

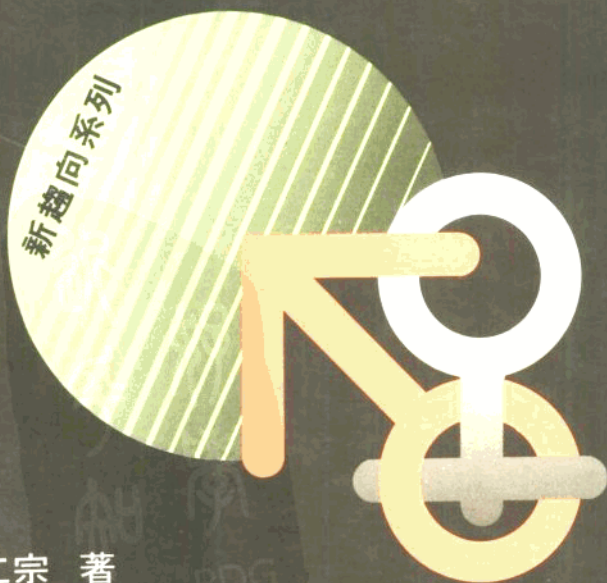
生死之間

道德難題與生命倫理

新趨向系列



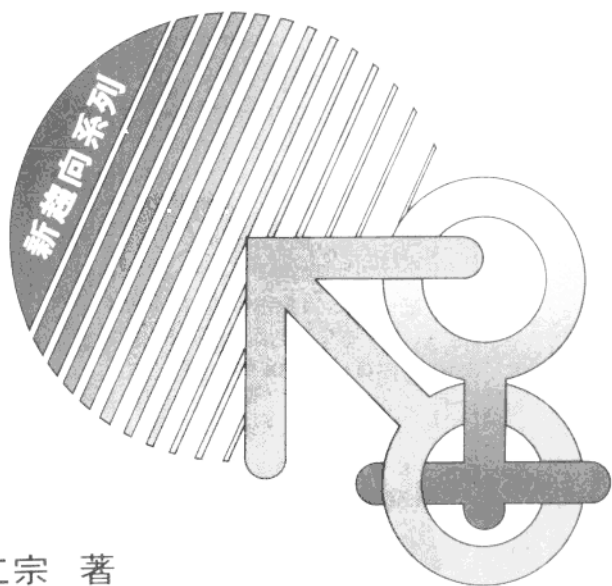
邱仁宗 著



18256

生死之間

道德難題與生命倫理



邱仁宗 著



書 名：生死之間
——道德難題和生命倫理

著 者：邱仁宗
出 版：中華書局香港分局
香港九龍彌敦道450-452號

印 刷：陽光印刷製本廠
香港柴灣利業街40號24樓B3

版 次：1988年1月初版
©1988 中華書局香港分局

國際書號：ISBN 962 231 118 0

本書由上海人民出版社提供稿源

獻給

我的母親、妻子和兩個女兒

114684/02

目 錄

I	難題和挑戰	(1)
1.	生命倫理學的興起	(1)
2.	醫德學、醫學倫理學和生命倫理學	(6)
2.1.	醫學倫理學的擴展	(6)
2.2.	道義論與價值論	(8)
2.3.	不可通約的論證	(9)
3.	作為應用規範倫理學的生命倫理學	(11)
3.1.	作為道德哲學研究的倫理學	(11)
3.2.	規範倫理學	(12)
3.3.	元倫理學	(13)
3.4.	倫理學理論	(17)
4.	科學技術和倫理學	(21)
II	生殖技術	(26)
1.	“奇妙的新世界”	(26)
1.1.	正在成為現實的幻想	(26)
1.2.	什麼是生殖技術?	(27)
1.3.	非自然生殖	(27)
2.	性別選擇	(28)
2.1.	什麼是性別選擇?	(28)
2.2.	性別選擇方法	(28)
2.3.	性別選擇對社會的利弊	(31)
3.	人工授精	(32)
3.1.	非自然生殖的第一步	(32)
3.2.	生兒育女與婚姻的紐帶	(34)
3.3.	什麼是父親?	(35)
3.4.	精子的地位	(36)
3.5.	精子應該成為商品嗎?	(37)
3.6.	非婚婦女的人工授精	(38)
3.7.	人工授精與優生	(39)
4.	體外受精	(39)
4.1.	從love-making到baby-making	(39)
4.2.	製造嬰兒的技術	(40)
4.3.	“醫學份外之事”	(42)
4.4.	父母的身份	(43)
4.5.	胚胎是人嗎?	(45)
4.6.	公正分配	(49)
4.7.	社會控制	(50)
5.	代理母親	(51)

5.1. 什麼是代理母親? (51)	5.2. “白鵝”的功能 (53)
5.3. 可能的代價 (54)	5.4. 代理母親合乎道德嗎? (55)
6. 無性生殖.....	(57)
6.1. 什麼是無性生殖? (57)	6.2. 核移植技術 (58)
6.3. 關於無性生殖的爭論 (61)	
III 生育控制.....	(64)
1. 避孕.....	(64)
1.1. 避孕的歷史 (64)	1.2. 避孕是不道德的嗎? (66)
1.3. 爭取避孕的合法 (68)	1.4. 避孕的問題 (70)
2. 人工流產.....	(72)
2.1. 流產和人工流產 (72)	2.2. 胎兒的發育 (73)
2.3. 人工流產問題上的各派觀點 (73)	2.4. 胎兒是人嗎? (77)
2.5. 胎兒不是人嗎? (79)	2.6. 什麼是人? (82)
2.7. 胎兒的生的權利 (86)	2.8. 人工流產問題上的價值衝突 (89)
2.9. 人工流產的控制 (90)	
3. 絕育.....	(94)
3.1. 剝奪生育的能力 (94)	3.2. 關於絕育的爭論 (96)
4. 胎兒研究.....	(98)
4.1. 胎兒研究的必要 (98)	4.2. 胎兒研究的爭論 (99)
4.3. 胎兒研究的管制 (101)	
IV 遺傳和優生.....	(103)
1. 產前診斷.....	(103)
1.1. 產前診斷技術 (103)	1.2. 產前診斷的適應徵和風險 (104)
1.3. 選擇性流產 (107)	
2. 遺傳諮詢.....	(111)
2.1. 遺傳諮詢的概念 (111)	2.2. 自由和操縱 (113)
3. 遺傳篩查.....	(115)
3.1. 遺傳篩查的概念 (115)	3.2. 代價和收益 (117)
3.3. 權利和義務 (118)	3.4. 應對工人進行易感性篩查嗎? (120)
4. 基因療法.....	(122)

4.1. 體細胞基因治療 (122)	4.2. 生殖系基因治療 (123)
4.3. 增強基因工程和優生基因工程 (124)	
5. 重組DNA	(126)
5.1. 拼接生命 (126)	5.2. 停止研究的原則 (128)
6. 優生.....	(130)
6.1. 概念和歷史 (130)	6.2. 優生的倫理學 (132)
V 有缺陷新生兒.....	(135)
1. 低出生體重兒和有缺陷新生兒	(135)
1.1. 有缺陷新生兒 (135)	1.2. 低出生體重兒 (136)
2. 難題和困境——若干案例.....	(138)
2.1. Baby Doe (138)	2.2. Baby Jane Doe (141)
2.3. 心臟先天畸形 (142)	2.4. 小頭症 (143)
3. 應該或必須治療有嚴重缺陷的新生兒嗎?	(144)
4. 新生兒是人嗎?	(146)
4.1. “嬰兒是人, 有絕對的生的權利” (146)	
4.2. “嬰兒是人, 但並無絕對的生的權利” (147)	
4.3. “嬰兒不是人, 殺要是容許的” (148)	
4.4. “嬰兒並無生的權利, 但有高度價值” (149)	
4.5. “後果合意就可結束嬰兒的生命” (150)	
5. 生命的價值和生命的質量.....	(151)
5.1. 生命的價值 (151)	5.2. 生命的質量 (152)
6. 有缺陷新生兒的安樂死.....	(154)
7. 殺嬰.....	(156)
7.1. 殺嬰與文化 (157)	7.2. 對殺嬰的道德態度 (157)
8. 由誰作出決定?	(159)
VI 死亡和安樂死.....	(163)
1. 從若干案例談起.....	(163)
1.1. Karen Ann Quinlan (163)	1.2. Clarence Herbert (165)
1.3. Claire Convoy (166)	1.4. 他應該出院嗎? (167)
1.5. 應該對他們實行安樂死嗎? (168)	
2. 死亡的定義和標準.....	(169)

2.1. 死亡的心臟呼吸概念 (169)	2.2. 死亡的腦死定義 (171)
2.3. “範式”的轉換 (173)	2.4. 死亡的宣佈 (175)
3. 安樂死能否在倫理學上得到證明?	(177)
3.1. 安樂死的概念和歷史 (177)	
3.2. 安樂死的倫理學根據 (179)	
3.3. 主動與被動 (181)	3.4. 通常與非常 (183)
3.5. 有意與無意 (185)	3.6. 自願與非自願 (187)
4. 頭腦與心靈的爭鬥	(189)
5. 安樂死的政策和立法	(192)
5.1. 由誰決定? (192)	5.2. “預囑” (193)
5.3. 立法 (193)	
6. 拒絕治療	(196)
VII 器官移植	(199)
1. 歷史和現狀	(199)
2. 移植器官的來源	(201)
2.1. 供不應求 (201)	2.2. 活體器官和屍體器官 (202)
2.3. 自願捐獻 (204)	2.4. 商業化 (206)
2.5. 推定同意 (208)	
3. 病人的選擇	(210)
4. 分配的公正	(211)
5. 異種器官移植	(214)
5.1. Baby Fae (214)	5.2. 異種器官移植的效益 (216)
5.3. 知情同意和嚴格審查 (217)	5.4. 研究準則 (218)
5.5. 資源分配和動物權利 (219)	
6. 人工心臟	(220)
6.1. 心臟代用品 (220)	6.2. 暫時性人工心臟 (221)
6.3. 永久性人工心臟 (224)	
VII 行為控制	(228)
1. 行為控制技術	(228)
2. 腦的電刺激	(230)
3. 精神外科	(233)

3. 1. 什麼是精神外科? (233)	3. 2. 精神外科的治療價值 (234)
3. 3. 精神外科的社會使用 (237)	
4. 行為的藥物控制.....	(238)
4. 1. 控制行為的藥物 (238)	
4. 2. 使用控制行為藥物的問題 (239)	
5. 行為和遺傳.....	(241)
5. 1. 人類行為的遺傳學基礎 (241)	5. 2. 決定與責任 (244)
6. 精神病人的行為控制.....	(245)
7. 控制與自主.....	(248)
IX 政策和倫理學.....	(255)
1. 衛生政策、倫理學和人類價值.....	(255)
1. 1. 倫理學是衛生政策與人類價值之間的橋樑 (255)	
1. 2. 價值在決策中的作用 (258)	1. 3. 輿論的建立 (259)
2. 健康權利.....	(262)
2. 1. 衛生保健概念 (262)	2. 2. 社會公正 (263)
3. 政府、集體和個人的責任.....	(264)
3. 1. 政府的責任 (264)	3. 2. 個人的責任 (266)
4. 衛生保健資源的宏觀分配.....	(267)
5. 衛生保健資源的微觀分配.....	(269)
主要參考文獻.....	(271)

I 難題和挑戰

1. 生命倫理學的興起

生命倫理學是本世紀70年代興起的一門新學科。1969年在美國紐約建立了一個社會、倫理學和生命科學研究所，現在通稱為海斯汀中心（The Hastings Center），1971年該中心出版了雙月刊《海斯汀中心報道》（*The Hastings Center Report*）。同年在美國華盛頓喬治城大學建立了肯尼迪倫理學研究所（Kennedy Institute of Ethics），1975年《醫學哲學雜誌》（*The Journal of Medicine and Philosophy*）創刊，1978年肯尼迪倫理學研究所組織編寫的四卷本《生命倫理學百科全書》（*Encyclopedia of Bioethics*）出版。從此以後，北美、西歐、日本等國大學出現了越來越多的生命倫理學研究中心，各國和國際的有關生命倫理學的學術會議、專題學術討論會、研討會連綿不斷，出版了大量的學術論文和專著，並且引起了醫學界和哲學界以外的學術界、司法和立法部門、新聞媒介和公眾的關注。

生命倫理學（bioethics）一詞第一次是由波特（Van Pansselaar Potter）在他的《生命倫理學：通往未來的橋樑》一書中使用的。但他使用這個術語的含意與現在不同，他定義生命倫理學為用生命科學來改善生命的質量，是“爭取生存的科學”。他把應用科學與倫理學混為一談了。

生命倫理學bioethics由兩個希臘詞構成：bio（生命）和

ethike (倫理學)。生命主要指人類生命，但與之有關也涉及到動物生命和植物生命。倫理學是指對道德的哲學研究(我們將在下面詳細討論這個問題)。有人定義生命倫理學為根據道德價值和原則對生命科學和衛生保健領域內的人類行為進行系統的研究。生命科學是研究生命體和生命過程的科學部門，包括生物學、醫學、人類學和社會學。衛生保健是指對人類疾病的治療和預防以及對健康的維護。所以生命倫理學是一門邊緣學科，多種學科在這裏交叉。

生物技術的進步，使醫學面臨了許多前所未有的新難題，並對傳統的倫理觀念提出了新挑戰，這是產生生命倫理學的根本原因。生物醫學技術大大增強了專業人員的力量和知識。過去人們不能做的事現在能夠做了，如使垂死的病人繼續存活，在產前檢查出胎兒的疾病，移植身體的器官等等。於是就提出了這樣的問題：“我們應該幹這種事嗎？”由於知識的增加，我們可以預測原來不可預測的行動後果，迫使我們作出道德決定。例如，有嚴重遺傳病的夫婦所生育的後代，有身心缺陷的可能性非常之大，是否可作出不允許他們生育的決定？力量和知識的增加可帶來許多好處，如使不能生育的人生兒育女，某一器官衰竭的病人可以獲得代替的器官，而這些治療的費用又十分昂貴，這又提出資源的公平分配問題。“不許傷害病人”是一條傳統的醫學倫理學原則。那麼，關閉一個腦死病人的呼吸器是不是傷害病人？不讓一個有嚴重缺陷的胎兒出生是不是傷害病人？不去搶救一個沒有存活希望的無腦兒或脊柱裂嬰兒是不是傷害病人？因為得不到供體腎而使腎衰竭病人死去是不是傷害病人？等等。

生命倫理學就是為了解決這類難題和回答這種挑戰而產生的。

現在生命倫理學已成為醫學家、哲學家、生物學家、社會學家、宗教界人士、新聞界人士、立法者、決策者和公眾共同關心的問題。美國和法國都成立了總統委員會來處理這些問題。1983年2月23日，法國總統密特朗在建立“國家生命和健康科學倫理學顧問委員會”時說：“誰是父親？誰是母親？作為父母的權利不再截然分明了，因為體外受精現在已有可能。”由於社會—文化上的父母與生物父母的分離，“擾亂了作為我們家庭和社會基礎的身份的憲法關係……產生了一些可怕的問題……你們委員會必須是對話、思考和建議的場所，可以成為集體感覺和公共權威干預的中介。”該委員會以密特朗為主席，36個委員中有5名哲學家 and 宗教學家，15名倫理學家，16名生物學和醫學專家。在中國自1979年以來醫學家和哲學家開始關注生命倫理學問題。在全國性的醫學哲學和醫學倫理學學術會議以及1980年創刊的《醫學與哲學》雜誌上，討論了諸如死亡和安樂死，有嚴重缺陷新生兒的處理，晚期人工流產，人體實驗等倫理學問題。1985年以來，我和我的同事組織的北京醫學倫理學研討會，先後討論了有缺陷新生兒的處理，新條件下的醫患關係，人體實驗、遺傳諮詢和篩查，對精神病人的治療、器官移植、對腦死和臨終病人的處理、晚期流產、對殘疾人的照顧等倫理學問題，並開展了案例研究和問卷調查。

生命倫理學的產生和社會對它的關注可以從以下幾個方面來進一步理解：

(1) 生物醫學技術的進步使人們不但能更有效地診斷、治療和預防疾病，而且有可能操縱基因、精子或卵、受精卵、胚胎、以至人腦、人的行為和人體。這種增大了的力量可以被正確使用，也可以被濫用，對此如何進行有效的控制？而且這種力量的影響可能涉及這一代，也可能涉及下一代和以後幾代。當目

前這一代人的利益與子孫後代的利益發生衝突時怎麼辦？

生物醫學技術進步對社會影響增大的一個例子是生殖技術和生育控制技術對家庭模式變化的作用。把性行為與生育分開、把產卵、受精、胚胎三者分開的這種技術發展下去，很可能會根本改變家庭模式。設想一下如果可以用人造子宮來進行體外妊娠，進行無性生殖，加上社會化的嬰幼兒培養教育系統，傳統的家庭就會遇到更大的挑戰。在一些國家中，非婚同居、單身或單親家庭的數目正在增長。婚姻、家庭模式的這種變化趨勢，會不會對整個社會起瓦解作用？社會應不應該對這種趨勢加以控制？如果需要，是不是應該對這些技術的應用加以控制？

(2)生物醫學技術的發展使人們產生了或加強了許多非醫學的需要。一種非醫學需要是社會的，例如人口控制。長期以來，人類沒有感到有控制人口的必要和可能。馬爾薩斯理論的積極作用之一就是使人們感到有必要控制人口。但是如何控制、是否能夠控制，這些問題長期沒有解決。生育控制技術的發展以及相應的行政措施使這種控制成為可能。這樣醫學就越出了它傳統的範圍。於是產生一個問題：傳統的醫德要求醫生對病人個人負責，現在又要求醫生對社會負責，當這兩種責任發生矛盾時，醫生應該怎麼辦？這是過去的醫生沒有遇到過的問題。

另一種非醫學的需要是個人的。例如不育的父母要求有個孩子，五官不端正的人要求做美容術。體外受精技術不是為了治療輸卵管阻塞症，而是為了補償因這種疾病而造成的功能障礙。低鼻樑、單眼皮、乳房平坦、下顎突出等也不是疾病，人們要求整形外科來解決這些非醫學問題。隨着經濟的發展，技術的進步和人民生活水平的提高，一些重要疾病得到控制，這種非醫學需要越來越多地要求醫學能予以解決。於是就產生一

個滿足醫學需要與滿足非醫學需要之間如何平衡的問題。

即使對於傳統上屬於醫學範圍的問題，現在也越來越需要採取非醫學的方法來干預。且不說環境引起的疾病，僅舉目前危害人類健康和生命最嚴重的心血管病和癌症為例，如果要真正貫徹預防為主的方針，就必須強調改變人們的行為模式和改善自然—社會環境。例如目前吸烟已成為人類最大的“殺手”，保護健康防止或減少心血管病、癌症等疾病發生，必須戒除吸烟這一行為習慣。這些都屬於非醫學的干預。醫務工作者和醫療衛生部門對此究竟應負有多少責任？該花多少力量？

(3)生物醫學技術的進步本身帶來了使用它們的壓力，造成醫療費用的猛增。社會的需要固然推動技術的發明，但技術發明也產生社會需要。CT發明前病人滿足於其他診斷手段。有了CT，病人覺得使用CT後才感到放心。但CT的費用比通常的手段昂貴得多。越是比較發達的國家，醫療費用在國家開支中所佔的比重越大。例如美國的衛生經費佔政府總開支的12%，但是人們仍然感到不夠。這就使國家資源在衛生事業與其他事業之間以及衛生事業內部各部門之間的合理分配問題更突出了。除了這種宏觀分配外還有一個微觀分配問題。由於器官移植技術的發展，許多病人等待着器官供給，但是可用的供體器官很有限，那麼應該根據什麼原則來把這稀有的資源分配給病人呢？這也是一個新問題。那麼多資源投入衛生保健事業，也就更加引起公眾與立法機構的關注。

(4)生物醫學技術的進步使人們的價值觀念發生了變化，使人們更加重視有用、有效、效益。在醫療衛生機構中，人們也更重視低費用高效益，即使不是為了贏利。這樣容易忽視人的價值，從而使醫學內部的兩個要素（認知的和情感的要素），兩個責任（技術責任和人類責任）和兩個價值（科學價值和人

的價值)之間更不平衡,公衆對醫療工作缺乏對人的同情更為敏感。

2. 醫德學、醫學倫理學和生命倫理學

2.1. 醫學倫理學的擴展

生命倫理學是醫學倫理學的擴展。在傳統意義上的醫學倫理學又叫醫德學,它包括範圍廣泛的職業誠條,這些誠條隨不同的歷史時期、文化和醫學類型而有異。例如“要謙遜”、“尊敬師長”等一般準則以及“同行不要相爭”、“不要登廣告招徠顧客”等行會或職業誠條已不包括在現代醫學倫理學領域內。現代的醫學倫理學在兩部份內容上是與醫德學重迭的。

(1)關於美德的理論。即有道德的醫生是什麼樣的人?醫生應該成為什麼樣的人?他應該具備哪些美德或品格?例如要求醫生仁慈、正直、莊重、值得信任等等。

(2)關於義務的理論。即規定借以判斷醫生行為正當與否的標準。醫生應該做什麼?可以做什麼?不應該做什麼?他的責任是什麼?並對醫生的意向和後果、動機和條件的關係進行分析,以保證醫生的行為在道德上正確。

《希波克拉底誓詞》和孫思邈的《大醫精誠》就包括這兩部份的內容。前者要求醫生對病人應盡力而為、公正、不傷害、不墮胎、不作手術、不與之發生性關係、保密,要像對待父母一樣對待師傅。後者要求醫生“無欲無求,先發大慈惻隱之心”,“不得問其貴賤貧富,長幼妍媸,怨親善友,華夷愚智,普同一等,皆如至親之想”,“不得恃己所長,專心經略財物”,等等。但在中國儒家醫學倫理學中更注重美德和“修身養性”,如佚名指出:“凡為醫之道,必先正己,然後正物”,龔建賢在“醫

家十要”中要求醫生“一存仁心”，“二通儒道”，因為按照儒家學說，“格物致知”、“修身養性”，“齊家治國平天下”是一脈相承的。

但現代醫學倫理學的第三部份內容是傳統的醫德學所沒有的。

(3)關於公益的理論。即醫學這種社會性事業如何才能做到公正？因為現代醫學已從一種醫生與病人之間私人進行的技術上的相互作用，變成一種由各層次醫院和診所、醫學院校、生物醫學研究機構、公共衛生機構等組成的社會性事業了。作為一種社會性事業，就有一個收益和負擔的分配和分配是否公正的問題。如日益複雜的治療設備增加非受治者的負擔；醫學的進展使有缺陷基因不能從人類基因庫中消除，而將某些遺傳病傳至後代；某些垂死病人可以延長臨終時間，加重活人的感情和經濟負擔；稀有醫療資源如何合理分配？醫學資源的宏觀分配如何才能合理？現代醫學與傳統醫學的關係如何處理？醫療制度如何更公正？這部份的內容實際上已涉及衛生政策、衛生發展戰略以及醫療衛生體制和制度等問題了，這是傳統的醫德學所沒有的內容。

生命倫理學（又稱生物醫學倫理學biomedical ethics）的內容則比現代意義的醫學倫理學更廣泛。大致有以下四個方面的內容：

(1)所有衛生專業提出的倫理學問題。這一方面相當於醫學倫理學。

(2)生物醫學和行為研究，不管這種研究是否與治療直接有關，如人體實驗的倫理學問題。

(3)廣泛的社會問題，如環境倫理學和人口倫理學等。

(4)動物和植物的生命問題。如動物實驗和生態學中植物保

護的倫理學問題。

我們可以從已經出版的生命倫理學書籍中看出這門新學科的主要內容是些什麼。例如1981年在美國出版的《生物醫學倫理學》一書有這樣一些章節：生物醫學倫理學和倫理學理論；醫患關係；干涉權、說真話和知情同意；病人的權利和醫生的義務；人體實驗中的倫理學問題；健康、疾病和價值；非自願的民事關押和行為控制；自殺和拒絕搶救；安樂死；成人和有缺陷新生兒；人工流產和胎兒研究；遺傳學、人類生殖和科學研究的界限；社會公正和衛生保健。

2.2. 道義論與價值論

但生命倫理學和醫學倫理學與傳統的醫德學的差別不僅僅是在內容上。醫德學，不論是希波克拉底傳統，還是中國醫學傳統，都是道義論的（deontological），即或用法典的形式，或用判例的形式，把醫生的義務作為絕對的要求提出，把道德的價值理所當然地作為適用於一切人的預設前提，而不引用任何價值理論。而現代醫學倫理學和生命倫理學則是價值論的（axiological），即基於更自覺的價值理論。尤其是在現代社會，行為所依據的價值有很大的個人和社會的後果，我們涉及各種價值的交叉：病人、醫生和社會的價值，當這些價值發生衝突時，哪一個應佔優先地位？我們如何作出決定？可以說，生命倫理學的興起就是由於原來作為絕對要求的道德本身成了問題，或者相對立的道德觀念、價值觀念發生了衝突需要解決。這樣就要求系統地批判、審查傳統的和現今的道德觀念，不僅要承認價值在作出決定中的重要作用，而且要證明作為決定基礎的價值的正確性。如希波克拉底和中國傳統的醫德都不許墮胎，但是隨着人口爆炸問題的提出和女權運動的興起，產生了醫生的