

全国普通高等教育临床医学专业 5+3 “十三五” 规划教材

供临床医学、预防医学、口腔医学
医学影像学、医学检验学等专业用

医学伦理学

(第2版)

主编 陈 颢

Medical Ethics

(2nd Edition)

江苏凤凰科学技术出版社
国家一级出版社 全国百佳图书出版单位



全国普通高等教育临床医学专业 5+3 “十三五”规划教材

供临床医学、预防医学、口腔医学
医学影像学、医学检验学等专业用

医学伦理学

(第2版)

Medical Ethics

(2nd Edition)

主 编 陈 颢

副主编 董俊梅 王德国 王星明

编 委 (按姓氏笔画排序)

马 晶 (南京中医药大学)

王德国 (济宁医学院)

王星明 (滨州医学院)

叶少芳 (温州医科大学)

陈 颢 (温州医科大学)

陈 炜 (温州医科大学)

吴媛媛 (温州医科大学)

姚慧卿 (长治医学院)

黄萼华 (右江民族医学院)

梅春英 (滨州医学院)

董俊梅 (长治医学院)

曾春燕 (温州医科大学)

图书在版编目(CIP)数据

医学伦理学 / 陈颢主编. —2 版. —南京:江苏凤凰科学技术出版社,2018.1

全国普通高等教育临床医学专业 5+3“十三五”规划教材

ISBN 978-7-5537-8717-6

I. ①医… II. ①陈… III. ①医学伦理学-医学院校-教材 IV. ①R-052

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 286090 号

医学伦理学(第 2 版)

主 编	陈 颢
特 约 编 辑	胡 泊
责 任 编 辑	钱新艳
责 任 校 对	郝慧华
责 任 监 制	曹叶平 方 晨
出 版 发 行	江苏凤凰科学技术出版社
出版社地址	南京市湖南路 1 号 A 楼,邮编: 210009
出版社网址	http://www.pspress.cn
照 排	南京紫藤制版印务中心
印 刷	徐州绪权印刷有限公司
开 本	880 mm×1 230 mm 1/16
印 张	14
字 数	380 000
版 次	2018 年 1 月第 2 版
印 次	2018 年 1 月第 1 次印刷
标 准 书 号	ISBN 978-7-5537-8717-6
定 价	39.00 元

图书如有印装质量问题,可随时寄印刷厂调换。

再版说明

“全国普通高等教育临床医学专业5+3‘十二五’规划教材”出版5年来,在40余所医学院校的推广使用中,得到了广大师生的普遍认可,对推进我国医学教育的健康发展、保证教学质量发挥了重要作用。为了更好地贯彻落实《国家中长期教育改革和发展规划纲要》和《医药卫生中长期人才发展规划(2011—2020年)》,进一步响应教育部推进新的教学改革的号召,推动医学专业的学科发展,适应教育现状和实践的变化,凤凰出版传媒集团江苏凤凰科学技术出版社在总结汲取上一版教材成功经验的基础上,再次组织全国从事一线教学、科研、临床工作的专家、学者、教授们,对本套教材进行了全面修订,推出这套全新版“全国普通高等教育临床医学专业5+3‘十三五’规划教材”。

本套教材包括基础课程、专业课程44种,部分教材还编写了相应的配套教材。其编写特点如下:

1. 突出“5+3”临床医学专业教材特色 本套教材紧扣“5+3”临床医学专业的培养目标和专业认证标准,根据“四证”(本科毕业证、执业医师资格证、住院医师规范化培训证和硕士研究生毕业证)考核要求,紧密结合教、学、临床实践工作编写,由浅入深、知识全面、结构合理、系统完整。全套教材充分突出了“5+3”临床医学专业知识体系,渗透了“5+3”临床医学专业人文精神,注重体现素质教育和创新能力与实践能力的培养,反映了“5+3”临床医学专业教学核心思想和特点。

2. 体现教材的延续性 本套教材仍然坚持“三基”(基础理论、基本知识、基本技能)、“五性”(思想性、科学性、先进性、启发性、实用性)、“三特定”(特定的对象、特定的要求、特定的限制)的原则要求。同时强调内容的合理安排,深浅适宜,适应“5+3”本科教学的需求。

3. 体现当代临床医学先进发展成果的开放性 本套教材汲取了国内外最新版本相关经典教材的新内容,借鉴了国际先进教材的优点,结合了我国现行临床实践的实际情况和要求,并加以创造性地利用,反映了当今医学科学发展的新成果。

4. 强调临床应用性 为加快专业学位教育与住院医师规范化培训的紧密衔接,教材加强了基础与临床的联系,深化学生对所学知识的理解,实现早临床、多临床、反复临床的理念。

5. 强调了全套教材的整体优化 本套教材不仅追求单本教材的系统性和全面,更是强调了全套教材的整体优化,注意到了不同教材内容的联系和衔接,避免遗漏和重复。

6. 兼顾教学内容的包容性 本套教材的编者来自全国几乎所有省份,教材的编写兼顾了不同类型学校和地区的教学要求,内容涵盖了临床执业医师资格考试的基本理论大纲的知识点,可供全国不同地区不同层次的学校使用。

7. 突出教材个性 本套教材在保证整体优化的前提下,强调了各教材的个性,技能性课程突出了技能培训,人文课程增加了知识拓展,专业课程则增加了案例导入和案例分析。

8. 各科均根据学校的实际教学时数编写,文字精炼,利于学生对重要知识点的掌握。

9. 在不增加学生负担的前提下,根据学科需要,部分教材采用彩色印刷,以提高教材的成书品质和内容的可读性。

本套教材的编写出版,得到了广大医学院校的大力支持,作者均来自各学科教学一线,具有丰富的临床、教学、科研和写作经验。相信本套教材的出版,必将对我国当下临床医学专业“5+3”教学改革和专业人才培养起到积极的推动作用。

第2版前言

医学伦理学是伦理学和哲学中最活跃、最具生机和指导意义的学科,亦是人文科学与自然科学联系最紧密、相互影响最深刻和最直接的交叉学科。它蕴含着一种对科学真理和社会正义不断追求的医学人文精神,鼓励人们克服困难并迸发创造的力量,使人们对具体问题进行分析 and 判断,进而辨别是非善恶,最后获得行动方案,它的意义在于唤醒医学德性、实践医学德性。本书编写的宗旨就在于帮助医务人员增强职业道德责任感,树立病人权利意识,培养高层次、高水平、应用型的卓越医学人才,使他们富有信仰、勇于奉献、懂得大爱,以全面推进“5+3”培养模式下的《医学伦理学》课程体系及教材体系的改革和创新,适应我国医疗卫生体制改革和发展的需要。

本教材修订版编写的指导思想是紧扣“5+3”临床医学专业的培养目标和专业认证标准,根据四证(本科毕业证、执业医师资格证、住院医师上岗证、硕士毕业证)考试要求,紧密结合教、学、临床实践工作。“5+3”培养模式的前五年为临床医学本科教育,后三年为住院医师规范化培养,它是2011年12月初由教育部、卫生部共同确立的临床医学教育综合改革模式,以培养住院医师为重点,属于临床医学教育综合改革方案和卓越医生教育培养计划的重要组成部分。2017年7月,国务院办公厅印发《关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见》,指出医教协同推进医学教育改革与发展,加强医学人才培养,是提高医疗卫生服务水平的基础工程,是深化医药卫生体制改革的重要任务,是推进健康中国建设的重要保障,要始终坚持把医学教育和人才培养摆在卫生与健康事业优先发展的战略地位。今后,七年制临床医学教育将调整为“5+3”一体化临床医学人才培养模式,学生在完成5年相关课程学习并考核合格后,可免试进入临床医学硕士专业学位研究生阶段,新招收的临床医学硕士研究生,同时也是参加住院医师规范化培训的住院医师。可见,我国已确定医学教育改革基调,“5+3”(5年临床医学本科教育+3年临床医学硕士专业学位研究生教育或3年住院医师规范化培训)、“3+2”(3年临床医学专科教育+2年助理全科医生培训)医学人才培养体系成主流模式。

因此,本教材内容涵盖临床执业医师资格考试大纲要求,主要针对五年制医学教育,衔接规培和考研要求。全书包括绪论、伦理学与医学伦理学、医学伦理学的基本原则与规范、医疗人际关系伦理、临床诊疗伦理、临终关怀与死亡伦理、公共卫生伦理、医学科研伦理、医学新技术研究与应用的伦理、医疗人员的医学伦理素质的养成与行为规范、卫生经济与医院管理伦理共十一章,涵盖当代医学伦理学的基本内容,可用作医学院校临床医学专业教材,也可用作临床医护人员、医院管理工作者的自学、培训、进修教材。对于其他有兴趣的读者来说,本教材也是一本体裁严谨、论说精当、内容丰富、饱含人文气质与当代精神的医学伦理学读本。

本教材由浅入深、知识全面、结构合理、系统完整,贯彻了教材评审委员会要求的精编、精选、实用的总体思路,体现教材“三基(基本知识、基本理论、基本技能)、五性(思想性、科学性、先进性、启发性、实用性)、三特定(特定对象、特定要求、特定时限)”的基本要求,由陈颢提交编写思路,经编委会成员几次讨论修改,最终确定编写大纲及编委具体写作分工。编写时,作为一线教师的作者们充分共享了各自在课程教学过程中积累的各类教学案例与资源,查阅和参考了国内外专家的著作、文献和权威教科书,吸收借鉴了众多学者的珍贵资料和研究成果,由于范围广泛,不能一一标注,敬请谅解,并在此表达最诚挚的谢意。编写完成后,编委会内部多次进行互审,避免编写内容雷同等问题。其中,陈颢、

董俊梅、王德国、王星明负责统稿，陈颢负责批阅全书、修稿、定稿。当然，由于我们精力与能力有限，本书难免存在疏漏之处，恳请读者们批评指正。

陈 颢

2017 年 9 月

目 录

绪 论	1
第一节 学习和研究医学伦理学的背景、意义和方法	1
一、学习和研究医学伦理学的背景	1
二、学习和研究医学伦理学的意义	4
三、学习和研究医学伦理学的方法	5
第二节 执业医师资格考试《医学伦理学》大纲解读	7
一、医师资格考试概述	7
二、临床执业医师资格考试《医学伦理学》大纲(2013 最新版)	7
三、中医执业医师资格考试《医学伦理学》大纲	8
四、执业医师资格考试考场答题技巧	9
第一章 伦理学与医学伦理学	11
第一节 伦理学	11
一、伦理学的概念和类型	11
二、伦理学的起源和发展	12
三、伦理学的研究对象	13
四、伦理学的基本理论	14
第二节 医学伦理学	18
一、医学伦理学的概述	18
二、医学伦理学的历史发展	20
三、医学伦理学的研究对象和内容	21
四、医学伦理学的基本观点和学科属性	23
第二章 医学伦理学的基本原则和规范	27
第一节 医学伦理学的基本原则	27
一、尊重原则	27
二、不伤害原则	28
三、有利原则	30
四、公正原则	31
第二节 医学伦理学的基本规范	33
一、医学伦理学基本规范的概念和本质	33
二、医学伦理学基本规范的形式和内容	33
第三章 医疗人际关系伦理	37
第一节 医患关系的概述	37
一、医患关系的概念和特点	38
二、医患关系的性质	39

三、医患关系的模式	40
第二节 医患关系伦理	41
一、医学模式与人文关怀	41
二、医患双方的权利与义务	43
三、构建和谐医患关系的伦理要求	46
第三节 医务人员之间关系的伦理	46
一、医务人员之间关系的概念和特点	46
二、处理好医务人员之间关系的意义	47
三、协调医务人员之间关系的伦理要求	47
第四章 临床诊疗伦理	50
第一节 临床诊疗的伦理原则	50
一、患者至上原则	51
二、最优化原则	52
三、知情同意原则	53
四、保密守信原则	55
第二节 临床诊断的伦理要求	56
一、询问病史的伦理要求	56
二、体格检查的伦理要求	57
三、辅助检查的伦理要求	57
第三节 临床治疗的伦理要求	58
一、药物治疗的伦理要求	58
二、手术治疗的伦理要求	60
三、其他治疗的伦理要求	62
第四节 临床急救的伦理要求	64
一、临床急救工作的概念和特点	64
二、临床急救的伦理要求	65
第五章 临终关怀与死亡伦理	68
第一节 临终关怀伦理	68
一、临终关怀的概念和特点	68
二、临终关怀的历史发展	69
三、临终关怀的伦理意义和要求	70
第二节 安乐死伦理	71
一、安乐死的概念和分类	71
二、安乐死的伦理争议	73
三、安乐死的实施现状	76
第三节 死亡伦理	79
一、死亡的概念	79
二、死亡标准的历史演变	79
三、脑死亡标准的伦理意义	80
第六章 公共卫生伦理	82
第一节 公共卫生伦理的概述	82
一、公共卫生伦理的概念	82

二、公共卫生伦理的理论基础	83
第二节 公共卫生伦理原则	84
一、全社会参与原则	84
二、社会公益原则	84
三、社会公正原则	85
四、互助协同原则	85
五、信息公开原则	85
第三节 公共卫生工作的伦理要求	86
一、疾病防控的伦理要求	86
二、职业性损害防控的伦理要求	88
三、健康教育和健康促进的伦理要求	88
四、应对突发公共卫生事件的伦理要求	90
第七章 医学科研伦理	93
第一节 医学科研伦理的概述	93
一、医学科研伦理的概念	93
二、医学科研伦理的要求	94
第二节 涉及人的生物医学研究伦理	96
一、涉及人的生物医学研究的概述	96
二、涉及人的生物医学研究的伦理原则	97
三、涉及人的生物医学研究的伦理审查	102
第三节 动物实验伦理	105
一、动物实验的概念和特点	105
二、动物实验的伦理要求	106
第八章 医学新技术研究与应用的伦理	109
第一节 人类辅助生殖技术伦理	109
一、人类辅助生殖技术的概述	109
二、人类辅助生殖技术的伦理争论	111
三、人类辅助生殖技术和人类精子库伦理原则	116
第二节 人体器官移植的伦理	120
一、人体器官移植的概述	120
二、人体器官移植的伦理争议	123
三、人体器官移植的伦理准则	129
第三节 人的胚胎干细胞与生殖性克隆的伦理	132
一、人的胚胎干细胞研究与应用的伦理争论	132
二、人的生殖性克隆技术的伦理争论	134
第四节 基因诊疗的伦理	135
一、基因诊断的伦理	135
二、基因治疗的伦理	138
第九章 医务人员医学伦理素质的养成与行为规范	143
第一节 医学道德修养	143
一、医学道德修养的概念和意义	143
二、医学道德修养的目标和境界	144

三、医学道德修养的途径和方法	144
第二节 医学道德评价	145
一、医学道德评价的概念和意义	145
二、医学道德评价的标准	145
三、医学道德评价的依据	146
四、医学道德评价的方式	146
五、医学道德评价的方法	147
第三节 医疗机构从业人员行为规范	148
一、医疗机构从业人员基本行为规范	148
二、医师行为规范	149
三、违反行为规范的处理原则	150
第十章 卫生经济与医院管理伦理	153
第一节 卫生经济伦理	153
一、卫生经济伦理的概述	153
二、卫生经济伦理原则	154
第二节 医院管理伦理与医疗改革	155
一、医院管理伦理的概述	155
二、医学伦理委员会	156
三、医疗改革	158
附录 A 《希波克拉底誓言》	162
附录 B 《日内瓦宣言》	163
附录 C 《医学生誓言》	165
附录 D 《中国医师宣言》	166
附录 E 《悉尼宣言》	167
附录 F 美国医学会关于安乐死的文件《关于医生与病人的建议》	168
附录 G 《赫尔辛基宣言》	169
附录 H 《药物临床试验质量管理规范》	172
附录 I 《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》	180
附录 J 《医院医学伦理学委员会章程》	186
附录 K 《人类辅助生殖技术管理办法》	188
附录 L 《人类精子库管理办法》	191
附录 M 《人体器官移植条例》	192
附录 N 中华人民共和国科技部和卫生部人胚胎干细胞研究伦理指导原则	196
附录 O 临床执业医师资格考试《医学伦理学》大纲(2013 版)	197
附录 P 中医执业医师分阶段考试实证研究医学综合笔试大纲(2017 版)之《医学伦理学》大纲	201
附录 Q 道德情景剧优秀脚本	205
复习思考题参考答案	208
参考文献	209

学习目标:掌握人文医学的基本要素;熟悉医学是作为“人学”的人文医学,学习和研究医学伦理学的背景;了解学习和研究医学伦理学的意义和方法。

重难点:人文医学的基本要素;医学是作为“人学”的人文医学;执业医师资格考试大纲《医学伦理学》考试大纲要求。

关键概念:人文医学(Humanistic medicine);体验式德育范式(Normal form of experience moral education)。

学习箴言:

“为医之道,必先正己,然后正物。”

——魏晋时期哲学家杨泉《物理论》

第一节 学习和研究医学伦理学的背景、意义和方法

一、学习和研究医学伦理学的背景

(一) 人文医学迷失的困惑

医学是一个由诸多学科和领域构成的庞大知识系统和实践体系,具有多层次、多分科、多领域和多理论的特点。它以人的生命为核心延伸建立了各种社会关系,具有其他自然科学领域无法比拟的辐射力与影响力,它“致力于借助任何有效的方法实现预防和治疗疾病的目的,并隐含地为人们的幸福承担义务”。医学的对象不是孤立的生物个体,而是具有社会属性的人,这是医学的人文伦理本质。正因为医学的对象是人与生命,医学必然是一种爱人之学和人道之学,医院必须是博爱、慈悲、济困、救助的化身,治病救人被认为是施仁爱于人的理想途径。近代医院的起源与发展充分说明了医学的仁爱与人道特色。世界上第一家医院是古罗马时期一位慈善家为护理贫病交加的病人而变卖自己家产创办的,同时期的医学家盖伦(Galen,约公元130—200)说过,“作为医生,不可能一方面赚钱,一方面从事最伟大的艺术——医学”。后来欧洲中世纪的“修道院医院”及法国大革命时期的“普通医院”都以照顾和医治贫困病人为己任,洋溢着人道主义的关爱之情。美国著名的医学教科书《西氏内科学》就将现代医学定义为“一门需要博学的人道职业”。

在中国,医生虽自古以来以业养家糊口,但无不自诩悬壶济世的使命,深刻理解自己肩负的社会责任,古往今来,诸多医生为救人可抛弃官职等事例,以佳话广为传颂。据记载,扁鹊路过赵国时作“带下病”医(妇产科医生),路过周国时作耳目痹医(五官科医生),到秦国又为小儿医(小儿科医生)。为方便群众,他什么病都看,随当地风俗而变,走到哪里就满足哪里人民的需要,深受百姓的欢迎。再如东汉名医华佗医技高超,淡泊名利,一生三次弃官,坚持民间行医。唐代名医“药王”孙思邈以毕生精力致力于医药学研究,隋唐多位皇帝召其入朝为官,他都予以拒绝,他为解除麻风病人疾苦,带领600余名病人同住深山老林,不怕传染,亲自护理,精心医治,详细记录病情变化和治疗过程,对病人“莫不一一亲自扶养”,治愈60多人。宋代范仲淹有“不为良相,愿为良医”之说。北宋时期文学家苏

轼,在疫病流行期间,为照顾无家可归的病人,创办“安乐病坊”。明朝李时珍“不为皇室当医官,愿为穷苦百姓当医者,愿为医学发展当行者”。中国古代医家社会地位不高,只能和算命看风水者同属一等,被统称为“医卜星相”,无法列入“三教九流”的“九流”之列(这里的“九流”分别是一官、二吏、三僧、四道、五工、六牧、七农、八丐、九儒),但他们却用仁爱救人、赤诚之心、济世为怀的医德原则,不分贵贱、不论贫富、清廉正直的医德思想,不图名利、不畏权势、忠于医业的献身精神,虚心好学、刻苦钻研、锲而不舍的治学作风充分解读了人文医学的特色,非常值得现代医务人员学习。

【案例 0-1】李时珍与《本草纲目》

李时珍,字东璧,晚号濒湖山人,湖北蕲(今湖北省蕲春县)人,生于明武宗正德十三年(公元 1518 年),卒于明神宗万历二十一年(公元 1593 年)。李家世代业医,其父名言闻,号月池,是当地名医,考虑到民间医生地位很低,李家常受官绅欺侮,决定让二儿子李时珍读书应考,以便一朝功成,出人头地。但李时珍自小体弱多病,性格刚直纯真,对空洞乏味的八股文学不进去。自十四岁中了秀才后九年,三次到武昌考举人皆落第,二十三岁那年,他放弃了科举作官的打算,决定专心学医,向父亲李月池表示了“身如逆流船,心比铁石坚,望父全儿志,至死不怕难”的决心。后经李月池精心教育,没几年,李时珍就成了一个很有名望的医生,大约到三十八岁就被武昌的楚王召去任王府“奉祠正”,兼管良医所事务。三年后又推荐上京任太医院判。太医院是专为宫廷服务的医疗机构,当时被一些庸医弄得乌烟瘴气。只任职一年,李时珍便辞职回乡,开始了既“搜罗百氏”又“采访四方”的《本草纲目》编写工作与民间行医之路。

他穿上草鞋,背起药筐,在徒弟庞宪、儿子建元的伴随下,远涉深山旷野,遍访名医宿儒,搜求民间验方,观察和收集药物标本,足迹遍及河南、河北、江苏、安徽、江西、湖北等广大地区,以及牛首山、摄山(古称摄山,今栖霞山)、茅山、太和山等大山名川,走了上万里路,倾听了千万人的意见,参阅各种书籍 800 多种,历时 27 年深入实地调查,终于在万历戊寅年(公元 1578 年)完成了《本草纲目》编写工作。

《本草纲目》是到 16 世纪为止我国最系统、最完整、最科学的一部医药学著作。达尔文称赞它是“中国古代的百科全书”。全书约 190 万字,分为 16 部、52 卷,体例严谨,层次分明,重点突出,内容详备,收纳诸家本草所收药物 1 518 种,在前人基础上增收药物 374 种,合 1 892 种,其中植物 1 195 种;共辑录古代药学家和民间单方 11 096 则;书前附药物形态图 1 100 余幅,成了我国药物学的空前巨著。书中纠正前人错误甚多,在动植物分类学等方面有突出成就,并对生物学、化学、矿物学、地质学、天文学等有关学科也做出贡献。

然而,现代市场经济条件下,经济利益与道德利益的矛盾冲突时有发生,人文医学似乎愈走愈远,某些现象不经意间出现,比如 120 急救车先谈价钱后出车,医生拒绝开“大处方”竟成“异类”遭同行排斥,医院乱收费引发天价医药费事件。现在人们正经历着一个充满变故、异常深刻的历史时期,也正经历着一个必须克服浮躁与浮华、重新转入沉思的年代,迫切需要深刻思考如何摆正道德的地位,反思“道德值几个钱”的问题,尤其是广大医学生们。爱心与医德不是孤立之物,而是在深厚的人文土壤上培育出来的。医生必须是一个人性丰满的人,他才能将病人当做是一个人,而不是疾病的一个载体。时代要求人文医学回归,重现医学中人的价值。

(二) 人文医学回归的呼唤

1. 医学更应该是作为“人学”的人文医学 现代生物医学虽然具有标准科学的诸多特征,但从本质上或从医学的目的上看,它绝不可能成为一门“纯科学”(Pure science)或单纯的技术,更应被看作是“人学”或“人文医学”。科学的直接目的在于发现(Discover),所采用的方法是实证哲学指导下的实验。但临床医学不仅要关注科学检验数据与疾病诊断过程,还要关注被检验与诊断的这个人以及与此人有着千丝万缕关系的社会群体,其精髓在于对人的生命本体的同情、尊重、仁爱与体恤,是对人的生命健康的维护,是对人各种生命需求的满足,它服务于人的躯体和心理,服务于人从出生到临终的生命全过程,甚至服务于人从生前到身后的“超生命全程”。对生命的敬爱与呵护是医学的全部。

因此,医学更应该是作为“人学”的人文医学。

在国内,对“人文医学”有三种理解:第一,把人文医学理解为“医学人文学”(Medical humanities),认为人文医学是医学的组成部分。贺达仁在其《关于人文医学的分类》中提出,现代医学可分为基础医学、技术医学、应用医学和人文医学四部分。这种理解实质上是用“人文医学”一词替代了阮芳赋曾提出的医学分类的三分法(即基础医学、应用医学和理论医学)中的“理论医学”。第二,把人文医学理解为人文主义的医学(Humanistic medicine),认为人文医学是与“生物医学”相对应的一种医学体系。第三,把人文医学理解为一种医学模式(Model)。人文医学作为一种医学模式,其根本特点不是现代医学的以人体的有关疾病和健康的科学的知识体系为核心,而是以人为中心。本书认为第三种理解最合理。

2. 作为“人学”的人文医学基本要素

(1) 以人道原则为指导,重视医学中人的价值,将病人看作生理、心理和社会三方面统一的完整的人。生物医学这辆“战车”把“人”与“病”这个密不可分的一体蛮横地分解了,并在“科学主义”的帮助下,把裂隙越扯越大。高新技术这把“双刃剑”作为“第三者”介入医患之间时,病人就成了疾病的标签、肉体的物质、CT图像、基因,而活生生的完整的人消失了。事实上,病人不是各种生命器官的组合物或无生命的机器,病人是活人,非死人;病人是生病的人,非某疾病;病人是完整的人,非某器官;病人是社会关系中的病人,非某个体;医生的专业主义傲慢和对病人作为一个完整的人的诉求的贬低,容易激怒病人,导致医疗矛盾与医疗纠纷。

【案例0-2】“这是一位有四个小孩子的妈妈”

1939年,我在德国慕尼黑大学医院开始了我的外科生涯。在我做外科工作一年后,我的导师才允许我做第一个阑尾炎手术。记得我做第三个阑尾炎切除手术时,病人是一位中年妇女,手术后第五天这位女病人突然死去。尽管尸体解剖没有发现手术方面有什么问题,但我的导师盯住我的目光严肃而冷峻。他对我说:“裘,这是一位有四个小孩子的妈妈!”65年前的这一句话深深地印在我的记忆中,始终在教育我,并影响我60年外科生涯中的作风和态度。

——摘自季美林,李国豪,张维,裘法祖著.《旅德追忆——二十世纪几代中国留德学者回忆录》

(2) 重视临床医疗的技艺性和艺术性,而不是简单地、过量地采用科学技术。行医是一种以科学为基础的艺术。优秀的医务工作者是工程师(科技手段)与艺术家(人文关怀)的完美结合。

(3) 以人文医学的目的为原则,而不将人作为医学发现或满足科学好奇心的手段。当代医学借助科学技术的雄风,建立在笛卡尔、培根的科学思想方法之上,以彪炳千秋的成就为人类历史的发展做出了重要的贡献。但是,科学精神的缺乏却使不同利益群体之间在思维方式和行为方法上、在处理问题的原则上产生了诸多矛盾,也给伪科学的滋生创造了温床。因此,从人文医学的角度出发,我们需要在医疗实践和医学科研过程中明确一点,那就是不将人作为医学发现或满足科学好奇心的手段,要对所有病人一视同仁,不能因某些病人参与科研试验成为受试者而给予更多关注与关爱。

(4) 借助人文学理解、解释疾病、病人、病痛及死亡等。病人患病以后,他的体验是任何人都无法替代的。医生对疾病是一种充满理性的、研究性质的、外在的、置之度外的体验;病人却是从正常生活受到了破坏的视角来看待自己的疾病状态,对疾病是一种切入身心的、受难性质的、内在的、身陷其中的体验。

【案例0-3】蒙田描述的疾病痛苦

法国文艺复兴后期最重要的人文主义作家蒙田45岁时患上结石症,59岁病逝,带病生活了14年,他曾这样描述疾病所带来的痛苦:“如果肉体在呻吟时能减轻痛苦,就让他呻吟;如果身子高兴颤动,就让他自由转动;如果高声怪叫会让痛苦像烟雾似的散去,或者可以转移我们的苦恼,就让他喊个够。”“剧痛之后,尿道放松,不再针刺似的难受,我又迅速如常态。”

(5) 注重医患关系,注重医患情感交流。医生最大的敌人是冷漠,医生最有用的药物是爱,医生与病人最需要的是相处的时间。医患情感交流和谐靠得体、恰当的语言与非语言沟通。

【案例 0-4】“人民的好医生”韦加宁的日记《医生》

我自己 30 年的从医实践,想对接待急诊、门诊病人的谈话方式谈一点看法。在急诊室,病人哪怕只伤了一个手指头,都会很惊恐,家属会慌慌张张围上一大群。这时假如你说:“出去出去,哭什么?人家掉了一条腿也没像你这样。”这就会引起家属不满,争论、打架常常由此而起。一个修养良好的医生、护士应该这样说:“你们留一位家属陪护他,其他人在外面等,病人和医生都需要一个安静的环境治病,你们都在这里,病人也会很紧张的。”我们应该体谅病人焦急的心情。

在门诊,有以下几种情况:第一种是可以治的病人,你应该向他说明他的伤情如何,需要做几次手术,每次间隔多久,最后达到什么效果。要让病人听懂,以便今后很好地配合你治疗,同时要记录在病历中。第二种是不需要多治疗的病人,要教会病人今后怎么看病。第三种是不可治的病人,更要耐心地安慰、鼓励他们,切忌简单粗暴:“你早干吗去了?”这类病人往往很脆弱,不能再伤害他们,要像朋友一样替他们想出路。

在手术室,最忌讳的是边做手术边聊天,讲一些与手术无关的话。可以想想:当你在理发时,理发师一手按着你的头,一手悬在半空与别人闲谈时,你是什么感觉?何况病人不是在理发。

一个人的言谈举止是自己修养的标志,经常大声呵斥病人,这与医生的职业格格不入。

3. 人文医学回归需要的共识 医学伦理学是医学与人文社会科学联系的纽带,是医学体现为人道科学而不仅仅是技术科学或自然科学的指南,是医学和医疗卫生事业学科中的基础性、全局性学科。池田大作在《展望 21 世纪——汤因比与池田大作对话录》中曾说过,“医学越是具有直接左右人的生命的力量,医生如何运用它就越成为大问题,医学的力量如果妥善应用,就可以给人类带来无量的幸福,但若滥用就很容易破坏人的生命。”鲁德麦勒指出:“在理想的大学教育方法渗透医学教育时,不能忘记医学院是职业学院,医学教育矛盾的焦点就在于此。一方面,医学生必须掌握原理、理论和方法,这样才使他们能获取终身自学的思维能力;同时,他们还必须学会即刻有用的、实用性的知识,以便安全地行医。”

医务工作者需要正确认识健康和疾病,实现关于健康和疾病的基本观点,即医学模式的内在认识上的变更,要从生物、心理、社会全面综合的水平上认识人的健康和疾病,强调“为理解疾病的决定因素,以及达到合理的治疗和卫生保健模式,医学模式必须考虑到病人、病人的生活环境,以及由社会体系来对付疾病的破坏作用的补充系统,即医生的作用和卫生保健制度”。

二、学习和研究医学伦理学的意义

(一) 唤醒医学德性本质的重要学科

医学的德性是医学的本质之一。没有德性思想左右的医生是“危险人物”。人的生命是医学的本体和医学得以存在的最终依据,人的生命的意义具有至高无上性和无条件性,人的生命的存在状态显现了医学发展水平,维护生命、支持生命、促进生命健康是医学的终极目的。正是因为与人的生命息息相关,医学实践才不同于其他一般的生产实践,而是一种与疾病和疫情抗衡与斗争的生命实践,是一种德性实践,其直接目标是服从和服务于人的生命健康和生命需求。人类不断提高生命质量的需要是促进医学发展的不竭动力。

医学伦理学是伦理学和哲学中最活跃、最具生机和指导意义的内容,是人文学科与自然科学联系最紧密、影响最深刻和最直接的交叉学科。它蕴含着一种对科学真理和社会正义不断追求的医学人文精神,鼓励人们克服困难并迸发创造的力量,对具体问题进行分析 and 判断,学会辨别是非善恶,最后获得行动选择的方案,唤醒医学德性本质,实现医学德性实践。它帮助医务人员解决价值观、人生观的问题,树立病人权利意识,增强职业道德责任感,促使医学生成为有信仰、有理想、勇于奉献、懂得大爱的人。吴孟超院士在给“庆祝中国医学伦理学与生命伦理学研究 30 周年大会暨中国生命伦理学发展研讨会”的贺信中说:“医学伦理学与生命伦理学在医疗卫生事业和人民健康事业中居于基础性、战

略性的地位,它事关我国医疗卫生事业全局。”医学伦理学是伦理学和人类生活的桥梁,是伦理学思想和精神的制度化,是生命科学技术与卫生事业发展的政策、策略与立法的基础,具有实践性、跨文化性和全球性。它能使医疗单位的技术生产增值,使医学服务保值增值,使医务人员感染力、亲和力提升和自身价值增值,确保医疗卫生事业的可持续性发展,能为我们调整与其他人、与世界之间的相互关系提供指导方针,为我们规划特定环境中如何行动提供相对合理的规范。没有向善的价值导向和价值目的,医疗卫生事业就缺失了其道德根基,演化为一般的商品生产和商品交换。

(二) 医学临床实践教育的必经桥梁

医学伦理学教学是医学教育中不可缺少的组成部分,对培养德、智、体全面发展的适应现代医学发展和社区医疗卫生工作需要的高素质医学人才十分重要。医学伦理学对医学领域的善与恶做出学理辨析、研究与澄清,对学生进行道德教化和基本伦理能力培养,促使他们在特定道德境遇中做出符合善的行为。这里所说的“基本伦理能力”包括:在接诊、处置、医嘱、术前谈话、查房等医疗活动中与病人进行沟通和交流的能力;应用基本原理、基本知识,对具体医疗情境中的伦理问题进行分析 and 决策的能力;基于已有知识和观念对医学前沿及未来发展进行伦理分析和评价的能力等。《一个医生的札记》曾说过,“科学家也许更多地付诸理智,艺术家也许更多地倾注感情,而医生则必须集冷静的理智和热烈的感情于一身。”医学生作为未来医学工作者和生命科学家应同时具有科学家和哲学家的双重创造心理,并应成为关注现实生活的实践家。

中国台湾的散文家张晓风在一次医学院的新生开学典礼上发表了情真意切的演讲,题目为《念你们的名字》,其中关于医生职业的阐述蕴含着深刻而丰富的医学伦理学人文学科观点,耐人寻味。

【案例 0-5】《念你们的名字》

什么是医生呢?孩子们,当一个生命在温湿柔韧的子宫悄然成形时,你,是第一个宣布这种神圣事实的人。当那蛮横的小东西在试尝转动时,你是第一个窥听他在另一个世界的心跳的人。当他陡然冲入这世界,是你的双掌,接住那华丽的初啼。是你,用许多防疫针把成为正常人的权利给了婴孩。是你,辛苦地拉动一个出生儿的船纤,让他开始自己的出航。当小孩半夜发烧的时候,你是那些母亲理直气壮打电话的对象……有的时候,也许你只需为病人擦一点红汞水,开几颗阿司匹林,但也有有的时候,你必须为病人切开肌肤,拉开肋骨,拨开肺叶,将手术刀深入一颗深藏在胸腔中的鲜红心脏。你甚至有的时候必须忍受眼看血癌吞噬一个稚嫩无辜的孩童却束手无策的裂心之痛!一个出名的学者来见你的时候,可能只是一个气结的哮喘病人。一个伟大的政治家来见你的时候,也许什么都不是,他只剩下一口气,拖着一个中风后瘫痪的身体。挂号室里美丽的女明星,或者只是一个长期失眠的、神经衰弱的、有自杀倾向的病人——你陪同病人经过生命中最黯淡的时刻,你倾听垂死者最后的一次呼吸,探索他最后的一槌心跳。你开列出生证明书,你在死亡证明书上签字,你的脸写在婴儿初闪的瞳仁中,也写在垂死者最后的凝望里。你陪同人类走过生、老、病、死,你扮演的是一个怎样的角色啊!一个真正的医生怎能不是一个圣者。

事实上,作为一个医者的过程正是一个苦行僧的过程,你需要学多少东西才能免于自己的无知,你要保持怎样的荣誉感才能免于自己的无行,你要几度犹豫才能狠下心拿起解剖刀切开第一具尸体,你要怎样自省才能在医治千万个病人之后免于职业性的冷静和无情。在成为一个医治者之前,第一个需要被医治的,应该是我们自己。在一切的给予之前,让我们先成为一个“拥有”的人。

总的来说,学习医学伦理学的意义在于有利于医务人员的自我完善及培养德才兼备的医学人才;有利于医务人员实现技术与伦理的统一,实现医疗质量的提高;有利于医务人员解决医学道德难题,促进医学科学的发展;有利于医药卫生单位及社会的精神文明建设。

三、学习和研究医学伦理学的方法

(一) 坚持辩证唯物主义和历史唯物主义方法

1. 思辨和实证的方法相结合 医学伦理学是兼有注重意义价值探讨的人文学和注重事实本质分

析的自然科学两门学科特性的交叉学科,其研究方法也是思辨和实证的方法相结合的,常采用逻辑推理、整体判断、案例分析、定性定量社会调查以及实证性与评价性相结合的研究策略。因此,学习研究者必须以基本理论与原则为基础,进行必要的法律、心理学、社会学、宗教学理论知识的积淀以及生活常识的积蓄。医学伦理学通过怀疑与批判实现持续发展,表达对人类和世界命运的终极关怀,冷静解读历史和对传统的超越。因此,学习研究者必须要有“自知自己无知”的精神,保有充实的学习研究状态,博采众家所长,通过阅读书籍、查阅文献、实证研究、浏览国内外生命伦理学网站等形式实现全方位学习研究。同时,学习研究者必须要有审慎探索的态度,对于传统人文思想要审慎对待,不能盲目排斥或追捧,对于新思想要有探索思辨精神,不能固步自封,落后守旧。

2. 归纳与演绎的方法相结合 归纳法指的是从个别或特殊大量的医德现象的事物中,去粗取精,去伪存真,概括出具有事物的本质和普遍规律的方法,而演绎法是通过医德现象进行由此及彼,由表及里的分析,达到一般认识个别的思维方法。学习研究医学伦理学只有坚持归纳、演绎法,才能进行科学分析综合,揭示医德现象本质和医德关系发展的规律。其中反思平衡法这种哲学方法值得推广运用。所谓“反思平衡法”,就是指反复对比我们关于特定案例的看法和支持他们看法的基本原则。同时,又不停留在那些可能错误的观点上,一旦发现比较合理的观点时,就根据事例中反映的合理观点来修正那些特定的看法、准则。

(二) 坚持开放互动体验与正反典型案例分析相结合

1. 坚持开放互动体验 医学伦理学的教与学应是教师与学生理性、情感共同参与的过程,教师必须抛弃传统说教、灌输和强迫执行等方法,在课内外采用“体验式”互动教学方式,构建“体验式”互动教学平台,采用开放体验式德育范式,通过大量贴近学习者内在道德需求的体验,激活或诱发体验者道德体验情景或系列体验活动引导体验者进入道德体验场,实现道德教授向道德体验转型,促使学生将仁爱、关怀等人文理念、道德知识内化为自己的情感体验、生命体验,培养良好的心理素质和道德信念,拓展生命视野。学习者应基于自身直接的道德感受,通过自主体悟、选择、判断、验证等,澄明生活、生成价值、建构意义促成反思性表达。这种体验式德育范式主要来自生命哲学的重要代表——法国哲学家柏格森,他以提倡直觉体验认识论而闻名于世,他反对生搬硬套、死记硬背的学习,认为近代科学的一切伟大成就也是直觉体验的结果。

2. 坚持正反典型案例分析 医学伦理学的教与学全过程需要选择和应用正反典型案例进行伦理分析,即以医学伦理学基本理论和原则规范,对具体典型案例进行伦理分析,学会辨别善恶是非,最后做出正确的判断与选择,使人们对医学伦理学的基本理论规范有更直观、具体、生动的理解,从而加深对医学伦理学理论的本质认识。

(三) 坚持理论联系实际、知与行相统一

1. 坚持理论联系实际 要学习研究医学伦理学的基本理论、原则规范和相关学科知识,了解掌握医学伦理学和医学的发展动态,这是理论联系实际的前提条件,避免出现实用主义和经验主义的倾向。要面向实际,积极参加医疗实践和调查研究,从中获得真实的医德材料,然后概括出富有活力的医德理论,用于指导医德实践,这种矛盾运动有利于促进医学伦理学的发展。

2. 坚持知与行相统一 要紧密切联系我国卫生改革现状,联系本地区、部门单位及在个人医疗实践过程中所出现的伦理道德问题,运用所掌握的医德理论和原则规范进行阐释,改革不合时宜的医德观念,用正确的医德理论和观念指导行动,身体力行,用于实践,做到知与行相统一,以促进医德进步和医学的发展。

(陈颢)

第二节 执业医师资格考试《医学伦理学》大纲解读

一、医师资格考试概述

医师资格考试的性质是行业准入考试,是评价申请医师资格者是否具备从事医师工作所必需的专业知识与技能的考试。该考试分为两级、四类,即执业医师和执业助理医师两级,每级分为临床、中医、口腔、公共卫生四类,其中中医类包括中医、民族医和中西医结合,其中民族医又含蒙医、藏医和维医三类,其他民族医医师暂不开考。到目前为止,我国医师资格考试共有 24 种类别,分为实践技能考试和医学综合笔试两部分,实践技能考试采用多站测试的方式,考区设有实践技能考试基地,根据考试内容设置若干的考站,考生依次通过实践技能考试站接受实践技能测试,每位考生必须在同一考试基地的实践技能考试站进行测试。医学综合笔试包括四个单元内容的考核。考试对象是在各类医院工作满一年以上的医学毕业生。

2015 年 6 月,我国第一次开始临床执业医师资格分阶段考试的院校实证研究。临床执业医师资格分阶段考试分为两个阶段:临床执业医师资格第一阶段考试(简称第一阶段考试)安排在院校学生完成课程学习进行临床实习前(即第 4 学年末)进行,成绩合格者方可进行临床实习,主要测试医学生是否具备执业所必需的医学基础理论、基本知识和临床基本技能,是否能够在上级医师指导下,理解重要的医学知识并应用到临床实践中。考试分为医学基本知识考试和临床基本技能考试。医学基本知识考试每单元 100 题,共四个单元,包括基础医学、医学人文、预防医学、临床医学四类试题。每单元考试时长(计算机化考试)1.5 小时,共 6 小时。临床基本技能考试主要考查病史采集、体格检查和基本操作技能,同时对沟通交流能力与人文关怀进行评价。沟通能力、人文关怀等职业素质的考核融合到各站案例中,分值约占 15%。临床执业医师资格第二阶段考试(简称第二阶段考试)仍按原来规定时间进行,即大学毕业在各类医院工作满一年后。主要测试在临床实践中是否具备独立、正确应用临床知识解决临床问题的综合能力,分为临床综合知识考试和临床综合技能考试。

就未来发展来看,执业医师资格考试会越来越难。任何一个国家,包括像印度等第三世界国家,对医生的学历要求是博士,而中国医生的学历层次迥异,有博士研究生、硕士研究生、大学、大专、中专等,未来对于医生和医学生素质要求的提高是必然的。

二、临床执业医师资格考试《医学伦理学》大纲(2013 最新版)

目前最新版临床执业医师考试《医学伦理学》大纲仍沿用 2013 年版。该大纲继续维持原有学科设置,多数考核内容保持不变,但也根据本学科的发展特点,对部分考核内容进行了增删、修改,进一步体现了医学人文和预防医学的重要性,尤其需要注意新增加与修改后的考核点,这些是复习的重中之重,务必高度重视。具体变动如下:

(一) 新增的考核点

伦理学的研究对象;临床急救的伦理要求;公共卫生伦理的理论基础、两条公共卫生伦理互助协同原则和信息公开原则;医学道德评价的方法;将《医疗机构从业人员行为规范》的明确规定和具体要求作为医师准入考核的一部分,强调依法执业,创建和谐医患环境。

(二) 修改的考核点

将临床诊疗伦理原则中的整体性原则、协同一致原则分别改成患者至上原则、保密守信原则;将临床医学实践道德中的临终关怀的医学道德和人体死亡的医学道德合并成一个独立的考核单元,即临终关怀与死亡的伦理;将预防医学道德的措辞统一修改成公共卫生伦理;将医学道德修养的内容修改成医学道德修养的目标和境界。