



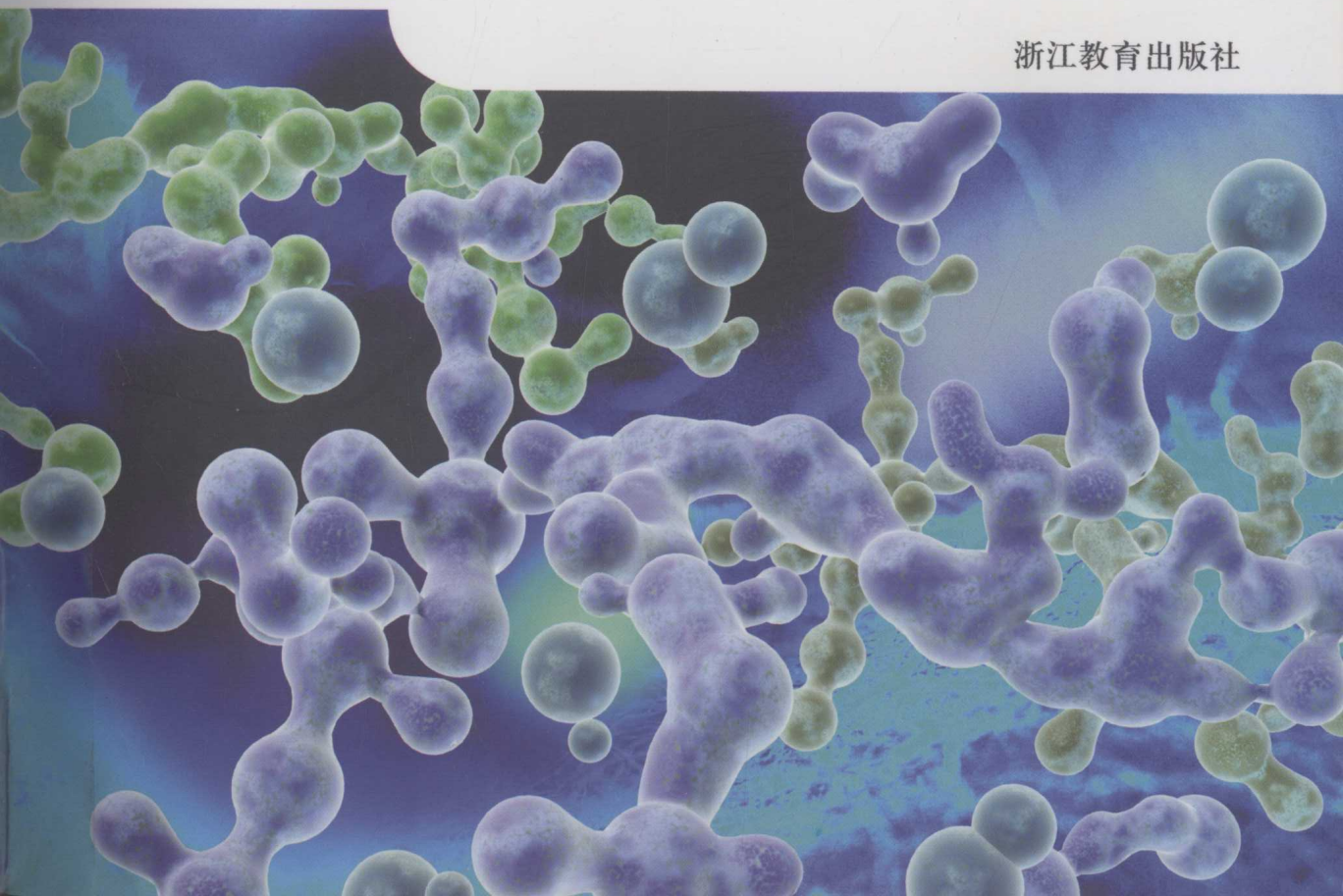
普通高等教育“十一五”国家级规划教材

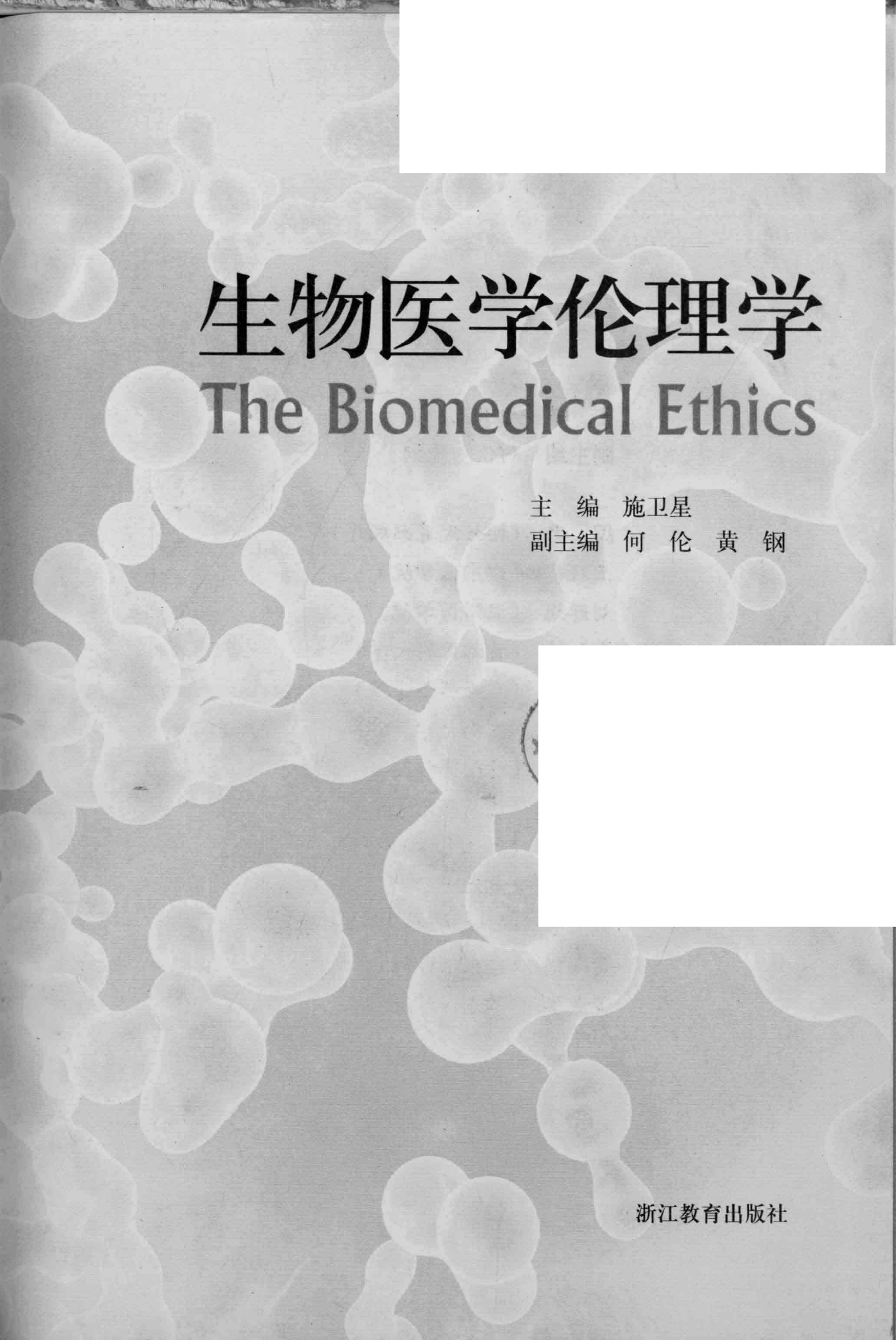
主 编 施卫星
副主编 何 伦 黄 钢

生物医学伦理学

The Biomedical Ethics

浙江教育出版社





生物医学伦理学

The Biomedical Ethics

主 编 施卫星

副主编 何 伦 黄 钢

浙江教育出版社

图书在版编目(CIP)数据

生物医学伦理学 / 施卫星主编. —4 版. 杭州: 浙江教育出版社, 2010.1

ISBN 978-7-5338-7993-8

I. 生... II. ①施...②何...③黄... III. 生物医学伦理学
IV. R318-05

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 011737 号

责任编辑: 费承伟

责任校对: 戴正泉

封面设计: 曾国兴

责任印务: 温劲风

生物医学伦理学

主编 施卫星

副主编 何伦 黄钢

出版发行	浙江教育出版社 (杭州市天目山路 40 号 邮编: 310013)
图文制作	杭州兴邦电子印务有限公司
印 刷	杭州杭新印务有限公司
开 本	787×1092 1/16
印 张	22
插 页	1
字 数	456 000
本次印数	0 001-5 000
版 次	1998 年 3 月第 1 版 2010 年 1 月第 4 版
印 次	2010 年 1 月第 11 次印刷
标准书号	ISBN 978-7-5338-7993-8
定 价	36.00 元
联系电话	: 0571-85170300-80928
e-mail	: zjjy@zjcb.com 网址: www.zjeph.com

医学

是一门博爱而人道的职业

——《西氏内科学》22 版（2009 年中译本）

MEDICINE

AS A LEARNED AND HUMANE PROFESSION

Cecil Textbook of Medicine, 22th edition

前言

教育部和卫生部联合印发的《本科医学教育标准——临床医学专业》(2009年试行)规定中首次把医学伦理学作为课程计划中必须安排的必修课程,要求未来的医生“在职业活动中重视医疗的伦理问题,珍视生命,关爱病人,具有人道主义精神”。这是我国医学教育改革和发展的重要举措,意义深远。

医学一直被认为是阳光底下最神圣的职业。神圣,在于医学的对象是人,人的生命和人的健康。神圣,还在于医学始终把病人、病人的健康利益放在第一位,作为自己的职业宗旨。正如《西氏内科学》(22版)开篇提出的:“医学是一门博爱而人道的职业。”过去的20多年,我国过度市场化的医疗卫生体制改革未能成功,已经客观反映出医疗界自身存在的问题,如医患关系紧张、医疗纠纷不断、医患沟通不畅、过分追求经济利益、滥用诊疗技术、乱收费乱检查等等。其实质是医学职业的宗旨和价值的偏离,是人性化医疗服务理念的失位。重建和谐的医患关系,重构医患之间的信任,重新倡导医学人道主义职业品质和精神已成为新的医疗改革的重要内容,也是医学伦理学应承担的重要任务。

与此同时,现代医学技术的快速发展和在临床的广泛应用,给治疗疾病、增进健康带来巨大好处的同时,也引发了一系列的社会、伦理和法律的问题和难题。如何合理、正确地应用现代医学技术是现代医学和医学伦理学必须关注的。

我们期望这本书的出版对未来的医生、护士树立现代医学伦理意识,坚持医学人道主义精神和宗旨,坚持医学伦理学基本原则,提高分析和解决现实医学中出现的各种医学伦理问题和难题的能力有所助益,使他们成为病人心目中的好医生、好护士。本书也适合作其他专业大学生通式教育的教材。

《生物医学伦理学》能入选国家“十一五规划教材”,我们甚感荣幸。该书的出版对我们是一种鼓励和鞭策,更是一种责任,我们将继续努力。

在此,我们要感谢浙江教育出版社对我们,对医学伦理学教材出版工作的一贯支持;感谢参加该书编写的各个高校和专家,你们的参与和努力使得该书的思想更深刻,内容更丰富多彩!

施卫星

2010年1月

目 录

Contents

前 言

①	导论:21 世纪的人文生物医学	1
	<i>Introduction: the Humanitital & Biomedicine of Twenty-first Century</i>	
1.1	困惑:从人文医学到生物医学	2
1.1.1	医学向何处去:我们别无选择	2
1.1.2	科学的医学:生物医学的失人性化	4
1.2	挑战:医学中的人的价值	8
1.2.1	人的价值:医学伦理学的核心	8
1.2.2	科学主义与人文精神	9
1.3	选择:人文医学与生物医学伦理学	10
1.3.1	人文医学与医学人文学	10
1.3.2	完整人与完整人的医疗	12
1.3.3	21 世纪的医学与生物医学伦理学	12
②	生物医学伦理学概述	15
	<i>The Biomedical Ethics</i>	
2.1	道德与道德难题	16
2.1.1	道德概念与特点	16
2.1.2	道德判断与临床医学判断	18
2.1.3	道德难题	19
2.1.4	道德和非道德的行为准则	21
2.2	伦理学与生物医学伦理学	22
2.2.1	伦理学概念	22
2.2.2	生物医学伦理学含义	24
2.2.3	生物医学伦理学范围	25

③ 生物医学伦理学理论 27

The Theories of Biomedical Ethics

3.1 道德理论与生物医学伦理学	28
3.1.1 规范伦理学的道德推理体系	28
3.1.2 道德规范与职业准则	29
3.1.3 道德理论的检验标准	29
3.2 人道主义的生物医学伦理学	30
3.2.1 医学人道主义的含义	30
3.2.2 医学人道主义传统	30
3.2.3 医学人道主义的内容	31
3.3 儒家思想与生物医学伦理学	32
3.3.1 儒学人道主义	32
3.3.2 儒学与医学	33
3.3.3 儒学与生物医学伦理学	34
3.4 结果论与非结果论	34
3.4.1 结果论	34
3.4.2 非结果论	35

④ 生物医学伦理学原则与应用 37

Biomedical Ethics: the Principle and Application

4.1 生命神圣与价值原则	38
4.1.1 生命神圣与价值原则的含义	38
4.1.2 生命神圣与价值原则的运用	38
4.2 有利与无伤原则	40
4.2.1 有利与无伤	40
4.2.2 医疗伤害	41
4.2.3 有利与无伤原则运用	41
4.3 尊重与自主原则	44
4.3.1 尊重原则的含义与伦理根据	44
4.3.2 自主原则的含义与伦理根据	45
4.3.3 尊重与自主原则的应用	45
4.3.4 自主原则与儒家伦理思想	46
4.4 公正与公益原则	48
4.4.1 公正的含义	48
4.4.2 公益原则	50

4.4.3 公正与公益原则的应用	50
4.5 生物医学伦理原则的具体的应用	51
4.5.1 原则的主次序列	52
4.5.2 双重效应原则	52
5 描述伦理学与医学道德	53
<i>Descriptive Ethics and Medical Morality</i>	
5.1 描述伦理学概述	54
5.1.1 描述伦理学的类型	54
5.1.2 描述伦理学的方法	54
5.1.3 描述医学伦理学的作用	54
5.2 描述医学伦理学研究的科学方法	55
5.2.1 道德社会学与伦理学研究的科学方法	55
5.2.2 医学伦理学与社会学	55
5.2.3 科学描述的定量方法	55
5.3 医学伦理学案例分析	55
5.3.1 案例分析的作用与方法	56
5.3.2 案例分析在教学中的应用	56
5.4 文学与描述性医学伦理学	58
5.4.1 医学文学:对现实医疗伦理问题的描述	58
5.4.2 文学在医学教学中的地位	60
5.4.3 当代文学与生物医学伦理学	61
6 现代医患关系与伦理学	63
<i>The Modern Doctor-Patients and Ethics</i>	
6.1 医患关系的概念和内容	64
6.1.1 医患关系的概念	64
6.1.2 医患关系的内容	64
6.1.3 医患关系的模式	66
6.2 现代医患关系的特点	67
6.2.1 医患关系的技术化	67
6.2.2 医患关系的商业化	69
6.2.3 医患关系的民主化	69
6.2.4 医患关系的法律化	70

6.3	人道的医患关系	70
6.3.1	人的医学与医患关系	70
6.3.2	医生的形象与任务	71
6.4	医患纠纷与原因	73
6.4.1	医患冲突与纠纷	73
6.4.2	医患冲突的原因	73
6.4.3	医务人员的主导作用与医患冲突	75

7 | 病人的权利 77

Patient's Rights

7.1	病人权利的概念和内容	78
7.1.1	病人权利的概念	78
7.1.2	病人权利提出的历史和背景	79
7.1.3	病人权利的内容	81
7.2	特殊病人的权利问题	83
7.2.1	艾滋病人的权利	83
7.2.2	精神病人的权利	85
7.3	医生的义务	86
7.3.1	医生义务的概念	86
7.3.2	医生义务的内容	87
7.3.3	医生权利的特征及其关系	88
7.4	父权主义与医生干涉权	89
7.4.1	父权主义:传统与现代	89
7.4.2	父权主义与医生干涉权	90

8 | 知情同意:自主与亲属同意 93

Informed Consent: Autonomy and Relational Consent

8.1	知情同意的概念和伦理意义	94
8.1.1	知情同意的概念	94
8.1.2	知情同意的伦理意义	95
8.2	知情同意的伦理分析	97
8.2.1	知情同意的伦理特征	97
8.2.2	知情同意的伦理条件	97
8.2.3	知情同意的具体问题	100
8.3	亲属同意	103

8.3.1 亲属同意的概念	103
8.3.2 亲属同意的伦理缺陷	104
8.3.3 病人自主与亲属同意的统一	106

9 医疗保密与讲真话 109

The Medical Confidentiality and the Telling Truth

9.1 医疗保密的概念和伦理意义	110
9.1.1 医疗保密的概念	110
9.1.2 医疗保密的伦理意义	110
9.2 隐私与保密	111
9.2.1 隐私权与保密	111
9.2.2 医疗保密的内容	112
9.2.3 医疗保密应用的条件和范围	113
9.3 讲真话与保护性医疗手段	115
9.3.1 讲真话的伦理争议	115
9.3.2 保护性医疗与讲真话	116
9.3.3 讲真话原则与艺术	119

10 临床技术应用伦理学 121

The Ethics of Clinical Technology

10.1 医疗技术的两重性与最优化原则	122
10.1.1 医疗技术的价值观	122
10.1.2 现代医学迷信	123
10.1.3 临床技术运用的最优化原则	124
10.2 用药道德与滥用药物	125
10.2.1 滥用药物的伦理分析	125
10.2.2 用药价值观	127
10.2.3 用药的伦理思想和伦理原则	127
10.3 辅助检查的选择和应用	128
10.3.1 辅助检查的地位	128
10.3.2 辅助检查的局限性	128
10.3.3 辅助检查的伦理规范	129
10.4 手术治疗	130
10.4.1 手术治疗与医疗缺陷	130
10.4.2 手术治疗的伦理学选择	131

11	医学研究与人体实验	133
	<i>Medical Research and Human Subjects Experimentation</i>	
11.1	医学研究的伦理学	134
11.1.1	医学研究的价值	134
11.1.2	医学研究的道德责任	134
11.1.3	医学研究的道德要求	136
11.2	人体实验的意义和伦理问题	140
11.2.1	人体实验的地位	140
11.2.2	人体实验的道德争议	140
11.2.3	人体实验的道德评价	141
11.2.4	临床治疗性实验	143
11.3	人体实验的道德原则	144
11.3.1	人体实验道德的国际宣言	144
11.3.2	人体实验伦理原则	145
11.4	人体实验的伦理审查(附)	147
11.4.1	伦理审查委员会的组成和职权	148
11.4.2	伦理审查原则	148
11.4.3	伦理审查提交的材料	148
11.4.4	伦理审查内容	149
11.4.5	伦理审查决定及其他	149
12	辅助生殖技术:人工授精、体外授精与生殖性克隆	151
	<i>Assisted Reproduction Technology:Artificial Insemination, Invitro Fertilization & Cloning</i>	
12.1	辅助生殖技术概述	152
12.1.1	辅助生殖技术与生殖革命	152
12.1.2	辅助生殖技术的道德评价	153
12.2	人工授精与人类精子库	154
12.2.1	人工授精的概念	154
12.2.2	人类精子库的意义	155
12.2.3	人工授精的伦理问题	156
12.3	体外授精与代理母亲	162
12.3.1	体外授精的概念	162
12.3.2	代理母亲的概念	163
12.3.3	父母的身份	164

12.3.4	赠卵相关的伦理问题	165
12.3.5	胚胎地位	165
12.3.6	多胎妊娠与医源性疾病	166
12.4	人类辅助生殖技术应用的伦理原则	167
12.4.1	严格医疗机构的准入资格制度	167
12.4.2	严格掌握适应症、控制应用范围	167
12.4.3	保密制度与互盲原则	168
12.4.4	严格管理,确保生殖质量	169
12.4.5	确认辅助生殖技术关系人的法律地位	169
12.4.6	尊重关系人各方知情同意,签署法律契约文书	170
12.5	胚胎干细胞技术与克隆人	171
12.5.1	胚胎干细胞与克隆人概念	171
12.5.2	胚胎干细胞与治疗性克隆人技术的伦理问题	172
12.5.3	克隆人技术引发的伦理问题	172
13	高医学技术:器官移植与基因治疗	175
	<i>Medical High Technology: Organ Transplant & Gene Therapy</i>	
13.1	高医学技术的概念与价值	176
13.1.1	高医学技术的概念	176
13.1.2	高医学技术的价值	176
13.1.3	高医学技术涉及的道德问题	178
13.2	器官移植	181
13.2.1	器官移植概述	181
13.2.2	器官来源的伦理与法律问题	183
13.2.3	器官移植的伦理问题	186
13.3	基因治疗	190
13.3.1	基因治疗的概念	190
13.3.2	基因治疗的伦理限制	191
13.3.3	基因医学的发展及伦理挑战	192
14	生命:概念,本质与价值	195
	<i>The Human Life: Concept, Quality and Value</i>	
14.1	人的生命的概念	196
14.1.1	背景:有关人的生命的争论	196

14.1.2	关于人的哲学观	197
14.1.3	“理性人”的哲学观	198
14.2	人的生命的本体论	199
14.2.1	人是理性的存在	199
14.2.2	人的生命的本质特征	200
14.2.3	生命开始的时间	201
14.3	生命伦理观	202
14.3.1	生命神圣论的伦理观	202
14.3.2	生命质量论伦理观	203
14.3.3	生命价值论伦理观	205
15	优生与生育控制	207
	<i>Eugenics and Fertilization Control</i>	
15.1	优生的历史和意义	208
15.1.1	优生思想的历史考察	208
15.1.2	优生学的历史悲剧	209
15.1.3	优生学的伦理挑战	210
15.2	生育控制	211
15.2.1	生育控制的伦理学依据	211
15.2.2	生育控制符合控制人口数量的要求	211
15.2.3	生育限制符合提高人口质量的利益	211
15.3	产前诊断与性别选择	212
15.3.1	产前诊断的优生意义	212
15.3.2	人工流产的伦理责任	214
15.3.3	绝育的伦理证明	217
16	死亡:概念、文化与伦理学	219
	<i>The Death: Conception, Culture and Ethics</i>	
16.1	死亡本质与死亡态度	220
16.1.1	死亡与自我	220
16.1.2	死亡与中国文化	221
16.1.3	死亡与西方文化	222
16.2	死亡标准与道德意义	223
16.2.1	心脏死亡标准面临的挑战	223

16.2.2	脑死亡标准的确立	224
16.2.3	脑死亡标准的道德意义	226
16.3	临床死亡与道德关怀	228
16.3.1	拒绝死亡:非理智的选择	228
16.3.2	听任死亡:放弃治疗的伦理缺陷	230
16.3.3	接受死亡:死亡文明的转折点	231
17	安乐死与临终关怀	233
	<i>Euthanasia and Hospice</i>	
17.1	安乐死概述	234
17.1.1	安乐死的历史与现实	234
17.1.2	安乐死的种类	237
17.1.3	安乐死的对象	240
17.2	安乐死的伦理证明	240
17.2.1	安乐死:对人选择死亡方式权利的尊重	241
17.2.2	安乐死:生命价值原则的证明	242
17.2.3	安乐死:现代医学目标的取向	243
17.2.4	安乐死:卫生资源公正的分配	244
17.3	临终关怀与临终病人的医护	244
17.3.1	临终关怀的伦理学背景	244
17.3.2	对临终病人的责任	245
18	缺陷新生儿处理的伦理选择	249
	<i>The Ethical Selection on Defect Newborn</i>	
18.1	严重缺陷新生儿处理的道德难题与困惑	250
18.1.1	严重缺陷新生儿概述	250
18.1.2	难题与困惑	251
18.1.3	预防与控制	251
18.2	严重缺陷新生儿处理的伦理争论	253
18.2.1	道义论的观点	253
18.2.2	功利主义的观点	254
18.2.3	人道主义的观点	254
18.3	严重缺陷新生儿处理的道德责任	255
18.3.1	严重缺陷新生儿处理的分类标准	255

18.3.2	严重缺陷新生儿处置的伦理准则	256
18.3.3	严重缺陷新生儿的处置方式	257
19	健康道德:义务与责任	259
	<i>Morality of Health: the Duty & the Obligation</i>	
19.1	健康道德的概述	260
19.1.1	健康的概念	260
19.1.2	健康道德的觉醒	261
19.1.3	健康道德的含义	263
19.2	健康道德的作用	263
19.2.1	人人享有卫生保健的实现需要健康道德的维护	263
19.2.2	人人享有卫生保健的实现需要健康道德作为认识基础	264
19.2.3	人人享有卫生保健措施的落实需要健康道德参与	264
19.3	健康道德的责任	265
19.3.1	吸烟行为控制的健康道德责任	265
19.3.2	控制滥用抗生素的健康道德责任	266
19.3.3	性病控制的健康道德责任	268
20	卫生政策与卫生资源分配	271
	<i>Health Policy and Allocation of Health Resources</i>	
20.1	卫生政策与伦理学	272
20.1.1	卫生政策制定的伦理道德基础	272
20.1.2	卫生政策分析的道德评价	273
20.1.3	卫生政策实施中的伦理道德保障	274
20.2	卫生资源分配的基本问题	274
20.2.1	医疗危机与合理分配卫生资源	274
20.2.2	卫生资源宏观分配的基本问题	278
20.2.3	卫生资源微观分配的基本问题	279
20.3	卫生资源分配的伦理原则	280
	参考文献	283
	附 录	288
	后 记	336

① 导论:21 世纪的人文生物医学

Introduction: the Humanitital & Biomedicine of Twenty-first Century

生命伦理学是为人类更好的生存开处方。

——*Van Rensselaer Potter*

让活人回到医学中来。

——*Eric J. Cassell*

当传统的作为技艺的医学成为科学的生物医学后，医学起码陷入了两大困惑：其一，现代医学或者确切地说临床医学究竟是什么？其二，如何面对现代医疗生活中出现的种种令人难以决策的道德难题？医学与生物科学有着一种密切关系，否则就不会有现代意义上的科学的医学。此外，医学与伦理、艺术、哲学以及文学有着传统的联系，在现代医疗生活中面临大量道德难题的今天，它们之间内在的联系变得更加清晰了，因为科学的判断，终究无法解决医疗中的伦理学以及其他人文科学的问题。

1.1 困惑：从人文医学到生物医学

1.1.1 医学向何处去：我们别无选择

没有人怀疑生物医学发展的科学方向。然而，当代医学所面临的问题更多地在于医学科学化后的一些副产品，以及现代社会商业化所带来的冲击。

(1) 经济价值与健康价值

每个时代的思想家都评论过他们各自面临的危机。公元前1世纪罗马演说家就曾哀叹道：“呜呼，这时代！呜呼，这风气！”这种感觉现在我们也有所体验。如果说在一般的商品消费中，由于财富多少的差距所带来的心理失衡可以逐步地化解，那么，由于经济原因而导致的对生命与健康的威胁，就令人难以忍受了。近年来屡屡发生的医院见死不救的事件，不能不使人们考虑在经济价值与健康价值之间如何选择的道德困惑。

案例 1-1 医院该不该收押金

2000年6月的一天，一位张姓民工在建筑工地施工时，不慎从5楼坠落在地，当时昏迷不醒，立即被送到某医院急诊。医务人员立即采取包扎、止血、输液等急救措施，尔后送放射科检查，发现颅骨凹陷性骨折，左尺桡骨中段、左胫骨远端粉碎性骨折，第11、12胸椎及第1、2腰椎压缩性骨折，医院准备将病人收治入院并要求缴纳押金1500元。民工身上仅有80多元，光交拍片费都不够，医院将押金减少800元并声明少于此数就不能住院，工友没有办法只得回工地筹款。下午3时，病人在医院门诊部因休克死亡，于是医院遭到来自社会各方面的压力和责难。

此案例涉及一个普遍存在但又十分棘手的现实问题，一方面，医院收取适当的押金具有其合理性；另一方面，病人因无力支付押金而得不到及时治疗，甚至危及生命。医院究竟该不该收取押金？对该病人入院收取押金是否合理？无论从道德理论还是从道德常识角度上说，案例的是非是清晰的，然而就是这样道德是非清晰的事件，在过去的医疗实践中却屡屡出现，而且还引起一次又一次的争议。

该案例在道德理论上涉及经济利益与生命价值的冲突，在现实意义上涉及卫生事业的属性、卫生政策伦理基础、医院管理伦理、医患关系道德等等。改革开放以来，我国的医院由纯粹福利性质转向一定的经营性质，其经费来源除了国家补助性拨款，还须靠正常的医疗经营补足。在没有押金制度以前，曾有不少病人病好人走，留下一堆无人支付的医疗账单。如此有出无人，医院难以维持正常运转。但是收取押金，也带来了一定的道德难题，医务人员的根本义务是救死扶伤，总不能见死不救。