，研究者必须取得未来受试者的知情同意，或在其无知情同意能力时，取得按现行法律合法授权的代表的允许。”

（一）知情同意权的含义

在生物医学研究中，尊重人的核心问题就是尊重受试者的自主权，或知情同意权。知情同意权，就是有行为能力的受试者在充分知晓与研究有关的信息并充分理解这些信息后，在没有任何外力胁迫或诱导下，自由自愿地作出参与或不参与研究的权利。知情同意不是例行手续，更不是医生 / 研究者推诿责任的手段。

人体实验受试者享有知情同意权，最先由 1946 年的《纽伦堡法典》明确提出和界定。在第二次世界大战中，德国纳粹医生在集中营里用被关押的犹太人、波兰人、痴呆者、持不同政见者等做惨无人道的人体实验。这些受试者被称为“没有价值的生命”，他们或者成为缺氧致死的试验材料，或者成为冷冻致死的试验材料，或者成为被故意感染上致死疾病的试验材料等。战后，纳粹医生作为战犯在德国纽伦堡接受审判。为确认他们的“反人类罪”，《纽伦堡法典》作为第一部国际性的关于人体实验的伦理学法典应运而生。这部伟大文献的逻辑起点就是肯定了人体实验受试者享有知情同意权，并把知情同意作为 10 条规则的第一条：“受试者的自愿同意绝对必要。这意味着接受试验的人有同意的合法权力，应处于有选择自由的地位，不受任何势力的干涉、欺瞒、蒙蔽、挟持、哄骗或者其他某种隐蔽形式的压制或强迫”。20 世纪 70 年代，知情同意权被欧美概括、拓展为自主权，并成为后者的核心内容。随后，知情同意权的理念进入临床领域。最早将知情同意引入司法实践的是 1957 年的一起美国医疗官司判例。该判例规定，病人享有知情同意权；医生有义务把种种可供选择的诊治方法的利弊，包括不利后果告知病人，并征得病人对诊治方案的自愿自主的同意。

（二）知情同意权的合理性

知情同意权是人体实验受试者自主权的集中体现和主要内容。因为人体实验各个环节都直接关系着受试者身心健康乃至生命，所以他有权获悉与人体实验相关的一切必要信息，并根据自己的利益和判断自主做出选择。

知情同意权是建立现代契约 - 合作型的实验者与受试者关系的基石。尊重受试者知情同意权，为解决双方复杂的权利义务关系问题提供了前提和保证，有利于双方进行真诚的交流与合作，有利于人体实验纠纷的防范与处理，有利于人体实验价值的选择与优化。

鉴于以上“人本论”和“功利论”的理由，知情同意权先后被各国法律法规所吸纳。《中华人民共和国执业医师法》第三章第 26 条规定：“医师进行实验性临床医疗，应当经医院批准并征得患者本人或者其家属同意。”第四章第 37 条第八款明确规定：“未经患者或者其家属同意，对患者进行实验性治疗的”，要负法律责任。我国《涉及人的生物医学研究伦理审查办法（试行）》14 条规定：尊重和保障受试者自主决定同意或者不同意受试的权利，严格履行知情同意

程序，不得使用欺骗、利诱、胁迫等不正当手段使受试者同意受试，允许受试者在任何阶段退出受试。

二、人体实验知情同意准则

知情同意的要素：受试者行使知情同意自主权的前提是实验方满足受试方知情同意三要素：受试者具备行使自主权的能力；信息的充分告知与理解；受试者的自由意志与自愿。信息、理解与自愿是知情同意三要素，也是知情同意必须达到的伦理标准。

（一）知情同意准则的一般内容

知情同意准则是指，实验研究者向合格的受试者告知充分的、能够被正确理解的必要信息，使对方知情，在此基础上，由受试者在不受强迫或不正当影响、引诱、恐吓的情况下，做出理性的选择；如果受试者本人不能行使知情同意权，可征得其委托代理人给予代理知情同意；知情同意不仅是程序和结果，而且是互动和过程。

（二）保证受试者得到基本信息

研究者理应提供 10 条基本信息：①受试者被邀请参加研究，需要告知其研究目的和方法；②受试者参加研究的时间；③合理地预期研究最终将会给受试者和其他人带来哪些收益；④参加研究会给受试者带来哪些可预见的风险和不适；⑤对受试者可能给予的有益的替换治疗方法；⑥对能够识别出受试者的资料的保密程度；⑦研究者为受试者提供医疗服务责任的大小；⑧对因研究而导致的某些伤害所提供的免费治疗；⑨对因研究而导致的残疾或死亡，是否为受试者本人、受试者家庭或其亲属提供赔偿；⑩受试者有权自由拒绝参加研究，可以在不被惩罚、不失去应得到利益的情况下，随时退出研究。

以上是最低要求，此外还应视具体情况向受试者告知：选择他作为受试者的特殊理由，研究设计的某些特征（例如双盲法、对照组、随机抽样）等。

（三）履行知情同意的底线责任

《涉及人体受试者的生物医学研究的国际伦理学准则》做出了 6 条规定：①为受试者真正做到知情同意而与受试者保持联系；②给受试者以足够的机会，鼓励他们提出问题；③避免欺骗、不正当影响及恐吓受试者等现象出现；④只有在受试者充分地了解研究的具体内容、参与研究的后果以及有充分的时间来考虑是否参加研究之后，方可征求受试者是否参加研究的意见；⑤作为一般规则，受试者须在知情同意书上签字，作为同意参加研究的证据；⑥如果研究条件以及步骤有了实质性的改变，每位受试者的知情同意书也需重新修改。

三、有关知情同意特殊问题的处理

（一）代理知情同意

在实践中，正确对待代理人知情同意权的问题是实现知情同意原则的重要内容。维护代理人行使知情同意权的合理性取决于下列条件之一：受试者与代理人意见一致，代理人被受试者委托代行知情同意权；特殊受试者，包括未满 14 周岁的少年；在欧美国家常被称为“脆弱人群”者（婴幼儿患者、智残患者、精神病患者、休克病人等）等，因本人不宜、不能行使知情同意权，而由其家属、监护人、病人单位领导或同事以及研究单位负责人代行。在我国，知情同意权代理人的先后顺序应为：配偶 - 子女 - 家庭其他成员 - 病人委托的其他人员。

由于文化传统、价值观念、现实国情等方面存在着诸多差异，中国和西方国家在认识和处理知情同意问题的某些环节上，有着不同的理念和做法。中国强调维护病受试者知情同意权的根本价值在于争取受试者合作，在实施中不是特别关注受试者自己的意愿，更看重的是受试者家属的决定。欧美国家高度看重的是受试者本人享有知情同意权，认为它是受试者自主权的重要内容，订有明确的程序规则，实施中强调在知情同意书上签字的都应是受试者自己，除非受试者

失去了行为能力。

（二）免除知情同意

面对危重病人，医方的首要职责是进行急诊急救。而为促进急诊急救医学的发展，以危重病人做人体实验的受试者是必要的。因为从科学角度上说，临床急诊急救方面的人体实验研究最好由危重病人做受试者，其研究结果肯定比根据对非危重病人的临床实验数据进行推断的做法更优。但是，以危重病人做受试者进行人体实验会遇到知情同意的“两难困境”：病人的知情同意权不容侵犯，而在治疗视窗内往往无法及时获得其知情同意。因此，直至20世纪80年代以前，一般不以危重病人作为受试者在急诊室进行人体实验研究。

1980年两位美国学者福斯特和罗伯逊引入了“推迟同意”（让急诊病人先接受必需的革新性治疗研究，然后在一段合理的时间内补行知情同意）的新概念，并用于部分研究中。此种做法于1993年遭到美国国立卫生研究院（NIH）和联邦食品与药物管理局（FDA）的质疑。它们认为，只有在急重病人受试者在承担最小风险时，才能使用“革新性疗法”。但这并没有使问题得到很好解决。1996年，FDA提出了“免除知情同意”的新理念，并为此规定了严格的条件：①病人处于危及生命的状态，现有的治疗方法并非最佳。②无法获得知情同意。③有可能使病人直接受益。④不免除知情同意就无法进行研究。⑤研究方案定义了一个治疗视窗，如果不在该视窗内获得知情同意则研究无法进行。⑥研究过程已由伦理委员会同意。⑦对研究已向公众进行了说明。⑧与社区代表进行了协商。规定强调保护危重病受试者，保证他们从试验性治疗中直接受益。为此，不允许危重病人参与比标准治疗有更多风险的研究；如果可以辨识出不愿参加者，必须慎重对待。国外的这些探索，对我国有借鉴意义。

（三）社区知情同意

社区知情同意是针对某些流行病学人体实验研究而实行的特殊知情同意。在这种知情同意中，研究者只要经合法的社区代言人的知情同意，即可实施研究，可以不征得每一位受试者的知情同意。其具体做法主要有：当社区群体有完整的社会结构、普遍的风俗习惯和一个知识渊博的领导决策层时，研究者应获得这个群体领导的知情同意；当“社区”仅为一个人口或统计学范畴，既无领导也无代言人时，研究者必须满足伦理审查委员会关于保障受试者安全和严格对数据保密的要求（对某些特定社会行为方式的人体实验研究，也应适用此项条款）。

社区知情同意的正当性可以得到下述理由的辩护和支持：拟行的人体实验研究的必要性和合理性；受试者每个人知情同意不可行或不必要；社区代言人有足够的资格和可信度，必要时有其他代表的知情同意；社区知情同意程序合理；为社区中的个人拒绝参加人体实验的权利留有必要空间，使其得到必要尊重。

（四）知情同意的免责功能

免责就是合理合法地不负任何责任。人体实验参与各方及社会公众都十分关注知情同意免责功能的问题。有一种观点认为，知情同意书其实就是研究者的免责凭据，是护身符。还有另外一种观点认为，知情同意书根本就不具有任何免责功能。那么，知情同意是否具有免责功能呢？

对这个问题的正确解答，取决于对责任与知情同意各自本质及其二者相关系的认识和把握。责任在本质上反映的是主体行为自由与客观必然性的关系，具体地说，主体具备行为自由，应该作为时不作为，不应该作为时乱作为，若产生对他人的危害后果，必须承担责任。反之，则不应承担责任。而知情同意的本质则在于维护人体受试者的健康权益和自主权益，只是责任的内容和要求之一，也就是说，只能以受试者知情同意权是否受到损害来判断知情同意行为本身的责任，而对人体实验整个行为，它只是必要的判断条件，并不是充分的判断条件。在人体实验中，不经受试者知情同意进行人体实验研究，若造成受试者伤害肯定要承担责任；即使经过受试者知情同意，只要研究者存在行为过失，已给受试者造成伤害后果，并且研究者过失行为与受试

者受害后果之间存在必然联系，例如研究者因违反操作规程、不负责任等原因而导致受试者被伤害，也必须承担责任。

免责的条件可参考《医疗事故处理条例》的如下规定：①在紧急情况下为抢救垂危患者而采取紧急医学措施造成不良后果的；②在医疗活动中由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生医疗意外的；③在现有医学科学条件下，发生无法预料或者不能防范的不良后果的；④无过错输血感染造成不良后果的；⑤因患方原因延误诊疗导致不良后果的；⑥因不可抗力造成不良后果的。需要特别指出的是，如果人体实验研究者同时也是临床医师，那么，由于直接负有治病救人的使命，当受试者（病人）需要急救时，即使未经其知情同意，也应承担起给以必要的“革新性疗法”这一救死扶伤的道义责任。

总之，人体实验研究者的根本责任是保护受试者以及推进医学事业发展，而知情同意只是其实现的必要手段；虽然知情同意客观上也可以起到保护受试者正当权益的作用，但是这种作用是有限的、有条件的，它不能影响和排斥其保护受试者的首要功能，研究者更不可放大以此进行自我保护的主观期待。

四、药物临床试验的知情同意

能否做好临床药品试验研究的知情同意，事关能否更好地处理医疗及其研究中的利益冲突、构建和谐医（研究者）患（受试者）关系，并真正地体现以患者和受试者为本医学伦理、人道精神与行为。

（一）药物临床试验中的知情同意概要

药物临床试验的知情同意是指在公开参与预期安排的药物临床试验方案的研究者（医师）同受试者（病人）之间，就此计划的风险和利益，在双方晤谈后，有决策能力的受试者自愿并同意接受药物临床试验中的医学（医疗）干预或处理的过程。知情同意不仅是在一个同意书上签字，而是一个受试者和研究者交流、理解的过程，它帮助受试者做出决定，进而达成受试者的知情后同意。

1. 药物临床试验的知情同意三要素　信息、理解与自愿是药物临床试验知情同意的三要素，也是知情同意必须达到的伦理标准。具体指信息公开（information disclosure）；受试者的理解（information understanding）；受试者的决策（decision-making）。

（1）向受试者充分提供信息：研究者必须向受试者说明：这是一项按设计程序进行的研究而不是纯粹的成熟的医疗，它顶多是一种药物治疗尝试；试验药物是否一定优于现有药物目前尚不可知，受试者有可能被分到对照组或安慰剂组；受试者有可能遭遇未知的不可预期的风险；受试者经过深思熟虑后必须是自主地做出参与或不参与的决定，并有权随时退出。同时研究者应向受试者提供研究目的、内容、程序、期限；利益与风险；有无其他可供选择的诊疗方法；相关的保密规定等。以及向受试者提供伤害赔偿与联系方法；资金来源与利益冲突；说明研究不是治疗；说明受试者有拒绝参加和随时退出的权利，而且不会受到惩罚或丧失其原应享有的利益等相关信息。

（2）确保受试者正确理解信息：纳入受试者时，研究者应对受试者以能够被理解的语言解释：在研究中的医学难题及目的是什么？建议什么诊断或治疗方法、方案或研究方案的概要；关于研究的风险和利益及其评估。关于研究的风险和利益的另一方面—受试者的正确理解、考虑与抉择及其安全及利益保障：研究者应当用受试者所能理解的语言和方式来传递信息；检验受试者理解信息的程度；受试者有文化或语言障碍时应取得其亲人或社区代表的帮助；允许受试者与亲友商议；欢迎受试者及家属提出问题并给予满意的回答。

（3）自愿抉择及同意：这是指受试者应当在完全不受外力影响及胁迫、诱导的情况下，在充分理解研究的性质、目的、程序、利益 / 风险和后果的基础上，经过深思熟虑，自由自主自愿地做

出参与研究、不参与研究或退出研究的决定。自愿同意的前提是当事人有行为能力和有真正的自由和自主性。

2. 药物临床试验的知情同意的主要相关问题

(1) 行为能力:行为能力是指受试者能对自己所作决定的后果有能力做出正确判断。行为能力的内涵主要包括:药物临床试验的非医方当事人的成熟性即是否已满法定年龄,是否能根据自己的利益独立做出判断和决定;智能、精神状态和神志是否正常;有无具体的医事法律行为能力。除上述情况外,在押犯人,难民,非法移民等均被视为无医事法律行为能力。无医事法律行为能力的人属于脆弱人群,必须由法定监护人或依法授权的代理人代替受试者履行知情同意手续。一般,在药物临床试验的知情同意审查中已发现研究方为了避免不必要的伦理、法律纠葛,均很重视对方的行为能力问题,不纳入有行为能力问题的和无行为能力的人作为受试者。

(2) 受试者应有真正的自由和自主性:受试者的自由和自主性指受试者在临床药品试验研究中没有受到任何形式的胁迫;没有受到任何形式的不正当诱导;不存在任何可能影响自由决定的关系。这就要求受试者参与或不参与研究不是出于任何形式的威胁或强制;受试者不属于强制性机构中的成员(如监狱、戒毒所、教养所、战俘营、难民营、养老院、孤儿院、精神病院)或无政治权利者。在对试验药物研究论理评审时更应注意的是那些被“死马当作活马医”的难治重症或“绝症”患者,来自贫穷家庭的贫困患者,在等级森严的机构中处于下属或弱势地位的人如医(药)科学生和护校学生、技术员、药厂雇员、士兵等,他们有可能出自绝望或“被迫的期望”、贫困或慑于老师或上级的权威,而不情愿地参与研究;在男权社会或封建家庭中,妇女有可能慑于丈夫或公婆的压力而被迫参与或不参与研究或研究性医疗。以上这些对他们是有损害和不公平的。

在药物临床试验的知情同意审查中已发现一些项目存在着某些不正当的诱导或影响,例如:试验方向受试者支付过高的补贴;夸大试验药物的疗效和研究的利益,缩小试验药物的毒副作用、不良反应及研究的风险;不恰当地强调本研究项目对科学和人类的贡献;不恰当地利用医疗机构品牌、著名医学专家的权威和影响;以及研究方利用了可能出现的配偶、长辈和监护人对被药物临床试验的当事人的不恰当影响。

(二) 药物临床试验的知情同意中对弱势人群的保护

药物临床试验中的弱势人群就是那些由于没有足够的权力、智能、教育、资源、力量或其他素质,相对或绝对无能力保护自身利益的参与研究的非医方当事人。一般包括:参与研究并作为受试的初级人员或处于下属地位的人;学生、士兵;社会经济地位低下者:领取救济金者、贫民、流浪和无家可归者、某些少数人种和民族。其他还有强制性机构中的人:如犯人、无政治权利者。还包括儿童或因精神疾患而无知情同意能力的人,以及对研究者有依赖关系的人:如被研究者经治的病人、晚期肿瘤和急重症病人。当然也有老年人、男权社会中的妇女、教育程度低且不熟悉现代医学知识、信息的人等等。

完好的对弱势人群的知情同意是对其利益的最好保护。一般是这样做的:如果某研究能够在较不脆弱的受试者中同样好地进行,原则上就不应以弱势人群为受试者。以弱势个人作为受试者,必须特别进行合理性论证。弱势人群如被选为受试者,必须采取保护他们权利和福利的严格措施,伦理委员会必须对此进行严格的特殊审查。以弱势个人作为患者、受试者,必须取得其本人的知情同意。当弱势个人无知情同意能力时,必须取得其法定监护人或依法授权的代表的允许。

儿童患者、受试者的知情同意。在进行涉及儿童的药物试验时,研究者必须保证的是:最佳医疗或研究不能在成人同样好地进行;药物研究目的是为了获得儿童医疗保健及最佳疗效或有关的知识;儿童的父/母亲或法定监护人已在充分知情的情况下给予同意;已取得在儿童能力范

围内的同意(认同)。儿童拒绝参与或拒绝继续参与研究的意愿必须受到尊重和落实。在研究进行过程中,如果儿童已成长为有一定法律行为能力的人,应该重新取得他本人的适应其能力的正式知情同意。

(三) 受试者对信息的了解与理解及决策

要做好药物临床试验的知情同意,研究方应当评估受试者对信息的理解力和了解程度;评估受试者是否真正完全理解研究方提供的信息。同时研究方应当鼓励受试者问问题以便他们对相关信息能充分理解和了解。

关于受试者的决策,应当关注受试者是自由的决定和自愿同意还是不接受研究者的计划;在抉择形成过程中研究方应将压力最小化,排除欺骗、诱导、强迫等,尽可能实现受试者的自主同意。

(四) 文化传统、社会结构与药物临床试验的知情同意

在某些人群中,由于语言、文化、宗教、习俗等差异,使信息交流和知情同意过程较为困难和复杂。研究者必须以一种能为当地人群理解的语言和方式来进行知情同意工作,并取得其相关的有能力的亲人或社工的帮助和支持。在某些文化和社会结构中,研究者只有取得其相关的有能力的亲人或社工、宗教领袖或其他权威方面的允许后,才能和受试者个人进行接触并取得其知情同意。在任何情况下,受试者其相关的有能力的亲人或社工或其他权威都不得代替受试者个人的知情同意。

知情同意的要素(信息公开,受试者的了解和决策)要被受试者有时还包括其家属真正了解和理解,并且必须由主持研究的试验者(医生)认真、正确地实施。在药物临床试验中,无论是什么原因使受试者没有决策能力或知情及知情后自主同意,都应该在全世界范围内的科学知识、伦理及法律规范的探求过程中强调对受试者“不伤害和有利”原则要大于对医学科学知识、技术的追求或发展医学科学、技术;扶助和保护受试者利益与安全、制约和控制制药商与研究方的贪婪及给受试者带来的伤害,是我们做好临床药品试验研究的知情同意的伦理宗旨。知情同意对受试者、医药企业及人员、医务人员和研究人员均有直接而重大的利益,针对临床药品试验研究的知情同意中出现的问题并要做到很好地解决,我们必须继续建立和完善相关伦理规范和法律制度,真正做好临床药品试验研究中的知情同意。

五、人体实验与保密

《希波克拉底誓言》说:“我在职业中或私下看到或听到的一切都不应该泄露,我会保守秘密而不告诉任何人”。我国《涉及人的生物医学研究伦理审查办法(试行)》14 条规定:尊重和保护受试者的隐私,如实将涉及受试者隐私的资料储存和使用情况及保密措施告知受试者,不得将涉及受试者隐私的资料和情况向无关的第三者或者传播媒体透露。

(一) 关于保密的国际伦理准则

《赫尔辛基宣言》“应采取各种预防措施,尊重受试者的隐私权,做好病人资料保密,并将研究对受试者身体、精神完整性及对其人格的影响降至最低”。《CIOMS/WHO 国际伦理准则》“研究者必须建立对受试者研究数据保密的可靠保护措施。”

(二) 人体实验中关于保密的原则要求

尊重受试者的隐私是尊重人的一个重要方面,也是医生 / 研究者的基本职业道德和义务。个人或群体研究涉及信息的收集和储存,病人 / 受试者有权期望医生 / 研究者对他们的信息严格保密,只能披露给需要得到或有法律权利得到这些信息的人,因为这些信息一旦泄露给第三方,可能引起伤害或痛苦。研究者必须承诺保密并建立对受试者的研究数据保密的可靠保护措施。

第四节 动物实验伦理

动物实验伦理(ethics of animal research)调整在生物医学实验中使用动物产生的伦理问题的理念、规范和准则。动物实验伦理关注受试动物的福利,要求研究者积极改善动物实验的研究方案,并以更加人道的方式对待实验中的动物,尤其是那些能够体验到痛苦的动物。

一、动物实验伦理的形成与发展

利用动物进行生理学研究,进而获得对肌体功能和疾病机理的科学认识,是近代实验医学发展的重要条件和基本手段。由于早期动物实验的残酷性,在动物实验随着实验医学发展大幅增加的同时,对动物实验研究伦理问题的争论从未消失,并受到一些社会团体的持续关注。从19世纪初开始即有一些有识之士开始倡导对动物的保护,并且向英国议会提出了禁止虐待动物的提案。此后,麻醉术等在动物试验中的运用缓解了人们的部分顾虑,但随着个体权利意识的扩展、自然科学知识的发展以及社会生活方式的转变,尤其是宠物的增多,一场要求人类仁慈对待动物的动物权利解放运动开始兴起,以 Peter Singer 于1975年出版的《动物解放》为标志,动物实验的伦理学争论再度升温,伦理上和法律上对研究者使用动物的限制也开始增加。在美国,国家卫生研究院于1963年出版了第1版自愿遵守的《实验动物照护与使用指南》,1966年,国会通过《实验动物福利法》,要求研究机构和犬商在农业部注册,并强制要求人道的照护和对待猫、狗、兔子、仓鼠、豚鼠和非人类灵长类动物。1985年,国会通过《健康研究延伸法》,要求国家卫生研究院制定在生物医学和行为科学研究中使用动物的政策;1986年,《公共卫生局实验动物人道照护与使用政策》出版,美国公共卫生局下属的实验室和任何获得了公共卫生局研究经费资助的非政府研究机构都必须承诺遵循该《政策》和前述《指南》。在英国,Russell 和 Burch 于1959年提出了动物实验中人道的使用动物的“3Rs”原则(替代、减量和优化),并于1969年建立了医学动物试验替代物基金会。在中国,经国务院批准,国家科委于1988年颁布《实验动物管理条例》,建立了以许可证为核心的动物管理制度。2001年,科技部颁布《关于善待实验动物的指导性意见》,这是中国第一份关于实验动物福利和动物实验伦理的法律文件;2006年,《国家科技计划实施中科研不端行为处理办法试行》将“违反实验动物保护规范”列为六种不端行为之一。此外,在一些地方性立法中也有关于动物实验伦理的规定,其中北京市还专门制定了《实验动物福利伦理审查指南》。在国际上,国际医学科学组织理事会(CIOMS)和世界卫生组织(WHO)于1984年制定了《涉及动物的生物医学研究的国际伦理准则》,要求动物实验与保护人类和动物的健康之间必须具有相关性,在实验中应当使受试动物数量最小化,并尽量避免痛苦或者使痛苦最小化。

二、动物实验伦理的基本内容

现代科学发展的初期,哲学家勒内·笛卡儿认为动物没有灵魂,因而没有自我意识和疼痛体验,在这种机械论的科学观之下,动物只是一些更精致的实验仪器,人类对动物不负有任何伦理上的义务。但到今日,基于人和动物的同源性和神经系统上的相似性,大多数人都会承认,至少一些动物能够体会到痛苦,一些哲学家提出了“动物权利”的命题,认为人对动物负有直接的道德义务,其中两位最具影响力的代表即 Peter Singer 和 Tom Regan。

1. Singer 从功利论出发,认为感知快乐和痛苦的能力是道德属性的关键,既然动物能够感知疼痛和痛苦,就应当同等的考虑人类和动物的痛苦,并将动物的痛苦包括在道德的计算之中。Singer 认为,除非人们愿意用不可逆转昏迷的人体受试者来替代,否则利用动物作医学实验就是一种物种歧视。

2. Regan 从道义论出发，认为动物和人一样拥有将来“或好或坏”的生命，因而也就和人类一样拥有内在的而不是工具性的价值，在伦理上必须像对待人类一样将动物的生命也作为目的本身。Peter Singer 和 Tom Regan 承认自然界中的其他存在物也具有内在价值，为更激进的动物权利解放运动提供了理论基础，但这种非人类中心论的立场也招致了广泛的批判。一些哲学家认为，人类才是自然中唯一具有内在价值的存在物，权利只有在那些能够相互提出道德诉求的存在物之中才能发生，这是一种更新的人类中心论的立场，它认为人类对动物只负有保护义务，人们通过对动物尽保护义务来间接的对人尽道德义务。

虽然在动物实验伦理的理论依据上，人们是有争议的，但在动物实验伦理的操作实践中，人们却需要确立一些相对统一的标准和机制，其中比较重要的包括：①“3Rs”原则。英国动物学家 Russell 和微生物学家 Burch 为了以人道的方式对待动物而提出的三项原则，即减少（Reduction）、替代（Replacement）和优化（Refinement），至今仍是指导动物实验伦理的基本标准，中国科技部在 2006 年《关于善待实验动物的指导性意见》中也明确倡导“3R”原则。“减少”是指如果某一研究方案中必须使用实验动物，同时又没有可行的替代方法，则应把使用动物的数量降低到实现科研目的所需的最小量；“替代”是指使用低等级动物代替高等级动物，或不使用活着的脊椎动物进行实验，而采用其他方法达到与动物实验相同的目的；“优化”是指通过改善动物设施、饲养管理和实验条件，精选实验动物、技术路线和实验手段，优化实验操作技术，尽量减少实验过程对动物机体的损伤，减轻动物遭受的痛苦和应激反应，使动物实验得出科学的结果。②动物实验伦理审查委员会的审查和监督。美国《动物福利法》和公共卫生局都要求研究机构设立机构动物照护与使用委员会（IACUCs），并要求这些委员会在人员组成上吸纳一些与机构没有利益关系的人士或者公众成员。在涉及动物实验的生物医学研究项目开始实施之前，应由伦理审查委员会确认该研究方案在科学上和伦理上的合理性。在中国，2006 年《关于善待实验动物的指导性意见》也明确要求各实验动物生产单位及使用单位设立实验动物管理委员会（或实验动物道德委员会、实验动物伦理委员会等），以保证本单位动物实验满足伦理上的要求。

三、动物解放运动

由于现实中虐待动物的现象比较常见，动物权利论在逻辑上必然要求对动物的解放。不过实践中的动物解放运动流派繁杂，其共同特征主要是，要求人类以人道的方式对待动物，反对仅仅把动物当做是财产或者工具。一般说来，在以下三种必要性或可行性可能存在疑问的研究类型中，动物解放运动者的反对立场最为一致：一是测定药物或者化学物毒性的“致命剂量 -50”试验（LD-50 test），这种试验旨在确定使用多少剂量的药品或者化学品可以毒死 50% 的受试动物；二是广泛应用于化妆品业的德雷兹试验（Draize test），这种试验把一定浓度的化学物质滴入兔子的眼睛以确定该类物质对眼睛的危害；三是利用狗和灵长目动物实施的一些实验。动物解放运动从根本上挑战了那种为人类需要而贬低动物内在价值的传统观念，为生物医学研究施加了更多的限制，作为动物解放运动的成果，美国 2001 年使用的实验动物数量与 20 年前相比已经减少了一半左右。但在更进一步的目标上，比如给予动物权利，甚至主张将动物和人类作为无差别的物种看待等上，动物解放运动不同派别之间的立场差异较大。虽然这些更为激进的权利要求与现行的动物照护与使用现状差距较大，但如果支持者只是非暴力的公开表达抗议，这种不服从也可以在伦理上得到辩护。但值得警惕的是，在近年来的动物解放运动中，一些动物权利保护者出现了极端化的趋势，他们在运动目标上反对一切形式的动物实验，在活动方式上拒绝任何理性的论证，转而对医学研究人员实施直接的人身攻击乃至暴力措施，这种恐怖主义的做法应当受到伦理的谴责和法律的制裁。

四、动物福利

动物福利(Animal Welfare)是动物保护主义的理论基础之一,认为人类在饲养管理和使用实验动物的过程中,应当关注动物的生存状态,并提供适当的生存条件,使实验动物免遭不必要的伤害、饥渴、不适、惊恐、折磨、疾病和疼痛等,尽可能保证那些为人类健康作出贡献的动物受到良好的管理与照料。作为一种相对温和的动物保护主义主张,动物福利与动物权利相对应,认为人们之所以要保护动物福利,并不是因为动物本身具有内在价值因而有权要求人们保护它,而是因为如果不保护动物的福利,其他人或者社会整体的利益将受到不利的影响。因此,动物福利的理论基调仍然是人类中心主义的,拥护动物福利的人通常并不反对人类对动物的广泛利用,而只是要求这种利用以人道的方式进行,将实验动物所受的痛苦和伤害减少到最低限度。

在具体内容上,受试动物应有的"福利"主要包括以下几个方面:①生理福利。给予受试动物足够的饲料和清洁的饮水,使其免于饥渴;对受试动物饮食、饮水进行限制时,必须有充分的实验和工作理由并报实验动物伦理委员会批准。②环境福利。为受试动物提供清洁、舒适、安全的生活环境。③卫生福利。通过预防或及时的诊断治疗,使受试动物免于痛苦、疾病或伤害。④行为福利。为实验动物提供足够的空间、合适的设施和同类的陪伴,保证动物表达天性的自由,比如应保证笼具内的每只动物都能实现转身、站立、伸腿、躺卧、舔梳等自然行为。⑤心理福利。在实验动物的应用过程中应将动物的惊恐和疼痛减少到最低程度。在保定实验动物时,应当遵循"温和保定,善良抚慰,减少痛苦和应激反应"原则;在对实验动物进行手术、解剖或器官移植时,必须进行有效麻醉;在实验结束或者受试动物不可能恢复时,应当按照人道主义原则实验安乐死术或者选择"仁慈终点",避免延长动物承受痛苦的时间;在符合科学原则的条件下,研究者应当积极开展实验动物替代方法的研究与应用。而在实施方式上,对动物福利的保护通常不仅限于伦理上对善待实验动物的要求,许多国家和地区还就此制定了严格的法律规范,比如美国的《动物福利法》、英国的《科学实验动物法》等,以为实验中的动物提供更加充分的保护。

五、动物权利

动物权利(animal rights)是动物保护主义的理论基础之一,与动物福利相对应,认为动物拥有自身固有的内在价值,由于这种价值不是人赋予的,而是自然本身生成的,因而动物也具备自身独立的道德主体地位,拥有属于自己的生存权利。承认动物拥有权利,一个合理的逻辑后果就是,动物不再是人的财产或者工具,而是跟人一样的主体性存在,人必须像对待自己的同类一样公平的对待动物,这就为动物保护主义提供了一个不同于动物福利的伦理依据。对动物福利而言,人类对动物的义务是人对人的义务在动物身上的反射;而对动物权利而言,由于道德义务的范围已经从人类扩展到了动物、所有生物乃至整个生态系统,人类对动物的义务是直接的。虽然动物福利和动物权利在寻求以人道方式对待动物的短期目标上基本一致,但在终极目标上两者并不相同:①动物福利论原则上不承认动物拥有权利,即使承认动物有某种意义上的权利,这种承认也是不彻底的,因为当人类权利和受试动物权利发生冲突时,动物福利论认为人的权利优先于动物权利,对动物的保护仅限于采取更加人道的方式减少动物因此可能遭受的损害;而②动物权利说则进一步提升动物在伦理上的意义,认为动物也拥有独立的价值或权利,并且这种价值或权利与人类的价值或权利是相等的,人类没有权利为了自身利益而剥夺动物权利。

动物权利论的代表人物包括坚持功利论的 Peter Singer 和坚持道义论的 Tom Regan,由于理论起点上的根本差异,虽然两位代表人物都使用了"动物权利"的表达,但在概念的实质内

涵上又有所差异：① Singer 以边沁的功利主义为起点，并从动物的受苦能力中导出动物权利的主张，这种“动物权利”的有无取决于在具体情境中受试的动物种类是否具备感知痛苦的能力以及与之相关的道德计算结果，因此从功利论中导出的动物权利并不具备先验哲学上的意义。② Regan 从康德的道义论出发，从哲学高度提出了“动物拥有权利”的命题，由于动物和人类都是具有生命的主体，因而动物也拥有值得尊重的天赋价值，不应当被当做医学发展的工具来利用，这是一个哲学意义上的动物权利概念。但是，不管是从功利论中导出动物权利，还是从道义论中导出动物权利，由于肯定了受试动物的道德主体地位，相对于动物福利，动物权利论都有可能导致对实验动物更为严格的伦理控制。而在道义论的动物权利中，鉴于为人类利益牺牲动物利益不再具有伦理上的正当性，动物保护运动者甚至可能进一步反对人类对动物所有形式的利用，并提出类似“停止以人类福祉为目的的动物实验”的要求。这样一种极端的伦理诉求可能使医学的发展陷于停顿，最终危害所有人的利益。

第五节　医学伦理委员会与伦理审查

医学伦理委员会（Medical Ethics Committee，MEC）和其所进行的伦理审查，是患者或受试者在临床实践、生物医学研究和人体实验中尊严、权利得到维护的重要保障。

一、医学伦理委员会的发展和建设

（一）医学伦理委员会的产生和发展

20 世纪 60 年代以来，一些国际组织已制定了有关医学伦理的原则和指南，如国际和谐会议（ICH）提出的《好的临床实践》（“Guidance for Industry-E6 Good Clinical Practice：Consolidated Guideline”），国际医学科学组织委员会（CIOMS）和世界卫生组织提出的《涉及人的生物医学研究的国际伦理道德指南》，世界医师协会提出的《赫尔辛基宣言：涉及人的医学研究的伦理准则》。1971 年加拿大学者首先在《医德指南》中提出建立医院伦理委员会的建议。1974 年，神学家斯尼克对该建议进行了仔细的研究，并提出了这一组织的任务。1975 年美国《医学伦理学杂志》讨论了医院伦理委员会的组成和职能。同年 4 月新泽西一名 21 岁女性卡伦·昆兰（Karen Quinlan）昏迷事件，以及围绕她是否脑死亡和由谁决定是否拆除用于维持生命呼吸机的法律诉讼激起了公众巨大关注，至 1976 年 1 月新泽西最高法院判决，并建议医院伦理委员会在未来的案例中担任咨询角色，由此开创了成立医院伦理委员会的先河。1984 年，美国医师学会作出了每个医院建立一个生命伦理学委员会的决议，以协商由于医学和疾病引起的生命伦理学复杂问题。到 20 世纪 80 年代末，美国 60% 以上的医院建立了医学伦理委员会。在荷兰、澳大利亚，临床伦理委员会通常与研究伦理委员会合并；加拿大、西欧国家的一些医院也相继建立起这类组织。1985 年底，日本有 37 所医学院校设立了医学伦理委员会，到 1992 年日本已有 80% 以上的医学院校和 50% 以上的医院设立了伦理委员会组织。

（二）我国医学伦理委员会的建设

新中国成立以来，我国医疗卫生体制改革不断地深入发展使医疗卫生领域内的政策格局也同时在发生变化；市场经济带来的多元价值观也唤醒了病人的权利意识；教育文化水平的提高使病人做医疗决策选择的自主性明显增高；医学的高科技化发展使我们面临着诸多的生命伦理学难题，在这样的社会和医学技术背景下，我国的医学伦理矛盾也变得日益突出和尖锐。为了协调解决这些矛盾，1988 年 7 月，协和医科大学张琚在“医院伦理学委员会及其在我国建立的设想”的论文中首次提出了建立医院伦理委员会的设想。1989 年中华医学会医学伦理学分会法规委员会委托天津市起草了《医院伦理委员会组织规则》（草案），于 1990 年 10 月，由该委员会第二次会议原则通过，并在我国部分医院开始组建医院伦理委员会。1999 年 9 月 1 日，

国家药品监督管理局下达《药品临床试验管理规范(GCP)》(2003年修订),卫生部于2001年颁布了《实施人类辅助生殖技术的伦理原则》(2003年修订),对药物临床试验和实施人类辅助生殖技术的伦理审查作出明确的规定,推动我国医院伦理委员会的建设进入了实质性操作的新阶段。卫生部于2007年1月颁布的《涉及人的生物医学研究伦理审查办法(试行)》,2014年4月30日国家卫计委发布《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》(征求意见稿),国家食品药品监督管理总局于2010年11月发布的《药物临床试验伦理审查工作指导原则》进一步对我国医学伦理委员会的设置、伦理审查、知情同意、监督与管理和法律责任等方面提出明确要求,有力促进了伦理委员会规范化建设。至2014年,我国已有超过400家医院和研究机构建立医学伦理委员会。

二、医学伦理委员会的性质和作用

(一)医学伦理委员会的性质

我国建立的医学(医院、机构)伦理委员会其性质特征为咨询性、监督性、教育性和义务性。国内外的有关机构曾对医院伦理委员会的性质作过比较权威的定义。我国的《医院伦理委员会的组织章程》(中华医学会医学伦理委员会1995年、修订)中明确指出:"医院伦理委员会是在医院党政领导下的关于医学道德的咨询、监督和群众性的自我教育组织。""医学伦理委员会为医学伦理学会的基层组织"。《中华医学伦理学会组织条例》第九条中规定:"医疗、预防、教学研究单位,可根据实际需要设立基层伦理委员会。基层伦理委员会是在基层单位党政领导下关于医学道德的咨询机构和群众性自我教育组织"。《美国医疗保健机构道德委员会准则》(1985)中也认为"医疗卫生机构的道德委员会属于医务、教育及咨询的性质,而不受医患之间关系和主要责任的干扰。道德委员会的职能一般说是为解决特殊复杂的,发生在病人与医疗保健机构或有关人员之间的问题"。医学伦理委员会属于政府、卫生机构和医院的一种咨询机构,它不是行政部门,也不是权利机构,没有法律委托,其权威性来自其功能的发挥,特别是其出具的医学伦理学建议在解决具体医疗问题中的效果。2014年4月30日国家卫计委发布《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》(征求意见稿)第十七条规定机构伦理委员会应当接受所在法人单位和公众的监督,依法接受卫生计生行政部门的管理。

(二)医学伦理委员会的作用

医学伦理委员会的作用主要有:通过有效的伦理审查维护患者和受试者的尊严和权利;研究并论证医学科学技术的实际效用、伦理效用、伦理价值,注视由此产生的社会、伦理、法律的影响,指导医学单位的医学实践和自身发展;通过咨商和论证,使医学伦理原则同医学实践更好结合;促进生命法律、医学法律的制定;向社会公众和医务人员宣传、教育、普及医学伦理和生命伦理学知识,促使其由道德他律向道德自律转化。

在我国医学伦理委员会又分为三个层次,第一层次国家卫生计生委设立医学伦理专家委员会,主要针对生物医学研究中重大伦理问题进行研究,提出政策法规和制度建设的意见;根据需要对国际合作以及国家相关领域重大科研项目进行伦理综合审议,提出改进意见;对省级和机构伦理委员会的工作进行指导;对其成员进行培训。第二层次省级卫生计生行政部门设立的省级医学伦理专家委员会,主要针对辖区内生物医学研究重大伦理问题进行研究,提出改进意见;根据国家有关法律法规的要求,推动辖区内伦理审查制度化、规范化;对机构伦理委员会的伦理审查工作进行检查、督导和人员培训,并根据需要对辖区内风险较高的生物医学研究项目进行伦理综合审议。第三层次开展涉及人的生物医学研究和相关技术应用活动的机构,包括医疗卫生机构、科研院所、医学院校、妇幼保健机构、疾病预防控制机构、计划生育服务或研究机构及其他从事生物医学研究的机构设立的机构伦理委员会,主要承担保护受试者,并促进生物医学研究规范开展的职责,对本机构或所属机构涉及人的生物医学研究和相关技术应用活动进行伦理

审查(包括初始审查、跟踪审查和复审);也可根据需求,受理所委托的伦理审查;并组织开展相关伦理培训。

三、人体实验的伦理审查

人体实验本已内含着十分复杂的伦理冲突,人为失误及其他干扰加入以后,将会使问题更加复杂。为化解冲突、克服干扰,一方面要依赖于实验者的自律,另一方面也要求依赖于对实验研究的他律,伦理审查便是其中一个切实可行的机制。人体实验伦理审查是指伦理审查委员会依据相关规定,对人体实验的设计、实施及其结果所进行的伦理审核、评判、批准、指导、监控等活动。1946 年的《纽伦堡法典》没有提及伦理审查问题。1975 年版的《赫尔辛基宣言》也只有一个非常笼统的规定:"用人体作受试者的每一个实验方法的设计和执行,必须在实验报告中明确记录,并送一份至特别任命的委员会备案,以供考虑、评议和指导。" 2000 年版的《赫尔辛基宣言》则对此做出了明确规定:"每一次人体实验步骤的设计与实施均应在实验方案中明确说明。实验方案应提交给一个特别任命的、独立于研究者及主办者、不受不适当影响的伦理审查委员会研究、评定、指导或批准。伦理审查委员会须遵守实验所在国的法规,并有权对正在进行的实验进行监控。研究者有义务将监控情况,尤其是将出现的严重的不良反应报告给伦理审查委员会。研究者还应向伦理审查委员会提供有关资金、主办者、研究机构、可能出现的利益冲突及给予受试者的奖励等信息,供其审查。"

(一) 伦理审查的基本原则

医学科研的伦理学原则是自主、有益、不伤害和公正,其中维护受试者知情同意权和建立医学伦理委员会是保护受试者权益、履行伦理学原则的两大基本的监控措施。由于医学科研的特殊性,在研究者获取受试者知情同意后,充分发挥伦理委员会的作用,开展独立、客观、公正、科学的伦理审查显得更为重要。我国在借鉴涉及人的生物医学研究的国际伦理准则的基础上,制定了伦理审查六原则,即知情同意原则。尊重和保障受试者自愿参加研究的自主决定权,严格履行知情同意程序,防止使用欺骗、利诱、胁迫等不当手段使受试者同意参加研究,允许受试者在任何阶段退出受试;控制科研风险原则。对受试者的安全、健康和权益的考虑必须高于对科学和社会利益的考虑,风险与受益比例合理,有效控制风险,力求使受试者尽可能避免伤害;经济补偿原则。对受试者的受益和负担的分配,应该公平、合理;对于受试者在受试过程中的花费应当给予适当补偿;保护隐私原则。切实保护受试者的隐私,如实将涉及受试者个人信息的资料储存和使用情况及保密措施告知受试者,未经授权不得将涉及受试者隐私以及相关信息向第三方或者传播媒体透露;损害赔偿原则。确保受试者因参加研究受到与试验直接相关的损伤时得到及时免费治疗,如果伤害严重,应当得到国家法律规定的相应赔偿;特殊保护原则。对于特殊人群,如儿童、孕妇、智力低下者、精神病人等受试者,应当予以特别保护。

(二) 伦理审查的内容

伦理审查是伦理委员会的中心工作,需要对包括所有参与研究者的资格、经验、技术能力是否符合试验要求;研究方案是否符合科学性和伦理原则的要求;受试者可能遭受的风险程度与研究预期的受益相比是否在合理范围之内;知情同意书提供的有关信息资料是否完整易懂,获得知情同意的过程是否恰当;是否有对受试者资料的保密措施;受试者的纳入和排除的标准是否合适和公平;是否向受试者明确告知其应该享有的权益,包括在研究过程中可以随时退出而无须提出理由且不受歧视的权利;受试者是否因参加研究而获得合理补偿或赔偿,如因参加研究受到损害时,给予的治疗以及赔偿是否合理;研究人员中是否有专人负责实施知情同意和向受试者提供有关安全问题的联系人;对受试者在研究中可能承受的风险是否有预防和应对措施;研究是否涉及利益冲突等作出合法、客观、独立、称职和及时的审查。

其中,对同意参加临床试验与研究的受试者所承担的风险和所获得的受益作出评估是伦理

审查的核心内容。受试者参加临床试验与研究所承受的风险与受试者或社会的预期受益相比，必须是合理的。一般而言临床试验与研究中风险与受益对比可概括为四种情况，第一是风险与受益都大，如创新药的临床试验；第二是风险小受益大，如大样本的流行病学调查研究；第三是风险小受益小，如一些仿制药物的临床试验；第四是风险大受益小，如设计不科学的研究。最后一种应避免，而前两种特别是第一种在做好风险控制前体下应予提倡。伦理委员会在审查时应首先鉴别受试者将承受的是试验风险还是治疗风险，只有试验风险才在伦理审查的考虑范围之内。试验风险是指试验行为造成的风险，它可以由研究过程中可能采取的特殊措施或方法造成，也可以由为保证研究科学性而使用的设计方法造成。如：参加随机分配治疗的受试者面临不能接受最终被证明更为有效治疗的风险；安慰剂对照治疗的受试者则面临不治疗或延迟有效治疗的风险；参加双盲设计试验的受试者需承担当治疗需要试验治疗信息时也许不能应需要及时提供给主治医师的风险。试验风险又分为身体伤害、心理伤害、社会伤害、经济伤害四类。治疗风险是指即使不参加临床试验也将承受的风险，如常规诊治面对的医疗风险。二是要注意判别风险的程度，风险的概率和等级有最小到重大的不同，最小风险（Minimal Risk）被定义为试验风险的可能性和程度不大于日常生活、进行常规体格检查或心理测试的风险。大于最小风险的试验则需要研究者及伦理委员会必须履行额外的保护措施来确保人类受试者的合法权益。风险愈高，保护程序和知情同意的要求愈严格。三是要系统分析可能产生风险的因素，包括①方案设计的是否科学；②受试者选择是否合理；③实验研究的样本量是否足够；④随机方法是否恰当；⑤盲法设置、对照组选择特别是安慰剂的选择是否科学；⑥纳排标准是否合适公平；⑦退出/终止标准是否恰当；⑧高风险试验是否有充分的质量与安全控制、有相应的应急措施，SAE 处理和报告是否合理；⑨研究人员资质和能力是否具备；⑩试验所需的场地、设施和条件是否满足；⑪知情同意过程是否正确；⑫弱势群体如何保护；⑬保密措施如何；⑭试验资金来源等。风险即使不可避免，也可以被减小或控制。通过采取加强方案设计科学性的审查，必要时聘请相关专家或独立顾问根据研究的科学基础，分析潜在的风险能否被发现、预防和治疗，评估基础疾病可能造成的风险和并发症，建立相应的安全预案和标准操作规程。聘请能力和经验都具备的合格研究者负责主要研究，做好危机处置技能的培训，同时做好利益冲突的回避，确保研究者不因经济利益而使研究产生偏差等措施，可使风险控制和最小化。伦理委员会有责任确保风险已在可能的范围内最小化。对受试者受益的评估包括直接受益和间接受益。受试者通过参加研究接受对疾病的治疗、诊断或检查，从而缓解病症或对所患病症取得更深刻的认识是直接受益。间接受益则是指受试者也可能同意参加与其所患病症无关，或虽与其所患病症有关但不提供任何诊断或治疗益处的研究。尽管这种研究对受试者没有直接受益的前景，但增加了对人类生理和行为的认识而使整个社会受益，如获得可推广的知识，有效的药物、器械、干预手段得到改进，发病率死亡率降低等。对于受试者同意参加的可获得直接受益的研究，伦理委员审查可接受的风险收益应该是与常规治疗相比，该研究的风险和受益至少是同样的。如果是危及生命的治疗的研究，严重不良反应的风险也是可以被接受的。对于受试者同意参加的可能获得间接受益的研究，伦理审查应明确区分受试者的预期受益和研究者所期望获得的知识，必须评价研究或试验风险相对于社会的预期受益（可概括为知识）而言是否合理。对受试者健康的考虑应优先于科学和社会的利益。

此外，知情同意的伦理审查也是伦理委员会保护受试者权益的主要手段之一。伦理委员会通过对其内容、过程的审查（包括跟踪审查）实现对受试者的保护。知情同意必须经伦理审查，审查的主要方面包括知情同意信息是否充分，如试验目的与程序，预期的受益、风险与不便、可替代的治疗措施、报酬与补偿，保险，个人资料有限保密的原则；知情同意语言表达是否可被患者或受试者理解；知情同意过程是否能给予每个人足够的时间考虑以做出决定，包括同家属或其他人商量的时间，并在这个过程中表现出对他们的尊严和自主权的尊重等。针对

弱势群体(Vulnerable Persons)包括儿童,因为精神障碍而不能给予知情同意的人等,知情同意要求更加严格,需得到监护人/直系亲属的认同,并在知情同意书上签名。

本章小结

以增进诊断、治疗和预防,以达到了解疾病的病因与发病机制,从而更好地维护与增进人类健康、促进医学发展等为目的的科学的合乎规范的人体实验,是必然、必要的。随着人类社会的进步与发展,人们越来越重视被作为实验对象的人及其他物种和自然环境等的权利,有些法律也明文规定,侵犯其权利是不道德的。医学科学研究不仅需要动物实验,还需要人体实验。20世纪中叶以后,一些国际文献已明确地提出了相关问题,并针对其确立了上述高层次一学生必须学习、掌握和正确应用的医学科研与进行人体实验的基本伦理准则与道德要求。

复习思考题

1. 医学科学研究的伦理准则的主要内容?
2. 人体实验伦理选择所面临的主要问题?
3. 人体实验知情同意准则的主要内容?
4. 人体实验知情同意准则的特殊伦理问题如何处理?
5. 动物实验伦理的基本内容?

本章作者及联系方式

兰礼吉(四川大学　成都市人民南路三段17号　邮编:610041　email:lanliji06@163.com)

汤建林(第三军医大学附属第二医院　重庆市沙坪坝区新桥正街83号　邮编:400037　email:jltang6317@163.com)

Notes

第十四章　卫生政策与医院管理伦理

教学目的

掌握卫生保健制度的核心伦理价值，医院管理的伦理原则；熟悉我国深化医药卫生体制改革的主要内容，管理人员的行为规范；了解我国医药卫生体制改革的背景和历程，现代医院的社会道德责任。

［案例 14-1］新世纪中国《卫生保健体制改革的伦理学基础》

中华医学会医学伦理学分会全国第十次学术年会，于 1999 年 8 月 3~8 日在黑龙江省牡丹江市举行。会议讨论了《卫生保健体制改革的伦理学基础》，该文件分析了医疗保健制度改革的深层次原因，指出了医疗保健服务面临的一系列矛盾：第一，卫生资源的有限与卫生需求无限之间的矛盾；第二，当代医学及其服务与人人享有保健目标之间的矛盾；第三，卫生事业发展目标所追求的社会效益与医疗保健经营要求的经济效益的矛盾；第四，医疗卫生事业经营的内在机制及所处的外在市场环境所诱导的市场化趋势和医疗事业某种特性的反市场化的矛盾；第五，是由高新技术快速发展所带动的医疗保健事业发展的集中化、大型化和人人享有保健目标所要求的小型化与分散化的矛盾。

该文件指出医疗保健体制改革必须有正确的伦理基础。将卫生保健体制改革的伦理原则归纳为：①公义为先；②广泛覆盖；③全面受益；④公正分配；⑤优质服务；⑥健康责任；⑦自由选择；⑧公众参与。

（根据下列文献编制：赵明杰，宋文波《面向新世纪：卫生保健改革与医学伦理——全国第十次医学伦理学学术年会综述》《医学与哲学》1999 年 20 卷 11 期）

讨论与思考：评述《卫生保健体制改革的伦理学基础》，并分析当前卫生政策和中医院管理中存在的伦理问题。

［案例 14-2］北京协和医院的“协和精神”

近百年风雨沧桑，几代协和人孕育积淀形成“协和精神”，“严谨、求精、勤奋、奉献”如同一面永不褪色的旗帜，至今仍潜移默化地影响和激励着每一位协和人。

北京协和医院不仅成为中国现代医学的摇篮，而且一直保持着医学界“火车头”的地位；一批又一批德高望重的医学人才脱颖而出，如医学泰斗张孝骞、“妇女保护神”林巧稚、外科专家曾宪九、白求恩奖章获得者方圻等；协和医院书写了中国第一例食管贲门癌开胸切除手术、第一例全肺切除手术、第一例开颅手术等历史，并在恶性肿瘤的治疗上取得重大突破，在国际上首次实现了子宫绒毛膜上皮癌的根治……

协和医院的院训“严”字当头，从书写病历中就可见一斑。医院要求住院病历必须字迹工整，文辞流畅，言之有物，记载翔实，叙述清楚，分析恰当，既是历史的记录，又是鲜活的教材。

严谨的精神源于协和人对医学的深刻理解。在协和人看来，医学是事关生命的科学，容不得半点马虎，一位医生说：在协和，总感觉有一条“无形的鞭子”在催促自己前进。

医生为紧张的产妇哼京剧，护士不用旧绷带为死者包裹伤口。以人为本的医学理念，博大

深厚的人文关怀精神，这是协和人赢得患者信赖的根本。

“医生的对象是活生生的人，他们有思想有感情。看病人不是修理机器，医生不能做纯技术专家，不要凭医学报告下诊断开处方，而要到病人床边做面对面的工作，悉心观察，关心照顾病人。”医学前辈林巧稚的这段名言，体现了协和医院博大深厚的人文关怀精神。

“科学家更多地诉诸理智，艺术家更多地诉诸情感，而医生则必须集冷静的理智和热烈的情感于一身。”这是从医30多年的妇科主任郎景和的感悟。他认为，尊重病人，关爱病人，不仅是一名医生起码的医德，而且是赢得病人信赖和迈向事业成功的必要条件。

医生如此，护士也不例外。从1995年起，协和医院推出一种全新的护理模式——以人为本的整体护理。护士们在做好生活护理、基础护理之外，更注重与病人的沟通、交流，从心理上关爱患者。

也许有人质疑：在20世纪五六十年代，医生的这种奉献精神不足为奇；但如今面对外界形形色色的诱惑，协和人就能不计个人得失？对此，协和医院副院长李学旺的回答是：“绝大多数协和人把医学当作自己终身的唯一的事业。他们知道，选择了医学，就选择了辛苦与劳累；选择了协和，就选择了奉献和牺牲。”

协和不是孤岛，看到自己的朋友或同学在外面挣大钱，协和人并非没有丝毫动心；协和也不是一片绝对的净土，不是人人都能保持操守。但是，在“协和精神”的熏陶和激励下，绝大多数协和人都在勤奋耕耘，为广大人民的健康奋斗不息。“不为自己求安乐，但愿众生得离苦”，这就是协和人始终不渝的追求，也是“协和精神”不断发扬光大的“秘诀”。

（根据下列文献编制：白剑峰，赵永新《北京协和医院不断发扬协和精神纪实》《人民日报》，2001年9月16日第一版）

讨论与思考：“协和精神”体现着医院管理应该秉持什么伦理原则？

［案例14-3］病人到医院去看病给医生送红包，似乎已经成为一个普遍的社会现象，不管患者愿意不愿意，都必须遵从这个“潜规则”，否则心里就会不踏实，红包问题似乎成为一个无法根治的顽疾。

但据中央电视台焦点访谈节目报道，江苏省南通市第三人民医院在1994年做出了《关于制止收受病人礼品等以医谋私的规定》，把收受患者及其亲属的红包、有价证券、礼品、宴请与对外经济往来工作的回扣都纳入了收受红包的处罚范畴，并规定对病人的红包必须在24小时内退还，或上缴报告医院行风办，或打入患者住院卡上，而且患者出院后一个月内，主治医生若有收受红包的现象，也要按规定进行处罚，负担病人在本次就医的全部医药费用，或者按收受红包金额的10倍罚款。

国家卫计委新闻发言人说：“我们通过明察暗访和地方卫生行政部门的侧面了解，南通三院它们通过长期的工作，坚持努力达到这样一个效果，我们认为是可信的。”十年来南通市第三人民医院坚持不收红包，同时，医院也获得了发展，业务收入增长了6.3倍，总资产增长了10倍多。医院由一所传染病专科医院发展成为集医、教、研一体的较大型综合医院。

（根据下列文献编制：《城市管理进步奖推荐案例：南通“无红包医院”》http://news.163.com/07/0412/15/3BSU2VK6000120GU.html）

讨论与思考：在现行医药卫生体制改革下，如何评价“无红包医院”现象？

目前，全球尚无完美的卫生保健制度，不同国家和地区的卫生保健制度都存在着不同程度的缺陷，为此，卫生保健制度改革成为许多国家和地区卫生政策的主题。我国医改经过了一个曲折过程，目前，深化医改的政策已经确定，其中，医疗机构改革是深化医改政策的重要内容。那么，我国深化医改政策的核心价值是什么，如何实现这些价值目标，在深化医改背景下，医院

管理应该遵循哪些伦理原则，医院管理人员的行为规范有哪些，现代医院应该承担什么道德责任？因此，卫生政策伦理和医院管理伦理成为医学伦理学的重要内容。

第一节 卫生保健制度伦理

卫生保健制度通过筹集、分配和使用卫生保健费用来解决民众的疾病防治问题，使卫生系统实现其目标。不同卫生保健制度有着不同的伦理价值取向，人们对不同国家和地区的卫生保健制度往往有着不同的伦理评价。

一、卫生保健制度的概述

（一）卫生保健制度的概念

1. 卫生保健制度的内涵 卫生保健制度（health care system）是指一个国家或地区为解决居民疾病的防治问题，筹集、分配和使用卫生保健费用而采取的一系列综合措施。卫生保健制度还被称为医疗卫生制度、医疗保健制度、医疗保险制度、健康保险制度、健康保健制度、疾病保险制度等。

一个国家实行什么样的卫生保健制度，由政治制度、经济制度、文化背景等决定，受到社会制度、经济发展水平、宗教信仰、文化传统、历史条件、风俗习惯、卫生服务组织的现状等诸多因素的影响。

2. 卫生保健制度的种类 世界卫生组织和世界银行从“居民与筹资的联系方式”和“卫生服务费用的补偿机制”两个维度，认为卫生保健制度主要包括自费医疗模式、强制公共保险模式和商业医疗保险模式，其中强制公共保险模式又分为国家卫生保健制度模式和社会保险模式。有的国家还尝试“保健储蓄”医疗保险（储蓄型医疗保险）。

（二）卫生系统的目标

卫生系统（health system）是以维护和改善健康为主要目的的所有组织、机构和资源的总和。卫生系统的目标是为了维护和改善公众的健康状况，通常通过健康状况、反应性和筹资公平性三个方面对卫生系统的目标进行监测。

1. 人口的健康状况（heath status） 是指一个国家或地区居民的健康水平。衡量健康状况的指标主要包括：①生命统计资料。如死亡率、婴儿死亡率、孕产妇死亡率、平均预期寿命等；②疾病统计指标。如发病率、患病率、感染率、残疾率等；③评价人群健康状况的新指标。如减寿人年数、无残疾期望寿命、健康期望寿命、伤残调整寿命年、伤残调整期望寿命等；④健康的不公平性。如健康在各个国家或一个国家不同地区的分布，即健康不公平的程度。

2. 卫生系统的反应性（responsiveness） 是指医疗卫生机构对个体服务对象普遍合理期望的认知和适当的反应。衡量反应性的指标主要包括：①基本人权。如对人的尊重、治疗时的自主性和保密性等；②病人对卫生服务的满意度。如治疗的及时关注、社会支持网络、医疗卫生机构的基本设施、对卫生服务提供者的选择性等。

3. 筹资的公平性（fairness of financing） 是指个人或家庭对卫生的投入，是按照其收入和支付能力而定，还是根据其所获得的服务成本来确定。衡量公平性的指标主要包括：①政府补贴如何分配和使用；②卫生服务项目或保险覆盖哪些人；③疾病风险是如何分担的。

二、卫生保健制度中的核心伦理价值

（一）卫生保健制度中的“质量”伦理价值

卫生保健制度中的质量（quality）价值包括改善人口的健康状况和注重卫生系统的反应性两个方面。

1. 人口健康状况的改善　卫生系统应该充分调动卫生机构及其工作人员的积极性，不断提高卫生服务的质量、公平和效率，更好地为人民健康服务，为现代化建设服务。可见，提高全民的健康水平，改善其健康状况，从而提高卫生系统的质量，是卫生保健制度及其改革政策的重要伦理价值目标之一；相反，降低健康水平，恶化健康状况而降低卫生系统质量的卫生保健制度改革政策肯定是不受欢迎的。

2. 注重卫生系统的反应性　通过卫生改革政策改善健康水平，提高卫生系统的绩效，还需要从“把病人作为一个‘人’”出发，不仅为了“疾病”而治病，而且为了“人”而治病，重视治愈疾病以外的健康产出，这就要求卫生保健制度及其改革政策应该注重卫生系统的反应性。卫生系统的反应性包括“对病人的尊重”和“以病人为中心”两个方面。

（1）对病人的尊重：体现“对病人的尊重”的核心伦理价值有尊严、自主性和保密性三个方面。①尊严（dignity）是指病人在接受卫生服务时应该受到尊重，病人的身体隐私应该受到保护，应该保护特殊病人如艾滋病病人、麻风病人等的人权。②自主性（autonomy）是指在诊疗时，卫生服务的提供者应该尊重病人的知情同意权；卫生服务的提供者应该尽可能提供多种可供选择的诊疗方案，告知每个方案的利弊，并提出医务人员的建议，以便于病人选择。③保密性（confidentiality）是指卫生服务的提供者应该为病人在接受卫生服务时的有关隐私情况保密；卫生服务的提供者应该对与病人交谈的情况如病史、转归、结局以及治疗决定等保密。

（2）以病人为中心：体现“以病人为中心”的核心伦理价值有及时关注、社会支持网络、基本设施质量和卫生服务提供者的选择性四个方面。①及时关注（prompt attention）是指从病人住宅到卫生保健机构的距离应该足够短，到达不须花费太长时间；急诊服务应该及时；病人有权在合理的时间内获得诊治，包括非急诊治疗和手术，候诊时间要短；病人在医疗机构等候咨询和化验检查的时间不应该太长。及时性的保证可以降低病人的紧张心理，营造病人的良好心境，改善卫生系统的反应性。②社会支持网络（social support networks）是指允许病人亲戚、朋友进行探视；允许亲戚、朋友提供食品或其他礼品；允许病人在不妨碍医院工作和其他病人情绪的基础上自由进行宗教活动。③基本设施质量（quality of basic amenities）是指清洁的环境；足够的家具；卫生营养的食品；良好的通风条件；清洁的饮用水；清洁的厕所；干净的被褥以及医疗卫生机构建筑和设施的维护等。④卫生服务提供者的选择性（choice of providers）是指自主选择医疗卫生机构；有权选择卫生服务提供者；可以对卫生服务提供者进行二次选择；病人有选择专家的权利。

（二）卫生保健制度中的“公平”伦理价值

1. 公平概念

（1）公平的涵义及其道德价值：公平（justice），又被称为公正、公道，是行为者应受的行为，是给予人应得而不给人不应得的行为。“公平”是平等的利（害）相交换的行为；“不公平”是不平等的利（害）相交换的行为。可见，“等利（害）交换”是衡量一切行为是否公平的总原则。凡是等利（害）交换的行为便是公正的；凡是公正的行为便是等利（害）交换的。

“公平”是善的、是道德的、是应该的，然而，不公平的行为不一定是恶的。的确，存在着“恶”的不等利（害）交换的行为，即存在着“恶”的不公平行为，但还存在着“善”的不等利（害）交换行为，即“仁爱”和“宽恕”：前者是无私奉献，后者是放弃债权。仁爱和宽恕无所谓公平不公平，是高于“公平”的善行。

那么，“公平”的道德价值到底有多大？就道德境界来看，“公平”远远低于“仁爱”和“宽恕”；然而，就其社会效用来看，“公平”却远远重要于“仁爱”和“宽恕”。这是因为，就保障社会存在和发展的效用来说，“公平”远远重要于无私奉献和放弃债权，即仁爱和宽恕，远远重要于其他一切道德，人类社会发展的历史与现实已经充分说明：“等利（害）交换”的公正更有利于社会的存在和发展。

（2）公平的根本问题：在人们所进行的等利（害）交换的行为中，“权利”与“义务”的交换

是最为根本和重要，因而“权利与义务”是公平的根本问题。公平地分配权利和义务包括两个方面：“社会在分配给某个人权利和义务”以及“社会在不同的人之间分配权利和义务”。

1）社会在分配给某个人权利和义务时，应该遵循如下原则才是公平的（即社会公平根本原则）：一个人所享有的权利应该等于他所负有的义务；而一个人所行使的权利则应该少于、至多等于他所履行的义务。这里的“义务”就是他的贡献。

2）社会在不同的人之间分配权利和义务时，应该遵循如下原则才是公平的（即平等总原则）：基本权利应该完全平等；非基本权利应该比例平等。前者是指应该完全平等地分配基本权利。这是因为每个人的基本贡献是完全平等的，即每个人一生下来便都同样是缔结、创建社会的一个股东。这种“基本权利”被人们称为“人权”，所以，基本权利完全平等就是人权完全平等原则。后者是指谁的贡献较大，谁便应该享有较大的非基本权利；谁的贡献较小，谁便应该享有较小的非基本权利。即每个人因其贡献不平等而应享有相应不平等的非基本权利。但每个人所享有权利的大小与自己所做出贡献的大小之比例是完全平等的。

罗尔斯提出了非基本权利比例平等的“补偿原则”：即获利较多者必须给较少者以相应的补偿权利。这是因为获利多者比获利少者更多地利用了双方共同创造的资源：“社会”和“社会合作”。

至于什么是“基本权利”和“人权”呢？或者说“基本权利”和“人权”包括哪些内容呢？在不同的地区和历史时期，不同的文化、民族、阶级和政党的人们对此认识可能是不同的，因而它是历史的和具体的；但有一点是肯定的：人类一直在不断追求一些共同的“人权”价值和“基本权利”价值，而且“人权”、“基本权利”的内容在不断丰富，水平也在不断提高。因此，“基本权利和非基本权利之间关系”问题的关键是对两者边界的认识。

2. 卫生保健制度中的“公平”概念

卫生保健制度公平概念的内涵是指人口的健康状况、卫生系统的反应性水平和筹资的公平性三者的合理分布，即在某些方面应该完全平等，在某些方面应该合理差等。卫生保健制度公平具体主要表现在卫生服务筹资的公平、卫生服务提供的公平、卫生服务利用的公平和卫生服务产出的公平四个方面：

（1）卫生服务筹资的公平：要求个人或家庭对卫生服务的投入，应该按照其收入水平和支付能力而定，而不应该按照其获得的服务成本来确定。也就是说应该根据每个社会成员的支付能力筹集卫生服务经费，包括横向公平和纵向公平：卫生筹资的横向公平是指具有同等支付能力的人应该对卫生服务给予同等的支付；纵向公平是指支付应当与支付能力呈正相关，即支付能力高的人应该多支付。

卫生服务筹资的公平，要求建立抵御疾病的风险基金，风险基金的建立是为了让健康的人群为非健康人群卫生保健作贡献，这样，患病的人群可以避免疾病和经济的双重打击。

（2）卫生服务提供的公平：要求卫生系统应该为民众提供合理的卫生服务。具体包括如下几个方面。①卫生资源配置的公平：这里的卫生资源是指用于提供卫生服务的人、财、物、信息等。卫生资源配置的公平要求构成卫生资源的各要素在某一区域内，应该适应居民对不同层次卫生服务的需求，使得卫生资源既能充分有效地利用，又可使该地区的居民能得到所应得到的卫生服务。其中一方面包括卫生服务的数量、种类及质量等，尤其应该重视的是高、精、尖和大型先进医疗设备的公平配置，另一方面包括人口分布公平性和地理分布公平性两种。②卫生服务的可及性（Accessibility）公平：是指服务对象寻求且获得卫生服务的难易程度，即指考虑服务对象是否确实能方便、及时和实际地获得负担得起的和可接受的卫生服务。卫生服务的可及性公平要求任何家庭或个人，无论其经济地位高低，也无论其经济收入如何，在财富、种族、性别、所处环境等方面有何差异，其接受基本卫生服务的机会和条件应该是均等的。从广义上看，可及性的公平包括许多方面的内容，如地理方面的可及性公平、服务技术方面的可及性公平、社会

心理方面的可及性公平、经济方面的可及性公平等。一般意义的可及性公平是指狭义的卫生服务的可及性公平，主要是指地理距离方面的可及性，即要求民众如果有卫生服务的需求，是否可以公平地在一定区域内及时地得到相应的卫生服务。③卫生服务利用的公平：即卫生服务需求的公平，要求具有相同卫生服务需求的人应该得到并同样利用基本医疗卫生服务，而不论其性别、财富、种族、地理等方面的差异。卫生服务利用的公平同样包括横向公平和纵向公平：前者是指所有具有同样卫生服务需要的人应该获得完全相同的卫生服务，即相同的需要，有着相同的保健服务可供利用，所有的社会成员所接受的卫生服务质量应该相同；后者则是卫生服务需要较大的人群应该比那些需求较小的人群更多地获得所需要的卫生服务，即不同的需要，有着不同的卫生服务可供利用。④卫生服务产出的公平：即健康公平性或卫生服务的健康公平，也称结果方面的公平，要求不同社会人群的健康水平应该相等或相似，健康状况分布应该均衡。

健康是人的基本权利，每个社会成员都享有同等的健康权利。在卫生领域，医疗卫生服务的宗旨就是让每一位社会成员都享有健康，而健康是人们生存和发展最基本的条件。卫生服务中各个环节体现的公平性，归根结底都是以健康状况的改善来衡量的。世界卫生组织提出的“2000年人人享有初级卫生保健”，其实质可理解为对健康公平的追求。世界卫生组织早在1984年制定健康指标时，其38个具体指标中第一个便是健康公平。因此，保障不同人群最基本的健康是实现社会公平的必要条件。

（三）卫生保健制度中的“效率”伦理价值

1. 效率概念

（1）效率的涵义：效率（efficiency）是指人的活动实现其目的的程度，即人的活动产出与活动投入之比值，活动效益与活动成本之比值。效率的根本原则是应该以最小的活动投入取得最大的活动产出。

（2）效率的分类：根据人的活动类型分为创造精神财富的活动和创造物质财富的活动，效率可以分为创造精神财富的效率与创造物质财富的效率。

（3）效率的决定因素：主要有活动能力、活动工具、活动方式、活动努力。效率的高低与能力的高低呈正比。人的能力中最重要的是生产力，体现生产力水平的是生产工具，而人类活动的工具水平，特别是生产工具的水平，又显然取决于科学技术水平。人类有什么样的活动能力和活动工具，便会有什么样的活动方式，而有什么样的活动方式，便会有什么样的活动效率：分工和协作的活动方式可以极大提高人的活动效率。人的活动能力、活动工具和活动方式都是效率的非动力因素；而效率的动力因素是人的活动努力，即人活动的积极性、主动性和创造性。人的活动努力与效率同样呈正相关关系。

2. 卫生保健制度中的“效率”概念

（1）卫生保健制度效率的内涵：是指在一定的卫生系统中，其健康状况、反应性、筹资公平性以及它们的水平和分布五个指标的产出与投入比例状况，具体通过卫生服务的效率加以体现。

所谓卫生服务的效率，就是在提供卫生服务的过程中，卫生服务产出和卫生服务投入的比值，是卫生服务各项目的成果同花费的人力、物力、财力及时间之间的比较分析，是所有卫生服务相关制度与卫生服务各要素的适应程度。其根本原则同样是以最小的卫生服务投入取得最大的卫生服务产出，即在有限的卫生资源下，实现卫生服务系统产出的最优化。卫生服务的产出可概括为经济效益和社会效益两个方面。

1）卫生服务的经济效益：是以较少的资金投入，通过提供符合社会需要的医疗保健服务，获得较大的经济收益来评价。在目前的卫生保健制度下，由于人们还需要通过资金和货币将卫生系统的人力、物力和信息等资源组织起来，因而经济效益是卫生保健制度建设不可回避的。在经济投入相对稳定的情况下，经济效益往往表现为经济收益。

2）卫生服务的社会效益：是指预防和治疗疾病的效果和人群健康水平的改善，往往通过一定地区一定范围内的人民群众对医院服务项目、服务质量、服务价格等诸方面的认知综合评价来体现，这是卫生工作的根本目的所在。卫生事业的性质要求卫生服务机构及其工作人员不应单纯以营利为目的，其效率的高低更应主要反映在防治效果和居民健康水平的提高。离开或忽视社会效益而单纯讲究经济效益，往往会导致卫生资源的不合理利用和需方卫生费用负担加重。

（2）卫生服务效率的类型：具体包括制度效率、技术效率和配置效率三种。

1）卫生服务的制度效率：是指在提供卫生服务的过程中，卫生服务产出和卫生服务制度成本的比值。卫生服务制度的优劣影响卫生系统的绩效，卫生服务制度包括内在制度和外在制度。医疗卫生内在制度由医疗服务机构、医生、患者等主体在长期的社会互动生活中逐步形成的医疗卫生习惯、内化规则、习俗和正式化的内在规则以及调节反馈机制构成；医疗卫生外在制度是国家或政府对医疗卫生主体的行为实施强制约束的医疗卫生法律、法规和规章制度等，体现了医疗卫生制度的价值目标、实施方式、决策程序等。

2）卫生服务的技术效率：是指利用最佳的生产要素组合和最佳的管理方式，在一定的资金条件下，生产出最大数量的符合消费者需要的卫生服务。卫生资源是有限的，应有效地利用卫生资源，使其能发挥最大的效益，可以通过比较单位卫生资源提供的卫生服务量来分析。

通常用卫生服务的技术效率来衡量每个决策单元投入与产出之间的关系。当得到相同数量的产出而生产投入最少或者使用相同的生产投入获得的产出最大时，决策单元达到了较好的技术效率。

3）卫生服务的配置效率：是指卫生资源在不同服务项目或地区之间的配置可能达到最大利益的程度，它要求卫生系统尽最大可能为其成员提供所需要的、一定数量和种类的卫生产品和服务。

三、国际基本卫生保健制度模式及其伦理评价

（一）自费医疗模式及其伦理评价

1. 自费医疗模式概况 自费医疗模式（self-payment medical model）是指完全由病人或其家庭直接支付医疗服务费用的卫生保健制度模式。在这种模式中，病人或其家庭与卫生服务的提供方之间是一种普通的服务性商品交换关系，病人或其家庭支付卫生服务费用，获得卫生保健服务，卫生服务机构提供医疗保健服务，收取医疗服务费用。卫生保健服务多为营利性质，一般由独立开业的个体医生提供。医疗保健服务与其他商品服务一样，参与社会分工，通过社会交换维持生存。

目前，世界上没有一个国家或地区的卫生保健制度是单一的自费医疗保健模式，自费医疗占主导地位的国家也不多，但这种制度几乎在每一个国家都不同程度地存在。非洲一些经济发展水平较低的国家以自费医疗制度为主。

2. 伦理评价 在自费医疗保健制度下，卫生服务的营利性质有利于吸引更多的社会资金、人才和技术进入卫生保健领域，促进卫生系统的发展。但往往使卫生服务的公平性差、也会影响到卫生服务的质量。这种制度，一方面，使贫穷阶层往往难以支付医疗费用，依靠救助得到的卫生保健往往又十分有限，且质量低下，而富有阶层可以得到现代化的高质量的医疗服务。另一方面，由于医疗机构及其医务人员以营利为目的，容易导致医师开大处方、过分使用医药卫生资源。

（二）国家卫生保健制度模式及其伦理评价

1. 国家卫生保健制度模式概况 国家卫生保健制度模式（national health service model）是强制公共保险模式的一种，又被称为国家税收模式，即政府通过国家税收的方式来筹集卫生费

用，为全体民众一律提供医疗服务的卫生保健制度模式。

根据卫生服务的费用支付方式或卫生服务的补偿方式，国家卫生保健制度模式可以分为两种方式：

（1）集成式：在这种卫生保健制度中，医生是政府的雇员，医院归国家所有，卫生服务的提供者和接受者在同一整体之中。英国是这种模式的典型代表。

（2）合同式：在这种卫生保健制度中，为民众提供卫生服务的是与政府签订合同的公立或民营医疗卫生机构，病人在接受医疗保健服务时，只需承担很少或根本不承担任何卫生费用。合同式的补偿方式可分为按服务项目付费和按人头预付费用等。加拿大是这种模式的典型代表。

2. 伦理评价　在国家税收保健制度下，保健制度的优势是卫生服务的覆盖面广，筹资的公平性好。但其不足和短处也非常明显，总体来说，国家的医疗费用负担太重，由于全民免费医疗，国家为此要从税收中划拨相当数量的经费。具体来说，集成式还表现在：病人缺乏自由性，转诊看病等待的时间太长，卫生服务效率不高，不少患者为了得到及时的治疗只好选择私立医院；政府完全包办了卫生服务，市场竞争机制的作用往往发挥不够；合同式中按服务项目补偿方式，医疗机构提供的服务项目越多，得到的补偿也就越多，容易诱导卫生服务需求。

（三）社会保险模式及其伦理评价

1. 社会保险模式概况　社会保险模式（social health insurance model）也是强制公共保险模式的一种，该模式将社会利益与个人利益结合起来，通过法律规定，强制雇主与雇员向保险基金缴纳薪金税，以办理医疗保险的卫生保健制度模式。德国是这种模式的典型代表。

根据卫生费用的支付方式或卫生服务的补偿方式不同，社会医疗保险模式可以分为集成式、合同式和病人赔偿式三种。病人赔偿式是患者在接受医疗服务时，首先支付医疗服务费用，然后医疗保险基金再按照规定报销有关费用。

2. 伦理评价　在社会医疗保险制度下，医疗保健具有强制性、公平性、互济性、社会性、风险与补偿的不确定性等基本特征。这种制度补救市场机制失灵，同时也体现了社会促进卫生保健的公平性以及保护弱势人群的利益。但该种模式往往过分追求互助共济，健康保险如同吃大锅饭，投保人、医疗机构、药品提供者、保险公司任何一方都容易缺乏降低医疗费用的意识，结果是医疗费用增长，保险费率也逐年增加。

（四）商业保险模式及其伦理评价

1. 商业保险模式概况　商业保险模式（private health insurance model）是通过商业性的自愿医疗保险方式来筹集卫生服务费用的卫生保健制度模式。该种模式与社会医疗保险模式的最大不同是，雇主与雇员之间参与医疗保险不是强制的。美国是这种模式的典型代表。

根据卫生费用的支付方式或卫生服务的补偿方式不同，商业医疗保险模式可以分为集成式、合同式和病人赔偿式三种。

2. 伦理评价　在商业保险制度下，一方面可以运用现代保险机制分担疾病风险，另一方面可以充分利用市场经济体制高效率地配置卫生资源，由于营利性和市场导向性，医疗服务行业同样可以吸引更多的资金、人才和技术，提高医疗服务的质量和水平。但同时由于市场的导向作用，这种模式不可避免地导致医疗费用的飞速增长。

（五）储蓄型医疗保险模式及其伦理评价

1. 储蓄型医疗保险模式概况　储蓄型医疗保险模式（medisave model）是将居民及其雇主缴纳的医疗保险费用计入居民专门储蓄账户，再由该账户支付全部或部分医疗费用的医疗保险模式。新加坡是这种模式的典型代表。

2. 伦理评价　储蓄型医疗保险模式除了发挥普通社会医疗保险模式的优势外，充分利用个人储蓄归个人所有、可以节转和继承等特点，增强了个人的费用意识，调动了参保的积极性。

新加坡的范例显示，这种模式的管理效率较高，效果较好。其价值劣势表现在公平性尚需完善：在注重代际公平（纵向公平）的同时，缺乏社会统筹，忽视社会互助共济、共同分担疾病风险的公平（横向公平）。因此需要其他制度补充。

第二节 医药卫生体制改革伦理

我国医药卫生体制改革，是在新中国建立的卫生保健制度基础上展开的。从改革开放后，基本经历了三个阶段。从2009年以来，进行深化医药卫生体制改革，为了达到既定改革目的，政府明确改革的阶段目标、改革重点和主要任务。

一、我国医药卫生体制改革的背景和历程

（一）新中国的卫生保健制度

新中国的卫生保健制度取得巨大的成就，其成功策略和措施主要包括：①建立了城乡基层卫生网络，基本消除了广大城乡居民对卫生服务可及性的障碍；②建立了城乡医疗保障网，到改革开放前，城市的公费医疗和劳保医疗以及农村的合作医疗已经覆盖了全国绝大多数人口；③来自政府和集体的公共资金，支付了几乎全部卫生总费用和其他卫生公共产品；④控制了卫生服务的筹资和提供系统的费用，1978年全国卫生总费用仅占GDP的2.9%，其中病人自费部分低于20%；⑤动员全民广泛开展爱国卫生运动，显著改善了公共卫生环境和个人卫生习惯等。

（二）医药卫生体制改革的历程和深化改革的迫切性

1. 第一阶段 从1978年开始，随着经济的发展和生活水平的提高，人们对医疗卫生服务的需求迅速增长。而在计划经济体制下所形成的卫生服务体系，由于政府包揽太多，医疗机构活力不足、效率低下，卫生服务供给远远不能满足广大人民群众对卫生服务的需求，所以，当时医药卫生体制改革的重点是扩大卫生服务的供给，搞活卫生机构内部的运行机制，以解决人民群众的“看病难”、“住院难”和“手术难”等问题。

2. 第二阶段 进入20世纪90年代，随着我国市场经济体制的逐渐建立，卫生事业改革和发展的外部环境发生了很大变化，卫生领域中一些源于计划经济的深层次矛盾和体制、机制方面的问题进一步暴露，原有的卫生体系和医疗保障制度越来越不适应市场经济的要求。为此，中共中央、国务院于1996年底召开全国卫生工作大会，1997年初发布《关于卫生改革与发展的决定》，全面展开适应市场经济体制的医药卫生体制改革，随后发布系列医药卫生体制改革的文件。

3. 第三阶段 随着市场经济体制的进一步完善，医药卫生保健制度中呈现出新的问题，突出表现在我国医药卫生事业发展水平与人民群众健康需求及经济社会协调发展要求不适应的矛盾还比较突出。城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡，资源配置不合理，公共卫生和农村、社区医疗卫生工作比较薄弱，医疗保障制度不健全，药品生产流通秩序不规范，医院管理体制和运行机制不完善，政府卫生投入不足，医药费用上涨过快，个人负担过重，对此，人民群众反映强烈。

为此，中共中央、国务院于2009年3月发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》，提出完善四大医药卫生体系，以建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度；完善八大体制机制，以保障医药卫生体系有效规范运转。四大医药卫生体系分别是：①公共卫生服务体系；②医疗服务体系；③医疗保障体系；④药品供应保障体系。八大体制机制分别是：①医药卫生管理体制；②医药卫生机构运行机制；③多元卫生投入机制；④医药价格形成机制；⑤医药卫生监管体制；⑥医药卫生科技创新机制和人才保障机制；⑦医药卫生信息系统；⑧医药卫生法律制度。

随后，国务院发布《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009~2011年）》确定近期重点抓

好的五项改革：①加快推进基本医疗保障制度建设；②初步建立国家基本药物制度；③健全基层医疗卫生服务体系；④促进基本公共卫生服务逐步均等化；⑤推进公立医院改革试点。

为巩固扩大前一阶段卫生改革成果，实现2020年人人享有基本医疗卫生服务的既定目标，2012年国务院发布《"十二五"期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》，明确2012~2015年医药卫生体制改革的阶段目标、改革重点和主要任务，为深化医药卫生体制改革提供指导。并且每年发布工作安排或工作任务，例如《深化医药卫生体制改革2013年主要工作安排》、《深化医药卫生体制改革2014年重点工作任务》等。

二、中国医药卫生体制改革的主要内容

（一）建立、健全全民医保体系

适应市场经济体制，放弃计划经济条件下的医疗保障制度，建立并健全新的全民医保体系，包括职工医保、城镇居民医保和新农合三项基本医疗保险，以及城乡医疗救助制度、商业健康保险、多种形式补充医疗保险和公益慈善等，并不断健全完善。充分发挥全民基本医保的基础性作用，扩大范围、提升质量。通过支付制度改革，加大医保经办机构和医疗机构控制医药费用过快增长的责任。在继续提高基本医保参保率基础上，稳步提高基本医疗保障水平，着力加强管理服务能力，切实解决重特大疾病患者医疗费用保障问题。

具体措施包括：巩固扩大基本医保覆盖面，提高基本医疗保障水平，完善基本医保管理体制，提高基本医保管理服务水平，改革完善医保支付制度，积极发展商业健康保险，探索建立重特大疾病保障机制。

（二）建立、巩固和完善基本药物制度和基层医疗卫生机构运行新机制

建立国家基本药物目录遴选调整管理机制，制订国家基本药物遴选和管理办法，基本药物目录定期调整和更新。在此基础上，巩固完善国家基本药物制度。

改革城乡医药卫生服务体系，在此基础上，持续扩大基层医药卫生体制改革成效，深化基层医疗卫生机构管理体制、补偿机制、药品供应和人事分配等方面的综合改革，继续加强基层服务网络建设，加快建立全科医生制度，促进基层医疗卫生机构全面发展。

具体措施包括：深化基层医疗卫生机构综合改革，扩大基本药物制度实施范围，完善国家基本药物目录，规范基本药物采购机制，提高基层医疗卫生机构服务能力，推进全科医生制度建设，促进人才向基层流动，加快推进基层医疗卫生机构信息化。

（三）在试点的基础上，积极推进公立医院改革

坚持公立医院公益性质，按照政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开的要求，以破除"以药补医"机制为关键环节，以县级医院为重点，统筹推进管理体制、补偿机制、人事分配、药品供应、价格机制等方面的综合改革，由局部试点转向全面推进，大力开展便民惠民服务，逐步建立维护公益性、调动积极性、保障可持续的公立医院运行新机制。

具体措施包括：落实政府办医责任，推进补偿机制改革，控制医疗费用增长，推进政事分开、管办分开，建立现代医院管理制度，开展医院管理服务创新，全面推进县级公立医院改革，拓展深化城市公立医院改革。

（四）完善有关政策，统筹推进相关领域改革

进一步增强医药卫生体制改革各项政策的协同性，继续推进基本公共卫生服务均等化，优化卫生资源配置，加快人才培养和信息化建设，加强药品生产流通和医药卫生监管体制改革，充分发挥政策叠加效应。

具体措施包括：提高基本公共卫生服务均等化水平，推进医疗资源结构优化和布局调整，大力发展非公立医疗机构，创新卫生人才培养使用制度，推进药品生产流通领域改革，加快推进医疗卫生信息化，健全医药卫生监管体制。

（五）建立强有力的实施保障机制

把医改作为各级政府的一项全局性工作，强化责任制，形成政府主要领导负总责，分管常务工作和卫生工作的领导具体抓，各有关部门分工协作、密切配合、合力推进的工作机制。加大中央、省级财政对困难地区的专项转移支付力度。地方各级政府要积极调整财政支出结构，加大投入力度，转变投入机制，完善补偿办法，落实规划提出的各项卫生投入政策，切实保障规划实施所需资金。

加强医改工作队伍建设，提高推进改革的领导力和执行力，发挥医务人员改革主力军作用。鼓励地方大胆探索、先行先试，不断完善政策，积累改革经验。各地要在中央确定的医改原则下根据实际情况，因地制宜地制定具体实施方案，创造性地开展工作。

坚持正确的舆论导向，做好医改政策的宣传解读，及时解答和回应社会各界关注的热点问题，大力宣传医改典型经验和进展成效，合理引导社会预期，在全社会形成尊医重卫、关爱患者的风气，营造改革的良好氛围。广泛开展培训，不断提高各级干部医改政策水平，确保改革顺利推进。

三、医药卫生体制改革中的市场机制

（一）卫生服务市场

1. 卫生服务市场的涵义 卫生服务市场（health care market）是指卫生服务产品按照商品交换原则，在卫生服务的供给者和需求者之间相交换的关系总和。卫生服务的供给者包括各类医疗、卫生、保健和康复机构及其各类卫生技术人员，它们是卫生服务的生产者。而卫生服务的需求者指各类病人和健康者，他们是卫生服务的消费者。

2. 卫生服务市场的种类卫生服务市场分为广义和狭义两类。

（1）广义的卫生服务市场：包括卫生服务筹资市场、医疗服务市场和卫生服务要素市场。这三个市场是相互联系、相互制约的关系，其中，医疗服务市场是核心，卫生筹资市场是前提，卫生服务要素市场是基础。通常又把卫生服务筹资市场和要素市场称为医疗服务的相关市场。

卫生服务筹资市场在我国尚在逐渐培育和完善中。我国卫生筹资除政府财政卫生支出、社会基本医疗保险卫生支出、居民个人或家庭卫生支出外，各商业保险公司推出的各种医疗保险产品等成为我国卫生服务筹资的补充，这些产品如儿童保险、长期护理保险以及与健康管理、养老等服务相关的商业健康保险产品等。

卫生服务要素市场，即卫生服务投入市场，主要包括卫生人力资源市场、医疗资本市场、药品市场、材料市场和仪器设备市场等。

（2）狭义的医疗服务市场：通常意义上讲的卫生服务市场是指狭义的医疗服务市场，主要包括预防医疗服务、保健医疗服务、康复医疗服务和普通医疗服务等市场。

（二）卫生服务产品的性质

1. 卫生服务产品 卫生服务产品是卫生服务的供给者向需求者提供的，以提高其健康水平和生活质量的活动形式产品。卫生服务产品具有如下特征：

（1）无形性：与实物形式的产品不同，卫生服务产品是无形的，它是表现为活动形式的消费品，不能作为物而离开服务者独立存在。

（2）不可储存性：卫生服务者提供卫生服务后，服务立即消失，卫生服务单位既不同于商品生产企业，也不同于商品经营企业，可以在消费淡季将商品储存起来，在旺季进行销售。

（3）差异性：卫生服务提供者提供的卫生服务不可能完全相同，同一个服务者所提供的卫生服务也不可能始终如一。

（4）服务与消费的同时性：卫生服务提供者只能在接受者消费卫生服务的同时提供服务，即提供者提供卫生服务的过程，就是消费者消费卫生服务的过程。

（5）专业技术性：卫生服务提供者需要经过专门教育和训练，拥有专业卫生知识和技术，且获得执业技术资格。

（6）垄断性：卫生服务的专业性和技术性决定着卫生服务具有排他性，非卫生专业人员不能提供卫生服务。

（7）高质量性和无误差性：医疗卫生服务是为了人的生命和健康，这决定着卫生服务不同一般的服务和商品，一般的服务和商品可以有等级和瑕疵，但卫生服务永远应该是优质的。

（8）供给者的主导性：由于信息的不对称性，卫生服务提供者往往主导卫生消费过程。

2. 卫生服务产品的种类　卫生服务产品分为卫生服务的公共产品、私人产品和准公共产品（混合产品）。

（1）卫生服务公共产品（public product）：是指在卫生服务消费或使用上具有非竞争性和受益上具有非排他性的产品。相对于私人产品，公共产品具有如下特征：①消费的非竞争性。公共产品的边际生产成本为零，即在现有的公共产品供给水平上，新增消费者不需增加供给成本。任何人对公共产品的消费不会影响其他人同时享用该公共产品，个人无法调节其消费数量和质量。②受益的非排它性。私人产品只能是占有人才可消费，谁付款谁受益。然而，任何人消费公共产品时不能排除他人消费，因而不可避免地会出现“白搭车”现象。

上述特性决定着个人不会购买卫生服务公共产品，如灭蚊灭蝇等许多环境卫生控制措施，虽然人人既需要又人人受益，但没有一个人愿意为这类服务付费，都想搭便车。这些产品只能由政府提供或资助，既可以由政府直接组织生产提供给公众，此时不具有商品的属性；当然也可以由政府购买后提供给公众，但此时不是一般意义的个人商品。

（2）卫生服务私人产品（private product）：是指消费者支付了一定的费用就取得其所有权，并具有排斥他人消费的物品与服务。

这类卫生服务与提高个人健康水平和生活质量密切相关，医生的时间和耐心、病房的数量和质量等都会因为病人的占用而减少；另外，我们可以很容易对医疗服务收费。这类产品包括部分基本医疗、非基本医疗或特需卫生服务。这些医疗服务在市场经济条件下将表现为个人商品，具有服务性商品的一般属性。

（3）卫生服务准公共产品（quasi-public goods）：即混合产品，是指公共性与私有性两者兼备，介于公共产品与私人产品之间的物品与服务。

大量很难区分公共产品或私人产品的卫生服务可归入卫生服务准公共产品（混合产品），这些产品都拥有程度不同的排他性，同时具有公共品和私人品特性。如计划免疫以及结核病、性病和艾滋病的防治，不仅接受服务的本人从中受益，个人可能购买，预防接种后人群的集体免疫力增强，使周围的易感者也得到了保护。这些产品同样可以由政府直接组织生产提供给公众，此时不具有商品的属性；也可以由政府购买提供给公众，此时不是一般意义的个人商品。但如果要求个人进行部分购买，如疫苗免费提供，注射费用自己承担，这些产品就部分地具有个人商品的性质。

（三）卫生服务提供中选择市场机制的必然性

1. 我国改革开放的必然要求　随着国际化的不断提高和医药卫生体制改革的不断深化，各种医疗机构公平竞争、共同发展的新型医疗服务产业布局将逐渐形成，尤其是营利性和非营利性医疗机构分类管理体制的改革，要求必须重视市场机制在促进卫生改革与发展中的作用。市场机制是供求、价格、竞争等要素之间相互联系和制约的作用机制，竞争和效率是市场经济的普遍法则，这是医药卫生事业发展所需要的，又是卫生工作长期缺乏的。在计划经济体制下，卫生机构人浮于事，效率低下，卫生发展缺乏活力的状况，只有通过深化医药卫生体制改革引入市场机制才能完全改变。

2. 合理配置医疗卫生资源的需要　与其他资源配置方式相比，市场机制是最具有效率的。

医疗卫生服务引入市场机制，发挥其在卫生资源投入、卫生筹资、卫生服务提供和卫生机构经营管理等方面的作用。由于市场机制的作用，使医疗卫生资源流动遵循价值规律和医疗需求的变化，引导医疗服务与医疗消费，满足不同层次、不同对象对医疗服务的需求，相应调整投资结构，合理配置医疗卫生资源，克服医疗资源浪费现象。这样，一方面才能吸引更多社会资源进入卫生领域，另一方面才能更好地优化资源配置和合理使用现有的有限卫生资源。

3. 通过竞争提高服务、促进技术发展的需要 竞争使医疗卫生单位根据市场需要适时调整医疗服务结构和内容，使之尽力发挥自己优势，使其提高服务质量，加强经营管理。健全卫生服务价格形成机制，凭借质优价廉的医疗服务在竞争中获得优势，合理利用有限的卫生资源。医疗需求的提高和医疗市场的激烈竞争，必然使医疗单位运用新技术、引进新设备，提高医疗技术水平，以满足不同层次的医疗需要。

（四）卫生服务提供中运用市场机制的局限

1. 健康公平问题 在市场机制发挥作用的条件下，卫生服务的提供往往取决于消费者的收入水平，高收入者由于具有高购买能力而对卫生服务具有高需求、高利用，从而具有高健康水平，并形成高水准的人力资本，由此获得高收入而形成良性循环。对低收入者而言，卫生服务只能是高需要、低需求、低利用，以致低健康，影响生产能力，从而影响收入水平，形成恶性循环。这两种循环导致卫生服务分配的不公平扩大，健康公平问题突出。我国城乡、地区和阶层卫生服务分配的不公导致健康差距和收入差距，这种状况在当前存在以及今后相当时期仍将存在。

2. 竞争失灵 由于卫生服务市场存在较高的准入门槛、卫生机构的规模效益等原因，使某些医疗卫生机构处于垄断地位，从而使这些卫生机构即便在低质、低效、低量的前提下运作，也能获得超额利润，从而限制了市场作用，降低了市场配置资源的效率，致使市场竞争失灵。我国目前卫生资源配置结构仍然不够合理，大量卫生资源集中在城市及其三级医疗机构，不仅容易使社会对医疗服务的需求和利用率下降，也加重了社会和个人的疾病负担。

3. 公共产品供给不足 尽管公共产品的社会效益显著，个人获益也很大，市场机制本身不会提供公共卫生产品，政府如果缺乏公共财政的支持，公共产品的供给数量与质量就会远远低于社会需要。

4. 忽视效益的外延性 环境污染、抗生素的滥用、不良生活方式等容易产生外部负效应，而公共卫生如传染病的防治、预防接种、疾病检疫、卫生监督及基本医疗服务则是效益外延性活动，卫生服务市场难以消除这些活动的不良外部影响，而如果公共卫生服务市场化，容易导致更加严重的社会公共卫生问题。

四、医药卫生体制改革中的政府主导

（一）卫生服务的政府基本责任

1. 制定卫生规划，保证卫生资源合理、有效与公平配置 政府要制订中长期卫生事业发展规划和短期实施计划，制订卫生资源配置标准和区域卫生发展规划，并用法律、经济乃至行政手段加强宏观卫生管理，调控卫生资源配置，建立完善的卫生全行业管理制度。

2. 确立公共财政理念，强化公共卫生供给与管理 政府要按照公共财政要求，加强公共筹资，规范政府对卫生事业的补助范围和方式，调整卫生支出结构，加大公共卫生投入力度；提高基本公共卫生服务均等化水平，逐步增加国家重大公共卫生项目，完善重大疾病防控、计划生育、妇幼保健等专业公共卫生服务网络，加强卫生监督、农村应急救治、精神疾病防治、食品安全风险监测等能力建设等；转变公共卫生管理模式，建立健全公共卫生信息网络与预警体系，加强公共卫生基础设施建设，推动公共卫生管理法制化。

3. 依据社会经济发展水平，建立健全医疗保障制度 充分发挥全民基本医保的基础性作

用，重点由扩大范围转向提升质量。通过支付制度改革，加大医保经办机构和医疗机构控制医药费用过快增长的责任。在继续提高基本医保参保率基础上，稳步提高基本医疗保障水平，着力加强管理服务能力，切实解决重特大疾病患者医疗费用保障问题。

4. 强化政府监管服务职能，健全卫生服务市场体系　依据卫生市场规律，要强化政府市场的规范制定者地位，严格市场准入，强化市场监管，引导市场运行，规范市场秩序，披露市场信息，实现市场主体多元化，建立健全统一、开放、竞争、有序与公平的卫生服务市场体系。落实政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开，促进卫生服务市场的可持续发展。

5. 制定卫生经济政策，调控卫生经济发展　制定和实施各类卫生经济政策，确保公共卫生服务和弱势群体基本医疗服务的供给，明确政府卫生补贴的目标人群，实施卫生救助与扶贫；确立对不同类型卫生服务机构的补助政策、税收政策、价格政策、分配政策，激励卫生服务的低价有效供给；努力开展卫生经济与管理研究，促进卫生服务管理法制化，推进依法卫生行政进程。

（二）干预卫生服务市场

1. 政府干预卫生服务市场不同于计划型干预体制　在市场经济条件下，强调政府干预，绝不是回归计划经济体制下的政府办医疗卫生事业模式。如果政府继续采取计划型卫生干预方式或体制，则既不能实现卫生资源的高效利用，也不能实现卫生服务的公平分配。

在计划经济体制下，从卫生事业发展计划的制定、实施，到财政预算拨款、信贷规模的调控，从卫生服务机构设置的布局、调整、资源配置，到卫生服务分配、价格的制定与执行等无不在政府统一的管理当中。然而，适应新的市场经济体制，医药卫生体制改革的深化以及政府职能的转变，政府必须依据社会经济发展规律，运用卫生经济政策以及法律手段等适当干预卫生服务市场，弥补市场不足，引导卫生服务市场健康有序可持续发展。

不同于计划型干预医疗卫生事业，政府干预卫生服务市场，主要体现在如下三个层次：

（1）提供公共产品，激励卫生服务供给：一方面，政府要由既“办”又“管”转为专“管”卫生服务，即官办分开，退出竞争性或营利性卫生服务领域，逐步培育卫生服务市场体系，深化卫生管理体制改革，形成多层次、多形式、多渠道的办医格局，激励和释放卫生服务供给能力；另一方面，政府要通过增加财政投入直接提供和补贴、建立健全全民基本医保等各种途径，确保基本医疗服务和公共卫生产品广泛的可及性，实现公平与效率的兼顾。

（2）改善卫生经济环境，创造和维护卫生服务市场环境：首先，政府必须依据卫生发展规律制定法律、政策、制度、规范等，维护卫生服务市场秩序，形成统一、开放、竞争、有序和高效的卫生服务市场体系。其次，政府的各项卫生经济政策应该以引导市场健康发展为目标，不能参与或干预卫生服务市场主体的经营决策，并承担其经营风险。第三，执行市场维护者、监督者和裁判者职能，采取法律的、经济的或必要的行政手段，遏制乃至消除卫生服务供给消极行为，如诱导或创造需求、药品回扣、“大处方”等，确保市场的良好运行状态。

（3）规划卫生服务市场，保护和利用卫生资源：由于市场机制存在自发性、盲目性、滞后性等缺陷，一方面，政府必须以区域卫生规划、卫生经济政策等来引导卫生服务市场，避免卫生资源配置的低效、混乱、短期行为以及结构性失衡。另一方面，市场配置卫生资源，不等于市场机制能完全保护和利用卫生资源。不受政府干预的卫生服务市场往往会发生两种偏向：一是“不及”，即适应卫生服务市场的卫生经济结构，并不能完全适应卫生服务市场发展的需要，而旧的卫生经济结构依然在起消极作用；二是“过当”，即新的卫生经济结构使市场机制成了配置资源的决定机制，同时又出现自由放任局面，这种卫生资源利用的不合理性和保护的不充分性，必须通过政府规划来调控。

2. 政府干预卫生服务市场也不同于其他部门中的政府作用　由于卫生服务产品及卫生服务市场的特殊性，政府对卫生服务市场调控的作用力度较大、范围较广。具体表现在：

（1）提供公共卫生产品：卫生服务市场供给的产品部分属于公共产品或准公共产品，公共

卫生产品理应由政府规划、组织、实施、供给或购买后供给，保证基本公共卫生服务均等化提供，并不断提高其水平。

（2）规范卫生服务供方市场：由于某些医疗卫生机构处于垄断地位以及医患双方的信息不对称，政府必须以法律的、经济的和行政的手段，规范卫生服务供方的市场行为，确保基本医疗服务广泛的可及性，实现社会卫生服务公平。

（3）加强宏观管理：政府必须以区域卫生规划等手段，合理配置卫生资源，调整卫生服务结构，维护和建立卫生服务市场秩序和体系，实现社会卫生经济目标。

（4）注重微观管理：就微观卫生活动而言，改革卫生服务机构等、靠、要、看的状态，激励其加强管理，降低成本，通过提供方便、价廉、优质、低耗的卫生服务，赢得市场，强化有效有序竞争，提高卫生服务效率。

第三节 医院管理伦理

医院是依照法定程序设立的，以救死扶伤，防病治病，为公众的健康服务为宗旨，从事疾病诊断和治疗的卫生服务机构。医院管理是对医院工作进行计划、组织、指挥、协调和控制。医院管理伦理贯穿于医院管理的各个方面，以提高医院工作的效率和效果，医院管理的各个方面无不体现着医院管理伦理。医院管理伦理包括医院管理伦理原则、医院管理人员行为规范，以及现代医院的社会道德责任等。

一、医院管理伦理原则

（一）以病人为中心原则

以病人为中心原则，要求医院管理应该从维护服务对象的利益出发，将满足服务对象合理医疗保健和其他生活需要作为医院各项工作的中心，服务对象至上、一切为了服务对象。“以病人为中心”是医院管理协调医院及其医务人员与服务对象之间关系的伦理原则。

以病人为中心既是由医疗卫生事业的伦理属性决定的，又是医院及其医务人员赢得病人的需要。在现代医院管理中，以病人为中心原则要求医院管理应该具体做到：

1. 医院管理应从“以‘疾病’为中心”转变到“以‘病人’为中心” 在诊疗过程中，随着病人心理和社会等保健需求的不断提高，促使医院管理从传统的“以疾病为中心（illness centered medicine）”的服务模式转变为“以病人为中心（patient centered medicine）”的服务模式，改变重“病”不重“人”的状况。

“以病人为中心”服务模式要求：在重视疾病诊疗的同时，还应关注患者的发病与患病过程，了解患者的心态，对患病的看法，对疾病的担心与恐惧感，疾病可能对身心功能的影响；对治疗方案、措施与态度的期望等。让病人知情同意；准确迅速应答病人的愿望和需求；加强医患沟通；开展健康教育；维护病人的人格尊严；鼓励病人信息反馈并认真听取意见；直言相告不良反应等。

2. 医院管理应从“以‘医院及其医务人员’为中心”转变到“以‘病人’为中心” 在计划经济条件下，医疗服务的提供是“供给主导模式”，医院管理实际上是“以医院及其医务人员为中心”。在市场经济条件下，适应新的经济体制，医疗服务的提供改变成为“需求主导模式”，这种模式必然要求医院管理必须“以病人为中心”。一方面，以病人为中心符合医疗卫生事业“为人民健康服务”的宗旨，符合医学服务于人，造福于人的目的。另一方面，病人也是医院存在的前提，决定着医院的生存和发展。没有病人就没有医院存在的价值，医务人员工作的价值也就无从谈起。

3. 医院管理应从“以‘病人’为中心”转变到“以‘服务对象’为中心” 随着医学模式的

转变和新健康观的形成，现代医院在提供诊疗健康服务的过程中，其服务对象的外延不断扩大，传统医院的主要功能是“治病救人”，其服务对象是“病人”，而现代医院不仅要关注病人身心疾病的治疗，而且还要致力于人的疾病预防、身心康复和健康促进等。医院的服务对象已经由病人拓展为整个社会群体。

（二）以人为本原则

以人为本原则，要求医院管理应该重视管理对象中的人，肯定其价值，尊重其权利、维护其人格尊严，把做好人的工作作为医院管理的根本，以调动人的积极性，在此基础上，保证医院生存和促进医院发展。“以人为本”是医院管理协调医院管理者与管理对象之间关系的伦理原则。

医院管理的对象众多，包括人、财、物、技术、时间、信息等，但其中最为核心和最为根本的是人。“以人为本”区别于“以财、物等为本”。以人为本原则要求医院管理具体做到：

1. 医院管理应确立“管理服务”理念　所谓管理服务，就是要求医院管理者把管理对象中的“人”作为服务对象，管理者是“公仆”。医务人员是医院诊疗工作的主体，当然是医院管理的主要对象，要做好医院的各项工作，离不开广大的医务人员。因此，医院管理者不应仅看到自己与医务人员之间的管理与被管理关系，还要认识到其间的服务与被服务关系。

2. 医院管理应该尊重医务人员的价值和尊严　管理本来就是全体劳动者参与的事。随着社会分工，管理才成为一种职业。一方面，医院管理者要认识到医务人员的价值和尊严，明确管理者与被管理者彼此平等的地位，保证医务人员的各项权利，倾听和采纳医务人员的意见和建议。另一方面，要爱护医务人员。只有如此，医务人员才会自愿接受管理，否则，试图以利相诱或高压管制，只能引起广大医务人员的反感和抵触。

3. 医院管理应为医务人员的全面发展创造条件　管理的根本目的是为了人，医院管理者应关心广大医务人员的物质和精神需要，为职工创造良好的工作、学习和生活环境，采取一切可行的办法和措施，创造全面发展的有利条件和环境，提高他们的生活水平，提升其文明素质，更新其知识技能，挖掘其创造性潜能，展现其聪明才智。

（三）经济收益适度原则

经济收益适度原则，要求医院管理在市场经济条件下，应该正确处理医院经济效益和社会效益之间的关系，兼顾两者，获得经济收益必须以取得社会效益为前提。“经济收益适度”是医院管理协调医院经济效益与社会效益之间关系的伦理原则。

医院的经济效益是指医院通过一定的经济投入，提供符合社会需要的医疗保健服务，从而获得一定的经济收益，是收益与投入的比较状况。在医院经济投入一定的情况下，医院的经济效益往往表现为医院的经济收益。医院社会效益是指医院通过提供卫生服务而使社会获得的利益，这种利益最为直接的方面是一定社会人群的健康受益，即社会人群的疾病预防、诊治以及健康水平的改善；间接的方面还包括有利于社会的和谐稳定、健康发展等。经济收益适度原则要求在现代医院管理中，医院管理者应该具体做到：

1. 医院管理应该首先注重社会效益　防病治病、救死扶伤、治病救人是医学医术的天然伦理本性。可见，社会效益是医学医术的存在之本。现代医院的存在是基于其从事疾病诊疗工作，为公众健康服务，并不是基于其他社会需要。因此，医院注重医疗服务的社会效益，才能在社会分工中合理存在，否则，医院就失去其存在的价值。注重社会效益是获得经济收益的前提。

当然，医院管理又不能不关注其经济收益，但是应该认清，社会效益在其获得经济收益中的重要价值。应该把社会效益放在首要位置考虑，首先考虑的应该是病人的利益和需要，应该考虑如何以更低的代价获得更好的治疗效果，降低医疗费用，减轻病人经济负担，减少疾病对病人造成的痛苦，考虑医院以较少的劳动投入提供更多的医疗服务。只有如此，才能赢得社会的肯定，才能赢得更多的病人，最终获得更大的经济效益。

2. 医院管理应该把获得适度经济收益作为医院发展的客观需要　经济效益是医院生存和

发展的必要条件。目前,我国对医疗机构实行分类管理,分为非营利性医疗机构和营利性医疗机构。非营利性医疗机构是指为社会公众利益服务而设立和运营的医疗机构,不以营利为目的,其收入用于弥补医疗服务成本,实际运营中的收支结余只能用于自身的发展,如改善医疗条件、引进技术、开展新的医疗服务项目等。营利性医疗机构是指医疗服务所得收益可用于投资者经济回报的医疗机构。

可见,营利性医疗机构是以营利为目的,追求经济效益无可厚非。非营利性医疗机构尽管不以营利为目的,但就当今医疗卫生体制而言,政府更多不是直接向医疗机构投入(补供方),而且资助城镇居民和农民参加社会医疗保险(补需方),这就决定着医院必须追求经济效益,才能更好维持正常运转的行政事业费用、各项能源消耗、医疗仪器设备的购置及更新换代、不间断的基本建设资金的投入、人才培养及科研项目的开展等,同时还要不断提高职工工资、岗位津贴水平,提高职工生活福利待遇。

3. 医院管理应该认清医院是国家福利政策的载体 我国的医疗卫生事业是政府实现一定福利政策的社会公益事业。政府在医疗卫生方面承担责任,应该加大投入并加强对医疗机构的管理。可见,医疗卫生福利性政策的主体是政府,而医院是福利政策的载体。认清政府与医院在医疗卫生福利中地位,有利于医院管理者正确进行医院管理。为此,应该避免两种倾向:要么将医院看成是医疗福利政策的主体,结果在政府投入有限的情况下,难以承担这个社会责任,导致了医院发展经济乏力的困境;要么忽视医院是医疗福利政策的载体,忘记了其应承担的社会责任。尤其是公立医院、非营利性医院是财政投入设立,现在还享受到财政、税收、价格以及其他特殊政策优惠,在作为医疗服务福利载体的同时,有时还代表政府承担着一定福利主体的责任。

(四) 服务质量至上原则

服务质量至上原则,要求在各项医院事务管理中,医院管理应该把服务质量管理置于医院管理的核心地位,视服务质量为医院管理的生命;当服务质量与其他事务出现矛盾时,服务质量至上。“服务质量至上”是医院管理协调服务质量管理与其他事务管理之间关系的伦理原则。

质量是指一种商品或服务适用于完成预定要求的属性。重视医院服务质量,是医院管理遵循“以病人为中心”伦理原则的必然要求。在现代医院管理中,贯彻服务质量至上原则要求医院管理者应该具体做到:

1. 医院管理应该保证医疗服务永远是优质的 防病治病、救死扶伤、治病救人的伦理属性,决定着医疗服务应该永远是优良的。如果说一般的商品生产和服务,由于受种种条件的限制,还允许商品和服务有不同档次、甚至允许出现次品。而医疗服务由于涉及病人的生命安危,从伦理上要求必须都是优质的:医务人员在当时医学发展水平、医院技术条件和自身技术水平的情况下,应该尽最大努力,提供最优质的服务;不允许因利弊得失考虑而使医疗服务打折扣。

2. 医院管理应该把医疗服务质量视为医院工作的生命线 医院服务质量管理是医院管理的核心,为就诊者提供高质量的服务是医院工作的生命线。高质量的医疗服务不仅代表着一个医院的技术水平,而且还体现着医院的医德医风;在新的医疗体制下,医院服务质量是影响医院声誉的根本因素,决定着医院的生存和发展,提高医疗服务质量既有利于医院获得社会效益,又有利于提高经济效益。

二、医院管理人员行为规范

(一) 科学发展

科学发展,要求医院管理人员应该牢固树立科学的发展观和正确的业绩观,加强制度建设

和文化建设，与时俱进，创新进取，努力提升医疗质量、保障医疗安全、提高服务水平。

医院管理者要清楚我国医疗卫生事业的公益属性，明晰所在医院的性质，把握所在医院应该履行的社会道德责任，正确处理社会效益与经济效益之间的关系，树立正确的业绩观。要尊重现代医院发展的客观规律，建立健全各项管理制度，加强医院文化建设，善于运用医院文化载体凝心聚力。要以病人为中心，以提升医疗质量、保障医疗安全为核心，努力提高医院的医疗服务水平。由于传统的医疗卫生体制已经不能适应社会发展的需要，包括医院管理工作在内医疗卫生体制迫切需要改革与创新，医院管理者应该具有改革创新意识，培养创新能力，善于总结经验教训，实事求是，锐意改革。

在新的医药体制下，医院之间必然开展竞争。医院管理者应使医院之间的竞争建立在诚实信用基础之上，合理、有序和正当。具体要求是：①合乎伦理开展竞争。首先是树立合乎伦理的竞争目的，医院竞争是为了提高医疗服务水平、推动医院建设；其次是采取合乎伦理的竞争手段。主要通过降低医药费用、改进医疗服务、提高诊疗技术、加强与患者合作、突出专科特色等合理手段进行竞争。②树立良好的医院形象和医院品牌。良好的医院形象和医院品牌是医院的“无形资产”，必然使医院在竞争中处于优势，医院必须重视医院基本建设、技术特色和优势、医德医风、诚实守信等，在社会和人民群众中树立良好形象，医德医风是无形资产，确立自己医院的品牌，在竞争中发挥品牌效用。

（二）尽职尽责

尽职尽责，要求医院管理人员应该认真履行管理职责，努力提高管理能力，依法承担管理责任，不断改进工作作风，切实服务临床一线。加强医疗、护理质量管理，建立健全医疗风险管理机制。恪尽职守，勤勉高效，严格自律，发挥表率作用。

医院管理者需要具备所在岗位的专业基础知识和技能，熟悉专业范围内的工作特点、方法和程序以及技术要求，做管理的内行，明确并依法承担自己的管理责任，要以人为本，面向临床一线，推行服务性管理。

作为现代医院的管理者，不仅要掌握基本的专业基础知识，还要把握现代管理知识。例如要掌握管理科学知识，这是做好管理工作必须具备的专门知识；要掌握卫生经济学知识，懂得按经济规律办事，学会对组织内的经济活动做出正确估计和决策；还要掌握管理心理学知识，以更好地掌握全体职工的心理活动和行为规律。

（三）民主管理

民主管理，要求医院管理人员应该坚持依法、科学、民主决策，正确行使权力，遵守决策程序，充分发挥职工代表大会作用，推进院务公开，自觉接受监督，尊重员工民主权利。

公立医院的性质决定着医院管理者进行管理时，必须走群众路线，坚持民主管理，广大医院职工都是医院的主人，应该调动每一个职工的积极性、主动性和创造性。目前，医院实行院长负责制，要求院长对政府、对社会、对医院负责，但并不意味着院长可以独断专行。需要医院管理者要处理好如下两个关系：①处理好院长与党委、院务委员会之间的关系。医院较大决策必须领导集体和议，实行“决策重民主、执行重集中”，以保证决策科学准确、执行高效有力，同时接受各级党组织的监督。②健全民主管理制度，充分发挥职工代表大会和工会组织审议医院重大决策、监督行政领导和维护职工合法权益的作用。

（四）任人唯贤

任人唯贤，要求医院管理人员应该遵循公平、公正、公开原则，严格人事招录、评审、聘任制度，不在人事工作中谋取不正当利益。尊重人才，鼓励公平竞争和学术创新，建立完善科学的人员考核、激励、惩戒制度，不从事或包庇学术造假等违规违纪行为。

人力资源管理是现代医院管理的重要内容。医院管理者要认识到人才在医院发展中的重要意义，医院之间的竞争，说到底是人才的竞争。要树立正确的人才使用观，即任人唯贤、人尽

其才，既不是任人唯德，也不能任人唯才，更不可任人唯亲。所谓任人唯贤，是指人才使用要坚持“德才兼备”。因为“一个人如果有德无才，那么他虽然有做贡献而利人的良好动机，却未必会有做贡献而利人的良好效果，甚至可能好心办坏事而害人。反之，如果有才无德，那么他便既可以做大贡献而利人，也可能造大灾祸而害人。”所谓人尽其才，是指“用人如器”，任人唯贤、德才兼备，但绝非求全责备，而是应该用人如器：就像使用器具一样，只用其长处，根据一个人的品德和才能的性质、类型而进行使用。

（五）遵规守纪

遵规守纪，要求医院管理人员应该严格落实医疗机构各项内控制度，加强财物管理，合理调配资源，遵守国家采购政策，不违反规定干预和插手药品、医疗器械采购和基本建设等工作。

医院管理行为直接关系到医院集体利益和社会民众利益。医院管理者履行管理职能的过程，同时也是权力运行过程，要求他们公正廉洁、遵规守纪。首先，因医院管理者运用权力管理医院的人、才、物等因素，这就要求管理者公正廉洁，不能以权谋私。同时，医院管理者必须遵守医药卫生法律、法规、政纪和规章制度，做到依法管理。

三、现代医院的社会道德责任

（一）重视疾病预防

“预防为主，防治结合”是我国新时期卫生工作指导方针的重要内容。尽管医院的主要任务是医疗服务，但也有责任开展一定的预防保健工作。医院管理注重疾病预防，也是《传染病防治法》、《执业医师法》、《医疗机构管理条例》等法律法规的要求。医院发现传染病病人、疑似传染病病人或病毒携带者，要按规定向有关部门报告疫情；要开展对有关传染病的防治；要防止医院本身成为传染源，避免医院内的交叉感染，重视对特殊科室如放射科、同位素等采取高标准的卫生防护措施；要向社会进行疾病预防宣传等。

随着疾病谱的改变，慢性病成为影响人类健康、威胁人类生命的主要疾病。为预防慢性疾病，往往针对慢性疾病发生、发展或恶化的不同阶段采取“三级预防”措施：第一级预防，亦称为病因预防；第二级预防亦称“三早”预防，即早期发现、早期诊断、早期治疗；第三级预防亦称康复治疗，是对疾病进入后期阶段的预防措施，采取对症治疗，减少痛苦延长生命，并实施各种康复工作，力求病而不残，残而不废，促进康复。从这个意义上看，医院诊疗工作已经成为现代预防工作的有机组成部分。

（二）参加现场急救

参加现场急救，是医院及其医务人员责无旁贷的社会责任，也是有关法律法规的要求。《执业医师法》第 28 条规定：“遇有自然灾害、传染病流行、突发重大伤亡事故及其他严重威胁人民生命健康的紧急情况时，医师应当服从县级以上人民政府卫生行政部门的调遣。”《医疗机构管理条例》第 39 条规定：“发生重大灾害、事故、疾病流行或者其他意外情况时，医疗机构及其卫生技术人员必须服从县级以上人民政府卫生行政部门的调遣。”这就要求在出现地震、疫情爆发、火灾、水灾、车祸、食物中毒以及厂矿透水、爆炸等安全生产事故的时候，医院必须按照有关政府部门要求，及时安排医护人员进行现场急救，医务人员要争分夺秒、通力协作、敢担风险、勇于负责，全身心抢救伤残病人。

（三）参与社区卫生

尽管城镇综合和专科医疗机构主要从事疾病的诊断和治疗，结合临床实践开展医学教育和科研工作，开发适宜技术，指导和培训基层卫生人员，但还有责任参与社区卫生保健工作。《关于加快发展城市社区卫生服务的意见》指出：“对公立一级医院和部分二级医院要按社区卫生服务的要求进行结构与功能改造，允许大、中型医疗机构举办社区卫生服务机构。”医院利用自己的人员、技术、设备等优势可以开展如下社区卫生服务：社区卫生诊断；健康教育；社区预防；社

区保健;社区医疗;社区康复;计划生育技术服务;开展社区卫生服务信息的收集、整理、统计、分析与上报工作等。

医院开展社区卫生服务,一方面可以发挥自己的优势提供良好的医疗卫生服务,另一方面有利于广大医务人员密切联系群众、培养高尚的医德品质。

(四) 支持基层医疗

目前,我国医疗卫生事业的发展还不平衡,乡村、基层的医疗设备、技术、人员素质水平有待提高。基层三级医疗保健网的建立和发展,是我国卫生事业的战略措施,有利于区域卫生规划,实现医疗服务的可及性,方便基层群众就近就医和预防保健。城市高水平医院,尤其是公立非营利医院有责任支持基层医疗机构,这也是有关法律以及各级政府卫生行政部门的要求。例如,《医疗机构管理条例》第 38 条规定:"医疗机构承担县级以上人民政府卫生行政部门委托的支援农村、指导基层医疗卫生工作等任务。"

深化医改将进一步完善相关政策措施,鼓励引导医务人员到基层服务。上级医院与基层医疗卫生机构之间建立人才合作交流机制,使县(市、区)域医疗卫生人才柔性流动和县乡人才联动。严格落实城市医院和疾病预防控制机构医生晋升中高级职称前到农村服务累计一年以上的政策。大医院鼓励退休医生到基层和农村执业。

(五) 开展医德教育

医院的医德医风需要通过广大医务人员的诊疗护理活动予以呈现,医务人员是医德医风的践行者。因此,医院管理者必须重视对广大医务人员的医德教育和再教育。《医疗机构管理条例》第 29 条规定:"医疗机构应当加强对医务人员的医德教育。" 医疗机构必须帮助广大医务人员认识到医德教育的重要意义,通过医德教育,使广大医务人员把握国际公认以及国内医学伦理原则和医德规范,培养医务人员的医学伦理决策能力,能够发现、分析和解决医学伦理难题,正确进行医德评价,主动进行医德修养,提升医学专业精神,养成良好的医德品质。

本章小结

卫生保健制度的改革是世界不同国家和地区卫生政策的主题。质量、公平和效率是卫生保健制度的核心伦理价值,不同国家和地区建立不同卫生保健制度,有着不同伦理价值取向,人们往往对其有着不同的伦理评价。我国正在深化医药卫生体制改革,既应发挥政府的主导作用,又要利用市场机制配置医药卫生资源。医疗机构改革是深化医改政策的重要内容,医院管理是卫生保健制度的重要方面,医院管理应该遵循医院管理伦理原则,管理者应该遵守医院管理人员行为规范,现代医院应该履行其社会道德责任。

复习思考题

1. 卫生保健制度的核心伦理价值有哪些?
2. 如何从伦理上评价国际上不同的卫生保健制度模式?
3. 中国深化医药卫生体制改革包括哪些基本内容?
4. 医药卫生体制改革中如何发挥市场机制的作用和强化政府的主导责任?
5. 医院管理伦理原则有哪些?医院管理者应该遵循的行为规范有哪些?医院应该履行哪些社会道德责任?

Notes

本章作者及联系方式

曹永福(山东大学医学院医学伦理学系 济南市文化西路44号 邮编:250012 E-mail:cyongfu@sdu.edu.cn)

王卫东(第三军医大学附属第二医院 重庆市沙坪坝区新桥正街83号邮编400037 E-mail:xqwangweidong@163.com)

Notes

第十五章　医学伦理难题与医疗伦理决策

教学目的

掌握医学伦理难题的内涵及实质；熟悉医学伦理决策的主要模式及化解伦理难题的对策；了解医学伦理难题的产生原因及典型的医学伦理难题。

【案例 15-1】面对缺陷儿，救还是不救

2011 年 11 月 8 日，当陈先生得知自己曾经要求放弃治疗却被罗医生抢救成活的孩子，经检查患有“缺氧缺血性脑病”时，他愤怒地冲向罗医生的办公室（编者注：此前，陈先生曾被告知孩子出生后“可能会白痴、脑瘫甚至死亡”。孩子出生后，罗医生让护士告知陈先生“新生儿的健康状态评估的阿氏评分仅为 2 分，而 3 分以下即属重度窒息”）。“‘我说过不要孩子，为什么还给救回来！我要和一个傻瓜过一辈子了！”这个父亲喊道。救死扶伤的罗医生也被惹火了：“你这个父亲可以不要小孩，我这个医生不能见死不救！”这一幕被一家媒体曝光后，迅速引发了热议：有人指责大夫的好心反倒害了孩子以及家庭，还有人坚持“生命面前人人平等”。

（摘自：赵涵漠．面对缺陷儿，救还是不救．中国青年报，2011 年 11 月 23 日第 11 版）

讨论与思考：

1. 面对一个有严重出生缺陷的患儿，谁有权决定是否救治？
2. 放弃治疗需要符合哪些条件、遵循什么样的程序？

医学伦理难题是医疗活动中不同主体或同一主体不同角色间利益冲突的反映，可分为同一主体自身的医学伦理难题、不同主体之间的医学伦理难题，以及医学活动中的伦理难题与医学伦理理论中伦理难题等形式。医学伦理难题的解决，不仅需要提高医患双方的人文素质，完善法律法规，规范医疗管理，也不开正确的伦理决策。

第一节　医学伦理难题概述

医学道德判断和行为抉择的伦理难题，既有其产生的理论根源，也有其产生的现实原因。可以根据不同的分类标准，对医学伦理难题进行不同的分类。

一、医学伦理难题的涵义

在医学科研、临床诊治、医学技术应用等医学活动及其相关的伦理分析中，不同利益主体从不同的价值理念、文化传统、生活习俗、宗教信仰等因素出发，或同一利益主体从不同的角色出发，在对某一特定境遇下的道德现象进行道德判断或行为抉择时，可以合乎逻辑地得出两种甚至两种以上的不同程度冲突的方案，这种医学道德判断和行为抉择的困境称之为医学伦理难题。

在一般的医学活动中，医务人员和患者所面对的主要是对与错、是与非、善与恶的选择，在这种选择中答案是非常明晰的、唯一的。但是，在某些特殊境遇下，人们很难用简单的善、恶来

评判。如:就大多数情况而言,面对一个需要立即救治的肢体外伤患者,给予其及时救治是道德的应然性要求,不存在选择上的伦理难题。但是,如果该患者因经济所迫交不起费用,医院就遇到了履行救治义务与获得医疗费用权利的冲突之难题。这种难题,其实质表现为利益冲突。

杜治政教授认为,所谓利益冲突是指“不同利益主体对各自利益目标的互不认同,是利益主体一方的利益要求构成了对另一利益主体的威胁,是指一个利益主体为了保护自身利益对另一方采取敌对行动。”不同主体间的利益冲突,一般发生在特定的境况下,在这一境况下某一主体对另一主体承担着特定的义务(而这种义务又是对方的权利),而当其追求自身利益时影响了他对另一主体承载的义务。其关涉的伦理问题包括:①如果该主体的利益是正当的(如法律或道德上的权利但不限于权利),那么,该主体如何选择才符合伦理则需要进行价值和风险代价评估,需要分析他所承载义务的强弱及何种意义上的义务?不能绝对地要求该主体一定要牺牲个人利益而捍卫他人或社会利益;②如果该主体的利益属非正当利益,则该主体应当完全舍弃个人这种非正当的利益,而确保他人的正当利益(不包括非正当利益)的实现,此时就需要伦理控制。这里的非正当利益是相对于主体承担的义务、扮演的角色而言的,离开了这一特定的境况,也许这种非正当的利益就成为正当的了。如追求个人的经济利益,这本身是正当的,但当它是以牺牲患者的经济为前提时就不正当了。因此,对“正当”的评价需要从目的与手段的统一来进行;③如果不同主体之间有利益(正当利益)冲突,但是其中一主体对另一主体并不承载道德或法律义务,或者是非直接利益冲突,则任何人都无权要求某一主体舍弃自己对正当利益的追求。只能从构建和谐社会、倡导利他的道德上进行倡导或调节。因此,不同主体之间的利益冲突,是不同利益主体依据不同的社会准则主观选择的结果。如:2007 年 11 月 21 日,“正义网”报导了北京某医院的一名患者李某因其丈夫肖某拒绝手术签字,致使该院不能手术并最终导致患者死亡的事件。在该事件中,医院之所以在肖某拒绝手术签字的情况下不实施手术,其根本的原因在于实施手术可能会给医院带来不利的风险,增加的医院的责任。当然,不实施手术必然会给患者产生伤害。在这里,医院道德抉择的难题实质上也就表现为医患双方利益的冲突。

因此,医学伦理难题就其实质而言,是特定境遇下不同利益主体之间的利益冲突。面对利益冲突如何选择,是判断一个人或组织道德高尚、平庸与卑劣的最有效途径。只有勇于承担风险和责任,将他人利益、社会利益置于首位,而将自身利益于其后者才能够称得上高尚与崇高。

但是,在当今价值取向多元化,道德追求现实化的市场经济条件下,我们不能渴求人人崇高,要尊重差异、包容多样,理想的道德目标和追求只能作为人们行动的统领及引导,不能作为判断道德是非的唯一标准。任何人都没有权利要求一个人为他人利益而牺牲自己的利益。就上述北京某医院的手术签字案例而言,只要医务人员履行了知情同意,患者或其家属不同意手术治疗,医务人员不实施手术,这并不违背法律。当然,符合法律的未必就符合伦理。伦理上的知情同意要求医务人员优先考虑患者的生命健康权利,当患者或其家属的知情选择对其生命健康不利,危及患者的生命安危时,医务人员需要勇于承担风险,充分发挥医务人员的特殊干涉权,竭力捍卫患者的生命健康权利。

二、医学伦理难题的类型

根据不同的分类标准,可对医学伦理难题进行如下分类:

其一,根据化解难题路径之不同,可分为医学活动中的伦理难题、医学伦理理论中伦理难题。医学活动中的伦理难题,是指在具体的医学活动中,由于受卫生法律法规、卫生政策、医院管理等因素的制约所产生的伦理难题,如安乐死实施中的伦理难题、辅助生殖技术实施中的伦理难题等,这些难题皆与现实的社会因素有关,其解决需要通过健全卫生法律法规、完善卫生政策、强化医院管理等途径来解决。而医学伦理理论中的伦理难题,是指由于医学伦理理论自身的不自洽性或理论之间的冲突,所造成的伦理难题。如著名的“电车难题(The Trolley

Problem)”，该难题最早是由哲学家 Philippa Foot 提出，其内容大致是：一个疯子把五个无辜的人绑在电车轨道上。一辆失控的电车朝他们驶来，并且片刻后就要碾压到他们。幸运的是，你可以让电车变轨，让电车开到另一条轨道上。但问题是，那个疯子在那另一条轨道上也绑了一个人。基于以上状况，你应该让电车变轨吗？这一难题常被用来批判伦理学中功利主义，从一个功利主义者的观点来看，明显的选择应该是变轨，拯救五个人只杀死一个人。但是功利主义的批判者认为，一旦变轨，你就成为一个不道德行为的同谋——你要为另一条轨道上单独的一个人的死负部分责任。然而，问题在于你身处这种状况下就要求你要有所作为，你的不作为将会是同等的不道德。该难题反映出在特定的境遇下不存在最佳的、至善的、完全道德的行为，存在着非最佳的、非至善的、非完全道德的做法之情形。这种伦理难题的产生，主要源自于伦理学基本范畴、基本理论、基本原则的不完备性和矛盾性。其解决需要通过伦理学理论的自身建设来完成，更多地属于“元伦理学”研究的内容。作为医学伦理学难题主要研究的是现实医学活动中的伦理矛盾。

其二，根据所涉及的利益主体之不同，可分为同一主体自身的医学伦理难题、不同主体之间的医学伦理难题。所谓同一主体自身的医学伦理难题，就是在医学活动中，利益冲突的主体是同一个体，是同一主体不同角色之间、所承担的职责与个人其他利益之间的冲突。如：一个身患慢性风湿性心脏病的患者，其本身就是一名主任医师，在住院期间，对经治医师的诊治水平主观上持有疑义，此时作为患者他应对经治医师寄予信任，不应无端猜疑。但是，作为有着较深资历的医师，其内心总又存在着挥之不去的疑虑。在这里，患者的病患角色与其原有的医师角色就出现了冲突。所谓不同主体之间的医学伦理难题，是指在特定的医学境遇下，不同利益主体基于不同的价值判断标准出现了彼此矛盾的行为选择方案，造成了二难或多难选择的情形。如：上述北京某医院的手术签字案例中，家属肖某的价值判断就与医务人员的价值判断出现了冲突，造成了行为抉择中的困难。事实上，在现实的医学活动中，以上两种形式的伦理难题往往是交织存在的，形式上的区分只是研究上的需要。大多情况下，发生冲突的利益都是不同主体的利益，即使同一主体利益的冲突，也是该主体的个人权利与其所承载的义务的冲突。而这种义务正是他人的利益，其实质是不同主体的利益之冲突。

其三，根据难题所发生的领域之不同，可分为临床医疗工作的伦理难题、预防保健工作中的伦理难题、医学科研工作中伦理难题、卫生管理中的伦理难题等。这些难题皆与现实的社会因素有关，属于上述“医学活动中的伦理难题”之细化。

以上分类，只是为了研究和分析之方便，即使医学活动中现实的伦理难题也总是与医学伦理理论中的伦理难题交织在一起的，在医学伦理理论的难题中蕴涵着现实的伦理难题。

三、医学伦理难题产生的原因

医学伦理难题可能由一个因素引发，也可能由多个因素共同作用产生。导致医学难题产生的原因很多，归纳起来大致可以分为理论根源和现实因素两大部分。

（一）医学伦理难题产生的理论根源

其一，伦理学基本理论之间的深刻差异。医学伦理学“四原则”理论可以看作义务论、效果论和美德论的“完美”结合体。自主原则体现了义务论的理论宗旨，有利原则体现了效果论的利益最大化诉求，公正原则体现了美德论的理论要求。然而，义务论、效果论和美德论的理论旨趣却大相径庭，比如义务论强调行为动机，而效果论看重行为结果。回避伦理学基本理论之间的深刻差异，无疑会消解“四原则”的规范力。于是，在医疗实践中，“四原则”之间的冲突往往成为医学伦理难题之源。

其二，文化差异及其认同障碍。如果期待医学伦理学理论在医疗实践中切实发挥中用，我们不得不认真对待医学伦理学和文化之间的关系问题。一方面，产生于西方社会的医学伦理学

如何能跨越地域、跨越民族、跨越文化的发挥作用;另一方面,舶来于西方社会的医学伦理学理论如何在特定社会、特定文化中发挥作用。文化差异及其认同障碍是当代医学伦理学难题产生的主要原因之一。

其三,生命理论的嬗变。随着人们的健康观和生命观等观念的变化,生命理论也随之变化发展,从生命神圣观转向生命质量和生命价值统一观。受此影响,人们对于很多医学问题转变了看法。例如,传统观点坚持“生命极为宝贵,不论何时都应该不惜一切代价地抢救”的生命神圣观,而当今公众对尊严死的追求体现了生命质量和生命价值统一观。比如,荷兰、比利时等国已经确认主动安乐死的合法地位,自然死亡的呼声日益高涨,撤除无效治疗和姑息治疗得到越来越多的认可,于是,生死问题以新的面貌成为医学伦理难题。

(二)医学伦理难题产生的现实原因

其一,权利与义务的冲突。融洽、和谐的医患关系是一种理想状态,其本质是医患双方权利与义务的辩证统一。医患权利义务的构成复杂,在具体的医疗实践活动中不同情况下有不同的内容。一般来说,患者的权利主要有基本医疗权,疾病认知权,知情同意权,决定权,保护隐私权,免除一定社会责任权,要求赔偿权等;患者在就医过程中有如实提供病史,对医生的诊疗建议作出决定,遵循医嘱,尊重医护人员的劳动等义务。医生有根据患者病情对疾病做出判断,决定治疗方法,使用药物,检查项目,决定是否进行手术等权利,医生的这些权利独立行使,不受外界干扰;医生的义务则是尽最大能力救治患者,帮助患者解除病痛,运用自身的医学知识和经验保障患者的健康。然而,上述规定较分散,缺乏系统性,个别条款的描述不够具体,并且有些内容并没有以法律的形式加以规定。因而,在医疗实践中医患权利义务冲突常常导致医学伦理难题。

其二,个体价值追求的多元化。多元化的时代背景下,多元的价值选择极大丰富和拓展了人们的生活空间和意义世界,为人的全面自由发展创造了更为丰富的机遇和条件。然而,在享受自由选择的同时,人们也承受着多元化带来的前所未有的迷茫。例如,在著名的《日内瓦宣言》内提出:“我对人的生命,从其孕育之始,就保持最高的尊重,即使在威胁下,我也决不将我的医学知识用于违反人道主义规范的事情。”但是,面对一个因为宗教信仰而拒绝输血的患者,医务人员该如何处置呢?

其三,高新生命技术的伦理挑战。20世纪六十年代之后,生命科学的迅猛发展令人注目。器官移植开始大规模进入临床,基因疗法已经开始挽救患者的生命,克隆技术(Cloning technology)的重大突破已使生命的复制成为可能。人类数千年来的梦想正随着生命科学的发展逐一实现,如使垂死的病人继续存活,在产前检查胎儿的疾病,移植身体的器官等等。这些领域中的高新技术,大大增强了医学专业人员的能力和知识。于是,伴随新技术而来的“应不应该”的新问题,取代了以往“能不能够”的老问题。例如,产前基因筛查可以广泛使用吗?新问题会带来新的伦理难题。

其四,卫生法律法规不够健全。一般来说,法律是最低限度的道德。卫生法应该与医学伦理学的要求相一致。为了规范和解决临床相关问题,我国已经制定了一系列的医疗法规,如《医疗事故处理条例》、《药品临床试验管理规范》、《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国药品管理法》、《中华人民共和国医务人员医德规范及实施办法》等等。但是,和医疗实践相比,法律规制总是相对滞后。于是,在具体案例中,相对滞后的法律规定往往与医学伦理要求发生冲突,从而产生医学伦理难题。

其五,医疗机构管理欠规范。医疗机构既要引进企业的经营理念,又要保障公益机构的社会责任,相应的管理问题日益凸显。医疗机构许多措施政策的出台以抓经济收益为主,对临床科室各项经济指标有明确规定,医务人员的收益分配也以经济指标为依据,从而使部分医务人员误以为医疗服务的根本目的是追求经济收益。于是乎,医疗机构管理的天平倾斜了,医疗机构缺乏守法尚德的意识和动力,在医疗实践中时常会出现借口法律规定推卸责任的情况。医院

管理过分追求经济目标，过分依赖条文法规，漠视医学的根本目的，忽视其社会责任，这些管理层面的缺失都可能引发伦理难题。

第二节　典型医学伦理难题及其思考

医疗活动中的伦理难题表现情形多种多样，归纳起来，典型的医学伦理难题主要有以下几种：

一、医疗欠费难题

医疗欠费是指患者在医院接受医疗服务和使用医疗药品而未预先或按时支付给医院相应费用的一种经济关系，包括赊账享受医疗服务和出院后欠费等。严重的医疗欠费会导致医院财务资金周转困难，不能及时支付医药公司货款，影响医院日常业务的正常运行，制约着医院进一步发展。从伦理上说，救死扶伤是医生的天职，医生有责任救治每一个求医的患者，尤其对于急危重症患者无论其经济状况如何，都应当及时救治，这也是法律上的强制义务。但在医疗实践中，面对无力支付医疗费用而需要立即救治的患者，如果因收治而欠费，医疗费用应当由谁支付？向谁追偿？尤其，有些医院为了减少医疗欠费，明确规定：谁负责收治或主管的病人欠费，费用由谁承担。如：某医院为了解决医疗欠费难题，在制定的《关于规范医疗欠费有关问题的规定》中明确规定："欠费 50~500 元以内的根据欠费原因，由造成欠费责任科室承担责任并负责追回欠款，无法追回的直接在该科室当月奖金中扣除相等欠款予以冲账；凡未按规定办理'暂欠费申请单'手续擅自记负账，造成所欠费无法追回的，由责任科室承担 20% 损失，并在该科室当月奖金中扣除予以冲账。"一边是法律的强制，一边是经济的制裁，医务人员该何去何从，实在左右为难。尽管部分地区规定，对于符合条件的患者，可通过医疗救助途径加以解决，但在实际操作中程序繁杂且额度有限，难以解决当前的医疗欠费问题。2009 年，国家民政部、财政部、卫生部、人力资源和社会保障部等部委联合颁布了《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》，对解决城乡困难群众的基本医疗保障，做好医疗救助问题提出了具体的要求和措施，这对于解决医疗欠费问题必将发挥积极的作用。

二、放弃治疗难题

从广义上说，放弃治疗泛指患者本人或其家属、代理人，以及医疗机构及其医务人员等，对已确诊的病情不给予或撤除相应治疗措施的行为。从狭义上说，特指根据临床诊治标准，医师结合患者本人或其家属、代理人的意愿，对濒死患者或生命质量极度低劣且不能恢复意识的患者，不给予或放弃人为地延长生命的支持措施，包括最初不提供生命支持措施和提供后撤除支持措施两种情形，前者关涉到应不应当提供，后者关涉到应不应当撤除。

根据"谁决定放弃"、"放弃什么"、"为什么放弃"、"怎样放弃"等因素的不同，可将放弃治疗分为：患方（患者本人及其家属）放弃与非患方（医疗机构及其医务人员、医疗保险的承保者）放弃、放弃全部治疗与放弃部分治疗、疾病原因的放弃与非疾病原因的放弃、程序性放弃与非程序性放弃等。其中，非患方的放弃、对全部治疗的放弃、非疾病原因的放弃、非程序性放弃，潜在着较多的伦理问题。集中表现在：①放弃治疗权问题。生存作为人的基本的自然权利，同时也是一种义务，放弃治疗即意味着选择死亡，人有无放弃治疗的权利？②条件规制问题。受医学科学发展水平的限制，以及医患双方在治疗期望、心理因素等方面的差异，对是否应当放弃治疗往往存在不同的看法和认识；③利益取舍问题。放弃治疗对不同的利益主体有着不同的意义，患方、医方以及医疗保险承保者的利益与是否放弃治疗有着直接或间接的关系，甚至存在利益冲突；④权利义务冲突问题。在选择是否放弃治疗时，患者的自主权与生命权、知情权与保密权、

家属的代理权与患者的自主权、医方的救治义务与特殊干涉权等，都可能出现伦理冲突。

为了确保放弃治疗的严格实施，维护患者的切身利益，美国心脏学会和急症心脏护理学会主张，只有符合以下条件的末期患者才可以考虑放弃治疗：其一，当患者保持无意识状态时；其二，当患者继续治疗的经济负担超过任何好处时；其三，当公认的科学数据提示成功复苏的机会相当遥远时。1997 年，中华医学会医学伦理学分会在第九届学术年会讨论并通过了《慢性病患者生命末期治疗决策与伦理要求》，该文件对终止（放弃）治疗做出以下规定："存在明确的临床死亡体征，可不予复苏；对按常规进行心肺脑复苏且 30 分钟后仍无效者可中止复苏"。

同时，在临床过程中实施放弃治疗时应考虑以下程序：首先，要经过医学专家的充分论证。根据患者的病史、临床表现、治疗经过、结合各项客观检查，必要时请相关科室专家会诊，对患者的预后及生存质量进行科学的判断和评估，分析患者是否符合放弃治疗的条件；其次，要向患者 / 家属详细交代病情。由专家向患者 / 家属交代病情，详细说明患者的诊断结果、诊断依据、治疗效果、目前状况、预后及费用情况，务必让患者 / 家属对患者病情有全面的认识和理解，以便做出真实、自愿、有效的选择；再次，由患者 / 家属提出并签字。在患者 / 家属完全理解病情并做出放弃治疗的选择后，由患者 / 家属在医疗文书上签字；最后，终止治疗措施。履行放弃治疗的医疗文书后，由经治医师根据医疗文书的内容实施放弃治疗措施。由于临床中可能出现患者与家属之间、医务人员之间、医务人员与患者及其家属之间意见分歧的情形，为了统一意见解决分歧，医疗单位可设立专门的认定与协调组织，以审定放弃治疗要求及措施的合理性。如果患者或其家属所做出的放弃治疗的选择明显是错误的，或者是迫于某种利益和条件而做出的无奈选择，医务人员应履行其解释说明的责任，向患方详尽地、客观地介绍病情及各种可能发生的情况，为患方提供正确选择的依据。如果医务人员劝阻无效，仍不能改变患者及其家属的错误决定，应当尊重他们自主选择的权利。《里斯本患者权利宣言》强调："如果患者的代理人做出违反患者最佳利益的决定时，医师有义务在相关的法律机构挑战这项决定"。香港《医院管理局对维持末期患者生命治疗的指引》指出："有些時候，某项延长生命的治疗被医护小组视为必要及符合患者最佳利益，但患者家人未必赞同。就法律而言，医护小组可继续进行必要及符合患者最佳利益的维持生命治疗。" 但该文件同时指出："如非紧急，应尽可能透过沟通与患者家人谋求共识"。同时，香港的上述文件还规定："在生理上治疗明显无效用的情况下，医护小组没有义务应患者或患者家人要求提供无效用治疗。" "若然患者或患者家人对广义解释的无效用治疗未能理解，则医护小组有需要与患者及患者家人作进一步沟通，谋求共识。当被要求继续进行所有技术上可行的治疗，而患者实际上并无复原希望时，医生并无义务答允一些对有限资源的不公平的索求"。

三、过度医疗难题

过度医疗，是指医疗机构及其医务人员在诊疗活动中，违反诊疗规范或超越疾病本身实际需要，故意实施的不必要的诊断和治疗行为或过程，其表现情形主要有：①对某种疾病的诊断措施超过了其实际需要，超越了学术界公认的可行的适宜的诊断方法和手段；②采用了超常规的、多余的、无效的、甚至有害的治疗方法和手段，如扩大手术指征和手术范围、放宽放疗和化疗的标准、盲目地采用生物治疗等；③诊治费用超过了医学界公认的诊治要求的一般标准；④超越了特定病人体力和财力的可支持度；⑤对属于正常生理范围的现象，或虽有异常但这种异常可以通过自身调节很快得以恢复正常的现象进行医疗干预；⑥对某些死亡征兆已经很明显或死亡不可逆转的病人仍进行挽救生命的无效治疗等。

过度医疗与最优化医疗不同，其动机主要是医者为了维护自我经济利益或自我保护，其收益可能是最大的，但消耗决不是最少的，不符合以最少消耗获得最大收益的伦理要求。而后者则是医者从患者真正合理的医疗需求及公正的立场出发，综合考虑患者整体利益的体现。同时，

它也不同于防御性医疗，过度医疗包括但不限于防御性医疗，部分过度医疗行为完全是以医院或个人的经济利益为目的的，而防御性医疗是以避免医疗风险或诉讼风险发生为目的的。但是，由于患者缺乏一定的医学背景知识，很难知悉医者是否实施了过度医疗，也难以区分是过度医疗还是防御性医疗。

过度医疗有其发生的体制性原因，不能仅仅视为医者的个人行为或医院的偶然现象，它不仅增加了患者的经济负担，造成卫生资源的浪费，而且有可能给患者带来不应有的痛苦与不适，影响医疗机构的信誉，引发医患矛盾。

四、保护性医疗难题

保护性医疗是针对特定患者，为避免对其产生不利后果而不告知或不全部告知其病情、治疗风险、疾病预后等真实信息的保护性医疗措施。对于一些心理素质比较脆弱，特别是预后较差或目前尚无有效治疗方法的患者，如果告知其全部真实的不良医疗信息，可能会对其产生较大的身心刺激，增加其心理压力。为此，医务人员不告知或不全部告知其诊疗信息，这体现了关怀照顾的医学人道主义精神。我国《医疗机构管理条例实施细则》第六十一条规定："医疗机构在诊疗活动中，应当对患者实行保护性医疗措施，并取得患者家属和有关人员的配合"。《中华人民共和国执业医师法》第二十六条规定："医生应当如实向患者或其家属介绍病情，但应当注意避免对患者产生不利后果"。《医疗事故处理条例》第十一条规定："在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是，应当避免对患者产生不利后果"。《侵权责任法》第五十五条在强调医务人员应当向患者说明病情、医疗措施、医疗风险、替代医疗方案等情况时，规定："不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，并取得其书面同意"。以上规定，均明确了保护性医疗之要求。但是，这些规定并没有界定保护性医疗的行使范围，医务人员对哪些信息应当向患者告知，哪些不应当告知，如何评估讲真话与保护性医疗之利弊，如何处理知情同意与保护性医疗之关系等。此外，实施保护性医疗的重要事由是不给患者增加难以承受的心理压力，避免产生不利后果，但目前尚缺乏评估不同心理素质所能承受心理压力的客观标准，也没有明确的规范性文件，这给医务人员判定应否对患者告知、告知哪些信息等带来困难。这些问题，都需要医务人员根据患者的实际情况审慎处理。

因此，部分学者主张，对于具有完全民事行为能力的患者，应当将不良医疗信息告知其本人而不是家属，这一方面体现了对患者自主权的尊重，另一方面也是避免患者怀疑、诚实守信的要求，并且这有利于患者妥善地安排自己相关事宜。也有部分学者认为，在实施保护性医疗的情形下，由于患者并不完全知悉诊疗信息，自然也不能完全了解治疗手段和治疗过程，当发生医疗纠纷时，由于医务人员选择信息封锁的方法有所谓正当的理由，导致患者在信息占有方面处于劣势，这对患者不利。一般说来，保护性医疗需要根据患者的疾病、心理素质、预后等具体情况有选择性地实施，它与知情同意之间并不存在根本性的矛盾，二者均体现了对患者正当权益的维护和尊重，各有其适用的条件和要求。不应当告知患者的不良诊疗信息，需要告知其家属或代理人，或依据患者的要求、心理接受能力及家属的意愿，实施逐渐告知或有限度地告知，并不是说封闭一切诊疗信息。保护性医疗较不计后果的一味告知，更能体现人文关怀。

第三节　医学伦理决策

面对医学伦理难题，不同的人往往有着不同的抉择方式，不同的抉择方式会产生不同的决策效果。正确的伦理决策有助于医学伦理难题的解决。

一、医学伦理决策的概念

所谓决策，是指根据已有问题或特定目标拟定许多可行性方案，然后从中选出最能达成目标的方案。伦理决策即“作伦理上的决定”。在伦理上作决定是一个复杂的过程，既受到个人的价值观的影响，也受到社会文化、宗教信仰、法律法规、社会环境及个人当时的情绪等诸因素的影响。所以，决策者或参与决策者的道德水平、知识程度以及对伦理理论、原则应用的水平和能力都会影响决策者在某一情景中所采取的道德行动的正确性。

医学伦理决策，也就是在医疗活动中的伦理抉择，是从医学伦理的角度来思考问题，以做出最恰当的、最符合医学伦理的决定，医学伦理决策是医学伦理理论、原则和规范在医学活动中的具体运用和贯彻。医学伦理决策有个人决策和团体决策两种方式。个人决策是指由医务人员个人作出伦理决定的过程。团体决策是指由医务人员组成的医疗小组或由医疗单位组织的由各类医务工作者参加的伦理委员会在共同讨论后所做出的决策。医务人员在每天的工作中，几乎随时都需要应用个人决策。当情况简明，或情况紧急已没有时间找人商量时大多采用个人决策方式；当情况复杂或牵涉到整体利益时，会给医务人员带来很大的压力，而且决策的品质也不一定高，这时就需要进行团体决策，由各方面专家集思广益，由团体来做决定。例如对于心理素质脆弱的患者该不该告知其不良的疾病实情？如何处理讲真话与实施保护性医疗的关系？当资源有限而又有多人需要时谁有权优先获得等，都要作出判断和决定。

二、医学伦理决策的模式

（一）席尔瓦伦理决策模式

席尔瓦伦理决策模式是席尔瓦（Silva）在1990年提出的，他将解决伦理问题的过程分为五个步骤：

1. 收集资料，评估问题　当医务人员碰到伦理问题时，首先收集资料并通过评估回答三个方面的问题：①该事件是否属于伦理的问题。包括引起伦理争议的情境是什么？这些情境是如何引起伦理的争议的？②哪些人受到这一事件的影响。包括：哪些人与这一伦理事件有关？有关人员的背景（教育程度、价值观）如何？哪些人会受到决策结果的影响？③所在机构（或医院）的性质及任务是什么？机构的价值观、政策以及相关的行政程序如何？

2. 确立问题　有了以上的基本资料后，应该考虑以下情况，以确立问题所在：①伦理的考量。包括：哪些问题是与伦理有关的？这些伦理问题解决的优先顺序怎样？②作非伦理的考量。包括：哪些问题不属于伦理问题？这些不属于伦理的问题与伦理的问题有何相关？

3. 考虑可能的行动　如果以功利论的观点来思考，则应该考虑以下问题：①在这一案例中功利的原则应该如何界定？②可能采取的行动是什么？③受到决策影响的人们，在采取行动后可能出现的后果是什么？④每项行动的结果所产生的内在价值及不符合该价值的影响有哪些？⑤有哪些行动方案，对受到影响的人可以有最大的益处及最少的不良后果？

如果以义务论的观点来思考，则应该考虑以下问题：①有哪些道德的规范及原则互相有冲突？②根据这些道德的规范及原则应该有哪些义务？③这些义务中与哪些相等或更大的义务是有冲突的？④如果有冲突存在，哪些由道德规范及原则中衍生的义务，在权衡之后是较正确而且应该被考虑的？

4. 选择及决定行动的方案　在决定行动之前，要考虑以下因素：①内在或团体的影响因素：为谁作决定？由谁作决定？牵涉其中的有关人员有哪些？有哪些偏见或价值观念影响决定？②外在的影响因素：机构中有哪些因素会影响决定？法律上有哪些因素会影响决定？社会上有哪些因素会影响决定？③所作的决定及所采取行动的品质：做了什么决定？决定采取哪些行动？所作的决定以及要采取的行动是否符合道德的要求？如果不符合道德的要求，可以进行

怎样的修订？所采取的行动是否是根据所作的决定来执行的？

5. 检讨及评价所作的决定及采取的行动　①检讨及评价所作的决定：是否根据所作的决定来采取行动？如果没有，为什么？是否所作的决定达到了原有的目的？如果没有，为什么？你认为所作的决定是否符合道德要求？理由是什么？②检讨及评价所采取的行动：是否根据前述决定来选择行动方案？如果不是，为什么？是否所选的行动方案达到了原定的目的？如果没有，为什么？你认为所采取的行动是符合道德要求的吗？理由是什么？

（二）阿洛斯卡伦理决策模式

阿洛斯卡（Aroskar）认为解决伦理难题时，必须在有效的时间内及现有的价值系统下，了解事实的现况，对于所面临的伦理问题，根据伦理的理论加以澄清来做决定。他认为解决伦理问题时必须考虑三个要素：①基本资料；②决策理论；③伦理理论。其伦理决策模式是：

1. 收集相关资料，确定事件中是否有伦理问题　在这一过程应该了解：①所涉及的人和事；②要采取的行动；③行动的目的；④还可以做哪些选择？⑤采取行动的后果等。

2. 分析伦理问题　在这一过程中应该考虑：①应该由什么人参与决策的过程（医生、护士、患者及亲属，或是伦理委员会）？应由谁作最后的决定？为什么？②为谁做决定（自己、代理别人或是其他人）？③要根据哪些条件作决定（社会的、法律的、经济的、生理的、心理的或其他的条件）？④是否需要当事人的同意？⑤所采取的行动符合或违背哪些伦理原则？

3. 根据伦理原则选择要采取的行动　阿洛斯卡认为伦理思考和伦理决策，是根植于功利主义、利己主义和道义主义三个理论基础上的，不同的信念和价值观，会有不同的决策结果，但无论是根据哪一种理论来看伦理问题，都有其优缺点及限制。所以，做决策的人要了解，对所面临的伦理难题可能有不同的解决方法。

伦理决策除了考虑以上三要素外，时间和价值观也是决策是要考虑的要点。如要了解个人及专业的价值观对所作决定的影响。同时也要注意有些伦理问题的解决是具有时效性的，必须在短时间内做出决定，无法进行过多的评估和权衡；而有些伦理问题的处理并不赶时间，则可以有机会多做评估，并在采取行动前衡量不同方案的结果。

（三）汤普森的伦理决策模式

这一伦理决策模式是由汤普森（Thompson）等提出的。其伦理决策的步骤是：

1. 了解所发生的情况，评估有关的伦理问题，并找出相关的人和涉及的健康问题以及所需做的决定。
2. 收集其他资料以澄清现况。
3. 确认相关的伦理问题。
4. 确认个人及专业的道德立场。
5. 了解其他有关的人的道德立场。
6. 确认是否有价值的冲突。
7. 了解谁最有能力作决定。
8. 根据预期的结果来确认行动的范围。
9. 决定行动方案并付诸实施。
10. 评价决策及行动的结果。

（四）柯廷伦理决策模式

柯廷（Curtin）对伦理困境的分析步骤包括以下六项：

1. 收集背景资料。
2. 确认伦理问题。
3. 评估伦理决策相关人员的权利、义务及责任。
4. 考虑各种可能的行动方案及其后果。

5. 应用伦理原则并考虑不同的价值观的影响。

6. 根据以上分析，在配合社会的期望以及法律的要求下，采取最合适的行动。

（五）德沃尔夫伦理决策模式

德沃尔夫（Dewolf）提出的临床伦理决策模式认为医务人员解决伦理争议问题应采用六个步骤：

1. 感受到有伦理争议情况存在。

2. 选择较喜欢或合适的意见。

3. 应用各种因素支持较合适（喜欢）的意见。

4. 将所选择的意见提出与其他相关人员沟通。

5. 实行所选择的意见。

6. 评价决策过程和他们的行动。

（六）海因斯伦理决策模式

海因斯（Hynes）的伦理决策模式包括以下步骤：

1. 感受到问题。

2. 列出所有可行的方案。

3. 做决策。

4. 做伦理描述。

5. 列出可能的结果。

6. 分析每一个可能的结果。

7. 审视个人的价值观。

8. 将结果与价值观比较。

9. 在考虑所有重要的结果之后，作出正确伦理决定。

海因斯建议应用这个模式时，应该询问下列问题，以便确立、澄清和解释伦理争论：①健康问题是什么？相对的伦理问题是什么？例如，末期疾病是一个健康问题，它常常会引起是否应该施与积极治疗或任其死亡的伦理问题。②谁牵连在健康/伦理争论中？是所有的人都对参与决策有兴趣吗？还是除了患者，其他的医疗活动提供者都对决策有兴趣？当所作的决策是限制积极的治疗时，家属、专业人员、相关的照护提供者都有可能会经历个人或专业价值观的冲突。③每一位有关的人的角色是什么？④我是健康问题或伦理问题的决策者吗？⑤我自己和其他有关的人，可能应用什么决策？⑥是否获得决策者一致的反应？

（七）拉什顿伦理决策模式

拉什顿（Lashton）于1988年也提出一个伦理决策的架构，其内容是：

1. 确认问题，包括医学和伦理学的争论问题。

2. 决定相关的确实资料。

3. 找出作决策者。

4. 确认个人的价值观和伦理观点。

5. 推论各种可能的解决方法，以解除问题。

6. 考虑每一种方法的影响。

7. 应用相关的伦理理论和原则。

8. 发展及完成行动计划。

9. 评价目前的困境和未来的困境推广应用间的关系。

（八）纽约州护士协会的伦理决策模式

纽约州护士协会推荐的伦理决策模式包括以下七个步骤：

1. 叙述情境。

2. 搜集与事实有关的资料。

3. 澄清情境，重新定位。

4. 根据个人理念和知识拟定可行的方案。

5. 采取行动。

6. 评价。

7. 一般化以便将来使用。

以上所介绍的伦理决策模式，各有其优缺点。综合以上模式可以看出，在进行伦理决策时，决策程序一般都应该包括以下几个步骤：

1. 先确定是否是伦理问题，并区分其伦理道德上与非伦理道德上的成分。

2. 取得与该情境有关的事实资料。

3. 列出各种具有可行性的行动方案，并分析各种方案的优缺点，或可能导致的结果。

4. 考虑各项基本伦理原则和伦理规范，并以此作为伦理决策的依据。

5. 依据个人判断或伦理委员会审议结果作伦理决策。

6. 依据所作的伦理决策采取行动。

7. 评价具体结果。

三、影响医学伦理决策的因素与对策

（一）影响医学伦理决策的因素

1. 决策的主体因素　面对一项医学伦理事件，决策者的医学专业能力、伦理和法律知识储备、承担风险的责任意识、对患者价值诉求的理解、自我心理素质等因素，都会对决策者的动机、行为产生不同程度的影响，左右其对待事件的态度和抉择。

2. 决策的客体因素　不同的伦理事件往往关涉到不同的伦理问题，对于利害冲突的伦理问题容易辨识和决策，但对于两利相权或两害相权的伦理事件，尽管可以按照“两利相权取其重，两害相权取其轻”的一般共识来决策，但在医疗实践中面对价值多元化的患者，往往出现医务人员的伦理决策与患者的价值选择相冲突的情形，从而影响医务人员的正常伦理决策。

3. 决策的环境因素　任何一项决策都离不开特定的决策环境，决策者所处的政治经济条件、社会价值取向、医学科技水平、医疗卫生政策、法律制度规范、宗教文化传统等因素，都是决策主体在决策时所必须考虑的因素。在医疗实践中，面对相同或相似的医学伦理事件，往往由于决策环境的不同，同样医务人员个体或群体会做出不同的伦理决策。

（二）提高医学伦理决策能力的对策

1. 提高医学专业知识技能　仅有医学专业知识技能尽管不能成为一个苍生大医，但没有医学专业知识技能决不可能成为一个合格的医师。一定的医学专业知识技能是作为合格医师的基本要求。只有掌握丰富的医学专业知识，具有高超的医学专业技能，才可能准确有效地诊治病症，也才可能从多个诊疗方案中确定出最佳的、符合伦理要求的诊疗方案。

2. 掌握基本的医学伦理知识　进行伦理决策，必须首先知道有无伦理问题、有什么样的伦理问题，能够明晰技术问题、事实问题与伦理问题之不同。这就需要较为系统地学习医学伦理学知识，接受医学伦理学教育。只有树立以人为本的价值理念，把握医学伦理学的基本理论理论、范畴、原则和规范，具备基本的医学伦理判断能力，才能够将医学伦理学知识与医学专业知识有机结合，做出正确的医学伦理学决策。

3. 养成遵纪守法的敬畏意识　医务工作与患者的生命息息相关，稍有过失就可能给患者造成身心伤害。在医患纠纷高度紧张的当下，医务人员只有掌握基本的法律法规知识，尤其与医疗卫生有关的法律、法规和规章，形成遵纪守法的敬法畏法意识，恪守医院各项管理制度，才能不侵犯患者的利益，也只有不侵犯患者利益，才能保护自身在医疗执业活动中合法权益。一

般来说，正确的伦理决策不应当与法律法规相冲突，社会需要倡导高尚的利他行为，但并不鼓励违法而行。在医疗活动中，既需要以德行事，更需要依法行事，二者不可偏废。

4. 增进对他人价值观的理解 医务人员面对伦理问题，在熟悉本专业价值观的基础上，还需要了解患者及其相关人员的文化价值，尤其要注意患者及其家属不同文化背景或宗教信仰对其价值观的影响。在进行伦理决策的时候，充分把握患者及其家属价值诉求，不能简单地将医务人员的价值判断代替患者及其家属的价值判断，避免主观臆断，形成错误的伦理决策。

5. 强化医患之间的沟通能力 医患沟通障碍是影响当前医患关系的重要问题之一，医务人员应不断提高自身的沟通能力。在沟通过程中，当无力改变患者及其家属的决定时，可以向上级请示或接受患方的选择，但当无奈地接受患方的选择时应做好相关的记录和签字，这不仅是对患方的尊重，也伦理决策的重要依据。

6. 充分发挥伦理委员会的作用 医院伦理委员会是医院内设立的医学伦理的决策咨询机构，它是为解决和防范本单位医疗实践中的医学道德问题、开展医学伦理学教育培训，提供伦理咨询、指导医学伦理学审查的参议组织。充分发挥医学伦理委员会的咨询和决策职能，有助于更好地解决伦理难题。

本章小结

医学伦理难题是不同主体或同一主体不同角色间利益冲突的反映，根据不同的分类标准可将其分为同一主体自身的医学伦理难题、不同主体之间的医学伦理难题，以及医学活动中的伦理难题与医学伦理理论中伦理难题等形式。伦理难题可能由一个因素引发，也可能由多个因素共同作用产生，从总体上说，可将导致医学难题的原因归纳为理论原因和现实原因两个方面。在医疗活动中，医学伦理难题的表现情形多种多样，如医疗欠费难题、过度医疗难题、放弃治疗难题、保护性医疗难题等。医学伦理难题的解决，不仅需要提高医患双方的人文素质，完善法律法规，规范医疗管理，也离不开正确的伦理决策。不同的伦理决策模式有着不同的优势与劣势，模式的选择需要根据所处的伦理境遇而取舍。

复习思考题

1. 为什么说医学伦理难题的实质是利益冲突？
2. 医学伦理难题产生的理论根源是什么？
3. 你对教材中不同的医学伦理决策模式分别有何评价？

本章作者及联系方式

刘俊荣（广州医科大学 广州市东风西路195号 邮编 510182 E-mail:jrliu229@sina.com）

韩丹（广州医科大学 广州市东风西路195号 邮编 510182 E-mail:handanuser@sina.com）

曹永福（山东大学医学院医学伦理学系 济南市文化西路44号 邮编:250012 E-mail:cyongfu@sdu.edu.cn）

Notes

主要参考文献

1. 伊曼努尔．康德．道德形而上学基础．孙少伟译．北京：中国社会科学出版社，2009
2. 许志伟著，朱晓红编．生命伦理对当代生命科技的道德评估．北京：中国社会科学院出版社，2006
3. 霍华德·马凯尔（Howard Michael）．瘟疫的故事．罗尘译．北京：上海社会科学院出版社，2003
4. 约翰·罗尔斯正义论．何怀宏等译．北京：中国社会科学出版社，1988
5. 张华夏．道德哲学与经济系统分析．北京：人民出版社，2010
6. 罗伊斯·N·玛格纳．医学史．刘学礼主译．上海：上海人民出版社，2009
7. 罗伯特·玛格塔．医学的历史．广州：希望出版社，2004
8. Albert R.Jonson and Stephen Toulmin.The Abuse of Casuistry：A history of Moral Reasoning.University of California Press，1988
9. Albert R.Jonson.Casuistry as Methodology in Clinical Ethics.Theoretical Medicine.1991，12：298
10. Faden Ruth R，Beauchamp Tom L.A History and Theory of Informed Consent.Oxford University Press，1986
11. Peter A.Singer，A.M.Vines.Bioethics.Cambridge：Cambridge University Press，2009
12. Tom Tomlinson.Methods in Medical Ethics：Oxford University Press，2012
13. 边林．医学伦理与传统文化．医学与哲学．2013，（11A）：14—16
14. 卜平．医学伦理学．北京：高等教育出版社，2011
15. 蔡昱．器官移植立法研究．北京：法律出版社，2013
16. 蔡昱．中华人民共和国器官移植法草案（建议稿），载梁慧星．民商法论丛第54卷．北京：法律出版社，2014：P687-874
17. 曹文妹，瞿晓梅．生命伦理与新健康．济南：济南出版社，2005
18. 曹永福，陈晓阳．公立医院回归公益性的体制难题及政策建议．山东大学学报（哲学社会科学版），2011（1）：152-156
19. 曹永福，陈晓阳．医药卫生体制改革中的伦理难题．山东社会科学，2010（7）：150-153
20. 曹永福．新医改政策中“公益性”价值取向的伦理辨析．中国卫生经济，2011（3）：20-22
21. 曹永福．“柳叶刀”的伦理．南京：东南大学出版社，2012
22. 曹永福．深化医改政策中有关“政府主导”几个需要澄清的误区．山东大学学报（哲学社会科学版），2013（1）：148-154
23. 曹永福．中国医药卫生体制改革：价值取向及其实现机制．南京：东南大学出版社，2011
24. 曹永福．柳叶刀的伦理．南京：东南大学出版社，2012
25. 陈明华．儒家思想对中国传统医学伦理的影响．医学与哲学．2008.29（4A）：50-51
26. 陈晓阳，曹永福．医学伦理学．北京：人民卫生出版社，2010
27. 陈晓阳，曹永福．医学伦理学．济南：山东大学出版社，2006
28. 杨国荣．哲学的视域．生活·读书·新知三联书店．2014
29. 丛亚丽．护理伦理学．北京：北京大学医学出版社，2002
30. 达芳菊．论医务人员职业道德修养的若干问题．中国医学伦理学，2009，22（4）：75-76
31. 杜萍．公立医院医务人员职业道德建设工作机制论析．医学与社会，2012，25（3）：39-41
32. 杜治政．医学伦理学纲要．南昌：江西人民出版社，1985
33. 杜治政．医学伦理学探新．郑州：郑州大学出版社，2000
34. 恩格尔哈特．生命伦理学基础．范瑞平译．长沙：湖南科技出版社，1996
35. 甘绍平．当代德性论的命运．中国人民大学学报．2009；（3）：80—88
36. 甘华刚．简明医学伦理学．重庆：重庆出版社，2002
37. 高桂云，郭琦．生命与社会．北京：中国社会科学出版社，2009

38. 宫福清 . 医学伦理学 . 北京:科学出版社,2013
39. 郭照江 . 军医伦理学 . 北京:人民军医出版社,2009
40. 郭照江 . 现代医学伦理学 . 北京:国防大学出版社,2007
41. 何伦,施卫星 . 临床生命伦理导论 . 南京:东南大学出版社,2004
42. 李本富 . 医学伦理学十五讲 . 北京:北京大学出版社,2007
43. 李勇等 . 医学伦理学 . 第 2 版 . 北京:科学出版社,2010
44. 梁万年,卫生事业管理学 . 北京:人民卫生出版社,2003
45. 刘俊荣 . 护理伦理学实用教程 . 北京:人民卫生出版社,2008
46. 刘俊荣 . 医患冲突的沟通与解决 . 广州:广东高等教育出版社,2004
47. 刘宪亮,徐玉梅 .《突发公共卫生事件应急条例》的伦理原则解析 . 中国医学伦理学 .2003,(4):19-21
48. 杨国荣著 . 哲学的视域 . 北京:生活·读书·新知三联书店 .2014
49. 罗纳德·蒙森 . 干预与反思:医学伦理学基本问题 . 林侠译 . 北京:首都师范大学出版社,2010
50. 马长永、姬志峰 . 医务工作者的个体医德修养机制简论 . 中国医学伦理学,2007,20(3):60-61
51. 毛新志,殷正坤 . 转基因食品的标签与知情选择的伦理分析 . 科学学研究,2004,(2)
52. 毛新志,殷正坤 . 转基因食品——自然的还是非自然的 . 自然辩证法研究,2004,(5)
53. 彭斯 . 医学伦理学经典案例 . 长沙:湖南科技出版社,2011
54. 丘祥兴,孙福川 . 医学伦理学 . 第三版 . 北京:人民卫生出版社,2007
55. 丘祥兴 . 医学伦理学 . 北京:人民卫生出版社,2002
56. 丘祥兴 . 医学伦理学 . 北京:人民卫生出版社,1999
57. 邱仁宗 . 生命伦理学 . 北京:中国人民大学出版社,2010
58. 施瓦茨 . 制定医疗决策 . 北京:人民卫生出版社,2011
59. 孙福川,兰礼吉 . 医学伦理学 . 人民卫生出版社 .2006
60. 孙福川,王明旭主编 . 医学伦理学(第四版). 北京:人民卫生出版社,2013
61. 孙幕义 . 新生命伦理学 . 南京:东南大学出版社,2003
62. 孙幕义 . 医学伦理学 . 北京:高等教育出版社,2008
63. 孙慕义 . 医学伦理学 . 第 5 版 . 北京:高等教育出版社,2004
64. 汤姆·L·彼彻姆 . 哲学的伦理学 . 雷克勒等译 . 北京:中国社会科学院出版社,1994
65. 唐凯麟 . 西方伦理学名著提要 . 南昌:江西人民出版社,2000
66. 赵增福,李兵,邹伟 . 医院管理伦理学 . 北京:军事医学科学出版社,2003
67. 王海明,新伦理学 . 北京:商务印书馆 .2001
68. 王明旭 . 医学伦理学 . 北京:人民卫生出版社,2010
69. 吴素香 . 医学伦理学 . 广州:广东高等教育出版社,2005
70. 伍天章 . 医学伦理学 . 广州:广州人民出版社,2004
71. 伍天章 . 医学伦理学 . 北京:高等教育出版社,2008
72. 夏基松 . 现代西方哲学 . 上海:上海人民出版社,2009
73. 杨放,张晨主编 . 生命伦理学 . 北京:解放军出版社,2013
74. 张忠元 . 医学伦理学 . 北京:人民卫生出版社,2012
75. 医疗机构从业人员行为规范手册编委会 . 医疗机构从业人员行为规范手册 . 北京:人民卫生出版社,2012
76. 翟晓梅,邱仁宗 . 生命伦理学导论 . 北京:清华大学出版社,2005

中英文名词对照索引

《新世纪的医师职业精神——医师宣言》 Medical professionalism in the new millennium:a physician charter 76
Ethics(伦理或伦理学) 2
Hospice 又译为临终关怀中心 190
morality(道德) 2

B

保密性 confidentiality 261
不伤害 non-maleficience 34
不伤害原则 nonmaleficence 68

C

产前诊断 prenatal diagnosis 170
筹资的公平性 fairness of financing 260
储蓄型医疗保险模式 medisave model 265

D

道德类型 historical types of morality 3
动物福利 Animal Welfare 252
动物权利 animal rights 252
动物实验伦理 ethics of animal research 250
多点执业 multi-sited license 136

F

非普遍原则主义,或称条件主义 contextuahsm 34
非宗教经文解释 secular-aggadan 34

G

个人自主 autonomy principle 34
公共卫生 public health 143
公共卫生伦理 public health ethics 143
公平 justice 261
古代中医学 traditional Chinese medicine 20
规范伦理学 Normative ethics 6
国家卫生保健制度模式 national health service model 264

H

荷伦德 Hollender 103
婚前检查 premarital examination 168

J

基因治疗 gene therapy 227
减少 Reduction 251
决疑法 Casuistry 17,35

K

克隆 clone 218

L

连锁图谱 linkage map 222
临床实习 clinical practice 131
临床实习伦理 clinical practice ethics 135
临床诊疗伦理 clinical ethics 118
临终关怀的英语为 hospice 190

M

美德伦理学 Virtue ethics 7
描述伦理学 Descriptive ethics 7

P

胚胎干细胞 embryo stem cell 214
普遍原则主义 Categoricalism 34

Q

器官移植 organ transplantation 199

R

人道主义 humanitarianism 25
人口的健康状况 heath status 260
人类基因组计划 human genome project,HGP 221

儒家 Confucianism 37
弱势群体 Vulnerable Persons 257

S

萨斯 Szasz 103
商业保险模式 private health insurance model 265
社会保险模式 social health insurance model 265
生命伦理学 bioethics 9,19,32
生育控制 control of reproduction 160
食品卫生 food hygiene 152
世界医学协会 World Medical Association,WMA 75
受试者的决策 decision-making 247
受试者的理解 information understanding 247

T

替代 Replacement 251
突发公共卫生 Public health emergencies 155

W

卫生保健制度 health care system 260
卫生服务公共产品 public product 269
卫生服务市场 health care market 268
卫生服务私人产品 private product 269
卫生服务准公共产品 quasi-public goods 269
卫生系统 health system 260
卫生系统的反应性 responsiveness 260
无心跳的死体器官捐献者 non-heart-beating donor 200
物理图谱 physical map 222

X

效率 efficiency 263
心跳的死体器官捐献者 heart-beating donor 200
信息公开 information disclosure 247
行善 beneficience 34

Y

医德学 morals 19
医疗保密 medical confidentiality 73
医疗团队 the medical team 119
医师父权主义 paternalism 66
医学道德 medical morality 2
医学道德规范 the codes of medical morality 75
医学道德教育 medical ethics education 81
医学道德评价 evaluation of medical ethics 88
医学道德修养 medical morality 84
医学伦理委员会 Medical Ethics Committee,MEC 253
医学伦理学 medical ethics 2,19
遗传筛查 genetic screening 169
遗传图谱 genetic map 222
遗传咨询 genetic counseling 170
以病人为中心 patient centered medicine 272
以疾病为中心 illness centered medicine 272
优化 Refinement 251
有利原则 beneficence 68
元伦理学 Meta-ethics 7

Z

知情同意 informed consent 70
质量 quality 260
中国医师协会 Chinese Medical Doctor Association,CMDA 76
自费医疗模式 self-payment medical model 264
自主 autonomy 65
自主性 autonomy 261
最小风险 Minimal Risk 256
尊严 dignity 261
尊重原则 respect 65

致　谢

继承与创新是一本教材不断完善与发展的主旋律。在该版教材付梓之际，我们再次由衷地感谢那些曾经为该书前期的版本作出贡献的作者们，正是他们辛勤的汗水和智慧的结晶为该书的日臻完善奠定了坚实的基础。以下是该书前期的版本及其主要作者：

全国高等医药教材建设研究会规划教材·卫生部规划教材
全国高等学校教材·供8年制及7年制临床医学等专业用

《医学伦理学》（人民卫生出版社，2010）

主　编　王明旭
副主编　尹　梅　严金海

主　审　郭照江

编　委（以姓氏笔画为序）
马长永　第四军医大学
尹　梅　哈尔滨医科大学
王云岭　山东大学
王明旭　西安交通大学
兰礼吉　四川大学
甘华刚　第三军医大学
严金海　南方医科大学
张　晨　第二军医大学
李小萍　广西医科大学
周双利　西安交通大学
范瑞平　香港城市大学
郭永松　浙江大学
曹永福　山东大学
魏　琳　西安交通大学