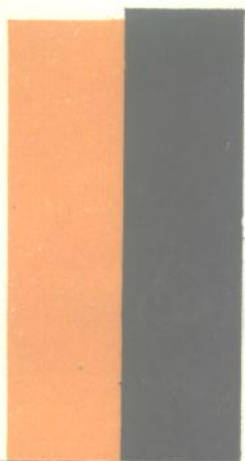
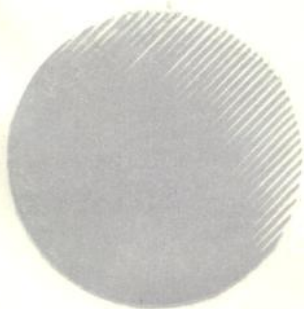


生命伦理学

走向二十一世纪的人需要多
维的视野和崭新的知识结构。《新
学科丛书》以全方位的态势和准
确、快速的信息，向您展示当代国内外引人注目的
综合学科、边缘学科、交叉学科和分支学科。



新学科丛书



生命伦理学

邱 仁 宗著

上海人民出版社

责任编辑 严忠树

罗 湘

封面装帧 沈蓉男

·新学科丛书·

生命伦理学

邱仁宗著

上海人民出版社出版

(上海绍兴路54号)

新华书店上海发行所发行 江苏如东印刷厂印刷

开本 850×1156 1/32 印张 10 插页 2 字数 209,000

1987年5月第1版 1987年5月第1次印刷

印数 1—40,000

书号 2074·501 定价 2.30元

《新学科丛书》前言



社会主义中国正在腾飞。

腾飞的年代要求人们具有丰富的知识。

当代知识体系已呈现出多彩的态势、全新的格局——现代科学日趋高度分化和高度综合，自然科学与社会科学相互渗透和结合，出现了许多综合学科、边缘学科和分支学科。

我们正面临着知识的挑战。

为了迎接这一挑战，《新学科丛书》将以马克思主义为指导，依据我国的国情，适应社会主义现代化建设的需要，有计划地、有目的地、通俗地介绍以社会科学为主的各门新学科。

《新学科丛书》，理论性与应用性并重，学术性与普及性兼顾，力求用新思想、新材料、新形式、新语言，提供丰富的新知识和新信息，以帮助人们开阔视野，更新知识结构，掌握科学方法，为繁荣社会主义科学文化事业服务。

编 者

目 录

I 难题和挑战	(1)
1. 生命伦理学的兴起	(1)
2. 医德学、医学伦理学和生命伦理学.....	(6)
2.1. 医学伦理学的扩展(6)	
2.2. 义务论与价值论 (8)	
2.3. 不可通约的论证(9)	
3. 作为应用规范伦理学的生命伦理学	(11)
3.1. 作为道德哲学研究的伦理学 (11)	
3.2. 规范伦理学(12)	
3.3. 元伦理学(13)	
3.4. 伦理学理论(17)	
4. 科学技术和伦理学	(21)
II 生殖技术	(27)
1. “奇妙的新世界”	(27)
1.1. 正在成为现实的幻想(27)	
1.2. 什么是生殖技术?(28)	
1.3. 非自然生殖(29)	
2. 性别选择	(29)
2.1. 什么是性别选择?(29)	
2.2. 性别选择方法(30)	
2.3. 性别选择对社会的利弊(32)	
3. 人工授精	(34)
3.1. 非自然生殖的第一步 (34)	
3.2. 生儿育女与婚姻的组带(35)	
3.3. 什么是父亲?(37)	
3.4. 精子的地位	

(38) 3.5. 精子应该成为商品吗?(39) 3.6. 非婚妇女 的人工授精(40) 3.7. 人工授精与优生(40)	
4. 体外受精	(41)
4.1. 从love-making到 baby-making (41) 4.2. 制造 婴儿的技术(42) 4.3. “医学份外之事” (44) 4.4. 父 母的身份(45) 4.5. 胚胎是人吗?(48) 4.6. 公正分配 (51) 4.7. 社会控制(52)	
5. 代理母亲	(54)
5.1. 什么是代理母亲?(54) 5.2. “白鹤”的功能(56) 5.3. 可能的代价(57) 5.4. 代理母亲合乎道德吗?(58)	
6. 无性生殖	(61)
6.1. 什么是无性生殖?(61) 6.2. 核移植技术(62) 6.3. 关于无性生殖的争论(64)	
III 生育控制	(67)
1. 避孕	(67)
1.1. 避孕的历史(67) 1.2. 避孕是不道德的吗?(69) 1.3. 争取避孕的合法(72) 1.4. 避孕的问题(74)	
2. 人工流产	(76)
2.1. 流产和人工流产(76) 2.2. 胎儿的发育(77) 2.3. 人工流产问题上的各派观点(78) 2.4. 胎儿是人吗?(81) 2.5. 胎儿不是人吗?(84) 2.6. 什么是人? (87) 2.7. 胎儿的生的权利 (91) 2.8. 人工流产问题上的价值 冲突(94) 2.9. 人工流产的控制(95)	
3. 绝育	(99)
3.1. 剥夺生育的能力(99) 3.2. 关于绝育的争论 (101)	
4. 胎儿研究	(104)

- 4.1. 胎儿研究的必要(104) 4.2. 胎儿研究的争论(105)
- 4.3. 胎儿研究的管制(107)

IV 遗传和优生..... (109)

- 1. 产前诊断 (110)
 - 1.1. 产前诊断技术(110) 1.2. 产前诊断的适应征和
风险(112) 1.3. 选择性流产(114)
- 2. 遗传咨询 (118)
 - 2.1. 遗传咨询的概念(118) 2.2. 自由和操纵(120)
- 3. 遗传普查 (122)
 - 3.1. 遗传普查的概念(122) 3.2. 代价和收益(125)
 - 3.3. 权利和义务(126) 3.4. 应对工人进行易感性普
查吗?(128)
- 4. 基因疗法 (129)
 - 4.1. 体细胞基因治疗(130) 4.2. 生殖系基因治疗(131)
 - 4.3. 增强基因工程和优生基因工程(132)
- 5. 重组DNA..... (134)
 - 5.1. 拼接生命(134) 5.2. 停止研究的原则(136)
- 6. 优生 (138)
 - 6.1. 概念和历史(138) 6.2. 优生的伦理学(141)

V 有缺陷新生儿..... (143)

- 1. 低出生体重儿和有缺陷新生儿 (143)
 - 1.1. 有缺陷新生儿(143) 1.2. 低出生体重儿(145)
- 2. 难题和困境——若干案例.....(146)
 - 2.1. Baby Houle (147) 2.2. Baby Girl Vataj(147)
 - 2.3. Baby Doe(148) 2.4. Baby Jane Doe(151)
 - 2.5. 心脏先天畸形(152) 2.6. 小头症(153) 2.7. 染

染色体异常(153)

3. 应该或必须治疗有严重缺陷的新生儿吗?(154)

4. 新生儿是人吗? (157)

4.1. “婴儿是人,有绝对的生的权利”(157) 4.2. “婴儿是人,但并无绝对的生的权利”(158) 4.3. “婴儿不是人,杀婴是容许的”(159) 4.4. “婴儿并无生的权利,但有高度价值”(160) 4.5. “后果合意就可结束婴儿的生命”(161)

5. 生命的价值和生命的质量 (162)

5.1. 生命的价值(162) 5.2. 生命的质量(164)

6. 有缺陷新生儿的安乐死 (165)

7. 杀婴 (168)

7.1. 杀婴与文化(168) 7.2. 对杀婴的道德态度(169)

8. 由谁作出决定? (171)

VI 死亡和安乐死 (175)

1. 从若干案例谈起 (175)

1.1. Karen Ann Quinlan(175) 1.2. Joseph Saikewicz (177) 1.3. Clarence Herbert(178) 1.4. Claive Convoy (180) 1.5. Mary Hier(181)

2. 死亡的定义和标准 (183)

2.1. 死亡的心脏呼吸概念(183) 2.2. 死亡的脑死定义(184) 2.3. “范式”的转换(187) 2.4. 死亡的宣布(189)

3. 安乐死能否在伦理学上得到证明? (192)

3.1. 安乐死的概念和历史 (192) 3.2. 安乐死的伦理学根据(194) 3.3. 主动与被动(195) 3.4. 通常与非常(197) 3.5. 有意与无意(200) 3.6. 自愿与非自愿(202)

4. 头脑与心灵的争斗.....	(204)
5. 安乐死的政策和立法.....	(207)
5.1. 由谁决定?(207)	5.2. “生前遗嘱”(208)
5.3. 立法(269)	
6. 拒绝治疗.....	(211)
VII 器官移植	(215)
1. 历史和现状.....	(215)
2. 移植器官的来源.....	(218)
2.1. 供不应求(218)	2.2. 活体器官和尸体器官(219)
2.3. 自愿捐献(220)	2.4. 商业化(223)
2.5. 推定同意(225)	
3. 病人的选择.....	(227)
4. 分配的公正.....	(229)
5. 异种器官移植.....	(231)
5.1. Baby Fac(231)	5.2. 异种器官移植的效益(233)
5.3. 知情同意和严格审查(235)	5.4. 研究准则(236)
5.5. 资源分配和动物权利(237)	
6. 人工心脏.....	(237)
6.1. 心脏代用品(237)	6.2. 暂时性人工心脏(239)
6.3. 永久性人工心脏(242)	
VIII 行为控制	(246)
1. 行为控制技术.....	(246)
2. 脑的电刺激.....	(248)
3. 精神外科.....	(251)
3.1. 什么是精神外科?(251)	3.2. 精神外科的治疗价值(253)
3.3. 精神外科的社会使用(255)	

4. 行为的药物控制.....	(257)
4.1. 控制行为的药物(257) 4.2. 使用控制行为药物的问题(258)	
5. 行为和遗传.....	(260)
5.1. 人类行为的遗传学基础(260) 5.2. 决定与责任(263)	
6. 精神病人的行为控制.....	(265)
7. 控制与自主.....	(268)
IX 政策和伦理学.....	(275)
1. 卫生政策、伦理学和人类价值.....	(275)
1.1. 伦理学是卫生政策与人类价值之间的桥梁(276)	
1.2. 价值在决策中的作用(278) 1.3. 舆论的建立(280)	
2. 健康权利.....	(282)
2.1. 卫生保健概念(283) 2.2. 社会公正(284)	
3. 政府、集体和个人的责任.....	(285)
3.1. 政府的责任(285) 3.2. 个人的责任(287)	
4. 卫生保健资源的宏观分配.....	(287)
5. 卫生保健资源的微观分配.....	(290)
主要参考文献.....	(292)

I 难题和挑战

1. 生命伦理学的兴起

生命伦理学是本世纪70年代兴起的一门新学科。1969年在美国纽约建立了一个社会、伦理学和生命科学研究所，现在通称为海斯汀中心(The Hastings Center)，1971年该中心出版了双月刊《海斯汀中心报道》(*The Hastings Center Report*)。同年在美国华盛顿乔治城大学建立了肯尼迪伦理学研究所(Kennedy Institute of Ethics)，1975年《医学哲学杂志》(*The Journal of Medicine and Philosophy*)创刊，1978年肯尼迪伦理学研究所组织编写的四卷本《生命伦理学百科全书》(*Encyclopedia of Bioethics*)出版。从此以后，北美、西欧、日本等国大学出现了越来越多的生命伦理学研究中心，各国和国际的有关生命伦理学的学术会议、专题学术讨论会、研讨会连绵不断，出版了大量的学术论文和专著，并且引起了医学界和哲学界以外的学术界、司法和立法部门、新闻媒介和公众的关注。

生命伦理学(bioethics)一词第一次是由波特(Van Pansselaar Potter)在他的《生命伦理学：通往未来的桥梁》一书中使用

的。但他使用这个术语的含意与现在不同，他定义生命伦理学为用生命科学来改善生命的质量，是“争取生存的科学”。他把应用科学与伦理学混为一谈了。

生命伦理学bioethics由两个希腊词构成：bio(生命)和ēthikē(伦理学)。生命主要指人类生命，但与之有关也涉及到动物生命和植物生命。伦理学是指对道德的哲学研究（我们将在下面详细讨论这个问题）。有人定义生命伦理学为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系统的研究。生命科学是研究生命体和生命过程的科学部门，包括生物学、医学、人类学和社会学。卫生保健是指对人类疾病的治疗和预防以及对健康的维护。所以生命伦理学是一门边缘学科，多种学科在这里交叉。

生物技术的进步，使医学面临了许多前所未有的新难题，并对传统的伦理观念提出了新挑战，这是产生生命伦理学的根本原因。生物医学技术大大增强了专业人员的力量和知识。过去人们不能做的事现在能够做了，如使垂死的病人继续存活，在产前检查出胎儿的疾病，移植身体的器官等等。于是就提出了这样的问题：“我们应该干这种事吗？”由于知识的增加，我们可以预测原来不可预测的行动后果，迫使我们作出道德决定。例如，有严重遗传病的夫妇所生育的后代，有身心缺陷的可能性非常之大，是否可作出不允许他们生育的决定？力量和知识的增加可带来许多好处，如使不能生育的人生儿育女，某一器官衰竭的病人可以获得代替的器官，这又提出资源的公平分配问题。“不许伤害病人”是一条传统的医学伦理学原则。那么，

关闭一个脑死病人的呼吸器是不是伤害病人？不让一个有严重缺陷的胎儿出生是不是伤害病人？不去抢救一个没有存活希望的无脑儿或脊柱裂婴儿是不是伤害病人？因为得不到供体肾而使肾衰竭病人死去是不是伤害病人？等等。

生命伦理学就是为了解决这类难题和回答这种挑战而产生的。

现在生命伦理学已成为医学家、哲学家、生物学家、社会学家、宗教界人士、新闻界人士、立法者、决策者和公众共同关心的问题。美国和法国都成立了总统委员会来处理这些问题。1983年2月23日，法国总统密特朗在建立“国家生命和健康科学伦理学顾问委员会”时说：“谁是父亲？谁是母亲？作为父母的权利不再截然分明了，因为体外受精现在已有可能。”由于社会—文化上的父母与生物学父母的分离，“扰乱了作为我们家庭和社会基础的身份的宪法关系……产生了一些可怕的问题……你们委员会必须是对话、思考和建议的场所，可以成为集体感觉和公共权威干预的中介。”该委员会以密特朗为主席，36个委员中有5名哲学家和宗教学家，15名伦理学家，16名生物学和医学专家。

生命伦理学的产生和社会对它的关注可以从以下几个方面来进一步理解：

(1) 生物医学技术的进步使人们不但能更有效地诊断、治疗和预防疾病，而且有可能操纵基因、精子或卵、受精卵、胚胎、以至人脑、人的行为和人体。这种增大了的力量可以被正确使用，也可以被滥用，对此如何进行有效的控制？而且这种力量的影响可能涉及这一代，也可能涉及下一代和以后几代。

当目前这一代人的利益与子孙后代的利益发生冲突时怎么办？

生物医学技术进步对社会影响增大的一个例子是生殖技术和生育控制技术对家庭模式变化的作用。把性行为与生育分开、把产卵、受精、胚胎三者分开的这种技术发展下去，很可能会根本改变家庭模式。设想一下如果可以用人造子宫来进行体外妊娠，进行无性生殖，加上社会化的婴幼儿培养教育系统，传统的家庭就会遇到更大的挑战。在一些国家中，非婚同居，单人家庭的数目正在增长。婚姻、家庭模式的这种变化趋势，会不会对整个社会起瓦解作用？社会应不应该对这种趋势加以控制？如果需要，是不是应该对这些技术的应用加以控制？

(2) 生物医学技术的发展使人们产生了或加强了许多非医学的需要。一种非医学需要是社会的，例如人口控制。长期以来，人类没有感到有控制人口的必要和可能。马尔萨斯理论的积极作用之一就是使人们感到有必要控制人口。但是如何控制、是否能够控制，这些问题长期没有解决。生育控制技术的发展以及相应的行政措施使这种控制成为可能。这样医学就越出了它传统的范围。于是产生一个问题：传统的医德要求医生对病人个人负责，现在又要求医生对社会负责，当这两种责任发生矛盾时，医生应该怎么办？这是过去的医生没有遇到过的问题。

另一种非医学的需要是个人的。例如不育的父母要求有个孩子，五官不端正的人要求做美容术。体外受精技术不是为了治疗输卵管阻塞症，而是为了补偿因这种疾病而造成的功能障碍。低鼻梁、单眼皮、乳房平坦、下颚突出等也不是疾病，人们要求整形外科来解决这些非医学问题。随着经济的发展，技术的进步和人民生活水平的提高，一些重要疾病得到控制，这种

非医学需要越来越多地要求医学能予以解决。于是就产生一个满足医学需要与满足非医学需要之间如何平衡的问题。

即使对于传统上属于医学范围的问题，现在也越来越需要采取非医学的方法来干预。且不说环境引起的疾病，仅举目前危害人类健康和生命最严重的心血管病和癌症为例，如果要真正贯彻预防为主方针，就必须强调改变人们的行为模式和改善自然-社会环境。这些都属于非医学的干预。医务工作者和医疗卫生部门对此究竟应负有多少责任？该花多少力量？

(3) 生物医学技术的进步本身带来了使用它们的压力，造成医疗费用的猛增。越是比较发达的国家，医疗费用在国家开支中所占的比重越大。例如美国的卫生经费占政府总开支的12%，但是人们仍然感到不够。这就使国家资源在卫生事业与其他事业之间以及卫生事业内部各部门之间的合理分配问题更突出了。除了这种宏观分配外还有一个微观分配问题。由于器官移植技术的发展，许多病人等待着器官供给，但是可用的供体器官很有限，那么应该根据什么原则来把这稀有的资源分配给病人呢？这也是一个新问题。那么多资源投入卫生保健事业，也就更加引起公众与立法机构的关注。

(4) 生物医学技术的进步使人们的价值观念发生了变化，使人们更加重视有用、有效、效益。在医疗卫生机构中，人们也更重视低费用高效益，即使不是为了赢利。这样容易忽视人的价值，从而使医学内部的两个要素（认知的和情感的要素），两个责任（技术责任和人类责任）和两个价值（科学价值和人的价值）之间更不平衡，公众对医疗工作缺乏对人的同情更为敏感。

2. 医德学、医学伦理学和生命伦理学

2.1. 医学伦理学的扩展

生命伦理学是医学伦理学的扩展。在传统意义上的医学伦理学又叫医德学，它包括范围广泛的职业诫条，这些诫条随不同的历史时期、文化和医学类型而有异。例如“要谦逊”、“尊敬师长”等一般准则以及“同行不要相争”、“不要登广告招徕顾客”等行会或职业诫条已不包括在现代医学伦理学领域内。现代的医学伦理学在两部分内容上是与医德学重迭的。

(1) 关于美德的理论。即有道德的医生是什么样的人？医生应该成为什么样的人？他应该具备哪些美德或品格？例如要求医生仁慈、正直、庄重、值得信任等等。

(2) 关于义务的理论。即规定借以判断医生行为正当与否的标准。医生应该做什么？可以做什么？不应该做什么？他的责任是什么？并对医生的意向和后果、动机和条件的关系进行分析，以保证医生的行为在道德上正确。

《希波克拉底誓词》和孙思邈的《大医精诚》就包括这两部分的内容。前者要求医生对病人应尽力而为、公正、不伤害、不堕胎、不作手术、不与之发生性关系、保密，要象对待父母一样对待师傅。后者要求医生“无欲无求，先发大慈恻隐之心”，“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”，“不得恃己所长，专心经略财物”，等等。

但现代医学伦理学的第三部分内容是传统的医德学所没有的。

(3) 关于公益的理论。即医学这种社会性事业如何才能做到公正？因为现代医学已从一种医生与病人之间私人进行的技术上的相互作用，变成一种由各层次医院和诊所、医学院校、生物医学研究机构、公共卫生机构等组成的社会性事业了。作为一种社会性事业，就有一个收益和负担的分配和分配是否公正的问题。如日益复杂的治疗设备增加非受治者的负担；医学的进展使有缺陷基因不能从人类基因库中消除，而将某些遗传病传至后代；某些垂死病人可以延长临终时间，加重活人的感情和经济负担；稀有医疗资源如何合理分配？医学资源的宏观分配如何才能合理？现代医学与传统医学的关系如何处理？医疗制度如何完善？这部分内容实际上已涉及卫生政策、卫生发展战略以及医疗卫生体制和制度等问题了，这是传统的医德学所没有的内容。

生命伦理学(又称生物医学伦理学biomedical ethics)的内容则比现代意义的医学伦理学更广泛。大致有以下四个方面的内容：

(1) 所有卫生专业提出的伦理学问题。这一方面相当于医学伦理学。

(2) 生物医学和行为研究，不管这种研究是否与治疗直接有关，如人体实验的伦理学问题。

(3) 广泛的社会问题，如环境伦理学和人口伦理学等。

(4) 动物和植物的生命问题。~~如动物实验和生态学中植物保护的伦理学问题。~~

1981年，美国出版的《生物医学伦理学》一书有这样一些内容：