

生命伦理学与卫生政策

Bioethics and Biopolitics

欧洲生命伦理学家的北京演讲

Beijing Lectures by An European Scholar



著者 [德] Hans-Martin Sass

主译 翟晓梅



第四军医大学出版社

生命伦理学与卫生政策

Bioethics and Biopolitics

欧洲生命伦理学家的北京演讲
Beijing Lectures by An European Scholar

著者 [德]Hans-Martin Sass

主译 翟晓梅

译者 (以姓氏笔画排序)

王一鸣 乐 懿 杨志坤

何 敛 唐伯骞 翟晓梅

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目(CIP)数据

生命伦理学与卫生政策：欧洲生命伦理学家的北京演讲 / 翟晓梅
主译．—西安：第四军医大学出版社，2006. 8

ISBN 978 - 7 - 81086 - 296 - 7

I. 生… II. 翟… III. 生命科学：医学伦理学 - 文集；卫生工作 -
方针政策 - 文集 IV. R-052；R-01

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 087870 号

生命伦理学与卫生政策：欧洲生命伦理学家的北京演讲

主 译 翟晓梅
责任编辑 土丽艳
出版发行 第四军医大学出版社
地 址 西安市长乐西路 17 号 (邮编：710032)
电 话 029 - 84776765
传 真 029 - 84776764
网 址 <http://press.fmmu.sn.cn>
印 刷 蓝田立新印务有限公司
版 次 2007 年 6 月第 1 版 2007 年 6 月第 1 次印刷
开 本 889 × 1194 1/32
印 张 13.75
字 数 300 千字
书 号 ISBN 978 - 7 - 81086 - 296 - 7 / R · 278
定 价 32.00 元

(版权所有 盗版必究)

序(1)

2003年8月和2005年10月,受到我尊敬的同事、协和医科大学生命伦理学研究中心的执行主任翟晓梅教授的邀请,我在中国协和医科大学向该校的学生和同事们以课堂讲授和讨论的形式做了关于生命伦理和卫生政策的系列演讲,也就是本书中所包括的10篇演讲。其中第7讲关于人体实验的善与恶是2003年在东南大学首次公开演讲(东南大学所在的城市——南京曾见证过对人性、对中国公民的恐怖罪恶),关于这次演讲的译文在《江海学刊》2003年第5期发表。第4讲关于数字空间里的保健文化是在一次有关网络保健研讨会上的发言(由翟晓梅教授组织),同时也是在华中科技大学生命伦理中心成立的开幕式上的报告。第5讲关于医学风险因子中的伦理问题是受北京医科大学李本富教授的邀请在北京大学医学部所做的演讲。第8讲是受喻佑斌教授的邀请参加“高科技时代的伦理困境与对策北京国际研讨会”时的部分演讲,该文中译本也已经发表。第9讲卫生保健危机事件中的伦理学是2005年应清华大学肖巍教授的邀请,在清华大学为研究生所做的演讲。

如果没有过去25年来从各位尊敬的中国同事和朋友的交流中所学到的一切,是不会有我这些演讲的。我特别要感谢与北京大学的熊伟(Xiong Wei),中国社会科学院的汝信和邱仁宗,中国人民大学人文与自然科学协会前主任、中国媒体部门的李仲尚,中央党校的侯才,台湾中山医科大学的戴正德(Michael

Cheng-tek Tai) 以及香港大学的 Taichung 和范瑞平等同事的交流。我曾翻译发表邱仁宗主编的极富影响力的关于中国传统医学道德规范的论文的德文译本, 这篇论文发表在《医学与哲学杂志》(1988, 3: 277 - 299)。邱仁宗于 1988 年翻译并整理了“对于医学伦理实践的波鸿问卷”中文版。这些工作都成功证明了生命伦理学在全球范围内的交流和合作。希望年轻的一代继续拓展这种交流与合作, 以加深我们的共同理解。

感谢中国协和医科大学翟晓梅教授邀请我访问协和医科大学并使此书的出版成为可能。我还要感谢承担本书翻译工作的中国协和医科大学八年制医学生何敛(第 1 讲, 第 2 讲, 第 8 讲)、唐伯睿(第 3 讲, 第 4 讲, 第 9 讲, 第 10 讲)、王一鸣(第 5 讲)、杨志坤(第 6 讲)、乐偲(第 7 讲)——他们大多是我在协和医科大学进行演讲时的听众, 他们把我的英文原稿翻译成我自己非常愿意能说能写的中文。出版社的土丽艳小姐花费了大量时间为此书校对, 感谢她对此书的出版所作出的贡献。最后, 感谢翟晓梅教授, 没有她的不断支持和鼓励, 就不会有这本书的出版。

谨将此书献给中国新一代的医生、科学家、卫生政策决策者和伦理学家。

H. M. Sass

2007 年 3 月

序(2)

H. M. Sass 是德国波鸿鲁尔大学哲学教授，美国华盛顿乔治城大学肯尼迪伦理学研究所的高级研究学者。1980 年他被任命为第一个政府派出的科学代表团成员访问中国，至此，开始了他推动中德两国科学文化交流的篇章。萨斯教授是我校的客座教授，从 2003 年到 2006 年他曾数次访问中国并在我校以及北京和国内其他院校在极其广泛的领域里就全球的哲学、文化和伦理学问题进行演讲，受到师生热烈欢迎。

Sass 教授喜爱中国文化，拥有很多的中国朋友，他为推动中德文化和学术交流做出很大贡献。1985 年他成为中国人民大学的客座教授。他还是南京东南大学、武汉华中科技大学、国家人类基因组研究中心(上海)的客座教授。1995 年，他与我国著名学者邱仁宗和石大璞共同编写了中文版的《健康责任与卫生政策》和《医学伦理的国际展望》两本著作。之后，他还分别在德国和美国主持召开了相关国际会议，许多中国学者都受到他的邀请。

Sass 教授出版了 50 多本专著，发表了 200 余篇学术论文。他的研究领域涉及哲学、风险评估、生命伦理学、全球化的世界、生命科学政策等。他将这些演讲收录编撰成书，献给中国新一代的医学工作者、生命科学工作者、伦理学工作者和卫生政

策的决策者。

此书的翻译由协和医科大学八年制医学生何敛、唐伯睿、王一明、杨志坤和乐偲 5 名同学完成，我对全书进行了最后的校对。

中国医学科学院/中国协和医科大学
生命伦理学研究中心

翟晓梅 博士

2007 年 3 月

目 录

第 1 讲

全球化时代的中国生命伦理学.....1

第 2 讲

文化和谐与道德异乡人15

第 3 讲

医疗保健中的合作关系模式30

第 4 讲

数字空间里的卫生保健文化47

第 5 讲

个人健康风险和保健伦理65

第 6 讲

医学研究中的生命伦理学原则85

第 7 讲

人体试验中的善与恶116

第 8 讲

公共卫生伦理学.....129

第 9 讲

公共卫生危机事件中的伦理学.....150

第 10 讲

生命科学政策与卫生保健政策中的伦理.....172

第1讲

全球化时代的中国生命伦理学

若有疾厄来求救者，不得问其贵贱贫富，长幼妍媸，怨亲善友，华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想。

——孙思邈(唐代)

无专业则无伦理

全球化的今天，若评价不同文化间价值、道德和伦理原则的优先权，研究生命伦理学是一种很好的训练。同时，生命伦理学也用于解释在道德和文化挑战中严重的且常常无法逾越的态度和原则上的困难。至于世界的本质与价值，不同的文化与传统会用不同的词汇和工具来阐释；它们为普通民众的、哲学的或宗教的倾向提供了不同的空间。尽管经由不同的词汇表达，涉及不同的倾向空间，一些主要的道德与法则之间似乎是一致的。文章开头的引文来自孙思邈著名而影响深远的著作《大医精诚》[6: 288]。这段引文也与其他文化中著名医生的哲言相吻合。希波克拉底誓言(*the Hippocratic Oath*)，作为欧洲医学传统理念的基础，讲道：“无论置于何处，遇男或女，贵人及奴婢，我之唯一目的，为病家谋幸福，并检点吾身，不做各种害人

及恶劣行为，尤不做诱奸之事。”[9:352]保护病人隐私，在伦理与技术上均力求达到最高专业水准，过去是，现在也是医生伦理的核心议题。

其他的议题则是富有争议的，例如堕胎或安乐死。医学伦理学中绝大多数意见坚持认为，保护和拯救生命的义务是不允许杀害尚未出生的生命或实施安乐死的。医学干预、治疗病人和增进健康，三者细微之处有许多不同。某些传统更乐于保护甚至增进健康从而治疗疾病；而某些传统则将其医学和伦理学重点放在缓解病症、临终关怀和对抗自然规律上。跨文化研究中，如此这般的医学伦理学自然就成为最吸引人的领域。至于维系健康、治疗与控制疾病、缓解症状，以及关怀羸弱之人、精神错乱之人、垂死之人的观念，不同人群不同文化间的差别并不是那么明显。

没有脱离伦理学的专业知识，亦没有脱离专业知识的伦理学。脱离伦理学的专业知识是盲目的、无方向的、不受控制的、危险的，自然是不应该施行的；脱离专业知识的伦理学是无助的、无力的、伤感的、危险的，并且毫无用处。按照古希腊哲学家亚里士多德所言，掌握一门技艺的人不仅必须知道如何做一件事，为什么要按照这种方法来做这件事；同时他还必须有能力教授这门技艺，解释产品的用途与正确的使用方法。儒家思想中，要求医生要把专业知识（即“技”）与人道关怀（即“仁”）相互结合。在复杂的现代技术社会中，所有的科学和管理工作中也都赞同这样的观点。

以往主要是通过美德或格言这种层次较低的方式表达对于伦理学的需求，表达对于将伦理学整合到专业技术活动中的

需求,以及对伦理学和专业知识的专家-普通人之间相互作用的需求。至于伦理学的法则,是直到最近才形成的。无论何时,都要呼唤有节制的自我利益或专业的操作规范,最有效的办法就是呼唤美德。但是如果美德无法获得传统与观念上的支持,正如许多现代社会中发生的一样,更好地选择似乎是诉诸原则。一项好的决策,几乎不可能出现仅用一条原则就能管理大部分道德和技术挑战的情况。通常是用一组原则作为技术上的指导,管理特定的程序、应用或制作。因此,将伦理学整合到专业技术领域中最成功的方法是境遇评估和教育。为了有一个总的了解,我将生命伦理学中的问题分成了4个不同的方面:①整合伦理学和专业的美德;②生命伦理学的原则;③利益相关者的相互作用规则;④用来评估原则和德行的开放清单(open checklist),以及确定决定行为的原因。

美德与原则

1700年以前,儒医杨泉就已经使用美德的语言并提出了一套有关伦理学和专业的美德,他认为,因为医生有重大的责任,我们只能信任具有人道与同情心、聪明而智慧、真挚而诚实的医生[6: 285f]。即医生应同时具备相互影响的美德、伦理和专业知识。至于如何正确地理解和应用医学知识,杨泉本人和同时代的中国伦理学家对此有一个大致详细的描述,描述了相应的性格特征、美德和专业知识,这些描述展现的色彩和论调是相似的。其他人,如西方现代伦理思想中的佩雷格里诺(Pellegrino),创造了一组格言,让“有道德的医生”能够坚守传统道德理论,包括力争达到医学和技术最高专业水平的美德

[5: 205]。

Kishore 通过印度佛教的原教旨观点总结出构成“达摩”的美德：爱、信任、正直、怜悯、容忍、公平、宽恕、善行、牺牲以及关心弱者。这些是一个真正受过教育有文化的人的性格特征，从中又衍生出了“正义、平等、自主、仁慈、利他、人类互助团结、尊重死者、尊敬其他形式的生命和珍视生命”[2]。台湾的戴正德教授则关注“根植于亚洲文化”的五项法则：“不杀生 (ahimsa) 或不伤害、怜悯、尊敬、正直、达摩或责任。”达摩 (Dharma)，是一个梵语词汇，意为“正确生活”的形式和命运，这不仅是佛教的格言，也是儒家传统中广为人知的信条，指个人与专业人员的自我责任和特定情况下的责任。孟子说：“父子有亲，君臣有义，夫妇有别，长幼有序，朋友有信。”[3:3A:4;10]根据戴正德教授的阐释，Kishore 涉及的其他的美德在中国传统中也都是家喻户晓的指导法则。同时，戴教授表述的这些美德与法则，也能很好地被欧洲传统所理解和支持，尽管它们并非是传统意义上欧洲文化或教育中的关键词。

生命伦理学中的伦理学原则

与杨泉提倡的“美德与专业知识”方法截然不同的是近 25 年来生命伦理学中广泛采用的原则方法，“自主、不伤害、有益、公正”，只有遵守这 4 条原则才能做到“关注病人”进而尊重病人（而非只关注病）。这些原则原来作为不同文化社会中进行人体实验和临床研究的普遍（一般）伦理学标准，并没有过多涉及个人或专业美德，只是试图保证人体实验能得到公众广泛的支持：研究受试者的知情同意书替代了医生的仁爱或慈悲之心，

以及不伤害受试者的传统原则和公正原则。例如,不能将易受伤害的人群如囚犯或无知情同意能力的人用于有潜在风险的实验中。随着在医学研究中的不断应用与发展,这些原则后来被称为“乔治城原则”,并成为临床伦理学和医学伦理学教育中应用最普遍的框架。在今日美国,人们称它为“公共道德”的典范[1],不仅如此,大部分国际或国家的医学纲领,都借鉴这些原则。有人说,这些原则表现了一种伦理学的个人主义,忽略了在作出决定时须对家庭和团体负责的传统模式。但如果个人自治和自主原则并不为团体或家庭所承认,那这些团体本身就有道德问题。

尽管这些原则主要关注的不是美德,但是只要个人或团体专业地执行这些原则,就能符合伦理学的要求,伦理地对待先证者或患者。这是随着研究或治疗的发展过程而产生的一种模式,用于过程本身的质量控制。四项原则常规用于质量控制、案例审核以及教育。作为独立应用的伦理学原则,既不同于在技术问题中需要最高级专业技能的杨泉模式,也不明确要求专家要有自省的性格特点。在欧洲,另一组生命伦理学原则讨论了“自主、尊严、正直、脆弱”,以便更能符合欧洲传统[7]。另一方面,戴正德和 Kishore 讨论的德行,强调了自省在个人和专业道德义务中的作用。

生命伦理学的美德与法则,以及利益相关者间的相互影响,在今天的健康保健中不仅仅包括照顾病人和弱者、预测和预防医学,还要求能保障并改善健康。这令那些受过教育并有教养的普通人在保障和促进健康时更有动力和责任感。倪培民引用了西汉时期的健康保健专著《黄帝内经》:“圣人不治已病

治未病，夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸兵，不亦晚乎。”他同时引用了唐代儒医孙思邈关于公共卫生、健康教育和预防医学方面的论述：“上医医未病之病，中医医欲病之病，下医医已病之病。”[4: 31]今天，人们只要付出相应代价和承担相应的风险，就可以在某种程度上达到增强体质、防止衰老和延年益寿的梦想。增强体质及那些民间卫生保健的伦理学问题尚未成为当代生命伦理学的主要关注点。一些领域里沉睡的文化传统尚未被唤醒，如民间健康保健的教育与能力培养，医生建议并协助保护人们健康（如果可能，也可以增进健康）的责任。讨论防止衰老和增强体质的局限性，须采用“黄金规则”这种经典模型以避免极端，遵从“中庸之道”，但这在西方和亚洲文化中同样也是无声无息的；我们将在第3讲的电子网络保健(e-health)中讨论这些问题。

面对保护健康、增强体质和防止衰老的挑战，不同的人会有不同的反应。总体而言，考虑到医术和医学这种专业，要么需要在合作中形成一种信托关系的文化，要么需要在医生、护士、病人、健康人、弱者，以及他们的家庭间形成一种利益相关、责任共担的关系，或者需要一种合作-利益相关的关系。这样的关系中，极个别情况下，同情的美德要求人们用家长主义的模式来照顾伤残和无助者。因为个人对各自的生活有不同的看法和希望，医生需要采取合作模式来治疗他们的病人，以一种人道和尊重的方式进行商讨。总之，不同的文化使用不同的术语、美德、相互影响的法则或模式来将伦理学整合到专业中，或用于利益相关者之间的交流与合作：慈悲、同情、聪明、智慧、真诚、诚实（杨泉）；不伤害、同情、尊重、正直、责任心（戴正德）；自

治、不伤害、有益、公正 (Beauchamp, Childress); 自主、尊严、正直、脆弱 (Rentdorff); 自主与依从、生活质量与生存寿命、健康保健能力、相信世人/病人、不伤害与有益、职业责任与自主、专业技能、相信健康保健专家 (Sass)。

如果我们能让所有的文化传统都有计划地进行医学伦理学的教育和回顾, 并且这些教育和回顾均基于自身文化遗产, 而非从其他传统舶来的法则, 那将是一件很有价值的事情。美国的法则和美德理论基本上是欧洲传统的产物, 而亚洲传统则产生于佛教、儒家思想、道家思想或三者结合及修正的基础上。使用超过一种参考法则的个案研究和临床伦理学分析, 可能会显示相同或不同的态度在专业文化和文化转换中的重要特点。教授专业伦理学时的常识提示, 传统上, 特殊文化或专业传统中使用参照系是很普遍的。这可能要求中国的健康保健伦理学发展出中国特色, 以表达丰富的中国文化和道德传统, 同时避免否定和削弱任何与文化 and 传统相关的特点。现在需要(过去也是这样做的) 用批判的眼光来审视一个人自己的文化, 反对使用传统来对抗解放、自主、个人自由和责任。最近以来, 我们特别注意到了有关以下几种关系的争论: ①信托责任, 这常常是独断的和家长式作风很严重时; ②个人主义模式, 这是排他性地基于自主和自治原则的; ③专家和普通民众间的一种相互信任的交流与合作的模式。实际上, 对于不同专业领域中的交流与合作, 不同文化支撑的参考系可能会促发一些积极的批评和自我批评。三种模式中, 似乎合作模式包含的承诺最多, 承诺要在面向大众和特定人群的健康保健中, 建立一种专家与普通民众之间特有的文明道德。

健康保健中利益相关者的八条金标准

孙思邈对于上医的看法和希波克拉底誓言表述的法则，均体现了一种专业家长式作风的文化，即一种由专业人员定义治疗的方法和目标的态度。然而病人们对各自生活质量和生存寿命的看法与期望是千差万别的，因此作出不同的治疗选择时，医生须考虑患者自身的价值观念。在历史长河中，病人与医生合作的模式不断发展，已成为了“金标准”。今天，病人对自己健康保健、生活质量和生存寿命都有自己的评价和期望。预测与预防医学已经意识到这些评价和期望的复杂性，认为传统的居高临下的专业家长式作风已不能奏效，已经无法跟上患者伦理学和个人健康责任心发展的步伐。15世纪，儒医龚廷贤已经运用了相互作用的合作模式，阐述了他分别为医生和病人提出的十大原则[6]。

儒医龚廷贤为健康保健领域的利益相关者及医患之间的相互作用制订了格言，参照他的模式，我采用美德－理论的方法，利用现代医学和当下文化的一些参数，提出相似的原则[8]。鉴于一些原则，如依从性与非依从性，或者无害与有益，都需要根据具体情况在不同的个案中作相应的平衡，我希望这组相互作用原则在每次使用的时候，都能得到决策者和决策合作者们再一次的权衡和评估。健康保健伦理学，是在专家与普通人之间，施予者与消费者之间建立一种合作关系的伦理学。对于普通人，我认为平衡的格言是自主（自治）和依从性，还有常常试图相互影响，生活质量和生存寿命的目标，以某种形式享受生命可能并不健康或无益于延年益寿。在医生这方面，我认为在作出谨慎和真诚的抉择时，有必要平衡对患者自主权的尊

重与要求患者依从的专业责任。我们已经知道传统上的有益于病人、不伤害病人与治疗或药物的副作用之间存在张力,这种张力也需要平衡。利益相关者无法独自解除法则、格言和目标之间的张力和可能存在的不平衡。他们需要在信任的基础上相互作用,在信任的基础上交流,在信任的基础上合作。专家和普通消费者必须合作,对目标、手段以及操作步骤进行沟通,共同关注健康和其他所有的努力[Sass 1994;Sass 2003]。

目前至少有三条理由证明未来的健康保健伦理学应该遵照龚廷贤伙伴式的相互作用模式理论:①预测和预防医学的进展;②加强护理,以及延长寿命减轻痛苦的方法的进展;③提供全部和每种可能的医学干预时,情绪的、伦理的和经济的限制性。全部这些,令个性化的健康保健风尚的发展和成为全球化生命伦理学的主要挑战。在医生的伦理观中,健康保健中的风险、关注人自身健康的道德和原则的发展,应该是遥遥排在第一位的。医生的伦理观需要从家长制作风转变成合作的态度。全世界丰富的个人、家庭和公共文化遗产,要求根据顾客或病人个人的价值和愿望来区别进行健康保健服务,而不是那些提供健康保健的“医生”或“体制”告诉病人该怎么办。正当现代欧洲和亚洲的生命伦理学仍然注重以家长式的作风来教育和改善医生的伦理观时,英裔美国人的生命伦理学已经开始强调主要注意力须放在外行-专家相互作用的道德和价值上,确定个人健康保健的参数,在预测和预防健康保健中要求自主和自我负责,并认识到急症和加强医疗干预的目标和局限性。未来的生命伦理学研究和教育,必须将注意力从医生的伦理观转移到普通人的伦理观、病人的伦理观和合作与信任上。