

M

Medical Ethics

· 高 · 等 · 学 · 校 · 教 · 材 ·

医学伦理学

主 编 · 孙福川

副主编 · 兰礼吉

 人民卫生出版社

高等学校教材

医学伦理学

主 编 孙福川

副主编 兰礼吉

编 委 (以姓氏笔画为序)

王丽宇 (中国医科大学)	佟子林 (黑龙江中医药大学)
王彩霞 (哈尔滨医科大学)	谷雪峰 (齐齐哈尔医学院)
丛亚丽 (北京大学)	张金凤 (牡丹江医学院)
兰礼吉 (四川大学)	张 斌 (大连医科大学)
冯翠华 (佳木斯大学)	高玉萍 (山西医科大学)
刘俊荣 (广州医学院)	曹永福 (山东大学)
孙福川 (哈尔滨医科大学)	

编委会秘书

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/孙福川主编. —北京:人民卫生出版社,
2007. 2

ISBN 978 - 7 - 117 - 08503 - 8

I. 医… II. 孙… III. 医学伦理学 - 教材 IV. R - 052

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 021167 号

医学伦理学

主 编: 孙福川

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010 - 67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010 - 67605754 010 - 65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 17

字 数: 402 千字

版 次: 2007 年 2 月第 1 版 2007 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978 - 7 - 117 - 08503 - 8/R · 8504

定 价: 31.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010 - 87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

前言

本教材是医学伦理学教学改革和探索的产物，我们将其称为“案例型教材”。其具体编写思路是：①编写体例既有别于我国传统教材，又不照搬国外案例教材，而尽可能将两者有机结合起来，使其成为适用于课堂讲授、案例讨论式教学或两者相结合之教学模式的多功能型教材；②教学内容体系的设计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，从而克服两者的重大缺欠，其核心和重点内容为医德规范体系，即使是介绍欧美生命伦理学的有关知识和理论，也同样突出医德规范的建设与医学伦理素质的养成，再加上融入了国家执业医师资格考试医学伦理学课程的考核要点，这样就更加突出地体现出教学内容的思想性、科学性、先进性、针对性和实用性；③编写的逻辑起点和落脚点均为医学伦理素质，以其统率全书各章节，而不从道德和医德说起并不以它们为枢纽，这样更符合教学内容体系设计、突出学生学习主体性的现代教育理念和要求；④基本写作模式是：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“案中说理、理用于案、案理不离”，并能举一反三；⑤选用的案例以我国为主，以现实为主，以真例为主，并且是国内权威书刊及媒体公开发表的，具有典型性、普遍性、可讨论性。

本教材是国内 12 所院校医学伦理学专家、学者合作的结晶。教材编写提纲由主编孙福川教授拟定，经编委会认真讨论集体确定。具体写作分工如下：绪论，孙福川；第一章，兰礼吉；第二章，王丽宇；第三章，张金凤；第四章，丛亚丽；第五章，刘俊荣；第六章，刘俊荣、佟子林；第七章，王彩霞；第八章，张斌；第九章，谷雪峰；第十章，郭艳文、冯翠华；第十一章，曹永福；第十二章，高玉萍。全部书稿的初步修改工作由主编孙福川教授与副主编兰礼吉教授分工完成，最后由主编进行再修改并定稿。在修改及定稿过程中，编委会秘书吴雪松讲师做了大量辅助性工作。

本教材适合于医学院校各专业本、专科学生使用，也适合于作为国家执业医师及助理执业医师医学伦理学考试的必读教材。

本教材能够在如此短暂的时间内顺利问世，首先要感谢人民卫生出版社的真诚信任与委托；其次要感谢 12 所院校的大力支持与帮助，感谢所有参编者的共同努力与协作；最后感谢主编所在的哈尔滨医科大学领导的全面关心与指导，感谢哈尔滨医科大学人文社会科学系参与此项工作的所有教师及研究生的无私奉献与合作！

由于水平有限，再加上编写时间相当紧张，尽管我们做了相当大的努力，但有些想法在书中还是不能完全实现，疏漏也在所难免，所以，敬请读者批评、指正！

作者

2007 年 1 月 12 日

目 录

绪论.....	1
第一章 医学伦理学的理论支撑	19
第一节 生命神圣论、生命质量与价值论	21
第二节 医学人道论、医学功利论与医学公正论	25
第三节 医学美德论、病人权利论与医患和谐论	31
第二章 医学道德规范体系及其基本原则	35
第一节 医德规范体系概述	39
第二节 医学人道原则解读	42
第三节 医学人道原则践行	47
第三章 医学道德基本准则	58
第一节 敬业准则	60
第二节 文明准则	62
第三节 平等准则	66
第四节 保密准则	68
第五节 有利准则	72
第六节 公正准则	74
第四章 医学道德基本范畴	78
第一节 权利和义务	80
第二节 良心与荣誉	88
第三节 理智与情感	90
第四节 审慎与胆识	92
第五章 临床诊治中的伦理选择	95
第一节 临床伦理概述	96
第二节 医患关系伦理.....	102
第三节 临床诊治伦理.....	110
第四节 特殊问题伦理.....	115
第六章 护理实践中的伦理选择.....	121
第一节 护士角色及护理道德.....	123

第二节 医院护理伦理·····	129
第三节 社区医疗保健护理伦理·····	133
第七章 医学研究中的伦理选择·····	137
第一节 医学研究与医学伦理·····	139
第二节 科学研究共性伦理问题·····	142
第三节 人体实验伦理问题·····	147
第八章 生命科技前沿中的伦理选择·····	155
第一节 器官移植与伦理选择·····	156
第二节 基因诊治与伦理选择·····	165
第三节 克隆技术与伦理选择·····	171
第九章 生育控制中的伦理选择·····	176
第一节 节育的伦理选择·····	177
第二节 优生的伦理选择·····	183
第三节 辅助生殖的伦理选择·····	188
第十章 死亡控制中的伦理选择·····	195
第一节 延缓死亡与伦理选择·····	198
第二节 安乐死与伦理选择·····	203
第三节 临终关怀与伦理选择·····	207
第十一章 医疗卫生改革中的伦理选择·····	212
第一节 医疗卫生改革与医学伦理·····	215
第二节 公平与效率的医学伦理学把握·····	219
第三节 政府与市场的医学伦理学协同·····	225
第四节 医学伦理委员会与医疗卫生改革·····	229
第十二章 医学伦理学素质的全方位打造·····	235
第一节 继承和创新·····	237
第二节 境界与内容·····	241
第三节 规律与途径·····	246
附录 执业医师资格考试必读医德文献·····	257
参考文献·····	265

绪 论

【案例 1】医学发展与人情味丧失：温情远去的白大褂

关于医

我为什么没当医生

17 岁那年，出于对某种生活的模糊憧憬，我报考了中国最好的医学院。直到交志愿表的前一个月，我还没想到自己有朝一日会成为医学生。

就在这时，朋友向我说起她看过的一个纪录片，说的是协和医院妇产科名医林巧稚，说她如何医术高超，做人一品，说那灰砖绿瓦的医学院如何著名，如何培养一流的医学生。几句话勾勒的图画，在一刹那击中了我的某根神经。……

……

……而在这 8 年中，我一直在想一个问题：如果说医学本身是门并不完美的科学，那么从事医学的医生，就是选择了一份背着人道主义重担、过程却冷暖自知的职业。这份职业，承担着来自病人类似对上帝的期待，却脱不了一个凡人的身份，脱不了身边需要面对的琐碎现实。

8 年后我毕业，没有做医生。毕业那天，我穿着博士服，导师则打着印有 YALE(耶鲁大学)字样的领带。我们合影，然后说再见。早年毕业于教会学校的导师看着我，忍不住说：“你不做医生，很可惜”。

……

……我已打定主意，离开医院去美国做科研。我最终还是咬咬牙告诉导师：“我不打算做医生了。”

“多可惜，为什么？”老人很惊讶。

为什么不做医生？有的理由我无法跟老人说。他一生思想那么单纯，心态那么乐观。他能懂得身处在我们这个年代，一个平凡医生精神和物质分裂的矛盾吗？他会认为现在医学需要解决的不仅仅是技术和知识，还有其他问题因为过于宏大、过于庞杂而无法解决吗？他能接受张孝骞、林巧稚时代已经像一个纯真的童话年代一去不返了吗？他能告诉我一个有宿命

感、同时又追求丰富性与多样化的年轻医学生，怎么在以医学为职业的一生中得到内心的幸福和平静吗？

.....

鲜为人知的隐痛

在一次同学聚会上，一位在急诊轮转的同学问大家：“一个车祸外伤大出血的病人被送到急诊，没有担保人，没人交住院押金。经济情况不明，给不给他治？”如果按照上学时我们所受的救死扶伤的教育，当然无需思量，马上抢救。但按照现实医院的教育结果，首要的问题则是医疗费由谁来付？假使当班医生被油然而生的责任感驱使，不问费用便救死扶伤，最后极有可能挨医院训斥。

.....

在看病这件事上，我们往往简化为医生和病人两个人之间的事，而忘记了医患身处的医疗环境。我们能看见的只是医生，医生是代表医疗露脸和我们面对面的那个人。但不应将患者对医学、医疗、保险体系的不满和怨愤，统统转嫁到医生身上。

.....

当医生成为病人

有一位美国的老教授，行医50年，到晚年时得知自己得了喉癌。他成了病人。他从“站在病床边”，一下子变成“躺在病床上”。重新审视着眼前的医学、医院和医生，顷刻之间他获得了不同的意义——属于病人的意义。他回忆自己曾经作为医生高高在上，习惯发号施令，但自己成为癌症病人后，遭遇和心情与其他病人如出一辙：他不敢面对疾病的真相，他被护士嘲笑“脖子短”，医护人员无视他的尊严，他眼前的商业医疗环境一味追求利润的最大化.....

他自己开始意识到，其实“这些问题当然是在我生病以前就已经存在的，可是直到自己成为病人以后，再度回来工作时，视野才被打开”。一个医生什么时候才能真切体会到病人所面临的问题，也许只有等他成为病人的那一天起才能觉悟。

这位老教授如此对比角色转换后的感受：做医生时，他习惯做命关病人生死的决定，习惯拥有权力。可当他是病人时，这些权力消失得无影无踪。成为病人后，尽管他也认识几个熟人，但他也只能像所有病人一样，做一件事——等待，等待，再等待。他时时会碰上等了一个小时但看病只花了5分钟的情形。处在“病人”角色的他，终于意识到，医生的一点点同情心对病人是多么意味深远。这位德高望重的医生成为病人后，还经历了两次被医生“误诊”的倒霉经历。他本可以控告误诊的医生，但回想从医这么多年从没被病人告过，可他自己肯定也犯过类似错误。

正如他所言：眼前每次痛苦的经历，都能让我设身处地地想起当年自己行医时的情形，我更愿意把这些经历告诉自己和年轻的医生，成为他们日后行医的教材。他在《亲尝我自己的药方》一书的序言中说：“如果我能从头来过的话，我会以完全不同的方式行医，很不幸的是，生命不给人这种重新来过的机会。我能做的，就是告诉你，在我身上发生了什么事，希望你我都能从中得到教训。”

.....

关于患

.....

现代医学困境

.....

只剩下治病，不再是治人

如果你面前有两个医生，一个医术高超但待人冷漠，一个医术平庸但待人和善，你会选哪个？朋友小何说，如果只能选一个，她会选择后者，医生首先要有人情味。小何的一次看病经历，发生在被老板恶整的那几个月。成为“办公室政治”牺牲品的她，郁闷至极，经常感到胸口闷、呼吸困难、心跳快、手脚麻。她脖子看上去也有点肿，以为是甲亢，去医院看了好几个科，医生都是给她开了化验单，然后看了化验结果说没事，回家待着吧。

“最后看了个内分泌科的小医生，她看了化验单之后，可能看我挺顺眼，也可能碰巧那天她不太忙，她就问我最近有没有经受过什么打击或者不顺利。我看她那么面善，就聊起了被老板恶整了好几个月的前前后后。结果，聊完了，感觉好多了。后来她告诉我这叫过度换气综合征。我用她教的方法，不舒服时对着一个塑料袋呼吸气，感觉好多了。”

但医学的发展，可能是以丧失温情为代价的。被誉为“现代科学之父”的乔治·萨顿，早在20世纪40年代就断言：“科学的进步，已经使大多数的科学家越来越远地偏离了他们的天堂，而去研究更专门和更带有技术性的问题，研究的深度的日益增加而其范围却日益缩小。从广泛的意义来说，相当多的科学家已经不再是科学家了，而成了技术专家和工程师，或者成了行政官员、操作工，以及精明能干、善于赚钱的人。”

这段话同样适用于现代医学。医学，原本是一门时时需要以人为本的科学，而现在，它越来越显示出专业主义的冷酷秉性。

小何因时常发作的腰疼，决定再次去医院看病。……她做好了不厌其烦的心理准备去了医院，先是医院的导医台把她分到了妇科。她挂了一女副教授的号。医生给她开了一堆检查：血常规、血生化、宫颈刮片、B超……许多检查她连名字都叫不全，也不知道作何用途。医生说等这些检查结果出来后再来。一周后，等所有结果出来后，医生说：妇科没事，去肾内科看看。她去了肾内科，又是一堆检查，一周后，结果正常。医生冷冰冰地说：我这里没事，去骨科看看。小何问我：“这些学医的人就这么给病人一个说法的？好像我在他们眼里只剩下解剖结构，还按器官系统划分。”

.....

今天，医生的情感因为失去往日的专注性而日趋冷淡。现代医学似乎在人文层面上，进入了一个没有转角可言的尴尬境地。而在医学“科学主义”渐渐成为大家的信仰时，接近平民的温情，可能恰恰是医治人们对医学冷漠偏见的良药。

.....

上学时，老师曾给我们讲过这样一段历史：学校的第一任公共卫生教授兰安生，率先赋予了冰冷的“白大褂”以温情。他的解决之道是在北京城内成立了“社会服务部”，提倡医生、护士走出医院，走进胡同，拉近和市民的关系。兰安生教授还邀请“国际平民教育之父”晏阳初，到协和医院讲课。晏阳初谆谆告诫协和未来的医生：“你们需要

一个科学家的头脑和一颗传教士的心灵。”

.....

——讴歌.《中国青年报》，2006年9月13日

【案例2】浙江“植物人产婴事件”追踪

2001年11月22日，浙江省瑞安市人民法院对一起特殊的交通肇事案做出了一审判决：以交通肇事罪判处钟晓安一年有期徒刑，并赔偿受害人郑雪芬经济损失38万余元。这起交通肇事案的被告钟晓安和受害人郑雪芬原本是一对情侣，一起突发的交通事故使郑雪芬摔成了植物人。这之后，医生又发现郑雪芬怀有身孕。于是，在孩子是否保留的问题上，两家发生了分歧，直到孩子最后出生。

这个侥幸逃脱劫难的新生儿却遭到生身父亲钟晓安的拒绝，于是，孩子的外公把钟晓安告上了法庭.....

出车祸，未婚妻成植物人

2001年5月14日晚上7时许，浙江省瑞安市塘下镇鲍三村发生了一起交通事故，鲍六村青年钟晓安骑着摩托车带着女友郑雪芬走亲戚，在躲避行人时急刹车，郑雪芬因惯性作用被甩下来，后脑勺着地，当场休克。

钟晓安和郑雪芬两家都办有标准件厂。2001年3月，因业务往来关系，郑雪芬认识了钟晓安，后经人牵线说媒于当月订婚。郑雪芬与钟晓安之间感情日深，相处一段时间后郑雪芬开始与钟晓安同居。没想到相处刚两个月就出了交通事故。

晚上8时，郑雪芬被送到瑞安市人民医院急救室。当班医生检查后发现，郑雪芬左眼瞳孔已经放大，后脑严重撞击伤，呼吸已经停止。医生告诉家属，郑雪芬濒临死亡，生还的希望甚为渺茫。但是，家属还是强烈要求医生能够做一次手术，就当是死马当成活马医。在家属的强烈要求下，医院只好同意手术，并声明，手术的最好结果是伤者变成植物人。

手术做得很仔细，整整进行了5个多小时，5月15日凌晨2时许才做完。

事故中没有受伤的钟晓安每天都住在医院里护理郑雪芬，先后向医院交纳了6万多元医疗费。钟晓安对郑雪芬一往情深的举动令知情者深为感动。术后两周，郑雪芬终于脱离了生命危险期。

郑雪芬在监护中心的精心护理下，病情日渐稳定，但她是不是会成为终身不醒的植物人，还有待于医院根据她的治疗情况最后做出结论。

起争端，植物人腹中有胎儿

2001的6月15日上午，郑母突然想起一件事，她对蒋聚洪医师说：“我的女儿可能怀有身孕！”蒋医师大吃一惊，当即找到钟晓安了解情况，钟晓安恍惚间记起确有这么回事。出事前，郑雪芬多次告诉钟晓安自己“有”了。这一个月以来，为了照料郑雪芬已忙得焦头烂额，钟晓安自然没有想起郑雪芬怀孕的事。

蒋医师立即请妇产科医师对郑雪芬进行检查，妇检及B超检查显示，郑雪芬确有身孕，怀孕3个月左右，而且，令人惊奇的是，这个胎儿在母体遭受强烈撞击的情况下

竟然安然无恙。

这可是个极为棘手的大问题。因为，植物人怀孕在瑞安、温州乃至浙江省都没有先例，在国内也是罕见。关于胎儿的去留是个关系到医学、法律、社会各个方面的大问题：任其足月生产，母体缺氧、缺营养等诸多原因可能会导致胎儿大脑缺氧、发育不良而成为弱智者、残疾人；而婴儿出生后，又涉及到抚养、教育等一系列问题。

对胎儿的发育情况医院实在是没有把握，院长安排人分别向郑、钟亲属再三申明，他们无法保证孩子的健康，但钟晓安和郑雪芬家人都依然坚持要生。院方无奈，最后尊重患者亲属的意见，请他们签了字，然后制订了医疗方案。

但一个多月后，钟晓安突然闯进蒋聚洪医师的办公室，对蒋医师说：“蒋医师，请将胎儿打掉吧，我现在不要孩子了。”蒋医师说：“这个问题现在不是你一个说了算，你们双方都签了字，你要打掉胎儿，郑雪芬的家人是不是也愿意打掉胎儿呢？”钟晓安又跑到院长那里，要求打掉胎儿。

原来，钟家得知儿子决定保胎生育时，觉得钟晓安的决定有些仓促。钟晓安与母亲悄悄来到温州市区寻找多家大医院的妇产科咨询，但这些妇产科医师的回答都是模棱两可。钟晓安打听到市区一名退休妇科医师是本市的妇科权威，便详细地将郑雪芬的情况告诉了那位医师。此医师根据多年的临床经验分析，这个胎儿还需在植物人体内发育五个月才算足月，而植物人在妊娠期间因药物、营养等因素的制约，胎儿出生后健康问题很大，建议打胎为佳。

法律与医学的问题使钟晓安要孩子念头彻底动摇了。无奈之下，钟晓安向郑家摊牌，不要孩子。

郑雪芬的父母见钟晓安的态度骤变，非常吃惊。他们认为，这是钟晓安欲推卸责任的信号，郑雪芬被钟晓安摔成这样，郑家没有半句指责他的话，自始至终将他当女婿看待，而他却出尔反尔！郑家坚决要将胎儿保住的本意是：既然女儿已成为植物人，能有一个子女留下来也算是对郑家人的宽慰，全没有赖钟家的意思。现在钟家人竟然欲将郑雪芬踢给郑家，于是，郑家坚决不同意将胎儿打掉，一定要将这个钟晓安的亲骨肉生出来。

讨公道，翁婿二人上公堂

2001年9月18日上午，护士在给郑雪芬进行例行检查时，发现郑雪芬腹部肌肉收缩异常，便立即向蒋聚洪医师汇报。蒋医师马上将这一情况反馈给妇产科。妇产科医师对郑雪芬进行会诊后，确认郑雪芬系宫缩临产特征。

植物人不适合自然分娩，院方与郑雪芬的家属商量后，决定实施剖宫产。9月19日凌晨，郑雪芬剖宫产下一名体重1.75千克的男婴。

郑雪芬在瑞安市人民医院花费的医疗费已达23万元之巨，除了钟晓安交纳的6万元，其余17万元均由郑家垫上，郑家为了筹集医疗费已到了山穷水尽的地步。

为了解决郑雪芬母子的医疗费和生活费，2001年10月28日，郑雪芬的父亲郑圣江向浙江省瑞安市人民法院提起民事诉讼，要求钟晓安赔偿郑雪芬医疗费、护理费、伤残费总计38万余元，并要求他承担对孩子的抚养义务。于是出现了本文开头的一幕。

——摘自《新晚报》，2002年1月28日

认真的阅读会将人们引入伦理沉思：

在案例1中，一位最高医学学府毕业的高才博士生，为什么最终居然选择不做医生？她所面临的问题和陷入的困惑具有普遍性吗？她所感悟和理解的医生与医学是正确的吗？倘若正确，如此重要的医学人文精神说到底究竟是什么并且如何使其回归到医生和医学自身，从而克服专业主义的冷酷秉性？

在案例2中，一位以往在短时间内必死无疑的植物人，在现代医学的呵护下居然可以照样孕育和生下孩子！在欢呼医学的辉煌胜利时，一个尖锐的问题——正像案例2中那场官司所揭示的那样——就会凸现出来：这家医院究竟做了什么，做了应当做的事情还是做了不应当做的事情？医生在医疗技术上能够做到的事情，就一定应当、一定值得去做吗？

将所有的问题及其思考浓缩在一起，就会得出这样一个结论：医学是人学，医乃仁术。医学是求真的，更是扬善的。如此，实践就将现代医学学子带到了医德生活领域和医学伦理学殿堂。毫无疑问，在现代，业医者要给上述两个典型案例及其类似的矛盾以正确的解读与回答，从而保证在医学实践中做出合理选择，必须具备医学伦理学素质，而养成医学伦理学素质，则必须从学习医学伦理学做起。

于是，伦理沉思就必定涉及这样的重大话题：医学伦理学是什么？为什么学习医学伦理学？

一、医学伦理学是什么？

（一）历史长河中的医学伦理学

医学伦理学(medical ethics)是人类医德生活及其成果的反映。正如前述两个案例所展示的那样，医学伦理学就是人们在医德的探索、沉思、争议及其积淀中成就的。医学是人们的一种实践活动，医德(medical morality)是人们在这种实践活动中追求的一种应当实现的生活方式，医学伦理学是人们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性，以及人们认识水平的进步性和医德思想发展的阶段性，迄今医学伦理学可以划分为两大历史类型：一是非学说体系的医学伦理学，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生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形象黄帝、炎帝、伏羲就不是以医学专门家亮相的，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胜任调试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,医生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其规范所取代。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、倡导以及两者相互结合等方式表述医生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,表现为前所未有的高技术化;同时,医学服务高度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。它不仅关注医生美德、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,女权运动和病人权利运动先后兴起,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,引发诸多令人棘手的道德难题。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,这就是大多数学者所说的生命伦理学对医学伦理学的超越和取代。生命伦理学的萌发,同医学伦理学的复兴一样,都发生在20世纪五六十年代。生命伦理学概念首先由美国学者范·伦塞勒·波特提出和界定。他在1971年出版的《生命伦理学:通向未来的桥梁》一书中将生命伦理学定义为:“利用生命科学以改善人们生命质量的事业,同时有助于我们确定的目标,更好地理解人和世界的本质。因此,它是生存的科学,有助于人们对幸福和创造性生命开处方。”美国肯尼迪伦理研究所于1978年出版的《生命伦理学百科全书》将其定义为:生命伦理学是对“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。”我国医学伦理学家杜治政在1986年给出的定义是：“生命伦理学(有人亦称生物伦理学)，是围绕改进生命和提高生命质量而展开的人类行为的各种伦理问题的概括，是医学伦理学发展的新阶段。”

(二) 医学伦理学的学科定位

1. 新兴交叉学科 作为后起的新兴的学科，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，都有值得商榷的地方。但是，正如我们对前两个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力阐释“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。

2. 学科特征 准确、全面地理解医学伦理学的学科定位，需要讨论医学伦理学的学科特征。

首先，实践性。医学伦理学是与医学实践密切相关的学科。医学伦理学的理论、规范来源于医学实践，是对其道德行为、道德关系、道德意识的概括和说明；医学伦理学的理论、规范的形成和发展也是在长期的医学实践中实现的。作为相对独立的一种精神力量，来源于医学实践的医学伦理学理论、规范对医学实践具有重大的指导作用。这种作用不仅表现为对医德现实生活的描述，更表现为对医德理想境界的追求。医学实践既是医学伦理学的基础、动力，又是医学伦理学建设的目的，也是检验医学伦理学理论正确性的唯一标准。实践性突出表明医学伦理学存在的根据和价值。

其次，继承性。弘扬道德是医学进步的基本条件和重要标志，是贯穿医学发展史的一条主线。“为医者仁”、“救死扶伤”等伦理原则为医者创立、恪守、传承，医学人道精神一以贯之并不断发扬光大。作为承载它们的医学伦理学，其继承性集中地体现了这一学科发展的历史连续性的突出特征。与一般伦理学在重大社会转折期间出现某种断裂和重视扬弃不同，医学伦理学发展中的继承性是首要的和一贯的。

最后，时代性。时代性表征着医学伦理学的发展与进步。作为医学伦理学研究对象，医德伴随着医学发展和社会进步而不断更新。医学的发展，不仅表现为诊治疾病手段的进步，而且表现为医学道德的进步。与新的预防、诊断、治疗方法相对应的医学伦理原则的完善和更新是医学道德进步的重要标志。任何时代的医学道德都与特定的社会背景与医学水准相联系，都为解决该时代的具体医学问题而存在。医德理论，医德原则与规范，医德评价、医德教育、医德修养等医德活动都是时代的产物，无不打上时代的印记。与其相适应，医学伦理学也是与时俱进的。医学伦理学的任务就是正确反映当代社会对医学的要求，为现代医学发展提供导向，为符合道德的医学行为进行辩护。

3. 与其他学科的关系 准确、全面地理解医学伦理学的学科定位，还需要讨论医学伦理学同其他相关学科的关系。

首先,医学伦理学与医学的关系。历史的回顾与现实的考察无不表明,两者是密不可分。医学为医学伦理学提供了实践层面的生长点。作为知识体系,医学是研究人的健康与疾病及其两者相互转化的规律、防病治病的规律的科学学说。但从实践及其本质上看,医学是人们追求健康利益的体现和产物。医德尤其是作为观念形态的医学伦理学,其根源就是人们在实践中追求的健康利益,换句话说,正是有了医学,医德及其医学伦理学才找到自己植根的这片沃土,慢慢萌生并长成参天大树。在当今时代,医学继续为医学伦理学提供着成长的滋养;同时,医学的健康发展也缺少不了医学伦理学的导向与推动;在两个学科都必须同时到位共同参与解决问题的领域,缺少哪一方都将无所作为。这是医学发展到现代特别令人瞩目的一个方面。当然,还有问题的另外一个方面,即不能忽视医学与医学伦理学之间的质的差别。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:医学讲的是是与非,医学伦理学讲的是善与恶;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;医学奉献的是追求健康利益的物质手段和知识技能,医学伦理学奉献的是追求健康利益的人文理念和伦理准则。显而易见,两者是相生相长的、相辅相成的,而不是毫不相干的或相互否定的。前述案例1及其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。

其次,医学伦理学与伦理学的关系。伦理学是以道德为研究对象的学科,是揭示道德的本质及其产生、形成、发展规律的学科。医学伦理学是以医学道德为研究对象的学科,是揭示医学道德的本质及其产生、形成、发展规律的学科。与其他所有学科相比,两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,就可知两者是种属关系、一般和个别的关系。从学科内容上看,两者都是讲应当如何做人做事的,都是讲利益合理追求与分配的,都是讲人际关系和谐与有序的,总之都是研究善并设计、制定善行行为准则的学说。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。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学道德现象;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学道德生活领域;学科功能有区别:伦理学是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。

最后,医学伦理学与医学法学、医学心理学、医学行为学、医学社会学等学科的关系。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,都是既有区别又有联系的。因此,它们之间只能是互补的,而不能相互替代。例如,其中关系最为密切的医学伦理学与医学法学,两者都是研究医学领域中人的行为准则的,不仅有些行为准则相互重叠,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。在前述第二个案例中,对这家医院及其医务人员的做法,医学法学并未加以干预,但医学伦理学就不能不关注这样一些问题:在吉凶未卜的情况下,植物人腹中的胎儿弃留选择何者更为合理?与胎儿相关的诸多人选中,谁更有决定胎儿出生的权利?临床医师的医疗自主权应该如何体现?……在这里,医学伦理学承担了更多的其他学科无法替代的责任与功能。

(三) 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 首先,医患关系即医务人员与病人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。在我们社会主义国家,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病人服务,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,强调维护病人个人的权益。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、病人权利论、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,对病人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。在建设社会主义市场经济的条件下,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。在为病人服务的过程中,医疗卫生单位内部所形成的医生与护士、医生与医生、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。这些关系都需要也都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?如何确定各级医生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。这是医学价值和医学道德日益社会化的产物。以往,类似的现象不多,矛盾不尖锐,人们不在意。现在,这方面的问题则日益突出,往往令人左右为难,社会公众对此也日益关注。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病人做出诊治决策时,必须正确处理对病人个人健康利益尽义务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病人正当健康权益,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,是优先配置高新技术手段,还是优先更新常规诊治设备?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、要解决的特殊伦理问题,甚至难题,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,现代医学发展带来的医德新问题。这些问题往往是一些难题,在西方则大多被称为生命伦理。医学中自古以来就有所谓两难选择的伦理问题,例如医者对病人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病人损伤不可避免的情况时应如何进行价值选择,医者面对有风险的病人时是胆识为上、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以研究和回答,以便为医务人员和社会公众提供理论、观点、规范等方面的指导。

综上所述,医学伦理学是以医学道德为研究对象的一门科学;它属于应用伦理学范畴,是医学与伦理学相互交叉的新兴学科;它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。

二、为什么学习医学伦理学?

(一) 医学固有的本质诉求

1. 医乃仁术 前述案例1的作者、那位想做而最终并未去做医生的讴歌,在学习医学的过程中领悟到一系列极其有价值的命题:“如果说医学本身是门并不完美的科学,那么从事医学事业的医生,就是选择了一份背着人道主义重担、过程却冷暖自知的职业。这份职业,承担着来自病人类似上帝的期待,却脱不了一个凡人的身份,脱不了身边需要面对的琐碎现实”;“医学,原本是一门时时需要以人为本的科学,而现在,它越来越显示出专业主义的冷酷秉性”;未来做医生,“需要一个科学家的头脑和一颗传教士的心灵”;医生应该“医术高超,做人一品”,等等。这些无不在阐释一个千古真谛——