

医师定期考核培训系列教材

医学伦理学

主编 尹 梅 肖锋刚



人民卫生出版社

医师定期考核培训系列教材

医学伦理学

主 审 刘吉成

主 编 尹 梅 肖锋刚

副主编 李吉辰 岳 萍 云长海 谷雪峰

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 彧 (哈尔滨医科大学)

王卓然 (哈尔滨医科大学附属第一医院)

云长海 (齐齐哈尔医学院)

尹 梅 (哈尔滨医科大学)

邓 颖 (哈尔滨医科大学附属第二医院)

付 锦 (哈尔滨医科大学附属第二医院)

白艳晶 (齐齐哈尔医学院)

刘红敏 (齐齐哈尔医学院)

孙宏亮 (大连医科大学)

李 江 (中国医科大学)

李 颖 (哈尔滨医科大学附属第二医院)

李吉辰 (哈尔滨医科大学附属第一医院)

李 婷 (哈尔滨医科大学)

杨 阳 (大连医科大学)

肖锋刚 (齐齐哈尔医学院)

谷雪峰 (齐齐哈尔医学院)

张淑杰 (黑龙江省医院)

岳 萍 (齐齐哈尔医学院)

单红娟 (齐齐哈尔医学院)

胡秀芬 (承德中心医院)

段滨红 (黑龙江省医院)

徐 晔 (哈尔滨医科大学附属第一医院)

徐向平 (哈尔滨医科大学附属第一医院)

韩 竹 (哈尔滨医科大学附属第二医院)

遇 时 (哈尔滨医科大学附属第一医院)

温韬雪 (哈尔滨医科大学附属第二医院)

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

医学伦理学/尹梅, 肖锋刚主编. —北京: 人民
卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-20914-4

I. ①医… II. ①尹… ②肖… III. ①医学伦理学
IV. ①R-052

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 131334 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

主 编: 尹 梅 肖锋刚

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: 三河市尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 16

字 数: 389 千字

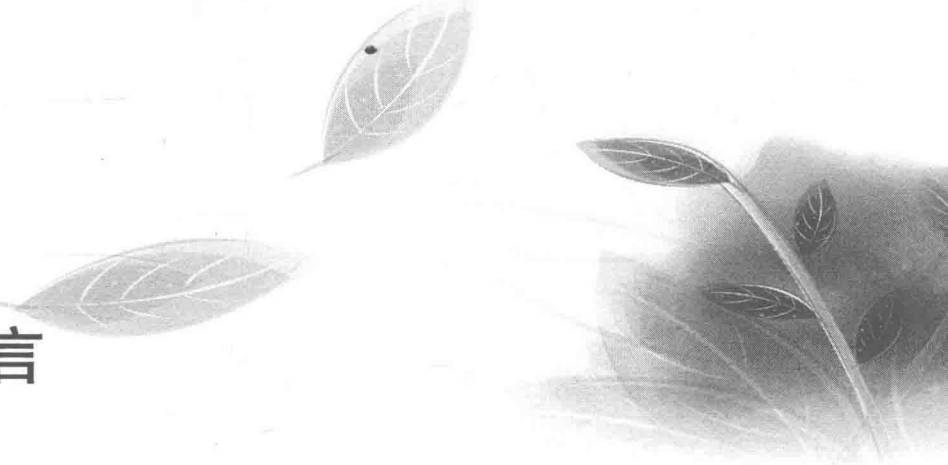
版 次: 2015 年 8 月第 1 版 2015 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-20914-4/R · 20915

定 价: 35.00 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)



前言

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。为适应此需求,突出医学伦理教育,进一步提高广大医务人员的道德素质,在出版社的指导和精心组织以及兄弟院校的通力合作下,我们编写了本教材。

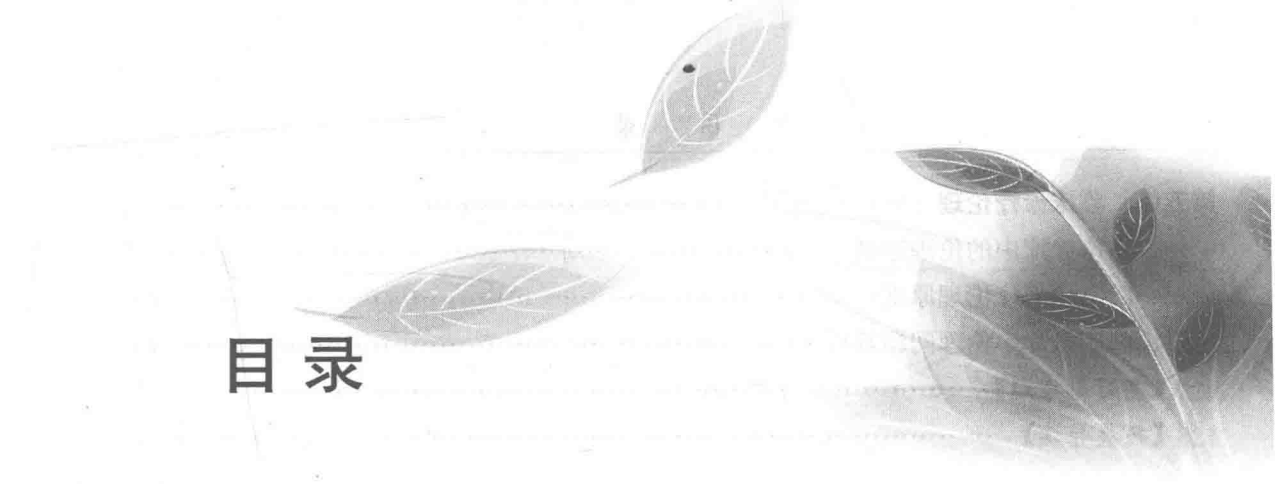
本教材在编写上具有如下特点:第一,在教学内容体系的设计上集我国传统教材与国外案例教材的优势于一身,力争做到系统知识学习与重点问题讨论的有效兼顾,这样会更加突出地体现教学内容的科学性、先进性、针对性、实用性等教材编写要求,还会较好地解决以往教材说教性强、可读性差等老问题。第二,本教材的基本写作模式是:学习目标—重点知识—典型案例—基本伦理问题—一般理论阐释—补充案例—核心或热点伦理问题—深入理论探讨,做到“以案说理、以理决案、案理不离”,并能举一反三。

本教材是国内两所院校及附属医院护理伦理学、医学伦理学和临床专家多学科合作的产物,教材编写提纲由主编尹梅教授拟定,经编委会认真讨论后集体确定。具体写作分工如下:第一讲,尹梅、肖锋刚;第二讲,谷雪峰、单红娟;第三讲,云长海、王彧;第四讲,胡秀芬、张淑杰;第五讲,邓颖、孙鹤宇;第六讲,李吉辰、韩竹、李颖、遇时;第七讲,徐向平、徐晔、付锦、温韬雪、王卓然、李婷;第八讲,孙宏亮、杨阳;第九讲,李江、段滨红;第十讲,刘红敏、岳萍、白艳晶;附录,王彧。

本教材适用于刚入职的住院医师、进修医师及在校的本科、专科学生,也适合作为医师考核的医学伦理学参考教材。

本教材的编写,凝结着每一位编者的心血和智慧,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!

编者
2015年3月



目录

第一讲 医学伦理学总论	1
一、医学伦理学概述	1
二、医学伦理学的发展历史	7
三、医学伦理学的基本理论	14
【复习思考题】	25
【拓展导读】	26
第二讲 医学伦理学基本原则和规范	27
一、医学伦理学基本原则	28
二、医学伦理学基本规范	33
三、原则与规范的临床实践	37
【复习思考题】	41
【拓展导读】	42
第三讲 医患关系伦理问题	43
一、医患关系概述	44
二、医患的权利与义务	47
三、医患关系伦理准则	54
四、医患关系实践问题解析	61
【复习思考题】	66
【拓展导读】	67
第四讲 医疗团队中的伦理问题	69
一、医疗团队关系伦理的概述	69
二、人员间的关系伦理	72
三、科室间的关系伦理	75
四、医疗团队合作中的伦理问题解析	79
【复习思考题】	89
【拓展导读】	92

第五讲 临床诊疗伦理	95
一、临床诊疗中的伦理原则	95
二、门急诊诊疗伦理原则	101
三、临床诊疗中伦理问题解析	106
【复习思考题】	112
【拓展导读】	113
第六讲 手术中的伦理问题	115
一、围手术期的伦理问题	117
二、新型手术中的医学伦理问题	123
三、手术伦理案例解析	133
【复习思考题】	137
【拓展导读】	138
第七讲 特殊人群的伦理问题	139
一、儿童患者伦理	139
二、老年患者伦理	143
三、精神科的伦理问题	149
四、ICU 患者伦理问题	152
五、辅助生殖技术伦理问题	159
【复习思考题】	164
【拓展导读】	166
第八讲 临终关怀与死亡伦理问题	167
一、死亡及其标准	168
二、安乐死伦理	172
三、濒死期伦理	176
四、临终关怀伦理	178
【复习思考题】	182
【拓展导读】	183
第九讲 医学发展中的伦理问题	185
一、医学科研及其伦理问题	186
二、医学新技术中的若干伦理问题	190
三、伦理审查与伦理委员会	198
【复习思考题】	200
【拓展导读】	201

第十讲 医学伦理修养与决策	203
一、医学道德修养	204
二、医学道德的评价	209
三、医学伦理决策	216
【复习思考题】	220
【拓展导读】	221
附录 国内外有关医学道德方面的若干资料	223
一、论大医精诚	223
二、论医家五戒十要	223
三、希波克拉底誓言	224
四、迈蒙尼提斯祷文	225
五、南丁格尔誓约	225
六、护士伦理学国际法	225
七、纽伦堡法典（1946）	226
八、赫尔辛基宣言	227
九、悉尼宣言	230
十、东京宣言	230
十一、夏威夷宣言	231
十二、新世纪的医师专业精神——医师宣言	232
十三、中华人民共和国医院工作人员守则和医德规范	234
十四、中华人民共和国医务人员医德规范及实施办法	236
参考文献	239



第一讲 医学伦理学总论

一、医学伦理学概述

【学习目标】

掌握医学伦理学的概念，了解其历史发展，并能应用医学伦理学相应的理论说明临床诊疗当中的现实问题。

【重点知识】

医学伦理学的概念，生命论、人本论、公正论的内涵。

案例 1-1

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1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。

“当时我脑中一片空白，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。

因为刘某一纸诉状把医院告上法院，该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·医患关系学，科学出版社，2008）

（一）医学伦理学的概念

医学伦理学（medical ethics）是指以医德为研究对象的一门科学，是人类尤其是行医者认识医德生活的产物；是运用一般伦理学原理和主要准则，在解决医学实践中人们之

间、医学与社会之间、医学与生态之间的道德问题而形成的学说体系；是医学与伦理学相互交叉的新兴学科，属于应用伦理学范畴。

掌握医学伦理学概念的真谛，首先需要将医学伦理学回归到医德及社会历史长河中加以考察。正如前述案例所揭示的那样，医学伦理学就是人们在对医德的探索、沉思、争议及积淀中成就的。医学是人们的一种实践活动，医德是医者在这种实践活动中追求的一种应当实现的职业生活方式，医学伦理学是医者对这种实践和生活方式认识的产物。

依据人类医德生活的丰富程度，以及人们认识水平的进步程度和医德思想的发展程度，迄今为止，医学伦理学可以划分为两大历史类型：其一是非学说体系的医学伦理学，其二是成学说体系的医学伦理学，即广义的医学伦理学与狭义的医学伦理学。如果把医学伦理学看成是一出历史正剧，那么，其中前者是长期排练，后者是正式演出。就医学伦理学学说而言，前者是后者的实践积累和理性准备，后者是前者的理论概括和理性成果。从广义上说，医学伦理学是与原始医学相伴而生的，迄今走过了风俗习惯、职业观念及其规范、学说体系三个具体阶段。其中，前两个阶段属于非学说体系的医学伦理学历史类型，后一个阶段则属于成学说体系的医学伦理学历史类型。

以风俗习惯形态存在的医学伦理学与人类原始医学相适应。自人类告别动物界以后，在长达几百万年的时间里，医学始终同生活与生产实践浑然一体，并没有成为独立的职业，作为扮演其专门职业角色的医师也不可能从一般的生活和生产者身份中分化出来。在中国医学史中，创立中医、中药学的三个最早的人物（群体形象）黄帝、炎帝、伏羲就不是以医学专家亮相的，而是集多种身份于一身，以农耕、战争、交通、医学等综合文化的创立者被塑造出来并世代流传。如果这些神话传说确实具有某种史料意义，那么由此可见一斑。同这种情境相对应，彼时的医德思想也只能体现在人们浑然一体的风俗习惯之中，顶多表现为一种带有敬畏生命和强烈同情的特殊的互助意识。因为那时候的医学所能做的事情还很少，人们的认识能力也有限，无所不包、无所不能的风俗习惯完全能够胜任调整包括医学利益在内的人们利益关系的使命。

以职业观念及其规范形态存在的医学伦理学，是与人类进入文明社会数千年中所创立的经验医学相对应的。这时的医学已经从一般的社会生活和生产实践中完全分化出来，医师已经获得了独立而明确的职业角色，医学被注入了人类理性足够占据主导地位的科学内涵，医学生产力大大增加，医学关系也空前复杂化了。与此相适应，原来那种一般的低水平的群体医德意识就为富有特色的较高水平的社会医德观念及规范所取代。这一阶段医学伦理学的典型标志，在古希腊是希波克拉底的《誓言》，在中国是唐代孙思邈的《大医精诚》。支撑着这种医学伦理学的最基本的医德观念是人的生命神圣论，其主要内容则是以戒规、倡导以及二者相互结合等方式表述医师的道德义务与个人美德。

以学说体系存在的医学伦理学，是近现代实验医学发展的产物。医学提升到实验医学层次，尤其是进入现代以后，被注入了更多的科学性，表现为前所未有的技术化趋势；同时，医学服务社会化的特点一起凸显出来；人们的医疗保健需求猛增且日益多样化、全面化，而医疗保健资源明显有限且越来越单一化、专业化；医学领域中能够做与应当做的内在冲突接踵而至……于是，为了适应这一要求，英国著名医学家托马斯·帕茨瓦尔（Thomas Percival, 1740—1804）经过十几年的调查、研究、写作，于1803年公开发表了《医学伦理学》这一划时代的著作，标志着狭义的现代意义上的医学伦理学的诞生。这

种医学伦理学是对医学道德的系统研究与阐释。它不仅关注医师美德、医患关系道德，而且关注医际关系道德、医院管理道德；不仅给出了针对各种医疗行为的道德指南，而且还在理性分析的基础上提出了医学伦理观。然而，医学伦理学这一新学科在它问世的最初的一个半世纪中，似乎只是在医学舞台上匆匆地亮了一个相，然后就默默无闻了，并没有扮演什么重要角色。20世纪中叶前后，在美国及欧美医学发达国家，女权运动和患者权利运动先后兴起，医学高新技术陆续地越来越多地运用在器官移植、肾透析、人体实验、生殖干预、植物人治疗、安乐死等领域，引发诸多棘手的道德难题。于是，医学伦理学不仅重返历史舞台，而且很快进入医学舞台的中心，逐渐成为显学。在当今时代，医学伦理学的研究视野已经拓展到与人的健康和疾病密切相关的所有实践领域：它的理性思考，在生命理论层面已经超越生命神圣论而进入到生命质量论与生命价值论的深度；在医学目的层面已经从反思功利论回归到人本论与公正论的高度；在医患伦理层面已经走过片面的医者美德论、患者权利论阶段而走向医患和谐论的境界；它对行为主体素质的诉求，已经从专注于情感修养、医德医风表现转向全方位加强医学伦理理论素质、医学伦理情感素质、医学伦理智慧素质的综合打造。几乎就在同时，欧美医学伦理学在学说形态上出现了一次脱胎换骨，这就是大多数中外学者所说的生命伦理学对医学伦理学的超越和取代。

掌握医学伦理学概念，还需明确其学科定位。要点有二：首先是明确医学伦理学学科本身的特点；其次是明确医学伦理学与其他相关学科的关系。

首先，医学伦理学系新兴交叉学科。作为后起的新兴学科，医学伦理学属于交叉学科，即医学与伦理学两个古老的学科，由于需要联手解决共同面临的复杂问题，由于科学发展规律的内在推进，跨越了那种传统学科划分中似乎不可逾越的鸿沟，历史地走到了一起，相互渗透，相互作用，从而产生的既和医学密切相关又不能划入医学范畴、既和伦理学密切相关又不能完全归属于伦理学的一种杂交型学科。就此而言，将医学伦理学称为边缘学科，或者纯粹将其视为理论医学的一个门类，或者纯粹将其视为应用伦理学的一个门类，都有失偏颇。正如对导语案例进行伦理追问所表明的那样，医学伦理学是在分析医学是非的基础上着意阐释“医学应当”甚至是“医学至善”的。因此，从本学科的出发点、落脚点乃至内容侧重点上看，相互交叉、相互渗透、相互作用、相互杂交中的主导方面是伦理学的。国内外众多医学伦理学教材大都将本学科定位为应用伦理学，就是充分看到了这一点。

其次，医学伦理学与相关学科既有密切联系，又具有自己的独立性。①医学伦理学与医学的关系。医学与医学伦理学是求真与扬善的关系：首先，二者相互依赖，即医学解决是非问题，为医学伦理学解决价值问题提供实施基础，医学伦理学解决善恶选择问题，为知识变成行为提供价值指南；也就是说，在两个学科都必须同时到位、共同参与解决问题的医学实践，缺少哪一方都将无所作为。其次，虽然两个学科研究的都是人，都追求人的健康利益，但是，医学在主导方面属于自然科学，医学伦理学在主导方面属于人文科学，即医学关注的是人生老病死的客观世界，医学伦理学关注的是医学关系中各主体的精神王国，医学奉献的是实现健康利益的物质手段和知识技能，医学伦理学奉献的是实现健康利益的人文理念和伦理准则。显而易见，二者相生相长、相辅相成。导语案例中，作者讴歌的感悟就给我们提供了正确理解医学伦理学与医学相互关系的一个范本。②医学伦理学与伦理学的关系。与其他所有学科相比，二者在学科关系上无疑是联系最为密切的。仅从学

科的名称上看,就可知二者是从属关系、一般和个别的关系。从学科内容上看,二者都是讲应当如何做人的做事的,都是讲利益合理追求与分配的,都是讲人际关系有序与和谐的,总之都是研究善并设计、制定善行准则的学说。从发生学上看,伦理学为医学伦理学提供了理论层面的生长点,也就是说,伦理学为医学伦理学的问世提供了一套比较成熟的理论立场、观点、思维模式,乃至可供借鉴和移植的概念、话语以及逻辑框架;同时,医学伦理学的诞生和发展也大大地拓展和延伸了伦理学,成为伦理学的重要组成部分,并成为提升伦理学层次不可缺少的新的支撑点。然而,这两个学科即使关系再密切,它们之间的区别也是十分明显的。例如,研究对象有区别:伦理学研究道德现象的全部,医学伦理学只研究医德现象;内在性质有区别:伦理学的意识形态性突出,医学伦理学的人类普世性突出;适用范围有区别:伦理学适用于人类道德生活的所有领域,医学伦理学只适用于医德生活领域;学科功能有区别:伦理学是所有人做人的一般道德指南,医学伦理学是医者做人的特殊道德指南。总之,两个学科是相互支撑与互补的。

再次,医学伦理学与医学法学、医学心理学、医学行为学、医学社会学等学科之间既有区别也存在联系。同医学伦理学一样,医学法学、医学心理学、医学行为学、医学社会学等学科都是新兴的交叉学科。它们都是医学不断发展、社会不断进步、人的认识能力不断提高的结晶。医学伦理学同它们的关系,无论是在研究对象方面,还是在学科内容、作用等方面,也都是既有区别又有联系的。因此,它们之间也只能是互补的,而不能相互替代。例如,其中关系最为密切是医学伦理学与医学法学,二者都是研究医学领域中人的行为规范的,不仅有些行为规范相互重叠,而且伦理与法理也是相通的,但是,医学伦理学覆盖医学关系的广度为医学法学不可比拟,医学伦理学对医学利益关系调整手段的多样性为医学法学所不具备,医学伦理学对医务人员的要求明显比医学法学高出一筹,等等。譬如,在现实中,有些人弃医改行,对此行为,医学法学等学科都无需也无法进行干预,但医学伦理学就不能不关注这样的问题:应该不应该做、值得不值得做与能够不能够做之间究竟是什么关系?如何处理它们才是合理的?在这里,医学伦理学承担了更多其他学科所无法替代的责任与功能。

(二) 医学伦理学的研究对象

1. 总体表述 医学伦理学的研究对象包括医学实践中所有的医德现象,即以医患关系道德为核心的医疗、预防、科研、健康诸方面的医德活动、医德关系、医德意识,等等。

2. 主要课题 我国当代医学伦理学的具体研究对象主要涉及医患之间的道德现象、医际之间的道德现象、医社之间的道德现象、医学科研道德现象、生命道德现象五大课题。

首先,医患关系即医务人员与患者相互关系中的医德现象。在诸多研究对象中,这仍是现代医学道德中的基本内容,仍是现代医学伦理学首要的研究对象。在医疗活动中,医务人员与患者之间的关系是最大量、首要的关系。这种关系是否协调、密切、和谐,将直接关系到医护质量和患者的安危,影响到医院的工作秩序和社会的精神文明。因此,医务人员与患者的关系,是医学伦理学的核心问题和主要研究对象。在当代中国,医患关系本质上是在社会地位、人格尊严相互平等前提下的服务与被服务的关系。医务人员尽职尽责地为患者服务,是正确地处理医患关系的根本医德准则。这就是所谓的医德义务论。它的

特点是强调医务人员必须恪尽职守,强调维护患者个人的权益。现在,医患双方的服务与被服务的关系明显地突破了个人对个人相互关系的模式,日趋社会化和复杂化,造成了许许多多两难选择问题,使传统的医德义务论遇到了严峻的挑战。在这种背景下,生命质量论、生命价值论、患者权利论、社会公益论等被引入医患关系道德领域,以完善医德义务论,为更合理地调节多重医患关系提供完备的医德准则,从而更充分、更广泛地满足人们的健康和价值需求。例如,对患者个人负责与对人民群众负责的相互统一,为人民服务的医德要求要讲究层次性等,都是对传统医德义务论的充实和完善。显而易见,这仅仅是医德义务论的发展,而不是它的被废弃、被否定。以上讨论的是狭义的医患关系道德现象。在现实生活中,医患关系早已突破了这种狭义概念,而形成了广义的医患关系。所谓广义的医患关系,是指由医方与患方所构成的医学人际关系。在这里,医方主要包括医务人员和医院,患方主要包括患者及其家属。在当代中国,医患双方交往的群体性,尤其是患者家属在医患关系中仍然具有重要地位及其参与的特殊方式,引发了很多具有独特性和复杂性的医患伦理问题。这就要求我国当代医学伦理学,应以医患双方的医德权利义务关系为重点,以建立新型的和谐医患关系为目标,全方位地思考和研究医患关系道德现象。

其次,医际关系即医务人员相互关系中的医德现象。在为患者服务的过程中,医疗卫生单位内部所形成的医师与护士、医师与医师、医师与药师、医师与技师、护士与护士、医护人员与行政管理人员及后勤供应人员之间的种种工作关系,就是所谓的医际关系。在医疗活动中,医务人员相互之间有着广泛的联系,彼此之间是否相互尊重、支持和密切协作,也将直接影响医疗活动的开展,直接关系到集体力量的发挥和医疗质量及行政、后勤管理质量的提高,从而也影响医患关系的性质及水平。因此,医学伦理学把医务人员相互之间的关系作为重要的研究对象。因为这些关系都需要和可以运用医德手段来调控。也就是说,上述医际关系的合理处理,都要求以平等互补、分工协作、公平竞争等为医德准则。在现实生活中,比较突出的课题是:如何加强科室之间的合作?如何确定各级医师的医德职责以及协调他们之间的关系?如何对待同事在工作中出现的差错?在同行中培育什么样的具体竞争规则和竞争观念?同行之间的合作与竞争应该如何协调?诸如此类的现实矛盾都需要医学伦理学给予回答。

再次,医社关系即医学界(包括单位和个人)与整个社会相互关系中的道德现象。这是医学价值和医德日益社会化的产物。医疗和预防活动总是在一定的社会关系下进行的,并与社会有着直接或间接的联系。在医疗和预防实践中,医务人员对许多问题的处理,不仅要考虑对某个患者、某个健康人或局部的利益,而且还要顾及到对他人、后代及社会的责任。诸如计划生育、严重缺陷新生儿的处理、医疗资源的分配、卫生体制的改革等,如果不综合考虑国家、社会的利益,就很难确定医务人员的行为究竟是否道德。以往,类似的现象不多,矛盾不尖锐,人们并不关注。现在,这方面的问题则日益突出,往往令医者左右为难,社会公众对此也日益瞩目。目前,这类矛盾及其调节选择,主要反映在如下两个方面。其一是医务人员在为患者做出诊治决策时,必须正确处理对患者个人健康利益负责与对社会整体健康利益尽义务的关系问题,做到既注重维护个体患者正当健康权益,又充分考虑群体健康公益。其二是设计和调整医疗卫生服务格局、分配医疗卫生资源时,是把改善基层医疗保健服务体系放在优先地位,还是把扩张大城市大医疗中心放在首位,是把临床诊治放在优先地位,还是把预防保健放在优先地位?在临床服务中,是把重点放在

为少数人服务的高档次项目上，还是把重点放在绝大多数人受益的基本医疗服务项目上？在某一特定单位里，是一味追求高新技术手段配置，还是优先考虑适宜技术配置？诸如此类的矛盾，归结起来就是医学服务应该如何更为合理地满足社会各层次的健康要求，更为充分地考虑社会整体健康效益和实现社会公正。这个问题是我国卫生事业改革面临的重要课题，也必然是我国现代医学伦理学的主要研究对象。

又次，医学科研领域中的医德现象。这类现象有两个方面：其一是医务人员在从事科学研究工作时，同其他领域的科研人员一样都要面临和解决的共性科研问题，如能否坚持求实精神、培养合作品格、合理分配荣誉等；其二是医务人员在科研实践中必然要遇到、必须解决的特殊伦理问题，甚至难题，例如进行人体实验时需要有什么样的特殊规则和特殊修养等。归结起来，其基本精神是如何坚持医学人道主义，坚持受试者健康利益与医学发展利益的合理统一。

最后，生命科学发展带来的道德现象。这些是现代生命科学与医学发展带来的医德新问题，也往往是一些难题。医学中自古以来就有所谓两难选择的伦理问题，例如医者对患者应讲真话与保守医密准则发生冲突时该如何解决，医者在临床诊治中遇到患者损伤不可避免的情况时应如何进行价值选择，医者面对有风险的患者时是胆识为上，还是审慎为佳？类似的问题迥异于一般道德现象，医学先贤们虽早有思考和对策，但它们至今仍然存在，并未完全解决。由于现代人健康需求迅猛增长并且全方位化，医学所提供的可选择手段日益增多并且效果多元化，经常令医务人员无所适从。例如，生育控制问题、死亡控制问题、器官移植问题、行为干涉问题、生态保护问题等，在实践中都已纷纷表现出来。虽然这些问题已不完全属于临床医学范畴，有些甚至还超出了“医学”范畴，但它们都与人类健康息息相关，又都在“生物-心理-社会医学模式”的视野之内，因此，我国现代医学伦理学都必须给予研究和回答，以便为医务人员及社会公众提供理论、观点、规范等方面的指导。

（三）医学伦理学的内容体系

1. 医学伦理学基本理论 医学伦理学基本理论是医学伦理学得以构建的理论基石。现代医学伦理学基本理论包括两部分内容：其一是支撑整个医学伦理学体系的基础理论（理念），主要有关于生命理念的生命神圣论、生命质量论、生命价值论，关于医德本位理念的医学人本论、医学功利论、医学公正论，关于医德关系理念的医者义务论、医者美德论、患者权利论、医患和谐论，等等；其二是医德客观规律性基本理论，主要有医德的产生、发展规律；医德的本质、特点及其社会作用；医德与医学科学、医德与医学模式转变、医德与卫生事业发展相互关系，等等。本教材将集中阐释这些基本理论。

2. 医德规范体系 医德规范是各种各样、各种层次的医德要求的总称。所谓医德规范体系，就是将各种医德规范按照某种逻辑关系建构而成的相对独立的系统。作为医学伦理学核心内容，医德规范体系由分工互补的三个层次即医德原则、医德准则（规范）和医德范畴构成。其中，医德原则居于整个医德规范体系的统帅和主导地位，是最高、最普遍的医德规范；医德准则使整个医德规范体系的主要构成部分，是医德原则的具体化，具有情境性特点，其构成具有自己的层次性，主要包括医德基本准则（规范）与不同领域（医疗、教学、科研、预防、管理）的医德具体准则（规范）、不同科室的医德具体要求（规范）等；医德范畴是最具主体性、自律性的医德规范，与医者的个人品行和修养的关系最

为密切，主要有医德权利与义务、医德情感与理智、医德良心与荣誉、医德审慎与胆识，等等。本教材第四章至第九章将集中论述医德规范体系。

3. 医德现实难题 医学和生命科学的长足发展以及社会道德的进步，带来或引发了许多医德两难选择问题。所谓医德现实难题或称两难伦理问题是指，在选择做什么或不做什么的时候，已经是不仅在相对简单地做或善或恶的选择，而且要做更为复杂的价值选择，即进行利与弊、善与恶大小多少的比较，以求在诸多善果中求最大、在诸多恶果中求最小，因其往往还没有或难以找到现成的标准答案，从而导致选择者往往处于左右为难、进退失据的伦理困境中。医德现实难题主要有两类：其一是医学新知识、新技术研究应用与现有医德观念之间所形成的伦理冲突，例如人类辅助生殖技术、基因诊断与治疗技术、器官移植技术、心肺复苏技术等应用过程中出现的某些伦理难题；其二是新的医改举措及其道德嬗变进入医德领域后与多年流行的职业行为模式之间形成的伦理冲突，例如经营管理与公益原则如何兼顾、同事竞争与相互合作如何协调等伦理难题。

4. 医德实践规律 指导医德实践是学习医学伦理学的落脚点和终极目的。医德实践规律是将医学伦理学学习成果转化为医德实践的唯一依据和可靠路径。医德实践基本规律由医德他律与自律相互关系原理加以揭示，其中医德教育、医德修养、医德评价等具体规律性是其重点内容。

二、医学伦理学的发展历史

（一）医学伦理学的诞生

作为一门独立的学科，医学伦理学首先诞生于英国。这是由当时英国的社会、政治、经济、文化、科学的背景同约翰·格里高利、托马斯·帕茨瓦尔等人的努力两方面因素共同作用的结果。

1772年，英国爱丁堡大学医学教授约翰·格里高利（John Gregory, 1724—1773）出版了《关于医生的职责和资格的演讲》，指出过于烦琐的成规可能导致浮夸和不真诚，对于医师的美德是有害的，医师的仁慈应来自其道德感。当然，成规仍然是有意义的，但它仅适合于指导绅士的行为，而不适合于医师，医师应该有他们职业特殊的伦理学。他强调应将对医师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，医师理解患者的情感与医学科学的作用同样重要。因此，格里高利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·帕茨瓦尔（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》，于1803年更名为《医学伦理学》再次出版，从此诞生了世界上第一部《医学伦理学》。帕茨瓦尔继承了格里高利的道德情感论，但侧重于实际操作，更适合于当时医学界的需要，从而成为在一个多世纪的时间里对西方医学产生重大影响的医学伦理学学说。

1847年，美国医学会成立。它以帕茨瓦尔的《守则》为基础，制订了医德教育标准和医德守则。其主要内容包括：医师对患者的责任和患者对医师的义务；医师对医师及同行的责任，医务界对公众的责任；公众对医务界的义务等。

1864年8月,由瑞士发起,在日内瓦召开的会议上,与会者签订了《日内瓦国际红十字会公约》。这个公约提出了在战争中医护人员救护战地伤病员、以人道主义精神对待已经放下武器的战俘等伦理准则。公约规定:①红十字会使用白底红十字标志;②改善战场伤病者境遇为国际通则;③各国的伤兵救护组织有保护和使用权红十字标志的特权,战时应保护有关战地救护和战俘救护工作组织机构、医务人员在对敌双方的中立性。红十字会原是一种志愿的、国际性的救护救济团体,开始只从事战时救护工作,后来扩展为包括平时的自然灾害救济、社会福利、输血、急救和护理等内容的团体。

随着医学的日益社会化、国际化,国际间医学交往的日益增加和国际性医学组织的建立,一系列国际医德规范和法律文献相继产生,医学伦理学学科建设不断加强。

1. 制定了一系列国际医德规范 1946年,在德国纽伦堡对纳粹医师进行审判的基础上,制订、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。作为代表医师的国际组织,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的途径,世界医学会为世界人民服务。

1948年,世界医学会以《希波克拉底誓言》为蓝本,颁布了《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》,进一步明确了医师的一般守则、医师对患者的职责、医师对医师的职责。

1953年7月,国际护士会制定了《护士伦理学国际法》。1965年6月,该文献经德国法兰克福会议修订并采纳,并于1973年再次做了重要修改。

1964年,在芬兰赫尔辛基召开的第十八届世界医学大会上,通过了《赫尔辛基宣言》,制定了关于指导人体实验研究的基本伦理准则,强调了人体实验必须知情同意。这一文献到2000年已修改到第五稿。

1968年8月,世界医学大会第22次会议,于澳大利亚悉尼召开,通过《悉尼宣言》,确定了死亡的道德责任和器官移植道德准则。

1972年10月,第十五次世界齿科医学会议在墨西哥举行,通过了《齿科医学伦理的国际原则》,作为每位齿科医师的指南。

1975年10月,在东京召开的第二十九届世界医学大会上,通过了《东京宣言》,规定《关于对拘留犯和囚犯给予折磨、虐待、非人道的对待惩罚时,医师的行为准则》。

1977年,在夏威夷召开的第六届世界精神病学大会上,通过了关于精神病医师道德准则的《夏威夷宣言》。

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。同时,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。还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德要求。国际宣言和准则的制定,使现代医学伦理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。

2. 各国制定了医德法规与文件 除了上述这些国际性的医学道德规范和原则外,各个国家相继制定了全国性的医德法规与文件。例如,在日本,1962年,日本最高法院制定了《安乐死条件》,1966年颁布了《医道纲领》,1971年制定《日本齿科医疗伦理章程》,1982年日本医学会制定了《医院伦理纲领》;在英国,1963年,英国医学会制定了《人体实验研究》的道德法规,英国国家科学院(NAS)1974年发布了《基因工程研究工作的规定》;在美国,美国医学会1968年发表了《器官移植的伦理原则》,美国医院联合会1973年提出了《病人权利法案》,美国护士会(ANA)1976年制定了《美国护士章程》,美国生育学会1984年发表了《关于体外受精的道德声明》,1988年颁布了《美国医院的伦理守则》;在前苏联,1970年的《苏联和各加盟共和国卫生立法纲要》对医务人员的医德做了明确规定,前苏联最高苏维埃1971年通过了《苏联医师誓言》,要求每一名医学毕业生进行宣誓;在丹麦,1978年制定了《丹麦医学生毕业誓词》;在法国,有长达90条的《医学伦理学法规》。

3. 加强医德教育和研究 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学教育。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学课程。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,例如英国医学伦理学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,美国肯尼迪伦理学研究所创办了专业学术季刊《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。

20世纪后半叶,医学伦理学的研究日趋国际化,其影响日益扩大。例如,1981年10月,在澳大利亚悉尼召开了第二十二届国际医院协会会议,会上就医院与初级卫生保健、医疗评价、医院与残疾者等医学伦理问题进行了探讨。

1983年6月,在瑞士洛桑召开的第二十三届国际医院会议,就大城市的保健规划以及医院的效率、经济等医学伦理问题进行交流探讨。

深入研究使医学伦理学日臻成熟,而且逐渐成为各国医务人员和生命科学工作者的一门必修课。

4. 医学伦理学跨入生命伦理学阶段 现代医学伦理学以人道义务论和美德论等作为其理论基础,并对医德建设产生了重要影响,但存在不强调公共利益,只对个人负责的思想缺陷。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。

(二) 生命伦理学的兴起

生命伦理学(bioethics)或称生物伦理学,是20世纪60年代首先在美国产生、随后在欧美迅速发展起来的一门新兴学科,是迄今为止世界上影响最广泛、最有生命力的交叉学科。

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和研究。

1969年成立的美国社会、伦理学和生命科学研究所以(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,例如美国的《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)《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。

1. 生命伦理学诞生与发展的背景

(1) 权利运动和患者权利:第二次世界大战后,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20世纪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,实验受试者数量范围扩大,涵盖了患者和健康志愿者。20世纪70年代的“患者权利运动”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,患者的“医疗、护理、康复、转院、知情、同意、资料、保密、试验、查账”的十大权利得到确认和保证。此外,反战和平运动和因瑞彻尔·卡尔逊(Rachel Carson)《寂静的春天》的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。

(2) 卫生资源的公正分配:随着社会经济的迅速发展,医学高新技术研究不断获得大规模资金支持,医疗技术突飞猛进,医疗机构不断扩大规模、提升服务层次。但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扩大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。在器官移植、肾透析、生命支持技术等稀有卫生资源的分配上,为谁治疗、优先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的关系;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配置上的冲突等医学伦理问题引起了社会的高度关注。

(3) 死亡标准和方式的变革:高新技术的生命维持疗法在延续人的生命的同时,带来了生命质量低水平存活的客观现实问题。什么是死亡?如何对待濒临的死亡?如何对待安