国家卫生健康委员会“十三五”规划教材
全国高等学校教材
供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

第5版

医学伦理学

Medical Ethics

主审 孙福川
主编 王明旭 赵明杰
副主编 边 林 曹永福

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

国家卫生健康委员会“十三五”规划教材
全国高等学校教材
供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

医学伦理学

Medical Ethics

第5版

主 审 孙福川
主 编 王明旭 赵明杰
副主编 边 林 曹永福

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

人民卫生出版社
People's Medical Publishing House

图书在版编目(CIP)数据

医学伦理学 / 王明旭，赵明杰主编. —5 版. —北京：人民卫生出版社，2018

全国高等学校五年制本科临床医学专业第九轮规划教材

ISBN 978-7-117-26677-2

Ⅰ. ①医… Ⅱ. ①王…②赵… Ⅲ. ①医学伦理学－高等学校－教材 Ⅳ. ①R-052

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 191019 号

人卫智网 www.ipmph.com 医学教育、学术、考试、健康，购书智慧智能综合服务平台

人卫官网 www.pmph.com 人卫官方资讯发布平台

版权所有，侵权必究！

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

医学伦理学
第 5 版

主　　编：王明旭　赵明杰
出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-59780011）
地　　址：北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮　　编：100021
E - mail：pmph @ pmph.com
购书热线：010-59787592　010-59787584　010-65264830
印　　刷：三河市博文印刷有限公司
经　　销：新华书店
开　　本：850 × 1168　1/16　　印张：13　　插页：8
字　　数：385 千字
版　　次：1999 年 8 月第 1 版　2018 年 9 月第 5 版
　　2018 年 9 月第 5 版第 1 次印刷（总第 42 次印刷）
标准书号：ISBN 978-7-117-26677-2
定　　价：42.00 元
打击盗版举报电话：010-59787491　E-mail：WQ @ pmph.com
（凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换）

编　委

以姓氏笔画为序

马　晓（空军军医大学）

王明旭（西安交通大学）

尹　梅（哈尔滨医科大学）

邓　蕊（山西医科大学）

边　林（河北医科大学）

刘俊荣（广州医科大学）

严金海（南方医科大学）

杨　阳（大连医科大学）

张　珊（陆军军医大学）

张大庆（北京大学）

张新庆（北京协和医学院）

赵明杰（大连医科大学）

赵德利（哈尔滨医科大学）

袁蕙芸（上海交通大学）

郭玉宇（南京医科大学）

曹永福（山东大学）

常运立（海军军医大学）

梁　莉（承德医学院）

彭迎春（首都医科大学）

魏　琳（西安交通大学）

秘　书

吉鹏程（西安交通大学）

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

融合教材阅读使用说明

融合教材介绍：本套教材以融合教材形式出版，即融合纸书内容与数字服务的教材，每本教材均配有特色的数字内容，读者阅读纸书的同时可以通过扫描书中二维码阅读线上数字内容。

《医学伦理学》（第 5 版）融合教材配有以下数字资源：

教学课件　案例　微课　自测试卷　英文名词读音

❶ 扫描教材封底圆形图标中的二维码，打开激活平台。

❷ 注册或使用已有人卫账号登录，输入刮开的激活码。

❸ 下载“人卫图书增值”APP，也可登录 zengzhi.ipmph.com 浏览。

❹ 使用 APP “扫码”功能，扫描教材中二维码可快速查看数字内容。

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

配套教材（共计 56 种）

全套教材书目

全套教材书目

读者信息反馈方式

欢迎登录“人卫 e 教”平台官网“medu.ipmph.com”，在首页注册登录后，即可通过输入书名、书号或主编姓名等关键字，查询我社已出版教材，并可对该教材进行读者反馈、图书纠错、撰写书评以及分享资源等。

序　言

党的十九大报告明确提出，实施健康中国战略。没有合格医疗人才，就没有全民健康。推进健康中国建设要把培养好医药卫生人才作为重要基础工程。我们必须以习近平新时代中国特色社会主义思想为指引，按照十九大报告要求，把教育事业放在优先发展的位置，加快实现教育现代化，办好人民满意的医学教育，培养大批优秀的医药卫生人才。

着眼于面向2030年医学教育改革与健康中国建设，2017年7月，教育部、国家卫生和计划生育委员会、国家中医药管理局联合召开了全国医学教育改革发展工作会议。之后，国务院办公厅颁布了《国务院办公厅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》（国办发〔2017〕63号）。这次改革聚焦健康中国战略，突出问题导向，系统谋划发展，医教协同推进，以“服务需求、提高质量”为核心，确定了“两更加、一基本”的改革目标，即：到2030年，具有中国特色的标准化、规范化医学人才培养体系更加健全，医学教育改革与发展的政策环境更加完善，医学人才队伍基本满足健康中国建设需要，绘就了今后一个时期医学教育改革发展的宏伟蓝图，作出了具有全局性、战略性、引领性的重大改革部署。

教材是学校教育教学的基本依据，是解决培养什么样的人、如何培养人以及为谁培养人这一根本问题的重要载体，直接关系到党的教育方针的有效落实和教育目标的全面实现。要培养高素质的优秀医药卫生人才，必须出版高质量、高水平的优秀精品教材。一直以来，教育部高度重视医学教材编制工作，要求以教材建设为抓手，大力推动医学课程和教学方法改革。

改革开放四十年来，具有中国特色的全国高等学校五年制本科临床医学专业规划教材经历了九轮传承、创新和发展。在教育部、国家卫生和计划生育委员会的共同推动下，以裘法祖、吴阶平、吴孟超、陈灏珠等院士为代表的我国几代著名院士、专家、医学家、教育家，以高度的责任感和敬业精神参与了本套教材的创建和每一轮教材的修订工作。教材从无到有、从少到多、从多到精，不断丰富、完善与创新，逐步形成了课程门类齐全、学科系统优化、内容衔接合理、结构体系科学的立体化优秀精品教材格局，创建了中国特色医学教育教材建设模式，推动了我国高等医学本科教育的改革和发展，走出了一条符合中国医学教育和卫生健康事业发展实际的中国特色医药学教材建设发展道路。

在深化医教协同，进一步推进医学教育改革与发展的时代要求与背景下，我们启动了第九轮全国高等学校五年制本科临床医学专业规划教材的修订工作。教材修订过程中，坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指引，贯彻党的十九大精神，落实“优先发展教育事业”“实施健康中国战略”及“落实立德树人根本任务，发展素质教育”的战略部署要求，更加突出医德教育与人文素质教育，将医德教育贯穿于医学教育全过程，同时强调“多临床、早临床、反复临床”的理念，强化临床实践教学，着力培养医德高尚、医术精湛的临床医生。

我们高兴地看到，这套教材在编写宗旨上，不忘医学教育人才培养的初心，坚持质量第一、立德树人；在编写内容上，牢牢把握医学教育改革发展新形势和新要求，坚持与时俱进、力求创新；在编写形式上，聚力“互联网+”医学教育的数字化创新发展，充分运用AR、VR、人工智能等新技术，在传统纸质教材的基础上融合实操性更强的数字内容，推动传统课堂教学迈向数字教学与移动学习的新时代。为进一步加强医学生临床实践能力培养，整套教材还配有相应的实践指导教材，内容丰富，图文并茂，具有较强的科学性和实践指导价值。

我们希望，这套教材的修订出版，能够进一步启发和指导高校不断深化医学教育改革，推进医教协同，为培养高质量医学人才、服务人民群众健康乃至推动健康中国建设作出积极贡献。

林蕙青

2018年2月

仅限自学参考！严禁任何人网络传播或盗卖！后果自负！

全国高等学校五年制本科临床医学专业
第九轮　规划教材修订说明

全国高等学校五年制本科临床医学专业国家卫生健康委员会规划教材自1978年第一轮出版至今已有40年的历史。几十年来，在教育部、国家卫生健康委员会的领导和支持下，以裘法祖、吴阶平、吴孟超、陈灏珠等院士为代表的我国几代德高望重、有丰富的临床和教学经验、有高度责任感和敬业精神的国内外著名院士、专家、医学家、教育家参与了本套教材的创建和每一轮教材的修订工作，使我国的五年制本科临床医学教材从无到有，从少到多，从多到精，不断丰富、完善与创新，形成了课程门类齐全、学科系统优化、内容衔接合理、结构体系科学的由规划教材、配套教材、网络增值服务、数字出版等组成的立体化教材格局。这套教材为我国千百万医学生的培养和成才提供了根本保障，为我国培养了一代又一代高水平、高素质的合格医学人才，为推动我国医疗卫生事业的改革和发展做出了历史性巨大贡献，并通过教材的创新建设和高质量发展，推动了我国高等医学本科教育的改革和发展，促进了我国医药学相关学科或领域的教材建设和教育发展，走出了一条适合中国医药学教育和卫生事业发展实际的具有中国特色医药学教材建设和发展的道路，创建了中国特色医药学教育教材建设模式。老一辈医学教育家和科学家们亲切地称这套教材是中国医学教育的“干细胞”教材。

本套第九轮教材修订启动之时，正是我国进一步深化医教协同之际，更是我国医疗卫生体制改革和医学教育改革全方位深入推进之时。在全国医学教育改革发展工作会议上，李克强总理亲自批示“人才是卫生与健康事业的第一资源，医教协同推进医学教育改革发展，对于加强医学人才队伍建设、更好保障人民群众健康具有重要意义”，并着重强调，要办好人民满意的医学教育，加大改革创新力度，奋力推动建设健康中国。

教材建设是事关未来的战略工程、基础工程，教材体现国家意志。人民卫生出版社紧紧抓住医学教育综合改革的历史发展机遇期，以全国高等学校五年制本科临床医学专业第九轮规划教材全面启动为契机，以规划教材创新建设，全面推进国家级规划教材建设工作，服务于医改和教改。第九轮教材的修订原则，是积极贯彻落实国务院办公厅关于深化医教协同、进一步推进医学教育改革与发展的意见，努力优化人才培养结构，坚持以需求为导向，构建发展以“5+3”模式为主体的临床医学人才培养体系；强化临床实践教学，切实落实好“早临床、多临床、反复临床”的要求，提高医学生的临床实践能力。

在全国医学教育综合改革精神鼓舞下和老一辈医学家奉献精神的感召下，全国一大批临床教学、科研、医疗第一线的中青年专家、学者、教授继承和发扬了老一辈的优秀传统，以严谨治学的科学态度和无私奉献的敬业精神，积极参与第九轮教材的修订和建设工作，紧密结合五年制临床医学专业培养目标、高等医学教育教学改革的需要和医药卫生行业人才的需求，借鉴国内外医学教育教学的经验和成果，不断创新编写思路和编写模式，不断完善表达形式和内容，不断提升编写水平和质量，已逐渐将每一部教材打造成了学科精品教材，使第九轮全套教材更加成熟、完善和科学，从而构建了适合以“5+3”为主体的医学教育综合改革需要、满足卓越临床医师培养需求的教材体系和优化、系统、科学、经典的五年制本科临床医学专业课程体系。

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

其修订和编写特点如下：

1．教材编写修订工作是在国家卫生健康委员会、教育部的领导和支持下，由全国高等医药教材建设研究学组规划，临床医学专业教材评审委员会审定，院士专家把关，全国各医学院校知名专家教授编写，人民卫生出版社高质量出版。

2．教材编写修订工作是根据教育部培养目标、国家卫生健康委员会行业要求、社会用人需求，在全国进行科学调研的基础上，借鉴国内外医学人才培养模式和教材建设经验，充分研究论证本专业人才素质要求、学科体系构成、课程体系设计和教材体系规划后，科学进行的。

3．在教材修订工作中，进一步贯彻党的十九大精神，将“落实立德树人根本任务，发展素质教育”的战略部署要求，贯穿教材编写全过程。全套教材在专业内容中渗透医学人文的温度与情怀，通过案例与病例融合基础与临床相关知识，通过总结和汲取前八轮教材的编写经验与成果，充分体现教材的科学性、权威性、代表性和适用性。

4．教材编写修订工作着力进行课程体系的优化改革和教材体系的建设创新——科学整合课程、淡化学科意识，实现整体优化、注重系统科学、保证点面结合。继续坚持“三基、五性、三特定”的教材编写原则，以确保教材质量。

5．为配合教学改革的需要，减轻学生负担，精炼文字压缩字数，注重提高内容质量。根据学科需要，继续沿用大16开国际开本，双色或彩色印刷，充分拓展侧边留白的笔记和展示功能，提升学生阅读的趣味性与学习的便利性。

6．为满足教学资源的多样化，实现教材系列化、立体化建设，进一步丰富了理论教材中的数字资源内容与类型，创新在教材移动端融入AR、VR、人工智能等新技术，为课堂学习带来身临其境的感受；每种教材均配有2套模拟试卷，线上实时答题与判卷，帮助学生复习和巩固重点知识。同时，根据实际需求进一步优化了实验指导与习题集类配套教材的品种，方便老师教学和学生自主学习。

第九轮教材共有53种，均为**国家卫生健康委员会“十三五”规划教材**。全套教材将于2018年6月出版发行，数字内容也将同步上线。教育部副部长林蕙青同志亲自为本套教材撰写序言，并对通过修订教材启发和指导高校不断深化医学教育改革、进一步推进医教协同，为培养高质量医学人才、服务人民群众健康乃至推动健康中国建设寄予厚望。希望全国广大院校在使用过程中能够多提供宝贵意见，反馈使用信息，以逐步修改和完善教材内容，提高教材质量，为第十轮教材的修订工作建言献策。

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

全国高等学校五年制本科临床医学专业第九轮规划教材
教材目录

序号	书名	版次	主编	副主编
1.	医用高等数学	第7版	秦 侠 吕 丹	李 林 王桂杰 刘春扬
2.	医学物理学	第9版	王 磊 冀 敏	李晓春 吴 杰
3.	基础化学	第9版	李雪华 陈朝军	尚京川 刘 君 籍雪平
4.	有机化学	第9版	陆 阳	罗美明 李柱来 李发胜
5.	医学生物学	第9版	傅松滨	杨保胜 邱广蓉
6.	系统解剖学	第9版	丁文龙 刘学政	孙晋浩 李洪鹏 欧阳宏伟 阿地力江·伊明
7.	局部解剖学	第9版	崔慧先 李瑞锡	张绍祥 钱亦华 张雅芳 张卫光
8.	组织学与胚胎学	第9版	李继承 曾园山	周 莉 周国民 曹淑娟
9.	生物化学与分子生物学	第9版	周春燕 药立波	王建枝 汤其群 高国全 吕社民
10.	生理学	第9版	王庭槐	罗自强 沈霖霖 管又飞 武宇明
11.	医学微生物学	第9版	李 凡 徐志凯	黄 敏 郭晓奎 彭宜红
12.	人体寄生虫学	第9版	诸欣平 苏 川	吴忠道 李朝品 刘文琪 程彦斌
13.	医学免疫学	第7版	曹雪涛	姚 智 熊思东 司传平 于益芝
14.	病理学	第9版	步 宏 李一雷	来茂德 王娅兰 王国平 陶仪声
15.	病理生理学	第9版	王建枝 钱睿哲	吴立玲 孙连坤 李文斌 姜志胜
16.	药理学	第9版	杨宝峰 陈建国	臧伟进 魏敏杰
17.	医学心理学	第7版	姚树桥 杨艳杰	潘 芳 汤艳清 张 宁
18.	法医学	第7版	王保捷 侯一平	丛 斌 沈忆文 陈 腾
19.	诊断学	第9版	万学红 卢雪峰	刘成玉 胡申江 杨 炯 周汉建
20.	医学影像学	第8版	徐 克 龚启勇 韩 萍	于春水 王 滨 文 戈 高剑波 王绍武
21.	内科学	第9版	葛均波 徐永健 王 辰	唐承薇 周 晋 肖海鹏 王建安 曾小峰
22.	外科学	第9版	陈孝平 汪建平 赵继宗	秦新裕 刘玉村 张英泽 孙颖浩 李宗芳
23.	妇产科学	第9版	谢 幸 孔北华 段 涛	林仲秋 狄 文 马 丁 曹云霞 漆洪波
24.	儿科学	第9版	王卫平 孙 锟 常立文	申昆玲 李 秋 杜立中 母得志
25.	神经病学	第8版	贾建平 陈生弟	崔丽英 王 伟 谢 鹏 罗本燕 楚 兰
26.	精神病学	第8版	郝 伟 陆 林	李 涛 刘金同 赵旭东 王高华
27.	传染病学	第9版	李兰娟 任 红	高志良 宁 琴 李用国

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

序号	书名	版次	主编	副主编
28.	眼科学	第9版	杨培增　范先群	孙兴怀　刘奕志　赵桂秋　原慧萍
29.	耳鼻咽喉头颈外科学	第9版	孙　虹　张　罗	迟放鲁　刘　争　刘世喜　文卫平
30.	口腔科学	第9版	张志愿	周学东　郭传瑸　程　斌
31.	皮肤性病学	第9版	张学军　郑　捷	陆洪光　高兴华　何　黎　崔　勇
32.	核医学	第9版	王荣福　安　锐	李亚明　李　林　田　梅　石洪成
33.	流行病学	第9版	沈洪兵　齐秀英	叶冬青　许能锋　赵亚双
34.	卫生学	第9版	朱启星	牛　侨　吴小南　张正东　姚应水
35.	预防医学	第7版	傅　华	段广才　黄国伟　王培玉　洪　峰
36.	中医学	第9版	陈金水	范　恒　徐　颖　金　红　李　锋
37.	医学计算机应用	第9版	袁周山　阳小华	卜东奥　张筠莉　时松和　娄　岩
38.	体育	第6版	裴海泓	程　鹏　孙　晓
39.	医学细胞生物学	第6版	陈誉华　陈志南	刘　佳　范礼斌　朱海英
40.	医学遗传学	第7版	左　伋	顾鸣敏　张咸宁　韩　骅
41.	临床药理学	第6版	李　俊	刘克辛　袁　洪　杜智敏　闫素英
42.	医学统计学	第7版	李　康　贺　佳	杨土保　马　骏　王　彤
43.	医学伦理学	第5版	王明旭　赵明杰	边　林　曹永福
44.	临床流行病学与循证医学	第5版	刘续宝　孙业桓	时景璞　王小钦　徐佩茹
45.	康复医学	第6版	黄晓琳　燕铁斌	王宁华　岳寿伟　吴　毅　敖丽娟
46.	医学文献检索与论文写作	第5版	郭继军	马　路　张　帆　胡德华　韩玲革
47.	卫生法	第5版	汪建荣	田　侃　王安富
48.	医学导论	第5版	马建辉　闻德亮	曹德品　董　健　郭永松
49.	全科医学概论	第5版	于晓松　路孝琴	胡传来　江孙芳　王永晨　王　敏
50.	麻醉学	第4版	李文志　姚尚龙	郭曲练　邓小明　喻　田
51.	急诊与灾难医学	第3版	沈　洪　刘中民	周荣斌　于凯江　陈玉国
52.	医患沟通	第2版	王锦帆　尹　梅	唐宏宇　陈卫昌　康德智　张瑞宏
53.	肿瘤学概论	第2版	赫　捷	张清媛　李　薇　周云峰　王伟林　刘云鹏　赵新汉

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

第七届全国高等学校五年制本科临床医学专业教材评审委员会名单

顾　　问

吴孟超　王德炳　刘德培　刘允怡

主 任 委 员

陈灏珠　钟南山　杨宝峰

副主任委员（以姓氏笔画为序）

王　辰　王卫平　丛　斌　冯友梅　孙颖浩　李兰娟
步　宏　汪建平　张志愿　陈孝平　陈志南　陈国强
郑树森　郎景和　赵玉沛　赵继宗　柯　杨　佳跃浩
曹雪涛　程天民　赫　捷

委　　员（以姓氏笔画为序）

马存根　王　滨　王省良　文历阳　孔北华　邓小明
白　波　吕　帆　吕兆丰　刘吉成　刘学政　李　凡
李玉林　吴在德　吴肇汉　何延政　余艳红　沈洪兵
陆再英　赵　杰　赵劲民　胡翊群　南登崑　药立波
柏树令　闻德亮　姜志胜　姚　智　曹云霞　崔慧先
曾因明　雷　寒　颜　虹

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

主审简介

孙福川

男，1948 年 11 月生于辽宁辽中。哈尔滨医科大学医学伦理学教授（三级）、硕士研究生导师、学校教学督导，北京大学医学部中美医师职业精神研究中心研究员；国家科技部 863 项目网上评议专家库专家，卫生部第三类临床技术审核专家；《中华医学百科全书：医学伦理学卷》编委，《医学与哲学》《中国医学伦理学》和《中华医学教育探索杂志》编委。

潜心医学人文教学与研究 36 年，研究领域主要有医学伦理、生命伦理、医疗改革伦理、医学科研伦理等，尤其在医学伦理学基本理论、临床伦理、医德规范体系重构、医学职业精神建设、医学伦理学教学改革等方面研究卓有建树，公开发表学术论著 130 余篇（部），研究成果屡被引用、转载，或被业内权威媒体转载、约稿，并被国内各大门户网站新浪、搜狐等推介。获全国“六学会”优秀医学人文学术著作奖，获省教学成果、社会科学成果一、二、三等奖多项，《医学与哲学》《中国医学伦理学》突出贡献奖。所主讲的医学伦理学先后被评为全省“两课”重点课程、省级精品课程，曾十数次被评为学校优秀教师，获学校教学标兵、教学名师称号，多次被评为省优秀教师、优秀思想政治工作者。

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

主编简介

王明旭

男，1960 年 1 月生于陕西泾阳。医学博士，二级教授，博士研究生导师。现任西安交通大学公共卫生学院卫生改革与发展研究中心主任，世界卫生组织卫生信息和出版合作中心专家委员会委员，教育部高等学校全科医学教学指导委员会委员，《中国医学伦理学》杂志主编，《中华医史杂志》副总编，*The Journal of Medicine & Philosophy*、《医学与哲学》《中外医学哲学》《全球健康杂志（英文）》等杂志编委。中国性学会常务理事，中华医学会医学伦理学分会副主任委员，中华医学会医学史分会副主任委员，中国医师协会基础医学分会整合医学人文专业委员会主任委员，中国民族医药学会医史文化分会常务理事，陕西省性学会会长，陕西省性病艾滋病协会常务理事，陕西省医学会医学伦理分会副主任委员，陕西省医学会医学史分会副主任委员。

主持国家自然科学基金、国家社科基金等 4 项，承担省部级以及国际合作项目等 20 余项，主编与参编著作和教材 80 余部，发表学术论文 200 余篇，其中 SCI、SSCI 收录论文 15 篇。获得科研及教学成果奖等 8 项。

赵明杰

男，山东肥城人，1959 年 8 月生。教授，主任医师，大连医科大学人文医学博士点学科带头人、博士生导师。现任大连医科大学人文与社会科学学院院长，《医学与哲学》杂志社社长兼主编。研究方向：医学人文、生命伦理学、医学哲学。大连医科大学临床专业毕业，1997—1999 年美国威斯康星大学生命伦理学研究中心访问学者，1999 年 7 月晋升为主任医师、教授。学术团体任职：世界医学会医学伦理学委员会顾问，中华医学会医学伦理学分会主任委员兼辽宁省医学会医学伦理分会副主任委员，中国自然辩证法研究会医学哲学专业委员会副理事长兼秘书长，中国自然辩证法研究会科学、技术与工程伦理专业委员会副理事长，国家卫计委医学伦理学专家委员会委员，国家社科基金项目同行评议专家。

主持国家科技支撑项目、国家社科基金、国际合作科研项目等 4 项，主编与参编著作和教材 20 余部，发表学术论文 200 余篇，获得科研及教学成果奖等 6 项。

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗录！
后果自负！

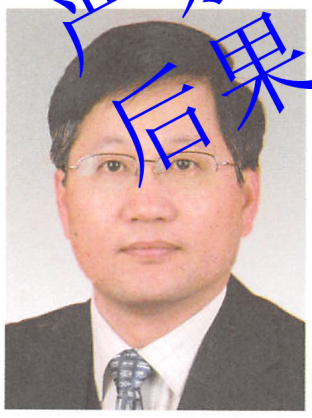
仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

边林

男，天津市人，1957 年 8 月出生。河北医科大学社会科学部、医教协同与医学教育研究中心二级教授、博士生导师，河北医科大学医学与健康研究院 PI，河北省政府特贴专家。曾留学日本。中华医学会医学伦理学分会副主任委员，中国自然辩证法研究会医学哲学专业委员会副理事长、生命伦理学专业委员会常务理事；河北省伦理学会副会长、河北省自然辩证法研究会副理事长、河北省哲学学会常务理事；河北省卫生健康委、省疾控中心及多家医疗机构的伦理（审查）委员会委员；河北医科大学伦理委员会副主委、河北医科大学社科联副主席。《医学与哲学》《中国医学伦理学》《中国医学哲学》（香港）等杂志特约编委。

出版专著《医学伦理学理论与实践》《医患关系学》，主持编写医学人文社会科学教材、丛书等 30 余部，发表学术论文 50 余篇。参与主研国家 863 课题 1 项，主持国家社会科学基金项目 1 项；主持河北省社会科学规划项目、委托项目以及省人文社会科学重大课题攻关项目等 20 余项。科研成果获省社会科学优秀成果二、三等奖、河北省“五个一”工程奖等奖项。

仅限自学参考！网络传播或盗卖！
严禁任何人
后果自负！



曹永福

男，1968 年 4 月生于山东诸城，人文医学博士，山东大学齐鲁医学院教授，硕士生导师。兼任国家医师资格考试医学人文试题开发专家委员会委员，中华医学会医学伦理学分会委员、副秘书长，中国自然辩证法研究会医学哲学专委会常委、生命伦理学专委会委员，山东省卫生健康委医学伦理专家委员会委员，山东省人体器官捐献专家组成员，担任多家机构伦理委员会委员。《中国医学伦理学》杂志副主编，《医学与哲学》杂志编委。

主持教育部人文社科基金课题、省社科基金项目课题、省软科学课题等省部级课题和美国中华医学基金会项目。获国家级、省级精品课程（资源共享课）立项，主持教研课题多项。多年来共发表学术论文百余篇，其中，SSCI 收录 5 篇，CSSCI 收录 7 篇，CSSCI 扩展版收录 6 篇，人大复印资料收录 5 篇。出版专著两部，参与主编、编写教材、著作多部。多项研究成果和教研成果获省部级奖励，获学校“优秀青年教师”和“课堂教学效果优秀教师”荣誉称号。

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

前　言

《医学伦理学》(第5版)修订启动时，正值国务院办公厅《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》(国办发〔2017〕63号)颁布不久，该文件明确指出“把思想政治教育和医德培养贯穿教育教学全过程，推动人文教育和专业教育有机结合，引导医学生将预防疾病、解除病痛和维护群众健康权益作为自己的职业责任”，从而为修订工作指明了方向和提出了更高的要求。

《医学伦理学》(第5版)修订的指导思想和原则如下：一是以《国家中长期教育改革和发展规划纲要(2010—2020)》和国务院办公厅《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》等文件精神为指导；二是以医学生医学伦理素质培育为教育目标，以医学生认识和把握医学伦理基本理念和知识为教学主线，着眼于知识、能力、素质协同提高；三是反映并与执业医师考试大纲相协调，教材内容设计同国家医师资格考试大纲接轨；四是准确把握五年制基础、临床、预防、口腔医学等专业的培养目标，坚持“三基”“五性”和“三特定”的教材编写原则。

《医学伦理学》(第5版)修订的总体思路为“在理论上要善于发声，在实践上要精于指导，在政策上要科学把握，在内容上要更加创新，在应用中要更加贴近”，更加贴近医学生，贴近临床，贴近中国的医疗卫生体制改革，贴近医学发展的新成就，贴近医学伦理学教学改革，将传统的医学伦理学、现代生命伦理学及我国当代医学道德建设的新成果，合理、系统地整合进教材体系，从而把医学伦理学学理的深刻阐释与典型医学伦理问题和案例的分析和解读紧密结合起来。

《医学伦理学》(第5版)具体修订情况为：对上版教材中的篇章结构加以必要的调整，例如删掉教学中意义不大的章节，删减不同章节甚至同一章节内的重复内容，突出医学伦理规范教学重点内容，优化逻辑结构等。第4版教材总计为15章，第5版为18章。删去原有的“医学伦理学的基本范畴”一章，原因是该章的基本内容在其他章节已有涉及，故不再单独成章；全书增加了4章，分别为：第十四章“医学伦理委员会及伦理审查”，第十五章“卫生保健制度及改革伦理”，第十六章“医院管理伦理”和第十七章“医学伦理决策”。其余的14章题目没有变化，基本内容根据需要在各节、目中做了相应调整，如第十二章“前沿医学技术伦理”增加了第三节“数字医疗伦理”等。为满足教学资源多样化，本版《医学伦理学》为纸数融合教材，在纸质教材的基础上增加了数字资源内容，扫描各章首的二维码，可获得相应的教学课件、案件、微课等资源，包括各章“导入案例”。

经过全体编委的共同努力，以上修订再版思路基本实现，从而使上一版教材的优势和特色更加突出，呈献给医学院校师生和读者的第5版《医学伦理学》教材已初步形成如下五大特点：定位明确、概念准确、内容精练、注重创新、系统优化。

本版教材整体架构依据国家医师资格考试大纲及其指南进行再设计，基本知识点涵盖国家医师资格考试现行大纲及其知识要点，除作为医学本科各专业尤其是“5+3”模式临床医学专业的医学伦理学教材外，还可作为医学继续教育和准备国家医师资格考试的读本。

第4版《医学伦理学》教材为本版教材的重新编写打下了很好的基础，加之第5版教材所有参编人员的勤奋工作和努力创新，使得修订后的教材质量又有所改善和提升。然而，由于受到诸多因素

仅限自学参考！严禁任何人网络传播或盗卖！后果自负！

的限制，本版修订目标的实现程度总体上还一些差距，在各章节中的体现也不平衡，还需进一步完善。因此，殷切期待广大师生及专家、学者给予批评和指正。

本教材的编写得到了西安交通大学和大连医科大学各级领导及相关人员的大力支持。在编写过程中，教材编委会秘书西安交通大学吉鹏程全程参与并做了大量的具体工作，《中国医学伦理学》杂志的六位编辑参与了书稿的校对，哈尔滨医科大学孙福川教授审阅了全部书稿并提出了十分宝贵的意见和建议，山东大学曹永福教授负责数字内容的审阅及指导工作，在此一并表示最衷心的感谢！

王明旭　赵明杰

2018年5月

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗录！
后果自负！

目　录

第一章　绪论　1

第一节　伦理学的概念　1

一、伦理学及相关概念　1

二、伦理学的类型　2

第二节　医学伦理学的研究对象、内容和方法　2

一、研究对象　2

二、研究内容　3

三、研究方法　4

第三节　医学伦理学学科成熟的标志及其与相关学科的关系　5

一、医学伦理学学科成熟的标志　5

二、医学伦理学与相关学科的关系　6

第四节　学习医学伦理学的意义和方法　8

一、学习意义　8

二、学习方法　8

第二章　医学伦理思想的历史发展　10

第一节　古代医学伦理思想　10

一、医学职业与医学伦理的起源　10

二、宗教、哲学对古代医学伦理思想的影响　11

第二节　近代医学伦理思想　13

一、医学人道主义的兴起　13

二、职业规范的确立　13

三、预防医学道德与政府健康责任的提出　14

四、健康权利观念的萌生　14

第三节　现代医学伦理思想　15

一、生命伦理学的诞生和发展　15

二、生命伦理学的主要问题　15

三、医学伦理学教育和研究　16

四、医学伦理学理论的发展　17

五、当代中国医学伦理学的发展　18

仅限自学参考！严禁任何人网络传播或盗卖！后果自负！

第三章 医学伦理学的基本观点和理论 20

第一节 生命观与死亡观 20
一、生命观 20
二、死亡观 21
第二节 医学伦理学的基本理论 23
一、美德论 23
二、后果论 24
三、道义论 27
第三节 医学伦理学的其他理论 29
一、伦理相对主义与境遇伦理学 29
二、生命政治学与身体伦理学 29
三、商谈伦理学与对话伦理学 30
四、中国医学伦理学的理论发展 30

第四章 医学伦理规范体系 32

第一节 医德基本原则 32
一、我国医德基本原则的提出及其历史背景 32
二、医德基本原则的内容 32
三、医德基本原则在新时期卫生工作方针中的体现 33
第二节 医学伦理原则 33
一、医学伦理原则概述 33
二、医学伦理原则 34
三、医学伦理原则的应用 37
第三节 医学道德规范 38
一、医学道德规范概述 38
二、国际、国内主要医学道德规范 38
三、医学道德规范的基本内容 40

第五章 医疗人际关系伦理 42

第一节 医患关系 42
一、医患关系概述 42
二、医患关系模式 44
三、医患关系的内容 45
四、和谐医患关系的构建 48
第二节 医际关系 49
一、医际关系的概念及特点 49

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

二、协调医际关系的道德要求　50
三、协调好医际关系的意义　52

第六章　健康与公共卫生伦理　54

第一节　健康伦理　54
一、健康与健康观　54
二、健康伦理的基本内容　55
三、全球健康伦理　56
四、“健康中国”战略的伦理解读　57
第二节　公共卫生伦理　58
一、公共卫生的伦理价值　58
二、公共卫生实践中的伦理难题　58
三、公共卫生的伦理原则　59
第三节　疾病防控伦理　61
一、疾病的伦理关涉　61
二、疾病管理伦理　62

第七章　临床常规诊治伦理　64

第一节　诊断伦理　64
一、诊断的伦理准则　64
二、问诊的伦理要求　65
三、体格检查的伦理要求　65
四、辅助检查的伦理要求　65
第二节　治疗伦理　66
一、治疗的最优化准则　66
二、药物治疗的伦理要求　67
三、手术治疗的伦理要求　67
四、心理治疗的伦理要求　68
第三节　康复伦理　70
一、康复治疗工作的特点　70
二、康复治疗的伦理要求　70

第八章　临床特殊科室、疾病和诊治伦理　72

第一节　临床特殊科室伦理　72
一、急诊科伦理　72
二、妇产科伦理　73

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

三、老年病科伦理 74
四、ICU伦理 74
第二节 特殊疾病伦理 75
一、医源性疾病伦理 75
二、药源性疾病伦理 76
三、疼痛控制伦理 77
第三节 特殊诊治伦理 78
一、过度医疗伦理 78
二、无效治疗伦理 79
三、放弃治疗伦理 80
四、防御性医疗伦理 81
五、医学技术滥用 82

第九章 生殖伦理 84

第一节 计划生育伦理 84
一、人口与计划生育(家庭计划)伦理 84
二、生育控制措施伦理 86
三、生育控制的伦理原则 87
第二节 优生优育伦理 87
一、优生与优生学说 87
二、优生的伦理争议 87
三、优生措施伦理 88
第三节 辅助生殖伦理 90
一、辅助生殖技术概述 90
二、辅助生殖技术的伦理价值 91
三、辅助生殖技术应用的伦理准则 91
四、辅助生殖技术的伦理争议 93

第十章 人体器官移植伦理 96

第一节 器官移植技术及一般伦理问题 96
一、器官移植技术概述 96
二、人体器官移植的伦理辩护 96
三、人体器官移植的伦理争论 97
第二节 人体的移植器官来源与器官分配伦理 98
一、器官来源伦理 98
二、器官分配伦理 100
第三节 人体器官移植的伦理规范与法律规范 101

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗录！
后果自负！

一、人体器官移植现行国际伦理规范　101
二、我国人体器官移植的伦理法律规范　102
三、我国人体器官移植的伦理原则　104

第十一章　死亡伦理　106

第一节　死亡诊断标准伦理　106
一、死亡的概念　106
二、死亡诊断的标准　106
三、脑死亡诊断标准的伦理价值和意义　107
第二节　安乐死伦理　109
一、安乐死概述　109
二、安乐死的伦理争议　111
第三节　安宁疗护伦理　112
一、安宁疗护概述　112
二、安宁疗护的伦理价值　113
三、安宁疗护的伦理要求　114

第十二章　前沿医学技术伦理　116

第一节　基因伦理　116
一、基因科学与技术的生命伦理审视　116
二、基因诊断伦理　119
三、基因治疗伦理　120
第二节　人类干细胞研究与应用伦理　121
一、人类干细胞研究概述　121
二、人类干细胞临床前研究伦理　121
三、人类干细胞临床实验及其应用伦理　123
第三节　数字医疗伦理　124
一、医疗信息化伦理　124
二、“互联网＋医疗”伦理　125
三、医疗人工智能伦理　126

第十三章　医学科研伦理　128

第一节　科研诚信与医学科研人员道德规范　128
一、医学科研中的矛盾冲突　128
二、医学科研中的学术不端行为　129
三、医学科研人员的道德规范　131

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

第二节 动物实验伦理 131
一、动物实验概述 131
二、动物实验的伦理观点 132
三、动物实验的伦理原则 133
第三节 人体试验伦理 134
一、人体试验概述 134
二、人体试验中的伦理问题 135
三、人体试验的伦理原则 136

第十四章 医学伦理委员会及伦理审查 138

第一节 医学伦理委员会 138
一、医学伦理委员会的起源及历史发展 138
二、医学伦理委员会的组成与分类 139
三、医学伦理委员会的职能与运行 140
第二节 医学研究的伦理审查 141
一、涉及人的生物医学研究伦理审查 141
二、动物实验的伦理审查 143
第三节 医疗技术应用的伦理审查 144
一、人体器官移植技术临床应用的伦理审查 144
二、人类辅助生殖技术临床应用及人类精子库的伦理审查 145
三、干细胞临床研究的伦理审查 146
四、医疗新技术临床准入及应用的伦理审查 147

第十五章 卫生保健制度及改革伦理 149

第一节 卫生保健制度的医学伦理维度 149
一、卫生保健制度及其价值目标 149
二、国际主要卫生保健模式及其伦理评价 150
第二节 中国的医药卫生体制及“新医改” 151
一、前“改革开放”时期中国卫生保健制度的成就及问题 151
二、中国卫生保健制度改革及其伦理问题 152
三、“新医改”的价值导向及其成就 153
第三节 卫生保健制度中的公平与效率 154
一、卫生保健制度中的公平 154
二、卫生保健制度中的效率 155
三、卫生保健制度中公平与效率的统一 156
第四节 卫生保健制度中的市场机制与政府责任 157

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

一、卫生保健制度中的市场机制　157
二、卫生保健制度中的政府责任　158
三、卫生保健制度中市场机制与政府责任的互补关系　158

第十六章　医院管理伦理　160

第一节　医院运行中的伦理问题　160
一、公立医院的公益性与经营性　160
二、医联体伦理　161
三、分级诊疗伦理　163
第二节　医院管理伦理原则　164
一、以病人为中心　164
二、以医务人员为本　165
三、服务质量至上　166
四、将社会效益置于首位　166
第三节　现代医院的社会伦理责任　167
一、医院的社会伦理责任　167
二、重视疾病预防　167
三、参加现场急救　168
四、参与社区卫生服务　168
五、支持基层医疗工作　169
六、开展医德教育　169

第十七章　医学伦理决策　171

第一节　医学伦理决策概述　171
一、医学伦理决策的概念　171
二、医学伦理决策的程序　172
三、医学伦理决策的条件准备　173
四、医学伦理决策的模式化　174
第二节　普通医学伦理问题的决策　175
一、普通医学伦理问题决策的概念　175
二、影响普通医学伦理决策的因素　175
三、普通医学伦理决策的顺利进行　176
第三节　医学伦理难题的决策　176
一、医学伦理难题决策的概念　176
二、医学伦理难题的形成　177
三、医学伦理难题决策的顺利进行　179

仅限自学参考！严禁任何人网络传播或盗卖！后果自负！

第十八章 医学道德教育、评价与修养 182

第一节 医学道德教育 182
一、医学道德教育规律 182
二、医学道德教育的路径 183
三、医学道德教育的规范体系 184
第二节 医学道德评价 185
一、医学道德评价概述 185
二、医学道德评价的标准 186
三、医学道德评价方式 188
第三节 医学道德修养 189
一、医学道德修养概述 190
二、医学道德修养的目标 190
三、医学道德修养的根本途径和方法 191

主要参考文献 195

推荐阅读 196

中英文名词对照索引 197

本书测试卷

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

第一章 绪 论

【导入案例 1-1】 该不该抢救窒息胎儿

医学伦理学（medical ethics）是指在系统考察医疗卫生领域道德现象的基础上，确立伦理学依据及其概念体系，概括出基本的伦理原则或准则、形成伦理分析框架来指导相应道德实践并研究具体伦理问题的一门学科。这里讲的医疗卫生领域具体包括预防、临床诊疗、护理、康复、医学研究、卫生事业管理等。医学伦理学是一门重要的实践伦理学分支学科，也是医学人文学科中的重要组成部分。医学伦理学能帮助广大医护人员、卫生政策制定者和管理者、科研人员、医学教育工作者以及医学生全面识别医疗卫生实践和医学研究中存在的诸多伦理问题，培养伦理意识和决策能力，从容应对医疗卫生和医学研究中棘手的伦理难题；同时，它有助于培育一个人的道德品质、信念与情感，提升道德境界与修养，坚守做人的原则与美德，自觉履行道德义务和专业职责。

本章首先对“伦理”与“道德”等核心概念进行学理上的辨析，然后引入伦理学含义与类型，考察医学伦理学的研究对象、内容和方法，讨论医学伦理学与相关学科之间的关系。

第一节 伦理学的概念

一、伦理学及相关概念

（一）伦理学的含义

伦理学（ethics）是对道德现象的系统研究，亦称道德哲学。在系统反思人类道德生活的基础上，伦理学逐渐形成了一套关于善恶、义务、行为准则、价值等范畴和概念体系，实现了对道德观的理论化和系统化。例如，古希腊亚里士多德将伦理学视为一门关于人的道德品性的学问，《尼各马可伦理学》就系统阐述了“德性在于合乎理性的活动”“至善就是幸福”等观点。如今的伦理学更是在建构一套包括原则、准则或规则在内的道德规范体系，分析和评判现实生活中涉及该不该、正当与否、善恶及对错，进而指导人们的社会行为，协调人与人、人与自然、人与社会等各种伦理关系。

（二）道德与伦理

在日常生活中，“道德”和“伦理”时常被视为同义词，共同表达了“行为应该如何”的涵义，但在学理上，二者的差别很大。英文中的 morality（道德）沿袭了拉丁文 mores（习俗、性格）的含义，统指社会生活中的道德风俗和个体的德性。ethics（伦理）源于古希腊的 ethos，指外在的风俗、习惯以及内在的品行、品德。中国古代的《说文解字》中说：“德，外得于人，内得于己也”，专指人们应遵从人伦之道而形成的德行、德性、品德、美德等。“伦”的本义为辈分、人伦，“理”的本义为玉石的纹理。“伦理”一词始见于《礼记·乐记》：“乐者，通伦理者也。”《说文解字》解释说：“伦，从人，辈也，明道也；理，从玉，治玉也。”伦理即人伦之理，调整人伦关系的条理、道理、准则。因而，二者的差别在于，道德侧重于个体的道德品质与修养，伦理侧重于社会的伦理关系与秩序。

道德是由社会的经济基础决定的，以善恶、正当与否、该不该等作为评价标准，借助自律和他律来调节人与人、人与社会、人与自然之间的关系，并追求自身人格完善的活动、关系或意识的总称。道德贯穿在社会生活的各个层面，如社会公德、家庭美德和职业道德等。道德也指个人的道德信念、道德情感、道德品格、道德理想和道德实践。伦理学集中关注人的行为和人的价值的道德领域。

二、伦理学的类型

伦理学的主要形态有：元伦理学、规范伦理学和描述伦理学。规范伦理学（normative ethics）是通过对人类行为的善恶价值分析，研究道德的起源、本质和发展规律等，试图从哲学上形成和论证道德原则、规范和美德要求，以约束和指导人们的道德实践。它主要回答下列问题：什么样的行为是善的或恶的？什么样的人是好人或坏人？人们做出该不该、正当与否之类判断的标准是什么？如何构建出一套逻辑自洽的指导和评价人的行为的道德规范？如何论证这些规范的完整性和合理性？

元伦理学和描述伦理学属于非规范伦理学。元伦理学（meta-ethics）是关于道德行为和信念的事实性研究，而描述伦理学主要分析伦理学术语、概念以及伦理推理方法。元伦理学研究或分析道德话语，集中于道德的语言分析和逻辑推理。元伦理学研究价值、应该、道德应该、正当、道德事实等概念，以及道德推理和论证等方面的问题。它不制定道德规范和价值标准，对任何道德规范、价值都采取中立立场。描述伦理学（descriptive ethics）侧重于考察具体历史文化背景下的社会伦理现象、社会公众日常道德生活的直观描述。二者的研究对象集中在伦理事实、概念和推理层面，而不是确定“道德应该”是什么。

实际上，人类行为有三个要素：行为者、行为过程和行动结果。某个行为者做出某种行为，往往会产生某种结果。德性伦理学强调行为者自身的品行，它在追问：什么是理想的人？人应该过什么样的生活？人应具有哪些品格？如何能具备这些品格？例如，儒家强调“仁义礼智信”或“温良恭俭让”，基督教强调“直温勇智忠信慈”。道义论规定在特定条件下应该从事某类行为，决不可从事其他行为，为此该理论提出一组特定的伦理规则，以及当这些规则冲突时判定应该做什么的方法。后果论提出了测定和比较不同行为后果的定性和定量方法，以及当不能确定何种行动能使正面后果最大化时采取的实际政策。后果论在当代衍生出的一种重要分支是效用论，它构成了临床伦理决策中所采用的风险 - 收益权衡的哲学基础。

实践伦理学（practical ethics）旨在将一般的道德规范和理论应用于特定社会实践领域，具体包括医学伦理学、环境伦理学、商业伦理学、网络伦理学、工程伦理学等分支学科。与应用伦理学不同的是，实践伦理学强调的是一般的伦理规范或原则无法简单套用到具体领域并推演出伦理结论；这些一般性指导原则只是伦理思考的逻辑起点，需要借助具体情形中的数据信息、经验，加上创造性的分析论证才能做出恰当的伦理判断或结论。

第二节 医学伦理学的研究对象、内容和方法

依照不同的划分标准，医学伦理学学科体系的展示方式有所不同。从实践伦理学和规范伦理学的交叉视角出发，人们可以梳理出一条相对简洁的逻辑主线。作为一门以识别和分析伦理问题、培养伦理决策能力，完善医者职业人格、养成职业道德为主的学科，医学伦理学有明确的研究对象和研究内容，形成了相对完备的道德规范体系，具备了较为成熟的分析论证框架，能够为纷繁复杂的医疗卫生道德现象、行为和活动提供有效的伦理指引。

一、研究对象

医学伦理学以医疗卫生领域中的道德现象及其发展规律为主要的研究对象。

医学道德现象是医疗卫生领域中存在的且能够被人们感知的具有善恶、正邪、荣辱等评价意义的社会现象的统称。它包括医学道德的意识现象、规范现象和活动现象等。医学道德意识现象是指医务人员在处理医学道德关系实践中表现出来的行为、态度、伦理思想、道德观念和伦理学说的总和。医学道德规范现象是评价医务人员行为的道德标准，是判断医学道德活动善恶、荣辱、正义与非正义的行为准则。医学道德活动现象是指在医疗卫生领域中，人们按照一定伦理理论和善恶观念而

笔记

采取的道德行为或活动的总和。医生要有心系患者、爱岗敬业、勇攀高峰的精神风貌，养成无私奉献、救死扶伤的坚定信念，坚守精诚为业、仁爱为医的高尚医德，弘扬精益求精、一丝不苟的敬业精神，践行“患者为本、敬畏生命、坚持人道主义”的医师准则，努力做全心全意为人民群众健康服务的好医生。

医疗卫生领域中的人际关系至少包括如下方面：①人与人之间的关系，如：医患关系、医医关系、医护关系；②人与组织之间的关系，如：医务人员与医疗机构及其科室之间的关系；③组织之间的关系，如：医联体内部大医院和社区卫生服务中心之间的关系，医疗机构与卫生主管部门的关系；④人、医疗机构与社会之间的关系；⑤人与自然环境之间的关系。人际关系总是受着社会历史条件的制约，受经济制度和经济条件的制约，受社会风俗习惯的影响，受文化礼仪规则的限制，受民族、职业、宗教、道德乃至性别等因素的约束。医学伦理学通过一系列的道德规范来调解这些人际关系，以及规范医务人员的医疗服务行为。

二、研究内容

医学伦理学研究的内容主要包括：医学伦理学的基本理论；基本的医学伦理原则、规范和范畴；预防医学、临床医学、医学科研、医院管理、卫生经济与医疗保健政策等领域引发的伦理问题及分析框架；医学道德实践以及医学道德教育、修养及评价监督、医学专业精神；等。

（一）医学伦理学基本理论

医学伦理学基本理论是医学伦理学得以构建的理论基石。现代医学伦理学基本理论主要有关于生命理念的生命神圣论、生命质量论、生命价值论，关于死亡理念的中西方死亡文化、科学死亡观、死亡教育，关于医德本位理念的医学人本论、医学后果论、医学公正论，关于医德关系理念的医者义务论、医者美德论、患者权利论等。

（二）医德规范

医学伦理学作为实践伦理学，无疑更应该注重医德规范的研究和确定，不仅要研究一般道德规范，借鉴和吸收历史的经验，继承和发扬优良道德，而且还要研究医学不同学科及医学职业不同分工中的具体规范和要求。以阐明医学活动中行为主体应承担的道德责任，指出从事医学活动过程中应遵循的道德原则，以作为医务人员医学活动的出发点，作为评价医学行为道德与否的伦理标准。

医德规范不是随意制定或约定的，也不是从特定社会文化中抽象的伦理原则中演绎推导出来的，而是通过对人类社会长期的道德实践活动之理性反思基础上概括总结出来的。而要形成原则，必须描述分析已有的所有规则，根据医学道德规则的普遍性与多样性关系，离析出其中的医学道德原则，然后再确立适应医学伦理学发展和需要的医学道德规范。

（三）医德的基本实践

实现医学道德的基本实践，就是通过医德教育、医德培养、医德修养、医德评价等，使社会确定的医学道德在医务人员身上得以实现，形成医学美德。医学道德规范是外在的、客观的社会要求，其价值得以体现和实现，必须转化为医务人员内在的、主观的自身信念。这个任务是复杂的、具体的、丰富的，主要通过医学伦理实践活动完成。当代医学伦理学尚处在演化中，其理论与体系还不够成熟，对有些基本概念的理解还存在分歧和争论，但它却给我们的研究和学习提供了广阔空间。

（四）医学伦理难题与伦理分析

医学和生命科学的长足发展以及社会道德的进步，带来或引发了许多医德两难选择问题或称两难伦理问题。所谓医德现实难题是指，在选择做什么或不做什么的时候，已经不仅是在相对简单地做或善或恶的选择，而且要做更为复杂的价值选择，即进行利与弊、善与恶大小多少的比较，以求在诸多善果中求最大、在诸多恶果中求最小，因其往往还没有或难以找到现成的标准答案，从而导致选择者往往处于左右为难、进退失据的窘境。医德现实难题主要有两类：其一是医学新知识、新技术研究应用与现有医德观念之间形成伦理冲突，例如人类辅助生殖技术、基因诊断与治疗技术、器官移植

技术、心肺复苏技术、人体试验等应用过程中出现的某些伦理难题；其二是新的医改举措及其道德反思进入医德领域后与多年流行的职业行为模式之间形成伦理冲突，例如经营管理与公益原则如何兼顾，同事竞争与相互合作如何协调等伦理难题。

无论是一般的伦理问题，还是医德难题，对其进行伦理分析或者伦理辩护，均要遵循一定的伦理分析框架。伦理分析框架一般包含以下步骤：

1. 识别伦理问题 根据医疗卫生领域的不同，医学伦理问题可以分为如下几大类：

（1）临床伦理问题：医学干预中如何保护患者的自主权？如何贯彻知情同意？医务人员如何应对利益冲突或义务冲突？家属要求对癌症晚期病人的信息保密，主管医护人员该如何对待？生命维护技术在延长病人生命的同时，是否应该延长病人的痛楚？患者及家属应该如何参与临床决策？

（2）医学研究伦理问题：涉及人体的临床研究会牵涉到受试者的正当权益保护问题，如知情同意、隐私保护、风险 - 受益比、公平选择受试者问题。在开展涉及人的研究时，科研人员应该如何遵守伦理准则，是否清楚伦理审查的程序和要点。

（3）新兴生物医药技术伦理问题：进入 21 世纪，基因编辑技术、基因治疗、胚胎干细胞研究、器官移植技术、合成生物学、再生医学引发了诸多新的伦理问题。非医学目的的基因增强是否加剧稀缺医疗资源的分配不公？基因检测技术的商业化应用引发了是否应该告知家庭成员重要的基因检测信息？

（4）公共卫生伦理问题：流行病研究和公共卫生分别应该遵循哪些伦理原则？分级诊疗中是否应该完全尊重患者自主选择就诊医疗机构的意愿？如何在保护个人、遵守医院规定和保证患者安全之间权衡？在突发重大疫情救助现场，稀缺医疗资源分配的优先次序是什么？如何在保护艾滋病患者的个人隐私与贯彻艾滋病疫情通报之间的潜在冲突？如何保护艾滋病患者的个人隐私？重大医疗救护中限定个人自由能否得到伦理辩护？

医学伦理问题呈现出如下特点：第一，复杂性。医学伦理问题往往与社会、法律、宗教、哲学等问题彼此交织。第二，客观性。医学伦理问题是客观存在的，植根于社会文化和医疗卫生实践之中。第三，多样性。在常规临床操作、医学科研和高技术应用中所引发的伦理问题的表现和根源不同。诱发医学伦理问题的根源主要有：经济利益冲突、道德义务之间的冲突、道德观念的差异等方面。

2. 确立分析论证方式 在伦理学上，如果某一行动或伦理问题的解决办法得到了辩护，这意味着我们采取行动在道德上是对的。伦理辩护实质上就是伦理论证的过程，而一个完整的论证由断言、支持和根据等三要素构成。基于不同医学道德规范，医务人员会形成相互冲突的不同医学伦理行为方案。面对这些医学伦理决策难题，需对不同方案的道德价值进行比较和权衡。伦理权衡的基本原则是：两害相权取其轻，两利相权取其重。临床决策需要充分考虑病人及其家属的价值观，鼓励患者参与临床共享决策。为此，医务人员要加强个体道德修养、接受伦理教育，培养医学伦理决策能力，树立正确的医学伦理价值观，弘扬医学职业精神。

三、研究方法

伦理学方法是理解和考察道德生活的各种方法的总称，它包括如下几种。

（一）规范伦理学方法

规范伦理学研究方法主要是借鉴了哲学、史学、逻辑学的相关方法。具体表现在：对医德本质、道德规范进行哲学思辨，对医德思想的起源和演变进行史学考证，对伦理学基本概念、伦理判断、道德推理和伦理论证结构进行逻辑分析。道义论、效用论和德性论等主要的伦理学流派均崇尚逻辑严密的分析论证方法。其中较为常用的是反思平衡（reflective Equilibrium），由美国哲学家约翰•罗尔斯（John Rawls）在《正义论》中提出的一种规范伦理学方法。这种方法主张：伦理论证是建立在伦理思考中所有要素应连贯一致的基础上，提供伦理辩护理由，并试图实现道德判断与道德原则结合的平衡状态。人们最为确信的道德判断或直觉对道德原则起检验作用。同时，确信度很大的道德原则可

笔记

用来拒斥与之相冲突的直觉。反思平衡是双向的，既要考察特定直觉判断、伦理原则，又要细究背景理论，在动态的道德评估中将所有要素结合为相对稳定的和谐平衡状态。反思平衡是道德辩护的必要条件，但不是充分条件。

（二）元伦理学方法

元伦理学方法通常是把哲学、逻辑学、语源学和语言学等领域的方法移植到医学伦理学中，分析医学道德语言、分析道德体系的理性根源或不同医学伦理观点的逻辑论证。例如，临床上医患沟通过程中的会话分析就是语言学的具体应用，而对“道德”和“伦理”的本意考证就要借助语源学知识。概念分析是要分析概念的意义、概念代表实体的价值。《医学伦理学百科全书》的编撰就是要确立严密分类的三级或四级概念体系，并逐一进行概念辨析和下定义，为学科发展奠定学理基础。此外，为了剖析生物医学研究和医疗卫生事业发展过程中出现的新的道德现象、伦理问题和理论困惑，元伦理学方法大有用武之地。

（三）描述伦理学方法

描述伦理学方法主要是指社会科学方法，尤其是实地考察、访谈和问卷调查方法。描述伦理学使用社会科学方法去研究人们如何推理和行为，如代理决策机制。半结构性访谈是获得第一手伦理知识的重要方法。如了解临床医生对医学道德困境的体验和态度。在形成临床伦理指导原则、伦理审查办法、科研学术不端行为处理办法等政策法规过程中，向专家和社会公众征求伦理意见就会采用描述伦理学方法。此外，问卷调查方法是判定医患关系状况、诱因的有效手段。

（四）综合方法

医学伦理学的全面研究要求运用描述的、规范的和元伦理学方法，需要充分吸收借鉴哲学、社会学、逻辑学、自然科学等领域的成熟方法。无论在具体的案例分析中，还是在新兴医学伦理学分析学科的构建之中，上述各种伦理学方法均会有用武之地。在一定意义上讲，反思平衡就是一种综合方法，在伦理问题问卷调查结果之上形成支持或反对某种伦理概念的界定，或伦理观点的研究进路中也渗透了综合方法。此外，案例分析法，尤其是更为严苛的判例法，也带有综合运用多种知识、方法的特点。

判例法（casuistry）是一种基于特定医学案例（而非抽象的原则或规则），针对特定伦理问题进行道德推理的方法。它源自拉丁文 casus（个案），常用于实践伦理学和司法实践。它从一个典型的医学伦理案例开始，考查待分析的伦理案例与范例在伦理问题上的表现、根源、后果和影响因素之间的异同。如果待分析的伦理案例与范例相同，应该作相同处理，与范例不同则作不同处理。判例法避免了把伦理原理或规则简单套用到具体伦理问题的解答中。判例法可以引导跨学科的伦理讨论，提供丰富多样的伦理论证，以便让不同道德立场、哲学信念或宗教信仰的人以近似的方式对待相同的伦理案例。尽管医学伦理案例各有千秋，但判例法有章可循，包括了 4 个基本环节：①研读伦理案例和相关材料；②界定伦理问题的性质、根源和后果；③选择伦理理论工具和确定评估标准；④确定备选方案并开展事前的评估和检验。

第三节 医学伦理学学科成熟的标志及其与相关学科的关系

一、医学伦理学学科成熟的标志

（一）拥有丰富的伦理理论资源

伦理学源远流长，流派众多，影响着每一个时代的道德生活，也为医学伦理思想引来了源头活水。德性论、义务论、后果论，以及关怀主义伦理学、责任伦理学为现实的医学道德现象的识别、分析和研判提供了广阔的解释空间和针对性的伦理指导。这些丰富多元的伦理学说与鲜活的医学道德实践相结合，既能解决广大医务人员在日常医疗实践中碰到的伦理难题，减少道德沮丧感，也为医学伦理学学科建设注入了强劲的动力。这些伦理学理论、原则、概念和方法借助规范化的教育培训，也

培养了新一代的医学伦理学教学和科研人才，为学科发展提供了人才保障。

（二）形成了一套公认的具有操作指引的伦理规则

在国际范围内，尊重、不伤害、有利、公正等伦理原则得到普遍认可。在不同的医疗卫生情境下，临床医护人员或伦理学专家可以把伦理原则细化为具体的伦理规则或准则，来指导人文医学实践。伦理规则可以分为实质规则和程序规则。实质规则是指讲真话、隐私保密、减少痛苦、提高生命质量、维护生命尊严诸如此类具有实质内容的规范；程序规则是保证实质规则实现某些过程、步骤、机制等方面的规范。例如，医学伦理审查就是一个程序规则，一项涉及人的生物医学研究要求伦理审查。在伦理审查中，凡是与项目有利益冲突的委员必须遵循“回避”的程序规则。医学伦理学除了包括伦理原则和规则以外，还在道德情感、道德品格、道德品质等方面对医务人员提出美德要求。

（三）分支学科不断涌现

进入 21 世纪，医学伦理学衍生出诸如临床伦理学、护理伦理学、医学科研伦理学、公共卫生伦理学等具体分支学科。针对艾滋病 / 性病防控、突发公共卫生事件、流行病暴发等重大医疗救护的伦理反思、公共卫生伦理学等异军突起。历史悠久的临床伦理学在医患关系、临床伦理决策、临床伦理咨询等方面成果丰硕。21 世纪初，以基因伦理学、辅助生殖伦理学、器官移植伦理学为代表的医学新技术伦理学日渐兴起。围绕着新药 / 疫苗临床试验、革新性疗法的快速发展，以及科研不端行为日趋突显，医学科研伦理学快速成长。随着人口老龄化和疾病谱系的变化，人们健康养生概念的养成，以及健康中国建设的推进，公共健康伦理学含苞待放。

二、医学伦理学与相关学科的关系

医学伦理学与医学、哲学、法学、社会学、政策科学、心理学、语言学、文学、教育学、美学等学科均有着程度不同的关联。为此，有必要厘清医学伦理学与其他相关学科的关系，划定学科边界，明确各自的适用范围，更好地理解医学伦理学的研究内容、对象和学科地位。

（一）医学伦理学与医学

医学和伦理学是两门彼此独立的学科，医学伦理学是医学与伦理学的交叉学科。医学通常要做出事实性判断，医学伦理学主要回答医疗卫生领域的该不该、正当与否之类的问题，做出价值判断。医学研究往往通过观察与实验获取科学事实，再借助分类、比较、分析综合、归纳演绎等方法对数据资料或证据进行逻辑分析，并借助假说 - 演绎法来形成科学理论。医学方法具有较强的实证性特征，医学伦理学的研究方法则偏重于思辨，但也会弘扬医学实证精神。不过，医学和伦理学有着更为天然的密切联系，二者的关系突出表现在如下三个方面：

首先，医乃仁术。如同北京协和医学院老校训所言“科学济人道”，医学目的是要预防疾病、增进健康、解除病痛、提高生命质量，因而医学充满着丰厚的人文情怀。医学是以人的生命为对象的实践活动与知识体系，因而兼有自然科学、工程技术和人文社会科学的特性。尤其是临床医学、公共卫生学和护理学均内含了较多的人文社会科学养分。

其次，在医学研究和医疗实践中形成并发展医学伦理思想。人类社会早期的医疗实践中就孕育着朴素的伦理思想。经过历史积淀和理性反思，医疗活动中所形成的道德认知和态度提升为相对稳定的医学道德观念和道德规范。这样一套由多层次的道德原则和准则构成的特殊价值体系，约束着医务人员、广大患者和其他利益相关方的医疗卫生行为，引导着人们选择正当的行为，尽相应的道德义务和肩负专业职责，弘扬医学职业精神。

最后，医学伦理学需要动态回应现代医学研究和医疗实践引发的新的伦理挑战。例如，为了获得最佳的医学证据而开展的新药随机双盲对照试验必然涉及受试者权益保障问题，突出表现在知情同意、负担和受益的公正分担等方面，由此就需要严格规范的伦理审查。又如，基于医学不确定性和局限性、病情复杂性及患者文化水平参差不齐等方面的原因，革新性疗法之临床应用引发了如何合乎伦理地开展临床决策问题，医患共同参与临床决策的模式受到青睐。

（二）医学伦理学与卫生法学

春秋战国时期就有关于德治与法治之争的“王霸之辨”。儒家发展了周公的“敬德保民”思想，意识到了道德的力量，主张“为政以德”，以“王道”统一天下。法律法规是由国家制定并强制实施的行为规范。道德主张依靠内心信念、传统习俗、思想教育、社会舆论来调节和规范人的行为。法律依靠强制性的规范来约束人的行为；道德依靠自律性的道德修养来约束人的行为。二者相辅相成，缺一不可。伦理为法律提供辩护，法律又可保障伦理观念、规范的贯彻实施。

医学伦理学与卫生法学都是协调医疗卫生领域人际关系、人与社会以及人与自然关系的基本力量。卫生法学以医疗卫生领域的法律规范为主要研究对象，由国家以强制力保证执行。医学伦理学以医学道德为研究对象，靠内心信念、公众舆论和社会习俗等方式，靠自觉遵守医德规范来发挥效能。医学道德与卫生法规互相联系、互相补充。医学道德规范要求的范围广，即规定了医疗卫生领域的道德底线，如：不许克隆人、不准对人类生殖细胞系开展非医学目的的基因编辑等。医学伦理学又提倡更高的道德境界，例如科研人员和白衣天使要无私利他、自我牺牲等。

从医学史发展脉络看，医疗伦理思想在先，卫生法律法规在后，但医学道德规范与卫生法规相互渗透。不少医学伦理价值逐步演变为法律价值中的知情权、隐私权、人格尊严、人身安全等，它们相互渗透。医学道德中弘扬的善、正义、公正、尊重等伦理原则体现在医疗立法中，卫生法律法规中对医生职责权利、义务的规定也体现在具体的道德要求中。医疗行为准则包含了医疗道德和医疗法规的内容和要求。卫生法律规范规定了医疗卫生领域人们的基本行为要求，也肯定公序良俗等道德原则，否则将产生不利的法律后果，违法者为此承担法律责任。

（三）医学伦理学与卫生事业管理

蕴含着普遍价值的伦理原则和准则是公共医疗卫生政策设计的理论基础之一。新一轮深化医疗卫生体制改革的总体设计、具体政策制定和实施效果评价均离不开医学伦理学的参与。例如，2009年出台的新一轮医改实施方案坚持了“保基本”“强基层”和“建机制”的原则，这样的政策设计原则包含了丰富的公平可及性、受益最大化等方面的伦理内涵，也为此后的全科医生制度、分级诊疗制度建设提供了伦理依据。

伦理原则或准则通常是专业人员道德职责的细化。医疗专业人员和医学科研人员应遵循的伦理规范，有些来自医疗卫生政策或相应的指导原则。例如，当前的深化医药卫生体制改革要坚持以人为本，把维护人民健康权益放在第一位；坚持公平效率统一，政府主导与发挥市场机制作用相结合。这两个基本原则也是广大医务人员和医疗机构执业中应该遵循的基本伦理规范。

医学伦理学与卫生事业管理之间是一个双向互动过程，一方面需要使用伦理学基本理论去解释、评价具体的公共政策；另一方面伦理理论本身在政策的制定和实施过程中又要不断受到现实的检验。医学道德原则和规则的细化和实施必须考虑到相应卫生政策的可行性、有效性、文化多样性和社会程序、社会公众的可接受性。医学伦理原则和规则为医疗卫生政策的评价提供了道德基础，但是政策的制定、贯彻实施和评价必须依靠经验数据、卫生经济学、法学、心理学等方面的知识。

（四）医学伦理学与其他学科之间的关系

1. 医学伦理学与医学心理学 医学心理学是研究心理因素在人类疾病预防、诊断、病因、病理、症状、治疗以及康复过程中发挥作用的学科。它为理解医患互动和医患沟通提供了重要理论和方法依据，掌握患者的心理特征及其活动规律，构建和谐的医患关系。医学伦理学更加注重对医学服务对象的身心整体医护，倡导医德责任、医德态度、医德医风。全社会关心医务人员的身心健康，医疗机构开展对医务人员的心理疏导，这些均体现了对医务人员的人文关怀。同时，医务人员除了应具有扎实的医学基础知识和熟练的诊疗技能外，还应当懂得患者的心理，研究疾病与患者心理状态的关系，帮助患者减轻或消除对疾病的痛苦体验。医学伦理学与医学心理学是相互促进和补充的关系。大量的临床案例说明，医务人员医德高尚、患者信任医务人员，才能真正展开心理研究与心理治疗，而医学伦理学的发展也需要医学心理学的支持和补充。好的伦理修养和境界，常伴随好的心境，

因而必然对生理产生好的影响。

2. 医学伦理学与医学社会学 医学社会学的研究涉及医学的社会性质、社会作用和医学所必须承担的社会职能、医学所发挥的社会保障作用，医生和患者承担的社会角色，医学与社会的互动形式和互动规律等。例如，美国科克汉姆的《医学社会学》(第10版)专门讨论了医生和病人角色、健康行为与生活方式、处于社会变迁中的医生等议题，这些内容均为人们深入研究医患关系、临床伦理决策、医生的社会责任圈定了具体的适用范围。医学社会学强调了医学的社会性质，强调了医学与社会因素之间的相互作用关系，拓宽了医患关系的内涵，把医患关系置于广泛的社会关系网络之中。

3. 医学伦理学与医学美学 医学伦理学与医学美学分别探讨的是医学中的善与美。医学伦理学以善、恶作为评价标准，并依靠社会舆论、内心信念和传统习俗来维持；医学美学以美、丑为评价标准，以健康长寿为客观依据，并在一定程度上取决于医务人员的医学审美水平。“善的真谛是爱的给予，而爱的真谛是美”，任何具有医学伦理学意义的现象，一般都具有美学意义；而一些具有美学意义的现象，也常有医学伦理学的意义。

此外，医学伦理学还与医学哲学、人际关系学等诸多学科有着内在联系。例如，医学哲学关于医学目的、生死观、医学模式、临床证据、临床决策、医学理论的哲学假定等内容研究开阔了医学伦理学的视野，为学科发展提供了哲学基础。总之，厘清医学伦理学与其他相关学科的关系，将医学生培养成为具有精深的医学专业知识和广博的知识结构、强烈创新意识和创新思维能力的高素质、高层次的创新型医学人才，是知识经济时代的客观要求，也是践行医学教育科学发展的客观要求。

第四节 学习医学伦理学的意义和方法

一、学习意义

1. 提高伦理意识、培养伦理分析能力，积极应对医学伦理问题 伴随着医学模式转变、人民群众健康意识和维权意识提高，广大患者和社会公众对医务人员的职业道德提出了更高要求，医学新技术研发和应用冲击着传统医德观念，引发棘手的伦理难题，诱发医务人员的道德沮丧感。面对复杂多样的医学伦理问题或难题，医学生并非束手无策，只要具备伦理学知识和技能，培养伦理分析论证能力，识别伦理问题和困境，就能从容应对未来执业中面临的伦理问题和难题。

2. 增进职业伦理素养，实现医学道德理想，从我做起改善医患关系 医学是崇高的职业，任务艰巨，要求从事医疗卫生保健事业的人员不仅必须具备高尚的道德情操、精湛技术，还需要有一颗献身医学事业、防病治病、救死扶伤的美好心灵。道德的主要价值目标是实现人格完善，自觉认识对社会的基本人际关系及其处理原则，自觉践行价值理想，实现人生意义和人格升华；树立道德典范，塑造理想人格。如果没有充足、正当的道德理由，违背了那些被社会成员普遍接受的道德规范(如不伤害)，会导致道德沮丧、良心不安。医学生应该秉承“大医精诚”的职业使命，提高自身的道德修养，完善自身的知识结构，争取早日成为合格人才，从我做起，构建和谐医患关系。

3. 坚定信念，忠诚于医疗卫生事业，积极投身于健康中国建设 医务人员可以借助医学道德判断、道德标准和道德理想等形式，正确认识和处理医疗卫生领域中的各种人际关系，正确认识自己对患者、医疗机构、社会和自然环境的道德责任和义务，自觉遵循基本的伦理规范，保持良好的医疗秩序，营造良好的社会风尚。通过身体力行和健康科普教育，肩负道德责任，推进先进的医疗观念和广泛传播伦理知识，使其深入人心。医学生要不忘初心，经过不懈的努力，培养坚实的专业知识和技能，实现医术和医德的良性互动，忠诚于医疗卫生事业，积极投身于健康中国建设，争做人民群众健康的倡导者和守护者

二、学习方法

1. 掌握基本的医学伦理知识和技能，培养伦理决策意识和能力 通过医学伦理学教育培训，掌

笔记

握医学伦理理论、原则和规则，熟悉国内外公认的医学伦理原则；了解国际、国内的生命/医学伦理规范文件提出的基本道德要求；运用医学伦理理论与原则分析和解决医学伦理问题和难题，确定医学伦理行为方案，采取伦理行为并对自己的行为进行辩护、评价和反思。医学生要培养下列伦理技能：伦理思维能力、伦理决策能力、分析论证能力、道德评价能力等。

2. 把握医学专业知识与技能，践行“以患者为中心”的医疗实践 医疗工作具有高风险性，医学上也还有许多未知数，加上病情复杂性及个体差异，医生诊治过程可谓是“如履薄冰，如临深渊”，增加了医务人员工作压力和心理压力，职业信念易受影响。医务人员要掌握扎实的专业知识技能，用高超的医学专业技能，及时、准确和有效地进行诊断和治疗，开展医学研究或提供公共卫生服务。

3. 掌握医学伦理原则和准则，自律和他律相结合 医学生要了解医疗卫生法律法规和卫生政策的内容，在此基础上正确进行医学决策。医学生要学习和践行《希波克拉底誓言》《日内瓦宣言》《医师宣言》等行为规范。2017年新修订的《日内瓦宣言》：“把我的一生奉献给人类；我将首先考虑患者的健康和幸福；我将尊重患者的自主权和尊严；我要保持对人类生命的最大尊重……”医学生要不断培养自身的职业道德素养，从容应对临床实践、医学科研、高技术应用中的棘手问题，做一名医德高尚、自觉遵循伦理原则的人。

思考题

1. 辨析“伦理”和“道德”的区别和联系。
2. 医学伦理学的内容体系是什么？
3. 常见的医学伦理学研究方法有哪些？
4. 为什么要学习医学伦理学？

（张新庆 王明旭）

PMPH

第二章　医学伦理思想的历史发展

【导入案例2-1】“橘井泉香”与“杏林春暖”

在医学伦理学成为一门具有系统理论和知识体系的学科之前，各古代文明都积累了丰富的医学伦理思想，并在长期的医疗实践中不断修正、完善医学道德准则，以体现对生命的尊重和对患者的关爱。了解医学伦理观念的演变历程，有助于更好地认识与把握医学的目的与道德价值。

第一节　古代医学伦理思想

一、医学职业与医学伦理的起源

医学是最早独立的职业之一。中国古代“职”意为分内应执掌之事。《书·周官》有：“六卿分职，各率其属。”《周礼·大宰》也有“以九职任万民”。英语中 profession 一词，来自中世纪拉丁语的 professio，意思是在艺术和科学方面需要特殊训练的工作，尤指法律、神学和医学职业。

（一）古代中国医生的职业化与医学伦理思想的萌芽

中国上古时代的职业分工是以氏族划分的，部族文化的专长作为一种职能要世袭下去，部族内部必须进行教育和培训。这种部族职业性技能的教育训练在商代演化为职官，如有以官为氏的太史、太师、司马、司空；有以技为氏的巫氏、屠氏、卜氏；也有以医为氏的，如春秋时期的医缓、医和等。周代（公元前 1065—前 771 年）建立了医学职业和医事制度，《周礼·天官冢宰》记载：“惟王建国……设官分职，医师上士二人，下士四人，府二人，史二人，徒二十人。”“医师掌医之政令，聚毒药以共医事，凡邦之有疾者，疕疡者造焉，则使医分而治之，岁终则稽其医事，以制其食。十全为上，十失一次之，十失二次之，十失三次之，十失四为下。”

春秋战国时期，社会变动剧烈，西周的世卿世禄体制瓦解后，民间医生开始成为一种社会阶层，如战国古玺上刻有“事疡”“事痈”等专职医生的称谓，还有的标有姓氏，如“王瘴”“郭痤”“赵瘐”等，可知当时已存在各种专门治疗某种疾病的医生。医生的职业化，要求医生需要建立行为规范，因此有了医学道德的萌芽。

《黄帝内经》中提出“十全”作为衡量医生的标准，并认为：“所以不十全者，精神不专，志意不理，外内相失，故时疑殆。该不知阴阳逆从三理，此治之一失矣。受师不卒，妄作杂术，谬言为道，更名自功，妄用砭石，后遗身咎，此治之二失也。不适贫富贵贱之后，坐之薄厚、形之寒温，不适饮食之宜，不别人之勇怯，不知比类，足以自乱，不足为自明，此治之三失也，诊病不问其始……卒持寸口，何病能中，妄言作名，为粗所穷，此治之四人失也。”可见，上述所列失误都是由学识浅、医术不精又喜欢谋功的不良品德和草率行为所造成的。“十全”的标准并非仅是技术标准，也含有道德标准。

唐代名医孙思邈在《千金要方》中提出了“大医”的标准，强调学医者既要学习医学知识，又要学习“五经”“三史”，具备高尚道德情操，其中的《大医精诚》篇是中国医德史上著名的文献。孙思邈的《千金要方》作为教材成为后世重要的参考文献，如宋代《太平圣惠方》就仿效《千金要方》，把对医生的道德训诫列在卷首。

宋代医学教育纳入国子监，与太学、武学、律学并立，提高了医学的地位，一大批儒生转向医学，

同时也把儒家的伦理道德思想带进医学，形成“儒医”传统，对中国古代的医学道德产生了深远的影响。明代医学家李梴在所编的《医学入门》中有“习医规则”一章，是为医学生规范学医准则，属于医学伦理的教育。清代医家喻昌在《医门法律》中提出了医生业医的行为规范，指出：“凡治病，不问病人所便，不得其情，草草诊过，用药无据，多所伤残，医之过也”，“凡诊脉，不求明师传授，徒遵往法，图一戈获，以病试手，医之过也”。由此可见，中国古代对医生的道德要求蕴含于医学职业评价的标准之中。

（二）古代西方医学伦理思想的起源

西方医学伦理思想来自古希腊医学，而古希腊医学则是在汇集并融合了地中海沿岸东西方医学和文化的基础上形成的。公元前 2000 多年，亚述和巴比伦就有了专门医师和民间医生的区别。约公元前 1900 年，《汉谟拉比法典》（Code of Hammurabi）中明确认为医生是一种专门职业，并且规定了医生的刑事和民事责任。古代埃及医学纸草文中有许多有关伦理职责的箴言，这些对希腊医学伦理思想有很大的影响。

公元前 6 世纪左右，希腊医学形成了不同的医学学派，如克罗吞（Croton）学派、奈达斯（Cnidus）学派、西西里（Sicily）学派、科斯（Cos）学派等。学派之间虽观点有异，但都企图在思辨基础上建立一种可以解释生命现象的哲学体系，最具代表性的是希波克拉底的科斯学派。希波克拉底学派不仅是学术团体，也是职业团体，并且对团体成员的行为规范有着具体的要求。希波克拉底的医德思想就是在这样的背景下形成的。

希波克拉底的医德思想主要体现在《论医生》《论可贵的品行》《论法规》《论艺术》《论古代医学》《论箴言》和《论圣病》等，反映了古希腊时代医生的道德理想，尤其体现在《希波克拉底誓言》（Hippocratic Oath）中。对于希波克拉底学派的医生来说，在治疗手段有限的情况下，言谈举止和行为规范是受过良好教育和区别于庸医的有效方法。希波克拉底誓言对西方医学伦理学的影响是巨大的，它奠定了西方医学伦理思想的基础。

二、宗教、哲学对古代医学伦理思想的影响

（一）犹太 - 基督教传统

在西方思想史上，医学道德问题也深受宗教、哲学思想的影响。犹太医学伦理在知识上更强调道德法规与宗教传统的联系。如公元 5 世纪的“阿萨福誓词”（The Oath of Asaf）是著名的犹太医德文献。“阿萨福誓词”载于希伯来古医书《阿萨福医生文集》篇末。“阿萨福誓词”中规定了医生的“十诫”：不应杀人，不应好色，不要泄密，不要觊觎，不要对穷人铁石心肠，而要治疗他们等。公元 12 世纪，犹太医生迈蒙尼德（Moses Maimonides，1135—1204）所写“迈蒙尼德祷词”（Daily Prayer of a Physician），论述了医学职业中的许多道德问题，如不要让利欲熏心和好出风头的思想干扰医生的职业，要求患者相信医生的医术，医生正确处理与同行之间的关系等。祷词还强调了道德的生活方式可以避免疾病的灾难。

基督教的伦理观主要来源于圣经。基督教强调基督徒应具有爱、和平、忍受磨难、善、诚实等品格，认为关注人的精神问题与医学治疗人的躯体问题是密不可分的。人类对于自己的生老病死的思考，不仅是医学的，也是宗教的任务。中世纪的医学又称为僧侣的医学，医疗保健活动成为宗教的责任。中世纪的医生通常是牧师，医生的责任也极大地受到宗教观念的影响，治疗灵魂与治疗躯体并无严格的区别。奥古斯汀认为医生应当全心照顾病人，否则医疗活动就将是残酷的实践。近代以后，基督教一直对人类疾病保持着关注，对于许多医学伦理问题都有论述，是西方医学伦理思想的重要来源，对西方医学伦理思想的发展有着重要影响。

（二）古代哲学思想的影响

自古代希腊开始，哲学和宗教、科学并没有分化。古希腊“哲学”意思是“爱智者”，该词最早出现在赫拉克利特（Heraclitus）的残篇中，“爱智慧的人应当熟悉很多事物”。由于当时哲学和其他知

识没有区别开来，所以伊索克拉底（Isocrates）也称自己的医学活动为“哲学”。古代希腊早期的哲学学派对医学伦理学有着深刻的影响。毕达哥拉斯认为，美德乃是一种和谐，正如健康一样。毕达哥拉斯的和谐思想对阿尔克马翁和希波克拉底的医学伦理观有直接的影响。如《希波克拉底誓言》就明显地受到毕达哥拉斯学派的影响，希波克拉底主张医学与哲学是相通的，认为医生也应该是哲学家。古希腊的许多哲学家也关注医德问题。亚里士多德出身于医生世家，其父曾做过马其顿王的侍医，本人亦受过良好的解剖学和医学训练，亚里士多德认为，哲学应从医学开始，医学最终要归于哲学。

生命和死亡也是古希腊哲学家思考的一个中心问题。毕达哥拉斯反对流产，他认为胎儿有灵魂，受孕之时就是生命的开始，因此流产是不道德的。柏拉图和亚里士多德对于流产的态度则与毕达哥拉斯相反，柏拉图认为生命开始在出生之刻，否认胎儿在胚胎中就被赋予了灵魂，因此堕胎与杀人是不同的。古希腊哲学家对死亡的认识和态度也是各不相同的。毕达哥拉斯和柏拉图都认为死亡发生在灵魂从身体中分离出来时；亚里士多德则认为死亡是生命功能的停止时：心脏停搏。古代希腊哲学家对待自杀和安乐死的观点也各有所异。毕达哥拉斯认为是上帝赋予每个个体的灵魂，因此生命不能过早结束，否则是有罪的，因此反对自杀和安乐死。柏拉图虽反对自杀，但赞成安乐死，他认为延长一个不能康复的病人的生命是不道德的。亚里士多德也反对自杀和安乐死，但他不是出于宗教的考虑，而是出于社会的考虑，他认为自杀是公民放弃了对国家和法律的责任，因而是有罪的。一个有德性的人应该勇敢地面对死亡，因此自愿安乐死是缺乏德性的表现。斯多葛学派则肯定自杀在一定的条件下是正当的。西涅卡（Seneca）认为自杀和安乐死是一种理性的活动，个人有放弃生命的权利，但他也强调这种行动在道德上是可以辩护的，必须至少满足两个条件：其一是主体采取这一行动的前提，如患有慢性和不治之症；其二是必须权衡对本人和他人正反两方面的影响。

古希腊时期的哲学思想不仅深刻地影响了当时医学伦理思想的产生和发展，反映出伦理思想的多元性，它也包含有后世伦理思想发展的各种因素的萌芽，为以后西方医学伦理思想的发展奠定了基础。

（三）儒、道、佛对中国医学伦理思想的影响

儒家思想作为中国传统文化的主干，它在整个中国文化思想上、意识形态上、风俗习惯上都烙上了深深的印痕，也是中国医学伦理思想形成与发展的基础。

儒家伦理思想的核心是“仁”。《国语·晋语》说：“爱亲之谓仁”，表明“仁”的最初含义是基于宗法血缘的亲子之爱。所以孔子把亲爱视为“仁”之本始。孟子说：“仁之实，事亲是也。”所谓事亲就是“孝”。“孝”的观念对中国古代的医学道德有着广泛而深刻的影响。首先，“孝”是许多人学医行医的动机和目的。东汉名医张仲景认为“留神医药，精究方术”就是为了“上以疗君亲之疾，下以救贫贱之厄，中以保身长全，以养其生。”皇甫谧说：“夫爱先人之体，有八尺之躯，而不知医事，此所谓游魂耳。若不精于医道，虽有忠孝之心，仁慈之性，君父危困，赤子涂地，无以济之。”这种以医为孝的观念成为了儒家的一种传统，也是众多古代医生从医的目的。“孝”作为一种道德规范对医药活动的影响远非限于医生的从医动机，它也涉及一般人的医疗活动和风俗。《孝经》把不毁伤自己的身体作为事亲的一项重要规定，并视之为“孝之始也”，因为“身体发肤受之父母”，若损其父母所予之躯体就是不孝，是大逆不道。这种观点阻碍了中国解剖学的发展。

儒家的仁爱思想并不仅限于“爱亲”，而是从“亲爱”推至“爱人”。孔子说：“弟子入则孝，出则悌，谨而信，泛爱众而亲仁。”孟子说：“老吾老，以及人之老；幼吾幼，以及人之幼。”儒家由“爱亲”到“爱众”，“仁”成为了一个更普遍的伦理学原则。儒家“泛爱众”的伦理观是中国传统医学道德的一个重要内容。《灵枢·师传》云：“上以治民，下以治身，使百姓无病，上下和亲，德泽下流……”于是，行医治病成为实现“泛爱众”理想的一条途径。宋代范仲淹“不为良相，则为良医”的名言，鼓舞了许多失意的官吏和不第儒生从经学转向医学。仁爱不仅作为行医的指导思想，也成为评价医生的一项重要标准。南齐阳泉在《物理论·论医》中指出：“夫医者，非仁爱之士，不可托也；非聪明理达，不可任也；

非廉洁淳良，不可信也。”

儒家所推崇的重义轻利的价值观念、舍利取义的理想人格，对古代医家产生了深刻的影响。在儒家义利观的指导下，许多医生倡导体贴病家疾苦，实行廉洁行医。如孙思邈认为：“医人不得恃己所长，专心经略财物。”（《千金要方·大医精诚》）有宋以降，理学“存义灭欲”的思想，把义与利的关系绝对对立起来。有的儒医反对将行医作为一种谋生的手段，坚持行医应该作为业余的慈善事业来进行。许多儒医将行医当作了一种慈善事业，行医施药成为了他们行善积德的手段。不过，儒家把义与利完全对立起来，只是一种脱离实际的空想。它既不符合医家的意愿，也阻碍了医学专业化的发展。

除儒家思想之外，中国传统的道教与佛教的伦理思想对医生的医疗行为也有一定的影响。宋代医生张杲所撰《医说》的“医功报应”中，宣扬了行医施药、济世救人是积阴德的最好途径之一，对于古代医生的行医实践，在一定程度上起到了抑恶扬善的作用。

第二节　近代医学伦理思想

文艺复兴之后，在人文主义思潮的影响下，自由、平等、博爱的观念也渗入到医学领域。17 世纪至 19 世纪末，西方医学伦理学完成了由古代医德学向近代医学伦理学的转变。这种转变来自两方面因素的影响，其一是近代社会结构的巨大变化，势必改变社会思想和人们的道德观念；其二为科学技术，尤其是医学技术的革命，不仅对人体的认识有了根本性的改变，而且人们的健康观、疾病观也发生了转变。科学医学的兴起，使人们开始重新认识医学是什么、医生的作用是什么等一系列似乎已很清楚了的问题。于是，伴随着近代医学的成长，西方的医学伦理思想也有了迅速的发展。

一、医学人道主义的兴起

医学人道主义是指以救治病人的苦痛与生命、尊重病人的权利和人格为中心的医德的基本原则之一。医学人道主义与医学同时存在，经历了一个从不自觉到自觉、从不完整到比较完整的发展过程。古代的医学人道主义，基本上建立在个体病人义务论和唯心主义因果报应论的基础上，许多医学家在医疗实践中建立起了对病人的关心、同情、仁慈、“救人活命”的纯朴观念。

在近代早期医学开业者的教育中，确定规矩与道德、礼貌与美德之间的联系。18 世纪后期，以医生的行为举止来判断医生道德的观念受到了挑战。英国爱丁堡大学医学教授格里高利（John Gregory，1724—1773）在《关于医生的职责和资格的演讲》中指出，过于烦琐的成规可能导致浮夸和不真诚，医生的仁慈应来自其道德感。格里高利认为：“医生对病人的态度、行为应基于无私、仁慈的情感。”

格里高利把同情作为医生的美德，是深受启蒙时代哲学家休谟（David Hume，1711—1776）和亚当·斯密（Adam Smith，1723—1790）的影响。休谟认为，道德只可能来自情感，同情感使人把他人的苦乐作为自己的苦乐，从而产生慈善的美德。亚当·斯密在《道德情操论》中继承并发展了休谟的同情论，他认为，怜悯和同情他人是人性的一个本质部分，当一个社会的成员出于钟爱，出于感恩，出于友谊和尊敬而互相帮助时，这个社会就繁荣和幸福。格里高利强调用道德情感理论来重新阐释古典的医学道义论，是为了把医学伦理学建立在道德哲学的基础上，使医学伦理学获得新的生命力。

二、职业规范的确立

18 世纪以后，医院规模扩大，使得医生之间的关系更加紧密，并要求内科医生、外科医生以及药剂师等分工合作，因此需要建立起能适合于医学发展的医院管理规范。英国医学家帕斯瓦尔（Thomas Percival，1740—1804）在对曼彻斯特医院管理制度的改革中，提出医学伦理学应作政府管理医院的法典。1786 年，他受曼彻斯特医院董事会之托，起草了一个伦理准则，以缓解医院内部的纷争。经过修改，在 1794 年出版了《医学法学》（*Medical Jurisprudence*）。后他又向医生、律师、神学家等征求意见，

进一步补充和修订，并更名为《医学伦理学》(*Medical Ethics*)，于1803年出版。《医学伦理学》出版后受到了广泛的欢迎，美国波士顿医学会起草会员行为准则时，主要参考的就是《医学伦理学》。1847年，美国医学会(AMA)制定的伦理准则，主要内容也是直接引自《医学伦理学》。

三、预防医学道德与政府健康责任的提出

资本主义的发展催生了工业化、都市化和社会化，同时也暴露出流行病、职业病、公共卫生等一系列问题。这些疾病不仅影响了劳动力和一般公民的健康，也损害了统治者的利益和国家的发展。因此，公共卫生问题受到了政府和社会的关注，医学界也有学者从理论上阐述公民健康与国家富强的关系，提出医生的责任不仅限于帮助病人，同时也应监视和管理一般公众的健康。

弗兰克(Johann Peter Frank)提出，政府在保护和增进公民健康问题上负有道德责任。他认为医学不能仅限于临床诊疗方面，预防疾病、开展公共卫生至少与治疗疾病同等重要，甚至更重要。1817年，弗兰克出版了6卷本的巨著《全国医学监督体系》，有力地推动了医学的社会化进程。弗兰克的思想在欧洲有很大的影响，法国百科全书派和空想社会主义者都赞同政府有责任维护公民健康、减少疾病的观点。

18世纪下半叶，工业革命后引发的社会矛盾更加尖锐，居住拥挤、工作环境恶劣、营养不良、流行病蔓延等，引起了社会的普遍关注，要求社会变革的呼声日益高涨。恩格斯在《英国工人阶级状况》一文中指出："一个生活在上述条件下并且连最必需的生活资料都如此缺乏的阶级，不能够保持健康，不能够活得很长"，"霍乱、伤寒、天花及其他流行病的反复不断肆虐，使英国资产阶级懂得了如果不愿同自己的国人一起成为这些疾病的牺牲者，就必须立即改善自己城市的卫生状况。"

1831年，巴黎霍乱流行时，圣西门的拥护者提出建立免费医疗站，为病人提供服务。1854年，西蒙(Custav Simon)在《论伦敦市的卫生状况》中要求医生担负起公共卫生的责任，提出防治疾病应作为国家的主要任务之一。1884年，查德威克(E.Chadwick)发表了《关于英国工人环境卫生状况》的报告，呼吁改进贫民的卫生状况，限制童工。1847年，纽曼(Salomon Neumann)在《论公众保健与财富》中提出，医学科学的核心是社会科学。他认为，一个民族的健康是社会直接关切并负有义务的事情，而社会和经济条件对健康和疾病起着十分重要、有时往往还是决定性的作用。

在这种思潮的影响下，1849年，德国成立了中央卫生署，以加强医疗保健的管理。1883年疾病保险法和1884年工业事故保险法的颁布，使医生的慈善活动能获得部分补偿，因而受到医学界的欢迎。医学的社会化进程，扩大了医生义务的范围：由原来仅对病人负责扩展到除对病人负责外，还要对保险公司、政府和社会负责，因此可能出现多方利益之间的冲突。为了协调好多方利益，人们呼吁加强医学伦理学教育，提倡以医学道义论来处理上述问题。

四、健康权利观念的萌生

权利是一个近代的概念，实际上它是启蒙思想的产物，首先出现在《人权宣言》的前言中，法国大革命时期得到彰扬。人权被认为是普遍的、每个人所应拥有的权利。权利可分为积极权利和消极权利两种。积极权利是指受益的权利，如享有医疗保健的权利；消极权利是指不受干扰的权利，如生命权、自由权、财产权等。有时权利既可以是积极的又可以是消极的，如医疗保健权既可以是享有治疗权，也可以是拒绝治疗权。

在医学领域里，健康作为公民的自然权利的观点，对基督教仁慈治疗病人的传统提出了挑战。法国大革命后，1790年，革命立法委员会的健康委员会与穷人委员会提出，贫穷的公民也有享受医疗服务的平等权利，于是，设立了专门机构来帮助鳏寡孤独，建立了聋哑人收容院、妇婴医院和儿童医院。在人权思想影响下，平内尔(Philippe Pinel)提出精神病病人也有被人道治疗的权利。平内尔为争取精神病病人的权利做出了不懈努力，从而使得精神病病人的命运有了根本改变。

健康权利的思想对公共卫生的影响最大，1802年，拿破仑在巴黎成立公共卫生委员会，推动了法

笔记

国公共卫生事业的发展。1829年，《公共卫生与医学法学》杂志创刊，成为最早的卫生学期刊。然而，健康权利思想在公共卫生方面却不像在临床治疗方面易于理解。1800年，法国就推广牛痘接种问题而引发了道德争论：政府可以对不愿意接受的公民推行卫生防疫措施吗？政府可以要求医生为公众服务吗？健康权利还包括尊重患者权利的思想，近代医学伦理学家也开始注意到这一问题，主张医生应该告诉患者足够的信息。尽管健康权利的思想在近代已经萌发，但并未产生很大的影响，直到20世纪中期，人们才真正关注起健康权利来。

第三节　现代医学伦理思想

20世纪科学医学成为医疗保健的中心，医学的多样性和专业化，得到了社会对整个生物医学事业的支持。18、19世纪，医学伦理学的讨论主要在医界范围内，当然也有社会文化的影响，如宗教思想、启蒙思想等，20世纪后，医学和社会的关系成为了医学伦理学的主题。不仅医生，而且哲学家、神学家、社会学家、新闻记者及广大公众都很关心。医学伦理学也不再限于关心医生的主要和简单责任，而扩大到生物医学的社会投资，生物医学对社会的责任等方面。在另一方面，20世纪60年代以后，由医学技术和卫生保健制度带来的伦理学问题是世界各国都面临的问题，形成了世界各国生命伦理学发展的背景。

一、生命伦理学的诞生和发展

随着现代医学技术的发展，从20世纪60年代起，上述发展引起的伦理学问题开始出现：一方面，专业化导致了非人格化倾向，科学医学关注疾病的生物学方面，只注意特殊器官和疾病而忽视了作为一个整体的人，忽视人的社会、行为、环境和个人方面。医学高科技带来的道德问题和卫生资源分配问题也日益突出，引起了人们的关注。另一方面，文化和社会运动也唤起了人们对医学伦理学的注意：医学技术的发展涉及人类利益的问题；都市化、人口增长导致卫生保健供给的困难；生活标准的提高和教育普及增加了人们对医疗保健的新需求。公众对生物医学研究的支持增加，各国政府把医学保健的研究纳入公共政策的范围。随着消费者权利要求的增加，患者权利运动开始影响到卫生保健方面。妇女运动使生育控制和流产问题更强烈地引起公众的注意。正是这些社会、文化运动，加上生物和医学科学发展带来的问题，导致了20世纪60年代“生命伦理学运动”的兴起。

二、生命伦理学的主要问题

（一）患者权利和知情同意

西方国家在20世纪60～70年代对医学伦理学的兴趣迅速增长，首先表现在人们对那种家长式的、独断的、主要考虑医生对个体患者的责任，而不强调对全社会卫生保健的影响的医学伦理学表现出不满。这种传统的伦理决策以患者利益为优先考虑，由医生做出，可与同行商议。在研究中，知情同意是标准规则，但多以具体境遇考虑，少以一般规则来衡量。

在人体生物医学研究方面，纽伦堡审判引起了人们对人体试验的注意。然而，人体试验中的不道德现象依然时有发生。1964年，美国食物、药物和消费法要求，所有的药物试验对象应有充分的知情同意和自由。1966—1968年，美国公共卫生服务部制定了保护所有联邦支持研究的人体对象的权利和福利的指南。1971年，它们成为卫生教育福利部的规则，以便确保受试对象的知情同意和判断研究的危险。同年，一项开始于20世纪30年代的梅毒研究所暴露的丑闻，导致美国国会建立了生物医学和行为研究中人体保护的国家委员会。1973年，美国医院协会发布了《病人权利法》，提出了健康职业者的伦理责任问题，医务人员应当充分尊重与重视患者的权利。1976年初，欧洲议会发表了《关于病人和死亡权利的报告》，提出赞同患者有更多权利，接受被动安乐死，建立伦理委员会，医务人员和医院有义务为患者提供心理和精神安慰等医学伦理学的新观点。

NOTE

（二）生殖伦理问题的提出

英国1861年的刑事流产法规定，任何施行或试图施行流产者是犯法行为。几乎一百年以后，英国通过了流产法，规定了在“凡妊娠妇女若继续妊娠将有生命危险，或将有身体和精神伤害，或对她的家庭不利，或如果婴儿出世将有身体和精神异常，甚至严重障碍”的情况下，两名注册医生意见一致，可以施行流产，但必须在卫生部允许的医院施行。1938年，瑞典制定了流产法，引起了医界与社会的广泛争论，直到1974年颁布新法令，允许妊娠的前18周可以在公共医院进行流产。

生殖问题和生殖技术也促进了争论。20世纪前半叶，生育控制是女权运动中的一个重要问题，20世纪60年代，流产成为争论的中心，“妊娠的责任”问题一方面涉及女性控制自己身体的权利，另一方面涉及胎儿生命的权利。随着遗传学、生殖技术的进步引起了更多的伦理学问题，如克隆胚胎、试管婴儿和代孕等可能造成的社会后果。70年代以后，随着羊水穿刺和遗传史采集方法的改进，遗传咨询得到发展。通过遗传咨询、基因工程来消除遗传性疾病或改善遗传性状的技术虽然可减少相关高危人士的健康风险，但也引起了是否因此导致社会歧视的伦理争论。

（三）安乐死与脑死亡伦理问题的提出

安乐死一词来自古希腊的euthanasia，意为无痛苦死亡。历史上不少学者都赞成安乐死，如柏拉图、弗兰西斯•培根都曾赞成安乐死，但由于纳粹医生在1938年至1942年间，以安乐死之名杀死了数百万有慢性病或精神病的患者，安乐死被看作一种不人道的行为而遭到人们的反对。20世纪60年代以后，由于生命维持技术的广泛使用，重新唤起了对脑死亡、安乐死问题的讨论。1970年，Kansas将“脑死亡”作为死亡的法律标准，随后，美国又有几个州和加拿大的一个省把这个标准作为死亡的法律定义。另一个处理临终患者生命支持治疗的开拓性法规是1976年加利福尼亚的《自然死亡法》，该法允许患者签订法律文件，指示医生在不同情况下，可撤出或继续使用生命支持装置。1976年，新泽西最高法院决定允许Karen Ann Quinlan的父母，按哈佛脑死亡标准，要求医生撤除一切治疗，因为Karen Ann Quinlan长期昏迷，仅靠呼吸器维持心跳呼吸，静脉点滴维持营养。Karen Ann Quinlan案件成为美国生命伦理学历史上的里程碑，此后，许多类似的案例都援引了新泽西最高法院对Karen Ann Quinlan案件的这一裁决。

（四）卫生资源分配的伦理问题的提出

1962年，美国西雅图第一个人工肾中心，因为只有3台透析机，为挑选受治疗者，成立了一个患者选择委员会，采用社会标准从许多医学上合格的病人中挑选透析候选人，这种在生死决定上采用社会标准的做法，引起了公众强烈的反应和严厉的批评。1972年，美国通过的社会保障法修正案规定，政府支付透析费用的90%，以解决稀有资源的分配问题。20世纪70年代之后，随着心、肾移植的发展，围绕器官供给的伦理问题出现了。面对医学高技术的迅速发展，美国政府提出一份报告，讨论医学高技术发展可能引起的伦理、社会、经济、法律的后果。

三、医学伦理学教育和研究

20世纪70年代，欧美国家的医学院相继开设医学伦理学课程，起初主要是由医学家、哲学家或宗教界人士开设讲座。肯尼迪研究所与乔治敦大学哲学系联合为医务人员和研究生在生命伦理学领域提供进一步的研究。1974年，美国哲学学会成立医学和哲学委员会；1975年，健康和人的价值学会出版了《医学与哲学》杂志；1975年，英国医学会创办了《医学伦理学》杂志。此外，许多专业医学杂志也开始发表关于伦理学问题的文章，如《新英格兰医学杂志》、*JAMA*、*BMJ*等。

由于生命伦理学属于跨学科的交叉领域，早期缺乏制度性的支持。于是各种会议和专题讨论会成为生命伦理学研究和交流的重要场所。如，1967年在华盛顿召开的“国际流产大会”；1969年在纽约举行的“人体研究的法律和伦理概念的新维度”会议；1972年，在巴黎召开的国际生物学和医学新进展大会，其中心议题之一是生物学和医学的社会和伦理影响；1973年，美国医学科学院召开的“卫生保健和转变中的价值”会议；1974年，在美国的得克萨斯州举行了首次医学与哲学跨学科专题研讨

笔记

会；1975年，美国国家科学院举行了“人体试验和研究：价值和冲突”的专题讨论会等。

各国医学会和民间机构也越来越多地关注医学伦理学问题的讨论。1969年卡拉汉等发起成立社会、伦理学和生命科学研究所（海斯汀中心），开展医学科学的社会、法律和伦理问题的研究，出版的《海斯汀中心通报》（*Hastings Center Report*）是目前最有影响的生命伦理学学术杂志。1971年，肯尼迪伦理研究所在乔治顿大学成立，该所出版的生命伦理学年鉴和《生命伦理学百科全书》（*Encyclopedia of Bioethics*）成为生命伦理学研究的重要工具。

随着生命伦理学的繁荣，伦理学家的兴趣集中在影响公共政策的决策方面。一些生命伦理学家把他们的工作看作为辅助政府政策形成的工具或咨询机构，如美国的人体保护国家委员会、加拿大的医学研究院的咨询组织等。

四、医学伦理学理论的发展

（一）生命伦理学理论的建构

20世纪70年代初，医疗保健中的一系列伦理学问题受到了医学界、哲学界、法律界、新闻界和公众的广泛关注。1971年，波特（Van Pansselar Potter）在《生命伦理学：通向未来的桥梁》一书中首次使用了“生命伦理学”（bioethics）一词，他认为生命伦理学是改善生命的质量，争取生存的科学。随后生命伦理学成为学界讨论的热点，首先表现在对生命伦理学概念的辩论：马普斯（T.A. Mappes）等认为，生命伦理学与生物医学伦理学意义相同，他认为用生物医学伦理学一词能更清晰地分析医学实践问题。克劳塞（K.D. Clouser）认为，生命伦理学包括医学伦理学，医学伦理学是生命伦理学的特例。而恩格尔哈特（H.T. Engelhardt）则认为，生命伦理学与许多伦理准则不同，它不是属于某一国家或地区的，而是超越国界、宗教和政治的。生命伦理学作为一门哲学，比医学伦理学具有更广泛的意义。

关于生命伦理学的内容和原则的阐发，克劳塞指出，生命伦理学是传统的道德哲学（伦理学）的论题和范畴在人类特殊活动领域的应用，是对新难题、新知识和受到威胁的权利的自然反应，是原来的伦理学应用于特定领域，而不是基本原理及其定理的新发现。马普斯也是把生物医学伦理学视为一般伦理学的学科，其任务是解决与医学实践和生物医学研究有关的伦理学问题，建立人们应该有什么样的道德观，而不是人们事实上有什么道德观的问题。恩格尔哈特则坚持生命伦理学的哲学性质，认为它是在文化与科学技术相互作用的基础上更好地理解人和人类的哲学，它在文化与生物医学技术的相互适应中起着重要的作用，它通过改变人们的一些基本概念而达到政策改变的作用，如脑死亡的定义，所以，生命伦理学是文化自我理解和自我改造的中心要素。比彻姆（T.L. Beauchamp）等在《生物医学伦理学原理》中提出了生命伦理学的四条基本原则：自主、不伤害、行善、公正。

近30年来，生命伦理学日益受到社会的关注，关于生命伦理学的书籍、杂志和文献不断增加，理论研究和案例分析也逐渐深入。然而，由于生命伦理学仍是一门新兴学科，面临的是不断出现的新问题，加上多元的价值观念的影响，生命伦理学的发展也将不断受到新的挑战。

（二）新时期的医学伦理理念与准则

当代医学技术的发展与社会经济的变革给医师和医疗卫生职业带来了冲击和挑战。全球化的进程不仅体现在科学技术、经济贸易、维和反恐等领域，也体现在疾病防治、环境与健康、人口控制等方面。随着社会的发展，健康作为人权的最核心价值获得广泛认同，人类的健康需求日益增加。在这多重压力下，医学界面临的不仅仅是个体疾病的治疗，而是更为广泛的人类健康问题，因此必须建构新的职业价值、塑造符合时代发展潮流的职业精神。于是，美国内科学会、欧洲内科联盟等学术团体于2002年发表了《新千年医师职业精神：医师宣言》。该宣言发布后获得了国际医学界的广泛认同，被翻译为多国文字，2005年，中国医师协会也加入了推行《医师宣言》的活动。

守护人类的健康、促进社会的和谐，是医学界担负的神圣使命。切实履行医学职业所赋予的崇高职责，不仅收获职业的成功，还将收获职业的幸福，庄严的承诺将铸就医学职业的崇高与至善，将确保人类的尊严与安康。

五、当代中国医学伦理学的发展

1949年，中华人民共和国成立后，人民政府通过了一系列纲领、决议和法律，把医疗保健作为政府保障人民群众健康的福利事业。1954年颁布的《中华人民共和国宪法（草案）》中，也明确规定了政府有保护人民群众健康权利的责任，指出“劳动者在年老、疾病或者丧失劳动能力的时候，有获得物质帮助的权利。国家举办社会保险、社会救济和群众卫生事业，并逐步扩大这些设施，以保证劳动者享受这种权利”。为此，国家建立了公费医疗和劳保制度，建立和完善了基层卫生机构，大力开展环境卫生、预防疾病的工作，在相当短的时期内，改变了我国健康水平低下的状态，使人民群众的健康权利得到了保障。医疗卫生机构以社会主义的集体观和义务论作为医学伦理学的基础。提倡救死扶伤、实行革命的人道主义、全心全意为人民服务的医德原则。

20世纪80年代以后，随着改革开放与国家宏观经济政策上的调整，虽然国家在承担保障公民健康权利的义务上并没有发生根本性改变，但面对日益增长的卫生需求和卫生服务费用，而国家财政的投入不足与市场机制的引入，导致了价值观念上的变化。

在这种背景下，我国学者一方面着手研究新形势下医学伦理学建设的途径，另一方面开始大力介绍国外生命伦理学的研究成果和发展趋势，为我国的生命伦理学科发展提供借鉴。《医学与哲学》杂志开始陆续介绍国外医学伦理的研究动向，医学伦理学问题引起国内学者的重视，1981年，中华医学会上海分会、上海自然辩证法研究会联合召开医学伦理道德问题讨论会，讨论了对病人的人道主义、医学试验、器官移植、安乐死的人道主义原则等问题，推动了我国医学伦理学工作的开展。除《医学与哲学》杂志继续关注医学伦理学之外，1988年，《中国医学伦理学》杂志创刊，成为中国医学伦理学的专门性的学术期刊。

在我国生命伦理学领域，最突出的问题是关于安乐死的辩论。这场辩论的引人关注之处，不仅在于它是与传统道德观念在理论上的讨论，而且还涉及具体的法律案件。1986年，陕西汉中的安乐死案件，经长达5年多的审判过程才了结，正是通过这一案件，使国内对安乐死问题有了广泛的关注。虽然目前我国对安乐死没有立法，实行安乐死还存在着许多有待解决的问题，但广大公众通过安乐死问题，受到了一次生命伦理学的教育，对我国生命伦理学发展的积极影响是不可低估的。

在我国经济转型的过程中，各方面的利益矛盾日趋突出，医学道德问题，一直保持着我国现代医学伦理学讨论中的中心位置。在市场机制影响下，传统的价值观念不再能为医疗保健制度和医生、医院的行为提供有效的辩护，需要引入新的价值观，因此提出了公正、效用、公益的原则，强调我国医疗卫生服务决不是一般意义上的商品，医患关系也不是商品买卖关系。卫生改革应首先从国家宏观利益出发，保证基本医疗和社会预防，促进“人人享有卫生保健”目标的实现，坚持为经济和社会发展服务的宗旨。因此，传统的医生个人美德和对患者的义务责任感，必须与社会价值和公益相结合，才能较为完整地履行为人民健康服务的道德要求。义务论必须与价值论、公益论相结合，人道主义必须汲取功利主义的营养，完善为人道功利主义。

1988年，中华医学会医学伦理学委员会成立，发表了中华医学会医学伦理学会宣言，提出了坚持卫生改革的道德原则：医患利益统一、患者利益居先；医疗数量质量统一，医疗质量居先；社会效益经济效益统一、社会效益居先；义利统一，信义声誉居先。该委员会还起草了《中华医学会会员职业道德公约》。此外，医疗机构的医学伦理学建设也得到重视，1995年，起草了《中国医院伦理委员会组织规章（草案）》，希望有条件的医院成立医院伦理委员会，推动医院的医学伦理学发展。

进入21世纪以来，为了更好地满足人民日益增加的医疗卫生保健需求，更好地服务于人民的健康事业，中国医学界凝聚共识，塑造新时代的职业精神。为此，2011年，中国医师协会发布了《中国医师宣言》，不久又在此基础上，确立了新时代《中国医师道德准则》。2016年全国卫生与健康大会召开，再次强调了健康是促进人的全面发展的必然要求，是经济社会发展的基础条件，是民族昌盛和国家富强的重要标志，是广大人民群众的共同追求，提出了医务人员应弘扬“敬佑生命、救死扶伤、甘于

笔记

奉献、大爱无疆”的精神。由于疾病谱、生态环境、生活方式不断变化，我国仍然面临多重疾病威胁并存、多种健康影响因素交织的复杂局面，我们既面对着发达国家面临的卫生与健康问题，也面对着发展中国家面临的卫生与健康问题。在推进健康中国建设的过程中，我们要坚持中国特色卫生与健康发展道路，要坚持基本医疗卫生事业的公益性，要坚持正确处理政府和市场关系。我国广大卫生与健康工作者要弘扬和践行社会主义核心价值观，强化医德医风建设和行业自律，为人民提供最好的卫生与健康服务。

随着社会经济和医学技术的迅速发展以及人们对医学需求的增加，医学伦理学将会面临更多有待解决的问题。医学伦理学正是在这种解决不断出现的新问题中获得发展。

思考题

1. 古代医学职业准则建立的意义与价值是什么？
2. 健康权利思想是怎样形成的？
3. 2017年的日内瓦医师宣言与前几版相比有哪些修订？其意义何在？

（张大庆）

NOTE

第三章　医学伦理学的基本观点和理论

【导入案例 3-1】 是让新生婴儿自然死去，还是让她尽可能长久地活下去

医学伦理学作为一门学科，在学科整体发展过程中和在认识与解决具体的医学伦理问题的实践中，自身学理的逐步形成和不断完善是学科走向成熟的标志。医学伦理学的实践价值，在于通过确定医学领域的道德原则和行为规范，约束和引导医学职业主体恪守原则和遵循规范，让医学成为真善美统一的人类职业领域。原则的确立和规范的形成，虽然源自实践过程对伦理公理的发现、探索、总结和概括，但是这个过程需要学理分析的参与才可能完成。这一过程是理论与实践相结合的过程，也是逻辑与历史相统一的过程。哲学、道德哲学等人类思想史上的优秀成果，都是医学伦理学的观念、思想、理论和认识的来源，医学伦理学将理论运用于对现实医学伦理问题的认识和解释，在批判和继承中发展与创新伦理学理论，并同时建构医学伦理学自身的理论。

第一节　生命观与死亡观

一、生命观

生命观（view of life）是对人的生命的根本观点和态度。将生命作为认识对象并形成系统的观念，这就是关于生命的哲学观。这种观念具有无形地统摄和支配人对待生命的态度、情感、意志和行为选择的能力。当这种观念引领人去尊重和热爱生命，说明这种观念本质上是道德的、“善”的生命观，在这样的意义上，生命观转化为伦理层面的道德哲学观念。但是生命是一个复杂的系统构成，如何看待生命和认识生命，一方面要看认识主体站在什么样的哲学立场上、基于什么目的认识和看待生命；另一方面要看生命是以何种结构、形态、性质等与人类认识构成对象性关系。人类的伦理思想史是一部在对生命本质的认识和揭示中反思人与人、人与社会关系的历史。生命神圣论、生命质量论和生命价值论三种不同的人类生命观，也是生命观三个相互联系的发展阶段。

（一）生命神圣论

生命神圣论（solen league of life）认为人的生命是神圣的，旨在引导人们在道德上关心人的生命、尊重人的生命、维护人的生命，提倡患者的生命利益和健康利益高于一切。纵观人类道德的发展史，生命神圣论是传统医学道德，乃至社会一般道德的基础。“医者，生人之术也”，“医道，古称仙道，原为活人”，医学自从诞生伊始就以救人活命作为根本任务。在医学所走过的历程中，生命神圣论的伦理观在指导医务人员的医学道德实践中曾经发挥了巨大的作用。它一方面驱使着医务人员的医疗行为向着有利于增进和维护人的生命和健康的道德方向发展；另一方面，又保证了医学科学沿着人道主义的轨迹健康地发展。为人道行医、为病人谋利益仍是现代医务人员奉行的根本道德信条。

但是，由于生命神圣论单纯强调生命至上和生命存在的绝对价值，这种生命观的思维方式本身就存在缺陷，在看到生命存在绝对意义的同时，没有认识到生命存在的相对性和有条件性。生命神圣论作为一种生命的哲学观念是值得肯定的，只是应该看到，尽管可以认为每一个生命都是神圣的，但是个体生命的有限性和生命存在的境遇不同，生命神圣会呈现出相对性。这是因为，再神圣的生命也会因为疾病、衰老而变得质量丧失，人们不得不重新审视生命的神圣性。这种观念会深刻地影响以挽救生命、维护健康为根本职责的医疗卫生职业领域和医务工作者对待生命的态度和行为选

择。例如，在临床诊疗工作中，只恪守生命神圣论的道德信条，那么对于诸如“植物”状态的生命、有严重先天性缺陷的新生儿、患有绝症又濒死状态的病人，医生的行为选择都会受到生命观的强烈影响。按照生命神圣论的观念，只能选择不惜一切代价进行救治，因为用生命神圣的观念去衡量医生的行为，才可能被认为是道德的，放弃治疗和抢救，就会被认为是对生命的放弃，对生命的不尊重，好像医学亵渎了生命的神圣性。实际上在很多情况下，医学支持技术所延长的仅仅是生物学生命，病人家属会承受巨大的精神和物质上的痛苦和折磨，浪费卫生资源，增加家庭和社会的负担。

（二）生命质量论

事实上，人们对人的生命的态度已越来越不满足于只局限在生命神圣论的范围内去考察。生命质量论（quality of life）是在认同生命神圣的基础上，把注意力集中在对生命质量的考察，主张医学不仅在于保存人的性命，更重要的是要努力提高、增进人的生存质量。生命质量论是自遗传学和优生学等学科兴起而出现的以人的自然素质的高低、优劣（如器官功能、全身状态等）为依据，衡量生命对自身、他人和社会的价值的一种伦理观念。它强调人的生命价值不在于生命存在本身，而在于生命的质量，人们不应单纯追求生命的数量，更应关注生命的质量，增强和发挥人的潜能。人不仅要活着，更重要的是要活得幸福、美满。生命质量论的一个基本道德信条是：尊重人的生命，接受人的死亡。这里，“尊重人的生命”强调的是尊重有质量的人的生命；同时，把接受人的死亡看成是尊重人的生命的基本内容。

生命质量论的产生，标志着人类生命观已经发生历史性转变，是人类历史上自我认识和自我控制的发展。生命质量论的形成和发展为人们认识和处理生命问题提供了重要的理论依据，对长期以来困扰人们的生与死的权利及生与死的选择问题，提供了新的标准和理论依据，但这种生命论只就人的自然素质谈生命存在的价值，显然是有失偏颇的，而生命质量高低的判断标准也难以达成共识，更难以操作。

（三）生命价值论

随着近代各式各样的价值理论的兴起和影响（新托马斯主义价值学、人格主义价值学、实用主义价值学、马克思主义价值学等），一种把生命神圣与生命质量相统一的崭新的生命伦理观，即生命价值论（value of life）正在成为当代医学道德的主导思想，成为当代人类对人的生命干预的主要依据。人的生命价值就是人的生命具有的满足人的需要的效用性。生命价值论把人的生命的价值作为应该如何对待人的生命的尺度。

人的生命是一个渐进、持久并逐渐衰亡的过程，生命价值融于这一过程之中。生命价值包括两个方面：一是生命所具有的满足这个人自身的效用，即生命的内在价值和自我价值，它是由生命质量来决定的；二是生命的外在价值，即把内在价值发挥出来，为社会创造物质财富和精神财富的社会价值，或称生命的社会价值。生命的内在价值与外在价值的统一，构成了一个人的生命价值。用生命价值观去指导我们的医疗实践，既要看到人的生命的内在价值，也要看到生命的外在价值，既要重视生命的生物学生命的存在，又要重视人的人格生命的社会意义，这是生命价值论的核心所在。

总体而言，生命价值论是对上述两种观点的一种继承，但同时也是一种发展。这一理论是当代医学发展的需要，同时也是医学向人文回归的一种必然。

二、死亡观

死亡观（view of death）是人们对于死亡的根本观点和态度。死亡被认为代表着生命的终结，在走向死亡的历程中，无论人们是否情愿，都将面对死亡以及死亡带来的伦理问题。

（一）中西方死亡文化

西方人从古到今，在对待死亡问题上更多的是关注死后的世界。从古希腊人所赞美的苏格拉底之死，到支配着整个中世纪的基督教升“天堂”的死亡观，直至现代存在主义哲学对死亡的探索，都表明出对死后世界保持着浓厚的兴趣。对死后的冥思幻想，是整个西方思想史、文化史中一个不可缺

少的组成部分。

公元前6世纪的著名哲学家毕达哥拉斯在西方第一个明确地提出灵魂永恒不死，后来苏格拉底对灵魂不死作了详尽的说明，他认为由于灵魂的永恒不死，人的生命便可以不断地轮回，灵魂是高贵而不朽的。柏拉图对灵魂不朽进行了哲学论证，他认为灵魂不像肉体或物质的东西那样可以分解成许多部分，它是绝对单一的，没有部分、不可再分，所以，灵魂是不朽的。这一论断在笛卡儿那里得到了充分的展开："我们的灵魂在本质上完全独立于身体，因而决不会与身体同死；我们既然找不到毁灭灵魂的原因，自然会因此断定灵魂是不死的了。"灵魂不朽观念被历代基督教教父哲学家所吸收，成为基督教基本教义的一个极为重要的思想来源，形成了上帝和灵魂不朽等宗教概念。

总之，西方传统文化认为人的生命是有限的和充满诸多不确定因素的，而死亡归宿是永恒的和确定的。

在中国文化历史上，儒家推崇积极入世的理性主义死亡观，"生则重生，死则安死""乐天知命，故不忧"；道家信奉超然物外的自然主义生死观，"生死齐一，死而不亡"；墨家追崇实用的经验主义死亡观，"生者见爱，死则见哀"；法家提倡务实主义的死亡观，"定理有存亡"；佛家宣扬逃避现实的出世主义死亡观，"轮回六趣，具受生死"。

其中，影响最大的是儒家的生命观。入世和乐生文化所深切关注的是人的现世的感性生活，而不是人死后的世界。在儒家看来，人生最重要的是专注于现实的感性生活，没有必要为死后的归宿操心费神。正因如此，在儒家文化里没有宗教那种对死后世界的追根刨底精神，也没有西方思想传统中那种冥思死亡、赞美死亡的精神。人们不应过多地去考虑"死"及死后的事，而应该考虑的则是如何"生"的问题。

（二）科学的死亡观

首先，死与生既相对立又相统一，有生必有死，无死则无生；第二，对于躯体的死亡与精神、思想的终结，哲学上的死亡更认同后者，活着却没有思想，便被嘲笑为"活而如亡"，已经死亡却在精神上影响社会、人类的，便赞誉为"死而不朽"。最后，哲学上看重死与生的互动关系。人因为意识到终有一死，意识到死随时可以降临，所以便要思考人生的意义，追求生命的价值，期望死亡的超越。也正因为如此，死亡就可以成为生命教育的一种契机。这便将死亡的本质最终界定为死亡的意义。两个问题合二为一。

总之，死亡的本质是个体自我生命的终结，是自我意识（self-consciousness）的消失。面对死亡的不可逆性以及医学的有限性，我们应当正视死亡，珍惜生命，持有科学的死亡观：死亡是一个复杂的过程，是人的本质特征的消失；树立自然归宿信念；积极充实人生价值；坦然面对死亡。

（三）死亡教育

死亡教育是在对死亡形成正确认知基础上对敬畏生命、珍爱生命的教育。

死亡教育，其目的是要深刻认识死亡的意义。中国传统文化虽然有忌讳死亡的一面，但儒家伦理认为："未知生，焉知死"。德国存在主义哲学家海德格尔认为，只有认真面对死，把死当作自己本己存在的可能性，才能把握自己本真存在的方式，以自己本真存在的可能性展开和选择自己的生存方式。向死而生，是生命哲学的一种深化、延续和扩展。

由死观生，才能更好地敬畏生命和珍爱生命。敬畏生命观是指人们对生命（一切生命，尤其是人的生命）尊重、关爱、敬仰、维护的系统认识和价值判断，是指人们在处理一切与生命相关联的关系，即人与人、人与社会、人与自然关系的过程中持有的以敬重生命、珍惜生命、关爱生命为价值评判原则的基本立场、观点和方法。死亡教育最终就是要让人们敬畏生命，从而爱自己、爱他人、爱生命，促使人们深切省思自己与他人、社会、自然，乃至宇宙的关系，展现人性光辉，活出生命的意义。

不言而喻，死亡教育具有双重医学伦理意义，一方面，医务人员应该适时对病人及其家属进行死亡教育，从而正确认识死亡，面对死亡，另一方面，医务人员本人也应通过死亡教育正确认识死亡，面对死亡。

第二节　医学伦理学的基本理论

一、美德论

（一）美德论内涵

美德论（the theory of virtue），又被称为德性论、德行论。从伦理学意义上看，德性是指个体所具有的理解、内化与践履伦理原则和道德规范的秉性、气质和能力，德性就是化“德”为“性”达到“从心所欲不逾矩”的境界，而麦金太尔则认为“德性是一种获得性人类品质”。这些都表明，德性概念所标识的是道德主体自身完善的一种人格境界。这种理论相信：一个人只要拥有适宜的美德，自然就会做出好的道德判断，即做出合乎伦理的行为决策、评价和辩护。美德是指在一定社会的历史条件下经过长期的道德实践而逐渐形成的、受到普遍尊崇、具有普遍和永恒价值的优秀道德品质。关于美德论，中西方都有丰厚的传统伦理理论资源。

儒家德性论的核心是建构了一个内容涉及人们生活各个领域的德性系统，同时构成了人们生活的行为准则和修养的理想目标。在这个系统中，以“仁”为核心的“仁、义、礼、智、信”是其中最重要的德目。“仁爱”体现“生”的精神与理念，它不仅是一种慈爱、宽厚与同情，更是促生、利生的具体行动。儒家德性伦理的实践价值是“推己及人、修身养性”，其实践理性原则是“己所不欲，勿施于人”和“中庸”或“中道”。中庸的轴心是作为道德规范的“诚”。“诚”在中国传统的道德认识中是广泛地作用于自然、社会和思维各个领域的，具有“正人正己”“成己成物”功用的重要道德信条，其理想的人格载体是“君子”，其最高的境界则是“致广大而尽精微，极高明而道中庸”。

由古希腊开始的西方德性伦理也有自身的历史谱系。毕达哥拉斯认为“美德乃是一种和谐”，苏格拉底的“知识即德性”的命题把真与善、知识理性与价值理性内在地统一起来。在西方，对德性伦理进行系统而深刻分析并为西方德性伦理学奠定系统理论根基的是亚里士多德。首先，他批判了前人的德性观，认同人的本性在于理性，但也看到非理性因素的作用，德性是指灵魂方面的优秀而不是肉体方面的优秀。其次，亚里士多德分析了德性的具体形式和德目。再次，他认为德性生成于实践行为。最后，亚里士多德论述了德性的目的。他明确提出德性的目的在于达到幸福，而善和幸福就是合乎德性的实现活动。

值得一提的是，在东西方德性伦理的历史谱系分析中，我们可以看到两种不同的基本生存图式和伦理路径：“修身—躬行—生活—成人”构成了东方儒家德性伦理的自我生存图景；“传统—实践—共同体—幸福生活”成为西方美德伦理的基本生存图式。这实际上给予我们这样一种伦理启示：伦理学包括医学伦理学或生命伦理学的作用都不仅仅在于成就个体的某种美德，而且要认同并参与作为一种生命存在的人的幸福生活的实现活动或促进一种“可能生活”乃至“好生活”，这无疑需要把个体的德性状态与社会结构、制度德性的伦理精神结合起来。对于医学伦理学和生命伦理学来说，不仅要塑造一个具有热爱生命、尊重生命、维护生命尊严的人文情怀与生命精神的医务工作者，而且需要对卫生医疗体制进行伦理设计以优化卫生资源的配置，这是建构医疗卫生秩序的重要制度保障。

医疗卫生领域中的伦理关系是最丰富的人际关系之一，它对人的德性具有更高的要求。医学美德论主要讨论行医者的职业美德，如仁慈、诚挚、严谨、公正和节操等，并在医疗行业中提倡这些美德。

（二）美德论的特点

1. 强调个人行为的稳定性　对于个人美德的评价，并非是根据一时一事的行为表现，而是根据个人一贯性、长期性的行为表现。医学实践中也是如此，医务人员只有在医学实践中将具体美德始终如一地坚持下去，才能被称之为有美德的医者。

2. 强调个人行为的自律性　美德论强调个人自律和自我控制。医学美德论强调医务人员自觉自愿地保持和提升个人的职业道德修养，全心全意地为病人服务。不论在什么情况下，都要自觉地履行医学道德义务，而这正是医学美德修养所必需的。

（三）美德论在医学实践中的运用

美德论以品德、美德和行为者为中心，研究和探讨人应该具有什么样的道德品质，有道德的人是什么样的人，人应该具有什么样的品德或品格。不同的时代、不同的国家、不同的民族对美德内容的理解和概括有所不同，要求也不一样。中国传统德性伦理在医学实践中提倡医者的奉献精神和医德规范，如仁爱救人、清廉正直、精湛医术、不畏艰难、勇于创新、谦虚好学和献身精神等。西方传统德性伦理在西方医学的医学实践中，始终是行医者恪守的职业信条。从《希波克拉底誓言》开始，就强调医务人员对于医学的奉献精神和牺牲精神，追崇医德的至善境界。18 世纪后期，英国爱丁堡大学医学教授约翰•格雷戈里在 1772 年出版的《关于医生的职责和资格的演讲》中指出，同情应当作为医生的首要美德。他认为，医生对于病人有基本的道德责任，这种责任是包括仁慈、耐心、关怀、谨慎、保密、道义、公正和同情。美德论及其包含的具体美德要求无疑对医学伦理学的理论和实践产生了重要的影响作用。

（四）医学美德论的评价

医学美德论在医学伦理学的理论体系中占有重要的地位，对医务人员塑造完美人格具有重要的理论指导意义。

首先，医学美德论是医学伦理学理论体系的重要组成部分。美德论是医学伦理学早期的理论基础，历代医学道德都很强调美德，无论是以希波克拉底为代表的西方医德思想，还是以孙思邈为集大成者的我国医德传统，对医者都有较高的美德要求。而在当下的医学伦理实践中，我们所倡导的热爱医学、忠于医学、献身医学，具有医德节操，救死扶伤、防病治病、全心全意为病人服务，主持正义、廉洁正直等道德要求，依然是医学美德在医务人员职业道德上的基本体现。医学伦理学是关于医学道德的理论体系，医学美德伦理无疑是医学伦理学理论体系不可或缺的重要组成部分。

其次，医学美德论有利于医务人员塑造完美人格。医学美德论侧重于以医学品德、医学美德和医务人员为中心，研究和探讨医务人员应该具有什么样的品德或品格。医学职业自产生以来，正是由于无数的从医者具备的“大医精诚”“医乃仁术”，救死扶伤、实行人道主义的医学精神，体现出高尚的医学道德品质，保证了医学的仁学性质和人道的特点。随着时代的变化和发展，医学家和医学伦理学家又不断提出新的美德要求，使医务人员所具备的美德得以不断完善和发展。

当然，随着医学实践的不断发展，美德论也不可避免地暴露出了其局限性。

首先，医学美德论仅仅是从直观的层面上、从医学职业本身对医务人员提出了“应该具备什么样的美德”的要求，还缺乏在某种情景下医务人员应该具体如何做的建议。医学美德现象的背后还有更深刻的理论基础，我们需要对医学美德背后的医学道德进行进一步的揭示和研究，才能研究医学道德规范的内容，并使之发挥作用。

其次，当下的医疗行为由个体走向集体和社会，医疗实践不仅涉及疾病而且涉及一种社会责任，美德论仅仅停留于主观品性、人格等精神形态的存在方式之中，缺乏制度化，只能有赖于个人的道德修养，不能更有效地提高整体的更宏观的行业道德。

再次，当下价值多元化，每个人对美德的理解或者侧重点并非统一，在医患关系的处理中，由于价值观的不同，单独通过美德论指导医务人员的行为往往不能达到良好的效果。

二、后果论

（一）后果论的内涵

后果论（consequentiality theory），又被称为效果论、效用主义或功利主义（utilitarianism）、目的论（teleology）或价值论等。根据这种理论，社会确立道德的目的不是为了道德本身，而是为了社会的存在发展以及为了增进每个人的利益；道德规范的确立和完善以及伦理行为的决策、评价和辩护强调后果、效用和价值。也就是说，在“如何制定和完善道德规范”和“如何做出道德判断”这两个方面，都强调“后果”。功利主义的“最大多数人的最大幸福”是代表和反映这种伦理思想本质的核心原则。

笔记

古典功利主义和现代功利主义体现了后果论理论思想的发展。

1. 古典功利主义伦理思想　17世纪，经验主义哲学家培根、霍布斯就已经阐发了他们的功利主义伦理思想，进入18世纪后，功利主义伦理思想又在洛克、孟德威尔以及哈奇森、休谟和斯密的哲学、伦理学著作中得到了进一步的运用和发挥。但是，作为一种系统的、完整的伦理学说，还是在18世纪末、19世纪初由边沁和密尔完成的。

边沁和密尔是古典功利主义理论的主要代表。边沁和密尔都把快乐主义作为其功利主义的基础，把趋乐避苦作为其论证功利主义原理的根据。按照他们的理解，趋乐避苦是人所共有的自然本性，是伦理道德建立的根据。边沁说："自然把人类置于两个至上的主人'苦'与'乐'的统治之下，只有它们两个才能指出我们应该做些什么，以及决定我们将怎样做。"快乐和痛苦是决定人们行为应该如何的标准，趋乐避苦是人行为的指南，那些能给人带来快乐的，是人应该做的，或值得去做的，而那些会给人带来痛苦的，则是人不应该去做的，或是不值得去做的。快乐和痛苦不仅是人的行为应该如何的标准，而且还是人之行为善恶的道德判断标准。在边沁、密尔看来，能够给人带来快乐的行为就是善的、道德的，否则就是恶的、不道德的；如果一种行为带来的快乐超过其痛苦，那它就是善的、道德的，一种行为带来的快乐减除其痛苦的余额超过另一行为带来的快乐减除其痛苦的余额，那它就比另一行为更善；而在一切可能的行为中，包含的快乐超过痛苦的盈余最大的行为，就是最大的善。在快乐主义基础上，边沁、密尔都得出了功利主义伦理原则，即最大多数人的最大幸福。既然一种行为带来的快乐的成分占优势它就是道德的行为，一种行为带来的完全是快乐而没有痛苦是最大的幸福，那么最大多数人都争得这种最大幸福，也就达到了最大多数人的最大幸福。

总体而言，古典功利主义伦理思想的基本观点主要包括：①个体道德理论：这种理论强调对人的理解不应当是从道德哲学反思的角度，而必须建立在对人的实际经验的基础上。"苦乐原理"是这一理论的基石。②社会功用理论：在"苦乐原理"的基础上，功利主义伦理学建立了功用原则和最大幸福的原则，从而将个体道德理论扩展到社会伦理领域。所谓功用原则，是说对任何一种行为的评价，要以这种行为增加或减少当事者的幸福为根据。当事者不仅仅是指个人主体，而且包括社会主体和政府设施。最大幸福原则是对功用原则的发展，这一原则克服了功用原则中"功用"概念与幸福、快乐等观念联系不够明确的缺陷。③法律调节理论：在古典功利主义思想家看来，法律调节理论是建立在"苦乐原理"基础上的，道德上衡量善恶与否的幸福和快乐的增加或减少，在政治上就是优越，在法律上就是权利。④个人的自由权和自我发展：在功利主义幸福概念的内涵中，个人自由权和自我发展是两个重要的内容。任何人的幸福是与他的精神和个性的自由发展相联系的。⑤作为人们内心情感的良心：功利主义认为只有人的良心才能够为功用原则提供其义务性的根本来源，提供其准则性的最终动力。

2. 现代功利主义　行为功利主义和准则功利主义是现代功利主义具有代表性的两大派别。行为功利主义伦理学的主要观点是强调根据具体情况下的具体行为所产生的效果来确证一个行为的正当性，而准则功利主义则强调人的行为的道德价值要根据这一行为与某类能够带来好的效果的具有普遍意义的规则是否具有一致性来加以确证。

行为功利主义以澳大利亚的斯马特为代表。行为功利主义的基本观点是：行为的道德价值（善与恶、正当与不正当）必须根据其最后的实际效果来评价，道德判断应以具体情况下的个人行为之经验效果为标准，而不应以其是否符合某种道德准则为标准。斯马特指出："功利主义是这样一种观点，它认为一种行为的正当性或不当性仅依赖于其结果的总体善性或恶性，即依赖于该行为对所有人类（或许是所有感觉能力的存在）的福利之影响效果。"这就是说，斯马特的行为功利主义把行为之善恶建立在行为之后果上。从总体上看，行为功利主义不过是对边沁、密尔古典功利主义的"最大多数人的最大幸福"这一功利主义原则的复述与维护。

规则功利主义的基本观点是：人类行为是具有某种共同特性和共同规定的行为，其道德价值应以与之相关的共同准则是否一致来判断，因而道德判断不应以行为的功利结果为标准，而应以相关

准则的功利效果为标准。规则功利主义以美国伦理学家布兰特等人为代表。规则功利主义在坚持效用原则的同时，认为人们行为的正当性与行为的结果没有直接的联系，主张评价人们行为的正当性要看行为是否符合据以实现好的效果的道德规则，而遵守一般的道德规则会使人获得最大的好处。布兰特把社会的道德规则称为“道德法典”，认为道德法典构成了对群体道德行为的限制与调控系统，体现为确定的社会准则。布兰特指出：“一种具有多条道德规则并经过合理选择的系统才是可能的，它以最大限度地实现福利，因而是完全有理性的人可能支持的那种道德体系。”这种道德体系是由多种道德规则组成的法典系统，它的目标是“最大限度地实现福利”，它强调的不是功利本身，而是达到功利目的的行为规则系统。可以看出，布兰特所主张的规则功利主义，对于克服行为功利主义只顾特殊行为、不顾人类行为的一般特征，只讲效果价值、忽略动机与义务，只注意行为的最终状态而轻视行为过程及其复杂多变性等功利主义的极端性，有着积极意义。

（二）后果论的特点

1. 强调行为的结果，不重视行为的动机 判断某个行为是否善，主要看这个行为是否带来好处，而不论行为者出于什么动机，只要产生更大的快乐和幸福，就是善的，是应该被鼓励和赞赏的。

2. 以个体经验为基础，以经验生活中的苦乐感受为标准 这与道义论的超验性不同，功利主义者在行为前进行利益的权衡，通过计算利弊得失来决定是否采取行为，采取何种行为。

（三）后果论在医学实践中的运用

后果论作为一种道德理论，它主张人的行为道德与否，看行为的后果。凡行为结果给行为者及其相关的人带来好处，或带来利大于弊的行为，则是道德的，否则就是不道德。后果论的核心主张是把与行为相关的感性快乐与痛苦作为伦理学思考的出发点。判断行为的善恶主要依据行为所能带来的快乐与痛苦的数量关系，如果一个行为能够带来的快乐比产生的痛苦多，那么这个行为就是善的，反之就是恶的。

随着医学实践的发展，功利主义伦理学作为基本的伦理理论成为生命伦理学的一种必然诉求。功利主义伦理理论为世人提供了一种基本的道德思考模式，主张从行为后果对人的幸福和快乐的影响程度来判定行为的正当与否，而且功利主义不是单纯从原则出发，而是主张具体地分析和比较可供选择的不同的行为后果。这一理论的后果论思路，对个人和社会幸福的注重，对个人利益和社会利益关系的调和以及对道德制裁力的研究，都为伦理学的研究和应用提供了理论上的有益启示。事实上，现代生命伦理学理论的建立和成熟，功利主义伦理学理论扮演了重要的角色。因为无论是生命质量的确定、生命价值的判断、死亡方式的选择，还是有限卫生资源的合理分配、医疗卫生事业的宏观决策等，都存在依据什么样的标准进行价值判断和道德选择的问题，在这种选择中，功利主义伦理学的理论在方法和原则上具有不可替代的理论功用。

（四）后果论的评价

后果论在推动社会发展包括医学发展方面起到了重大的推动作用。

第一，后果论从人的本性而不是从神的目的去说明价值和道德的起源和目的，强调道德是为了人而不是神，道德最终是使人幸福，提倡尊重人性，人的尊严、价值和人的主体性，从而在思想领域产生了巨大的影响。

第二，后果论强调行为的效用是其是否道德的基础。有效地防止了因空谈道德和义务所导致的道德至上论和教条主义。只有明确了道德的目的、道德的价值所在，才能为道德提供最终的标准，才能说明人类行为的正确所在。

第三，后果论力图把个人对幸福的追求同利他和公益事业结合起来，以克服极端利己主义的片面性，力图兼顾个人利益、集体利益与社会利益，兼顾短期利益和长远利益，这对人类社会的发展具有积极的推动意义。

但是后果论侧重于行为的效果，从理论上也存在某些缺陷。

首先，如果只是专注于效果而不考虑动机，就势必造成把出于善良愿望，并尽了最大努力，只是

因为预料不到的（即责任范围之外的）原因，不能达到应有的效果的行为，看作不道德的行为。动机与效果的统一要求我们对于行为的善恶，必须既看动机，又看效果，联系动机看效果，透过效果看动机。医学后果论强调把医学行为的效用作为制定医学道德规范的依据和判断具体医学行为道德与否的标准。医学后果论同样存在后果论的共性问题：在医疗实践中如何去计算和衡量一个行为可能产生的不同效果？有些后果可以定量，有些难以甚至不能定量。而且医患之间的文化价值有时候存在差异，每一后果给予的权重是不同的，因此，不应仅仅考虑后果而不考虑动机。

其次，功利主义的出发点和落脚点最终是个人主义。虽然功利主义者不像利己主义那样主张利己优先，现代功利主义也主张兼顾他人和社会利益，但是，功利主义并没有改变个人主义的基本立场，立足于个人主义，就不可能真正从道德要求的角度兼顾好个人利益和社会利益的关系，理所当然，它也就不可能保证最大多数人的最大幸福之功利原则的真正实现。因此无论功利主义者怎样谈论最大多数人的最大幸福，只要功利主义者把利益（幸福）建立在个人是否快乐的基础上，这种功利仍然是个人功利，而不是社会功利，容易走向利己主义。

三、道义论

（一）道义论的内涵

道义论（theory of duty）又被称为义务论（deontology），或非目的论（non-teleology）等。这种理论认为：其一，社会确立道德的目的在于道德自身，在于完善每个人的品德，是为了实现人之所以异于禽兽、人之所以为人。孟子曰："人之有道也。饱食、暖衣、逸居而无教，则近于禽兽。"其二，行为是否道德，其终极的标准只能看它对行为者的品德、道义的效用如何，而不能看它对全社会和每个人利益的效用如何：凡是能够使行为者品德达到完善、实现人之所以为人者的行为，不论它如何减少行为者和整个社会的利益总量，因符合上述道德目的，就是应该的、道德的；相反，则是不应该的、不道德的。西汉大儒家董仲舒将这一思想概括为："正其义不谋其利，明其道不计其功。"

道义论思想在中国有着久远的历史，儒家思想认为，尽管人们天生就有求义或欲利或两者兼有的本性，但在处理义利关系时的正确态度应当是先义而后利。即凡事当前，需要我们选择行为时，首先须考虑的是道义原则的要求，一旦道义原则的要求被履行了，则行为主体的个人利益与好处也将随之而来。只有以义为本，才能统一义利，也就是要先义后利。

在西方现代伦理学中，道义论是指人的行为必须遵照某种道德原则或按照某种正当性去行为的道德理论。这说明，人们行为或活动的道德性质和意义，最基本的不在于其所达成的目的（或者其所体现的内在价值），而首先在于它所具有的伦理正当性。而所谓行为的伦理正当性，必定是伦理的而非单个道德主体自身行动目的或价值的实现程度，这个道德原则必定是社会公共的。

在西方，道义论的理论渊源至少可追溯到中世纪初基督教的伦理思想，甚至更为久远。作为一种完整的理论，道义论是由18世纪德国哲学家康德提出来的，康德是道义论的典型代表。

康德认为，人的道德义务来源于先验的善良意志，是善良意志发出的所谓的"道德律令"，即"头顶上的星空"和"心中的道德律"。所谓善良意志，是指意志本身的善，是在宇宙间唯一不加任何条件的。它是一切善的根源，善良意志是康德义务论体系的首要命题。他从"善良意志"出发提出"为义务而义务"的主张。因为义务是善良意志的指令，所以义务内在地包含了善良意志，因此康德得出只有出于义务心而作出的行为才是善的，出于其他偏好而作出的行为，由于不是出于善良意志因而不可能是善的。康德所强调的这种义务论是主张遵照某种既定的原则或者某种东西本身所固有的正当性去行为，而不去考虑行为对人对己带来的结果如何。其实质在于强调义务的绝对性、至高无上性、命令性和无条件性。

康德的道德命令包含如下主要内容：其一，可普遍性，即指导行为的道德命令或准则一定是能适用于所有人的具有普遍必然性的绝对命令，任何人都应当奉行的准则。其二，人是目的，即人的存在本身就是目的，任何人都不能被视作达到别人目的的工具。其三，意志自律，又叫意志自由，即意志

给自己出命令、定法律。康德认为，因为道德命令是由人的先验善良意志（即理性）自身颁布订立的，所以才具有普遍性。人作为有理性的主体，其尊严正是建立在人的意志自律的基础之上的。人可以在感性世界中不受自然的必然性的支配而以“自律”的方式去执行超感性的道德律。这种出于“自律”而非“他律”的行为才是道德的。

（二）道义论的特点

首先，道义论在道德评价中注重行为本身是否符合道德规定，强调行为的动机而不是以结果为评价善恶的依据，因此也有人把道义论称为动机论，认为只要行为的动机是善的，不管结果如何，这个行为都是道德的。

其次，伦理道义论以社会或群体的整体利益及其公正分配为道德考量目标。它所关注的重心不仅是单个道德主体的权益和目的，而且更多的是所有道德主体之间的权益（包括道德权利与道德义务）的公平分配和合理安排，是诸道德主体（个人或群体）之间的伦理关系和道义承诺。因此，它的规范内容和规范形式往往与社会的制度安排内在地相关，也就是与社会的基本制度结构，尤其是国家法律规范系统有着内在一致的关联，甚至相互支持，是制度（规范）互补关系。

最后，道义论对规范有效性的寻求总是普遍主义的，甚至是绝对道义性的。道义论的这种道德普遍主义规范主张或绝对化的道义诉求，缘于它对道德判断的某种形式化条件的前提性依赖：行为在道德上是否正当合理，不能由其所产生的具体效果来确定，而应当首先看它是否与某种确定的道德原则或道德规范相符。这样一来，道德原则或道德规范就成为行为是否符合道义的基本判断和评价标准。因此伦理道义论者往往把制定这种具有普遍有效性的道德原则（规范）或康德所说的“绝对（道德）律令”当作伦理学的第一要务，视为建立某种伦理理论体系的头等大事。

（三）道义论在医学实践中的运用

道义论侧重的是道德行为动机，不注重行为的后果，而诉诸一定的行为规则、规范及标准，其理论的核心是义务和责任。也就是说，行为的正确与否，并不由行为的后果来决定的，而是由这个行为的动机和标准来决定的，注重的是行为的动机是否是“善”的，行为的本身是否体现了预设的道德标准，这样就突出了道义理性的地位，把道义行为的内在本质认定为是预设的和普遍的。道义论强调履行义务的行为动机这种观念在医学实践中有着悠久的历史传统。从古巴比伦的《汉谟拉比法典》到古印度的《妙闻集》，从古希腊的《希波克拉底誓言》到古阿拉伯的《迈蒙尼提斯祷文》，中国传统的医学经典《黄帝内经》《千金要方》等都包含了对医者的道德义务和行医动机的特别强调。

（四）道义论的评价

道义论伦理学是西方伦理学历史发展中的重要理论流派，作为一种主要的理论流派，道义论的理论内涵十分丰富，其显著的特征是强调道德行为的动机，把义务和责任看成其理论的中心概念，强调道德理性的基础性地位，把道德理性看作道德行为的内在本质。在进行道德评价和道德决策时，道义论的理论主张强调履行“义务”和“责任”，强调善的动机，主张人与人之间的“平等”。这些对于整个人类社会的稳定与发展起着重要的维系作用。传统的医学伦理学是以道义论为轴心的体系。围绕道德义务的根本信念而建立起来的对医学主体的各种美德要求与美德规劝，体现道德义务与美德的各种规范与应尽的责任要求等，都是传统医学伦理学的重要内容。在当代生物医学的发展带来的医学伦理学转型的过程中，义务论在医学伦理学发展中和医德实践中发挥着重要的历史作用。

在实践中，道义论也体现出明显的片面性。首先，“善良意志”“道德原则”或“绝对命令”从何而来并没有得到根本性的解答。不同宗教会有不同回答，道德的多元意味着不易形成普世伦理。其次，由于对道德行为全过程的把握不够全面和彻底，它有可能忽视人的需要、目标和派生价值，而走向极端。极端的义务论有可能彻底割断道德与价值的联系。再次，科学和技术的发展带来的一系列道德难题和医学道德的时代性困境，仅仅以道义论作为理论基础和方法手段同样是十分软弱和无力的。

事实上，当代医学伦理学的理论基础不可能只采用单一的理论构成，必然是综合了美德论、后果论和道义论以及现代新兴的其他理论形态中的合理成分，扬长避短，形成理论上的互补和整合，共同起着指导医学道德实践的重要作用。

第三节　医学伦理学的其他理论

医学伦理学的研究兴起于西方，经历了发轫和多端发展的阶段，后现代道德多元化以及人类道德的新挑战推动了医学伦理学理论向多层面、多样化的方向发展。如伦理相对主义、境遇伦理学、生命政治学、身体伦理学、商谈伦理学与对话伦理学等体现了当下研究生命伦理学的多种方法和视角。

一、伦理相对主义与境遇伦理学

伦理相对主义认为一切道德原则都仅仅相对于一定的文化或个人的选择方式才是有效的，而不存在普遍适用的道德原则。20 世纪初最先提出道德相对性的是道德社会学家维斯特马克，其后美国的实用主义哲学家们从哲学和道德也即真理和价值两个方面把相对主义推向了高峰。伦理相对主义可分为描述伦理相对主义和规范伦理相对主义。描述伦理相对主义强调的是，描述可以使人们正确地认识人类行为“是”什么，而不是“应该”是什么。如果人们试图从过去和现在不同的道德事实中抽取出道德原则，那么不得不承认，按照这个原则来衡量，任何东西都是可以接受的。而规范伦理相对主义认为，在道德问题上，没有客观标准，任何规范都不可能普遍地应用于全人类，每个地方对什么是道德上正确的看法都取决于人们的情感、意见和习俗。

在相对主义伦理学理论的影响下，20 世纪 60、70 年代，境遇伦理学产生并得到发展。美国当代著名的医学伦理学家弗莱彻是境遇伦理学的主要代表，代表作为《境遇伦理学——新道德论》。弗莱彻阐明了作为行为方法的境遇伦理学的基本理论。境遇伦理学实质上就是坚持从实际情况出发作出道德决断，以具体的境遇和实际经验作为道德评价的标准，在道德判断中把实用主义和存有质疑的道德相对主义结合起来。境遇伦理学原理是按照实用主义、相对主义、实在论和人格至上论这四条基本的“实用原理”推导出来的行动方针。实质上，境遇伦理学正是这样多种理论综合构成的一种具有新质的伦理学理论，其理论系统的中心坐标是个人人格，价值思维方式是实用主义和相对主义，行为方式则是以道德决断为主题的道德行为主义，其理论目标则是一种经验主义的伦理学。

二、生命政治学与身体伦理学

生命政治学诞生于早期资本主义时期，霍布斯认为，国家治理就是一种医生式的行为；阿甘本认为，霍布斯已经涉及从传统政治统治向现代生命政治治理的转变；福柯认为，生命政治学得到了完美阐发，内容主要包括：其一，生命政治学的对象是作为总体的人口，即人口安全，生命政治的治理所保障的不是某个个体的安全；其二，为了人口整体的安全，就必须将所有威胁人口安全的因素加以隔离和排斥，这种隔离和排斥必然区分正常的政治生活（bios）和被排斥的赤裸生命（zoē），可以说，前者的内在安全，恰恰是以对后者的矫正、排斥和隔离为前提的；其三，正常与不正常、bios 与 zoē 的区分需要一种可以作为机制的话语和知识体系来运作，没有这种知识型，我们便不可能在正常和不正常之间做出区分。而现代知识的生产，尤其是医学知识和生物科学的知识，在很大程度上推进了这种区分话语的发展，这种话语就是生命政治学最原初的基底。

“身体伦理学”这一术语最初出现在加拿大学者玛格瑞特•许尔德瑞克与罗仙妮•麦基丘克 2005 年主编的论文集《身体伦理学：后习俗的挑战》一书中。从现象学的视角看，自我的形成总是与身体的构造交织在一起的。因此，在身体退场的同时，生命伦理学也与自我的本质理解失去联系，不能很好地回应不同个体的需求和欲望。身体伦理学则将“身体”这一范畴又拉回到了生命伦理学的视野，

并作为批判性思维的出发点，反思在后现代境域中生命科学的发展到底对“涉身主体”意味着什么，以此来观照生命伦理学传统理论框架的局限性和实践的有效性。

较之西方的意识哲学，中国哲学体现出根深蒂固的“身体性”。这种“身体性”表现为中国古人一切哲学意味的思考无不与身体有关，无不围绕着身体来进行，还表现为也正是从身体出发而非从意识出发，中国古人才为自己构建了一种自成一体，并有别于西方意识哲学的不无自觉的哲学理论系统。我们看到，这种“身体哲学”不仅是对中国哲学本来面目的真实还原，同时，还使其以一种“准后现代”的气质与特性，与西方后现代主义范式的哲学殊途同归，并从中体现出一种不无前瞻和具有现实批判眼光的人类新的时代精神。如果说西方传统哲学是以意识→范畴→宇宙这一模式来构建其哲学体系的话，那么中国古代哲学则是以身体→两性→家族来构建其哲学体系；如果说西方传统哲学是以事物之还原的分析主义为其哲学方法的话，那么中国古代哲学则以生命之生成演变的系谱学为其哲学方法。近年来，身体伦理学的回归也是中国生命伦理学发展的新趋势。

三、商谈伦理学与对话伦理学

哈贝马斯在交往行动理论的基础上提出了商谈伦理学，指出交往行动实质上是主体之间以语言为媒介的对话商谈关系。哈贝马斯商谈伦理学的最大特色，就在于它把主体间性提高到中心位置。商谈伦理与传统伦理的最大区别就在于商谈伦理的前提是一种在理性论证基础上的道德共识，而非自上而下制定的他律性的道德规范。这种伦理的建构，是一种旨在达到主体间的相互理解的交往行为的结果，是在没有外在强制因素影响的对话中，通过对论证与反驳的权衡，依靠理性的信服力建构起来的。

对话伦理学是由当代德国哲学家阿佩尔和哈贝马斯共同主张的一种伦理学。这既是一种认知的、普遍的伦理学，也是一种形式的、程序的伦理学，同时还是一种超越了基础主义和相对主义的后形而上学的伦理学。对话伦理学给出的原则是：在一个实际的对话活动中，所有参与者都认可的那些规范才能被认为是有效的，而一切规范都同等地具有被接受的可能性，实际的决定权在于对话的参与者。

四、中国医学伦理学的理论发展

我国的医学道德思想源远流长，但是成为一门正式的学科，最初是从翻译、引进西方著作开始的，至今已有 30 多年的发展历程。1980 年创办的《医学与哲学》杂志、1988 年创办的《中国医学伦理学》杂志，以及《健康报》《中国医院管理》《中华医院管理杂志》等都为医学伦理学和生命伦理学提供了重要的学术交流平台。同时，从 20 世纪 80 年代末开始，一些医学院校、医院等机构也相继成立了医学伦理委员会。学术期刊的创办、学术机构的成立、学术会议的举行和医学院校学科体系的完善，促使我国医学伦理学研究迅速发展。目前，我国医学伦理学在学科概念、理论基础、研究方法、研究内容、实践应用等各个层面上已经取得了多方面进展。医学伦理学在医学院校作为专业基础课程和必修课普遍开设；一些综合的大学，中国社会科学院的哲学、伦理学专业和医学院校的医学人文社会科学专业院系设立的医学伦理学、生命伦理学方向的硕士点和博士点；相关专业的国际交流十分活跃；中华医学会医学伦理学分会成立以来，每两年召开一次学术年会，已经持续了 38 年，每届年会都能收到大量的参会学术论文，涉及现代医学伦理学的各个领域和多方面问题的研究。

对医学伦理学理论基础进行哲学探索并随着经济、科技、文化的发展进行理论创新，是医学伦理学研究的一项重大课题，也是一项持久的课题。中国医学伦理学正立足本土，深化理论研究和拓展实践应用，让这门学科在当下的医学和生命实践中真正发挥价值导向作用，保证医学发展的正确方向。日益更新的医学技术革命加之后现代道德多元化境遇都在深刻地改变着人们的医疗生活和生命观念，医学伦理学应当是一种发展伦理学，应立足当下，面向未来，对自身的“发展”问题进行持续性的伦理追问，体现自身的生命力。

思考题

1. 分析生命观与死亡观之间的关系。
2. 比较中国的德性论与西方的德性论。
3. 分析美德论、后果论与道义论各自的理论优势和不足。
4. 对于新的医学伦理学形态，除了文中提到的，你还知道哪些医学伦理学理论？

（郭玉宇）

NOTE

第四章　医学伦理规范体系

【导入案例 4-1】 手术 VS 不手术，两个案例的对比分析

医学伦理规范体系主要由医学伦理（道德）原则和具体规范构成，一系列原则和规范的提出和形成，源于医学实践及其发展过程。这些原则和规范一旦确立，又对医学实践产生引导、评价、辩护和修正作用，以指导医学实践向符合医学道德要求、体现医学伦理精神的方向发展。医学伦理（道德）原则是对医学伦理（道德）规范、准则抽象和概括的产物，而具体规范是原则的细化。两者处在医学伦理认识的不同层面，但都是医务人员在医疗实践中进行价值判断和行为选择的依据，是评价医务人员行为的标准。

第一节　医德基本原则

一、我国医德基本原则的提出及其历史背景

医学道德学（简称医德学）是医学伦理学在中国的早期学科形态。20 世纪 70 年代末期，作为学科的医学伦理学伴随改革开放的步伐与中国的人文社会科学事业同步复兴，几乎与对现代医学伦理学基本理念、思想、理论、概念以及一些学科和研究内容的引进与介绍的同时，我国学界更多地使用“医学道德”的概念并围绕这一概念逐步形成了医学道德学的一些早期理论和思想，这些思想和理论具有鲜明的中国特色，医学道德观念形成和基本理论的建构，是基于中国传统伦理文化及其在不同历史时期的继承和发展，是对当时中国医学科学和技术的整体水平以及医疗卫生事业发展的总体状况的一种反映。我国医德学研究和学科理论雏形的建构，为其后中国医学伦理学的全面和系统发展奠定了良好的基础，我国医德学形成的多方面认识和提出的医德基本原则以及在此基础上确立的一系列医德规范和准则等，都成为了中国医学伦理学的宝贵财富。

我国医德基本原则相关内容的提出最早可追溯到 20 世纪中叶。1941 年 7 月 15 日，毛泽东同志为中国医科大学的毕业生亲笔书写了“救死扶伤，实行革命的人道主义”的题词，成为革命战争年代党领导的军队卫生人员遵循的根本医德准则。在此精神的感召下，卫生人员在残酷的战争环境中千方百计救治伤病员，在缺医少药的艰苦条件下想方设法诊治百姓疾患，在根据地创造性地开展了群众卫生运动，卓有成效地保护了人民军队的有生力量。毛泽东同志的题词也成为特定历史条件下对医德基本原则的精辟表述和阐释。

1949 年后，医疗卫生工作成为党和国家社会建设的一项重要内容，医疗卫生工作的目标和方针更加明确，救死扶伤的人道主义精神在中国社会主义事业起步中不断得到彰显。1950 年，第一届全国卫生工作会议在北京举行，会议提出将“面向工农兵”“预防为主”“团结中西医”作为新中国卫生工作的三大方针。1952 年，周恩来根据毛泽东“动员起来，讲究卫生”的号召，提出了“卫生工作与群众运动相结合”的方针。从此，面向工农兵，预防为主，团结中西医，卫生工作与群众运动相结合这四大方针，为新中国卫生事业的发展指明了方向。救死扶伤、革命的人道主义成为贯穿于医疗卫生工作方针中的鲜明的医学道德精神和基本原则。

二、医德基本原则的内容

在现代医学伦理学理论建设和学科发展初期的 1981 年，“全国第一届医德学术讨论会”在上海举

行，会上首次明确提出了我国的“社会主义医德基本原则”，其内容表述为“防病治病，救死扶伤，实行革命的人道主义，全心全意为人民服务”，20 世纪 80 年代中期完善为“防病治病，救死扶伤，实行社会主义医学人道主义，全心全意为人民身心健康服务。”尽管这一医学道德原则的形成有十分鲜明的时代烙印，反映了走上“改革开放”道路不久的中国社会对自身道德文化的自信，但是对医学人道主义原则所做的“社会主义”制度意义上的规定性，也反映了政治伦理意识和传统在医学道德原则上的延伸和渗透，这是医学伦理学在中国发展初期所呈现出的特点。虽然与后来基于医学科学和技术的巨大进步驱使医学伦理学向生命伦理学转化的学科发展趋势有所不同，但是医德学及其基本原则的确立，是符合中国社会特定发展历史时期的一种对医学伦理精神的选择，应当历史地去看待这一原则在中国医学伦理学发展史上的地位和价值。

医学基本原则的内容，可以从相互联系的四个层次给予阐释：①“防病治病，救死扶伤”是医德基本手段，“防病治病”体现了防治结合的医疗理念，从宏观层面指明了医学服务必须承担完整的医德责任，既要重视对患者的救治，也要重视疾病的预防工作。要求医务人员树立全面的健康观，正确认识和处理与患者个体、社会公众、生态环境的关系，承担多重责任，既要对个体生命负责，也要对社会公众负责，尤其要充分认识自身的社会责任。“救死扶伤”是临床医疗服务的首要道德职责，即所有临床医务人员都应把患者的生命和健康放在第一位，为患者谋利益。②“医学人道主义”是医学道德的基本要求，要求医务人员应该给予患者基本的尊重、同情、关心和救助。③“全心全意”是医学道德的最高要求，要求医务人员投入全部精力，毫无保留地救助患者。敬畏生命、珍爱身体、追求健康，维护生命的尊严、理解患者的痛苦、尊重患者的权利，对患者的身心健康要给予极大的同情和关爱。④“为人民健康服务”是医学道德的价值目标。医德基本原则的不同层次相互支撑、相互作用，是对中国古代“医乃仁术”的传统医学道德思想和现代的“白求恩精神”的一种时代性诠释。

三、医德基本原则在新时期卫生工作方针中的体现

1991 年 4 月，全国人大七届四次会议通过《国民经济和社会发展十年规划和第八个五年计划纲要》，将卫生工作基本方针修改为：贯彻预防为主，依靠科技进步，动员全社会参与，中西医并重，为人民健康服务。从而确定了我国卫生工作方针的基本框架。1997 年 1 月，《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》出台，明确提出了新时期的卫生工作方针：“以农村为重点，预防为主，中西医并重，依靠科技与教育，动员全社会参与，为人民健康服务，为社会主义现代化建设服务。”至此，新时期的卫生工作方针正式形成。党的十八届五中全会从维护全民健康和实现长远发展出发，提出“推进健康中国建设”的新目标。为适应新形势、新任务，2016 年召开的全国卫生与健康大会，提出新时期中国卫生与健康工作新方针：“以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主，中西医并重，将健康融入所有政策，人民共建共享。”会议倡导广大卫生与健康工作者弘扬“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的新时代医德精神。

从 1991 年到 2016 年我国卫生工作基本方针随着国家和社会的发展不断调整，以适应卫生工作面临的新形势和新挑战。但无论哪一时期的卫生工作方针都与医德基本原则相一致，体现着基本原则的宗旨，即注重防治结合，以防病治病、救死扶伤为主要手段，以弘扬医学人道主义为基本要求，以全心全意为人民健康服务为价值目标。

第二节　医学伦理原则

一、医学伦理原则概述

现代医学伦理学诞生在欧美，美国学者沃伦（Warren T.Reich）提出现代伦理学是 20 世纪 60 年代变幻莫测的世界和社会运动独特的产物，是一种新的起航。他主要关注催生现代伦理学的社会力量，如美国的民权运动使得患者的权利意识极大提升，以及世界范围的患者权利运动形成了一种建

设性对话的需要。他认为如果我们认为现代医学伦理学的诞生是技术发展催生的产物，这种认识反而可能会导致过度运用医学方法去解决新的医学道德问题的危险，比如器官移植技术发展导致器官来源的不足引发很多伦理问题，那么生命科学界就会想方设法沿着生命科学技术路线去寻求解决问题的办法，比如开发人造器官、开展治疗性克隆的研究等。也就是说会沿着医学技术的方向和这样一种专业思维方式去解决种种生命伦理问题，这样的结果就是因为技术的发展而导致新的医学道德问题不断地产生，换句话说，可能会形成一种技术支配下的技术与道德间的循环。而这种过度运用的另外一个结果则是可能更加缺乏对很多由于技术发展带来的对病人或者对诸如堕胎、安乐死等临床问题的深度道德关怀的认同。

医学伦理原则的确立，与现代医学伦理学孕育和产生的这种社会背景有密切关联。相对于中国的医学道德原则而言，医学伦理原则着眼于对已经发生和可能发生的生命科学与技术以及医疗领域的种种问题的认识和解决，而不是局限在抽象的概念集合和对原则的高度概括上，在医学科学发展和医疗实践基础上，西方学者提出的若干伦理原则，对认识和解决现实的医学伦理问题，具有更为直接、明确的价值判断和伦理评价的作用。

1978 年 4 月 18 日，美国国家保护生物医学和行为研究受试者委员会出台了《贝尔蒙报告》，报告主要涉及人类受试者研究当中的保护问题，提出了尊重人（respect for persons）、有利（beneficent）、正义（justice）三个伦理原则，这被认为是西方医学伦理学界对原则的最早阐释。

“二原则说”由美国生命伦理学家恩格尔哈特（H.T. Engelhardt）首次提出，主要体现在他的《生命伦理学的基础》《生命伦理学与世俗人文主义》等著作中。他认为允许（允诺）和行善两个原则应作为生命伦理的基本原则。

1989 年，比彻姆（TL.Beauchamp）和查尔瑞斯（J.F. Childress）在《生物医学伦理学原理》一书中提出了“四原则说”。他们认为，自主原则、不伤害原则、行善原则、公正原则是生命伦理的基本原则。

“五原则说”由蒂洛（Jacques Paul Thiroux）在其所著的被西方称为社会伦理决策指南的《伦理学理论与实践》一书中提出。他认为，生命价值原则、善良原则、公正原则、说实话（或称为诚实）原则、个人自由原则是基本的伦理原则。虽然此学说并未直接以生命伦理学名义出现，但因其在西方具有重要地位和广泛影响，所以经常被有效地应用于解决生命伦理学实际问题的决策过程之中。

由美国学者比彻姆和查尔瑞斯提出的生命伦理四原则，即自主原则、不伤害原则、行善原则和公正原则得到更多认可，并被欧美等国家和地区的医学组织视为医生执业的行为依据。在与欧美不同文化背景的国家中，尽管仍对其存在争议，但还是被越来越多的国家接受或借鉴。

二、医学伦理原则

（一）尊重原则

1. 尊重原则的含义 尊重原则（principle of respect for autonomy）要求医务人员尊重患者。欧美一般称为自主原则，即对自主的人及其自主性的尊重。知情同意、知情选择、要求保守秘密和隐私等均是尊重患者的体现。广义上的尊重原则还包括医务人员尊重患者及其家属的人格。

2. 尊重原则的内容

（1）尊重患者的生命：生命是人存在的基础，是人的根本利益所在。尊重患者的生命，首先，要尽力救治患者，维护其生命的存在，这是对人的生命神圣性的尊重。其次，要通过良好的医疗照护提高患者的生命质量，以维护其生命价值，这是尊重人的人格生命的具体体现。尊重人的生命及其生命价值是医学人道主义最根本的要求，也是医学道德的基本体现。

（2）尊重患者的人格尊严：即把患者作为一个完整的人加以尊重。尊重患者作为独特个体的生命存在，重视他生命的质量，体悟他因病痛所忍受的痛苦，将减少对患者的身体伤害和缓解痛苦作为伴随患者救治过程的道德主旨；尊重患者的内心感受和价值理念，重视社会和心理因素对患者的影

笔记

响，肯定患者对自我生命的理解和抉择；肯定患者生命存在的价值和意义，每个生命个体都有权利得到善意和尊重，而无论其生命体处于何种状态。

（3）尊重患者的隐私：隐私是指一个人不容许他人随意侵入的领域。主要包括两方面内容：一是个人的私密性信息不被泄露，二是身体不被随意观察。医疗职业的特点决定了医生常常可以了解到患者的某些隐私，涉及患者从未向他人谈到或暴露过的身心领域。医生有义务为患者保守秘密，以免泄露信息给患者带来伤害。同时，医生也有义务在为患者实施检查、治疗时保护患者的身体不被他人随意观察。

（4）尊重患者的自主权：自主主要指自我选择、自由行动或依照个人的意愿自我管理和自我决策。患者自主权（right of autonomy of patients）是指具有行为能力并处于医疗关系中的患者，在医患有效沟通交流之后，经过深思熟虑，就有关自己疾病和健康问题做出合乎理性的决定，并据此采取负责的行动。这是患者享有的一种重要权利，与其生命价值和人格尊严密切相关。

尊重患者自主权意味着患者自己做出选择和决定，这需要具备一定的前提条件。这些条件包括：医生应为患者提供正确、适量、适度且患者能够理解的信息；患者必须具有一定的自主能力，丧失自主能力和缺乏自主能力的患者无法实现；患者的情绪必须处于稳定状态，过度紧张、恐惧、冲动的患者无法自主决定；患者的自主决定必须是经过深思熟虑并和家属商量过的，如果患者的决定过于草率，则无法反映其真实的自主性；患者的自主决定不会与他人、社会的利益发生严重冲突，也就是说患者的自主决定不会危害到他人和社会的利益，否则需要加以限制。

3. 尊重原则对医务人员的要求　一是尊重患者的生命、人格尊严，呵护患者的隐私。二是处理好患者自主与医方做主的关系。医生要尊重患者的知情同意和知情选择的权利，对于缺乏或丧失自主能力的患者，应尊重其家属或监护人的此项权利。但当患者病情危急需要立即进行处置和抢救，家属不在场，来不及获取患者家属知情同意的时候，医务人员出于对患者责任和利益的考虑，可以行使特殊干涉权，做出对患者有利的决定。三是履行帮助、劝导、限制患者及其亲属选择的责任。医务人员首先要帮助患者，为其提供正确、适量的信息并帮助患者理解，以利于患者的选择。其次，劝导患者。如果患者的选择与医务人员的期望不同，医务人员应劝导患者，而不要采取听之任之、出了问题患者责任自负的态度。如果劝导后患者及家属仍坚持己见，则应尊重他们的自主权。最后，如果患者的选择与他人、社会的利益发生矛盾，有可能损害他人和社会利益时，医务人员应首先协助患者进行调整，以履行对他人和社会的责任，并使对患者的损害降到最低。一旦患者的选择对他人的生命和健康构成威胁或者对社会利益造成危害，医务人员适当限制患者的选择是符合道德的。而对于家属做出的对患者不利的选择，医务人员也有责任予以干涉。

（二）不伤害原则

1. 不伤害原则的含义　不伤害原则（principle of nonmaleficence）要求医务人员在诊治过程中，应尽量避免对患者造成生理上和心理上的伤害，更不能人为有意地制造伤害。

2. 医疗伤害的种类　依据不同标准，医疗伤害可以划分为多种类型。例如依据伤害性质可分为正当伤害和不当伤害；依据伤害后果可分为躯体伤害、精神伤害和经济损失；依据伤害影响时间可分为近期伤害和远期伤害等。与医学伦理关系最为密切的是与医方主观意志及其责任息息相关的医疗伤害。在临床医疗过程中，依据伤害与医方主观意志及其责任的关系，可以做出如下划分：①有意伤害与无意伤害。有意伤害是指医方极不负责任或出于打击报复，拒绝给患者以必要的临床诊治或急诊抢救；或者出于增加收入等狭隘目的，为患者滥施不必要的诊治手段等所直接造成的故意伤害。与此相反，不是医方出于故意而是实施正常诊治所带来的间接伤害，则属于无意伤害。②可知伤害与不可知伤害。可知伤害是医方可以预先知晓也应该知晓的对患者的伤害。与此相反，医方无法预先知晓的对患者的意外伤害为不可知伤害。③可控伤害与不可控伤害。可控伤害是医方经过努力可以也应该降低其损伤程度，甚至可以杜绝的伤害。与此相反，超出控制能力的伤害则是不可控伤害。④责任伤害与非责任伤害。责任伤害是指医方有意伤害以及虽然无意但属可知、可控而未加认真预

测与控制，任其出现的伤害。如果意外伤害虽然可知但不可控，则属于非责任伤害。有意伤害、责任伤害以及可知可控却没有正确预知及控制造成的伤害都是不道德的。

3. 不伤害原则的相对性 在医疗活动中，绝对的不伤害是不可能的。很多检查、治疗措施，可能给患者带来生理或心理上的伤害。例如肿瘤化疗，虽能抑制肿瘤，但会对造血和免疫系统造成伤害。在医疗实践中，凡是医疗上是必需的或者是属于适应证范围的，所实施的诊治手段是符合不伤害原则的。相反，如果诊治手段对患者是无益的、不必要的或者是禁忌的，而又有意无意地勉强实施，从而使患者受到伤害，就违背了不伤害原则。对于符合适应证可能带来的伤害要注意尽量避免或将伤害减少到最低限度。

不伤害原则之所以具有相对性是因为伤害具有双重效应。双重效应（double effect）是指某一诊治行为的结果产生了一个有害效应，但这个有害效应不是直接的、有意造成的，而是为了正当的动机所产生的间接的并且是可预见的效应。也就是说，该行为基于善的动机和目的，带来了明显的诊治作用，即善效果的直接效应。但同时，也带来了一些不可避免的伤害和副作用，即恶效果的间接效应。例如引产救母、必要截肢、隔离治疗等。

4. 不伤害原则的伦理要求 为预防对患者的有意伤害或将伤害降到最低限度，对医务人员提出如下要求：①树立不伤害的意识，在医疗活动中首先想到不伤害患者，杜绝有意和责任伤害，把不可避免但可控的伤害控制在最低限度；②善于权衡伤害和受益，对有危险或有伤害的医疗措施进行评价，只有相对于受益，危险或伤害能够接受，才符合不伤害原则。

（三）有利原则

1. 有利原则的含义 有利原则（principle of beneficence）要求医务人员的诊治行为应该保护患者的利益、促进患者健康、增进其幸福。有利原则也称为行善原则。

在《希波克拉底誓言》中，明确提出并阐明了“为病家谋利益”的行医信条。《日内瓦宣言》规定：“在我被吸收为医学事业中的一员时，我严肃地保证将我的一生奉献于为人类服务。”“我的患者的健康将是我首先考虑的。”这些都体现了有利原则。

2. 有利原则对医务人员的要求 有利原则要求医务人员：①首先考虑患者的利益，做对患者有益的事，努力维护患者的生命健康，当患者利益与科学利益、医生利益发生冲突时，应该将患者的利益放在首位；②准确诊断、有效治疗，努力提高医疗业务能力，为患者提供最为准确的诊断和最为有效的治疗，通过高超的医疗技术提高患者的生命质量，满足患者的健康需求；③提供最优化服务，对利害得失全面权衡，选择受益最大、伤害最小的医学决策；④坚持公益原则，将有利于患者同有利于社会健康公益有机地统一起来。

（四）公正原则

1. 公正和公正原则的含义 公正（justice）即公平、正义。公正包括程序性质的公正、回报性质的公正和分配性质的公正等不同形式。古希腊哲学家亚里士多德认为，所谓公正就是“给人应得”。

公正原则（principle of justice）要求医务人员合理分配和实现人们的医疗和健康利益。

公正原则包括形式公正原则和内容公正原则。形式公正原则，又叫完全平等原则，是指应该同等分配负担和收益。在医疗实践中，此项原则要求类似的个案以同样的准则加以处理。内容公正原则，又叫合理差别原则，是指应该合理差别分配收益和负担。到底应该依据什么来判断谁是应得者，应得什么，应得多少，学者们提出可依据需要、个人能力、对社会贡献、在家庭中的角色地位等。

在医疗卫生领域，公正原则首先强调基本健康权人人平等，在基本医疗保健需求上保证人人应该同样享有。1946 年 7 月 22 日《世界卫生组织宪章》宣布：“享有可能获得的最高标准的健康是每个人的基本权利之一，不因种族、宗教、政治信仰、经济及社会条件而有区别。”对于公民所具有的基本的合理的医疗护理以及获取健康的权利要予以保障，体现人人平等。要坚持基本医疗卫生事业的公益性，通过完善制度、扩展服务、提高质量，让社会公众享有公平可及、系统连续的预防、治疗、康复、健康促进等健康服务。在基本医疗卫生服务领域政府要有所为，将公平可及和群众受益作为医疗改

革和发展的目标。同时，公正原则并非意味着平均分配，应承认非基本健康权的合理差别，对于患者超越基本健康权的医疗需求也应予以恰当满足。随着我国经济和社会发展，公民之间的收入差距不断显现，高收入群体拥有更高的医疗需求和更强的支付能力，对于某些超越基本医疗范围的需求，在条件允许的情况下应予以满足。但此类医疗服务不是由政府承担，而是依靠市场调节。通过释放市场活力提供不同层次的医疗服务，满足不同群体的不同健康需求。

2. 公正原则的伦理要求　这一原则要求医务人员：①公正地分配医疗卫生资源。在其中医务人员既有分配宏观资源的建议权，又有参与微观资源的分配权，因此应该公正地运用自己的权利，尽力保证患者享有的基本医疗和护理等平等权利的实现；②在医疗态度上平等待患，特别是对老年患者、年幼患者、残疾患者、精神患者等要给予足够的耐心和尊重；③公正地面对医患纠纷、医疗差错事故，坚持实事求是，站在公正的立场上。

除上述四原则外，也有学者将“互助”列为生命（医学）伦理的基本原则。所谓互助原则要求医务人员在医学服务中互助互惠、互相合作。在现代的信托、契约式医患关系中，互助精神更为突出和重要。现代医学高度社会化，交往多元化，如果缺少各种互助合作，就不可能有良好的医疗服务，也不可能实现医方的价值。互助原则要求医务人员尊重患者、平等待患。互助原则还涵盖医际关系，要求医务人员尊重同事、团结协作。

三、医学伦理原则的应用

在通常的医学活动中，人们在医学决策时并不会有明显的困惑。但在某些特殊情境下，医务人员会面临医疗决策的困难，这种决策困难会表现出医德原则之间的冲突，这提示人们在运用医学道德原则时应该特别注意其内含的冲突问题。

有利原则与不伤害原则间的冲突主要表现为医务人员认为的对患者有利的医疗行为有可能给患者带来伤害。例如对依赖呼吸机的脑死亡患者，是撤掉呼吸机还是继续使用？继续使用是传统意义上的救治，但如果患者的价值观是当其生命处于此种状态时宁愿放弃治疗，那么医务人员认为的对患者有利的医疗行为实际上就是一种伤害。因此，如何使医务人员的行为对患者有利，而减少或避免伤害，很关键的一点是要充分了解患者的价值观，并给予充分的尊重。

有利原则与尊重原则的冲突主要表现为医务人员合乎科学的决策与患者的自主决定无法达成一致。例如某孕妇如果继续妊娠会对健康非常不利，医生出于对患者健康的考虑，劝说其终止妊娠，但孕妇出于某种原因坚持要将孩子生下来。这时医务人员基于有利的医疗决策就与患者的自主决定之间发生了冲突。在这种情况下，会有两种做法：一种为医务人员一心行善而干预甚至违背患者的意愿，采取自认为对患者有利的医疗措施；一种为医务人员让孕妇自己和家人商量后做出决定。在以往义务论占主导地位的年代，第一种做法比较普遍。这种忽视患者自主性由医生做主的做法被称作医学父权主义。父权主义者认为对患者行善重于尊重其自主性，患者由于某些原因可能会做出对自己不利的决定，为患者的利益着想是医生的天职。现在，越来越多的医生认为患者自主性更为重要，患者也更看重自己选择和决定的权利。当然，如果患者及其家属的决定会明显危害患者健康甚至会伤害其生命，则应积极采取措施有效化解冲突。

有利、不伤害、尊重三个原则与公正原则的冲突表现为：依据前三项原则对某个患者进行积极救治时，可能会损害他人及社会利益甚至威胁到另外一个人的生命，使医务人员陷入两难境地。例如一位严重呼吸失调的患者，如果能进入 ICU 就有很大的恢复机会，但 ICU 病房已经住满，此时是否可以优先满足该患者的医疗需要，将本来住在 ICU 病房中预后不佳的患者转出呢？如果转出是否意味着对转出患者的伤害及不公正对待。

第三节 医学道德规范

一、医学道德规范概述

（一）医学道德规范的概念

医学道德规范（medical morality code）是指依据一定的医学道德理论和原则制定的，用以调整医学实践中各种利益关系、评价医学行为善恶的准则。

医学道德规范是医学道德行为和道德关系普遍规律的反映，是社会对医务人员的基本道德要求，是医德原则的具体体现。医德规范不仅包括普遍适用于医疗活动的一般准则，也包括专门适用于不同科室、不同专业的特殊准则。

（二）医学道德规范的构成

医学道德规范以“哪些应该做、哪些不应该做”为内容，多以简明扼要且易于记忆、理解和接受的“戒律”“宣言”“誓言”“法典”“守则”等形式存在。“戒律”是较为古老的形式，在我国古代医学著作中有所体现，是古代医家在医学实践中对自身道德感悟的总结和提炼，强调医德底线和自律。例如《黄帝内经》中的“疏五过论”“徵四失论”，明代陈实功“五戒十要”中的“五戒”等。“宣言”“誓言”等形式的医德规范是医家和医学职业或行业承诺的集中体现，强调进取精神和职业要求，以激发医务人员的职业神圣感和使命感，从而忠实地履行自己的职责。例如《希波克拉底誓言》《中国医学生誓词》等。法典、守则等形式的医德准则是现代医家群体对医德规律深刻认识和科学总结的结晶，强调专业伦理及其权威性，接近于法律法规，如《纽伦堡法典》《病人权利法案》等。

二、国际、国内主要医学道德规范

（一）国际上具有代表性的医学道德规范

1.《希波克拉底誓言》 该规范是古今中外医德文献的经典。它集中具体地体现了古希腊名医希波克拉底的医德思想，全面提出了至今仍有现实意义的医德准则，其影响远远超出了时空的限制。主要内容为：①尊师敬业；②为病家谋利；③不伤害患者；④保守医密等。

2.《日内瓦宣言》 第二次世界大战后，医务人员面临许多医学道德方面的新问题，重新审议传统医德准则的任务被提上日程。1948年，世界医学会全体大会在日内瓦召开，与会者认为，希波克拉底誓言提出的总的医德精神应加以尊重，但应依据医学发展情况对其加以修订。于是，会议通过了《日内瓦宣言》，这是世界医学会颁布的第一个国际性医德文件，并进行过多次修订。

以《希波克拉底誓言》为蓝本的《日内瓦宣言》成为国际医学伦理权威文献，具有极强的规范、指导和激励作用，在全球医学界和医学伦理学界都有重要影响。

3.《国际医德守则》 1949年10月，伦敦世界医学会第三次会议通过《国际医德守则》，也称《伦敦守则》。该守则涵盖医师的一般职责、医师对患者的职责和医师相互之间的三个方面职责。

4.《新世纪医学职业精神：医师宣言》 随着社会的发展，医学界面临着科技飞速发展、市场化、全球化等挑战。医生发现越来越难以承担他们对患者和社会所肩负的责任。针对这种情况，2002年美国内科理事会（ABIM）、美国内科医生学会——美国内科学会（ACP-ASIM）基金会和欧洲内科医生联盟（EFIM）共同发起和倡议实施《新世纪医学职业精神：医师宣言》，以重申和强化医学职业精神的根本与普遍原则和价值。

该宣言明确提出了医学职业精神三项基本原则和十项职业责任。三项基本原则为：把患者利益放在首位，患者自主，社会公正。十项职业责任为：致力于提高专业水准；对患者诚实，为患者保密；和患者保持适当关系；不断提高医疗服务的品质；推动医疗服务的普及；对有限的资源进行公平分配；进行科学知识的创新；保证知识的可靠性；解决利益冲突而维护信任；承担本专业内部的责任。

笔记

中国医师协会于2005年正式签署该宣言，加入推行《医师宣言》的活动。随后，我国医学伦理学界对医学职业精神进行了系统和卓有成效的理论研究和实践探索。

（二）国内主要医学道德规范

1.《医疗机构从业人员行为规范》 2012年6月26日，我国原卫生部、国家食品药品监督管理局和国家中医药管理局组织发布《医疗机构从业人员行为规范》，提出了医疗机构从业人员应遵循的八条基本医德准则，其主要内容为：①以人为本，践行宗旨。②遵纪守法，依法执业。③尊重病人，关爱生命。④优质服务，医患和谐。⑤廉洁自律，恪守医德。⑥严谨求实，精益求精。⑦爱岗敬业，团结协作。⑧乐于奉献，热心公益。

与1988年《医务人员医德规范及实施办法》相比，新的医德准则突出了以人为本、敬畏生命、医患和谐，更加强调医疗保健服务的公益性和公平性、医德要求的理想性与底线性的统一、医德实践作用的针对性和高效性等。

2.《中国医学生誓词》 1991年，原国家教育委员会发布了《中国医学生誓词》。全文如下："健康所系，性命相托。当我步入神圣医学学府的时刻，谨庄严宣誓：我志愿献身医学，热爱祖国，忠于人民，恪守医德，尊师守纪，刻苦钻研，孜孜不倦，精益求精，全面发展。我决心竭尽全力除人类之病痛，助健康之完美，维护医术的圣洁和荣誉。救死扶伤，不辞艰辛，执著追求，为祖国医药卫生事业的发展和人类身心健康奋斗终生。"

誓词揭示了医学的本质和医德基本理念，概括地提出了学医和行医的基本要求，成为广大医学新生入学宣誓、树立职业理想的重要信条，点燃了医学生的职业信仰之光。

3.《临床医师公约》 1996年，中国科学院和中国工程院两院医学界的28名院士联名提出了《临床医师公约》，提出五条医学道德规范：①全心全意为人民健康服务，为我国社会主义医疗卫生事业服务；②医术上精益求精，团结协作，保证医疗质量，努力进取创新；③维护严肃、严格、严密的医德医风，廉洁行医，抵制一切不正之风；④提倡敬业尊师，积极扶植后学，努力提高临床服务艺术；⑤积极开展卫生科普工作，提高群众防治疾病知识和自我保健意识。

此规范言简意赅，高屋建瓴，具有极强的现实针对性，充分体现了医学职业精神的坚守和创新，体现了我国顶尖医学家群体高度的自律精神。

4.《中国医师道德准则》 2014年6月25日，中国医师协会颁布了《中国医师道德准则》，明确医师应处理好与患者、同行、社会及企业的关系，共列出40条准则，为医师划出了道德底线。要求医师遵从行业自律，把职业谋生手段升华为职业信仰，赢得社会的尊重。我国最新颁布的《中国本科医学教育标准—临床医学专业（2016版）》指出，"能够根据《中国医师道德准则》为所有患者提供人道主义的医疗服务"作为医生的重要职业素养，凸显了该准则的重要地位。

《准则》提出，医师应坚持患者至上，给予患者充分尊重；敬畏生命，以悲悯之心给予患者恰当的关怀与照顾；不因任何因素影响自己的职业行为，拒绝参与或支持违背人道主义的行为；在临床实践、教学、研究、管理或宣传倡导中，承担符合公众利益的社会责任；终身学习，不断提高专业知识和技能；以公平、公正的原则分配医疗资源，使其发挥最大效益；维护职业荣耀与尊严，保持良好执业状态。

在处理与患者的关系方面，《准则》要求医师不因任何原因拒绝收治或歧视患者；耐心倾听患者陈述，建立相互尊重的合作式医患关系；以患者可以理解的语言或方式与之进行交流，并尽可能回答患者提出的问题；不以不实的宣传或不正当的手段误导、吸引患者；不以所学的医学知识和专业技术危害患者或置患者于不必要的风险处境；不应将手术、特殊检查和治疗前的知情同意视为免责或自我保护的举措，更不应流于形式或视为负担，而应重视与患者的沟通和宣教；医师应选择适宜的医疗措施，对于经济困难的患者尽量给予医疗帮助或协助其寻找救助途径；慎重对待患者对于维持生命治疗的选择；尊重丧失能力患者在其丧失能力之前所表达的意愿，最大限度地保护患者的权益。

在与同行关系方面，《准则》提出医师应彼此尊重，相互信任和支持；正确对待中医、西医各自的理论与实践；公正、客观评价同行医师的品格和能力，不包庇和袒护同行，积极参与医疗技术鉴定和

出庭作证等法律程序；不应相互诋毁，更不得以不正当方法妨碍患者对其他同行的信赖；应与同行相互学习与交流，并将自己的技术和知识无私地传授给年轻或下级医师。

在与社会关系方面，《准则》提出医师应为急需医疗帮助的人提供适当的医疗帮助并负有专业责任；应成为公众健康的倡导者、健康知识的传播者和公众健康危险的警示者；要意识到团体、社会和环境在患者个人健康方面的重要影响因素。要在公共健康、健康教育、环境保护、生态平衡、社会福利以及相关立法等方面发挥积极作用；应确保所参与的项目研究符合科学和伦理道德要求。

在处理与企业的关系方面，《准则》提出医师不得因医药企业的资助而进行有悖科学和伦理的研究，不能为个人利益推销任何医疗产品或进行学术推广；不得参与或接受影响医疗公正性的宴请、礼品、旅游、学习、考察或其他休闲社交活动，对于企业的公益资助、临床研究或学术推广应按规定申报和说明；应当抵制医药企业假借各种名义向医师推介的处方药品搭售、附赠等促销活动。

三、医学道德规范的基本内容

从我国医德建设现实需要出发，结合《医疗机构从业人员行为规范》及古今中外医德准则的精华，概括和阐释如下医德基本规范。

1. 以人为本、救死扶伤 坚持救死扶伤、防病治病的宗旨，秉持“大医精诚”理念和弘扬人道主义精神，以患者为中心，全心全意为人民健康服务。以人为本就是要在医疗活动中尊重人的价值，强调患者的中心地位；救死扶伤是医学服务的最高宗旨，是医务人员应该承担的基本职责。

2. 严谨求实、精益求精 严谨求实、精益求精是医务人员在学风方面应该遵循的医德规范。医学发展日新月异，社会公众的健康需求不断提高，医学模式正在由生物医学模式向生物 - 心理 - 社会医学模式转变。这些都需要医务人员终生学习，培养全面、高超的业务素质。

3. 平等交往、一视同仁 平等交往、一视同仁是医务人员处理医患关系时应该遵守的重要准则。平等交往是指医患双方平等相处；一视同仁是指医务人员对所有患者同等对待。这一准则可简称为平等待患。平等待患是对患者的权利、尊严的普遍尊重和关心，体现的是人际交往中社会地位和人格尊严的平等。

4. 举止端庄、语言文明 医务人员举止端庄、语言文明，不仅是自身良好素质和修养境界的体现，也是赢得患方信赖与合作的重要条件，有助于患者的救治和康复。希波克拉底曾提出世界上有三种东西能够治病：一是对症的药物，二是外科的手术刀，三是良好的语言。瑞士名医、诺贝尔奖获得者科歇尔（E.T. Kocher）也曾指出：一个外科医师如果给患者以恶劣印象，则无异于恶魔。

举止端庄首先要讲究行为文明，做到态度和蔼可亲，举止稳重，动作轻盈敏捷、潇洒大方，遇到紧急情况沉着冷静、有条不紊；举止端庄还要讲究装束文明。医务人员在着装、服饰上应与职业相适应，即规范、整洁、朴素、大方，既不主观随意，又不刻意“包装”。

语言文明是指使用文明语言进行沟通。语言是人们交流思想和情感的基本工具，是体现文明修养的基本要素。医务人员良好的愿望、热情的态度、诚挚的关心，都需要通过语言来表达。因此，医务人员不仅应当模范地运用礼貌语言，还应当突出其医学特点，甚至要讲究语言的艺术性。

5. 廉洁行医、遵纪守法 医务人员在医疗活动中必须清正廉洁、奉公守法。廉洁行医、遵纪守法是古今中外优秀医家十分重视和始终坚持的医德操守。在改革开放、发展社会主义市场经济的背景下，尤其是在新旧体制交替、利益格局调整和思想观念变化的情况下，医务人员更应恪守廉洁行医、遵纪守法这一准则。

6. 诚实守信、保守医密 诚实守信是医务人员对待患者的一条普遍要求。唐代名医孙思邈在《大医精诚》中，用一个“诚”字来概括和诠释“大医风范”。毛泽东在《纪念白求恩》中也曾用“诚”的精神来概括和诠释白求恩的医德境界。诚实守信首先要求医者心诚，即忠诚于患者和医学事业；其次要求言行一致，做实事、守信用。倡导和践行诚实守信准则，必须摒弃弄虚作假、背信弃义、欺诈取巧等不良医风。

笔记

保守医密是诚实守信的一个重要体现，也是西方医学的古老传统。希波克拉底就说过："凡我所见所闻，无论有无职业关系，我认为应守秘密者，我愿保守秘密。"《日内瓦宣言》规定："我要保守一切告知我的秘密，即使患者死后也这样。"我国在1999年5月1日生效的《中华人民共和国执业医师法》中规定："关心、爱护、尊重患者，保护患者的隐私。"保守医密已成为我国保护性医疗的重要措施。

7. 互尊互学、团结协作　互尊互学、团结协作是正确处理同事、同行之间关系的重要准则。这一准则要求医务人员彼此平等，互相尊重；彼此独立，互相支持和帮助；彼此信任，互相协作和监督；互相学习，共同提高和发挥优势。共同维护患者利益和社会公益。

8. 乐于奉献、热心公益　随着社会的进步，人们期望医学不仅仅能治疗疾病，更能成为社会文明和人类幸福的重要支柱。乐于奉献、热心公益要求医务人员在认真完成本职工作的前提下，积极参加政府安排的抗灾救灾、应对突发性卫生事件等医疗任务和扶贫、义诊、助残、支农、援外等社会公益性医疗活动，主动开展公众健康教育及社区保健服务，促进和改善公众的健康状况。

思考题

1. 试述我国医德基本原则的主要内容。
2. 试述我国医德基本规范的主要内容。
3. 在医疗实践中有可能会面临哪些医学伦理原则间的冲突？
4. 试述医学伦理四原则的基本内涵及要求。

（梁　莉）

NOTE

第五章　医疗人际关系伦理

【导入案例 5-1】 面对患者与家属的分歧，医生该如何决策

医疗人际关系是在医疗活动中所结成的人与人之间的关系，它包括医患关系、医际关系等。这些关系是否和谐，直接影响着医疗服务质量的高低，是医学伦理学研究的重要内容。

第一节　医 患 关 系

一、医患关系概述

（一）医患关系的概念与特征

美国医学史学家亨利·西格里斯（Henry Ernest Sigerist）认为："每一种医学行动始终涉及两类当事人：医生和患者，或者更广泛地说，医学团体和社会，医学无非是这两群人之间多方面的关系。"在此，他指出了医患关系（doctor-patient relationship）的"狭义"和"广义"两种情形。所谓狭义的医患关系特指医师与患者之间的关系。广义的医患关系指以医师为中心的群体与以患者为中心的群体在诊治或缓解患者疾病过程中所建立的关系。

在广义的医患关系中，"医"既包括医师，也包括护理人员、医技人员、药技人员、医疗管理人员及后勤服务人员等，有时甚至包括医疗卫生机构本身；"患"既包括患者，也包括与患者利益相关的亲属或监护人、代理人、单位组织等。尤其是患者失去或不具备行为能力时（如昏迷休克的患者、婴儿等），患者的利益相关人往往直接代表患者的利益。但是，医患关系中的"患"未必就是患有疾病的人，也应包括正常的健康者，因为有求医行为的人或者说到医院的求医者未必就是身患疾病的人，如参加正常体检者、进行产前诊断的孕妇、接受预防疫苗接种的儿童等，未必就是罹患疾病者，但相对于医务人员而言，他们可统称为"患者"。因此，"医"与"患"是相对而言的，可以把以医师为中心的提供医疗服务的一方统称为"医方"，把以"患者"为中心的需要借助于医疗帮助的一方统称为"患方"。这样，广义的医患关系就应指在医学实践活动中，医方与患方之间的人际关系。作为一种特殊的人际关系，医患关系具有以下特征：

1. 明确的目的性和目的的统一性　在一般的人际交往中，交往双方并非都具有明确的目的性，而且即使具有目的性也往往是不一致的甚至是背离的。而在医患交往中，尽管交往的形式多种多样，但其目的只有一个即为了诊治疾病，提高患者的健康水平，而且这一目的是医患双方所共同期望的。患者就医，目的是为了减轻自身的痛苦或同时治愈疾病；医务人员为患者提供诊治服务，根本目的也是为了减轻患者的痛苦或治愈疾病。因此，医患交往不仅具有明确的目的性，而且表现出高度的统一性。

2. 利益的相关性和价值实现的统一性　在医疗实践活动中，广大医务人员之所以能够以救死扶伤为己任，相互合作，正在于他们有着共同的利益，并在共同利益的基础上形成统一的医学道德原则和规范，以此来约束和制约不同个体的医疗行为，确保医疗集体的共同信誉，赢得患者的信任。医患之间也正是存在协调一致的健康、经济、价值诉求等利益关系才能彼此配合，共同维护医患和谐。医患双方的利益关系是社会整体利益的反映，体现了社会整体利益的一致性，即消除疾病、维持人类的健康发展。但是，由于医患双方受其他利益的影响，有时会发生医患某些方面利益的不一致性。

3. 人格权利的平等性和医学知识的不对称性　在医患关系中，医患双方的人格尊严、权利是平等的，任何一方的人格尊严、权利受到对方的不尊重或者侵犯，都会受到医学道德的谴责，甚至法律的制裁。但是，医务人员拥有较专业的医学知识和技能，而大多患者对医学却不懂或一知半解。因此，医患双方在医学知识和能力的占有上存在着事实上的不平等性。从这个意义说，患者处于脆弱和依赖的地位，而医务人员则处于主导地位，由此对其医德和医术的要求也应该更高。

4. 选择的不对等性和情感的中立性　救死扶伤，防病治病，是医疗工作对医务人员提出的道德要求，医方应当平等地对待所有的患者，一视同仁，不应当有选择地挑拣病人。正如我国古代名医孙思邈所言："若有疾厄来求救者，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。"但是，患者对医方却有较大的选择权，患者可以根据自己的病情、经济状况、对医方的了解程度等选择不同的就医对象。但是，在医疗过程中，医务人员有权利了解患者的心理活动及其与疾病有关的隐私，而患者则无权利要求了解医务人员的心理活动及隐私，这实际是信息知情上的不对等性。医务人员对患者应当充满感情，不应该对其疾苦无动于衷。然而，如果医务人员对患者的情感过于强烈，亲情关系过于密切，以情用事，也会产生一定的副作用。常言"医者能医不自医"，这实际上是对情感因素的回避，因为医务人员在为自己或自己的亲人诊治时，时常会受到情感因素的干扰，尤其对于存在一定副作用或风险、痛苦的诊治手段，可能会犹豫不定，影响诊治。所以，医务人员对患者只能同情而不能动情，应当将自己的感情与患者的感情分开，在情感上保持中立。在接受患者的真实感情时不应当让其了解自己负面的真实情感，尤其不能让患者了解自己对不良诊治信息的心理反映。拒绝互惠是医患交往中的另一特征。

5. 医患冲突的敏感性和不可避免性　在医患关系中，尽管医患双方具有目的的统一性、利益价值的趋同性等特征，但是由于医疗卫生服务涉及千家万户，是一个面向公众的窗口行业，社会关注度、期望值较高。而且，由于医患双方对医学知识的理解、价值观念、医疗期望等方面存在差异，加之社会对医疗卫生保健的经费投入不足，医疗单位的管理不善，医患双方的自律欠缺等原因，发生矛盾或冲突在所难免。如果医患矛盾或冲突不能及时、有效地调节，甚至会造成医疗诉讼。然而，这种冲突可以通过社会及医患双方的共同努力来缓解和减少，并建立和谐的医患关系。

以上表明，医患关系具有一般人际关系所不具有的内在规定性，故而在医疗活动中医务人员不应当用处理一般人际关系的方法处理医患关系。

（二）医患关系的性质

目前，学术界关于医患关系的性质有不同的观点，部分学者从法学的视角主张医患关系为法律关系，但在具体的法律适用方面，又存在较大的分歧如有民事法律关系说、行政法律关系说、医事法律关系说等；也有部分学者从市场经济的视角主张医患关系为经济关系；还有部分学者主张医患关系是一种文化关系、伦理关系等。这些观点从不同的侧面反映了医患关系的不同属性，但是，就医患关系的实质而言，无论将其归结为法律关系、经济关系，还是归结为文化关系、伦理关系，都是不全面的。

持医患关系为法律关系的学者，强调了医患关系强制制约性的一面，但法律自身也有其控制不到的领域，有其特定的限度，法律关系并不能解释医患关系的全部。同时，仅靠法律的约束，医患关系就会失去其人道主义的温情，淡化其人文关怀。法律与道德是相辅相成的，二者不可偏废。因此，在处理医患关系的过程中，既要充分重视法律手段，又要充分利用道德的作用，只有将二者有机地结合起来，才能相得益彰。持医患关系为经济关系的学者，虽然强调了市场经济条件下医患关系物化的一面，看到了医患关系的经济实质，但医患关系是建立在经济关系之上的人际关系，属于上层建筑的范畴，它所涉及的领域更多地是法律关系、伦理关系。而且，单纯地强调经济关系，将可能进一步强化医患关系物化的趋势，不利于医患关系的和谐及医德医风建设。而持医患关系为伦理关系的观点，强调了医患关系人道主义的一面，将医患关系的基础建立于医方对患者的道德责任。但是，由于道德作为一种社会规范，是靠舆论、良心、情感等非理性的因素维持的，仅以道德为基础的医患关系

就势必缺乏坚实的、稳固的基石，不利于医患关系的持久。因此，要揭示医患关系的实质，就必须从医患关系的特殊性出发，进行综合的、全面的分析。就其实质来说，医患关系应当是以诚信为基础的具有契约性质的信托关系。

首先，医患关系是以诚信为基础的。战胜疾病、促进健康是医患双方的共同目标，该目标的实现需要医患之间的密切配合以及相互支持和鼓励，因此，就离不开彼此之间的真诚信任，诚信是医患关系的基石。一方面，医者要对患者诚信，拒绝过度医疗、防御性医疗，要尽力提供最优化的诊治方案；另一方面，患者也要对医者诚信，如实主诉病情甚至包括相关的隐私等信息。但是，当前受市场经济负面作用的影响，个别单位、个别医务人员把医患之间的这种诚信关系加以扭曲，看成单纯的商品供应者与消费者的经济关系，片面追求自身的经济利益；而部分患者对医务人员进行无端的猜测和怀疑，将不理想的诊治结果完全归责于医务人员，这在一定程度上导致了医患之间的不信任。

其次，医患关系具有医疗契约的性质。所谓契约，是在两个或两个以上的当事人之间为设立、变更或终止法律权利和义务而达成的协议。而医疗契约是医、患双方之间为设立、变更或终止法律权利和义务而达成的协议。这种协议的达成包括患者的要约与医者的承诺两个方面，即患者到医疗机构挂号就医是求诊的要约，而医疗机构收取挂号费且交付挂号单是对患者的承诺，由此医患双方的医疗契约便得以确立。不过，这种契约关系与一般的契约关系不完全相同，如这种契约没有订立一般契约的相关程序和条款、承诺内容未必与要约内容完全一致、契约对患方没有严格的约束力，医方负有更重的义务如注意义务、忠实义务、披露义务、保密义务以及急危重症时强制的缔约义务等。

再次，医患关系是一种信托关系。作为信托关系，是指患者及其家属基于对医者的信任，将患者的生命健康委托给医者，在医者对其生命和健康进行管理处分的过程中所结成的利益关系。在这种关系中，由于患者的医学知识和能力的缺乏，对医务人员和医疗机构抱着极大的信任将自己的生命和健康交托给医务人员和医疗机构，甚至把自己的隐私告诉医务人员，促使医务人员努力维护患者的健康，完成患者的信托，并且双方在人格上是平等的非主从关系。因此，这种关系不同于商品关系或陌生人之间的关系。

但是，医患之间的信托关系又与一般的信托关系不完全相同。其一，从信托客体来说，在一般的信托关系中信托的客体是财产，而在医患关系中信托的客体是生命和健康；其二，从受托权利来说，在一般信托关系中除了信托文件和法律的限制外，受托人享有以自己的名义处分财产所必要的一切权利，而在医患关系中医务人员在以自己的名义对患者的生命和健康进行管理处分时，需要经过患者的知情同意；其三，从意愿的达成来说，在一般的信托关系中受托人管理处分信托财产必须按照委托人的意愿进行，而在医疗活动中医务人员只能按照患者和家属的意愿尽力而为，并不能确保一定能达到患者和家属的意愿。

因此，医患关系既不同于单纯的契约关系，也不同于单纯的信托关系，而是以诚信为基础的具有契约性质的信托关系。

二、医患关系模式

医患关系模式（physician-patient relationship model）是对不同情形的医患关系进行概括和总结的基本式样，其主要作用在于描述医患之间的技术关系和非技术关系。

1956年美国医生萨斯（Thonsas Szasa）和荷伦德（Mare Hollender）发表了《医患关系的基本模式》，依据在医疗措施的决定和执行中医生和患者各自主动性的大小分为主动-被动模式、指导-合作模式和共同参与模式。

1. 主动-被动模式 在这种模式中，医患双方不是双向作用，而是医生对患者单向发生作用。因此，医生的权威性得到了充分肯定，处于主动地位；患者处于被动地位，并以服从为前提。这种模式适用于昏迷、休克、精神病患者发作期、严重智力低下者以及婴幼儿等一些难以表达主观意志的患者。这种模式类似于父母与婴儿的关系，医生的责任是“为患者做什么”，从而有益于发挥医生的积极性，

但对于具有自主能力的患者来说则不利于其积极参与医疗过程，进而可能会影响诊治效果。

2. 指导 - 合作模式　在这种模式中，患者被看作有意识、有思想的人，具有一定的主动性，能够主动述说病情，反映诊治情况，配合检查和治疗。但对医生的诊治措施既提不出异议，也提不出反对意见，医者仍具有权威性，仍居于主导地位，这种模式适用于大多数患者。它类似于父母与青少年的关系，医生的责任是“告诉患者做什么”。这种模式与主动 - 被动型模式相比，有助于发挥患者的积极性，提高诊治效果，也是目前较普遍采用的一种模式。

3. 共同参与模式　在这种模式中，医患双方共同参与医疗方案的讨论、制订与分享。这种模式适用于具有一定医学知识背景或长期的慢性病患者，它类似于成人与成人之间的关系，医生的责任是“帮助患者自疗”。从理论上讲，这种模式是最理想的，不但可以提高诊治水平，而且有利于建立和谐的医患关系。但是，并不是所有患者都具有参与的能力或意愿，即使具有自主能力的患者也往往因缺乏必要的医学知识而难以真正实施。

萨斯 - 荷伦德模式的根本缺陷在于它仅仅考虑了医患之间的技术关系，而忽视了医患之间的情感互动，忽视了文化差异及患者消费观念的改变、权利意识的增长所引起的医患关系的变动性及多样性等非技术性问题。正像他的批评者指出的：“坚持认为一种模式比另一个模式好是错误的和使人误解的。更确切地说，这是一个哪种模式对某种特定情况更适用的问题。”尽管以上三种模式在它们特定的范围内都是正确、有效的，但对大多数患者来说应当按照指导 - 合作模式或共同参与模式来组织诊疗。尤其是随着公众受教育程度的提高及医学知识的普及，共同参与模式将成为一种理想的模式。

此外，美国学者罗伯特•维奇（Robert Veatch）还提出了工程模式、教父模式、契约模式三种医患关系模式；布朗斯坦（J.J.Branmsteim）提出了医患关系的“传统模式”和“人道模式”；萨奇曼（Suchman）提出了患病行为的社会心理学模式或称为疾病和医疗照顾行为模式等。这些模式尽管表述各异，但其实质与萨斯 - 荷伦德模式没有根本的区别，而且都是围绕医患关系之间的技术关系与非技术关系并基于患者个体展开的。

由于西方文化与东方文化的差异，在研究医患关系模式时还应当充分考虑到文化差异的问题，不能将西方的个人主义简单地移植到中国的医患关系模式中。当然，中国传统的家庭主义亦不能适应现代医患关系之要求，如何充分地协调患者个体及其家庭成员在医患关系中的作用对于研究医患关系模式有着极其重要的意义。

三、医患关系的内容

医患关系的内容，是指医患关系主体所享有的权利和负有的义务，包括法律权利和法律义务、道德权利和道德义务。

（一）医方的权利与义务

1. 医方的权利　医师和护士是医疗活动的主体，目前在我国关于医疗机构从业人员的权利与义务有明文规定的也主要局限在这两个群体，具体文件包括《中华人民共和国执业医师法》和《中华人民共和国护士条例》。其中，《中华人民共和国执业医师法》以法律的形式规定了医师的下列权利：在注册的执业范围内，进行医学诊查、疾病检查、医学处置、出具相应的医学证明文件，选择合理的医疗、预防、保健方案；按照国务院卫生行政部门规定的标准，获得与本人活动相当的医疗设备基本条件；从事医学研究、学术交流，参加专业学术团体；参加专业培训，接受继续医学教育；在执业活动中，人格尊严、人身安全不受侵犯；获取工资报酬和津贴，享受国家规定的福利待遇；对所在机构的医疗、预防、保健工作和卫生行政部门的工作提出意见和建议，依法参与所在机构的民主管理等。

医师的以上法律权利，同时也是医师的道德权利。除此之外，医师的道德权利还有要求患者及其家属配合诊治、对患者的不当行为进行特殊干涉等。医师的特殊干涉权只有在患者的行为涉及自主权与生命健康权、个人利益与社会公益等发生根本冲突时才具有合理性，其目的在于为了确保患

者自身、他人和社会的更为重要的权益不受到损害而限制患者的某些自主权利。

医疗机构其他从业人员的权利在此不再赘述。

2. 医方的义务 这里主要对医师的义务加以阐述。所谓医师的义务是指医师应尽的责任，它包括医师对患者的义务和对社会的义务两个方面。

（1）医师对患者的义务：根据《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构从业人员行为规范》等，医师有以下义务：第一，遵守法律、法规，遵守技术操作规范；第二，树立敬业精神，遵守职业道德，履行医师义务，尽职尽责为患者服务；第三，关心、爱护、尊重患者，保护患者的隐私；第四，努力钻研业务，更新知识，提高专业技术水平；第五，宣传卫生保健知识，对患者进行健康教育。此外，还包括：不得拒绝急救处置；在履行告知义务时，应避免对患者产生不利后果；不得利用职务之便获取不正当利益等。

（2）医师对社会的义务：医师对社会的义务是传统义务概念的延伸和拓展，具体包括：第一，开展预防保健的义务。主动宣传普及医药卫生知识，提高公众自我保健和预防疾病的能力；支持和参与卫生防疫和环境治理活动等。第二，提高人类生命质量的义务。积极开展医学遗传咨询和优生优育宣传教育及计划免疫工作，提高人类健康素质；开展关爱生命与临终关怀的教育工作，促进社会的文明和进步。第三，参加社会现场急救的义务。对突发性的自然灾害以及工伤、车祸等意外事故，在需要时医师应立即奔赴现场，尽力抢救；在遇到传染病暴发或流行时，要服从组织的统一安排，积极投身防治现场和医疗第一线等。第四，发展医学科学事业的义务。医师应刻苦钻研新理论、新知识、新技术，具有献身和求实的精神，为促进医学科学的进步而努力。

一般来说，医生对患者和社会的义务应是一致的。但是，由于利益的基点和指向不同，也经常存在矛盾和冲突。当产生矛盾时，医生必须首先进行多元利益的对比分析和优化选择，确保根本利益不受损害，多方利益合理兼顾，若不顾一切给患者以满足，则会严重损害社会利益，此时要以社会利益为重，说服患者使个人利益服从社会利益。

（二）患方的权利与义务

1. 患者的权利 患者的权利是患者在就医期间所拥有的权力和应该享受的利益。在医疗活动中，患者权利主要包括法律权利和道德权利，法律权利反映的是患者的基本健康权利，道德权利反映的则是患者的全面健康权利，它是一种道义上的、以道德的力量来维持的权利。道德权利的实现受医务人员的道德水平、医疗卫生和医学科学发展水平等诸多客观因素的制约，脱离和超出社会现实条件，是不可能得以普遍实现的。根据我国法律法规以及相关道德规范，患者拥有的权利主要有：

（1）基本医疗权：世界卫生组织（WHO）明确提出："健康是人的基本权利。"我国《宪法》第 21 条规定："国家发展医疗卫生事业……保护人民健康。"保护人民健康的最根本途径就是确保公众患病时能够得到必要的、合理的、平等的、最基本的诊治。任何医疗机构或个人不得以任何理由推脱、阻碍这种基本权利的实现。

（2）知情同意权：所谓知情同意，是指在临床过程中，医务人员为患者做出诊断和治疗方案后，应当向患者提供包括诊断结论、治疗决策、病情预后以及诊治费用等方面的真实、充分的信息，尤其是诊疗方案的性质、作用、依据、损伤、风险以及不可预测的意外等情况，使患者或其家属经过深思熟虑自主地作出选择，并以相应的方式表达其接受或者拒绝此种诊疗方案的意愿和承诺。在得到患方明确承诺后，才可最终确定和实施拟定的诊治方案。知情同意权包括知情权和同意权两个方面，知情权是指患者有权了解和认识自己所患疾病，包括检查、诊断、治疗、处理及预后等方面的情况，并有权要求医生做出通俗易懂的解释；有权知道所有为其提供医疗服务的医务人员的身份、专业特长、医疗水平等；有权查看医疗费用，并要求医方逐项作出说明和解释；有权查阅医疗记录，知悉病历中的信息，并有权复印病历等。同意权是指患者及其家属有权接受或拒绝某项治疗方案及措施。但是，在患者履行拒绝治疗权利时，医务人员应注意以下问题：其一，当患者或其家属拒绝治疗时，应要求患者或其家属在病历中签字，以示其对自己的拒绝治疗负责。其二，对于急救患者，建议患者

笔记

家属慎用拒绝权并做好解释说明工作。因为医师提出的急救措施往往直接关系到患者的生命安全。家属由于医疗知识所限，不容易做出准确判断。其三，当医务人员知道患者或其家属的拒绝对患者的诊治有较大损害时，应进行充分的告知和劝解，在劝解无效时，应报告有关的负责人同意后再决定具体的处理措施。

患者知情同意的理想状态是患者或其家属的完全知情并有效同意。完全知情是指患者获悉他作出承诺所必需的一切医学信息，即通过医方翔实的说明和介绍、对有关询问的必需回答和解释，患者全面了解诊治决策的利与弊，例如诊治的性质、作用、依据、损伤、风险、意外等。医方使患者知情的方式一般是口头的，必要时则辅之书面文字方式。有效同意是指患者在完全知情后，自主、自愿、理性地作出负责任的承诺。患者或者其家属作出有效同意的必要条件是：具备自主选择的自由，患者或其家属有权随时收回、终止和要求改变其承诺；符合法定的责任年龄和责任能力。关系重大的知情同意应还应遵循特定的程序，即签订书面协议、备案待查，必要时还需经过公证。此外，正确对待代理知情同意问题也是实现知情同意权的重要内容。代理知情同意的合理性和必要性取决于以下因素：①代理人受患者委托代行使知情同意权；②特殊患者（婴幼儿患者、智残患者、精神病患者等）或需要实施保护性医疗的患者，因本人不能行使或不宜行使知情同意权，而由其家属或其他适合的代理人代行此权；③代理人的意见能够真实反映患者的意志。

（3）隐私保护权：医务人员的职业特点决定其有权了解患者与病症诊治有关的一些隐私，但是患者也有权维护自己的隐私不受侵害，对于医务人员已经了解的患者隐私，患者享有不被擅自公开的权利。但是，如果患者的“隐私”涉及他人或社会的利益，对他人或社会具有一定的危害性，如甲类传染病等，则医务人员有疫情报告的义务，应当如实上报。但是，对非直接利益相关人应当做好保密工作。

（4）经济索赔权：在医疗活动中，因医疗机构及其医务人员违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，造成患者人身损害或财产损害时，患者及其家属有权提出经济赔偿要求，并追究有关人员或单位的法律责任。

（5）医疗监督权：在就医过程中，患者及其家属有权对医疗活动的合理性、公正性等进行监督；有权检举、控告侵害患者权益的医疗机构及其工作人员的违法失职行为；有权对保护患者权益方面的工作提出批评、咨询和建议。

（6）社会免责权：患者在获得医疗机构的证明文书后，有权依据病情的性质、程度和对功能影响情况，暂时或长期、主动或被动地免除相应的社会义务，免除或减轻一定的社会责任，有权获得休息和康复，并得到社会、家庭或他人的支持和谅解。

2. 患者的义务　医患关系的维系不仅需要医方履行自己的责任，正确行使自己的权利，也需要患方践行自身的义务。在医疗活动中，患者应履行的主要义务有：

（1）保持和增进健康的义务：健康不仅是每个人的权利，也是每个人的义务，它直接关涉着个人、家庭的幸福，也关涉着人类种族和社会的发展。每个人都有义务保持或恢复自身健康，维护良好的健康环境，并为自己、他人和社会做出健康贡献的道德义务。因此，每个人都有义务响应国家提出的健康教育和预防为主的卫生政策，树立科学的健康观念，建立合理的生活方式，养成良好的生活习惯，积极锻炼身体，增强抵抗力，减少疾病的发生。

（2）配合诊疗的义务：在医疗实践中，患者为了早日恢复健康有义务配合医方的诊疗，如：在医疗过程中，应如实陈述病史、病情，按医嘱进行各项检查并按医师的指示接受治疗等。我国《侵权责任法》第六十条规定：“患者或者其近亲属不配合医疗机构进行符合诊疗规范的诊疗”而发生损害的，医疗机构不承担赔偿责任。但是，如果“医疗机构及其医务人员也有过错的，应当承担相应的赔偿责任”。这说明，患者及其家属应为自己不配合诊疗的损害后果承担其应有的责任。

（3）遵守医院规章制度，尊重医务人员及其劳动的义务：为发挥医院职能，提高医疗质量和工作效率，保障正常工作秩序，患者必须自觉遵守医疗卫生机构的各种规章制度，尊重医务人员的辛勤劳

动，尊重医务人员的人格尊严。如住院患者不能随意离开医院，患者不得擅自修改医嘱等。

（4）给付医疗费用的义务：从某种意义上说，医疗服务是一种特殊的商品，它并不以治疗是否有效或是否成功作为收取费用的前提，即使治疗失败，只要医务人员付出了劳动，并且尽职尽责不存在过错，患者及其家属就应交纳相应的医疗费用，不得拒绝交费。但是，医务人员若有强制诊疗义务时（如对未交纳医疗费用的急危重症患者），不得主张患者未付报酬而拒绝治疗。另外，如果医务人员在诊疗时未尽到告知说明的义务，患者有权拒绝交纳未告知事项所产生的相关费用。

综上所述，医患双方的权利和义务是多方面的，法律上的权利、义务必然是道德上的权利、义务，但道德上的权利与法律上的权利又有所不同。在法律范围内，公民或法人尽到了自己的义务，就可以依法行使一定的权利，享有一定的利益。但在道德范围内，义务的履行并不以权利的享有为前提，不主张有权利就尽义务，没有权利就放弃责任。如果把获得权利看成是义务的条件，把得到某种利益作为履行责任的前提，就失去了道德本真的意义和道德善的价值。

同时，在不同文化背景和不同的理论视域下人们对权利的理解不完全相同。在以个人主义为主导价值的西方文化背景下，强调自我支配、自我控制、不受外来约束的个人或自我，主张个人对自我权利有着绝对的决定作用。而在重视家庭主义的中国文化背景下，强调家庭在个人权利实现中的作用，认为家庭成员之间是密不可分的。尽管在中国现代化的进程中，家庭主义已日渐式微，但其影响绝不可忽视，无论在知情同意的履行还是在临床决策的制定上，都应当充分考虑到家庭的作用。

四、和谐医患关系的构建

改革开放以来，随着人们价值观念、权利意识、生活期望、健康需求等方面的变化，医患关系出现了被物化、扭曲的现象，滋生了诸多不和谐因素，引起了学者、社会、政府的高度关注和重视。2014 年 4 月最高人民法院、最高人民检察院、公安部、司法部、国家卫生和计划生育委员会联合下发了《关于依法惩处涉医违法犯罪维护正常医疗秩序的意见》，2016 年 6 月国家卫生计生委、中央综治办、中宣部等 9 个部门又颁发了《关于印发严厉打击涉医违法犯罪专项行动方案的通知》等。这些文件和行动，为打击医闹、保护医务人员的合法权益，确保医疗执业环境的安定有序创造了条件，提供了法律保障。但是，和谐医患关系（harmonious relationship of doctor-patient）的构建，除了政府需要调整卫生政策、加快医疗体制改革、加强医疗卫生法制建设和行政管理以及医务人员不断地提高医疗技术外，医患双方还必须注意互动中的伦理要求和道德规范，即以道德保障而促进医患关系的和谐。

（一）强化医患沟通与交流

医患关系首先是人与人的关系，沟通交流是人际交往的基本方式。因此，为了防范医患纠纷，促进医患关系的和谐，必须加强语言和非语言的密切沟通与交流，并且要注意克服彼此的心理障碍、文化差异，医务人员还要主动并正确使用沟通技术，以达到相互之间的了解、理解和发生矛盾时的宽容、谅解，将医患纠纷消灭在萌芽状态。

（二）维护医患双方的权利

随着时代的发展和观念的改变，医患双方的权利作为人权的组成部分，已经受到医患双方的关注，并且大量的事实也说明医患双方中的任何一方不尊重或侵犯对方的权利都是引起医患纠纷的原因之一。因此，要防范医患纠纷和促进医患和谐，必须对公众和医务人员普及伦理、法律的基本知识，使之认识到维护患者的权利是医务人员、医疗卫生机构和社会的天职，同样维护医务人员的权利也是患者、医疗卫生机构和社会的义务。维护患者权利的关键是保证医疗的质量和安全，而维护医务人员权利的关键是尊重其人格尊严和人身安全。

（三）履行医患各自的义务

首先，医患双方都要提高认识、端正态度，即认识到履行各自义务有助于保障相应权利的实现、医患关系的协调与合作以及缓解医患关系紧张而减少医患纠纷等。其次，医患双方还要克服认识或观念上的一些误区，如医患双方在履行各自的义务时，必须发自内心并认为是必须或应尽的职责，而

笔记

不能认为是约束自由。医务人员要克服长期形成的患者寻求其帮助是“求医”的观念和由此产生的权威心理或家长作风，患者要克服把医疗卫生机构和医务人员理解为卖方、把自己理解为买方，并认为只有卖方有义务而买方只有权利等错误的认识。再次，双方履行各自义务的关键是做到“尊医爱患”。“尊医”是要求患者尊重医务人员的人格尊严、权利和劳动价值，在任何情况下都不能侮辱医务人员，更不能谩骂和殴打医务人员；“爱患”要求医务人员不仅要为患者诊治疾病且还要关爱患者，不仅要关爱患者的“病”，更要关爱作为患者的人。

（四）增进医患双方的道德自律意识

在医患关系中双方加强道德自律和遵守共同的道德规范是防范医患纠纷而促进医患关系和谐的关键。就医务人员而言，首先在医疗卫生保健服务中要重视对患者的情感投入，开展人性化服务，视患者为亲人，使患者有一种温暖感和信赖感；其次，要认真负责，一丝不苟，提高责任感和事业感；再次，要做到廉洁服务，不接受患者的吃请、红包等。就患者而言，首先要文明就医，要理解医务人员的辛苦和医疗卫生保健的困难；其次，要尊重医务人员的劳动和人格尊严，不恶语伤人，不做违法之事；再次，要实事求是地对待疾病，冷静、客观地要求医务人员。此外，医患双方还要遵守以下共同的道德规范：互相平等和尊重；互相理解和信任；互相关爱和帮助；共同遵守法律和法规等。总之，和谐医患关系的构建既需要医者有医德，也需要患者有病德。

（五）正确认识和处理权利与义务之间的关系

在医患关系中，医患双方既有法律、道德权利，也有法律、道德义务。但是，医患双方都要认识到：法律权利与法律义务是一致的，互为条件的；而道德权利与道德义务并非必然一致，即履行道德义务时未必以获得道德权利为前提，如医务人员在正常的医疗活动之外救治急危重症患者，就不能以经济回报为条件。一般说来，在医疗实践中医务人员与患者各自的权利与义务，以及医患之间的权利与义务都是统一的。但是，在一些特殊的情形下，同一利益主体或不同利益主体之间的权利与义务也会产生冲突和矛盾，这就需要医患双方正确认识和妥善处理权利与义务之间的关系。

第二节　医 际 关 系

一、医际关系的概念及特点

（一）医际关系的概念

医际关系可从广义与狭义两个方面来理解。从广义上说，医际关系包括医疗单位与医疗单位之间、医务人员与医务人员之间、医务人员与医疗单位之间、医疗单位与卫生行政主管部门之间等因素之间的关系。从狭义上说，主要是指医务人员与医务人员之间的关系。医务人员是医疗活动的中坚力量，是医疗机构的主体，其技术水平、道德修养、沟通能力等综合素质的高低，直接决定着医疗机构的服务质量及服务水平，关涉着医疗机构的对外形象和声誉，影响着医患关系的和谐。本章将从狭义的层面对医际关系加以阐述。

所谓医务人员，是指依法获得卫生技术人员资格及相应执业证书并从事卫生技术工作的人员。根据业务性质的不同，可将医务人员分为：医师、护士、药学技术人员、医技人员等。

狭义的医际关系即医务人员之间的关系，就是指在医疗活动中不同医务人员之间所形成的业缘关系，包括医师与医师之间的关系、医师与护士之间的关系、医师与医（药）技人员之间以及护士与护士之间、护士与医（药）技人员之间的关系等。

（二）医际关系的特点

医务人员作为特殊的具有高度专业性的群体，他们之间的关系与一般的人际关系不完全相同，有着其特殊的规定性，这主要表现在：

1. 主导性与平等性的统一　在医疗活动中，由于专业分工和职责的要求，医师对医疗方案的制订具有最终的决定权，他们有权根据患者病情的需要决定检查的项目、药品的配伍、治疗的手段等，

其他医务人员甚至患者本人在实施中尽管可以提出自己的看法或意见，但一般不得擅自修改或变更，即使需要修改或变更也应征求经治医师的同意，这是捍卫医师的自主诊治权及其权威性所必需的，也是要求医师为其诊治方案负责的前提。但是，这并不是说护士、医（药）技人员只能处于服从的、被支配的地位。事实上，如果其他医务人员发现医师的诊治方案中存在不适当的问题，有权建议或要求其进行修改或变更。现实的医疗活动需要各个学科之间、不同的专业人员之间密切配合，相互支持，优势互补，只有这样才能发挥医疗团队的整体合力。因此，在医疗活动中医师的主导作用，离不开其他医务人员的平等合作，主导性与平等性是完全统一的。

2. 协作性与竞争性的统一 在现代医学高度分化与高度综合的背景下，患者的诊治往往需要诸多科室的医务人员共同参与和配合，如一台手术，除了医师，还有护士、麻醉师、化验员、药剂人员等多方人员共同努力才能完成，缺少其中的任何一方，患者都难以恢复健康。没有其他医务人员的配合，再高明的医师也将一事无成。但是，医疗活动中的这种协作又是以竞争为动力的，现代医学技术的飞速发展，要求所有的医务人员都不能满足于已有的知识和技术，要不断地学习知识、完善技术，只有在比、学、赶、帮、超的人际关系环境中，才能保持知识和技术上的先进性，否则就会跟不上与他人协作的步迈，就会被时代所淘汰。竞争的根本目的是一致的，均在于提高医疗质量、护理质量、技术水平、科研能力、服务内容，并最终为患者健康服务。当然，在竞争中也可能产生不正当的竞争现象，这无论对于医务人员之间的协作，还是对于患者都是不利的，需要加以正视和引导。

3. 差异性与同一性的统一 在医疗活动中，医务人员之间由于专业的不同、分工的不同，有着各自不同的工作内容和任务，每一个医务人员都应当严格按照其执业范围、执业内容开展执业活动，而不能相互替代。但是，他们之间又有着一个共同的工作目标，每一个医务人员都应以救死扶伤、防病治病为己任，为满足患者的健康需要而工作。就此而言，他们又是完全统一的，不存在根本的利益分歧，只有在确保患者利益的前提下，才能实现各自的利益追求。

二、协调医际关系的道德要求

（一）医师之间关系的道德要求

医师，是指依法取得执业医师或执业助理医师资格，经注册在医疗机构从事医疗、预防、保健等工作的人员。在医务人员之间的关系中，医师之间的关系至关重要。

1. 尊重同道，彼此信任 每一个人都有得到被尊重的权利，也有尊重他人的义务。无论年长医师与年长医师之间，还是下级医师与上级医师之间，都应当把同行视为朋友、伙伴，应当相互尊重，相互信任，而不应当把彼此看作对手，相互诋毁或猜忌。孙思邈强调，从医之人不得“炫耀声名，訾毁诸医，自矜己德”。医师之间只有相互尊重、互相信任，才能得到患者的尊重，密切合作。

2. 取长补短，互相学习 现代医学日新月异，突飞猛进，临床实践不仅需要医学知识，更需要临床经验，需要知识与经验的结合。在这样的境况下，任何医师都不可能包治百病。因此，医师之间要取人之长，补己之短，相互学习，共同提高。既要虚心学习他人的优点和长处，也要向他人无私地传授自己的业务专长和经验，做到既不故步自封、自以为是，也不垄断技术、压制他人。只有取长补短，相互学习，才能共同进步，彼此提高。

3. 精诚合作，互谅互让 医疗活动是一项群体性活动，需要不同专业医师之间的通力合作，每一个医师都应在为患者服务的理念下，互相支持，密切配合，勇挑重担，主动为同行分忧解难，在认真履行自己的职责的同时，分工协作，互相帮助。力避互不通气、相互推诿、互相拆台、以邻为壑、各自为政的错误倾向。特别是当同行出现差错等问题时，要从患者利益和友爱精神出发，既实事求是、客观公正地给予批评指正，更要给予善意的帮助和关心，决不能幸灾乐祸甚至落井下石。

4. 求同存异，公平竞争 医师之间往往在思想观念、工作方法、学术观点、医疗方案等方面存在或多或少的分歧，只要这种分歧不影响对患者的正确诊治，不影响正常工作的开展，医师之间要秉承求同存异的理念，以百花齐放、百家争鸣的科学作风，尊重他人的学术见解和学术自由，不能搞“一言

笔记

堂”、唯我独尊或学术霸权，要允许不同声音的存在，包容反对的意见。也只有在这种包容、协作中竞争，才能避免针锋相对、互相攻击的竞争局面，把竞争当作动力和激励，真正建立团结友善的工作环境。

（二）医师与护士之间关系的道德要求

所谓护士，是指经执业注册取得护士执业证书，依法在医疗机构从事护理工作的人员。在不同的历史时期，受医学发展水平及人们的医学认识能力、社会经济条件等因素的影响，医护之间存在着不同的关系模式，有着不同的道德要求。

1. 主导 - 从属型　在近代，护士作为医务人员的组成部分，承担着部分的治疗处置工作，此时护士的地位是从属于医疗，护士的工作只是机械地执行医嘱，医护关系是一种支配与被支配、主导与从属的关系。这种关系模式在一定程度上影响了护理工作的协调性与连续性，易引发医疗与护理的脱节现象。

2. 并列 - 互补型　随着生物 - 心理 - 社会医学模式（biologic psycho social medical model）在临床中的影响日益增强以及系统论等理论的发展，护理作为一门独立的学科，从单纯执行医嘱的疾病护理，发展到以人的健康为中心的整体护理，医护关系从主导 - 从属型转变为并列 - 互补型。所谓并列，即护理与医疗两个要素之间无主次、从属之分，二者在诊治疾病的过程中发挥着同等重要的作用。所谓互补，即医护之间互相协作、互为补充。医疗与护理两者密不可分，没有医师的诊断治疗，护理工作无从谈起；没有护士的整体护理工作，医师的诊断治疗无法落实。

3. 相对独立型　现代整体护理模式，要求护士对患者进行评估，做出护理诊断，制订护理计划，实施护理措施，而绝非单纯地执行医嘱。为保持护理工作的连续性，责任护士有权开出护嘱，让协作护士遵照执行。协作护士有权对责任护士制订的护理计划和护嘱提出修改意见。在这种模式中，护士在执行医嘱及完成整体护理活动中，具有相对独立性，就护理活动而言占有主导地位。而医师的主导地位主要表现在诊断和治疗中。

因此，随着医学技术的发展和护理教育水平的提高，对护理工作提出了越来越高的要求，具有了医疗卫生实践活动中其他任何学科无法替代的价值。在这种背景下，医护人员的密切配合显得更加重要，这就需要医护之间遵守以下道德要求：

其一，相互支持，合作互补。医生的正确诊断仅仅是患者疾病治疗和康复一个方面，一个完整的医疗过程还离不开护理人员的支持，尤其对于住院患者来说，护理工作显得更为重要。特别是在观察病情变化、拟订和实施护理计划、搜集整理医疗文件、解除患者心理痛苦等方面，护士都发挥着十分重要的作用。因此，医护间的相互支持是医疗工作的基础，医师制订的医疗方案为护理工作提供了依据，护士认真、负责、仔细的观察，为医生正确做出诊断提供了参考，只有二者的相互支持和互补，才能确保诊疗工作的顺利进行。

其二，主动协作，互相监督。由于一个医师可能分管多个患者，偶然会出现给某床患者开的处方却写了其他患者名字的情况，这时发药的护士只要严格核对，就会发现姓名与床号不符。严格查对，多几种识别确认患者的方法，就能有效避免抽错血、派错药的现象发生。在患者病情突然发生变化时，需要医护人员密切配合，抓住时机，积极抢救。护士可以根据观察和了解，对诊治工作提出合理意见，主动协助医生工作，认真执行医嘱。医生在制订治疗计划时，应考虑到护理工作，重视护士所提供的患者的情况，使医疗与护理相互渗透，推动医学科学的发展。

（三）医师与医（药）技术人员之间关系的道德要求

医（药）技术人员包括药学技术人员、医技人员。其中，药学技术人员是指依法经过资格认定，在医疗机构从事药学工作的药师及技术人员。医技人员是指医疗机构中除医师、护士、药学技术人员之外从事其他技术服务的卫生专业技术人员。

1. 正确评价，相互尊重　在传统观念中，人们常常把医（药）技科室错误地认为是临床科室的附属，不重视他们的工作。随着医（药）学新技术的发展，医（药）技科室在诊治疾病过程中发挥着越来

越重要的作用，如：检验标本的采集直接关系着检验结果的基本要素，如果标本采集不合格，即使最好的仪器设备也难以弥补在采集标本时引入的误差和错误。但是，由于部分医师不懂得一些采集标本的常识，常导致标本留取失败或者检验结果不符等。除了合格的标本、准确的操作外，临床用药等治疗措施也会影响检验结果。这就需要检验人员应与临床医师定期交流，交换意见，检验人员可将其建议和涉及本专业的问题进行深入阐述，提出自己的看法，医师也需要了解医（药）技科室的工作内容、特点、规律和要求，端正认识，尊重医（药）技人员的劳动。

2. 互相支持，共同提高 为保证患者得到正确的诊断和及时的治疗，医（药）技科室人员必须具备为临床提供优质服务的思想，为临床诊治提供及时、准确的依据。医师也要及时主动学习新的医疗技术，促进医（药）技与临床更好地结合，提高疾病的诊治水平。如：医师可以向检验人员学习检验知识，熟悉影响检验结果的潜在因素，以确保检验结果的准确性等。只有这样，才能保证高质量的血液标本，这些是任何先进仪器所不能替代的。

3. 彼此监督，技术适宜 在临床中，诊疗技术并非越高精尖越好，关键在于所选技术与患者的病情是否适宜。任何一项新技术都是双刃剑，如ICU大量高技术监护设备的应用，使部分护理人员放松了刻苦钻研业务，过分依赖仪器。虽然患者的安全性得到了一定的提高，但导致了医护人员形成依赖心理，在高技术监护设备的使用上是否坚持了最优化原则，是否考虑了适应证和患者的费用？大量监护设备的应用，使监护人员很容易通过计算机终端遥控监测，收到大量关于患者的生理指标数据信息，而不直接接触患者，这样导致医患关系冷漠。因此，医护人员与医技人员应加强沟通和监督，共同维护患者的最佳利益。

三、协调好医际关系的意义

正确处理医际关系，不仅是当代医学发展的客观需要，也有利于发挥医疗卫生保健机构的整体效应，有利于医务人员成才和建立良好的医患关系。

（一）当代医学发展的客观需要

在当代医学高度分化与高度综合的背景下，任何人不可能精通所有专业的知识。为了适应这种状况，一方面医务人员要尽力“以博促专”，在努力扩大自己知识背景下发展专业知识，同时加强专业间的学术交流；另一方面不同专业的医务人员之间必须加强协作和互相配合。否则，就可能会影响正常诊疗活动的进行和医疗质量的提高。这种协作和配合除依靠医疗卫生保健的规章制度外，主要还是靠医务人员的自觉和建立在共同医学道德基础上的良好医疗人际关系。

（二）有利于医疗卫生保健机构整体效应的发挥

医疗卫生保健机构作为一个有机整体，其功能的发挥与每一个医务人员的积极性、主动性和创造性，以及心情状况、工作兴趣等密切相关，只有在和谐的人际关系状态下，其功能才能得以充分发挥。和谐的人际关系能够使每个人的潜力得以充分展现，使群体产生一种超乎个体能力简单相加的集体力。因此，要发挥医疗卫生保健单位的整体效应，提高其各项工作效益，正确处理医务人员之间的关系是至关重要的。

（三）有利于医务人员的成长

医学人才的成长依赖于社会的宏观条件和单位的微观条件以及个人的主观条件。在社会的宏观和单位的微观条件中，人际关系是很重要的，尤其是单位内的医务人员之间的关系是医学人才成长的重要环境。国内外大量的事实表明，医务人员之间良好的关系是自己在同行中保持主动和获得信任、支持、帮助的前提，它有助于事业的进步、心理健康和才能的发挥。因此，在一个整体中，不仅每个医务人员都应经常反省自己的人际关系，而且从组织上也要加强协调并促进人才流动，使医务人员能够健康成长。

（四）有利于和谐医患关系的构建

在医疗卫生保健实践过程中，医务人员之间的相互联系和交往是以患者为中心进行的。医务人

员之间的相互支持和密切协作，有利于患者疾病的诊治和康复，因此也有助于医患之间和谐关系的建立。相反，医务人员之间发生矛盾，出现冲突，彼此之间的联系会发生障碍，行动不能很好协调，那么正常的医疗卫生保健活动将受到影响，甚至难以进行。其结果是危及患者的利益，引起医患之间的矛盾或纠纷，从而恶化医患关系。所以，良好的医务人员关系有助于医患关系的融洽，促进医患关系的和谐。

思考题

1. 医师为什么不应按照处理一般人际关系的方法处理医患关系？
2. 试从权利与义务的视角分析医患之间的利益冲突并举例分析。
3. 试举例说明医务人员之间关系的处理对医患关系的影响。

（刘俊荣）

NOTE

第六章　健康与公共卫生伦理

【导入案例 6-1】 健康既是一项权利又是一项责任

健康与公共卫生伦理是探讨与促进群体与个体健康、预防疾病发生和传播相关的道德要求与伦理规范。主要关注群体层次的伦理学问题，特别是政府、公共卫生机构及其成员、医疗机构及其成员、公民的义务和责任等问题。

第一节　健 康 伦 理

一、健康与健康观

人们对健康（health）的理解与认识在不同时期有不同的含义，也就形成了不同的健康观念。

（一）古代朴素的健康观

早在 2000 年前，中国传统医学对健康就有着深刻的认识。《素问•生气通天论》指出“阴平阳秘，精神乃治；阴阳离决，精气乃绝”“正气存内，邪不可干”“邪之所凑，其气必虚”，《灵枢•口问》写有“邪之所在，皆为不足”。古人用阴阳、正邪来解释人体健康问题，强调人体内部、机体与心理、人与自然的和谐统一。战国医学家曾以内因“七情”、外因“六淫”来概括健康与疾病，躯体与精神，内外环境的辩证关系。

古希腊医生希波克拉底创立了“四体液”学说，认为人体存在血液、黏液、黄胆汁和黑胆汁，当四体液比例适当、处于平衡状态时“则健康存焉，反之健康则损”。古罗马医师盖仑用形而上的思辨方法研究医学，指出健康是构成生命体元素之间的比例平衡状态。其创立的“三灵气”学说——自然灵气、生命灵气和理性灵气，是西方医学思想史上第一次用整体观念阐述的生命模式本体论。

由此可见，古代多把健康理解为一种平衡、协调状态，要么理解为机体内环境的完整统一，要么理解为机体与外界环境的和谐、平衡。这种健康观是一种朴素的唯物主义观点。

（二）近代生物医学健康观

文艺复兴之后，随着现代科学的发展，西方对健康的概念化开始受到人体机械论模型的影响，聚焦于躯体的完整性。医学科学的发展为很多疾病找到了有效的治疗方式。因此，没有疾病，即没有躯体和精神疾病的症状，成为健康的常识性定义。19 世纪中叶“细胞学说”确立之后，人们认为“健康就是生物学上的适应，机体处于内稳态状态”。进入 20 世纪以来，随着医学的空前发展和科技的巨大进步，对许多疾病的成因、机制相继发现和阐明，对疾病的防治和对健康的认识有了很大提高。按照贝克尔（Becker）的观点，健康是“一个有机体或有机体的部分处于安宁的状态，它的特征是机体有正常的功能，以及没有疾病”。

但诚如查尔斯•罗森伯格（Charles Rosenberg）所注意到，“从某种意义上讲，在我们感知、命名和应对疾病，以承认它的存在之前，疾病并不存在”。疾病实体因其文化情境性而具有一定的不确定性，并非简单的生物学事件。从这个意义上来讲，单用有无疾病来定义是否健康，也是片面而不完整的。

（三）现代整体健康观

20 世纪，精神的维度被纳入健康的考量。美国学者鲍尔（Bauer）提出了“健康是人的身体、心情和精神方面的自感良好，活力充沛的一种状态”。同时，社会医学以多种方式取得发展，挑战了逐渐

主导现代医学实践的生物医学范式。受社会医学影响颇深的著名医学社会史学家亨利·西格里斯特（Henry Sigerist）曾对健康发表这样的看法：健康不仅仅是没有疾病，而且是对生活具有正面、快乐的态度，并且欣然接受生活所赋予每个人的责任。只有身体和精神处于平衡，对躯体和社会环境具有更好的适应性，才可称之为健康人。

正是在这样的语境之下，世界卫生组织（WHO）1948 年在《组织法》中提出“健康不仅为疾病或羸弱之消除，而系体格、精神与社会之完全状态”。1978 年国际初级卫生保健会议签署的《阿拉木图宣言》中重申了这一定义，并强调“健康是一项基本人权，达到尽可能高的健康水平是世界范围的一项最重要的社会目标，而这一目标的实现需要卫生部门及其他多种社会及经济部门的共同行动”。

尽管世界卫生组织提出的健康定义受到人们的广泛赞同，但也有学者对三维度健康感到不足，梅尔比（F.Mellbye）和阿瓦迪（Abdul Rahman Al Awadi）等代表在世界卫生组织的专家委员会上提出，现有的概念忽略了行为决定因素对健康的影响，比如吸毒、酗酒，因此应当加入道德健康的维度。不过这一建议并未被正式采纳。世界卫生组织对健康的定义也至今未被修改。

二、健康伦理的基本内容

（一）健康权利

健康权是公民的一项重要的基本权利，也是公民享受其他权利的前提。

首先，作为人权的健康权。1946 年通过的《世界卫生组织宪章》承认健康为基本人权。此后，《世界人权宣言》等越来越多的国际宣言和国际条约明确规定健康权，而且肯定了健康权作为人权的性质。健康权作为人权，意味着毫无例外地向所有人提供健康方面的保障，不论其购买能力、职业地位、宗教信仰、社会等级、性别、是否残疾以及任何其他可能引起歧视的因素。

其次，作为基本权利的健康权。将健康权纳入宪法之中作为基本权利，有助于避免健康权受到国家公权力的侵害，有益于确保国家承担保障公民健康权的义务。1925 年的智利宪法明确提及健康权。我国《宪法》第 21 条规定，国家通过发展医疗卫生事业、现代医药和传统医药以及发展体育事业，保护人民的健康；第 26 条第 1 款规定国家应维护健康的环境等。

第三，作为民事权利的健康权。很多国家都将健康权写进本国民法典，这一立法现象本身就向世人昭示了健康权应当属于民法保护下的民事权利。例如《德国民法典》第 823 条第 1 项规定：“因故意或过失，不法侵害他人的生命、身体、健康、所有权或其他权利的，对所生的损害应负赔偿责任。”我国《民法通则》第 98 条中明确规定：“公民享有生命健康权。”

（二）健康责任

健康既是一项权利又是一项责任，包括：

1. 健康的个人责任　个人的健康责任意味着选择一个健康的生活方式，意味着在个人能够合理控制的范围内减少健康风险因素。当个体患病时，应充分认识到患病是不符合社会需求的一种状态，并尽可能地寻求和利用医疗服务，把康复作为己任。正如萨斯（T.Szasz）所言：“在医学领域，作为公民的每一位患者在生活方式、生活质量和生活目的方面负有更大责任。”

2. 健康的社会责任　社会责任是公民超越于利己行为之外的职责行为或者利他行为。就健康而言，公民的社会责任主要体现在以下几个方面。首先，积极参加与人群健康有关的社会公共活动。比如，植树造林的环保活动、戒烟的宣传教育、AIDS 防治等。其次，不做危害他人健康行为的举动，不侵犯他人的健康权益。比如，不在公共场所抽烟，不乱丢垃圾，不随地吐痰等。

3. 健康的政府责任　19 世纪后半叶，伴随着欧洲工业化进程，卫生服务的提供开始成为国家政府的基本职责。首先，政府应该把增进人民健康作为卫生工作的首要目标。其次，政府要协调各个部门，把卫生工作的目标、内容和任务变成各自目标、内容和任务的一部分，各尽其责。第三，政府应当制定公正合理的卫生法律法规及各项规章制度，保证各项卫生事业有法可依。第四，政府应组织实施健康教育，促进公民建立良好的生活习惯。

（三）健康公正

在古希腊的德性伦理学中，公正是最重要的德性，是一切德性的总汇。公正范畴应用于医学领域，就是所谓健康公正，其哲学基础在于生命面前人人平等。

首先，健康公正的关键是卫生资源分配的公正。卫生资源分配包括宏观分配和微观分配。宏观分配公正是指整个国民收入的多少比例用于医药卫生领域才算公正，这些用于卫生领域的资源在各个具体项目上又应该如何再次分配才算公正。微观分配是指医务人员如何和根据什么在患者之间分配可得到的各种医药资源和服务，尤其是稀缺的医药资源和昂贵的服务。

其次，健康公正的出发点和落脚点是结果公正。WHO 和瑞典国际发展合作署（Swedish International Development Cooperation Agency，SIDA）在《健康与卫生服务的公平性》中指出，健康公正意味着生存机会的分配应以需要为导向，意味着社会成员共享社会进步的成果。卫生保健要努力降低社会人群在健康和卫生服务利用方面存在的不公正的和不应有的社会差距，消除不同的社会群体之间的系统性差异，以结果公正促进健康的实质性公正。

第三，健康公正的核心是关注弱势群体的健康。当前健康不公的表现形式是多种多样的，但遭到不公正对待的主要是社会弱势群体。因此，健康公正的核心是关注弱势群体的健康。所有促进健康公正的政策和方案的制定都不应该忽视这一点。罗尔斯的“差异原则”特别强调这一点；世界卫生组织欧洲地区委员会的 38 个工作目标的第二条指出：“到 2020 年，通过大大提高社会弱势群体的健康水平，各成员国的各种社会经济群体之间的健康鸿沟应至少缩小 1/4。”

三、全球健康伦理

全球健康（global health）是指跨越国家和政府边界，需动用全球性力量来解决的健康问题。全球健康伦理是随着全球性公共健康问题特别是公共健康危机的不断暴发和公共健康国际合作的不断加强而关于全球健康的伦理研究，是对全球健康危机产生的社会根源、公共健康与社会正义、国家间的健康利益关系等问题进行的伦理反思。

（一）全球健康的产生与内涵

1. 全球健康的产生 全球健康的产生与兴起主要缘于三个方面。首先，全球化的发展进程及其影响使得跨越国界的健康风险剧增，某一国家或地区的健康威胁在较短时期内就会成为全球的隐患，使全球卫生领域的危害超越了国界。其次，“跨越国界”的健康问题的出现使健康的社会决定因素越来越全球化，一个国家居民的健康发展和安全不仅在于本国的社会和卫生发展状况，还取决于全球社会经济、环境及卫生发展状况，依存于其他国家健康安全状况。第三，全球范围内危害健康的因素和健康社会决定因素的全球化、复杂化和多元化，必须通过全球性的共同认知和共同行动加以解决。

2. 全球健康的内涵 全球健康将“健康”作为公共物品，以国家和不同人群健康的公平性为主要目标。美国科学院医学协会把全球健康定义为：全球健康是“超越国界的或者可能受到某些国家本身条件和遭遇影响的健康问题与重大争议，而联合行动是解决这些问题的最佳办法”。美国埃默里大学全球健康研究所主任柯普兰（Jeffrey Koplan）及其同事提出“全球健康”是“对促进世界范围内所有人健康公平性的学术、研究和实践的一种优先选择领域”。全球健康重视跨越国界的健康问题、健康决定因素及其解决途径，这些理念和行动超越了生物医学科学的范畴。

3. 健康促进 为促进全球健康，世界卫生组织于 1986 年 11 月 21 日在加拿大渥太华召开了第一届国际健康促进大会。会上首先提出了健康促进（health promotion），《渥太华宪章》认为：“健康促进是促使人们维护和改善他们自身健康的过程。”在第一届世界健康促进大会 30 年后，2016 年 11 月第九届全球健康促进大会在中国上海召开，大会以“可持续发展目标中的健康促进”为主题。

（二）全球健康伦理

1. 实现全球健康的公平性与可及性 改善全球健康公平性是全球健康伦理的核心原则。全球

健康兴起的初衷正是基于其应对全球性健康不公平的有效方式，为实现全球健康公平目标提供了新的视野和途径。世界经济发展的不均衡，带来的是不可预测的灾难和风险。全球许多地方由于缺少健康所需要的基本生活条件，使因贫致病者在世界各地大量存在，从而危害全人类的健康。全球健康伦理旨在关注全球范围健康的公平性和健康影响因素，而不仅仅是一个特定国家或地区人群的健康状况及其健康影响因素；关注健康和疾病及其决定因素的全球分布，重视全球化过程对健康的影响以及全球卫生治理性质的变化；重视超越国家和政策部门界限的相互依存关系和应对策略，促进人类健康共同均衡地提高。

2. 尊重健康认知差异，包容多元　由于各国传统文化特别是道德文化的差异，各国在关乎全球健康问题的道德标准上仍然存在明显差异。比如，世界上有些国家和民族的性观念和性道德非常开放，而有些国家和民族的性观念和性道德却相对保守；对待同性性行为，一些国家在法律上、道德上都持肯定态度，而有些国家缺乏法律认可，有些国家则认为同性性行为是不道德的。同时，随着全球化的发展，虽然世界各国的价值观在一些方面存在某种趋同的现象，但它与价值取向的多元化和多样化仍然是一对矛盾。不同的国家在包括全球健康在内的经济与社会发展的各个领域都存在不同的价值取向。因此，全球公共健康伦理应以人类健康的公共理性为基础，在包括国家在内的不同道德共同体之间展开充分的对话和交流。

四、“健康中国”战略的伦理解读

没有全民健康，就没有全面小康。在中国全面建成小康社会决胜阶段，“健康中国”战略的制定与实施，凸显了健康发展的全面性、公平性和协同性等丰富内涵，体现了中国政府在推进“健康中国”建设方面的制度伦理设计。

（一）“健康中国”战略的提出

2015 年 3 月 5 日，李克强在十二届全国人民代表大会第三次会议上所作的政府工作报告中指出：“健康是群众的基本需求，我们要不断提高医疗卫生水平，打造健康中国。”由此，“健康中国”这一概念被从政府层面首次正式提出。2016 年 8 月全国卫生与健康大会在北京举行。习近平发表了主旨为“把人民健康放在优先发展战略地位”的重要讲话。他强调：“没有全民健康，就没有全面小康”“推进健康中国建设，是中国共产党对人民的郑重承诺”“努力为人民群众提供全生命周期的卫生与健康服务”“要坚持提高医疗卫生服务质量和水平，让全体人民公平获得”，要实现涵盖“全体人民”的生命“全周期”健康。8 月 26 日，习近平主持召开中共中央政治局会议，审议通过了《“健康中国 2030”规划纲要》，至此，“健康中国”政策已经上升为一项国家战略，成为中国经济社会发展的重要内容和中华民族伟大复兴的基本保障。2017 年 10 月，习近平在十九大报告中提出“实施健康中国战略”“人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。要完善国民健康政策，为人民群众提供全方位全周期健康服务。”对健康中国战略有了更高的定位。

（二）“健康中国”战略的伦理分析

1. 彰显了健康道德的终极伦理价值　将“健康中国”上升为国家战略，从“发展医疗卫生”到“推进健康中国建设”，意味着要“以健康为中心”，这必然会大大提升“健康”的道德价值和道德地位。“医疗”和“卫生”只是保障和维护人们“健康”的一种手段而已，仅仅具有工具性和手段性的道德价值，而“健康”才是根本的目的和目标，才具有更终极性的道德价值。从元伦理的角度分析，“健康”是“目的善、自身善”。“健康中国”战略对于“健康”道德价值的这种认识，无疑超越了医疗卫生的“手段善”层次，而是提升到“内在善”“目的善”和“自身善”的高度，从而作为整个国家和全社会的一种更终极性的价值目标和价值追求。

2. 体现了国家政策的制度伦理设计　民之所望，施政所向。当前，《“健康中国 2030”规划纲要》将“健康中国”作为一项国家战略提了出来，明确维护人民健康的国家责任，是党对人民的郑重承诺，凸显了党和国家对保护国民健康的高度重视和坚定的政治决心，也切实体现了以人为本、执政为

民、“让人民群众有更多获得感”的执政理念。同时，也是中国积极参与全球健康治理、履行对联合国“2030可持续发展议程”承诺的重要举措，向国际社会承诺中国国家和政府的健康道德责任。

3. 反映了执政为民的人本伦理诉求 人人健康，人人幸福，这是百姓的期盼。《“健康中国2030”规划纲要》战略提出“人民共建共享”健康以及“倡导健康文明的生活方式”，正好契合了“人人为健康，健康为人人”的健康道德基本原则。“健康中国”聚焦的是每一生命个体的健康需求和健康利益。在全民视域覆盖下的“健康中国”，以人民群众健康需求为导向，以提高健康水平为目标，以公平、公正为制度设计，强调全社会人人参与，人人尽责，加强对与健康有关的重大的和长远的问题的有效干预，从而实现个人健康利益的最大化。

第二节 公共卫生伦理

一、公共卫生的伦理价值

（一）维护健康环境

1988年，美国医学研究所在其研究报告《公共卫生的未来》中提出公共卫生（public health）的定义，即“通过保障人人健康的环境来满足社会的利益”。公共卫生的产生即在于对健康环境的关注。1853年，英国3个城市死于霍乱的就高达10 675人。1854年，伦敦一条街附近曾经出现两周内死500多人的悲剧。公共卫生产业出现之前，人们对此只能消极地躲避和无奈地接受。等到公共卫生及其传染病控制、检疫、免疫接种、安全用水和污物处理等技术的出现，城市才首次在历史上成为比农村更健康的居住地，发达国家工业革命后的人口城市化才变成现实。今天，在经济全球化的背景下，人员交流频繁，发达的交通可以在24小时之内将疾病带到世界的任何人口密集地，使传染病的快速流行成为现实。维护全球健康环境更是公共卫生事业刻不容缓的责任。

（二）保障全民健康

2001年出版的《哥伦比亚百科全书》将公共卫生界定为：“公共卫生是由政府机构提供的，旨在预防疾病，提高公民身体健康的医药保健领域的公共服务。”从对公共卫生的定义中可以归纳出，公共卫生服务的最终目标是保障全体公民的健康，特别是延长期望寿命。相关研究证明，公共卫生在20世纪为各国人民的延年益寿作出了举足轻重的贡献。以美国为例，1900年以来，美国人的平均寿命增加了30年。这30年中，25年归功于公共卫生，5年是医疗卫生服务的功劳。而医疗卫生增加的5年寿命，3.7年是治疗改善的结果，1.5年是临床预防服务（如预防接种和筛选检查）的功劳。归功于公共卫生的25年是通过社会政策、社区努力、个人选择的预防活动（减少婴幼儿的传染病和成人的慢性病）来达到的。

（三）促进健康公平

根据公共产品理论，公共卫生属于公共产品范畴。公共卫生的实质在于它的“公共性”，由此决定了居民享有公共卫生服务的“公平性”是其重要的核心价值。2008年，世界卫生组织发布报告《用一代人时间弥合差距：针对健康的社会决定因素采取行动以实现健康公平》，指出健康不公平深受政治、社会和经济因素影响。如，人均期望寿命在不同国家之间存在较大差异。在一国之内，不同的社会地位也会在很大程度上影响人们的健康状况。这些健康不公平现象与人们所处的社会环境和医疗制度密不可分，社会环境又深受政治、经济等因素影响。由此，报告结尾明确声明“缓解健康不公平现象是当务之急和一项道德义务”。具体而言，是要通过制定和实施有利于人民健康的基本公共卫生服务政策，使有限的卫生资源得到充分利用，促进人类健康发展，保障人类健康安全，缩小健康差距，消除健康贫穷。

二、公共卫生实践中的伦理难题

公共卫生伦理面临一系列道德难题，如个人权利与公共善的冲突、平等主义正义观与自由主义

正义观的冲突、家长主义干预与个人自主的冲突、国家利益与全球公共健康利益的冲突、稀缺资源分配中公平与效率的冲突等。其实，最为激烈的道德难题表现在两个方面。

（一）个人权利与公共善的冲突

在公共卫生领域，个人权利与公共善的冲突是普遍存在的。譬如，强制隔离与个人自由的冲突、公开健康信息与保护个人隐私的冲突、强制免疫与个人健康的冲突、强制检测与个人自主的冲突、等等。大多数研究者认为，从公共卫生的视角来看，限制个人权利以维护公共卫生是可以得到伦理辩护的。南希·卡斯（Nancy E. Kass）指出，“公共卫生的目标是改善群体的健康，为了达到这个目标，通常采用社会取向的策略，而不是个人取向的行动”。也就是说，在公共卫生实践中，往往坚持公共善对个人权利的优先性，要求个人权利服从公共善。为了维护公共卫生而采取强制措施乃至限制个人权利是不可避免的，也是可以得到伦理辩护的。乔纳森·曼恩（Jonathan Mann）和他的同事则认为，“公共卫生和人权不可分割地联系在一起：违反人权将对公共卫生产生不利影响；强制性的公共卫生政策违反了人权，人权和公共卫生应相互促进”。新社群主义在这个问题上提出了第三种观点：“个人权利与社会责任、自由与公共善具有同等的地位，任何一个都不应该假定优先于另一个。”但是，曼恩等人只看到了人权和公共卫生相互促进的一面，而忽视了两者相互冲突的另一面。由于公共卫生是保护和促进健康的社会方法，公共卫生干预就不可避免地要限制个人权利。而新社群主义的均衡论，在面对个人权利与公共善的冲突时则会陷入无法抉择的困境。

（二）平等主义正义观与自由主义正义观的冲突

平等主义正义观认为，每一个公民都应该平等地享有各项社会经济权利；人与人之间的某些基本的平等具有超越他们之间差异的优先权。从平等主义的正义观出发，社会应该为每一个社会成员提供平等的健康保障。为此，对社会弱势群体必须给予特殊的关注，社会作为一个整体对弱势群体的健康应承担更多的责任。即使社会弱势群体获利多、负担少也是公平的。自由主义正义观认为，应该根据个人的贡献和价值来分配各项社会权益，即使这种分配会导致人与人之间的差距，那也是公平的。自由主义的正义观强调利益与负担的公平分配，每个人都应根据自己的负担分配相应的利益。平等主义的正义观以社会为取向，强调健康结果的平等和健康的社会责任，致力于缩小不同人群之间的健康差距，力求使每个社会成员都能得到基本的健康资源和必要的健康条件。而自由主义的正义观以个人为取向，强调健康机会的平等和健康的个人责任，致力于利益和负担的公平分配，积极捍卫个人的社会经济权利。

三、公共卫生的伦理原则

（一）效用原则

效用或称效果，是指人的一个特定行动带给人类的后果，包括“正效用”和“负效用”两方面。采取某种公共卫生政策，其效用的判断是衡量该政策给目标人群或全社会成员带来促进健康、预防疾病和伤害的好处，以及可能给相关人员带来的风险、负担及其他权利和利益方面的负面影响。因此效用原则是指全面评价行动的正面与负面后果，分析所谓的风险 - 受益比，以其比值的高低评价某个公共卫生行动的效用。这种分析对于是否实施某个方案或有可供选择的多种方案时尤其重要。

一项公共卫生行动，有时候不可避免地会牺牲某些个体的某些权益。恰当的公共卫生行动，一定是社会净受益的最大化。此时并不是简单地对个人利益和负担进行加减。例如对传染病患者的隔离，肯定会使当事人的某些权益受限制甚至受到损害，但社会整体却从中受益。不过效用原则也要求在能够得到最大可能的受益的同时，实现最小可能的伤害，从另一方面扩大行动的净受益。换言之，不应为获得最大的健康受益的结果而任意、没有必要地伤害特定个体的利益。只有在损害特定对象利益不可避免时，并采取措施使必要的损害最小化、整个人群的受益最大化，此时效用原则才能获得伦理学辩护。例如被隔离的传染病患者应得到充分的生活方便和医学照顾，有时还必须给予经济补偿。

在有多种公共卫生行动选项时，效用原则是左右决定的关键性准则。如果某个行动选项符合所有其他伦理原则，但效用较差，就应该放弃。效用原则第一位是公共卫生伦理学的一个特点。

（二）公正原则

为了约束效用原则的负面效应，还应坚持公正原则，以纠正追求效用最大化行动所导致的不公正现象。公正原则要求：在同一个社会，所有成员都有均等的机会获得相同的公共卫生资源，或者是按照某种相对公平次序分配资源。该原则主要是针对由于经济、阶层、种族、文化、宗教信仰等社会因素，所造成的资源、风险、负担、受益等分配不公正的社会现实。

公正原则一般包括以下几个方面的内容：

1. 分配公正 即在所有社会成员之间公平、公正地分配资源、受益和负担。包括形式公正和实质公正两个方面。形式公正即一视同仁，是一种形式上的平等。例如当甲流疫苗生产出来后，所有社会成员均应有机会接种。疫苗的生产者、分配者、销售者不应因有直接接触机会获得优先接种的权力。实质公正则规定了可用来作为分配资源、受益和负担所依据的标准。例如为了整个社会在甲流流行期能获得良好的医疗服务，医务人员在疫苗有限时接种次序优先；当疫苗充足时，医务人员接种时间优先。

2. 程序公正 即确保所实施的公共卫生行动过程的公正性。实现程序公正的基本要求主要有：公共卫生信息保持公开与透明，公共卫生行动政策与决策公开，每一个利益攸关方与公众有机会参与等。程序公正可以保证公共卫生行动代表不同群体的利益，而且能够反映少数人的观点和利益诉求。

3. 回报公正 即对于在公共卫生行动中作出了贡献的人，社会应予以适当的回报；反之，导致公众健康严重损害者，则应受到相应的处罚。回报公正是社会有效运转的控制机制。其方式有经济、精神或两者共用等。

（三）尊重原则

尊重原则实际上是医学伦理的最基本和最重要的伦理原则，所以同样适用于公共卫生伦理。其核心是要求尊重每一个人的自主性、自我决定权、隐私权。其要点有两个方面：一是以人为本，人本身是公共卫生活动的目的，而不能成为实现公共卫生目的的工具。二是成年人拥有自我决定和处理个人事务的权力，个人选择不应受他人操控；若遇到未成年人或其他特殊情况，应由法律规定的代理人代为处理。

在公共卫生伦理规范中，尊重原则是另一约束效用原则负面效应的机制。追求公共卫生行动效用最大化，有可能导致对少数人的不尊重，甚至侵犯部分个体权益。其逻辑前提是，公共卫生致力于保护公众的健康，而公众虽然是个体的集合，但公众与个体间的权益有时会有冲突。例如某些公共卫生行动，甚至不可避免地会限制个体自由，或者侵犯个体隐私权。此时，尊重原则就起“刹车”的作用，在保护个人权益与保护公众权益之间寻求一个恰当的平衡点。

总之，每一个公共卫生行动都必须在涉及的个体权益和公众权益之间进行权衡、取舍。在伦理上，允许为了公众利益在一定程度上侵犯个体权益，其前提是必须采取的公共卫生行动有效且侵犯不可避免、可允许与合理，同时尽可能确保侵犯的性质最轻、程度最小、时间最短。

（四）互助原则

互助原则是与尊重原则相对应、对公共卫生行动涉及的社会成员的原则要求。在实施公共卫生行动时，公共卫生机构和工作人员一定会多多少少地影响或侵犯个体权益。但作为社会成员的个体，则应理解公共卫生行动对个体、群体及全社会健康的重要性，以积极合作的态度参与公共卫生行动的实施。另外，当个体行为影响他人或群体健康时，应依据公共卫生知识，主动自我约束，并采取有效的预防措施，控制带给他人和社会的负面后果。互助原则强调社会成员在公共卫生工作中的主动性以及应承担的社会义务。

互助原则是个人与社会复杂关系的体现。互助原则强调个人权益的保障不能离开他所在的社会

自发地实现。每个个体来到这个世界之前，已经有一个先于他的社会存在。人不是孤立的存在，而是在一种人与人之间权利与义务的关系网络中的存在。人类社会就是以人与人之间互助合作的方式中逐渐发展成熟起来的。因此，没有相互帮助，就没有公共卫生事业。所以人不仅追求自己的公共卫生权益，还应该维护他人同样的权益。

从公共卫生活动的目的看，个人乃至群体是否健康，在一定程度上取决于社会环境，包括其他人的行为等复杂因素。现代社会的重要特点是个体、民族、国家之间的联系已经变得日益紧密。公共卫生问题的解决，必须由政府、民族、地区、社群、个体密切合作，才能真正实现。可见，公共卫生与每个人密切相关，互助原则强调了所有社会成员促进公共健康的共同责任。

第三节　疾病防控伦理

一、疾病的伦理关涉

疾病（disease）是指个体内环境稳定的破坏以及机体同外环境的失调，表现为一定层次、一定部位的结构损伤、代谢紊乱、功能障碍。

在不同时期，人们对于疾病有着不同的认知。人们开始对疾病进行思索时，初具思维能力的原始人经验地认为疾病是外部的神秘物（自然和超自然的）侵入机体，夺走了营养、灵魂等要素而产生的。这不是单纯的病理生理现象解释，而更多的是从宗教特别是巫术的角度所进行的文化理解，并认为人们“言行失当”是引起“侵入”的主因。这种解释为后来所有的伦理关涉埋下了伏笔。

受自然哲学的影响，以希波克拉底为代表的最主要的古希腊医学派别立足于从物质性、整体性上说明疾病，提出了著名的“四体液病因说”，但也强调“疾病是一种服从自然法则的过程”，在治疗原则上重视精神疗法。中国传统医学典籍《黄帝内经》中有“道德稍衰，邪气时至”的提法，将道德衰坏与身体不适，将情感、欲望与症状紧密联系在一起论述。道教生命观把道德修养与身心健康相连，强调行善去恶对于延年益寿的重要作用。在这方面，古代印度医学也与希波克拉底医学、中医学有相似之处。同样，欧洲和阿拉伯的神秘主义、魔术医学和信仰疗法一度占上风，教堂和修道院成为应对疾病和救赎的场所，祈祷、朝圣成为治疗手段。这些正是基于疾病与伦理的认识而形成的修德养性治疗的技术路线。

中世纪以来，随着生产力和科学技术的巨大进步，对于疾病的认识和理解不断加深，疾病作为一种道德隐喻，在人类发展的历程中逐渐成形。这一时期，人类经历了三次瘟疫大流行。其中以 14 世纪的黑死病最为严重。它夺去了欧洲大陆人口总数 1/4 人的生命，导致社会瘫痪。由于当时无法诊断出病因，人们相信疾病与道德人格之间有着内在的联系，将疾病视为耻辱、堕落、肮脏来躲避、驱赶。黑死病引起了全欧洲对犹太人的藐视和屠杀；希伯来人把麻风病称为“杂拉斯”，意为“灵魂不洁和不可接触”；英国人把梅毒叫“法国花柳病”，巴黎人叫“日耳曼病”，佛罗伦萨人叫“那不勒斯病”，日本人叫“支那病”，以示令人羞耻、粗俗的疾病等，成为一种道德腐化的隐喻。我国明清时期许多文学作品常将疾病与人的道德品行联系起来，称心术不正、为非作歹者最终遭到报应，报应的形式就是疾病。《阅微草堂笔记》就记录了大量将遭遇疾病与道德品性并列衡量的事例，例如认为品行不端者必病，“骂人者得喉疾而死”。在这种对疾病的认识中，文化性多于科学性，显示出鲜明的经验式判断和陈述特征，不自觉地继承了伦理解读的传统。

进入 20 世纪，对疾病的认识深入到基因层面，医疗技术高度发达，许多疾病得以治愈。但医学并没有使疾病消亡，新的疾病不断出现，关于疾病的解读也更加强调将健康、疾病与当时的伦理、文化相联系，而生物 - 心理 - 社会医学模式的转型强化了这种关联。20 世纪 70 年代，艾滋病在旧金山等地暴发，被称为“男同性恋病”，矛头直指被感染者的性取向，被认为将创造出一个终身为贱民的群体。苏珊•桑塔格（Susan Sontag）在《疾病的隐喻》中反思并批判了诸如结核病、艾滋病、癌症等如何在社会的演绎中一步步地隐喻化，从“仅仅是身体的一种病”转换成了一种道德批判。精神分析人类

NOTE

学家弗洛伊德(Sigmund Freud)认为，为了适应社会规范及道德秩序，人不得不通过社会化的痛苦过程抑制其生物本能，而个人压抑其生物本能的结果会使人类出现精神疾病。近些年来，国内关于乙肝等疾病的道德、政治歧视现象屡屡曝光，更有人论证善行与健康、恶行与疾病之间所存在的因果性。

总之，无论是在认识疾病方面，还是在医治疾病方面，都存在相关的道德评判和伦理关涉。

二、疾病管理伦理

疾病管理(disease management)属于公共卫生的范畴。在面对不同类型的疾病实施疾病管理时，医务人员的主要职责是疾病防控。为了真正实现相应的医学目标，疾病管理尤其是防控必须遵循基本的伦理要求。

(一) 慢性非传染性疾病防控伦理

慢性病(chronic disease)全称是慢性非传染性疾病，不是特指某种疾病，而是对一类起病隐匿、病程长且病情迁延不愈，缺乏确切传染性生物病因证据，病因复杂且有些尚未完全被确认的疾病的概括性总称。

1. 全面贯彻实行三级预防理念与措施 一级预防是预防慢性病发生的第一道防线。包括三个方面：一是针对个体的预防；二是针对环境的预防；三是对社会致病因素的预防。二级预防通过早期发现、早期诊断、早期治疗，可有效地延缓慢性病进程，提高患者的生活质量，减少社会损失。三级预防采取对症治疗，并辅以各种康复治疗，减少痛苦，延长生命，力求病而不残，残而不废，促进康复。

2. 强化对患者及其家属的知识教育与行为指导 慢性病患者往往将要带着疾病长期生活。因此，加强对患者及其家属的相关知识教育和健康行为指导，是公共卫生工作人员的基本职责。

3. 关注慢性病患者的心理健康，提供足够的社会支持 给予慢性病患者充分的心理和社会支持，改善其心理感受，促进其对待疾病的积极态度，提高其战胜疾病的勇气，并提供足够的社会资源，以分担患者及其家庭的生活压力。

(二) 传染病防控伦理

传染病具有传染性，能迅速在人群中散播，影响公众健康，社会危害性大，自古至今都是危害人类健康的主要杀手。随着免疫技术、抗生素、公共卫生等医学知识和技术的进步，目前人类在与传染病的斗争中取得了辉煌的成就，也总结出了传染病防控的伦理要求。

1. 严格执行隔离消毒措施和各项操作规程 隔离、消毒是传染病管理与防治工作中最重要的环节，也是公共卫生工作者与传染病斗争的重要内容。隔离是通过物理阻断的方式，防止传染病扩散。隔离对象包括：传染病患者、传染动物，疑似患者、疑似传染动物。消毒主要是采取有效措施杀灭传染病患者可能散播的细菌、病毒或其他传染源，对象包括居住的场所、日常用品、排泄物、分泌物、接触使用过的医疗器械等。与传染病患者接触的医务人员，在离开病区时必须采取消毒措施，避免将传染源带出病区。

2. 坚持预防为主的积极防疫思想 与一般疾病相比，传染病患者的治疗十分重要，同等重要的还有易感人群保护，控制其流行范围，避免社会灾难。从实际情况看，人类消灭天花是主动预防观念的胜利。通过预防接种，部分烈性传染病尤其是好发于儿童的烈性传染病得到有效的控制，明显降低了传染病的发病率。

3. 尊重传染病患者的人格和权利 在世俗观念中，传染病患者，特别是性病、艾滋病患者，往往受到不应有的歧视、排挤，有时甚至发生惨剧。医务人员应该认识到传染病患者是传染性疾病的受害者，并不能为疾病、疾病传染负责，指责、歧视、排挤是错误的做法。在工作中，公共卫生工作者应尊重传染性疾病及疑似患者的各项正当权益。

4. 遵守国家法律规定，及时收集与上报疫情 现代社会已经建立了相对完善的传染病防治体系，及时发现、隔离、治疗各种传染病患者。相关的医务人员应按照国家法律规定主动关注、通报疫情。这既是法定义务，又是最基本的公共卫生道德要求。

（三）职业病防控伦理

职业病（occupational disease）是指特定职业的劳动者，因工作原因接触到粉尘、放射性物质或其他有毒、有害物质，但因防护措施不力等而引起的疾病。

职业病防控伦理要求主要有两条：

1. 始终坚持“预防为主，防治结合”的工作理念　职业病预防重于治疗。随着知识和技术的进步，相当一部分职业病已经有了成熟的预防方法。公共卫生工作者应以《中华人民共和国职业病防治法》为指导，贯彻“预防为主，防治结合”的职业病防治方针，积极主动地进行普及职业卫生知识和技术的宣传教育，加强对特定职业劳动者的健康保护力度。

2. 始终坚持“深入一线，监督指导”的工作方式　监督指导包括两个方面：一是生产单位，二是劳动者。在职业病预防与控制工作中，公共卫生工作者只有始终坚持“深入一线，监督指导”的工作方式，才能取得真实的效果。从相关劳动场所的设计审查、竣工验收，到开工后的经常性监督检查；从对相关劳动者进行培训与职业病预防行为指导、及时开展体检，到发现职业病问题后及时报告与进行治疗，都需要第一手资料并亲临一线。

在工作中，公共卫生工作者还应针对社会发展中新出现的职业病问题开展科学研究工作，以提高对职业病未知领域的认识，促进职业病预防与控制工作与时俱进。

（四）地方病防控伦理

地方病又称水土病，是由水源、土质原因引起的具有地域局限的疾病。其特点是发生在某一特定地区，同特定自然环境密切相关，在一定地区内长期流行，且有一定数量的患者表现出共同的病征。在中国分布广泛的地方病有克山病、大骨节病、地方性氟中毒、地方性甲状腺肿、克汀病等。地方病的防控必须坚持相应的伦理要求。

1. 吃苦耐劳的工作精神　地方病多发生在经济不发达、交通不便、生活条件差、卫生保健条件落后的地区。在开展地方病的预防保健与疾病控制工作中，公共卫生工作者要能够吃苦耐劳，主动深入到条件艰苦的地区，坚持在一线发现问题，进行现场指导并解决问题。

2. 强化知识教育、技术指导和行为训练　地方病的预防与控制，需要生活在特定地区的每一个社会成员都了解地方病的预防与控制知识，熟练掌握相应的预防与控制技术，采取恰当的行为方式以避免疾病的发生。因此，公共卫生工作者应广泛开展认真细致的教育与训练工作，检查受教育者的行为表现，核实教育效果。教育工作不能走形式，要落实到每一个居民的具体生活之中。

3. 加强公共卫生体制与制度建设　在地方病流行地区，加强当地的公共卫生体制建设，才能将地方病的预防与控制转为经常性的工作。除了建立专门的地方病预防与控制体系之外，通过已有的社会体制实施公共卫生活动也十分重要。例如依托已有的教育体系，强化知识教育和技术培训；依托已有的行政体系，强化预防与控制措施的落实；依托已有的卫生医疗体系，强化地方病的监测与治疗等。

思 考 题

1. 简述健康伦理的基本内容。
2. 试析健康中国建设的伦理意蕴。
3. 对比分析公共卫生伦理与生命伦理的原则差异。

（常运立）

NOTE

第七章　临床常规诊治伦理

【导入案例 7-1】 治疗的最优化准则

诊治是临床医学的主要内容和表现形式。在临床实践工作中，医务人员的道德境界直接关系到能否正确诊断和恰当及时地诊治。临床医学伦理（clinical medical ethics）是医务人员在诊断、治疗、康复等过程中应遵循的道德准则，是医学伦理学的原则、规范等在临床实践中的具体应用，是衡量医务人员道德水平的重要尺度。临床医学伦理有利于医务人员最大限度地发挥诊疗技术，转变服务理念，适应新的医学模式的需求，避免或减少医疗纠纷，改善医患关系，构建和谐社会。

第一节　诊 断 伦 理

一、诊断的伦理准则

疾病的诊断是医生通过采集病史、体格检查以及各种辅助检查措施等方式收集患者的病情资料，然后将资料进行整理、分析和归纳，从而做出概括性判断的过程。在临床诊疗中要同时遵循及时、准确准则。

（一）及时准则

及时准则就是要求医务人员力争尽早、尽快地对疾病做出分析判断。早确诊才能早治疗，才能取得事半功倍的效果。例如，对于乳腺癌要早发现早根除，对于甲型 H1N1 流感及早诊治可以大大降低死亡率，对于心理卫生疾病如儿童心理障碍也应早诊断早治疗。再例如，肾脏血流异常丰富，脆性大，外力强度稍大即可造成肾的损伤，故肾损伤往往是严重多发性损伤的一部分，及时诊断并妥善处理是肾损伤救治成功的重要基础。

（二）准确准则

准确准则，就是要求医务人员积极充分地利用现实条件，严肃认真地做出符合病情实际的判断。准确诊断包含如下三方面的要求：

1. 树立科学的诊断目的　准确准则是对医务人员在诊断方面即认识疾病正确程度方面的要求。这就要求必须从诊疗活动的总体上去把握和理解准确准则，即准确的诊断是手段，而不是目的。这一手段是为正确有效的治疗服务的。如果偏离了为治疗服务的目的，单纯追求诊断的精确度，就会出现患者罪也受了，钱也花了，病也查清了，治疗机会也失掉了的情况。准确准则要求医务人员从诊疗工作的总体上去理解和把握它，树立正确的诊断思想即为治疗服务的目的，而不是单纯地追求医学科研目的或其他目的。

2. 积极利用现实条件　医务人员要从询问病史、物理检查等最基本的诊断方法入手，并积极地利用其他诊断条件，尤其是要充分利用医疗适宜技术，应用循证医学的基本原则来提高诊断疾病的准确程度。在利用现代诊断条件时，既不可盲目地做“撒网式”的检查，也不可简单地囿于偏狭范围之中，而应结合患者的病情综合考虑、慎重选择。

3. 严肃认真地做出判断　对于诊断方法所得到的医学事实，医务人员要认认真真、踏踏实实、神心专一、周密细致地去分析研究，在经过去粗取精、去伪存真、认真严肃地思考后，再作诊断结论，杜绝漫不经心、敷衍了事、主观臆断的不良作风和行为。

二、问诊的伦理要求

（一）举止端庄，态度和蔼

举止端庄，态度和蔼是《医务人员医德规范及实施办法》中对医务人员提出的要求，在问诊中也应当予以遵循，体现对患者的尊重。医患信任是正确诊断的重要因素，医务人员如果衣冠不整就会失去患者的信任，而态度和蔼可以使患者产生亲切感，缓解患者紧张心理，有利于患者倾诉病情，从而获得全面可靠的病史资料。

（二）语言得当，通俗易懂

问诊语言作为观察和描述疾病状况信息的载体和桥梁，使问诊中的医患沟通和获得疾病信息成为可能。具有医学谈话性质的程序性问诊、聆听与回应问诊、差异性问诊、过渡性问诊等语言，蕴含着丰富的伦理价值判断，坚持问诊时语言得当是问诊的基本伦理要求。同时由于就诊的患者文化程度不同，他们对语言的理解能力也存在不同，因此，在与患者沟通时选择能被患者所理解的语言，也是医务人员在问诊时应尽的伦理义务。

（三）专心致志，慎言守密

孙思邈在《千金要方》中明确提出“凡大医治病，务当安神定志”，因此医务人员在问诊时要安神定志，精力集中，不能心不在焉，要紧紧围绕与判断疾病有关的情况进行交谈。另外还要为患者保守秘密，这既是伦理学上的要求，也是法律上对于患者隐私权保护的要求。为了诊治疾病，患者毫无保留地向医生倾吐自己躯体和精神方面的秘密和隐私，这是患者对医务人员的信任，因此，要求医务人员严格为患者保守秘密。

三、体格检查的伦理要求

体格检查是指医生运用自己的手、眼、耳等感觉器官和简便的诊断工具对患者的身体状况进行检查的方法。在体格检查中，临床医师应遵循以下伦理要求：

（一）全面系统，认真细致

要求医务人员在体格检查过程中按一定的顺序检查，不遗漏身体部位和内容，不放过任何疑点，尤其是对重点部位的检查。对于模棱两可的体征要反复检查或请上级医生检查，做到一丝不苟，在体检的过程中要避免主观片面、丢三落四、草率行事，以免造成漏诊和误诊。

（二）尊重患者，心正无私

医务人员在体格检查过程中，应尊重患者的人格，维护患者的自尊。医务人员要根据专业的界限依次暴露和检查一定的部位，在检查异性、畸形患者时要态度庄重，在检查敏感部位时医务人员需要用语言转移患者的注意力，男性医生在给女性患者进行妇科检查时还需要有护士或第三者在场。

（三）关心体贴，减少痛苦

在体格检查中，既要查清病情，又要尽可能地减轻患者的痛苦。体格检查要注意动作轻柔，检查手法做到准、稳、轻、快，关注患者的需求，体贴关心患者，让患者感受到温暖、舒适，减少患者的身体和精神上的痛苦。医务人员在面对畸形或者具有生理缺陷的患者时，更需要关心和体贴，要避免旁观者围观议论，注意做好患者隐私的保护。

四、辅助检查的伦理要求

辅助检查包括实验室检查和特殊检查，它是借助于化学试剂仪器设备及生物技术手段，对疾病进行检查和辅助诊断的方法。辅助检查很多时候对疾病的诊断起着关键的作用，在辅助检查中临床医生应遵循以下伦理要求：

（一）诊治需要，目的正当

根据患者的诊治需要、患者的耐受性等综合考虑确定检查项目，对诊治需要且患者又能耐受，即

使做多项检查反复检查也是无可指责的，但是简单检查能解决问题就不要做复杂而危险的检查，少数几项检查能说明问题的就不要做更多的检查。为了经济效益驱动而进行的过度检查或者是为了满足科研需要而进行与疾病无关的检查都是不道德的，相反，如果因怕麻烦、图省事，需要的检查项目不做也是一种失职的行为。

（二）知情同意，尽职尽责

医生确定了辅助检查的项目以后，一定要向患者和家属讲清楚检查的目的、意义、费用、医疗风险等，让其理解并表示同意后再进行检查，特别是一些比较复杂、费用昂贵或危险性较大的检查更应该得到患者的理解和同意。有些患者对某些检查比如腰穿、骨穿因惧怕痛苦而拒绝检查，只要这些检查是必要的，医生应尽职尽责地向患者进行解释和规劝，以便尽早确定诊断。

（三）综合分析，相互协作

为了避免辅助检查的局限性，需要将辅助检查的结果和患者的病史、体格检查的资料一起综合分析，才能做出正确的诊断，切忌片面夸大辅助检查的诊断价值。同时临床医生应当同医技人员相互协作，共同完成对患者的诊断任务。如果出现辅助检查与临床检查不一致的地方，双方应主动协商沟通，通过沟通达成共识，以便更好地作出临床诊断。

第二节 治疗伦理

一、治疗的最优化准则

疾病的治疗包括药物治疗、手术治疗、心理治疗等方法。各种治疗方法的效果都与医务人员的技术和医德水平密切关系。因此，医务人员应严格地遵守治疗中的医德要求，在治疗中应贯彻最优化准则。

（一）最优化准则的内涵

最优化准则（optimization criteria）是指在选择和实施治疗方案时，医务人员尽可能用最小代价取得最大效果，使治疗达到最佳程度。最优化原则本质上是一项技术原则，但随着技术手段的正确选择和运用，最优化准则体现出医务人员对就医者的高度负责、真诚关爱，因而也就具备了伦理学的意义。

1. 治疗方法的最佳化 最优化准则要求要求医务人员认真仔细地选择使患者受益与代价比例适当的最佳的治疗方法，使患者收益大而付出代价小。最佳的治疗方法是在一定的医学发展水平、现实条件的基础上，与其他方法相比较而言的。选择最佳的治疗方法时，就是努力降低患者所付出的代价，包括身体、心理、经济等代价。确切地说，就是选择痛苦小、副作用少、费用低、能尽快达到治疗目标的方法。因此，医务人员要依据患者所患疾病的性质、患者的意愿、医院和医务人员的自身条件、患者的经济状况和可利用的医疗卫生资源等因素进行综合考虑，确定相对最佳的治疗方法。

2. 医疗服务的最优化 最优化准则不仅要求治疗方法的最佳化，同时也要求医疗服务的最优。有一些治疗方法虽然达到了治疗的目标，但其医疗服务不是最优的，如手术未能做到稳、准、轻、快，或者护理中发生了失误，给患者增加了痛苦，虽然最终取得了最佳疗效，也不能认为是最优化的医疗。最优化准则反映出医务人员对患者全面负责、周到服务的高尚品质，是最大限度维护患者利益的有效保证。

（二）最优化准则的伦理意义

1. 体现了医学的宗旨和价值目标 全心全意为人民健康服务是医疗卫生行业的根本宗旨和价值目标，最优化准则从最佳治疗方案的选择、实施、调整、完善等决策环节对医务人员提出了总体目标和要求，通过最佳决策引导正确的诊疗实践，进而通过正确的诊疗获取最佳的疗效。最优化原则实际上已成为追求和落实医学宗旨和价值目标的指导原则。

2. 体现对患者的负责和关爱 最优化准则要求医务人员对患者的病情有深切的了解，对医学新

技术、新方法、新药物相当熟悉，有较丰富的临床经验，有良好的医风和高尚的医德。最优化准则坚持以患者为中心，最大限度地关爱患者，最大限度地维护患者的医疗保健权益，尽最大可能使每一位患者得到完美的诊疗效果。把追求疗效和避免伤害，减少痛苦和避免过度医疗有机地结合为一个统一体，指导和调控治疗的全过程，体现了对每一位患者高度负责和高度关爱的医学人道主义精神。

二、药物治疗的伦理要求

药物治疗伦理是医学伦理学原则的具体运用，是医务人员在实施药物治疗过程中应遵循的准则。医务人员进行药物治疗时应遵循的伦理要求包括以下方面：

（一）认真负责，安全有效

在临床实践中由于用药错误或不当而延误病情使病情加重甚至造成患者死亡的例子屡见不鲜。因此医务人员在用药治疗中要认真负责，使其掌握在安全有效的范围内，特别是一些效能高、安全范围窄、排泄较慢的药物，因易于过量而导致机体的严重损害，在用量上要加以严格掌握。在药物治疗中医务人员还应注意药物的近期疗效和远期疗效，同时密切关注药物的毒副作用，防止用药不当或错误，保障患者的用药安全。

（二）对症下药，因人施治

对症下药是指医务人员根据临床诊断选择相适应的药物进行治疗。为此必须首先明确疾病的诊断和药物的适应证和禁忌证，然后选择治本或者是标本兼治的药物，如果疾病诊断未明而且病情较为严重或者诊断明确，而无可供选择的标本兼治的药物可以暂时应用治标的药物，以减轻病痛和并发症。在对症下药的前提下还要求医务人员因人而异，掌握好药物的剂量，因为用药剂量与患者的年龄、体重、体质、重要脏器的功能、用药史以及对药物反应的差异性等多种因素有关。

（三）合理配伍，适时调整

由于药物的两重性，医务人员在用药时要发挥其有利的治疗作用，尽量减少和避免不良反应。单种药物能治好的疾病就不联合用药，必须联合用药或使用毒副作用大的药物要根据药理性能合理配伍，以提高抗病能力，克服和对抗一些药物的毒副作用，从而使药物发挥更大的疗效。

三、手术治疗的伦理要求

手术治疗是临床中重要的治疗方法，患者接受手术治疗，往往是处于疾病威胁情境中迫不得已的选择，因此会存在情绪上的焦虑和紧张。这些客观和主观的种种因素，决定了在选择手术诊疗时会遇到更具体的伦理问题，需要更详细的伦理指导。根据手术过程，从手术前、手术中和手术后三个阶段来讨论诊疗过程中的伦理要求。

（一）手术前的伦理要求

1. 确定手术治疗的充分性和必要性　首先，从医院和医务人员自身条件来确认手术条件的充分性。手术治疗是具有风险性的，而且手术治疗所需技术具有复杂性，对手术环境和器械方面的要求也比较严格。当患者的疾病必须进行手术治疗时，医务人员一定要确认自己的技术技能能完全胜任手术，同时要确认所在医院的手术室环境、消毒及器械等条件完全满足手术条件。其次，从患者和疾病角度来说，对于选择什么样的诊疗手段，不仅要看患者是否能康复，还要考虑是否能全面达到所需的治疗目标。医务人员在选择某一治疗方案时，必须严格掌握疾病情况和手术指征，充分考虑患者对这一创伤的接受程度；考虑患者付出各种代价后所得到的治疗效果是否满意，进行比较之后，只有当手术治疗效果最佳、代价相对最小，又是患者完全可以接受的，如此选择才符合医德要求。

2. 保证患者的知情同意权　首先，保证知情。医务人员应以患者及家属可理解的语言，实事求是地向患者及其家属认真分析并说明病情，对于选择手术和非手术治疗的原因及采用各种治疗手段可能产生的后果，以及不同治疗方案的效果和代价予以介绍。其次，征得同意。由于手术治疗本身具有风险性和创伤性，在介绍、分析有关情况的同时，要充分尊重患者或其家属的选择，保护患者的

利益，取得患者或其家属的同意。再次，签订知情同意书。在患者及其家属知情的基础上征得同意，还需要让其签订同意实施麻醉和手术的书面协议。手术前的这一工作无论从治疗程序，还是从法律、伦理上来说都是必不可少的。

3. 认真做好术前准备 首先，术前应在具有丰富经验的医务人员主持下，根据病患性质、患者具体情况制订一个安全可靠的手术方案，要充分考虑麻醉和手术中可能发生的意外，并制订出相应的对策。麻醉医师应在认真检查患者、详细了解病史和有关情况后参与手术方案的讨论，并根据手术需要和患者的具体情况选择最佳的麻醉方法，以保证手术的安全进行。其次，术前需要帮助患者做好充分准备。在手术前，医务人员要积极帮助患者在心理上、躯体上做好准备，引导患者树立对手术的信心，帮助他们摆脱不良情绪，鼓励患者以良好的心态接受和配合手术是医生的道德责任。在这一阶段，医务人员耐心、细致的工作方法，认真负责的工作态度和自信心对患者的心情有着极为重要的影响。

（二）手术中的伦理要求

1. 严密观察，处理得当 在手术中，麻醉医生要为手术患者提供无痛、安全、良好的手术（麻醉）条件，以配合手术医生完成手术治疗；还应运用自己所掌握的监测、复苏知识和技术，对患者进行认真观察。一旦观察指标出现异常，麻醉人员不应惊慌失措，而要及时冷静地进行处置，并将情况告诉手术人员，以便相互配合，排除险情，消除异常，保证手术的顺利进行。对全麻的患者在手术过程中遇到的难题应及时与家属取得联系，以取得患者家属知情，避免引起医疗纠纷。

2. 认真操作，一丝不苟 在手术中，医务人员要以严肃认真、一丝不苟和对患者生命负责的态度进行手术。这不仅是对主要手术者的医德要求，也是对所有在场手术人员及辅助人员的医德要求。手术者对手术的全过程要有全盘考虑和科学的安排，手术操作要沉着果断、有条不紊；对手术中可能发生的意外应做好思想上、技术上和客观条件上的准备，一旦手术中遇到问题，要大胆、果断、及时地处理；对于意识清醒的手术患者，医务人员还应经常给予安慰，不时告知手术进展情况；在讨论病变情况时，也应注意方式方法，避免给患者造成不良刺激。

3. 互相支持，团结协作 手术治疗的整个过程都需要医务人员相互之间的密切配合与协作。随着医学的发展，手术规模、难度的增大以及现代医疗技术的应用，这种协作的意义就显得更为重要。因此，所有参加手术的医务人员都应该把患者的生命和健康利益看得高于一切，不计较个人名利得失，把服从手术需要和保证手术的顺利进行看作自己应尽的义务，互相支持、互相协作、互相谦让、以诚相待、紧密配合、齐心协力地完成手术。

（三）手术后的伦理要求

1. 严密观察患者的病情 由于术后患者刚刚经历了机体的严重创伤，身体虚弱，病情不易稳定、变化莫测。因此，要求医生、护士共同以认真负责的态度，严密观察患者及病情的变化，遇到异常，及时处理，及时记录，尽可能减少或消除术后可能发生的意外，以防止出现各种不良后果。

2. 努力解除患者的不适 在术后，患者常常会出现疼痛和其他不适。医务人员应抱着对患者负责的态度，满腔热忱尽力加以解除。这不仅体现在采用具体的措施上，也体现在精神方面的无微不至的关怀。那种认为术后疼痛是“正常的”，对患者术后不适表现得麻木不仁、漠不关心的行为是违背医德的。

四、心理治疗的伦理要求

心理治疗（psychotherapy）是运用心理学的方法，通过语言或非语言因素，对患者进行训练、教育和治疗，用以减轻或消除身体的症状，改善心理精神状态，适应家庭、社会和工作环境。在心理治疗中，应遵循以下伦理要求：

（一）保密

1. 保护患者隐私 在心理治疗过程中，不可避免地会涉及患者的隐私，而且诊疗本身可能就是

笔记

隐私的一部分。因此，保密在临床实践中显得尤为重要。患者向心理医生倾诉的信息，特别是秘密或隐私，不能泄露，甚至对患者的父母、配偶也要保密，否则会失去患者的信任，使心理治疗难以继续进行下去。心理医生有责任保护来访患者的隐私权，但是同时也要认识到保密要求在内容和范围上受到国家法律和专业伦理规范的保护和约束。

心理医生应清楚地了解保密要求的应用有其限度，在以下情况发生时保密会受限：患者有伤害自身或伤害他人的严重危险时、患者有致命的传染性疾病等且可能危及他人时、未成年人在受到性侵犯或虐待时、患者行为违反法律时等，在这些情况下，医务人员可以在患者事先知道的情况下，转告给其家人或他人。在通常情况下，患者能理解医务人员的行为在于保护自己或他人的生命，因而是符合医德要求。

2. 医学科研需要的隐私保护　对于心理诊疗过程中涉及的内容，例如心理咨询或治疗过程进行录音、录像或演示等，心理医生只有在得到患者的书面同意时，才能进行相应的处理或应用。因研究或教学工作需要，心理医生对心理咨询或治疗的案例进行讨论，或采用案例进行教学、科研、写作等工作时，应隐去可能会辨认出患者身份的有关信息。

3. 青少年心理咨询的特殊要求　在青少年心理咨询中，除了需要向青少年来访患者解释保密的伦理要求外，也需要对其监护人进行解释和介绍，并对保密事宜作详尽清晰的说明，以确保各方对保密有同样的理解，有利于配合咨询和治疗过程的顺利开展。需要强调的是，在心理咨询和治疗过程中，很多医务人员在面临危机情况时，往往会担心自己要承担知情不报的后果，或担心社会、相关机构和患者家属给予的责难，而轻易违反保密伦理要求，失去了很多本来可以帮助来访患者成长的机会。

（二）尊重

1. 尊重患者的知情同意权　心理治疗的第一步就是征得患者对治疗的知情同意，确保患者和治疗师都充分理解将共同参与的治疗。心理医生有义务告知患者以下情况：咨询的特点、性质、预期疗程、费用、保密范围等，如果来访者在没有被充分告知的情况下做出知情同意，在法律上被视为无效同意。

2. 尊重患者的决定权　患者有权决定是否接受评估和治疗，是立即开始还是稍后进行，有权改变治疗方法或更换治疗师或者终止治疗。心理医生需要尊重来访患者的性别、民族、国籍、宗教信仰、价值观、性取向等。对于与自己有着不同的社会文化背景和价值观念的来访者，心理医生必须充分认识、接受和尊重他们的社会文化、经济背景和价值取向，避免把自己的价值观和看法强加给来访者；同时心理医生不应以自己的社会文化和经济背景为基础，在制订治疗方案时先入为主，影响和干扰或者试图改变来访者的自主选择；当治疗师不能接受来访患者的个人文化和价值观念时，必须将患者转诊，以免耽误治疗时机、影响治疗效果。

（三）科学

1. 运用心理治疗的知识和技巧开导患者　对于任何一个来访患者，心理咨询与治疗者都必须采用规范、恰当、系统的程序和方法，并严格按照这些程序和方法开展工作。只有这样，才能通过规范作业来避免出现临床伦理问题。只有掌握了心理治疗的知识，才能在与患者的交谈中了解心理疾病的发生、发展机制，从而做出正确的诊断。只有掌握了心理治疗的技巧，才能在诊断的基础上，有针对性地进行相应治疗，并取得较好的效果。

2. 以专业的态度处理与咨询者或患者的关系　心理医生不得与来访患者发生任何形式的亲密关系。如果建立的专业关系超越了专业界限，应立即终止专业关系并采取适当措施，例如寻求同行的建议。

3. 关注患者的同时更应关注自我保健　心理咨询和治疗是一种情绪劳动，个人内在环境很容易受到来访者的情绪感染和干扰。当意识到个人的生理或心理可能受到了来访者的影响并对来访患者造成伤害时，应寻求其他专业人员的帮助，警惕自己的问题对服务对象造成负面影响的可能性；必要时应限制、中断或终止临床专业服务。

（四）真诚

1. 对心理咨询和治疗本身的真诚 在工作中，需要介绍自己情况时，心理医生应实事求是地说明自己的专业资历、学位、专业资格证书等情况，在需要进行广告宣传或描述其服务内容时，应以确切的方式表述其专业资格，不得以虚假、误导、欺瞒的方式对自己或自己的工作部门进行宣传，更不能进行诈骗。心理医生认为自己已不适合对某个寻求专业服务者进行工作时，应向对方明确说明，并本着为对方负责的态度将其转介给另一位合适的心理医生。

2. 对患者的真诚 当来访的患者需要诉说自己最隐私的事情、最痛苦的心情时，心理医生真诚的态度是打开沟通之门的钥匙。医务人员要有深厚的同情心，理解患者的痛苦，耐心听取患者倾诉苦恼的来龙去脉，在此基础上帮助患者找出症结所在，并通过耐心地解释、支持和鼓励，甚至做出保证，使患者改变原来的态度和看法，逐渐接受现实和摆脱困境，培养新的适应能力，从而达到帮助患者治疗的目的。

第三节 康 复 伦 理

康复伦理（rehabilitation ethics）是运用医学伦理学的理论和方法，研究和解决康复医学实践中的道德问题，是伦理学的理论、观点与康复医学实践相结合的产物。康复治疗是康复医学实践中的重要内容，它通过物理疗法、言语矫治、心理治疗等功能恢复训练的方法和康复工程等代偿或重建的技术，使残疾人的功能复原到最大限度，提高其生活质量。

一、康复治疗工作的特点

（一）患者病程长、康复慢

康复服务的对象功能障碍一般存在时间较长，有的甚至是终身存在。因此医护人员不但要重视早期康复，而且要防范继发性残疾或者其他并发症的形成。在这一过程中，应注意心理康复很重要。大多数残疾者会有一种“自己是无用人”的自卑心理，有的需要长期卧床，有的交流存在困难，只有唤起他们的康复信心，树立新的生活目标和力所能及的愿望，康复治疗才能产生满意的效果。

功能康复是根本。康复是最终目的，在残疾允许的范围内让残疾者逐步锻炼成为不依靠医护人员或家属的独立生活者。因此在康复过程中要帮助残疾者掌握必要的康复知识和技术，促进肢体和器官功能的康复，提高残疾后适应工作和生活的能力。

（二）康复治疗需要团队合作

由于康复需要关注患者的躯体功能、情感以及心理状况，因此康复的治疗往往是以团队的形式去帮助患者。团队的每一个成员都有其专职的职责和治疗内容，这其中也存在互相覆盖的部分。康复方案通常由康复医师主导，在与相关临床医学科研人员共同协作的情况下进行制订和实施，并在治疗实施的过程中根据病、伤、残者情况的变化及时进行小结，调整治疗方案，直到治疗结束时为止。

（三）家庭成员的参与对患者康复十分重要

在康复医学方面，很多患者的残疾是可预防的，不同原因的残疾，有不同的预防措施，康复专业人员应该在尊重个人权利和责任的基础上提出一些预防措施建议。在康复过程中，要充分发挥家庭成员的积极性和参与意识，这对于患者功能障碍的恢复具有极其重要的意义。

二、康复治疗的伦理要求

（一）理解尊重、平等相待

不论是先天或后天、疾病或外伤等所致的各种残疾，都会给残疾者带来终生、甚至难以挽回的损失。他们不仅有躯体上的创伤，而且还有轻重不等的自卑、孤独、悲观失望等心理痛苦。因此，在康

复治疗中，医务人员要理解与同情他们，绝不能讥笑和伤害他们的自尊，医务人员要选择效果佳而患者乐于接受的康复方法，以建立起和谐的医患关系，并促进他们尽快康复。

（二）热情关怀、耐心帮助

残疾人行动不便，有的生活难以自理。因此，在康复治疗中，医务人员应该特别注意自身的素质、沟通方法、对患者心理感受的敏感性，要在细微之处关怀与帮助他们的生活与训练。训练前向患者讲清其目的、方法及注意事项，以利于安全保证；训练中要随时鼓励他们的点滴进步，使他们逐渐由被动状态达到主动参与治疗，以增加他们的信心与毅力，同时还要关注患者的情绪变化，改善患者的心理状态，会让患者的治疗收效更好。

（三）合作密切、加强协作

残疾人的康复，需要多学科的知识和多学科的医务人员、工程技术人员、社会工作者、特种教育工作者等人员的共同参与和努力。因此，在康复治疗中，康复科医务人员除了必须扩大自身的知识面外，还要与各种人员密切联系，加强协作，避免发生脱节，出现矛盾要及时解决，共同为达到残疾人的康复目标而尽心尽力。

（四）坚持公平、合理分配

随着人口老龄化以及慢性病患者的增多，社会的康复需求日益增加。在健康服务体系资源不足时，应坚持公平、公正原则，避免区别对待，促进康复资源的合理化分配。

思考题

1. 在临床诊断中如何贯彻及时与准确准则？
2. 简述辅助检查的伦理要求。
3. 如何理解临床治疗中最优化准则？
4. 在手术治疗中应遵循哪些伦理要求？

（尹　梅　赵德利）

NOTE

第八章　临床特殊科室、疾病和诊治伦理

【导入案例8-1】 过度医疗之殇：阴道炎过度医疗导致直肠、子宫、膀胱穿孔

临床实践中，伦理问题比较突出并常发生在某些特殊科室、特殊疾病和特殊诊疗中。这些特殊科室如急诊科、妇产科、老年病科、重症加强治疗病房等；特殊疾病如医源性疾病、药源性疾病、疼痛等；特殊诊疗如过度医疗、无效治疗与放弃治疗、防御性医疗和医学技术滥用等。研究这些临床特殊问题，选择符合伦理学原则的方式加以处理，有助于提高医疗服务质量，构建和谐医患关系。

第一节　临床特殊科室伦理

一、急诊科伦理

（一）急诊患者的特点

一般急诊患者具有以下特点：处于疾病的早期阶段，不确定因素多；危重患者在做出明确诊断前就要给予医疗干预；就诊患者常以某种症状或体征为主导，而不是以某种病为主导；病情轻重相差甚大，从伤风感冒到心搏、呼吸骤停都有可能存在；患者和家属对缓解症状和稳定病情的期望值高。

（二）急诊的伦理学问题

急诊医生所面临的道德挑战有以下几种情况：首先，患者通常患有急症或外伤，需要立即处理，少有时间收集其他信息，或与他人协商，或仔细考虑可供选择治疗方案。因而，医生需迅速采取行动。其次，由于患者心理状态剧烈变化，往往无法参与有关的医疗决策，从而不能保证他们的知情同意权。第三，由于患者就诊为突发疾病或损伤，医生并没有与患者建立起信任关系，也无从事先了解患者的病情、医疗意愿，就得进行医疗处理，有时会违背患者意愿。第四，因需与其他科室医生合作，如会诊、转科或转院，医生必须了解和遵守跨专业的行为规范。

（三）急诊医生应具备的品质和需遵守的道德原则

1. 急诊医生的美德　要在急救中发挥关键的作用，急诊医生需具备以下美德：勇敢、正义、机警、诚信和坚毅。

勇敢会使人能承担自己的责任，尽管个人会有风险或危险。因各种原因而受伤或患病患者来到急诊科室时，急诊医生冒着个人风险为患者提供治疗，需有极大的勇气。正义或公平会使急诊医生采取最优化医疗，拒绝过度医疗。机警是急诊医学最具象征性的美德。急诊医生应具备应急处理难以预料的和难以控制的患者和病情，这种应急能力就是机警。公正是急诊医生最重要的品格，急诊科会有各种不同地位和阶层的患者就诊，急诊医生一视同仁的品格就是公正。诚信是急诊医生的另一个重要美德，急诊病人对急诊医生产生信任的基础就是医生的诚信。坚毅是急诊医生在临床的混乱状况中保持镇静、灵活并胜任工作应有的心理品格。坚毅还可避免医生产生放弃、失望、麻木和职业倦怠等情绪和行为。具有坚毅品格的医生能够迎接艰难病情的挑战，并能鼓励同事形成这种品格。

2. 急诊医生的道德原则

(1) 以维护患者利益作为其主要的职业责任。

(2) 迅速、熟练地作出反应，对需要紧急医疗照护的患者无偏见或偏袒。

(3) 尊重病人的权利，努力保护患者的最佳利益，尤其是那些最脆弱的患者和由于决策能力减弱而无法做出治疗选择的患者。

(4) 如实地与患者沟通，并维护其接受治疗的知情同意权，除非患者的病情紧迫需要立即处理。

(5) 尊重患者的隐私，仅在患者同意或者在诸如需保护他人或服从法律责任的首要职责时，披露患者隐私。

(6) 同事间相处要公正诚实。当患者遇到误诊或失职的卫生保健提供者或者医疗欺骗时，医生要采取适当行动，保护患者。

二、妇产科伦理

(一) 妇产科工作的特点

1. 处理上的兼顾性　产科医生对患者的治疗或处理过程中要兼顾孕妇和胎儿两方面的情况，构成了妇产科工作的兼顾性。

2. 服务对象的差异性　妇产科的工作对象，既有患病的幼女、青年和中老年妇女，也有未合并疾病的正常孕妇。

3. 责任上的社会性　妇产科工作从单纯的疾病诊治和正常与病理产科的处理，扩展到围生期、妇女保健和优生优育等。这种责任的扩展，使得妇产科医生责任具有社会性特点。

(二) 妇产科患者的心理

1. 害羞心理　妇产科患者的疾患都与患者的生殖系统和性器官有关，与生育功能和性功能有关，常常使患者难以启齿，尤其是在男医生面前表现得更为明显。

2. 压抑心理　妇产科疾病的特点和我国传统道德观念的影响，决定了妇产科病人不愿在众人面前诉说自己的病情。由于长期忍受疾病的痛苦和折磨，又得不到他人的同情和安慰，往往造成心理上的压抑状态，并由此引起一些身心疾病。

3. 惶恐心理　妇产科患者不仅担心疾病对本身健康带来的不良影响，而且更担心对生育和后代的影响及对家庭的影响，有时甚至选择以牺牲自己的健康来避免来自社会和家庭的冷待。

4. 多变心理　妇女的内分泌和性功能的生理变化较大，尤其是青春期、更年期、生殖器官手术切除后、月经前后、妊娠和分娩时等，是妇女心理状况不稳且易产生多种不良心理情绪的时期，由此产生出多变的心理。

(三) 妇产科医生的执业伦理要求

1. 尊重患者的人格　医生必须注意尊重前来就诊患者的人格。不能强迫她们做不愿做的检查，对必须做的检查项目，要耐心解释说明道理，求得合作。力避围观，要有屏蔽，男性医生出诊妇科要有女护士在场。

2. 保护患者隐私　如所患疾病可能会损害丈夫或家人的健康，应建议患者向丈夫和家属说明。

3. 弘扬奉献精神　妇产科工作苦、脏、累特别明显。尤其是产科，产妇分娩的时间性强，随时都有婴儿降生。加之病床周转快、夜班多，医生经常不能按时休息。另外，产妇分娩时羊水、出血、大小便以及产后恶露观察等都是医生经常接触到的。就要求妇产科医生必须具有不怕苦、脏、累的奉献精神。

4. 慎重对待女性生殖器官疾病　对于生殖器官疾病的处置要持慎重态度，如需手术治疗，要严格手术指征，还要充分考虑到将来患者的性功能、生育功能等。尽量做到既祛除病痛，又保全功能；既要考虑生理指标，又要考虑心理因素和夫妻关系问题。

NOTE

三、老年病科伦理

（一）老年病的特点及面临的形势

人进入老年期后，人体组织结构进一步老化，各器官功能逐步出现障碍，身体抵抗力逐步衰弱，活动能力降低，以及协同功能丧失。老年人是青壮年人的延续，有些老年病是在青壮年时得的，而到老年期表现得更为明显。因此，尽管有些老年病不是老年人所特有的疾病，但又与青壮年时期所患疾病有不同的特点：老年病的病因往往不十分明确；病程长，恢复慢，有时突然恶化；没有明显的症状与体征，临床表现初期不易察觉，症状出现后又呈多样化；同一种疾病在不同的老年人身上差异很大；一个老年病患者往往同时患几种疾病；目前在治疗控制病情方面，还缺乏特效方法。

因此，确诊老年病不仅靠医生，还必须有护士，老年病检查要患者本人及其家属的紧密配合。在预防和特需治疗上也是如此。

（二）老年病科主要伦理问题

1. 过度医疗与最优化医疗的矛盾冲突 老年病大多数为慢性病，难以根治，常常会因治疗效果难以达到患者与家属的期望而产生矛盾。满足患者和家属的要求往往会导致过度医疗，缓解治疗又难以使患者与家属满意，这种矛盾冲突常常使医生陷入治疗两难境地。

2. 卫生资源与费用的使用问题 老年病，尤其是晚期老年病，治疗费用明显增加，一方面使卫生资源短缺的问题更加严重，更重要的是使患者及家属倍感经济压力。老年病科医疗效果与医疗费用的反差常导致发生医患纠纷。

3. 患者自主权与家属利益的矛盾 有些老年患者在病危的时候不愿或抵触辅助生命支持系统或复苏急救，而其家属要求医院继续治疗或抢救；或患者病情有望缓解或好转且患者希望得到治疗，但家属基于经济或其他则建议放弃治疗。这种情况常使医生陷入两难境地。

（三）老年病科主要伦理要求

1. 尊重患者和维护患者的合法权利 要特别注意理解和尊重老年患者，在耐心与细致地诊治和护理老年患者的同时，应格外尊重老年患者的人格与尊严，维护他们的各种合法权利。当患者正当的合法权利与家属的诉求产生矛盾时，应耐心地向家属解释、劝解，以满足患者的要求。

2. 转变理念，合理管理和治疗患者 老年病多为慢性病，其最佳的处理原则是对慢性患者的行为和饮食方式进行矫正和管理，而不只是在病情加重时才进行临床治疗。老年病医生应具备这种新理念，处理好患者管理和治疗的辩证关系，避免过度医疗。

3. 坚持有节制、可持续治疗的原则 老年人病情复杂，身患多种疾病，病情随年龄增长多呈进行性加重，科室与医务人员应努力与家属配合，处理好各种关系，给予有针对性的科学治疗与护理。尤其要处理好效果与生命质量、费用的关系。

4. 重视心理关怀 老龄患者情绪容易波动、不够稳定，容易产生多疑与缺乏康复的信心，常常影响病情和转归。老年患者心理问题是较为严重的问题，医务人员在诊治过程中要额外注意其心理变化，耐心做好解释、安慰、劝导工作，进行积极有效的心理干预，应对重点患者进行个性化关注和特殊照护，集体定期进行病案分析，制订有效的治疗方案。

四、ICU 伦理

（一）ICU 概况

重症加强治疗病房（intensive care unit，ICU）是重症医学在临床中的应用学科。危重病的监护与治疗是近年来兴起的一门临床学科，宗旨是为危及生命的急性重症病人提供技术和高质量的医疗服务，即对危急重症的患者进行生理功能的监测、生命支持、防治并发症，促进和加快患者的康复过程，这是继复苏后的一种更高层次的医疗服务，是社会现代化和医学科学发展的必然趋势。

（二）ICU治疗的伦理问题

1. 维持生命尊严、质量与争取短暂生存期的选择　ICU对危重病人实施医疗干预、阻止患者死亡、短暂延长患者生存期，与尊重患者的生命尊严与质量，并且还要兼顾医学、患者和家属的利益，究竟哪个是最佳选择，常常使医生陷入两难境地，很难做出选择。

2. 家属出于传统观念、社会压力与理智的两难　患者的家庭和整个社会也成为了重症医疗的利益相关者。当家属代表患者做医疗决定时难免会陷入出于传统观念、社会压力与理智的两难境地。

3. ICU治疗技术、管理与人性化医疗的矛盾　由于ICU患者的特殊性，要求必须设有大量的维持患者生命的精密设备仪器，使得ICU病房必须具有一定的封闭性，大大减少了患者与外界接触的机会。如何在拯救危重患者生命的同时，又要兼顾对危重患者心理情感的照料，是人性化医疗有待解决的问题。

4. 资源浪费的冲突　对于不惜花费一切代价延长患者几天的生命，还是应当劝导患者及其家属接受理性的死亡观以期达到合理利用医疗资源的目的？医疗资源如何公平分配，实质是生命公正与健康公正的问题。

（三）ICU治疗伦理对策

1. 给予患者心理支持　处于危重状态的、神志清醒的患者，在接受ICU治疗的同时，几乎都有焦虑、抑郁、惊恐、绝望等心理障碍，需要医务人员和家属提供心理支持和干预。

2. 注重患者的知情同意　ICU对患者实行封闭式管理，家属往往更焦急、疑虑，渴望了解患者病情变化情况；而ICU收治患者的疾病往往病情危重复杂，病情进展快，家属因对病情动态变化缺乏了解，易产生误解或怀疑，最终可能导致对医生的诚信危机。

3. 遵守公平性原则　ICU作为一种较为昂贵和相对稀缺的医疗资源，急危重症患者是其真正意义上的服务对象。依照公平原则，合理选择入住患者，通过强化救治和精心监护，有利于获得预期治疗目标。ICU病房要坚持公正原则，并有效合理地利用与分配卫生资源。

4. 考虑卫生经济伦理问题　ICU由于治疗手段复杂、仪器设备贵重等因素导致治疗费用较高，但应避免与抵制过度治疗现象或增加患者额外负担。

5. 区别对待患者的放弃治疗　ICU医务人员如面临患者本人或家属放弃或拒绝治疗，对于尚有治疗希望者或有意识的老龄患者，家属如提出放弃治疗要求，则须与其耐心、谨慎沟通，掌握其拒绝治疗的真实原因，尽可能地减少患者的治疗压力，从而逐步达成一致意见。

6. 防止高科技滥用　ICU中各种有创检查、治疗和新药品使用的不断出现，以及其临床效益在尚缺乏循证有力支持下的盲从和攀升，也给患者带来一定的医疗风险和经济压力。因此ICU医生在选用高科技手段进行治疗时，须考虑患方具体经济情况、病情，审慎选择，以使患者获得最优效益。

第二节　特殊疾病伦理

一、医源性疾病伦理

（一）医源性疾病概念

医源性疾病（iatrogenic disease）是指患者在诊治或预防疾病的过程中，由于医学方面的原因，包括药物、诊疗措施及医者的行为和言语不当，以及错误的医学理论或实验导致的疗法等，所引起的除原有疾病以外的另一种疾病。

对于医源性疾病有两种理解方式。一个是从患者的角度出发，医源性疾病指在诊治或预防疾病过程中，由于医护人员各种言行、措施不当而造成不利于患者身心健康的疾病。出现此类医源性疾病的环节和涉及面较广，可发生在防治疾病的任何环节中。另外一方面是从医护人员的角度出发，医源性疾病是医护人员在医疗服务中本身受到各种职业因素影响，例如，在职业接触中本身受到感

NOTE

染，常见的乙型肝炎、肺结核等；接触有害的化学物质；放射性照射等。对于医生本身的医源性疾病的防治是必须要重视的。本教材指的是对医源性疾病的前者理解。

医源性疾病在世界各国越来越普遍，在中国也是比较普遍的，应当引起重视。但是，人们对医生的诊断工作能够引起疾病，成为某些疾病的原因却不大理解。以下是医源性疾病常见原因分析。

（二）医源性疾病原因伦理分析

1. 与诊断有关 如医生在判断力所及的情况下发生的误（漏）诊。

2. 与药物有关 不合理用药引起，有时合理用药也可发生药物不良反应。

3. 与手术有关 如手术适应证或方法错误，操作失误，以致损伤健康组织或器官，术后处理不当。

4. 与器械有关 如在使用腔道窥镜或导管等技术中，引起组织器官损伤或各种并发症；非创伤性处理不当，如止血带使用过久，石膏绷带包扎过紧，均可造成损伤。

5. 与放射或理疗有关 包括 X 线、γ 射线、核素及各种理疗方法，如使用不当、照射量过大、防护不周，引起损伤。

6. 与用语有关 医护人员使用医学用语不当引起患者心理创伤。

7. 与预防措施有关 如免疫制剂使用和接种方法不当，引起损伤。

（三）减少医源性疾病发生的伦理对策

1. 加强医务人员的责任心 医务人员工作疏忽、责任心不强是引起医源性疾病最普遍、最基本的原因。有资料显示，医源性疾病的极端形式——医疗事故中，由责任心不强所致的竟占五分之四，反映出医德于其中的重要作用。

2. 最优化原则 重点在药物配伍中首选药物的最优化、外科手术方案的最优化、晚期肿瘤患者治疗的最优化等。真正做到最优化，才能减少医源性疾病的发生。

3. 杜绝片面追求经济效益 单纯追求经济效益的思想，是当前医源性疾病上升的一个重要原因。如扩大手术范围、过量用药、过度的实验室检查和影像检查，以及部分医生追名逐利的思想和行为，使不少不应发生的医源性疾病得以发生。杜绝片面追求经济效益是减少医源性疾病发生的重要原则。

4. 注重医务人员的同理心和道德素养的培育 培育同理心和道德素养，才能使医生在治疗疾病时做到公正，这对减少医源性疾病的发生也是至关重要的。

二、药源性疾病伦理

（一）药源性疾病概念

药源性疾病（drug induced disease）的概念为，由于药物不当、用药不当（包括用药过量、用药不对症）、个体差异等原因所引起的疾病。

药源性疾病可分为两大类，第一类是由于药物副作用、剂量过大导致的药理作用或由于药物相互作用引发的疾病。这一类疾病是可以预防的，其危险性较低。第二类为过敏反应或变态反应或特异反应。这类疾病较难预防，其发生率较低但危害性很大，常可导致患者死亡。

（二）药源性疾病原因的伦理分析

药源性疾病已经成为一种新的流行病，而不合理用药、滥用药是导致药源性疾病的最主要原因。不合理用药和滥用药的问题已引起世界各国的关注，纷纷采取相应的措施，对药物的安全和疗效进行必要的监护，实际上，滥用药物是一个重要的道德问题。

引起药源性疾病的原因有以下三个方面：

1. 医生方面的原因 业务生疏、技术水平低、缺乏进取心、责任心不强是不合理用药、滥用药的根本原因。包括：①医生忽视患者用药史及特异体质；②忽视药物相互作用及配伍禁忌；③误用药物，如把无明确治疗目的的药物任意引进处方；④用药方法不当；⑤剂量不当；⑥用药种类过多。

2. 患者自身的原因 患者在遭受疾病痛苦的折磨时，常常寄期望于药物。一是久病乱投药；二

笔记

是迷信偏方，迷信进口药、昂贵药；三是不遵医嘱乱用药。这主要是由于患者掌握的一般医药知识甚少，对药物的性能及毒害作用了解不够所致。

3. 社会及经济的原因　药政管理制度不完善、药物广告虚假宣传、医药商店不需处方就可随意买到药物、公费医疗制度不尽合理、医院片面地追求经济效益等是社会性药物滥用的原因。

无论药源性疾病的问题是由哪种原因引起的，归根到底，并非是单纯的技术、水平问题，更大程度上是一个复杂的伦理道德问题。

（三）药源性疾病的伦理责任

1. 药物使用的安全有效责任　医务人员应坚持原则，以安全有效为第一原则，要根据患者的个体差异和疾病的种类、病程的不同而使用不同的药物、剂量，不能只拘泥于一般用量标准，更不能为了显示自己的“本领”而不顾安全性、有效性滥用药物。

2. 药物控制的道德责任　近年来有关控制行为的作用引起了人们的重视，越来越多的人不受控制地大量使用改变行动、动机和思维的药物，进而产生成瘾性疾病，药物控制已引起医药界和伦理界的高度重视。对这种药源性疾病的产生，要加强对药物控制的道德行为研究，防止药物的泛用、滥用。

3. 防止药物毒副作用对人体危害责任　医药工作者对药物的性能、用法、用量和毒性作用等应十分熟悉，在使用毒性较大的药物时，应注意询问患者的情况，定期检查尿、血，一旦发现异常，立即停用并采取相应措施。因此，医生既要充分发挥药物的治疗作用，又要防止其毒副作用对人体的危害。要本着对患者高度负责的精神，严格践行医药道德规范，防止和减少药源性疾病的发生。

三、疼痛控制伦理

（一）对疼痛的认识及临床意义

疼痛是由于实际的或潜在的组织损伤引起的一种不良心理反应或情感体验，是临床中常见的症状之一。疼痛包括痛觉和痛反应，痛觉是由损伤性刺激所引起的机体组织的直接反应，痛反应是由痛觉引起的心理、情绪反应。

疼痛给患者带来痛苦，控制疼痛是临床医学要解决的重要问题之一。1979 年，国际疼痛研究协会（IASP）将疼痛定义为：“疼痛是组织损伤或潜在组织损伤所引起的不愉快感觉和情感体验。”1986 年，国际疼痛研究协会指出，疼痛是机体的一种保护性措施。在临床实践中，它会告诉人体哪个器官受到了什么样的损伤，从而能够为医治提供导向。

（二）疼痛控制的伦理学分析

疾病总是与人类生命相伴随，人类社会似乎很难消除疼痛和痛苦。伦理学意义上对控制疼痛的讨论主要集中在控制疼痛的意义与政策、临床控制疼痛药物和手段使用方面及医学与社会在控制疼痛方面所遇到的主要障碍等问题。

世界卫生组织（WHO）在一项对于五大洲的调查结果中表明，有超过 22% 的患者忍受长期的疼痛。因而，一些学者把这种控制疼痛的现状称之为“道德上的耻辱”。在这方面，人们在讨论中经常提出的问题是：为什么临床存在那么多对疼痛和临终病人的痛苦视而不见现象？为什么姑息治疗处于边缘化的地位？在临床控制疼痛药物和手段使用方面，为什么存在那么多障碍？另外，无痛技术得到大力发展，但也存在着滥用问题。

因此，理解疼痛患者的复杂需求，并为满足这些需求而努力，不仅是对于医学和医生职责的考验，也是医学伦理学的一个议题。

（三）疼痛控制的伦理对策

1. 把握疼痛控制尺度　要高度注意疼痛的复杂性，切忌受到患者心理、情感因素误导而轻率采取镇痛措施，因镇痛而掩盖对疼痛原因的辨别。要注意把握好疼痛的感觉和情感之间的关系，重视患者的心理调节，同情、体贴患者的痛苦，切忌视患者疼痛和痛苦为无关紧要的小事。

NOTE

2. 重视顽固性疼痛的止痛 晚期癌症病治疗在难以消除病因的情况下，通过止痛以提高生命质量，是晚期癌症患者治疗的重点。区分癌痛的复杂性并确定镇痛策略，认真推行世界卫生组织倡导的“主动用药、按时用药、按阶梯用药”三阶梯药物方法，实现止痛个体化。要注意防止自杀、自残等意外情况的出现。

3. 严格掌握适应证，防止无痛技术的滥用 麻醉止痛与腔镜技术、介入技术、人工流产等融为一体，成为侵入性诊治手段无痛化的范例，为减少患者痛苦迈出了一大步，但也存在着不少负面效应和被滥用的现象，应严格掌握适应证，防范经济因素、科研因素等对其产生误导，给患者带来不必要的痛苦和负担。

4. 重视对人体试验受试者疼痛的处理 在人体试验中，受试者不可避免地要承受不同程度的痛苦和风险，只有当疼痛被证明是一过性的、不会造成器质性伤害时且为可忍受、受益明显超过风险时，而且事先向受者说明并得到受试者知情同意，才是合乎伦理的。

5. 增强患者自身战胜疼痛的信心 依据保护性医疗准则，针对患者的精神类型、对疾病的态度、文化修养、心理素质等具体情况，有针对性地进行心理疏导。

第三节 特殊诊治伦理

一、过度医疗伦理

（一）过度医疗的概念

过度医疗是指医疗机构及其医务人员在诊疗活动中，违反诊疗规范或超越疾病本身实际需要，故意实施的不必要的诊断和治疗行为或过程。它有两个基本特点：①所实施的诊疗项目对于该疾病是多余的、不必要的，甚至是有害的；②作为一种行为或过程，不包括未成为实践的诊疗计划或设想。

以下行为不应视为过度医疗：①对于某些复杂和难以诊治的疾病，要求进行必要的重复检查才能确诊的治疗；②为抢救危重患者的生命，采取的某些可能不一定有实效和十分有把握的治疗；③在别无选择的情况下，为了探索其他有效的治疗方法而选用的某些实验性治疗；④为防范某些疾病传播或病情的扩大，避免更大的风险，对患者采取某些轻微的过度度诊断或治疗；⑤当下虽没有疾病征兆，但为预防病症发生而采取的某些治疗；⑥疾病虽已治愈，但为了防止复发或预防某些并发症的产生而给予的治疗。

（二）过度医疗的伦理分析

过度医疗的形成与医疗保健服务的特点密切相关。例如：疾病发生发展及诊治效果的不确定性，增加了医患双方的风险防范意识；患方对医学知识的匮乏及其在医患关系中的被动地位，使其无法对医方进行有效的监督；医方作为医疗服务的提供者，又是医疗需求的决策者和受益人，有可能人为地制造医疗需求等。过度医疗主要表现为以下情形：①对某种疾病的诊断措施超过了其实际需要，超越了学术界公认的可行的适宜的诊断方法和手段；②采用了超常规的、多余的、无效的、甚至有害的治疗方法和手段，如扩大手术指征和手术范围、放宽放疗和化疗的标准、盲目地采用生物治疗等；③诊治费用超过了医学界公认的诊治要求的一般标准；④超越了特定患者体力和财力的可支持度；⑤对属于正常生理范围的现象，或虽有异常但这种异常可以通过自身调节很快得以恢复正常的现象进行医疗干预；⑥对某些死亡征兆已经很明显或死亡不可逆转的患者仍进行挽救生命的无效治疗等。

对过度医疗的理解，一般说来，需考虑以下因素：①医疗机构及其医务人员在诊疗活动中违反诊疗规范或超越疾病本身的需要，实施了不必要的检查和治疗；②对患者有损害，包括财产损害、人身伤害和精神损害；③过度医疗行为与患者损害之间存在因果关系；④医疗机构及其医务人员有主观故意，即预见到自己过度医疗行为会给患者造成损害，仍然希望它发生或放任它发生。

过度医疗不仅增加了患者的经济负担，造成卫生资源的浪费，而且有可能给患者带来不应有的痛苦与不适，影响医疗机构的信誉，引发医患矛盾。

（三）过度医疗的伦理对策

1. 提升医务人员的医学道德素养　过度医疗的产生与医务人员的医学道德素养存在着内在的必然的联系。预防和改善过度医疗问题的伦理对策应该从强化医务人员的医学道德素养入手，手段包括强化医务人员诚信服务和以人为本的理念入手，使医务人员真正建立诚信和以人为本的道德情感，从而才能在实践中自觉杜绝过度医疗。

2. 加强对医务人员的道德评价和监管　医疗机构应该把道德评价作为对医务人员考核的重要指标，通过建立医务人员道德档案、公开评价指标和考核办法、自觉接受监督等方式不断强化医务人员的医学道德素养，打造一支医术高超、医学道德素养过硬的医疗队伍。

3. 强化医疗机构的社会公益责任　加强医疗机构社会公益责任的评价管理，使医疗机构能够及时发现自身在服务中存在的问题和不足，并针对现实的问题进行整改，确保医疗机构的社会公益责任得到有效落实。

4. 完善医疗监督体制机制　完善医疗监督体制机制要从明确监督主体、规范监督制度、落实监督职责3个层面来进行。

5. 加强对病人的教育引导　过度医疗问题的产生不仅仅是医院和医务人员单方面的问题，也与一些患者及家属缺乏医学知识和理性的就医认识、主动要求过度医疗有着密切的关系。但采用的治疗手段是否存在过度医疗行为，主动权在医生，患者并不承担第一责任。加强对患者正确的就医方式的教育引导，修正患者主动的过度医疗要求，应是医生的责任，也是非常有效的方法。

二、无效治疗伦理

（一）无效治疗的概念

无效治疗（futile treatment）是指在现有医学科学技术条件下已经失去治疗价值，不可能达到治疗目的的治疗措施和行为。

尽管医学进步很快，但人类对于很多疾病仍然知之甚少，无效治疗的情况在医疗实践中仍屡见不鲜。无效治疗分为四类：①生理无效。即如果一种医学干涉不能导致预期的生理效果，那么，就可以判定此种医学干涉无效。例如，当心肺复苏不能致使自主心搏时，就是心肺复苏无效。②临死无效。即尽管对患者提供某种医学干涉，但患者还会在不久的将来（几天、或许几周）死亡。例如，一些心搏停止的患者在实施心肺复苏后虽能恢复自主心搏，但他们仍不能长期存活，则判定为心肺复苏无效。③致命性疾病无效。即患者患有一种根本性的某种医学干涉对其无效的致命性疾病，尽管使用了这种医学干涉，患者亦将在不久的将来（几周，或许几个月，但不会超过一年）死亡。例如，心肺复苏能使晚期肝硬化患者恢复自主心搏，甚至活着出院，但对其由肝病所决定的短期估计寿命不会改变，因为心肺复苏对晚期肝硬化不会产生任何效果，即心肺复苏无效。④质量无效。即如果医学干涉不能导致可接受的生命质量，那么，这种医学干涉就是无效的。例如，持续性植物状态患者使用心肺复苏后虽可长期存活，但这种状态不能为人们接受，仍属心肺复苏无效。

（二）无效治疗的伦理学分析

临床中的无效治疗分为完全意义上的无效治疗与治病救人意义上的无效治疗。前者指医方能够给予的旨在消除疾病、减少患者痛苦、促使恢复健康等所有的医疗措施都无实际意义，它是终止治疗、放弃治疗的医学前提。

无效治疗概念是针对过度治疗而提出的，其历史背景是：在当代社会，医学伦理学界强调病人享有自主权，强调只有患者或其代理人才有权作出是否使用生命维持疗法的决定，导致过度治疗的种种弊端。提出并使用无效治疗概念在于克服过度治疗。

认定无效治疗的直接后果，是意味着临床医生随之做出放弃治疗的选择，有关无效治疗的争论，就其根本说来，是医生是否有权单方面决定不给予患者某种特定治疗的争论。

（三）无效治疗的伦理对策

1. 对医务人员和患者、家属进行优死教育 首先从医务人员转变观念做起，树立优死的理念，进而指导患者及家属认识死亡权利、死亡标准和死亡尊严，放弃无效的治疗并不是对患者“不顾不问”，而是调整治疗方向，采用临终关怀的方式减少患者的痛苦、让患者以有尊严的方式离开人世。

2. 全面评估病人的具体病情 经上级医生或相关医疗组织认可，准确做出无效治疗的结论，防止任何差错的出现。

3. 切实细致地做好与患者的沟通，力争得到患者及他们的家属认同 做好患者及其家属的心理安抚，尽可能地提供各种非医疗的服务，减轻患者和家属的悲痛；警惕医患纠纷的发生。

4. 医生应忠实于医学科学遵循和患者利益第一的原则 不能因各种不纯动机向患者提供无效治疗。

三、放弃治疗伦理

（一）放弃治疗概念

放弃治疗（withdrawing treatment）特指根据临床诊治标准，医生结合患者本人或其家属、代理人的意愿，对濒死患者或生命质量极度低劣且不能恢复意识的患者，不给予或放弃人为的延长生命的支持措施，包括最初不提供生命支持措施和提供后撤除支持措施两种情形，前者涉及应不应当提供，后者涉及应不应当撤除。

狭义上的放弃治疗包含两个最基本的方面：①放弃的对象必须是不可治愈的濒死患者，这既包括那些经一切治疗措施都无法阻止其心脏停跳、呼吸停止的患者，也包括那些心跳、呼吸虽未停止，但已不能恢复意识的患者；②不给予任何人为的维持生命的治疗，既包括不采取针对病因的根治性措施，也包括不给予维持生命的营养和液体的供给，这是不同于终止治疗的关键点。

（二）放弃治疗的伦理问题

1. 放弃治疗权问题 生存作为人的基本的自然权利，同时也一种义务，放弃治疗即意味着选择死亡，人有无放弃治疗的权利？医方有无权力执行？

2. 条件规制问题 受医学科学发展水平的限制，以及医患双方在治疗期望、价值观念等方面的差异，对放弃治疗往往存在不同的看法和认识，甚至产生冲突。

3. 利益取舍问题 患方、医方的利益对是否放弃治疗有着不同的立场，甚至存在利益冲突。

4. 权利义务冲突问题 在选择是否放弃治疗时，患者的自主权与生命权、知情权与保密权、家属的代理权与患者的自主权、医方的救治义务与特殊干涉权等，都可能出现伦理冲突。许多患者在极度痛苦或生命垂危阶段，特别是那些脑昏迷患者，难于明确表达自己的意愿。至于那些重度残疾的婴儿，更无从谈起自己的意愿，代理人基于其自身利益而非患者之最佳利益的考虑作出放弃治疗的决定。医方如何平衡？如何处理？

（三）放弃治疗的伦理对策

1. 尊重患者的自主权 患者本人最终拥有是否放弃治疗的权利，对于无行为能力或限制行为能力患者，需要由其监护人或代理人代理其履行放弃治疗的权利。只有在医务人员作出符合放弃治疗的科学和伦理审查和评估后，才可由代理人决定是否同意实施。

2. 履行知情同意 履行放弃治疗的知情同意程序，只有签订知情同意书后，医生才能实施放弃治疗措施。医务人员应履行其解释说明的责任，向患方详尽地、客观地介绍病情及各种可能发生的情况，为患方提供正确选择的依据。

3. 明确适应证 只有符合以下条件的末期患者才可以考虑放弃治疗：①当患者持续无意识状态

笔记

时；②当患者继续治疗的经济负担超过任何好处时；③当公认的科学数据提示成功复苏的机会相当遥远时。不能以一般性的医疗决策授权而实施放弃治疗的代理。

四、防御性医疗伦理

（一）防御性医疗的概念

防御性医疗（defensive medicine）最早是在1978年由美国的Tancredi等提出的，是指医务人员为降低医疗风险、减少承担风险责任、加强自我保护而对患者实施超出规范化诊疗常规的检查、诊断、治疗以及规避高危患者或高危诊疗程序的医疗行为。该行为作为一种诊疗过程，并非医学疾病本身的需要，而是为构造一个完整的防御体系，以应付可能的医疗诉讼。防御性医疗行为普遍地受到公众谴责，但又难以避免地发生在日常行为过程中。可以分为两类。

第一类是积极型防御性医疗行为。表现形式是医生积极主动地为患者做各种各样名目繁多的非必要的检查、治疗或者邀请专家会诊，实施医疗行为时，以客观的立场对待，不轻易运用医疗干涉权加以必要的合理的主观引导，甚至在知情同意的过程中，要求进行公证。

第二类为消极型防御性医疗行为。表现形式是医生对于有较大风险的危重患者，回避采用实践已经成熟或正在成熟过程中的但可能具有一定风险的医疗技术，拒绝为他们治疗，积极主动为患者转院。

（二）防御性医疗的伦理分析

1. 正面效应　为了避免可能发生的医患纠纷或医疗诉讼，医务人员会更加认真、仔细地记录病情，向患者做更详细的病情解释工作，筛选检查更为细致，做更多的审核工作，开展更多的患者满意活动。这些医疗行为有助于患者服务满意度的提高和医疗质量的提高，无疑将有益于患者的康复。

2. 负面效应

（1）患者会经受额外的医疗风险：任何医疗干预都对患者的人身具有一定的侵袭性，易导致对人体造成损害。毫无疑问，实施防御性医疗行为的客观结果往往是心理压力和肉体痛苦。

（2）诊疗费用增高及资源不当使用：同时，这些行为常导致有限的医疗卫生资源的严重浪费，加重国家的负担，一定程度上又加剧了看病难、看病贵，从长远看，不利于卫生事业的健康发展。

（3）使本来淡化的医患关系雪上加霜：防御性医疗导致医务人员谨小慎微，为了减少麻烦，他们宁愿花费更多的时间去讲述治疗的副作用，宁愿告知患者最差的结果，让其作出最坏的打算。这会在一定程度上限制了医生的思维，影响其创造性的发挥，使诊疗工作变得机械、刻板，把临床变战场，人文关怀荡然无存，甚至把患者作为潜在的诉讼对象加以戒备。

（4）延缓医学的发展：防御性医疗回避了高风险的手术和其他治疗措施，不仅可能使某些危重患者丧失治疗机会，也使得对某些疾病治疗的探索无法进行。

（三）防御性医疗的伦理对策

1. 加强医务人员职业道德教育　在临床实践中医生的职业道德尤为重要，应该教育医生具备杜绝防御性医疗行为意识和能力。

2. 提高医务人员科研技术水平　过硬的医疗技术是服务好患者的基础，也是有效减少防御性医疗的重要举措。医院要提高医务人员参与科技创新的积极性，只有医疗技术水平的大力提升，获得社会的信任，才能从根本上消除防御性医疗行为。

3. 重建医患信任关系　沟通是重建医患信任关系的基础，有效的医患沟通，可以避免大多数无谓的医患矛盾，缓解医生的压力，减少防御性医疗行为的发生。同时还要听取患者或家属的意见和建议，为他们解决困难，增加患者和家属对疾病治疗的信心和依从性，保证医疗工作的顺利进行。

4. 建立风险应对机制　医院建立健全医院内部责任督导及责任承担制度，将考核评价结果与深化劳动人事分配制度有机结合起来，通过制度的规范和职业道德约束相结合，有效减少医生实施防御性医疗行为。

NOTE

五、医学技术滥用

（一）医学技术滥用的概念

医学技术滥用概念（abuse of medical technology）是指一种不从疾病适应证的需要出发，不顾病人身体安全（包括远期效果）、不考虑患者的经济负担，过度、重复、超量使用技术的行为。

医学技术为许多患者带来了福音与希望，对人类健康水平的提高作出了贡献。随着高新技术的发展，高科技进入医学领域是历史的必然性。从根本上来说，是植根于医学领域为更好地实现医学目的而产生的对高科技的巨大的内在需要。而日新月异的高科技恰恰能够极大地满足这一需要。医学高新技术的应用及理论是以电子计算机和建立在分子生物学基础上为代表的一系列高新技术应用与诊断治疗中的理论问题。

但医学技术在使用中易出现背离医学目的、道德失范的现象——医疗技术的滥用。医疗技术的滥用较为普遍。主要有抗生素、剖宫产、心脏支架、B 超、CT 等的滥用。医学技术滥用的表现主要有：①不按常规或遵从一般规律使用医学技术，不从适应证的需要出发使用诊断和治疗技术，任意扩大技术的使用范围和提高技术使用的等级；②没有必要地重复多次使用高新技术设备；③滥用新药、进口药，没有必要地联合用药，滥用抗生素；④对没手术指征或可不用手术治疗的患者使用手术治疗。

（二）医学技术滥用的伦理问题

1. 由于医学技术的滥用，导致医疗费用迅速上涨，出现了现实经济水平与医药巨额经费之间的矛盾，加上一些医疗单位盲目追求利益，过度使用高新技术，因而加重了患者的经济负担，使患者、企业、国家不堪承受。

2. 医学高新技术的广泛使用，促使医学卫生资源迅速向大医院、大医疗中心集中，形成资源优势，加剧了卫生资源的分配不公，进一步扩大了社会不同阶层在卫生保健方面的差距。

3. 给患者的健康带来不利的影响，甚至增加了患者的痛苦，使得医源性、药源性疾病迅速增加。

4. 使得一些医疗部门轻易地获取高额利润，这就必然助长医疗腐败的滋生和医学道德的滑坡，使医疗部门的信用度下降。

（三）医学技术滥用的伦理对策

1. 遵循“最优化原则” 严格掌握适应证，坚持科学标准，不随意扩大医学技术的使用范围。从病情出发，适应证最佳、手术最恰当、疗效最理想、副损伤最小、费用较低，让绝大多数人看得上病、看得起病、看得好病，是医务人员使用医学技术最重要的目标。

2. 依法管理医疗技术 各等级医院应有明确的分工和相应的技术建设标准，制止盲目攀比医学技术的现象。尽快设立较完善的医疗道德和科技伦理的法规，防止利用医学技术搞创收。

3. 应坚持“知情同意”的原则 医务人员在制订诊疗决策时，坚持由简到繁、由廉到贵的原则，避免不必要的检查。要坚持“知情同意”的原则，决定选用某种医疗高新技术之前，向患者（以及家属）说明情况，将该技术的必要性、使用过程及方法、有效性或成功率、副作用、所需费用等一一告诉患者，让患者自主选择。

4. 要避免技术依赖 医学技术广泛用于临床以后，医生对技术和设备的依赖愈来愈多，同患者在心理、情感方面的交流愈来愈少，医患关系物化现象越来越严重。

5. 遵循生命神圣、生命质量和生命价值相统一的原则 理性判断生命延长的有效性和无效性和延长生命的价值，帮助患者家属正确处理为情感付出的物质代价的合理性问题。

思 考 题

1. 急诊医生应具备什么样的美德？
2. 简述 ICU 治疗伦理对策。

笔记

3. 简述医源性疾病发生的原因。
4. 疼痛控制的伦理学问题有哪些？
5. 论述过度医疗的原因并进行伦理分析。

（赵明杰）

NOTE

第九章　生殖伦理

【导入案例 9-1】 英国男同性恋儿子的母亲帮忙代孕引争议

生育和生殖虽然是个体和个人行为，但是具有一定的社会后果。因此，生育和生殖又是社会问题，生育问题因此变成人口问题，人口和生育问题是紧密联系在一起的。人的生育和社会的人口问题与医学关系密切，医学干预和辅助生殖技术的发展改变了人类的自然生育规律以及影响了社会的人口变化，从而成为一个医学伦理问题。本章为生殖伦理，主要内容包括计划生育（国外称家庭计划，family planning）的伦理分析和伦理原则、生育控制措施及其伦理原则；优生优育的伦理争议和伦理原则；辅助生殖技术的伦理原则和伦理争议。

第一节　计划生育伦理

一、人口与计划生育（家庭计划）伦理

（一）计划生育的概念

计划生育（birth planning）是指有计划地控制生育的时机、数量、密度等来生育子女。国际上有两种计划生育，一种被称为“生育控制”（birth control），即依据人口与社会经济发展的客观要求，由政府对生育的数量进行预先设计，实行人口再生产的计划化，采用行政手段控制人口，夫妇生育需要经过计生部门的审批。另一种被称为“家庭计划”（family planning），即以家庭为单位，由夫妇自主决定生育子女的数量和生育间隔，政府或家庭计划生育机构提供指导和适当的辅助措施。由于缺乏有效的避孕知识和方法，世界上多数妇女实际上拥有的子女数往往多于她们真正想要的数量，避孕和节育可以使妇女有能力拥有她们真正想要的子女数量。

我国的人口和计划生育政策包括控制人口数量和提高人口质量。目前，工作重点正在发生转移，即由控制人口数量逐步转向提高人口质量和家庭幸福，由生育调节逐步转向以生殖健康服务为中心，由社会控制逐步转向家庭和个人控制。

（二）计划生育的伦理依据

1. 科学的人口理论支持计划生育　人口理论是解释和说明人口现象、人口过程和人口规律的学说体系。马克思主义人口理论，把人口现象、人口过程和人口规律放在生产力和生产关系、经济基础和上层建筑的客观矛盾中加以考虑和研究，形成了科学的人口观，它是我们进行计划生育的主要伦理学依据，其内容主要有以下四个方面：①“两种生产”理论；②社会生产方式决定人口发展的观点；③人口对社会发展发挥作用的观点；④人口对社会生产发挥作用的观点。马克思主义人口理论为生育控制提供了有力的科学支撑，这也是制定我国人口理论和政策的理论基础。

2. 严峻的人口形势要求计划生育　持续增长的世界人口是当今最为严重的问题，尤其是在发展中国家已成为长期经济落后的重要原因。从我国的人口状况来看，人口基数过大，第六次人口普查已超过 13 亿，我国总人口接近发达国家人口的总和。然而，在一定时期，国家每年必须把新增国民收入的 20%～25% 用来保障人民生活水平不降低。这就使我国不得不背着沉重的人口负担参与国际经济竞争。除此之外，截至 2014 年，我国 60 岁及以上的老年人口总数达 2.12 亿人，占总人口比重达 15.5%，中国已成为世界上老年人口总量最多的国家。由于人口老龄化的加剧，我国养老保障负担

加重。为促进人口长期均衡发展，2015年，我国实施“全面二孩”政策，成为生育政策调整的一项重要举措，也成为我国计划生育基本国策主要内容。人口对经济、社会、资源、环境的压力将长期存在，必须长期坚持计划生育基本国策不动摇。

3. 价值观念的转变使计划生育成为现实　生育控制只有得到更多人的支持和理解，才可能成为人类控制自我再生产的有效手段，而这必须以价值观念的变化作为前提。从宏观上看，价值观的最大改变是由否定我国人口问题的客观性到对人口问题加以充分肯定，由人口众多的盲目自豪转变成人口忧患意识。从微观上看，越来越多的人意识到生育子女的多少、质量优劣，不仅关系到家庭利益和幸福，而且关系到国家富强和民族繁荣，“重男轻女”的生育观也逐渐被“男女都一样”的观念所取代。

4. 医学科学的发展为生育控制提供技术支持　医学对人类生育的干预，为人类的生育控制提供了大量有效、实用的技术手段，使人口控制成为现实。20世纪中叶以前，由于医学发展的局限，人们实行生育控制的愿望难以得到技术上的保证，只能采用堕胎、溺婴等办法来调节妊娠和生育过多的矛盾。近七十年来，随着避孕和绝育技术的广泛运用，医学科学技术在控制人口增长上起到了重大的作用。从我国国情出发，发挥医学在节育优育中的正面效应是医学自身价值的体现。

（三）计划生育的历史与现实

人类很早就开始有意地控制生育，或者鼓励生育，或者节制生育。古希腊和古罗马的奴隶主为发展生产，一方面希望增加人口，例如当时《圣经》就号召人们：“生育吧！繁殖吧！”但另一方面，人们用羊肠膜制作的避孕套进行避孕。16世纪以后，由于战争、瘟疫以及海外移民等原因，很多国家都鼓励生育。我国历代王朝尤其是在其建立初期，大都鼓励生育，增加人口。例如齐桓公曾下令：“丈夫二十而室，妇人十五而嫁”（《韩非子•外储说右下》），提倡早婚增加生育。第二次世界大战后，特别是20世纪70年代以来，世界人口迅猛增长，人口问题成为许多国家的普遍问题，节育理念逐渐受到重视。美国的玛格丽特•桑格（Margaret Sanger）联合日本、印度从事家庭计划工作的妇女，于1952年成立了国际计划生育联合会，到目前为止，该联合会联结着180多个国家和地区的计划生育协会。

中华人民共和国建立后，政务院在1953年指示卫生部要帮助群众实行节育，1978年以后，计划生育成为中国的一项基本国策。2001年12月29日，《中华人民共和国人口和计划生育法》颁布实施，计划生育工作正式纳入法制轨道，2016年修订后明确“国家提倡一对夫妻生育两个子女。符合法律、法规规定条件的，可以要求安排再生育子女”。为促进人口均衡发展，我国坚持计划生育的基本国策，完善人口发展战略，全面实施一对夫妇可生育两个孩子政策，积极开展应对人口老龄化的行动。

（四）计划生育伦理

1. 树立科学的生育观和人口观　个体的生育具有社会的后果，人口的数量、素质、增长率、年龄构成、地区分布等应该与经济、社会、资源和环境相协调，才能保证社会的可持续发展。科学的生育观和人口观是计划生育的价值基础，树立关于生育和人口的正确观念，才能保证计划生育工作的顺利开展。

2. 遵守法律政策原则　计划生育必须严格遵守相关法律。我国许多法律、法规，如《中华人民共和国宪法》《中华人民共和国婚姻法》《中华人民共和国人口和计划生育法》《计划生育技术服务管理条例》《流动人口计划生育管理办法》等都有对计划生育的规定，同时，各级政府也有许多计划生育政策规定。

3. 提供优质服务原则　政府采取措施提供优质的计划生育技术服务，包括计划生育技术指导、咨询以及与计划生育有关的临床医疗服务。计划生育工作者必须严格遵守操作规程，在技术上精益求精，坚决避免不应有的差错、事故和并发症，努力提高服务质量。

4. 贯彻知情同意原则　我国提供计划生育技术服务时必须贯彻知情同意原则。医务人员实施避孕、节育手术、特殊检查和特殊治疗时，应当详细告知患者服务的目的、预期效果、可能出现的后

果和风险、应对措施等信息，征得本人同意后方可进行。在计划生育工作中，应当尊重男女双方自愿选择一方（男方或女方）采取避孕、节育和绝育措施。

二、生育控制措施伦理

（一）避孕及其伦理

避孕（contraception）是指基于社会和个人的某些医学或非医学需要，运用一定的技术或方法防止怀孕的一系列措施。

避孕主要有两类方法：一类是自然控制法，即根据女性生殖系统周期性的生理变化，避开排卵期而行性生活，以达到避孕目的。另一类是人工控制法，即应用口服避孕药、使用避孕套、放置阴道环等以达到避孕目的。避孕是人类控制生育的重要手段，已经为人们普遍接受，但同时也引发了一些伦理争议。

1. 避孕将“性”与“生殖”分离开是否应该 传统的反对避孕者认为，避孕切断了性交与生殖之间自然而神圣的联系，是不道德的，性的目的是生殖。支持避孕者认为，生育尽管是婚姻和性生活的结果，却不是其唯一目的，婚姻和性生活的目的是多方面的。因此，反对避孕容易导致人口爆炸，而且是否避孕这也是人们的自主权。

2. 避孕是否会导致性行为的混乱 反对避孕的观点认为广泛使用便利、经济的避孕工具，会导致人们在性生活上的“滥交”，引起性关系混乱以及婚姻、家庭关系的破裂。支持避孕者认为，人们应从社会环境、文化氛围以及人们的生理、心理的变化中去寻找性关系混乱的根本原因，而不应归咎于避孕技术的应用和推广。因此，加强青少年的性健康教育，进行正确的道德观念引导，建立相应的道德与法律规范，对于避免性关系混乱等才是最重要的。

（二）人工流产及其伦理

人工流产（induced abortion）也称诱发流产，是指以人工手段有意终止妊娠。一般可以分为治疗性人工流产和非治疗性人工流产。前者通常是因为孕妇患有某种疾病不能继续妊娠或妊娠危及孕妇的生命健康而终止妊娠；后者涉及的原因较多，例如在妊娠期被诊断出患遗传性疾病或畸形的胎儿或乱伦致孕等原因而终止妊娠。人工流产只能作为节制生育的补救手段，计划生育主要依靠的应是避孕措施。

人工流产争论的焦点在于“胎儿是不是人”，或者说，“胎儿什么时候才具备和在多大程度上拥有和具备了一个人的权利和价值”。支持者的观点认为，受精卵、胚胎和胎儿尽管是生命，但还不是人，因而人工流产在伦理上可以接受。人们为了更大的价值，例如母亲的生命和健康、避免缺陷儿的诞生等，应该进行人工流产，这也是孕妇的权利。反对人工流产的观点认为胎儿就是人，任何形式的人工流产都是不道德的。但即使如此，随着“受精卵 - 胚胎 - 胎儿”的发育进程，人工流产也必须受到一定的限制。我国在贯彻实施计划生育政策和具体措施时，也严格禁止和避免大月份胎儿的引产。

（三）绝育及其伦理

绝育（sterilization）是指用手术等医学方法使人长久或永久失去生育能力。其方法通常是通过对男性输精管或女性输卵管进行切断、结扎、电凝或环夹等，阻止精子与卵子相遇。绝育的目的有治疗、避孕、控制人口的社会需要、优生和惩罚性罪犯等。

一般来说，如果患有某种疾病，怀孕会给妇女及胎儿带来严重伤害，在获得孕妇知情同意的情况下，通过绝育避免怀孕是合乎伦理的；出于控制人口的社会需要和夫妇避孕的需要，夫妇自主选择绝育也是能够得到伦理辩护的；但为了消极优生而强制痴呆、智残人绝育，为了惩罚性犯罪而对罪犯实施绝育，则引发了很大的伦理争议。父母患有严重的遗传性疾病，既给后代带来一生的不幸，给父母、家庭带来沉重的负担，也不利于整个社会人口质量的提高。应该通过健康教育来帮助个人、家庭做出理性的决定，由他们（有行为能力时）或他们的监护人（拟施绝育的残疾人无行为能力时）知情选择，而强制绝育的做法是难以得到伦理辩护的。

笔记

三、生育控制的伦理原则

生育控制是人类对自身的生育从自然选择转向人工选择的开端，它不仅仅是一个单纯的技术问题，还影响到生命的延续、家庭的稳固、社会的发展、国家的兴旺和人类的进步。因此，在生育控制中应遵循一定的伦理原则。

1. 有利原则　生育控制应有利于育龄男女的身心健康，有利于人的全面发展，有利于家庭的幸福和生活质量的提高。

2. 尊重原则　人不仅仅是生育控制的对象，而且是生育控制的主体。在生育控制中要将人本身看作目的，而不是将她或他当作仅仅是达到其他目的的手段。要尊重女性和男性在生育问题上的自主权。

3. 公正原则　应公正地对待所有育龄妇女和男子，而不能因性别、年龄、民族、社会地位、经济状况、文化程度及其他方面的不同而在提供服务方面有所区别。

第二节　优生优育伦理

一、优生与优生学说

（一）优生概述

优生（healthy birth）是指通过医学手段改良人的遗传素质、提高人们的体力和智力水平的生育控制。优生分为消极优生和积极优生。消极优生又称预防性优生，是指防止有遗传性疾病和先天性缺陷的个体出生。积极优生又称演进性优生，是指促使体力、智力更加优秀的个体出生。

1883 年，英国人弗朗西斯·高尔顿（Francis Galton）受查尔斯·罗伯特·达尔文（Charles Robert Darwin）的进化论和格雷戈尔·约翰·孟德尔（Gregor Johann Mendel）的遗传学的启发，在其《人类的才能及其发展研究》一书中，着重阐述个别差异，从遗传的角度研究个别差异形成的原因，正式提出了优生学说，并很快得到传播。

20 世纪初，出现了国际性的优生运动。从 20 世纪 50 年代开始，优生优育思想进入了新的发展阶段，许多国家开展优生优育工作，制定优生法律。“提高人口素质”也成为我国人口政策的重要内容，“优生”则成为《中华人民共和国婚姻法》《中华人民共和国母婴保健法》《婚姻登记条例》等法律、法规的重要规定。

（二）优生的伦理价值

1. 有利于提高人口身体素质　影响人口身体素质的原因很多，中国残疾人联合会 2012 年 6 月公布的《2010 年末全国残疾人总数》中推算我国残疾人总数为 8502 万人。造成残疾的一个主要原因是遗传病代际遗传。在严峻的人口素质形势下，应该通过结婚管理、生育控制、生育保健等优生措施，提高人口素质。

2. 有利于节约有限的社会资源　开展优生工作，能够避免残疾，减少先天性缺陷和遗传性疾病婴儿的出生，以减少相关抚养费用。我国每年出生先天残疾儿童总数高达 80 万～120 万，约占每年出生人口总数的 4%～6%。如果通过优生优育最大限度地加以避免，无疑将节约大量有限的社会资源。

3. 有利于家庭幸福　优生可以使每一个家庭幸福、美满。健康是最大的幸福。通过优生优育最大限度地避免残障婴儿出生，无疑有利于这些家庭的幸福。

二、优生的伦理争议

（一）优生给人类带来的不一定是好处

优生的目的在于增加人类好的基因，减少不好的基因。但是，“什么是好的基因”本身就是一个问题。例如 *HBs* 基因，一个人携带两条这种基因，就是镰状细胞贫血病人，而有一条这种基因的携带

者，比普通人更能在疟疾猖獗的环境中生存。可见，一些所谓的“坏”基因也不是一无是处。甚至有人认为优生给人类带来的不一定是好处。历史上出现的许多伟大人物，以现在的优生观点看是应该被淘汰的。

（二）优生政策是否是对个人生育权利的过度干预

优生是一种社会政策，而生育是每一个人的权利，社会公众的优生选择往往受优生舆论的影响。因此，有人认为优生政策是社会对个人行为的过度干预，减少人们应有的自由和权利。例如1931年前后，美国的37个州通过了强制绝育措施，对象包括“身心有缺陷者”“性反常者”“瘾君子”“酒鬼”等。优生措施变成了处罚和遗弃社会边缘人群及患者的工具。

（三）优生政策曾经给人类带来灾难

在第二次世界大战期间，优生政策曾经变成德国纳粹的杀人工具。在20世纪30、40年代，德国建立了日耳曼种族优化的“种族优生学”。1933年，希特勒颁布了强制精神分裂症患者、智力低下者、低能者绝育的优生法律。1940—1941年，德国纳粹用瓦斯杀害了7000名德国精神患者；1934—1939年，约35万人因执行了该法律而被迫绝育；1937年，数百名有色人种的儿童和3万名吉普赛人被绝育，犹太人被大肆杀戮。

三、优生措施伦理

（一）消极优生措施伦理

1. 结婚管理 根据《中华人民共和国婚姻法》和原卫生部《异常情况的分类指导标准（试行）》等规定，结婚管理措施分为两类：一是禁止结婚，禁止直系血亲或三代以内旁系血亲之间结婚；禁止患有医学上认为不应当结婚的疾病的人结婚，例如，婚配双方均患有重症智力低下者禁止结婚。二是暂缓结婚，包括：患有性病、麻风病未治愈者；精神分裂症、躁狂抑郁症、其他精神病发病期及各种法定报告传染病规定的隔离期的患者。由于这些疾病可以治愈，因此规定这些病人在发病期间、没有治愈之前暂缓结婚。

2. 生育控制 根据《异常情况的分类指导标准（试行）》等规定生育管理措施分为两类：一是可以结婚，但禁止生育，对象包括男女任何一方患有严重的常染色体显性遗传病、婚配双方患有相同的严重染色体隐性遗传病、婚配的任何一方患有多基因病等，因为这些男女的后代很可能显现这些疾病，所以可以结婚，但应禁止生育。二是可以结婚，但限制生育，例如严重的性连锁隐性遗传病（指血友病、进行性肌营养不良），女性携带者与正常男性婚配，应做产前诊断后决定是否保留胎儿。

3. 生育保健 生育保健措施主要管住两个时间段，即婚前和孕产期。

婚前保健包括婚前卫生指导、卫生咨询、婚前医学检查等服务内容。例如对准备结婚的男女双方进行关于性卫生知识、生育知识和遗传病知识的宣传教育；提供有关婚配、卫生保健等问题的医学意见；对于可能影响生育的疾病，例如严重遗传病、法定传染病和有关精神病等进行检查，并提出医学意见，采取相应的措施。

孕产期保健包括对孕期健康后代以及严重遗传性疾病和碘缺乏病的发病原因、治疗和预防提供医学意见，为孕妇、产妇提供卫生、营养、心理等方面的咨询和指导以及产前定期检查，监护胎儿的生长发育，提供咨询和医学指导等。

4. 遗传咨询 遗传咨询是指应求询者的要求，咨询医生提供给求询者或其家庭成员的有关罹患遗传病的信息和知识，以便求询者自主决定采取有关消极优生措施。其目的不是治疗疾病，而是提供有关的遗传信息，而这些信息对于求助者做出有关优生决定是至关重要的。遗传咨询中的伦理问题主要有如下几个方面：

首先，各方利益的平衡。遗传咨询之后的决定涉及夫妇、未出生孩子以及其他家庭成员的利益。由于未出生孩子的利益是潜在的，咨询后的决定直接涉及夫妇的利益，因此平衡各方利益的原则是求询夫妇的利益和需求优先。

笔记

其次，咨询医生与求询者的价值观平衡。在遗传咨询的过程中，咨询医生往往根据自己的价值观提出医学处理意见，但这种意见可能不符合求询者的价值观，在进行充分解释但无效后，咨询医生最终应该尊重求询夫妇的价值观，不能将自己的价值观强加于对方。

第三，保密与讲真话的平衡。对于遗传咨询中形成的遗传信息如何控制，涉及“为求询者保密”和“对求询者保密”两个问题。其一，应该为求询者保密，泄露秘密会导致其在就业等方面受到歧视。其二，对于某些遗传信息，应该对求询者保密。例如求询者患有抑郁症，告知信息会加重病情甚至导致自杀。咨询医生应该以保护求询者最大利益为原则，可以采取告诉家属或选择恰当的时机、方式和场合告知等策略。

5. 产前诊断 产前诊断是指通过某些医学方法检查胎儿是否正常，如有异常，则根据其性质和程度采取继续怀孕或终止妊娠的措施。产前诊断的非侵袭性方法有超声波诊断、母亲血样化验、妊娠早期的筛查等，侵袭性方法有绒毛膜取样、胎盘取样、羊水穿刺、胎儿血样化验等。另外，还有第三代试管婴儿技术在胚胎植入前应用的遗传检测技术。产前诊断中的伦理问题主要有如下两个方面：

首先，产前诊断后优生决策如何做出。运用产前诊断，如果获得阳性结果，则会导致有缺陷胎儿人工流产。但做出这个决定并不容易，尤其是在对缺陷的轻重程度上认识不一、存在某些不确定性和仅有一定概率等情况下，选择更加困难。通常由医生提出医学意见，最终由求诊夫妇知情同意或自主决定。

其次，产前诊断能否进行性别鉴别。许多产前诊断措施能够对胎儿进行性别鉴别，但应否进行同样是一个伦理问题。基于优生医学需要而进行的产前性别鉴别是合乎伦理的，例如对于有些伴性遗传病，可以通过产前诊断进行胎儿性别鉴别，通过人工流产限制相应性别胎儿的出生。而非医学需要的胎儿性别鉴别，容易造成出生婴儿性别比不平衡的恶果，是不合乎伦理的。

（二）积极优生措施的伦理

1. 积极优生的医学措施 通过生殖技术进行积极优生。美国著名遗传学家缪勒（Hermann Joseph Muller）曾建议让一些杰出的男子多次提供精子，然后通过对妇女人工授精产生更为杰出的后代。伴随人工授精及试管婴儿技术的发展、精子库的建立，在有限范围内使缪勒的设想得以实现。早在20世纪80年代，美国亿万富翁罗伯特•格雷厄姆就曾建立过一个“名人精子库”，他还将之称为“诺贝尔精子库”。1999年中国第一家“名人精子库”在四川成都诞生，之后又出现“博士精子库”和“美女卵子库”等，从一定意义上都是积极优生的设想和尝试。但对这些做法都存在争议。目前，科学界和伦理学界多数学者认为这是“基因决定论”的一种反映，并不认同。

通过基因增强技术进行积极优生。基因增强（genetic enhancement）是通过基因治疗技术使人体增加物种原先不具备的新能力，包括增强认知、情态、体能，使形态更美、寿命更长，有更好的头脑、身体等。这些基因增强技术主要包括改变体细胞或生殖细胞基因结构。

2. 积极优生的伦理问题 积极优生是否可能？积极优生中的首要伦理问题是这些措施是否真正能够产生积极优生的效果。积极优生目前大都处于尝试和设想阶段，尚带有很大的不确定性。人的性状和能力的形成是遗传物质起主导作用，还是后天造就？在生物学、医学和教育学领域一直存在着争论。“基因决定论”夸大了遗传物质的功能，而忽视了社会、文化和教育等环境因素以及个人的主观努力等自由意志的作用。人类的智力发展不单单取决于基因，而是遗传物质与社会环境相互作用的结果。据俄罗斯《真理报》报道，美国利用诺贝尔奖得主的精子制造“神童”，然而在200名“培养品”中，只有一人表现得智力过人。

积极优生是否应该？“积极优生是否可能”需要科学来证实，如果积极优生不具可能性，那么进行积极优生就是不合伦理的；即使积极优生成为可能，也需要确定伦理准则。如果积极优生成为可能，“人性准则”则是其伦理的前提。所谓人性准则，是指积极优生应该符合普遍人性及其规律。由于积极优生给人带来的是好处还是坏处、优生的程度和极限尚不确定。这种“不确定性”决定了积极优生不能超过普遍人性。

第三节 辅助生殖伦理

一、辅助生殖技术概述

生殖技术，即人类辅助生殖技术（assisted reproductive technology，ART），是指运用医学技术和方法代替自然的人类生殖过程的某一步骤或全部步骤的手段，对配子、合子、胚胎进行人工操作，以达到受孕为目的的技术。此类技术可在一定程度上治疗不育夫妇以达到生育的目的，也是生育调节的主要组成部分。主要包括人工授精（artificial insemination，AI）、体外受精 - 胚胎移植（in vitro fertilization and embryo transfer，IVF-ET）、卵胞浆内单精子注射（intracytoplasmic sperm injection，ICSI）、胚胎植入前遗传学诊断（pre-implantation genetic diagnosis，PGD）、精液冷冻、胚胎冷冻、克隆（clone）等技术。

辅助生殖技术属于自然科学技术范畴，它是解决不孕症患者“能不能”生育的问题。而伦理属于哲学范畴，是协调人与人、人与社会各种关系所应遵循的行为规范，它是基于价值判断来解决技术“该不该”实施的问题。一方面，通过伦理评价和价值判断，防止辅助生殖技术的滥用；另一方面，传统伦理观也要与时俱进，以更好地引导、规范新技术的应用，并促进技术的进步。

（一）人工授精

人工授精（artificial insemination，AI）是指收集丈夫或自愿捐精者的精液，由医师注入女性生殖道，以达到受孕目的的辅助生殖技术。人工授精实际上替代了自然生殖过程的性交。按照精液的来源不同，可以分为同源人工授精（artificial insemination of husband，AIH）和异源人工授精（artificial insemination of donor，AID）。前者又称夫精人工授精或同质人工授精，即用自己丈夫的精子进行的人工授精；后者又称供精人工授精或异质人工授精，即用自愿捐精者的精子进行的人工授精。由于冷冻技术在这个领域中的运用，可以把精液冷冻在 −196.5℃的液态氮中长期保存，于是诞生了储存精子的机构——精子库（sperm bank），又被称为精子银行。

（二）体外受精

体外受精（in vitro fertilization，IVF）是指用人工方法让卵子和精子在人体以外受精和发育的生殖方法。体外受精代替了自然生殖过程的性交、受精和自然植入子宫三个步骤。目前，在体外完成人类胚胎和胎儿的全部发育过程还只是一个设想。可以做到的是，把发育到一定程度的胚胎移植到母体子宫中，进一步发育直到诞生。因此，体外受精和胚胎移植技术总是结合在一起应用的。由于受精是在实验室的试管中进行，通过这种方式诞生的婴儿，通常又被称为“试管婴儿”。由于可以激发排卵，受精卵的数目可能超过移植的需要，在这个领域同样可以使用冷冻技术，于是诞生了冷冻卵子库和冷冻胚胎库。

（三）卵胞浆内单精子注射

卵胞浆内单精子注射术（intracytoplasmic sperm injection，ICSI），即所谓第二代试管婴儿，是 1992 年比利时自由大学中心 Palermo 等创立的辅助受精技术，该技术借助显微操作系统将单一精子直接注射入成熟卵子内使其受精，显微注射前精子无须发生顶体反应，对精子浓度、活动度、形态等参数要求低，仅需数条精子即可获得较高的受精率、胚胎移植率，利用附睾和睾丸的精子也能取得和正常精子相似的妊娠率。因此，ICSI 技术的发展使少弱精子症、无精子症等方面的治疗取得了突破性进展，已成为严重男性因素不育患者的最有效治疗方法。此项技术主要适合于严重的少、弱、畸形精子症，梗阻性无精子症、生精功能障碍、精子无顶体或顶体功能异常等各种男性不育患者。但 ICSI 是一种侵入性操作，对卵子有一定创伤，治疗费用较高，而且其子代的安全性还需长期跟踪随访，不能也不应取代常规 IVF，建议严格掌握适应证。

（四）胚胎植入前遗传学诊断

胚胎植入前的遗传学诊断（pre-implantation genetic diagnosis，PGD）即所谓的第三代试管婴儿技术，它是在常规试管婴儿的基础上，对获得的胚胎进行遗传学方法检测，在医生指导下挑选合适的胚

笔记

胎移植入母体子宫，以期防止遗传性疾病患儿的出生。第三代试管婴儿技术应用至今已有20余年的历史，目前通过PGD技术可检测上百种疾病，它们包括染色体异常、单基因遗传病或性连锁疾病，如染色体平衡易位、罗氏易位、血友病、多囊肾、克氏征等。随着检测技术及基因诊断的发展，PGD技术对优生工作起到越来越重要的作用。

（五）克隆技术

克隆技术（clone）又称为无性繁殖（asexual reproduction），该技术能取出高等动物的成体细胞，将其携带遗传信息的细胞核植入去核的卵母细胞中，不经过有性过程即可将结合体激活、分裂，再将发育到一定程度的胚胎移植于母体子宫妊娠直至分娩。无性繁殖运用现代医学技术，不通过两性结合而进行高等动物（包括人）生殖，用简单的低等生物生殖方式来繁殖，几乎完全放弃了人类自然生殖的所有形式和步骤。由于成体细胞已经失去了受精卵的分化能力，就大大增加了无性生殖的难度。目前，虽然无性繁殖人类已经逾越了生物技术障碍，但其应用仍面临激烈的伦理争议。

二、辅助生殖技术的伦理价值

（一）治疗不孕不育

发展生殖技术的初衷就是为了解决不孕不育问题，辅助生殖是其最基本的价值。在临床上已经运用的生殖技术有着具体不同的价值，人工授精技术主要解决男性的不育问题：AIH适用于男性性功能异常、不能进行正常性交者，或适用于男性精液中轻度少精、弱精或其他轻度男性不孕者；AID适用于男性精液中无精子或男女为同一染色体隐性杂合体者。

在体外受精-胚胎移植技术中，第一代“试管婴儿”技术主要解决夫妻双方中女方因输卵管阻塞而产生的不孕难题，还可以解决女性宫颈黏膜不利于精子通过以及其他不明原因的不育症问题，也可以解决女性无卵或卵功能异常（使用供体卵）问题。第二代“试管婴儿”技术则主要解决夫妻双方中因男方极度少精、弱精或阻塞性无精而产生的不育难题。

（二）实现优生优育

挑选他人的优质精子和卵子进行人工授精和体外受精，既可以实现消极优生，又可以达到积极优生。对于有极大遗传病可能的夫妇，使用他人的生殖细胞进行辅助生殖，可以实现消极优生。挑选优质生殖细胞进行辅助生殖，可以进行积极优生。例如第三代试管婴儿技术，通过胚胎筛选预防遗传病，将有遗传病的夫妇通过体外受精发育成的胚胎进行筛选，将没有遗传病基因的胚胎移植到女方的子宫里，就可以有效地帮助人们实现优生优育的愿望。

（三）提供生殖保险

如果一对夫妻所生的子女在成长的过程中不幸夭折，而这对夫妇此时已经失去了生育能力，那么他们能否再生育自己的子女呢？生殖技术可以提供“生殖保险”服务，即利用现代技术把生殖细胞或受精卵、胚胎进行冷冻保存，随时可以取用进行人工授精或体外受精-胚胎移植来生育孩子。例如，已婚男子在行绝育术之前，军人在出征参战之前，探险家在探险出发之前，从事某种影响生育的职业（如接触放射性物质）之前，因病必须接受某些影响生育的药物、放射线和手术治疗之前等，都可以将自己的精液冷藏于精子库中，作为生育保险。

三、辅助生殖技术应用的伦理准则

（一）我国辅助生殖技术伦理制度建设概述

我国的生殖技术研究和临床应用进展很快，人工授精、体外受精-胚胎移植技术已经在临床广泛运用，但同时带来了不可忽视的问题。为了规范生殖技术的研究和临床运用，卫生部于2001年颁布实施了《人类辅助生殖技术管理办法》，并于2003年修订推出《人类辅助生殖技术规范》《人类精子库基本标准和技术规范》《人类辅助生殖技术和人类精子库伦理原则》，对规范生殖技术的研究和临床运用起到了十分重要的作用。

NOTE

（二）我国辅助生殖技术应用伦理准则

1. 有利于患者 ①综合考虑患者病理、生理、心理及社会因素，医务人员有义务告诉患者目前可供选择的治疗手段、利弊及其所承担的风险，在其充分知情的情况下，提出有医学指征的选择和最有利的治疗方案。②禁止以多胎和商业化供卵为目的的促排卵。③不育夫妇对实施人类辅助生殖技术过程中获得的配子、胚胎拥有其选择处理方式的权利，技术服务机构必须对此有详细的记录，并获得夫方、妇方或双方的书面知情同意。④患者的配子和胚胎在未征得其知情同意的情况下，不得进行任何处理，更不得进行买卖。

2. 知情同意 ①人类辅助生殖技术必须在夫妇双方自愿同意并签署书面知情同意书后方可实施。②对人类辅助生殖技术适应证的夫妇，医务人员须使其了解：实施该技术的必要性、实施程序、可能承受的风险以及为降低这些风险所采取的措施、该机构稳定的成功率、每周期大致的总费用及进口、国产药物选择等与患者作出合理选择相关的实质性信息。③接受人类辅助生殖技术的夫妇在任何时候都有权提出中止该技术的实施，并且不会影响对其今后的治疗。④医务人员必须告知接受人类辅助生殖技术的夫妇及其已出生的孩子随访的必要性。⑤医务人员有义务告知捐赠者对其进行健康检查的必要性，并获取书面知情同意书。

3. 保护后代 ①医务人员有义务告知患者通过人类辅助生殖技术出生的后代与自然受孕分娩的后代享有同样的法律权利和义务，包括后代的继承权、受教育权，赡养父母的义务，父母离异时对孩子监护权的裁定等。②医务人员有义务告知接受人类辅助生殖技术治疗的夫妇，他们通过对该技术出生的孩子负有道德和法律上的权利和义务。③如果有证据表明实施人类辅助生殖技术将会对后代产生严重的生理、心理和社会损害，医务人员有义务停止该技术的实施。④医务人员不得对近亲间及任何不符合道德的精子和卵子实施人类辅助生殖技术。⑤医务人员不得实施代孕技术。⑥医务人员不得实施胚胎赠送助孕技术。⑦在尚未解决人卵胞浆移植和人卵核移植技术安全性问题之前，医务人员不得实施以治疗不育为目的的人卵胞浆移植和人卵核移植技术。⑧同一供者的精子、卵子最多只能使5名妇女受孕。⑨医务人员不得实施以生育为目的的嵌合体胚胎技术。

4. 社会公益 ①医务人员必须严格贯彻国家人口和计划生育法律法规，不得对不符合国家人口和计划生育法规和条例规定的夫妇和单身妇女实施人类辅助生殖技术。②根据《母婴保健法》，医务人员不得实施非医学需要的性别选择。③医务人员不得实施生殖性克隆技术。④医务人员不得将异种配子和胚胎用于人类辅助生殖技术。⑤医务人员不得进行各种违反道德的配子和胚胎实验研究及临床工作。

5. 保守医密 ①互盲原则：凡使用供精实施的人类辅助生殖技术，供方与受方夫妇应保持互盲、供方与实施人类辅助生殖技术的医务人员应保持互盲、供方与后代保持互盲。②医疗机构和医务人员对使用人类辅助生殖技术的所有参与者（例如卵子捐赠者和接受者）有实行匿名和保密的义务。匿名是藏匿供体的身份，保密是藏匿受体参与配子捐赠的事实以及对受者有关信息的保密。③医务人员有义务告知捐赠者不可查询受者及其后代的一切信息，并签署书面知情同意书。

6. 严防商业化 ①医疗机构和医务人员对要求实施人类辅助生殖技术的夫妇，要严格掌握适应证，不能受经济利益驱动而滥用人类辅助生殖技术。②供精、供卵只能是以捐赠助人为目的，禁止买卖，但是可以给予捐赠者必要的误工、交通和医疗补偿。

7. 伦理监督 ①为确保以上原则的实施，实施人类辅助生殖技术的机构应建立生殖医学伦理委员会，并接受其指导和监督。②生殖医学伦理委员会应由医学伦理学、心理学、社会学、法学、生殖医学、护理学专家和群众代表等组成。③生殖医学伦理委员会应依据上述原则对人类辅助生殖技术的全过程和有关研究进行监督，开展生殖医学伦理宣传教育，并对实施中遇到的伦理问题进行审查、咨询、论证和建议。

（三）我国人类精子库管理伦理准则

1. 有利于供受者 ①严格对供精者进行筛查，精液必须经过检疫方可使用，以避免或减少出生

笔记

缺陷，防止性传播疾病的传播和蔓延。②严禁用商业广告形式募集供精者，要采取社会能够接受、文明的形式和方法，应尽可能扩大供精者群体，建立完善的供精者体貌特征表，尊重受者夫妇的选择权。③应配备相应的心理咨询服务，为供精者和自冻精者解决可能出现的心理障碍。④应充分理解和尊重供精者和自冻精者在精液采集过程中可能遇到的困难，并给予最大可能的帮助。

2. 知情同意 ①供精者应是完全自愿地参加供精，并有权知道其精液的用途及限制供精次数的必要性（防止后代血亲通婚），应该签署书面知情同意书。②供精者在心理、生理不适或其他情况下有权终止供精，同时在适当补偿精子库筛查和冷冻费用后，有权要求终止使用已被冷冻保存的精液。③需进行自精冷冻保存者在签署知情同意书后，方可实施自精冷冻保存。医务人员有义务告知自精冷冻保存者采用该项技术的必要性、目前的冷冻复苏率和最终可能的治疗结果。④精子库不得采集、检测、保存和使用未签署知情同意书者的精液。

3. 保护后代 ①医务人员有义务告知供精者，对其供精出生的后代无任何的权利和义务。②建立完善的供精使用管理体系，精子库有义务在匿名的情况下，为未来人工授精后代提供有关医学信息的婚姻咨询服务。

4. 社会公益 ①建立完善的供精者管理机制，严禁同一供精者多处供精并使5名以上妇女受孕。②不得实施无医学指征的X、Y精子筛选。

5. 保守医密 ①为保护供精者和接受者夫妇及所出生后代的权益，供精者和接受者夫妇应保持互盲，供精者和实施人类辅助生殖技术的医务人员应保持互盲，供精者和后代应保持互盲。②精子库的医务人员有义务为供精者、接受者及其后代保密，精子库应建立严格的保密制度并确保实施，包括冷冻精液被使用时应一律用代码表示，冷冻精液的接受者身份对精子库隐匿等措施；接受者夫妇以及实施人类辅助生殖技术机构的医务人员均无权查阅供精者真实身份的信息资料，供精者无权查阅接受者及其后代的一切身份信息资料。

6. 严防商业化 ①禁止以营利为目的的供精行为，供精是自愿的人道主义行为，精子库仅可以对供精者给予必要的误工、交通和其所承担的医疗风险补偿。②人类精子库只能向已经获得原卫生部人类辅助生殖技术批准证书的机构提供符合国家技术规范要求的冷冻精液。③禁止买卖精子，精子库的精子不得作为商品进行市场交易。④人类精子库不得为追求高额回报降低供精质量。

7. 伦理监督 ①为确保以上原则的实施，精子库应接受由医学伦理学、心理学、社会学、法学和生殖医学、护理学、群众代表等专家组成的生殖医学伦理委员会的指导、监督和审查。②生殖医学伦理委员会应依据上述原则对精子库进行监督，并开展必要的伦理宣传和教育，对实施中遇到的伦理问题进行审查、咨询、论证和建议。

现代生殖医学提供了越来越多的能有效干预人类自然生育行为的手段，例如计划生育、优生优育和辅助生殖等。这些生育控制措施既给病人和人类带来了巨大的福音，也引发了令人困惑的诸多伦理问题。生殖医学技术服务都是由医务人员提供的，因此，作为生育控制的专业技术“守门人”，医务人员应该明确和积极承担起在计划生育中的重大道德责任，严格遵守国家制定的伦理准则和法律法规，处理好计划生育、优生优育、辅助生殖等技术应用中的特殊医患关系问题。对于其中充满伦理争议、尚无“标准答案”的问题，应该充分发挥伦理智慧，积极而慎重地应对，并通过参与学术探讨等途径，以集体的力量加速解决问题的进程。

四、辅助生殖技术的伦理争议

（一）如何确定配子、合子和胚胎的道德地位

生殖技术首先引发精子、卵子、受精卵和胚胎的道德地位如何确定问题。它们是不是具有独立的道德地位？是提供者的物质、身体部分还是具有独立道德地位的个体？它们是否属于提供者的财产？提供者可否因此获得报酬？提供人类辅助生殖技术的医疗机构给予有关当事人经济补偿是否属于变相的商业化？与此相联系的是生殖技术能否商业化的问题。

在美国，提供精子的人获得经济报酬已经成为常规。我国有人也建议精子可以商品化。主要理由是精子商品化可以大大增加精子的供给量，而我国的精子库普遍存在捐献者过少，有可能出现使受精过于单一的问题。但更多的人认为精子商品化可能造成供体不关心自己行为的后果，有意或无意地隐瞒自己身体上、行为上、心理上的缺陷；精子库可能由于竞争或追求利润最大化，而忽视精子的质量，或者为了追求高质量，只提供一类他们认为“最佳的”精子，结果使人类基因可能变得单调而缺乏多样性。

（二）如何确定家庭人伦关系

AID 提出的一个新问题是“谁是父亲”，随着 AID 与体外受精 - 胚胎转移技术的结合，扩大为“谁是父母”的问题。父亲可分为“遗传父亲”“养育父亲”，两者合一的“完全父亲”；母亲可分为“遗传母亲”“孕育母亲”“养育母亲”，三者合一的“完全母亲”。

除用于已婚的不育症病人外，国外有的国家临床辅助生殖技术还可以用于未婚男女、同性恋者生儿育女。这样，会对已有的家庭模式、孩子的成长、人伦关系等产生前所未有的挑战。

在英国，2006 年 7 月立法规定单身妇女和同性恋女性可以采用人工授精、体外受精生育。在我国，2003 年公布的《人类辅助生殖技术和人类精子库伦理原则》则明确规定，不允许单身女性使用人工生殖技术。

（三）自然法则可否违背

生殖技术合乎伦理的基础是遵循自然生殖法则：凡是符合自然法则的，就被认为是道德的；凡是不符合自然法则的，就被认为是不道德的。在人类遗传学和生殖生物学中，迄今为止一直遵守着一条法则，即由父母通过性细胞中遗传物质 DNA 的结合而产生子代。质疑者认为，生儿育女是爱情、婚姻的永恒体现，而生殖技术切断了生儿育女和婚姻的联系；如果把生育变成了“配种”，把家庭的神圣殿堂变成了一个生物学实验室，同时把人类分成技术繁殖的和自然繁殖的两类，那么是否严重挑战了自然生殖的法则呢？

生殖技术还可能导致近亲婚配。在生殖技术应用中，对精子、卵子的捐献者通常是保密的，这样就有可能可能出现捐精者、捐卵者、人工授精后代、试管婴儿后代相互之间近亲婚配。而人类两性关系发展的历史早已证明，近亲通婚往往容易将双方生理上的缺陷传给后代。

如果允许进行无性生殖，那么一方面克隆人的过程将彻底改变上述生育法则；另一方面由于是“复制”，使人类失去了遗传的多样性，从进化意义上讲，克隆人缺乏适应自然与生存的能力。

（四）错用或滥用的可能

“错用”是指生殖技术操作者的动机原本是好的，但其效果却带来种种问题。例如某国 2014 年曾报道一名白人同性恋母亲起诉一家精子银行，称因精子银行失误导致她接受了一名黑种人的精子，从而生下一名混血女婴。报道称精子库工作人员工作的失误可能是主要原因。

“滥用”是指由生殖技术操作者的动机不良或不纯而造成的种种问题。例如某国的一位人工授精专科医生贪婪成性，不仅医药费昂贵，还向要求人工授精服务的夫妇声称，要去精子库购买精子，索要更多的费用，而实际上使用自己的精液进行人工授精，先后制造了 6000 多个人工授精后代，带来了无穷的后患。

人们反对无性生殖的一个重要理由就是担心被滥用。例如犯罪分子利用无性生殖技术复制与自己相同的人，会加大对社会的危害；有人希望利用克隆技术制造一些智力低下的人，用来充当奴隶等。

（五）代孕的伦理争议

代孕技术作为一项人类辅助生殖技术引起社会热议，存在诸多伦理争议。支持代孕合理使用的一方认为，存在生殖障碍的育龄夫妇比例不断递增，代孕给了这一类人群新的希望，使他们拥有一个带有夫妇自己基因的孩子，维护家庭幸福。反对代孕的一方将“代孕”与“出租器官”联系在一起，认为代孕行为实质上就是出租子宫，将女性作为生育机器，这是对女性的极大侮辱。各国对于代孕的

态度也有所不同，法国、瑞典、德国、新加坡等是完全禁止代孕的，而英国、美国等国家或地区是主张有限开放的。

代孕不同于传统的生殖方式，其涉及的当事人不仅仅是传统意义上的父母双方，通过代孕分娩的婴儿拥有在遗传学上和生理学上两位不同的母亲。一些自行协定的代孕协议条款已明确剥夺了代孕母亲的监护权。代孕母亲的法律地位是否等同于传统父母的问题在法律上尚无定论，但代孕母亲的地位问题已在现实生活中引发了不少的纠纷，如代孕母亲追讨代孕子女的监护权的案件屡屡发生。代孕合同在履行时存在隐患，如代孕母亲产下生理缺陷婴儿其责任的归属、多胞胎的胎儿归属等。如果在此类问题上双方不能妥当处理，势必会将此类责任推向社会。

思考题

1. 试论述计划生育的道德依据。
2. 分析消极优生和积极优生中的具体伦理问题。
3. 简述辅助生殖技术和人类精子库的伦理准则。

（袁蕙芸）

第十章　人体器官移植伦理

【导入案例 10-1】 捐肾救子为何遭遇伦理困境

人体器官移植（organ transplantation）是指摘取器官捐献人具有生理功能的心脏、肺脏、肝脏、肾脏或者胰腺等器官的全部或者部分，将其植入接受人身体以代替其病损器官的过程。其中捐献出器官一方被称为“供体”，接受器官一方被称为“受体”。狭义的人体器官移植只包括心、肝、肾等大器官的移植，广义的人体器官移植还包括人体细胞和组织的移植。

器官移植技术是人类健康的福音，器官移植的成功，被称为 20 世纪人类医学史的三大里程碑之一。但这一技术包含了器官的捐献、摘取、植入过程，每一环节都涉及当事人的合法权益，引发了较一般医疗技术更多的社会、伦理和法律问题，需要完备的伦理原则和法律规定进行调整和规范。

第一节　器官移植技术及一般伦理问题

一、器官移植技术概述

科学技术往往都来自幻想。器官移植的幻想在远古时候就开始了，但真正标志着人体器官移植技术从幻想走到现实的是美国外科医生约瑟夫•默瑞（Joseph Murray）。从 1954 年到 1962 年，他成功地进行了第一例同卵双胞胎供肾、活体非亲属供肾、死者肾脏供肾的肾移植，在人类器官移植史上创造了三个第一。法国医生卡雷尔（Alexis Carrel）发明的血管缝合术、英国医生梅达沃（Peter Brian Medawar）发现免疫排斥和获得性免疫耐受等，也使人体器官移植技术得到逐步改进和提升。当前，器官移植已经是一项广泛开展的外科手术，至今已有超过八十万名的患者通过器官移植手术进行了治疗。在医疗条件比较先进的国家中，肾移植已成为良性终末期肾病（如慢性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎等所致的慢性肾衰竭）的首选常规疗法。肝脏移植手术与心脏移植手术也纷纷实施，连肺、小肠甚至肢体等也进入可移植行列。单个器官移植技术逐步成熟的同时，多器官移植和器官联合移植的研究也渐渐展开。人们还开始尝试结合干细胞技术和支架材料体外构建组织或器官，有的试验者还将目光又扩大到以往屡次失败的异种器官移植上。无论试验结果如何，这些完成或进行的探索都给无数患有绝症的患者带来了福音，点燃了希望。

我国器官移植技术则开始于 20 世纪 60 年代，虽起步较晚但发展迅速，心、肝、肾各大器官移植的技术已非常成熟，受着存活率最长超过了 20 年，已达到世界先进水平。现在，我国人体器官移植总量已跃居世界第 2 位，仅次于美国。随着外科技术、药理学、免疫学、遗传学和基因工程技术的发展，未来的器官移植技术必将更加发达，将生命的梦想更强大地嫁接与延续下去。

二、人体器官移植的伦理辩护

由于涉及人和人的组织、器官，人体器官移植技术不可避免地要受到伦理的考量。总体来看，人体器官移植技术是能够得到伦理辩护的。

（一）人体器官移植符合道德善

器官移植技术被创造和应用的目的是为了挽救患者生命，减轻患者痛苦，延长人类生存时间，其目标本身就是“善”的，符合人类的道德善。该技术被广泛应用后，无数本来病入膏肓的患者因此获

得了新生，许多曾经是不可战胜的疾病被征服了。因此，这种技术符合人类整体利益，符合道德善的要求，是一种应该得到认可的伦理行为。

（二）人体器官移植实现了人们的幸福目标

在人体器官移植中，无论受体还是供体方都得到了幸福。对于受体而言，健康的身体是幸福生活的起点。一个原本深陷重症疾病的患者，接受了供体所提供的器官后，身体的痛苦得到缓解，甚至重新恢复了健康，这时受体一方包括其家人，幸福的感觉是不言而喻的。对于供体一方，虽然是付出，但这种利他行为使供体实现了个体道德人格的自我完善，实现了精神上的升华。这种升华使供体对自身的存在高度肯定和评价，是幸福的最高层次和最高境界。

（三）人体器官移植弘扬了利他精神

利他是社会伦理中大力推崇和褒扬的行为。人体器官移植时，必须由供体将器官自愿捐献给受体，使受体恢复健康，这是一种利他行为。除了极少数国家允许有偿捐献外，绝大多数国家都要求无偿捐献。因此，能够捐献器官的人，的确需要有一种大爱无疆的情怀，一种奉献自己、拯救他人的利他精神。这种“利他”是人类生命的互助，是“利他主义”善行的最高体现。人体器官移植技术的实施，体现了“利他”的社会正向价值观，并在客观上对这种价值观起到了传播和促进的作用，应该得到伦理的认可。

三、人体器官移植的伦理争论

在得到基本伦理辩护的同时，人体器官移植也具有较一般医疗技术更多的伦理争论。

（一）人格统一性的争论

英国哲学家洛克在其名著《人类理解论》中有一个著名的命题：如果一个王子和一个鞋匠互换灵魂，那么王子和鞋匠谁是谁？在器官的更换上，人们也会产生相同的疑问：更换了器官后，此人是否还是此人？更换的器官越多，引起的疑问就越大。一般来说，器官移植虽然对身体的某些部分进行了更换，但这种更换因为融入了原有身体，并未对生命产生本质性的改变，影响对身体归属的认定，虽然有疑问，但仍然能够得到公众的广泛支持。如果随着生物技术的发展，对生命和人格产生本质性改变的移植技术出现，如头颅移植，伦理上的反对声就不可避免了。头颅是一个人，身体是另一个人，这个人到底是谁？这个问题在伦理和法律上解决不了，头颅移植技术就无法得到应用。上述移植均为同种器官移植尚且引起了很大的争议和疑问，而异种器官移植、转基因器官移植等将会引起更激烈的争议：此人是否还是人，如将猪的心脏移植给人，手术成功后的受体会变成猪吗？不仅如此，移植了异种器官的人，自身心理可能会受到影响，觉得自己变成了“禽兽”。

（二）因费用高昂产生的争论

人体器官移植的费用远高于一般医疗技术。整个移植手术过程中，从检查、手术到术后的抗排异，每个环节都要花费大量的金钱。在器官移植中，肾脏移植手术费用较低，以我国为例，手术费一般需要十多万，术后服用抗排异药物费用需要 20 万左右。欧美国家费用更高。如此高昂的费用，低收入的家庭往往难以承受。因此，器官移植手术的得益者一般是中等收入以上的家庭和享有医疗保险的人。穷人、无医疗保险的人不以负债累累为代价则很难得到。而器官移植手术的研究开发费用非常高，社会为此投入了大量的人力、物力和财力。有人因此提出了疑问：为了一种只有部分人得益的技术，投入如此高，是否公平？而且，器官移植不是每例都能成功的，失败的案例也不少。患者花费了高昂的费用，面对的却是一个充满风险的结果，又是否符合医学伦理学中的“有利”和“不伤害”原则呢？这些问题都值得深思。

（三）因社会负面现象产生的争论

人体器官移植技术问世后，面临的最大问题是供移植器官来源不足，愿意捐献器官的人寥寥无几。等待移植患者要从正常渠道获得器官非常困难，由此催生了许多社会问题。如器官买卖“黑市”

的出现，因非法获取器官而产生的犯罪，部分人为获得经济利益出卖器官等。人们将这些负面现象都归因于器官移植技术的出现。

第二节 人体的移植器官来源与器官分配伦理

一、器官来源伦理

（一）尸体器官

尸体器官用于移植，是伦理上争议较少的一种器官来源方式。一个人在死亡后，器官捐献出来用于救治他人，在道德上是一种高尚的利他行为。对这种行为的鼓励、宣传和褒奖，代表着公众在伦理上的普遍认同。

1. 捐献器官同意方式问题 器官来源不足是各国器官移植面临的共同难题。以我国为例，每年约有150万患者需要通过器官移植来拯救生命，可每年供移植的器官数量却非常有限。截至2017年12月24日，我国共捐献器官41 509个，实现尸供器官捐献15 011例，PMP（每百万人的捐献率）2016年达到2.98。与2003年我国公民逝世后器官捐献的数字为零，2011年PMP仅为0.03相比，这个数字已经是经过多年努力后的巨大进步。但与每年150万的需求人群相比，仍然显得非常渺小。即使是器官移植技术发达的其他国家，器官来源同样也是难题。如世界上器官移植捐献率最高的国家西班牙，2016年PMP为43.4，虽然相对量很可观，但绝对量也远不能满足需求。

因为器官来源严重不足，世界各国都在设计更好的制度以鼓励更多的人在死亡后捐献出自己的器官。目前各个国家的器官捐献制度主要分为两种方式："明示同意"和"推定同意"。明示同意指器官捐献是在死者及其家属明确表示同意捐献后方能发生。推定同意指死者或死者家属如果没有明确表示过反对死后器官捐献，就可以推定为已经同意。在实践中，每个国家根据自己的社会、医学和文化传统，决定本国移植器官的同意方式。但无论采用哪一种同意方式，都必须与该国的文化背景和社会传统紧密结合，才能取得良好的效果。

2. 补偿方式问题 即使捐献的尸体器官严重不足，但除了伊朗等个别国家外，各国几乎都反对器官商业化（commercialization of organs），立法禁止器官买卖。原因主要在以下几个方面：一是器官作为商品买卖是一种将器官物化的行为，将人的器官物化有损人的尊严。二是器官买卖受利益驱使，有人是因为经济困难，有人是因为受物质生活诱惑，从而使器官卖出者的真实意愿可能无法完全体现。三是器官买卖利益巨大，在高额利润的诱惑下，极易诱发恶性犯罪的发生，现实生活中已经有类似案例。四是器官买卖容易造成两极分化。器官费用高昂，使富人才能获得器官移植技术成果，穷人只能出卖器官，却没有能力购买器官进行移植挽救生命，这是一种极大的不公平。

虽然器官买卖无论从伦理还是法律上都得不到支持，但捐献器官应否得到一定的补偿？在自愿和不以经济回报为目的的捐献前提下，只要不是以受体一方直接支付货币的方式作为尸体器官捐献的对价，对器官捐献者及家属进行适当补偿是可行的。而且除了经济补偿外，这种补偿还可以通过另一种方式来体现，那就是"器官优先获得权"。如果死者捐献了器官，那么其一定法律范围内的亲属在需要器官移植时，可以优先获得器官。这种补偿方式相对于经济补偿，伦理争论更小，也更容易得到法律的认可。

3. 脑死亡的争议 脑死亡（brain death）标准从其诞生起就面临着很大的争议。哈佛医学院提出脑死亡的标准时，提出了确立脑死亡必要性的四个理由，即消除器官采集方面的争议，解除患者亲属的负担，避免公共卫生资源的无谓浪费，解除患者的痛苦。可见，第一个就与器官移植有关。有学者认为这完全是为了增加可移植器官的供应量而人为规定的死亡标准，是一种基于仍然活着的健康人群利益考虑的纯功利主义做法。被宣告脑死亡的人实际上并没有走完其生命的历程，但为了仍然活着的人的利益被人为提前终止。这种做法存在伦理上的瑕疵。在实际生活中，习惯了传统的心肺死亡标准，人们也很难将仍然具有正常体温、心脏仍然跳动的患者看成死人。到需要判定是否死

笔记

亡时，传统心肺标准直观而容易判断，而脑死亡标准科技含量极高，实施起来必须有很强的技术支持，除了专业的医院，家庭中难以做到。因此，即使是发达国家对脑死亡标准的把握都存在着极大的争议。

4. 使用死刑犯器官的争议　利用死刑犯的器官进行移植，是许多国家开始应用器官移植技术时的做法。但随着社会的发展和人权意识的增强，这种做法引起了越来越多的伦理争论。支持者认为在可供移植器官缺乏的情况下，利用死刑犯的器官救治患者可以避免对器官资源的浪费。死刑犯本身已经失去生命，摘取器官对他们也没有实质性的伤害。如果死刑犯自愿，行刑后将他们的器官用于移植是可行的。反对者则认为死刑犯处于极度弱势的地位，无法保证知情同意权利的充分实现。他们的自愿，很难说是真正的“自愿”。死刑犯也是人，这种做法会造成对人权的严重侵犯。而器官是稀缺资源，死刑犯器官用于移植会赋予司法机关在此问题上不应有的权力，极容易为司法腐败打开缺口。正因如此，死刑犯器官不能用于移植逐步成为伦理学界和法学界的共识，各国已经相继立法禁止。

（二）活体器官

由于捐献的尸体器官远远不能满足需求，人们只好将获得器官的希望投向活着的人，主要是受体的亲属、配偶，有的国家还包括自愿捐献的人，由他们来捐献出供体需要的器官和组织。因为是在活人身上实施，活体器官移植存在着更大的伦理质疑之声。

1. 对供者的伤害　这种伤害包括身体和心理的伤害。活体器官捐献是以移植健康人的部分器官和组织为代价挽救另一条生命。肾的供体要捐献出一个完整的肾，肝的供体要捐献出部分肝脏，这些捐献本身就是对供体的一种伤害。虽然医护人员在实施手术的过程中努力将风险降低到最小程度，但移植过程中和移植后供体的后遗症还是屡有发生。心理上，供体往往会有巨大的压力，很容易产生焦虑情绪，有的在提供器官后对自己人格上的完整性产生了怀疑。这种损害健康人身心利益的做法本来是和“不伤害”伦理原则相违背的，仅仅是因为损害的目的是为了拯救另一条生命，从功利主义的立场来考量，收益大于风险，才获得了伦理上的辩护。过去在环孢素等抗免疫排斥的药物问世前，只能由亲属间进行活体捐献，那时候的活体捐献可以视为不得已而为之。但抗免疫排斥药物出现后，尸体器官捐献的存活率大为提高，已经和活体器官相当，活体器官捐献在技术上已经不是必需。今天各国的活体移植率仍然居高不下，完全是因为尸体器官来源不足而导致。

2. 知情同意权不能得到保障　活体器官的来源绝大多数是家庭成员之间的捐赠，人们常常认为这是一种“家庭互助”“高尚”的行为而进行大力宣扬。但实际生活中家庭成员的价值趋向是难于一致的，在家庭的压力下，供体很难做到真实意思表示，做到真正的自愿。尤其是在我国这种家庭主义色彩浓厚的社会背景下，来自家庭各方的压力可能会使成员无法表达自己真正的愿望，为了迎合家庭的利益被迫作出牺牲。如何保障供体的知情同意，也是活体器官移植面临的重大问题。

由于尸体器官来源不足，活体器官移植即使在伦理上有较大的争议，目前还是器官移植的主要方式。但活体器官移植对健康人有伤害，所以实施前必须经过详细论证和审查。至于非配偶和亲属间的活体器官移植，因为极容易导致器官买卖的产生，应该被严格限制。各国在这个问题上态度都非常慎重，许多国家直接立法禁止非亲属间的活体器官捐献。

（三）异种器官

异种器官移植（xenotransplantation）是指将器官、组织或细胞从一个物种的体内取出植入另一个物种体内的技术。目前这项技术仍然处于研究状态，已经用于试验的动物种类有黑猩猩、狒狒、羊、牛、猪、仓鼠、兔等。虽然尚未进入临床，但高新生物技术的发展日新月异，异种器官作为有别于其他移植方式的一种新器官来源，其中的伦理问题也值得关注。

1. 移植安全问题　和人体器官移植不同，异种动物之间的免疫排斥问题更为复杂，接受异种器官的人体风险更大。而且异种移植可能会把动物身上的疾病传递给人类，甚至诱发新的病毒。人类对动物病毒的感染没有免疫能力，像 SARS 病毒一样，一旦暴发，后果不堪设想。如果安全问题不能

解决，作为一种风险大于受益的技术，异种器官移植不能应用于人体。

2. 人的完整性问题 这种打破自然规律的行为对人的完整性提出了挑战。移植了异种器官的人，自身心理可能会受到影响，觉得自己变成了“禽兽”，还可能会遭受知情人异样的眼光。而且，移植异种动物器官会不会对人的生理和心理造成实质性的影响，现有的科学知识也无法给出确定的答案。

3. 人与动物的关系问题 按照人类中心主义的观点，大自然的一切都可以为人类所用，摘取异种动物器官来挽救人类生命是符合伦理的。但用于异种器官移植实验最多的是黑猩猩、狒狒和猴子，它们是灵长类，属于人类近亲。摘取这类动物的器官用于试验遭到动物保护组织的反对，引发了关于灵长类动物能否用于实验的伦理争论。为了避免争议，现在的异种移植实验中大量采用猪作为实验对象。猪是低等偶蹄目动物，虽然外形与人类相差甚远，但主要器官与人的器官在大小、形态、结构和功能上相仿，来源也不困难。未来猪有可能成为异种器官移植的主要来源。

二、器官分配伦理

器官分配（organ allocation）包括宏观分配与微观分配两个方面。宏观分配指国家如何将有限的卫生资源在器官移植和其他医学技术之间进行分配。但医学伦理学关注的主要是微观层面的分配，即一个稀缺的器官资源应该分配给哪一个患者进行移植？谁有权利决定？决定的标准是什么？微观层面的标准可分为两个方面，即医学标准与社会标准。

医学标准指移植的禁忌证和适应证，包括受体的年龄、健康状况、疾病状况、免疫相容性等因素。当一个可供移植的器官出现时，应该移植给适合接受它、让它能发挥效能的患者，这是器官分配的基本前提。医学标准包含的因素虽多，但很多都可以量化，因此在伦理上争议较小。

社会标准的内容则要复杂得多，可包括以下方面：

1. 捐献者意愿 在符合医学标准的前提下，如果捐献者生前对捐献对象有过明确的表示，应该尊重其意愿。

2. 是否曾经捐献 如果受体或其近亲属曾有过捐献器官的历史，那么在符合医学标准的前提下，可以优先获得器官。这种做法体现了公平原则，可以鼓励公众积极捐献器官，推动器官捐献数量的增加。

3. 登记的先后顺序 同一分配范围内，医学标准相等或相近，都没有优先条件，一个器官有多名患者等待，在这种情况下，“先来后到”无疑是最公平的方式。先登记的患者可以先获得器官进行移植。

4. 地域远近 在现有技术条件下，器官离体保存的时间最高为 24 小时，因此，供体与受体的距离远近也是标准之一。如果双方距离太远，正常的交通条件 24 小时内无法到达，器官就会浪费。其余标准大致相等的前提下，捐献器官的供体所在医院可以优先获得器官用于本院其他患者，再按地域由近到远依次分配。

5. 受体情况 包括受体的地位作用、社会价值、余年寿命等，都可以作为决定器官分配的参考因素。但此标准尤其是地位作用和社会价值这两条的运用要非常慎重。每个人的社会地位各不相同，社会价值的评价也是因人而异，但生命价值都是平等而至高无上的，应该一视同仁。因此，在医学标准基本相同、其他条件大致相当的前提下，余年寿命这种较客观的标准可以作为参考，地位作用与社会价值这种主观性太强，又容易引起争议的标准应尽量避免运用。

无论是医学标准还是社会标准，器官分配对象的选择都是一种功利主义的选择，即分配给综合各个标准后最适合的患者。但这些标准中刚性的很少，稍有不慎就会有“不公平”的嫌疑。必须结合我国的文化背景和社会传统，制定出制度化、可考量的器官分配规则，保证器官分配尽可能地公平。

第三节　人体器官移植的伦理规范与法律规范

一、人体器官移植现行国际伦理规范

自从器官移植技术问世以来，世界卫生组织、相关学术组织和许多国家都陆续制定了器官移植伦理和法律规范。其中影响最大的是世界卫生组织（WHO）的器官移植指导原则。

2010年5月，世界卫生组织在第63届世界卫生大会上用第63.22号决议批准了《世界卫生组织人体细胞、组织和器官移植指导原则》（以下简称“指导原则”），由11个部分的内容组成。

原则1为摘取器官的许可方式，将“明确同意”和“推定同意”都视为合法的方式，认为采取哪一种方式要取决于每个国家的社会、医学和文化传统，由政府当局负责定义根据国际伦理标准获得和记录细胞、组织和器官捐献的同意意见的程序、本国器官获得的组织方式。

原则2规定了医生的回避，“确定潜在捐献人死亡的医生，不应直接参与从捐献人身上摘取细胞、组织或器官，或参与随后的移植步骤；这些医生也不应负责照料此捐献人的细胞、组织和器官的任何预期接受人”，目的是为了避免由此引起的利益冲突。

原则3是对活体捐献的规定，要求活体捐献人一般应与接受人在基因、法律或情感上有关系。活体捐献必须在真实和充分知情抉择的前提下进行。

原则4规定对未成年人器官的摘取，整体上禁止以移植为目的摘取法定未成年人的细胞、组织或器官。能许可的主要例外是家庭成员间捐献可再生细胞（在不能找到具有相同治疗效果的成人捐献人情况下）和同卵双胞胎之间的肾脏移植（当避免免疫遏抑可对接受人有足够的好处，而且没有可在未来对捐献人产生不利影响的遗传病时，方可作为例外）。但在任何可能情况下都应在捐献前获得未成年人的同意。且对未成年人适用的内容也同样适用于没有法定能力者。

原则5是对器官买卖的禁止性规定，规定器官只可自由捐献，禁止买卖，但不排除补偿捐献人产生的合理和可证实的费用，包括收入损失，或支付获取、处理、保存和提供用于移植的人体细胞、组织或器官的费用。

原则6规定了禁止通过商业性的方式征求器官，可以依据国内法规，通过广告或公开呼吁的方法鼓励人体细胞、组织或器官的无私捐献。但禁止对细胞、组织或器官的商业性征求，这种商业性征求包括为细胞、组织或器官向个人、死者近亲或其他拥有者（如殡仪员）付款；该原则的对象既包括直接的购买者，也包括代理商和其他中间人。

原则7规定了对商业性方式获得器官的进一步限制，如果用于移植的细胞、组织或器官是通过剥削或强迫，或向捐献人或死者近亲付款获得的，医生和其他卫生专业人员应不履行移植程序，健康保险机构和其他支付者应不承担这一程序的费用。

原则8加强了指导原则5和7的规定，禁止所有参与细胞、组织或器官获取和移植程序的卫生保健机构和专业人员在细胞、组织和器官的获取和移植中牟取利益，不能接受超过所提供服务的正当费用额度的任何额外款项。

原则9规定了器官的分配问题，在捐献率不能满足临床需求的地方，分配标准应在国家或次区域层面由包括相关医学专科专家、生物伦理学专家和公共卫生专家组成的委员会界定，确保分配活动不仅考虑到了医疗因素，同时也顾及了社区价值和普遍伦理准则。分配细胞、组织和器官的标准应符合人权，特别是不应以接受人的性别、种族、宗教，或经济状况为基准。且移植和后续费用，包括适用的免疫抑制治疗，应使所有的相关病人能够承受得起。也就是说，任何接受人都不会仅仅因为钱财原因被排除在外。且分配应该公平、对外有正当理由并且透明。

原则10是对移植程序的规定，要使细胞、组织和器官移植的效果达到最佳，需要具有一个以规则为基础的程序。该程序贯穿从捐献人选择到长期随访过程中的临床干预和间接体内疗法步骤。在政府卫生当局的监督下，移植规划应监测捐献人和接受人，以确保他们获得适宜的保健，包括监测负

责其保健的移植队伍方面的信息。评价长期风险和获益方面的信息，对于获得同意的过程和充分平衡捐献人以及接受人的利益都极为重要。对捐献人和接受人带来的益处一定要大于捐献和移植引起的相关风险。在临床上没有治疗希望的情况下，不可允许捐献人进行捐献。

原则 11 是对移植透明性的规定，要求组织和实施捐献和移植活动以及捐献和移植的临床后果，必须透明并可随时接受调查，同时保证始终保护捐献人和接受人的匿名身份及隐私。

WHO 所制订的规则对于加入组织的成员国具有普遍指导意义，但并不具有强制性。因此，WHO 的“指导原则”内容虽然全面，但许多地方都是以“由国家和当局具体定义”来指代，将具体的规则制定权交给了器官移植地的立法机构。但“指导原则”的内容代表着世界上大多数国家对器官移植规则的集体认可，对各国器官移植规则的制定仍然具有较强的指导意义。

除 WHO 的“指导原则”外，国际移植学会 1986 年发布的针对活体捐献肾脏和尸体器官分配的伦理准则，国际移植学会与国际肾病学会 2008 年发布的《伊斯坦布尔宣言》所界定的针对器官移植旅游、器官移植交易、器官移植商业化的十三项伦理原则，以及美国等器官移植技术发达国家所制定的器官移植准则，都是在国际上影响比较大的伦理法律规范。

二、我国人体器官移植的伦理法律规范

我国从 20 世纪 60 年代开展移植手术以来，多年来一直没有相关法律对此技术进行规范。直到 1997 年，第九次全国医学伦理学学术年会才讨论通过了《器官移植的伦理原则》，该文件从性质上来看，仅是行业内部的一个倡议，并不具有强制约束力，但其内容全面，专业性强，为后来器官移植相关法律规范的制定奠定了良好的基础，也对立法工作的开展起到了一定的推动作用。

从 2000 年开始，各地开始陆续出台了相关的地方性规定，对当地器官移植技术进行规范。2007 年 3 月国务院通过了《人体器官移植条例》（以下简称《条例》），从器官捐献、器官移植、法律责任几个部分对我国的器官移植工作进行了规定。2009 年 12 月，卫生部下发了《关于规范活体器官移植的若干规定》，在《条例》的基础上，对活体器官移植的要求进行了细化。2010 年 3 月，中国红十字总会和卫生部开始在全国试点开展人体器官捐献试点工作，建立中国人体器官捐献体系。2010 年 12 月，卫生部印发了《中国人体器官分配与共享基本原则和肝脏与肾脏移植核心政策》，对我国人体器官分配与共享的基本原则、肝脏分配与共享核心政策、肾脏分配与共享核心政策进行了规定。2013 年 7 月，我国人体器官分配与共享系统正式上线运行。8 月，国家卫生和计划生育委员会发布《人体捐献器官获取与分配管理规定（试行）》，对我国人体器官获取组织（Organ Procurement Organizations，OPO）的组织机构及工作流程进行了规定，人体器官分配与共享系统在全国被强制使用。具有器官移植资质的医院，必须通过该系统进行捐献器官的获得和分配。至此，我国器官移植的立法工作初步完成，管理工作得到了进一步的规范和完善。

综合现行的各项法规和政策，我国对人体器官移植主要从以下方面进行了规定。

（一）器官的来源

和国际通行做法一致，我国现行法规将器官来源界定为人的活体器官和死后捐献的尸体器官两种方式。异种器官没有成为我国法律规定的器官来源方式。

1. 活体器官 活体器官的接受人限于活体器官捐献人的配偶、直系血亲或者三代以内旁系血亲，或者有证据证明与活体器官捐献人存在因帮扶等形成亲情关系的人员。“因帮扶等形成的亲情关系”仅限于养父母和养子女之间的关系、继父母与继子女之间的关系。不得摘取未满 18 周岁公民的活体器官用于移植。配偶仅限于结婚 3 年以上或者婚后已育有子女的。从以上规定来看，我国法律不支持无上述关系的人之间自愿的活体器官捐献，也不支持未成年人活体器官捐献。

2. 尸体器官 公民捐献其人体器官应当有书面形式的捐献意愿，对已经表示捐献其人体器官的意愿，有权予以撤销。公民生前表示不同意捐献其人体器官的，任何组织或者个人不得捐献、摘取该公民的人体器官；公民生前未表示不同意捐献其人体器官的，该公民死亡后，其配偶、成年子女、父

母可以以书面形式共同表示同意捐献该公民人体器官的意愿。从条文内容看，我国器官移植的同意模式属于明示同意。其中值得注意的是，如果公民生前已经明确表示死后捐献器官，法律法规并没有赋予其亲属撤销捐献的权利。但我国强大的家庭本位文化背景，决定了家庭同意在器官捐献中具有重要的地位。因此在实践中，即使捐献者已有捐献意愿，但医院在摘取器官前也会征求其家庭成员的同意。如果家庭成员不同意捐献，医院也不会强行摘取器官。

由于缺乏公民自愿捐献，死刑犯器官曾经是我国尸体器官移植的主要来源。2014 年 12 月，中国医院协会人体器官获取组织联盟（中国医院协会 OPO 联盟）正式宣布：从 2015 年 1 月 1 日起，我国全面停止使用死囚器官作为移植供体来源。自此，公民逝世后自愿器官捐献成为尸体器官移植的唯一合法渠道。

（二）器官的取得程序

1. 器官的取得要贯彻自愿和无偿原则　我国的法律法规不支持器官的有偿取得。《条例》规定人体器官捐献应当遵循自愿、无偿的原则；任何组织或者个人不得以任何形式买卖人体器官，不得从事与买卖人体器官有关的活动。从事人体器官移植的医疗机构实施人体器官移植手术，除向接受人按标准收取必需的费用外，不得收取或者变相收取所移植人体器官的费用。医疗机构应当严格按照国家规定的标准收费，严禁乱收费。医疗机构不得利用任何方式发布人体器官移植医疗广告。《刑法修正案（八）》也规定：任何人如果从事人体器官买卖或与之相关的活动，将被追究相应的刑事和行政责任。

2. 器官的取得要贯彻知情同意原则　医疗机构用于移植的人体器官必须经捐赠者书面同意。在摘取活体器官捐赠者捐赠的器官前，应当充分告知捐赠者及其家属摘取器官手术风险、术后注意事项、可能发生的并发症及预防措施等，并签署知情同意书。摘取尸体器官，应当在依法判定尸体器官捐献人死亡后进行。从事人体器官移植的医务人员不得参与捐献人的死亡判定。

3. 器官的取得要经过审查批准　医疗机构从事人体器官移植，必须申请办理人体器官移植诊疗科目登记。申请的医疗机构原则上为三级甲等医院，并具备相关条件。医疗机构开展器官移植必须经本机构的人体器官移植技术临床应用与伦理委员会（以下简称“伦委会”）审查同意。伦委会由医学、法学、伦理学等方面专家组成，其中从事人体器官移植的医学专家不超过委员人数的 1/4。尸体器官移植须经 2/3 以上委员同意，活体器官移植须经全体委员同意。伦委会不同意的，该例器官移植不得开展。

（三）器官的分配与共享

1. 器官分配与共享的原则　器官分配总体应该符合医疗需要，遵循公平、公正和公开的原则。应按照移植医院、省（直辖市、自治区）、全国三个级别逐级进行器官的分配与共享。在器官分配与共享过程中应当避免器官的浪费，最大限度地增加病人接受移植手术的机会，提高器官分配效率。在尽量降低移植等待名单的患者死亡率的前提下，优化器官与移植等待者的匹配质量，提高移植受者的术后生存率和生存质量。并保证器官分配的公平性，减少因地理上的差异造成器官分布不均的情况。

2. 器官分配与共享的组织机构　按照法律和政策的规定，中国人体器官捐献体系（China organ donation system，CODS）由国家和省（区、市）两级人体器官捐献组织机构构成。其中由人体器官移植外科医师、神经内外科医师、重症医学科医师及护士等组成的基层人体器官获取组织（OPO）是核心。各省必须成立一个或几个 OPO，捐献器官的获取工作由 OPO 按照中国心脏死亡器官捐献分类标准实施。OPO 必须将潜在捐献人、捐献人及其捐献器官的临床数据和合法性文件录入中国人体器官分配与共享计算机系统，并使用器官分配系统启动捐献器官的自动分配，获取、保存、运送捐献器官，与移植医院进行捐献器官交接确认。任何机构、组织和个人不得在器官分配系统外擅自分配捐献器官，未通过器官分配系统分配捐献器官和未执行器官分配结果将作为违法行为进行处罚。

3. 器官分配与共享的标准　目前我国的法规政策主要对肝脏和肾脏制定了具体的分配与共享标准。器官分配系统中，肝移植等待名单的排序规则为医疗紧急度、等待时间；肝移植匹配名单在等

待名单的基础上，结合地理因素、血型匹配等因素得出匹配患者排序。肾移植等待名单的主要排序指标为等待时间（应当结合肾移植等待者接受透析治疗的起始时间）；肾移植匹配名单在等待名单的基础上，结合地理因素、血型匹配等因素得出匹配患者排序。

在肾脏与肝脏的分配与共享标准中，有两个方面是共同的：一是地理因素的规定。都是以捐献者所在医院的移植等待者名单作为基本的分配区域进行排序与器官的匹配，并逐步扩大到OPO、POPO（省级区域）和全国，按照器官捐献者与等待者的相对地理位置，推行各省行政区域内和全国范围内的器官共享。二是优先权的规定。两个标准中都规定了为弘扬器官捐献者为挽救他人生命的奉献精神，尸体器官捐献者的直系亲属或活体器官捐献者如需要接受移植手术，排序时将获得合理的优先权。还规定了12岁以下的儿童捐献者的肝脏优先分配给12岁以下的儿童肝移植等待者；18岁以下肾移植等待者优先；18岁以下肝移植等待者如果出现一些规定的情况，可以被列入超紧急状态，优先匹配器官。这些规定，都是国际上逐步形成共识的一些伦理观念在我国器官移植法规政策中的体现。而且从规定中可以看出，影响排序的都是客观标准，等待者的社会地位、社会价值、经济能力这些主观性较强，容易引起“不公平”争议的标准，并未纳入我国器官分配与共享的标准之中。

4. 器官分配与共享排除标准 我国器官移植分配与共享的规定中，没有规定对可归咎行为人（如酗酒、吸烟等）的排除。但规定了医疗机构及其医务人员不得为以旅游名义到我国的外国公民实施人体器官移植。我国人体器官移植优先满足中国公民（包括香港、澳门、台湾永久性居民）的需要。外国居民申请到我国实施人体器官移植的，医疗机构必须向所在省级卫生行政部门报告，再报国家卫生健康委员会根据回复意见实施。医疗机构在为香港、澳门、台湾永久性居民实施人体器官移植前，必须向所在省级卫生行政部门报告，省级卫生行政部门要及时向国家卫生健康委员会报告。

三、我国人体器官移植的伦理原则

人体器官移植的伦理原则是有关伦理法律规范的核心，体现了整个规范的理念和精神。器官移植技术的专业化程度很高，需要从业人员有高度道德自律性。除技术规范外，伦理原则是医务人员的重要指引。综合我国器官移植的法规政策，参考人体器官移植的国际伦理规范，我国医务人员在开展器官移植时应该遵守以下伦理原则。

（一）患者利益至上原则

在人体器官移植技术的应用中，必须把是否符合患者健康利益作为首要标准。在实践中，为发展器官移植技术或追逐利益，医疗机构及其医务人员可能会实施不当的器官移植术。确立这一原则，可避免让病人承担不适当的风险、遭受不必要的损害。

（二）自愿、无偿、禁止买卖原则

该原则已经成为各国器官移植伦理法律规范的共识。器官捐献必须由捐献者及其亲属自主决定和无偿捐献，这是保障人的基本权利和人格尊严的要求。虽有极少数国家允许器官有偿捐献，但绝大多数国家仍然立法禁止器官买卖。受体方即使补偿，也只能补偿摘取人体器官的手术费、保存和运送人体器官的费用及摘取人体器官所发生的药费、检验费、医用耗材费等费用。

（三）知情同意原则

在实施器官移植手术前，应对受者和供者进行充分的告知并取得同意。知情同意必须采取书面形式。应确保受者及家属充分了解患者病情的严重程度、治疗方案、移植的必要性、移植程序、可能的危险及移植费用等。应确保供者及家属充分了解死亡标准、摘取器官的用途、移植程序、对供者的健康影响、手术风险、可能发生的并发症及其预防措施等。

（四）尊重和保护供体原则

人体器官移植的捐献者应得到尊重和保护。如果是活体器官移植，医务人员首先必须对手术进行风险与受益的评估，将供体捐赠器官后可能的伤害与接受器官移植后可能的受益进行对比分析，确保风险小于受益。如果捐赠器官有可能危及供体的生命，那么手术应该被禁止。其次是尽可能保

笔记

证供体真正的自愿和知情同意。必须让供体充分了解因捐献可能给身体健康造成的损害及可能的风险。伦委会在询问供体是否知情并同意时应该将其与家属分开，确保其现场所做的决定不受干扰。第三是确定手术方案时应该先保证供体的利益。如肾移植，捐赠的肾应该是功能较差的那一只。如果是不可替代的器官移植，如肝移植，则一定要确保捐赠的比例不至于对供体的生命造成实质性的损害。如果是尸体器官移植，医务人员应该按法律规定的死亡标准确认捐献者的死亡时间，不能为了获得器官而过早摘取，或是降低捐献者的医护标准。从事人体器官移植的医疗机构及其医务人员应当尊重死者的尊严，对摘取器官完毕的尸体，应当进行符合伦理原则的医学处理，除用于移植的器官以外，应当恢复尸体原貌。现在许多医院在摘取器官前都设置了在场医护人员向捐献者致敬的仪式，这是对供者尊重原则的一种很好的做法，值得肯定和推广。

（五）保密原则

从事人体器官移植的医务人员应当对人体器官捐献人、接受人和申请人体器官移植手术的患者的个人资料保密。捐受双方信息属于患者隐私，虽然活体器官捐献因为发生在特定对象之间，无法做到供受双方保密，但尸体器官除捐献人除了指定捐献外，供受双方资料应该做到“互盲”，更不能对社会和他人公开。规定这条原则首先是为了减轻受体的精神压力，避免因心理负担影响康复；其次是为了防止变化带来的风险。某地就曾经发生过因为事先泄露了捐献者个人信息，捐献者后来因某些原因不能实施捐献，与之配型成功的患者家属使用不当手段“逼捐”，引发质疑和争论的事例。第三是防止器官买卖的发生。如果供受双方资料不互盲，极有可能产生器官交易。或者在器官捐献后因双方经济差距发生给予或索取钱财的现象，演化成变相的器官买卖。因此，我国《条例》规定：从事人体器官移植的医务人员泄露人体器官捐献人、接受人或者申请人体器官移植手术患者个人资料的，依照国家有关法律规定予以处罚。

（六）公平、公正、公开原则

在器官资源短缺、供求极不平衡的情况下，器官分配的公平、公正、公开尤为重要。公平和公正指患者获得人体器官的机会平等，除了法定的标准和规则外，人体器官移植患者排序和器官分配不受其他因素影响。公开即器官分配工作接受社会、患者、医疗机构的共同监督。目前，我国的人体器官移植共享系统已经运行，良好的器官分配与共享体系初步构建，公平、公正基本得到保证。但由于保密原则的要求，器官分配共享工作的公开只能限定在一定范围。应在现有体系的基础上，设立专门的管理和监督机构，对器官分配与共享进行监管，使这条原则真正得到落实。

思 考 题

1. 为什么人体器官移植能够得到伦理辩护？
2. 简述尸体器官移植存在的伦理争论。
3. 为什么移植器官的来源不能商业化？我国器官移植的法规为此作了哪些规定？
4. 简述我国尸体器官分配与共享的规定。
5. 简述我国人体器官移植的伦理原则。

（张　珊）

NOTE

第十一章　死亡伦理

【导入案例 11-1】 放弃积极救治，安享最后人生

死亡，是一个既古老而又现实的话题，同时，也是一个绕不过的话题。面对死亡，人们往往充满无奈、恐惧、焦虑与伤悲。如何理性地认识死亡，如何科学地判定死亡，如何帮助临终病人减少濒临死亡时的身心痛苦，坦然而有尊严地面对死亡，安详地谢幕人生，理应是死亡伦理关注的要义之所在。

第一节　死亡诊断标准伦理

一、死亡的概念

死亡是生命历程的终点，《现代汉语词典》对死亡的解释是“失去生命”。死亡是人的必然归宿，其最明显的特质就是死亡的必然性和不可避免性。人们对死亡的认识，经历了一个由不认识到认识，由感性认识到理性认识的发展过程。人类最早从生理学意义上认识死亡，认为一个人毫无知觉、没有动作那就是死亡。其后，则意识到一个人没有呼吸就是死亡，以心脏跳动与否来判定死亡。再后来，以全脑功能不可逆的永久性停止来界定死亡。

现代意义上，人们把死亡理解为人体的器官、组织、细胞等的整体衰亡，生物学生命新陈代谢的停止，同时，死亡是人类自我存在的结束。在此基础上，人们认识到，死亡的本质是个体生命的终结和自我意识的丧失，是不可逆的过程。死亡是机体生命的终结，它不仅是生理与病理的现象，还是一个文化与心理的现象。

根据死亡的进程，一般可分为三个阶段：一是濒死期。主要特点是脑干以上神经中枢功能丧失或深度抑制，表现为反应迟钝、意识模糊或消失。各种反射迟钝或减弱，呼吸和循环功能进行性减弱。二是临床死亡期。主要特点是延髓处于深度抑制和功能丧失的状态，各种反射消失、心脏停搏和呼吸停止。三是生物学死亡期。此为死亡的最后阶段，此期各重要器官的新陈代谢相继停止，并且为不可逆性，整个机体不可能复活。根据死亡的速度，一般可分为即时死亡、急性死亡、亚急性死亡及慢性死亡。

二、死亡诊断的标准

关于人的死亡判定及其标准的问题，从古至今经历了一个长期的演变过程，死亡标准（death criteria）是人类对自身死亡现象的把握。

（一）心肺死亡标准

人类在数百万年的进化过程中，逐渐形成了以呼吸停止、心跳停止作为死亡的定义和判定死亡的标准，采取“心肺死亡标准”已经沿袭达数千年之久。

从远古时代起，原始人通过日常观察和狩猎活动，就已经形成了人的死亡是心脏停止跳动的概念。考古发现，古代洞穴壁画上描绘了原始人用弓箭射中雄壮野牛的心脏以表示其死亡的景象。我国的《黄帝内经》当中指出：“脉短、气绝，死。”即是说呼吸、心跳完全停止，则表明人死亡。我国古代的丧葬仪式中，人们用新絮或纸片放在死者的口或鼻中，看其是否摇动，并以此作为判断死亡的依据。因而，中国民间把死亡说成是“断气”。传统中医理论也认为“心为君主之官”“肺为华盖”，心肺

功能丧失为死亡标准在人们心目中占据主要的地位。

1951年世界著名的《布莱克法律词典》提出了死亡的定义是："生命之终结，人之不存。即在医生确定血液循环完全停止以及由此导致的呼吸、脉搏的停止。"我国《辞海》(2009年版)在界定死亡时，指出分为临床死亡及生物学死亡两个阶段。但对于临床死亡没有进一步解释。

(二)脑死亡标准

尽管传统心肺死亡标准在人类历史上延续了数千年，但随着现代医学科学技术的不断进步，对传统的死亡标准提出了挑战，特别是心肺功能与脑功能分离技术的运用，促使人们探索重新界定死亡概念及其标准。

1959年，法国医学家莫拉雷(P.Mollaret)和古隆(M.Goulon)在对23名脑干反射丧失、呼吸停止、脑电波低平的昏迷患者进行临床观察时，发现了有违传统死亡观念的死亡状态。其研究报告表明：凡是被诊断为"昏迷过度"的患者，苏醒可能性几乎为零。在第23届国际神经学会上，首先提出"过度昏迷"或"不可逆昏迷"，这被认为是脑死亡概念的雏形。

1968年，在日内瓦召开的世界医药科学组织评议会上，美国哈佛大学医学院特设委员会首次提出了新的死亡概念，把死亡定义为不可逆昏迷，或者叫"脑死亡(brain death)"，即指原发于脑组织的严重外伤或原发性疾病，导致包括脑干在内的全脑功能不可逆转的丧失，是整个中枢神经系统的全部死亡。按照这个死亡定义，即使心跳、呼吸能够依靠人工维持，但只要是全脑功能已经发生不可逆的损坏，就可以宣布死亡。同时，明确了"脑死亡"的诊断标准：第一，对外部的刺激和身体内部的需求毫无知觉和完全没有反应；第二，自主的肌肉运动和自主呼吸消失；第三，反射，主要是诱导反射消失；第四，脑电波平直或等电位。并且规定，凡符合以上4条标准，持续24小时内反复测试，多次检查结果一致，即可宣告死亡。但需排除两个例外情况：一是体温过低(<32.2℃)；二是刚服用过巴比妥类等中枢神经系统抑制药物。

同年，世界卫生组织也公布了类似标准，强调死亡包括大脑、小脑和脑干在内的整个脑功能的不可逆丧失，即使此时心跳仍然存在或心肺功能在外界动力维持下存在，也可判定死亡。按照这个死亡定义，即使心跳、呼吸还能人工维持，只要脑功能已经发生不可逆的损坏，就可以宣布死亡。脑死亡标准将死亡的概念从心脏、肺脏过渡到中枢神经系统，不仅在医学界逐步得到公认，此后，许多国家还参照哈佛医学院设立的标准相继开展了脑死亡标准的制定和立法。

三、脑死亡诊断标准的伦理价值和意义

(一)科学准确判断死亡

从传统的心肺死亡标准普遍应用到脑死亡标准的提出，反映了医学科学的发展和人类对自身生命认识的深入。仅仅采用传统心肺死亡标准存在无法考虑特定人群的特殊情况，从而出现关于死亡的误判。如，应用传统的呼吸、心跳停止的死亡标准，使用一般的检查方法，对有些患者，特别是服毒、溺水、触电、冷冻及服用中枢神经抑制剂自杀的假死者，不易鉴别其假死状态。有些患者可能经抢救"死而复生"，也有一些患者被误认为真死而放弃抢救，甚至被当成尸体处理，这在古今中外都屡见不鲜。"死而复生"的案例频频发生，说明了仅以呼吸、心跳停止作为死亡判定标准的局限性。现今，世界上不少国家把脑死亡作为判定死亡的标准，大量的研究和临床实践表明，真正的脑死亡是不可逆转的。因为，脑死亡是全脑死亡，包括了大脑、小脑和生命中枢的功能丧失，而神经细胞的死亡是不可逆的。人之根本在于人有智能，能思维，而脑是人的思维载体，大脑的死亡就意味着人的意识和自我意识的丧失。脑死亡是一种全脑的死亡，当脑干死亡以后特别是延髓功能丧失后，就不可能再有"自主的运动和呼吸"；当中脑死亡后，必然会出现"瞳孔散大"，丧失对声光的反射性。脑死亡标准所涵盖传统心肺死亡标准的主要内容，且有更为详尽、严格的指标。以此标准判定人的死亡，确定其死亡时间，可以避免把假死者视为真死，从而确保正确实施对人的生命的救护，同时，也为医生终止治疗、实施无效抢救的正当性提供了科学依据。

（二）利于维护逝者身后尊严

在现代生命维持技术使用条件下，脑死亡一般都发生在心脏停搏之前，这时，人的大脑皮质和脑干的神经细胞都已死亡，死亡的神经细胞无法复活。患者发生脑死亡，就意味着进入了临床死亡期。由于心脏是一个具有特殊自主性的脏器，拥有一套独立的指挥心肌收缩舒张的起搏、传导系统，故而脑死亡之后，在接受人工呼吸等生命维持技术的支持下，心脏仍能跳动并保持全身的血液循环。此种情况下，如果依旧按照呼吸、心跳停止的死亡判定标准，医务人员就仍需对脑死亡的患者不遗余力地救治，否则，会受到疏于职责、不尽义务的道德谴责。救治脑死亡患者，除了仪器设备的监护外，还要在死者身体插上各种不同用途的管子，而凡此种种，都不能使之死而复生，反而有失死者的形象和尊严，因而是不人道的。如果能够认定并实施脑死亡的标准，患者一旦进入脑死亡状态，放弃救治，则可以维护逝者的形象和尊严。

（三）利于节约社会资源

医疗资源是重要的社会资源，是发展卫生事业、为社会及人群提供卫生服务的物质基础和基本条件。《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020年）》指出，我国医疗卫生资源总量不足、质量不高、结构与布局不合理等问题依然突出。因而，优先保障基本医疗卫生服务的可及性，促进公平公正。注重医疗卫生资源配置与使用的科学性与协调性，提高效率，降低成本，实现公平与效率的统一是合理的路径选择。现代生命恢复和维持医学高技术的运用，可以使脑死亡状态的患者心肺功能得以长期维持，依然保有心跳和呼吸。但事实上，对于脑功能已经丧失的脑死亡患者来说，并不能恢复其意识和真正有质量的生命。抢救只是在延缓生物学死亡的过程，在维持一个无意义的“生命”，其代价超过了救治有希望患者的数倍。已经死亡者在无意义地消耗卫生资源，而众多有医疗需求的患者却因资源不足得不到基本的医疗救治。这显然与优先保障基本医疗卫生服务的可及性、促进卫生资源公正分配的初衷相左，不利于发挥有限医疗资源的效用价值。如果实施脑死亡判定标准，当患者进入脑死亡状态，即宣布患者临床死亡而不再予以救治，则可以节约卫生资源，避免无意义的卫生资源浪费，有利于社会的公共利益。

（四）利于减轻家庭负担

维持一个脑死亡患者的治疗对于一个家庭来说是极其沉重的负担，抢救脑死亡患者一天的花费要十倍甚至百倍于普通患者。据资料显示，在脑死亡发生后，心、肺的循环最多只能维持1周左右的时间，而每天的医疗费用是以万元为单位来计算的。而且，最终付出大量财力和精力维持的只是一个不可能发生复苏的躯体，这将会给患者家属造成极大的精神痛苦。因此，确立和实施脑死亡标准，终止对于不可逆昏迷和脑死亡患者实施的毫无意义的救治，使家庭成员从沉重的物质和精神重负中解脱出来，有利于维护死者和家属的利益，具有明显的伦理价值。

（五）利于实施器官移植

人类在20世纪实现器官移植的重大突破，这一技术使千千万万的患者重获新生。目前，器官移植遇到的最大难题是器官来源短缺。已经处于脑死亡状态的患者，如果按照传统心肺死亡判定的标准，只能在呼吸、心跳停止后宣布死亡，此时，由于机体的血液循环已经停止，体内器官多数已经处于缺氧状态，摘取的器官质量下降，将影响移植后器官的成活率。实施脑死亡判定，当患者进入脑死亡状态即可宣布患者临床死亡，此时，死者的心脏可能还在跳动，体内的器官仍可处于较好的状态，有利于移植后器官的成活。尽管，脑死亡患者十分有限，但在自愿捐赠的前提下，仍然可以挽救不少等待器官移植的患者。需要特别注意的是，正因为实行脑死亡标准有利于器官移植，才更要格外注意两者之间的操作程序。与器官移植有关的医生不应参与对脑死亡的判定，以保护临终患者的生命利益，切实避免为了获取器官移植供体而非法宣布脑死亡。判定脑死亡，必须设有重要前提，即医疗机构具有足够的设备条件与严谨的程序，医生具有相应的技术能力、医德声誉与审慎态度，同时，整个医疗机构要有公共信任度。

笔记

第二节 安乐死伦理

一、安乐死概述

（一）安乐死的概念

安乐死“euthanasia”一词源于希腊文，从构词上看，“eu”意为“好，优”，“thanatos”是古希腊神话中的死神，意为“死亡”，这个词本意是指“好死”“无痛苦的死亡”“快乐的死亡”或是“幸福的死亡”。因而，原初意义的安乐死所表达的是一种无痛苦的、有尊严的死亡状态，是人类理想的死亡状态，类似于中国文化中的寿终正寝、无疾而终般的“优逝”。

从19世纪起，安乐死作为一种减轻死者痛苦的特殊医护措施在临床实践中展开，由此，现代意义的安乐死逐渐生成，并与原初意义相去甚远。现代《牛津法律指南》（the Oxford Companion To Law）将安乐死定义为：“在不可救治的或病危的患者自己的要求下，所采取的引起或加速死亡的措施。”安乐死有时也被译为“仁慈致死术”。1985年出版的《美国百科全书》中把安乐死称为“一种为了使患有不治之症的病人从痛苦中解脱出来的终止生命的方式。”《中国大百科全书•法学卷》对安乐死的解释为：“对于现代医学无可挽救的逼近死亡的患者，医师在其本人真诚委托的前提下，为了减少患者难以忍受的剧烈痛苦，可以采取措施提前结束其的生命。”由此可见，现代意义的安乐死不再是原初意义上的身心安泰、从容安适面对死亡的过程和状态，而是由医护人工实施的保持人的尊严与安详的死亡的处置方式。综合来看，安乐死的现代阐释为：患有不治之症的患者在垂危状态下，由于精神和躯体的极端痛苦，在其本人或其亲友的要求下，依据法律规定，经过医生认可，用人道的方法，使其安宁地进入死亡阶段，在无痛苦状态中结束生命的过程。

（二）安乐死的分类

1. 从采取的方式上进行划分，可分为主动安乐死和被动安乐死。

（1）主动安乐死（positive euthanasia）：亦可称之为积极安乐死，指患者治愈无望，痛苦难耐，应患者或家属的请求，医务人员采用药物或其他主动的手段促进患者生命的结束，让其安然死去。对此，西方国家有“仁慈助死”（mercy killing）的说法。

（2）被动安乐死（passive euthanasia）：亦可称之为消极安乐死，指医务人员应患者或家属请求，不再给予积极治疗，撤除患者赖以维持生命的体外循环装置、人工呼吸装置及其他辅助设施，给予减轻痛苦的适当维持治疗，任其等待死亡的降临，自然逝去。对此，西方国家有“听任死亡”（letting die）的说法。

2. 从患者同意的方式进行划分，可分为自愿安乐死和非自愿安乐死。

（1）自愿安乐死（voluntary euthanasia）：指患者有行为能力或意识清楚，或在他们意识清醒的时候由患者本人提出或表达过安乐死的愿望并签订过相关的医疗文书。

（2）非自愿安乐死（non-voluntary euthanasia）：指患者没有表达同意安乐死或是没有行为能力，根据患者家属或监护人、代理人的请求，由医生依据实际情况决定给予安乐死，这种情况常常是针对无行为能力的患者（如婴儿、昏迷不醒的患者、精神病患者和认知能力严重低下者）。

综合以上两种主要分类，安乐死共可分为四种类型：自愿主动安乐死、自愿被动安乐死、非自愿主动安乐死、非自愿被动安乐死。

（三）安乐死的历史演变

安乐死是当今社会关注的热点之一，是一个现代的话题。追溯人类发展的历史，发现安乐死亦是一个古老的话题。

1. 安乐死的雏形 远在史前时代，游牧部落四处漂泊，在迁移时，把老人、病人留下来，让其自行结束生命，甚至还有子女帮助年迈的父母死亡的做法。由于生存环境艰险、文明程度低下，此类行为约定俗成。在古希腊和古罗马时代，抛弃老人的做法被禁止，但人们可以处置先天缺陷的新生儿，

允许病弱者结束自己的生命，或是提供帮助。此类行为被认为是天经地义。我国《黄帝内经•五脏别论》中指出："病不待治者，病必不治，治之无功也。"这些中外存有的古老做法、文献记载都显现出安乐死思想的雏形。

2. 安乐死的主张 17世纪，发出"知识就是力量"呼喊的英国唯物主义和现代实验科学的始祖弗兰西斯•培根（Francis Bacon）在《新大西洋》中提出："医生的职责是不但要治愈患者，而且还要减轻他的痛苦和悲伤。这样做，不但会有利于他健康的恢复，而且也可能当他需要时使他安逸地死去。"他还提出："长寿是生物医学的最神圣目的，安乐死就是医学技术的重要领域。"哲学家休谟（D.Hume）也提出"如果人类可以设法延长生命，那么同理，人类也可以缩短生命"。科尔纳罗（L.Cornaro）在西方历史上第一次倡导被动安乐死，即"任其死亡"。19世纪下半叶，英国人威廉姆斯（Samuel Williams）提议，医生不仅可以使用麻醉剂缓解患者的疼痛，而且可以将此作为结束患者生命的手段。这些提法都主张由医生采用某种方式对患者施以死亡，比较接近现代意义的安乐死。

自19世纪始，安乐死作为一种减轻死者痛苦的特殊医护措施被提到议事日程。至此，人类开始了现代意义上的安乐死。

3. 安乐死的实践 1936年，英国率先成立了"自愿安乐死协会"，并在上院提出了关于安乐死的法案，由此拉开了安乐死走上立法轨道的大幕。最终，英国安乐死的动议以35票反对，14票赞成被否决。尽管提议遭到否决，但观念的种子已然埋下，逐步深入人心。对于安乐死的积极倡导与广泛呼声影响了欧洲各国。1938年，美国成立了"无痛苦致死学会"。1944年，澳大利亚和南非也成立了类似的组织。医学的发展使得安乐死愈发为人们所关注，安乐死运动逐渐演变成了一种新的人权运动的内容之一。

1936—1942年，德国纳粹借用安乐死的名义，惨绝人寰地屠杀600多万人；希特勒还授权实施"儿童安乐死计划"，对5000多名身心残疾的婴幼儿进行屠杀；借安乐死之名，行灭绝患有遗传病、慢性病或精神病之人，异己种族之实。这些令人发指的行径，使得安乐死被蒙上了阴影，声名狼藉。

1947年各国医疗团体依据《希波克拉底誓言》与医学其他道德原则，制定了著名的《日内瓦宣言》："我将保护人类生命的最高尊严，我甚至在受到威胁的情况下，也决不会利用我的医学知识去反对人道主义的法律。"此后，关于安乐死的倡导几乎销声匿迹。直到20世纪60、70年代，安乐死又重新回到人们的视野，并成为热门话题。

1975年，昆兰事件成为生命伦理学史上的里程碑事件。克伦•安•昆兰因意外导致昏迷，她在医院靠着呼吸器维持着心跳和呼吸，靠着人工喂养技术维持着营养。她的父亲向所在的新泽西州法院提出申请撤除维持女儿生命的呼吸器，表达了终止治疗的意愿。新泽西州高等法院驳回了他的要求，认为"认可这一点就是杀人"。但新泽西州最高法院同意撤去呼吸机，成为美国历史上的首例。后来，许多类似案例都援引了新泽西州最高法院对卡伦•昆兰案的这一判决。

1976年，在日本东京召开了安乐死国际会议。会议宣言强调，应当尊重人"生的意义"和"死的庄严"，主张在特殊情况下应当有选择死的权利。1980年，国际死亡权利联合会成立。在我国，第一例"安乐死"事件发生在1986年。患者夏素文因为身患绝症，痛苦不堪，其子女不忍心让母亲再受病痛折磨，请求医生为其实施"安乐死"。医生不同意，后因家属一再要求，医生为夏素文开了100毫克复方氯丙嗪，由值班护士做了注射，致夏素文死亡。此事件一石激起千层浪，引发了全社会关于安乐死的讨论及学界的研究。

4. 安乐死的立法 20世纪50年代以来，国际上开始了关于安乐死立法问题的讨论。大多数国家禁止实施安乐死。美国部分州曾通过了尊严死亡法案，后又被终止，澳大利亚也是如此。英、法、日等国都否决了关于安乐死立法的提案。

瑞士禁止积极、直接的安乐死。不过，在个别城市，医生可以给重病且自愿结束生命的患者一些致命药品，再由患者自己服药。这属于被动协助自杀，是合法的。2000年10月26日，瑞士苏黎世市政府通过决定，自2001年1月1日起允许为养老院中选择以"安乐死"方式自行结束生命的老人提供

笔记

协助。这一规定本身所涉及的只是苏黎世的23家养老院。

2001年，荷兰议会上议院通过了《根据请求终止生命和帮助自杀（审查程序）法》[Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act]，使荷兰成为了全世界第一个允许安乐死的国家。荷兰安乐死法案为医生实施“安乐死”规定了严格而详细的医学与法律的基本程序，这些基本程序可供人们借鉴。其要点是：一是患者必须在意识清醒的状态下自愿接受“安乐死”，并多次提出相关要求，医生必须与患者建立密切的关系，以判断患者的请求是否自愿及深思熟虑。二是根据目前的医学经验，患者所患疾病必须是无法治愈的，而且患者所遭受的痛苦和折磨被认为是无法忍受的。医生和患者必须就每一种可能的治疗手段进行讨论，只要存在某种医疗方案可供选择，就说明存在治愈的可能。三是主治医生必须与另一名医生进行磋商以获取独立的意见，而另一名医生就该患者的病情、治疗手段以及患者是否出于自愿等情况写出书面意见。四是医生必须按照规定和法律程序，以医学上合适的方式对患者实施“安乐死”，在“安乐死”实施后必须向当地政府报告。荷兰之所以能使安乐死合法化，因为具备了相应有利的条件：首先，荷兰拥有全世界最高水准的医疗服务，95%以上的居民有私人医疗保险；其次，几乎每一家医院都有疼痛控制及缓和医疗中心；再次，荷兰医患关系高度的彼此信赖；最后，家庭医师制度运行良好。

2002年，比利时立法，允许医生在特殊情况下，在符合实施安乐死的前提和要求时可以对患者实行安乐死，成为继荷兰之后第二个使安乐死合法化的国家。在没有安乐死立法的国家，实施安乐死被界定为违法行为。

我国从1988年七届人大会议起至今，在全国人大和政协会议上都有关于安乐死立法的提案，呼吁进行安乐死的立法尝试。1997年首次举行了全国性的“安乐死”学术讨论会，讨论十分热烈。

二、安乐死的伦理争议

安乐死关乎生命的终止，这其中，自愿被动安乐死虽存有争议，但争议最小，且在临床实践中成为一种默认的常态，常常以病患一方自愿放弃无望的抢救或治疗的方式呈现。非自愿主动安乐死及非自愿被动安乐死往往不被认同，常常受到强烈的道德谴责和严厉的法律制裁。自愿主动安乐死由于涉及医者一方人为地终止病患的生命，因而引发了深刻而激烈的伦理争议。

（一）是否人道之争

赞成方认为，当生命的痛苦使生命失去了积极的意义和价值、毫无意义的抢救异化为医学高技术的展示，而使病人丧失了尊严之时，实施安乐死是使人摆脱痛苦的折磨、保持人的尊严的合理选择，符合人道主义原则，应该得到伦理支持。反对方认为，医学的神圣使命是救死扶伤，允许、鼓励医生放弃救治临终的生命，甚至主动实施人为终止生命的措施，不仅有悖于医学人道主义宗旨和医生职责，而且，长此以往将逐渐淡化医生救治危重患者、抢救生命的责任感。消极放任生命的流逝，不思作为，影响或降低医务人员救死扶伤的道德信念，损坏医学声誉。

（二）死亡权利之争

赞成方认为，生命的权利是人的基本权利。人有生的权利，也就有死的权利，包括选择死亡方式的权利。当死亡已经不可逆转，任何医疗措施都无法改变死亡的基本进程，这时的医药救治只能是一种无谓的资源消耗甚至是浪费，同时，还徒增患者及家属的痛苦强度和情感损耗与经济压力，因而，临终患者有选择自己生存或死亡方式及时间的权利。这是临终患者的自主权利，应该得到尊重。反对方认为，如果说患者有选择死亡方式和时间的权利，那就意味着医者有义务去满足患者的选择，主动安乐死在很大程度上是让医生帮助患者自杀，而人是没有自杀权利的。

（三）实施对象之争

赞成方认为，实施安乐死的具体对象可为：患有绝症且处于极端痛苦状态的患者，晚期癌症患者，没有感觉、自我意识完全丧失、不可逆的患者，先天无脑儿、重症脑积水、严重内脏缺损等患者。概括起来，一是自愿要求，即不是被诱惑、被胁迫，或由他人伪造意愿；二是明确要求，即明确提出

要求；三是死亡痛苦，安乐死只适用于存在死亡痛苦者，即在死亡过程中出现的身体上、精神上、社会上的痛苦。有痛苦但不是死亡痛苦，死亡过程但没有痛苦者，均不在其列。反对方认为，存在所谓“自愿”的安乐死对象并非是出于本意的可能。他们或是出于对家庭、亲人的负疚感，或是出于对经济压力的无奈，或是对医学知识的无知而导致对暂未缓解的剧烈疼痛的恐惧，甚至只是一时的脆弱和冲动等。总之，并非是出于对生命本身的认识和要求，而是由于各种压力所进行的无奈选择，并不是安乐死申请者真正的自愿选择。实施安乐死，将对这样一些无奈的弱势群体形成强大的心理压力，使他们无法根据自己的意愿真正自主决定自己的生命旅程。

（四）是否文明之争

赞成方认为，安乐死是建立在正确生死观基础上的社会文明行为，是对千百年来“好死不如赖活着”的传统生死观念的挑战。随着社会和医学的进步，人类的寿命不断延长，对生命质量和价值的认识与思考也日趋深刻。追求更有意义的生活，让生命活得更有价值是人们对美好生活的诉求，是社会文明进步的体现。安乐死是人类理智地对待生与死，自觉选择生命价值的一种方式，它的发展将有助于促进人类文明进步的历史进程。反对方认为，敬畏生命是社会道德的底线，实施安乐死是对危重濒死患者生命的放弃，这种行为将弱化珍重生命的社会价值理念，导致社会对生命的漠视。同时，放弃对濒死生命的救治和帮助也是推脱对弱势群体的社会责任，将对人类同情友爱的美好情感和互助关爱的美德造成巨大的冲击，导致对人际关系和生命价值的功利性理解，从而对社会道德和人类文明产生深刻的不良影响。

第三节 安宁疗护伦理

一、安宁疗护概述

（一）安宁疗护的定义

所谓安宁疗护（hospice）亦可称之为安宁缓和医疗、舒缓治疗或安宁疗护，是由社会各层面，包括医生、护士、营养师、药剂师、社会工作者、伦理学家以及宗教人士、政府及慈善团体人士等，针对治愈性治疗无反应之疾病终末期患者及其家属，提供包括医疗、护理、心理、伦理和社会等全方位的积极性照护，以维护患者及其家属最佳的生命品质，主要通过疼痛控制，缓减身体上其他不适的症状。同时，处理患者及其家属在心理、社会和心灵上的问题。世界卫生组织（WHO）对安宁疗护的期许主要涵盖以下四层：一是肯定生命的价值，并将死亡视为一个自然的过程；二是不刻意加速，也不延缓死亡的到来；三是在控制疼痛以及身体的症状之外，对病患的心理及灵性层面亦提供整体的照顾；四是强调来自周遭的支持，不仅支持病患积极地活着直到辞世，也协助其家属在亲人患病期间以及丧亲之后的心理反应都能够有所调适。

（二）安宁疗护的开创

从更宽泛的角度来看，安宁疗护并非新生事物，它有着久远的社会实践。中国早在两千多年前就成立了“庇护所”，是对临终患者提供安宁疗护的雏形；唐代设立“悲田院”，专门收养贫穷、没有依靠的老年乞丐；北宋设立“福田院”，专门供养孤独有病的老年乞丐；元代设立“济众院”，专门收留鳏寡孤独、残疾不能自养的老人；清代设立“普济堂”，收养老年贫民，视其经济状况决定供养老人数和生活水平。这些机构都带有慈善和照顾病人、老人的意向。西方的安宁疗护雏形始于中世纪欧洲，最初是教会为患病和劳顿的旅人、朝圣者提供的“庇护所”，是具有宗教意义的慈善道德事业。

现代意义的安宁疗护由英国的西赛利·桑德斯博士（Cicely Saunders）倡导并建立的。1967 年，桑德斯博士在英国创立了当代世界第一个安疗疗护机构——圣克里斯多弗安宁疗护医院（St. Christopher Hospice），被誉为“点燃了世界安宁疗护运动的灯塔”。据不完全统计，从 1967 年至今世界上已有 80 多个国家和地区建立了安宁疗护机构，提供安宁疗护，英国有 200 家以上，美国超过 2000 家。此外在加拿大、南非、澳大利亚、瑞典、挪威、印度、法国、日本等也陆续设置了类似的服务机构。

20世纪80年代，现代意义上的安宁疗护在我国起步。1988年7月天津医科大学成立临终关怀研究中心；同年，上海市南汇县创建了南汇护理院；1989年，深圳一些医院建立了“待寿病房”；北京松堂关怀医院筹备于1987年，1990年正式接待病人；1998年11月，李嘉诚先生捐资兴建了全国首家李嘉诚基金宁养院，至今已在全国各地发展到30余所。迄今为止，全国已有百余家安宁疗护服务机构开展了大量实践和理论研究工作，推动了我国安宁疗护事业的健康有序发展。国家卫生计生委办公厅发布了《安宁疗护实践指南（试行）》（国卫办医发〔2017〕5号）、《安宁疗护中心基本标准（试行）》和《安宁疗护中心管理规范（试行）》（国卫医发〔2017〕7号），以指导各地加强安宁疗护中心的建设和管理，规范安宁疗护服务行为。

（三）安宁疗护的特点

1. 服务目的 安宁疗护的主要目的不是治疗或治愈疾病，而是减轻疾病终末期患者的身心痛苦、控制症状，采取姑息对症和支持疗法，给予其生活护理、临终护理和心理安慰。

2. 服务对象 安宁疗护的主要对象为不可逆转的疾病终末期患者（包括其亲属），特别是难以取得积极治疗效果的晚期肿瘤患者等心身遭受痛苦折磨的患者。

3. 服务理念 安宁疗护特别注重疾病终末期患者的生命尊严与生命质量和生命价值，强调个体化治疗、心理治疗和综合性、人性化的护理。

4. 服务措施 安宁疗护不仅关心疾病终末期患者，也关心其家属的身心健康。努力为患者减轻其痛苦，采取积极的支持性或姑息性治疗和护理；对家属给予心理和照护技术的指导，帮助营造良好的家庭氛围以及居丧期的心理安慰，使患者和家属都感受到温暖。

5. 服务团队 安宁疗护的服务团队以医务人员为主，同时，有患者亲属、社会团体志愿服务者的积极参与构成。安宁疗护已经发展成为一项社会公益事业，社会力量已日益成为安宁疗护服务团队中举足轻重的构成。

6. 病床设置 一般有三种模式：一是在专门的安宁疗护机构设立病床；二是在综合医院的安宁疗护科室设置病床；三是在社区家庭中设置家庭病床。

二、安宁疗护的伦理价值

1. 蕴含人道主义精神 安宁疗护把临终患者作为其服务的对象，不以治愈疾病为唯一宗旨，不以延长患者的痛苦生命为目标，满足临终患者的生理、心理、伦理和社会等多方面的需求，创设舒适的环境，提供精神照护，使患者得到真正有价值的关心和照顾，得到情感支持、精神慰藉，心理缓释，有尊严地、安详地离开人世。安宁疗护还把对临终患者的家属、亲人也作为关怀对象，使亲属们在失去亲人后心理上得到支持、得到慰藉。同时，安宁疗护调动了整个社会中有爱心的力量关爱临终患者，体现了全社会对生命的尊重和对弱势群体的照料。安宁疗护使死者无憾、生者无愧、死者安详、生者坦然。安宁疗护帮助实现死的安详，助推生命全周期的完满，使人道主义精神进一步得到发展、升华和完善。

2. 注重生命质量价值 安宁疗护满足群众多样化、多层次的健康需求，服务过程中倡导医患双方共同直面死亡、正视临终，而非选择回避，强调对终末期生命的尊重和照料。每个人在生命过程中都曾为自身、他人、社会及后代创造过价值，当其生命临终时社会应尊重、善待其生命，给予无微不至的关爱和照料，尽可能提高其生命的质量，减轻其痛苦，努力帮助实现其最后的愿望，体现最后的价值，使其得到心灵的慰藉，使临终者在社会、亲人和他人的关心与照料下，在舒适温馨的环境中度过临终阶段，有尊严、无痛苦、没有遗憾地走向生命的终点，直到自然死亡。安宁疗护所创造的有价值、有质量的生存状态是生命神圣的真正彰显，与存在伦理争议的安乐死相较，更加体现生命神圣、生命质量和生命价值的统一，注重生命内在的质量价值。

3. 彰显社会文明进步 经济的发展是人类社会进步的标志之一，人的精神境界、道德品质等整体素质的提高是社会文明进步的关键。安宁疗护所倡导的对终末期病人予以关爱的思想，正在吸引

着社会上愈来愈多的个人和团体关心并参与这项事业，付出自己的财富、时间以及情感，给予临终患者及其家属以全面的关怀，也助力临终患者的家庭、亲人、朋友给予临终患者更多的照顾和爱心，使愈来愈多的临终患者享受安宁疗护的温暖，这是人类社会文明发展进步的标志。同时，安宁疗护以“不独亲其亲，不独子其子”的宽广情怀，不将尊老敬老孝老的视线局限于自家长辈，而是扩展至全社会，提升全社会的敬老孝老意识。随着世界老龄化社会进程的加快，尊敬老人、善待临终患者将成为各个国家社会生活中的重要主题，安宁疗护的作用和价值将愈加彰显。

三、安宁疗护的伦理要求

1. 理解临终患者的心理 患者处于生命终末期有着更为特殊的心理特点，往往易于心理异常、行为失常、情绪失控。面对身心遭受巨大痛苦的临终患者，医务人员应予以理解，施以宽容，投入足够的人力和时间真心对待，认真倾听，有效沟通，细微关怀。全面评估患者身体及心理痛苦症状，及时缓解或控制身心痛苦，尽可能地提高患者生存和死亡质量。美国学者库伯勒·罗斯提出晚期临终患者大致有五个心理活动阶段，即否认期、愤怒期、协议期、绝望期、接受期。死亡，意味着肉体生命的结束，现世幸福的终止。人们面对死亡时，常常怀有恐惧。绝大多数临终患者呈现负性心理，悲观失望、情绪消沉、回避现实、焦虑恐惧。因此，要积极关注患者的内心感受，帮助其消除内心恐惧，保持内心宁静。中国台湾地区的安宁疗护就非常重视宗教的作用，通过宗教人士和医疗机构的合作，为面临死亡的患者解决内心的烦恼，给予他们巨大的信仰支撑，帮助他们走得“安详”。

2. 保护临终患者的权益 进入疾病终末期的患者，仍具有情感、思维和想象等，仍有明确的个人利益和权利意识。医务人员应格外注意尊重与维护他们的利益和权利，允许他们坚守自己的个人信仰，保留自己的生活方式，保护个人的隐私，参与治疗、护理方案的决定，在允许的范围内选择死亡方式等。即便患者已处于昏迷状态，医务人员也要尊重临终患者清醒时留下的意愿和家属的代理或监护权。

3. 尊重临终患者的选择 临终是一种特殊的生活状态，尊重临终患者最后的生活选择实质是对其人格的尊重。医务人员要尽量多与患者接触和交谈，指导患者理解生命的意义，安慰和鼓励患者，让希望充满他们的最后生活。同时，医务人员要照顾临终患者的日常生活，给他们更多的选择自由，尽量满足其合理要求，如增加或安排患者与家属会面的机会和时间，让他们说出心里话；让他们力所能及地参加活动；尽量帮助其实现自我护理，以增加生活的乐趣，至死保持人的尊严等。总之，医务人员要像对待其他可治愈的患者一样，平等地对待临终患者，尊重满足其合理的需求，帮助实现临终生活的价值。

4. 控制临终患者的症状 临终患者常常出现咳喘、失眠、恶心呕吐、食欲缺乏等不适症状，医护人员要积极采取措施应对、控制所出现的各种症状。癌症末期患者最常见的症状就是疼痛，患者没有疼痛，才有生活品质。国际疼痛学会（IASP）早已明确指出：免除疼痛是患者的基本权益。如一些欧美国家规定，对特定患者可无限量提供强力止痛药物等。虽然绝症无法治愈，但要尽最大可能让患者舒适，在生命的末期没有身体上的痛苦。

5. 关怀临终患者的亲属 临终患者家属面对即将离去的亲人，会表现出过激情绪和异常行为，医务人员应能够设身处地予以理解和同情，帮助其缓解伤感情绪。同时，真心实意帮助其解决实际问题，如针对悲伤的原因，采取相应的措施缓解忧郁的氛围；帮助安排患者家属在陪伴期间的饮食、休息，以减少精神和身体上的疲劳；此外，针对家属希望自己亲人在临终阶段得到最好的照顾和尽到“孝心”“爱心”的愿望，医务人员要做好患者心身两方面的照护，让家属放心，并对家属提出的愿望尽力满足，如支持并指导家属为患者做些力所能及的护理工作，让其心灵得到慰藉，患者也享受到天伦之乐；安排适当时间和地点，让患者和家属充分表达感情、交代遗言等，尽可能心中无憾。让生者坚强地继续生活，让逝者了无牵挂，有尊严地走完人生最后一段旅程。

6. 关注临终患者的教育 生老病死是生命的自然规律，社会上普遍关注“优生”，但对“优逝”缺

笔记

乏应有的认识。临终患者往往由于缺失死亡教育，对于如何度过生命的末期缺乏理性的态度和方法。因此，医护人员不但要提供医疗技术方面的安宁疗护，还需要对患者及其家属施以理性面对死亡的“辞世教育”，帮助他们树立“优逝”理念，理性对待死亡，尽量使临终患者及其家属从容欣慰、无所牵挂。

尽管改变不了患者最终死亡的命运，但是，积极履行道德义务，以真挚、亲切、慈爱的态度对待他们，提供医疗照护，注重精神抚慰，满足合理要求，树立优逝理念，可以帮助患者在心灵宁静和宽慰适然中逝去。

总体来看，安乐死和安宁疗护是人类度过死亡的两种不同的选择方式。安宁疗护与安乐死的不同在于其手段和理念，安乐死以死亡为手段，是基于死亡前痛苦的一种无奈选择；而安宁疗护的手段是全面关怀和照顾，面对死亡不是无所作为、无可奈何，而是要积极帮助，进行全人、全家、全程、全队的临终照顾。

思考题

1. 何谓脑死亡标准？其伦理价值和意义何在？
2. 安乐死的概念是什么？通常如何进行分类？
3. 安乐死存在哪些伦理争议？
4. 简述安宁疗护的概念及其特点。
5. 安宁疗护的伦理价值及其伦理要求是什么？

（马 晓）

第十二章　前沿医学技术伦理

【导入案例 12-1】 姐姐的守护者

基因、干细胞和现代人工智能技术的研究不再局限于实验室，它们已被广泛应用到疾病诊断治疗各阶段，它们既是当前热点医学新技术，也是引发众多伦理争议的热点。其研究与应用的一个基本指导原则是：基础研究要宽松、临床试验要规范、医疗准入要严格，以实现科学性要求与伦理要求的协调一致。

第一节　基因伦理

一、基因科学与技术的生命伦理审视

（一）基因概述

基因（gene）是对具有遗传效应的特定核苷酸序列的总称，是染色体上具有遗传效应的 DNA 分子片段，是遗传物质在上下代之间传递遗传信息的基本单位。每一种生物都有不同数目和结构的染色体。人体共有 23 对染色体，每个染色体只含有一个 DNA 分子，染色体是 DNA 分子的主要载体。每一个 DNA 分子是由腺嘌呤核苷酸、胞嘧啶核苷酸、胸腺嘧啶核苷酸、鸟嘌呤核苷酸这四种核苷酸构成的双螺旋结构。每一个 DNA 分子中包含有许多基因，人类的遗传密码就储存在基因中在世代间传递遗传信息。

基因这个词汇来源于古希腊语，意思是“生”。基因这个词汇在古希腊时期是一个哲学概念，近代以来在哲学层面针对基因的研究包括：英国哲学家斯宾塞 1864 年提出“生理单位”；达尔文 1868 年将其称为“微芽”。生命科学对于基因的研究一般认为是从孟德尔开始。1953 年 4 月，美国人沃森与英国人克里克提出了 DNA 分子的双螺旋结构模型。

（二）基因技术研究伦理

人类基因研究和人类基因组研究是遗传学研究的重要领域，包括基因测序、结构和功能分析、表达控制、特定基因定制、剪切和重组、人工生命合成等。相关研究不仅具有重要的自然科学基础理论价值，而且具有重要的应用价值。应用范围包括临床诊断治疗、考古与医学人类学、优生优育、心理健康、预防医学与公共卫生事业、新药研发、动物培育、体力智力增强、人体细胞组织器官培养和修复工程等相关领域。

人类在基因研究领域已经取得了巨大的进步，并通过基因技术服务于人。但是，基因研究和技术应用引发的伦理问题日益突出。例如：基因组研究的伦理问题、基因测试的伦理问题、基因诊断的伦理问题、基因治疗的伦理问题、转基因研究的伦理问题、基因信息的伦理问题、基因专利的伦理问题等。

同样，生殖技术和优生学的研究和技术应用从细胞水平进入到基因时代亦带来巨大的伦理冲击。2016 年 4 月世界首个“一父二母”的试管婴儿诞生，这表明第四代试管婴儿胚浆置换技术（germinal vesicle transfer，GVT）成功运用，从而使辅助生殖技术进入基因时代。20 世纪 70 年代第一个试管婴儿诞生带来的伦理问题还没有完全消解，基因技术在辅助生殖方面应用又带来新的和更为尖锐的伦理难题。首先让人类社会必须重新规定“父母”这个概念。如果说试管婴儿的诞生使得父母身份分

解，那么基因技术的进一步使用使得父母身份“碎片化”，生物学母亲也被人为分解为两个或者更多。针对于胚浆置换技术解释说细胞质中存在的基因信息很少，基本不影响这个孩子的遗传信息，孩子的母亲只有一位。科学是否解释多少基因信息的改变就会影响到孩子，换句话说，就是如何精确定量基因数量来决定拥有母亲身份。再者 GVT 需要另一个健康卵子，卵子从何而来？取卵的过程也是非常痛苦的，而且一个女性的卵子数基本是确定的，取卵必然会给捐卵女性带来身体的伤害。这样做是否合适。当人类可以进行 GVT，那么一父多母，甚至多父多母也就不存在技术的难题。父母可否借助基因技术选择、制造一个“完美”的孩子？当人们有能力代替自然做出生命选择时，基因操纵对人类的影响也非常可怕。

克隆技术是基因技术的一种。克隆各类动物似乎令人感到习以为常，但是人类克隆依旧被世界各国所禁止，因为在技术之外有人类无法跨域的伦理鸿沟。

（三）人类基因组计划及其伦理问题

基因不是虚构的，是生命的遗传单位，在人类明了生命的基本结构之后，基因研究主要集中在针对特定基因片段的研究以及对整体基因组研究两个层次。人类在对特定基因片段的研究深入和技术进步，使得人类整体基因组研究成为可能。对人类基因组开展整体测序、结构分析和功能研究始于 20 世纪 70 年代，当时美国开展的针对肿瘤的特殊基因研究的失败，使生物医学研究科学家认识到包括肿瘤在内的各种人类疾病都与基因直接或者间接相关，但是仅仅研究几个特殊的基因无法真正了解肿瘤等疾病的发病机制，更无法彻底根治肿瘤。若想从根本上探讨疾病的发生变化规律，就必须从整体与局部的关系上分析和把握人类基因组的特征。1985 年美国科学家率先提出人类基因组计划（human genome project，HGP），于 1990 年正式启动。我国于 1998 年分别在上海和北京成立了国家人类基因组南方研究中心和北方研究中心，在 HGP 研究计划中承担其中 1% 的任务，即人类 3 号染色体短臂上约 3000 万个碱基对的测序任务。

人类基因组计划的基本宗旨是：人类基因组图谱涉及巨大的人类共同利益，因此应通过国际合作来完成人体基因组图谱的破译工作，并建立完整的遗传信息数据库，成果为人类所共有共享，仅对每一个具体基因具体作用的研究成果授予专利。其根本任务是发现人类基因组所携带的完整的遗传信息，并将这种信息用于提高人类生命质量。具体任务包括：完成对人类 DNA 的测序，包括遗传图谱、物理图谱、序列图谱和转录图谱的测序工作。人类基因组计划相关研究方向包括：结构基因组学研究、功能基因组学研究、医学基因组学研究、蛋白质组学研究、基因调控研究、生物信息学研究，以及相关伦理 - 法律 - 社会影响研究等。

2004 年人类基因组图成功绘就使人们看到了基因在决定人的性状、智力、健康、性格等方面的重要作用。可以说，生命的各种性质和活动都是受基因控制的，基因异常通常会导致生命异常，甚至人类的精神活动也在基因的控制之下。遗传学上曾经的争论重新被人们重视，遗传决定论进入分子水平——基因决定论。DNA 分子的双螺旋结构发现者之一詹姆斯•沃森就曾说：“过去我们认为自己的命运存在于我们的星座中。现在我们知道，在很大程度上，我们的命运存在于我们的基因中。”我们用基因解释生命的本质，但是基因结构决定生命的一切吗？后天和环境在生命中的作用还存在吗？

人类基因组计划中设立“HGP 的伦理、法律和社会意义”（ethical legal and social implication，ELSI）的研究项目。它的目标是：预测和考虑 HGP 对个人和社会的意义，考查将人类基因组绘图和排序后可能引发的伦理、法律和社会后果。研究项目集中在四个领域：一是利用和解释遗传信息时如何保护隐私和达到公正；二是新基因技术应用到临床时，即“从板凳到床边”时如何处理知情同意等问题；三是对于参与基因研究的人类受试者，如何做到知情同意，保护个人隐私；四是公众和专业人员的教育。

联合国教科文卫组织制订的《世界人类基因组与人权宣言》认为，人类基因组意味着家庭成员在生物学意义上的统一性，开展相关研究必须考虑整个家庭（家族）的共同风险和利益，必须尊重家庭每一位成员的隐私，为家庭所有成员保密，必须充分考虑家庭成员的自主性，必须获得受试者（接受

基因检测者）的知情同意。每个人的尊严和权利都应该受到尊重，无论其遗传特征如何。不能简单地把个人归结为他的遗传特征，每一个人都是独一无二的，因此对于个体人的尊重不能被其他概念所替代。

人类基因具有突变性，人类的演化在很大程度上归结为个体基因的突变。基因突变包含着一些因个人的自然环境和社会环境，尤其是健康状况、生活条件、营养与教育不同而表现形式不同的潜能。即使是基因层面发生了一些所谓问题，也不一定能够表现出来，因此能否称为“病人”还值得商榷，更不能因此而受到歧视或者遭受不平等对待。按照罗尔斯的正义论，正义的本质是公平；所谓公平就是同样的人应该得到平等对待，不同的人应该得到差异对待，而差异对待应该更有利于弱势群体获得利益。这样的差异对待才能够得到伦理学辩护。因此，差异对待绝对不是歧视而是保护性的，不能有种族歧视或者家族歧视。人类基因研究表明，种族之间在基因层面确有差异，但是种族之间的差异远小于同一个种族内部个体之间的差异水平。不存在所谓优等种族或者劣等种族。即使是基因上有问题的个体也未必就是真正的问题，例如地中海贫血是由于基因的问题，但是有这种基因缺陷的人不容易患疟疾，这种基因缺陷对于疟疾这种疾病具有天然的免疫能力；有些基因缺陷的人，不容易患肿瘤；还有一些基因有问题的人，对于 HIV 病毒有天然的免疫能力。因此，不存在绝对“优等基因”的个体，在某一些方面的缺陷或许在其他方面是一种优势。人类基因的多样性是人类整体能够抵御某些突发疾病的福音。

《世界人类基因组与人权宣言》声明，任何有关人类基因组及其应用方面的研究，尤其是生物学、遗传学和医学方面的研究，都必须以尊重个人或在某种情况下尊重有关群体的人权、基本自由和人的尊严为前提。违背人的尊严的一些做法，例如用克隆技术繁殖人的做法是不能允许的。要求各国和各有关国际组织进行合作，以便根据宣言所陈述的原则，鉴别这些做法，并在国家和国际级别采取各种必要的措施。每个人都应本着尊重其尊严和权利的精神，利用生物学、遗传学和医学在人类基因组方面的成果。知识进步所必需的研究自由取决于思想自由。有关人类基因组研究的应用，特别是在生物学、遗传学和医学方面的应用，均应以减轻每个人及全人类的痛苦和改善其健康状况为目的。鉴于对人类基因组进行研究的伦理和社会影响，在从事这一研究的范围内，应特别注意研究人员从事活动所固有的职责，尤其是在进行研究及介绍和利用其研究成果时的严格、谨慎、诚实和正直态度。公立和私立部门科学政策方面的决策者在这方面也负有特殊的责任。应采取适当的措施，以便在宣言所规定的原则范围内，促进有利于自由从事人类基因组研究活动的精神和物质条件，并考虑这些研究会产生的伦理、法律、社会和经济影响。应采取适当的措施，确定在遵守宣言所规定的原则情况下，自由从事人类基因组研究活动的范围，以确保尊重人权、基本自由和人的尊严，以及维护公众的健康。各国应努力确保这些研究成果不用于非和平目的；促使建立各级具有独立性的多学科和多元化的伦理委员会，对人类基因组研究及其应用所造成的伦理、法律和社会问题进行评估。

《世界人类基因组与人权宣言》声明，只有在对有关的潜在危险和好处进行严格的事先评估后，并根据国家法律的其他各项规定，才能进行针对某个人的基因组的研究、诊断或治疗。在各种情况下，均应得到有关人员的事先、自愿和明确的同意。如果有关人员不能表态，则应由法律从其最高利益出发予以同意或授权。每个人均有权决定是否要知道一项遗传学检查的结果及其影响。这种权利应受到尊重。在进行研究的情况下，应根据这方面实际的国家和国际准则或指导方针，对研究方案进行事先评价。按法律规定，如果有关个人不具备表示同意的能力，除法律授权和规定的保护措施外，只有在对其健康直接有益的情况下，才能对其基因组进行研究。一项无法预计对有关人员的健康是否直接有益的研究只有在特殊情况下才能十分谨慎地进行，而且要注意使有关人员冒最小的风险、受最小的限制，但条件是这项研究应有利于属于同一年龄组或具有相同遗传条件的其他人的健康，而且符合法律规定的条件及保护有关人员个人权利的原则。任何人都不应因其遗传特征而受到歧视，因为此类歧视的目的或作用均危及他人的人权和基本自由以及对其尊严的承认。为研究或其

笔记

他任何目的而保存或处理的与可识别之个人有关的遗传数据应按法律规定的条件予以保密。任何人都有权根据国际法和国内法对直接和主要因对其基因组实施手术而受到的任何损失要求公正合理的赔偿。为了保护人权和基本自由，只能由法律根据迫切需要并在国际公法和国际人权法的范围内，对同意和保密原则予以限制。

二、基因诊断伦理

（一）基因诊断

基因诊断（gene diagnosis）是指利用分子生物学技术，进行 DNA 水平上的诊断（检测结构缺陷）或 RNA 水平上的诊断（检测基因表达异常），又称 DNA 分析法。基因诊断可以诊断疾病，也可以用于疾病风险的预测。

目前，基因诊断已应用在：①临症基因诊断，医生根据患者病史、症状，为明确或排除某一疾病而进行的检查；②症状前基因诊断，主要用于一些遗传病家系或有遗传病倾向的家系中目前未发病、但有高度发病风险人群的诊断，特别适用于一些早期诊断后可进行预防性干预措施，避免出现严重不良后果的疾病；③产前基因诊断，主要是针对一些有生育患儿风险夫妇的胎儿进行诊断，对明确诊断为某种疾病的胎儿可采取干预措施，对目前尚无治愈可能的疾病的胎儿可实施选择性流产；④胚胎植入前遗传学诊断（preimplantation genetic diagnosis，PGD），适用于有生育患儿可能又不愿经产前诊断选择性流产的夫妇。

（二）基因诊断引发的伦理问题和实施的伦理原则

基因诊断是临床医学领域一种全新的诊断方法。针对无论是常染色体疾病，还是性染色体疾病、单基因疾病和多基因疾病等都可进行基因诊断。但基因诊断同样也存在许多的伦理问题，主要分为：①基因诊断的内容，也就是检测什么，是遗传性疾病还是倾向性疾病，还是与疾病并无关系的智力、体力、外表等人类自然素质呢？②基因诊断的目的，也就是为什么检测，是为了预警、预防、治疗，还是为了获得基因资源？③基因诊断的结果，如何面对结果，目前已经开始应用的基因诊断方法所测得的结果是否可靠？病人在诊断过程中出现的一系列心理问题，医院是否应负责任？被诊断为基因缺陷阳性的信息如何保密？被诊断为基因缺陷阳性的人如何得到公平对待，使他们不受保险公司、招聘单位和社会的歧视等。

应用基因诊断，要严格遵守以下伦理规范：一是尊重，要尊重人权、尊重人格尊严，贯彻自愿原则，应将诊断目的、结果、后果、风险等相关情况如实告诉受检者；基因诊断前后应进行遗传咨询，检查结果发现某些特殊疾病，如有治疗和预防的方法，应毫不延迟地给予提供；产前基因诊断的目的仅仅向夫妇和医师提供胎儿健康状况，并根据情况提出合理的建议，患病胎儿的处置应由母亲或夫妇最终决定；基因诊断不能应用于非医学目的的性别选择。二是保密，检测结果应注意保密，保护受检测者的个人隐私。三是防止基因歧视，未经本人同意不得披露给单位（雇主）、保险公司、学校。四是遗传资源保护，基因诊断方法所获得的有关个人及其家族的信息具有重要的科学价值。基于相关资料或信息进一步开展基础研究、应用研究或开发研究，必须征得当事人的知情同意，可识别的遗传信息必须去掉标识，并应妥善保管和处置采集的血样等生物标本。人类基因是遗传资源，具有重要的诊断、治疗和基因药物开发等应用价值，应注重保护人类基因这一重要的遗传资源。五是保护医学样本提供者的知情权与专利收益分享权。基因作为一种生物资源，具有非常大的经济价值，因而必须保护医学样本提供者享有真正的“知情同意”权和利益分配。2000 年，海牙国际伦理委员会按照公平原则发表了一项关于基因利益分配的声明，该声明指出：“个人、人群或社团的贡献都应该得到回报。”国际人类基因组织也于同年发表了《关于利益分享的声明》，呼吁如果基因医学研究获得了利润，制药公司应该提取 1%～3% 的利润返还给受试者。我国政府也赞同这一声明。

三、基因治疗伦理

（一）基因治疗概述

基因治疗（gene therapy）是指将正常基因植入靶细胞以代替遗传缺陷的基因，或关闭、抑制异常表达的基因，是一种达到预防和治疗疾病目的临床治疗技术，是基于改变细胞遗传物质所进行的医学干预。从定义可以看出，基因治疗的目的是治疗人类疾病，而不是增强人类的某些特性。因此，转移的目的基因都是疾病相关基因。

1975年，一批前联邦德国科学家使用病毒感染法对缺乏某种稀有酶而患痴呆症的两姐妹进行基因补充治疗，从此，基因治疗从实验室进入临床。现在的基因治疗手段主要包括：基因修复、基因替代、基因抑制/基因失活、基因增强和基因激活。基因治疗的对象包括体细胞和生殖细胞两类。严格意义上的基因治疗，必须满足以下四个条件：一是其作用对象为人而非动植物或者微生物；二是所有物质为核酸而非其他药物；三是治疗机制在于影响基因的表达；四是对疾病相关基因应具有高度的选择性。

（二）基因治疗存在的问题和实施的伦理原则

基因治疗研究与临床实践主要存在以下问题：

1. 生殖细胞基因治疗目前为各国普遍叫停，其伦理争论大体上有几个问题：人类基因是否已恶化到需人工干预的地步？现代人是否有改变未来世代人基因的权利？人们怎么保护自己的基因而不被别人操控？前面案例所提到的“三亲婴儿”，其也不是分子水平的基因治疗而是细胞工程的胞浆置换，并未对单个的DNA分子进行任何技术操作。

2. 体细胞基因治疗研究与临床实践的伦理问题因不涉及胚胎，敏感程度低，但是其依旧存在许多问题：首先，基因治疗的目的之争，基因治疗是来解决人类重大疾病还是用来改进人种的？如何确定“坏”的基因？其次，基因治疗的安全性之争，技术的安全性与导入基因能否稳定、高效表达。通过病毒等载体将外源基因携带入人体，干扰人体正常基因的活动；作为载体的病毒重组出新的高传染性病毒等。基因转移至人体后，专家还无法自由控制它表达的时间、方式和量的多少。再次，基因治疗的价值争论。基因治疗费用昂贵，经济上是否合理。一是目前的基因治疗需要花费大量的人力、物力、财力，但有些疾病还是无法根治；二是医疗费用的增加；三是基因治疗的投资与效益的价值问题值得商榷；四是昂贵的医疗是否会成为富人的专享，医疗公平性如何保障；五是技术具体实施的伦理之争，如基因治疗的隐私权和知情权的保护。

基因治疗中应遵循的伦理原则：必须尊重病人的知情权、自主选择权、保护隐私、保守秘密，以及维护生命尊严；必须遵守有利无害的原则，即在体细胞基因治疗过程中，应注意技术操作的规范性，确保符合适应证、最终方案、科学性和安全性要求；必须遵守公平公正的原则，包括资源分配、利益回报、治疗机会等方面都要强调公平公正。

基因专利的申请是一个有争议的问题。围绕着基因专利权，目前争论的焦点是“应不应该就基因本身申请专利”这一问题。一般来说，科学发现的东西是不能申请专利的，因为所发现的是规律，而规律是自然界本身所具有的；技术发明的东西则可以。但是具体到人体基因这一学科领域，严格区分哪些东西属于科学发现，哪些东西属于技术发明是非常困难的。一般认为，获得专利权的东西应当是发明的，而不是发现的。基因是属于发现的范畴，它不属于发明的东西，因而它不能获得专利。新发现的蛋白因子显然可以用来治疗由于体内该蛋白因子水平降低引起的疾病。为了人类的共同利益，不授予自然条件下人类机体的所有部分专利权，不授予疾病诊断和治疗方法专利权。只有这样，才能迅速地将那些新发现应用于为人类造福。在人类基因组数据和图谱基础上，研究表明某个特殊基因与某种疾病的关系，并针对这一基因开发的靶向基因药物，显然应该得到法律应有的保护。因为这可以促进新型医疗产品问世。到目前为止，联合国教科文组织虽然规定“自然状态的人类基因组不应产生经济效益”，但是有关人类基因专利问题仍在争论之中。

第二节　人类干细胞研究与应用伦理

一、人类干细胞研究概述

（一）干细胞的概念

干细胞（stem cell）是具有自我复制和多向分化潜能的原始细胞，是变成人体各种组织、器官的原始细胞。干细胞的重要意义在于它具有发育成各种需要的组织，替代多种疾病发生时的损伤组织，恢复其组织结构、生理功能的潜能。

（二）干细胞分类

以干细胞来源为标准，干细胞一般划分为成体干细胞（adult stem cell）和胚胎干细胞（embryonic stem cell）两大类。

成体干细胞是指存在于组织和器官已经分化的细胞当中的未分化细胞。这种细胞是能够在组织和器官中自我更新并且能够分化成为一些或者全部具有主要的特殊功能的细胞类型。

胚胎干细胞是一种能够在体外培养的高度未分化的细胞，具有不断自我复制及多向分化增殖的能力，可无限增殖及诱导分化成几乎机体所有类型的细胞。因胚胎干细胞可不断分化，以功能为标准，胚胎干细胞又可以划分为三种类型：全能干细胞（totipotent stem cell）、多能干细胞（pluripotent stem cell）和专能干细胞（unipotent stem cell）。因具有无限增殖及多向分化潜能，胚胎干细胞在人类许多疾病的治疗方面有着广阔的应用前景。

二、人类干细胞临床前研究伦理

（一）人类成体干细胞研究伦理

目前，成体干细胞移植技术可以划分为三类：①不在体外进行特殊技术处理的人类原代细胞/组织为基础的产品，例如造血干细胞、角膜、软骨细胞等，移植治疗血液系统疾病、角膜损伤和软骨损伤，其中骨髓干细胞早在20世纪中期就已开始应用于临床治疗血液系统疾病，已属于常规治疗；②体外扩增和诱导分化培养等特殊处理的成体干细胞，例如神经干细胞、间充质干细胞等，用于一些疾病的临床试验治疗（研究），目前尚无系统的安全性和有效性的科学评价，处于临床试验研究阶段；③经基因处理后的成体干细胞，例如成体干细胞基因治疗、IPS细胞治疗，或用以成体干细胞为载体的非医学目的干细胞移植。这一类研究尚处于临床前的基础研究阶段，临床试验研究尚未受理，更不能应用于临床治疗。非医学目的的成体干细胞移植应明令禁止。

成体干细胞从研究到临床应用还需要经历一个漫长的过程。从科学角度看，干细胞及其最终的衍生物要确保其安全性、纯度、稳定性和有效性；干细胞的自我更新和分化难以控制，实验过程中不可避免地出现不均一性；许多疾病的动物模型不能准确地反映人类疾病，且动物毒理学实验难以预测对人类的毒性；人类细胞移植到动物机体的实验不能有效预测人体对移植细胞的免疫和其他生物学反应；干细胞及其产物作用于不同的靶点同时产生有益或有害的作用，会产生异位组织和肿瘤，临床前的安全性证据极为重要；细胞移植将在病人身上持续数年或不可逆，故需对病人进行长期监测和随访；干细胞可能来源于不同年龄、性别和种族的捐赠者，含有不同的分子标记，关于捐赠程序的标准化，建立严格的成体干细胞来源质量控制等，这些工作还刚刚起步。

（二）人类胚胎干细胞研究伦理

人类胚胎干细胞的来源存在伦理争论。根据《人胚胎干细胞研究伦理指导原则》第5条规定，用于研究的人胚胎干细胞只能通过下列方式获得：第一种是利用体外受精多余的配子或囊胚；第二种是自然或自愿选择流产的胎儿细胞；第三种是体细胞核移植技术所获得的囊胚和单性分裂囊胚；第四种是自愿捐献的生殖细胞。但在上述四种胚胎干细胞来源上都存在相关的伦理争论，因而必须严格遵循相关的伦理准则。

第一种胚胎干细胞的来源是利用体外受精多余的配子或囊胚。由于体外受精成功率的影响，需要从不孕妇女体内一次取出较多卵子，具体方式是通过激素刺激排出更多的卵，在体外与精子结合，形成多个胚胎，除去植入的受精卵以外，其余冷冻保存，以备需要再次植入使用。将多余胚胎用于科研所涉及的伦理问题包括：胚胎的道德地位，即胚胎是否是人；患者、医生、研究者三者之间利益冲突等。美国国立卫生研究院制订了相关指导原则：如果干细胞源于人类胚胎，必须是治疗不孕症剩余的胚胎，而不是专门为了研究而制造出来的胚胎；科研人员必须是没有涉及不孕症治疗的、在捐赠人捐赠胚胎的决定中没有起任何作用的，没有为胚胎的捐赠提供经济上或任何其他诱因的人员；如果多能干细胞来源于胎儿组织，则必须遵守所有涉及人类胎儿组织研究和胎儿组织移植研究的法律和规则；剩余胚胎和胎儿组织的获得，必须经捐赠者的知情同意，而有些知情同意需要详细说明，包括捐献者不会得到捐赠之后任何有关胎儿组织或细胞试验的信息、一切有关该细胞的标识将被去除、捐赠者不会从该细胞研究中获得任何经济上的回报。

第二种胚胎干细胞的来源是自然或自愿选择流产的胎儿细胞，可以从中提取多能干细胞和单能干细胞。应严格区别因身体原因、情感原因或者社会原因而自然流产或者选择做流产手术，与提取干细胞开展科研活动没有直接的因果关系。不是因为需要开展人胚胎干细胞的目的而使孕妇流产。科学研究可以使用自愿捐献流产胎儿尸体，提取其中的干细胞开展基础研究或应用研究，但应当征得捐献流产胎儿的女性及其家庭成员的知情同意。在实际工作中，应在实施堕胎手术之前告知孕妇，让孕妇充分知情、自愿同意。必须去掉标识，一定要为实施堕胎手术的孕妇保守秘密，充分尊重患者的隐私权等相关权利。如果提取的干细胞有临床应用前景或者其他经济效益，一定要充分地告知病人，并可以适当给予资金补偿或者物质补助，但是不能构成不当的物质诱惑。

第三种胚胎干细胞的来源是体细胞核移植技术所获得的囊胚和单性分裂囊胚，是一种克隆技术。克隆技术制造胚胎具有更尖锐的伦理争论。争论的焦点是能否区分开治疗性克隆和生殖性克隆，以及胚胎的法律和伦理地位问题。

第四种胚胎干细胞的来源是自愿捐献的生殖细胞（包括精子和卵子），通过体外受精方式获得胚胎。除了胚胎的法律和伦理地位以外，伦理争论还包括精子、卵子的获得是否符合伦理，激素促排卵方式获得卵子诱发肿瘤的风险是否充分告知了妇女，实验剩余胚胎的保存和处置等。

在应用层面，干细胞技术也会产生一系列的伦理问题。正如其他现代医学技术一样，在应用前，干细胞技术也要进行规范的临床实验研究。这些实验潜伏着诸多不确定因素，因而有着很高的风险。其中，核心的问题是如何保证临床受试者的安全？国际干细胞研究协会强调，合理的安全性、有效性和临床前研究非常重要，在干细胞疗法用到患者身上前必须极其谨慎。即使干细胞技术被批准应用到患者身上，它本身所固有的不确定性也会带来相应的伦理问题。例如 IPS 细胞就易于诱发非原生性肿瘤，于是就有如何保证患者安全的问题。再就是干细胞技术蕴藏了巨大的商机和经济利益，而利益冲突常常会在研究者、投资者以及管理者中引起职业伦理问题等。这些问题如果得不到解决，那么干细胞技术带来的好处很快就会被淹没。

胚胎干细胞研究的伦理问题还包括胚胎的体外培养、胚胎处置等问题。按照我国《人胚胎干细胞研究伦理指导原则》相关条款的规定，禁止进行生殖性克隆人的任何研究。进行人胚胎干细胞研究，必须遵守以下行为规范：利用体外受精、体细胞核移植技术、单性复制技术或遗传修饰获得的囊胚，其体外培养期限自受精或核移植开始不得超过 14 天；不得将前款中获得的已用于研究的人囊胚植入人或任何其他动物的生殖系统；不得将人的生殖细胞与其他物种的生殖细胞结合；禁止买卖人类配子、受精卵、胚胎和胎儿组织。

干细胞临床治疗疾病的安全性和有效性尚未得到充分证明，必须首先进行临床前研究和规范的临床实验。除前面所述不在体外进行特殊技术处理的人类原代细胞 / 组织为基础的产品，例如造血干细胞、角膜、软如骨细胞等用于移植治疗血液系统疾病、角膜损伤和软骨损伤以外，其他干细胞治疗目前尚处于临床研究阶段。

三、人类干细胞临床实验及其应用伦理

（一）临床应用伦理准则

我国国家人类基因组南方研究中心伦理学部起草的《人类成体干细胞研究和临床应用伦理准则（建议稿）》认为，人胚胎干细胞和成体干细胞研究以及临床试验都应遵循相关的伦理原则：科学性原则、不伤害/受益原则、知情同意原则、公正性原则、公益原则、非商业化原则。

成体干细胞治疗技术的临床应用，应实行严格的准入制度。2009年我国卫生部颁发的《医疗技术临床应用管理办法》指出干细胞治疗属于第三类医疗技术，应由卫生行政部门严格控制和管理。2015年国家卫生计生委发布的《限制临床应用的医疗技术（2015版）》目录再次指出，由于造血干细胞（包括脐带血造血干细胞）移植治疗血液系统疾病技术“安全性、有效性确切，但是技术难度大、风险高，对医疗机构的服务能力和人员技术水平有较高要求”属于需要限定条件的医疗技术。2017年国家卫生计生委颁发了针对干细胞治疗的《造血干细胞移植技术管理规范（2017版）》和《造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标（2017版）》从技术操作和制度规范等方面严格把控干细胞治疗。成体干细胞属于具有人类细胞因子的医疗产品，应根据我国国家药品监督管理局颁发的《药物临床试验管理规范》严格审查，未经批准，不得进入医疗市场。

（二）干细胞治疗存在的问题

虽然卫生部门对干细胞治疗一直秉持审慎的态度，但并未完全落实为有效的管理举措。针对干细胞治疗领域的管理可以依据的法律条款很少，只有《人体细胞治疗研究和制剂质量控制技术指导原则》是适用于各类干细胞治疗管理的，其他的文件都是明确指出适用于造血干细胞进行治疗的规范和管理措施。而且现有政策文件仅是界定了对干细胞治疗的必要指导原则，不具备操作性。再者患不治之症的患者对改善他们病情的迫切要求，和一些医疗机构、商业组织和医务人员因为利益诱惑将未经证明的成体干细胞用于进行治疗，导致了干细胞治疗乱象出现。

干细胞临床应用中存在的主要问题包括以下几个方面：①用干细胞治疗是“创新疗法”或“试验性疗法”吸引患者注意，逃避相应监管。②夸大干细胞治疗效果，弱化治疗风险。干细胞自身存在着细胞老化、异常分化等不良特性，使干细胞治疗潜在着极大的生物安全隐患；免疫排斥又使得干细胞治疗存在医疗风险。而这些风险在告知患者时往往被弱化甚至是忽视。③盲目扩大干细胞治疗的适应证，目前在干细胞治疗领域，造血干细胞移植技术治疗白血病是唯一取得较好的临床效果，得到世界范围认可的干细胞治疗方案，其他多数技术仍处于实验性治疗和临床试验阶段。但是目前国内能见到干细胞治疗项目几乎囊括了所有系统的疾病。一些医疗机构在不具备开展干细胞治疗的情况下开展治疗，导致医疗纠纷频发，造成了恶劣的影响。

（三）临床干细胞研究治疗应关注的伦理问题

第一，加强各利益相关方之间的协商合作，处理好各种利益关系，避免利益冲突：①加强科学家和临床医生之间的合作，使基础研究能够快速转化为临床试验，而临床试验中遇到的新问题也能够及时反馈给实验室再做进一步研究，从而实现双向发展，相互补充提高。②加强企业、研发单位与政府之间的合作。只有通过这种“三螺旋”式的合作，不确定性才有可能得到有效控制。③加强社会监督与对话。干细胞技术的发展已经引起公众的高度关注，而公众的态度和意见会直接影响干细胞研究的开展和结果。其中，公众的参与是干细胞技术治理的重要一环。允许公众参与、进行社会监督意味着干细胞技术的研究与应用应该在开放、透明的环境中进行。这样，公众就可以在伦理难题与实用价值之间自主地进行权衡与选择。毁坏自愿捐献或辅助生殖剩余胚胎与个体生命的拯救比起来哪个更为重要，在死亡的威胁与被物化地操纵之间应该怎样做出选择……这些都是需要协商才能解决的问题。

第二，完善国家法律法规，尽快出台干细胞研究与应用的管理办法。在综合治理的模式下，国家和政府仍然是重要的力量。严禁干细胞基因治疗用于非医学目的，例如增高、增加智商或提高运动成绩等。经临床实验证明安全和有效后，成体干细胞治疗临床应用须经卫生部门批准，取得准入资

格后方可进行；建立国家级成体干细胞移植治疗专家委员会和伦理委员会。建立严格的准入制度；省、市、自治区卫生行政部门对辖区内成体干细胞的临床实验和临床应用负有管理、监督责任；有关成体干细胞及其衍生物的临床实验和应用均应遵循伦理准则。

第三，加强宣传，帮助公众理解干细胞技术。干细胞技术的目标不仅在于将科学研究成果转化为临床应用，更重要的是要被患者和公众所接受。这是因为，一方面干细胞研究需要患者和公众参与到临床实验中；另一方面公众对该研究的参与和理解程度也会影响到政府和国家的经费投入。因此，如何向公众准确地表述干细胞治疗，帮助公众理解干细胞科学，从而在科学家、医生与患者、公众之间建立起信任关系，对于细胞技术的健康发展很有必要。

第四，提高干细胞技术人员的伦理素质。实验性治疗或创新疗法提供给病人，需要具备以下条件：首先，试验性治疗的对象应是个别晚期肿瘤或严重损伤的患者，已确实无其他更好的药物和医疗技术可供选择。其次，临床医师应提出实验性治疗的全面的书面计划，包括选择成体干细胞治疗技术的科学合理性根据；有临床前研究的安全性和有效性科学数据；临床工作者的资质；患者确系自愿，有合格的知情同意书；有符合科学要求的干细胞技术操作设施；有治疗副作用、并发症或不良反应的计划；有收集和使用数据评估有效性和不良反应的计划；有随访计划；有合适的资金来源等。第三，临床医师应承诺通过从个别患者那里获得的经验最终达到普遍性知识，书面报告还应包括：用系统和客观的态度来确定治疗结果；将治疗结果，包括阴性结果和不良事件在学术会议或专业杂志上向医学界报告；以及在一些患者身上获得阳性结果后及时转入正式的临床试验。第四，书面计划经伦理委员会的评审同意，并取得同级卫生行政主管部门的批准。

在干细胞治疗临床实验中，伦理委员会必须审查以下内容：成体干细胞是否由有资质的单位提供；提供临床前成体干细胞研究（包括实验室研究和动物研究）有关安全性和有效性的数据、报告、科学评估；研究者的资格、经验是否符合实验要求；临床实验的科学根据如何，实验方案是否科学；受试者可能遭受的风险程度与实验预期的受益相比是否合适，对受试者在研究中可能承受的风险是否采取了保护措施；在知情同意过程中，向受试者（或其家属、监护人、法定代理人）提供的有关信息资料是否完整易懂，获得知情同意的方法是否适当，知情同意书是否合适；对受试者的资料是否采取了保密措施；受试者入选和排除的标准是否合适和公平；是否向受试者明确告知他们应该享有的权益，包括在实验过程中可以随时退出而无须提出理由且不受歧视的权利；受试者是否因参加实验而获得合理的补偿，如因参加研究而受到损害甚至死亡时，给予的治疗以及赔偿措施是否合适；研究人员中是否有专人负责处理知情同意和受试者安全的问题；对受试者在研究中可能承受的风险是否采取了保护措施；研究人员与受试者之间有无利益冲突等。

第三节　数字医疗伦理

数字化设备从20世纪末开始大规模高强度地渗透到人类的日常生活，当代医疗也不可避免地受到数字化浪潮的冲击，悄然发生变化。无线医疗、互联网医疗、移动医疗、远程医疗、智慧医疗、智能医疗、人工智能与医疗和医疗信息化等词汇扑面而来。数字化技术和人工智能引入医疗实践具有多方面的优势。对于社会，缓解基层百姓日益增长的医疗需求与城乡医疗资源结构巨大反差之间的矛盾；对于患者，更易于获得方便、快速、经济和优质的健康服务；对于医院，降低了机构运行成本，提高了医疗资源的利用效率；对于主管医生，提高了疾病诊断的准确率，有利于个人的迅速成长。但是这些现代科学技术在服务于人类健康的同时，技术应用本身也引发了许多伦理问题。

一、医疗信息化伦理

（一）医疗信息化概述

医疗信息化即医疗服务的数字化、网络化，是指通过计算机科学和现代网络通信技术和数据库

技术，为各医院之间以及医院所属各部门之间提供患者信息和管理信息的收集、存储、处理、提取和数据交换，并满足所有授权用户的功能需求。2013 年，国家卫生计生委和中医药管理局联合印发的《关于加快推进人口健康信息化建设的指导意见》明确指出，要全面建设全员人口信息、电子健康档案和电子病历三大数据库。电子病历是指医务人员在医疗活动过程中，使用医疗机构信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数据、影像等数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录，是病历的一种记录形式。

2016 年国务院印发了《国务院办公厅关于促进和规范健康医疗大数据应用发展的指导意见》，国家卫生计生委发布了《基层医疗卫生信息系统基本功能规范》。

（二）医疗信息化建设中的伦理问题和原则

国家制定、实施和修改了多项关于医疗信息化的意见、规范，在严格的行政管理和严明的法律法规下，推进健康信息化和管理这些信息数据。但是，数据本身就是资源，据统计，现在每天会产生 2.5 万兆字节数据，疾病的诊治中信息数据、健康数据和人口数据为新科研、新临床试验提供基础，这些数据既能带来医学科学的进步，同时也蕴藏着巨大的经济利益。医疗信息化建设中必然会遇到一定的伦理问题。从数据的采集、利用、管理过程来看主要集中表现为：数据采集人员和机构的目的是为了疾病的诊治，还是数据的收集？如果是为了数据搜集，采集之前中是否做到了知情同意？数据信息会在什么范围内被使用？数据提供者是否有使用这些数据资料的资格？如果数据库资料带来经济效益，如何分配？在数据库管理过程中，如何保护个人的隐私和资料库信息的安全？……

《人口健康信息管理办法（试行）》的第六条明确指出："责任单位采集、利用、管理人口健康信息应当按照法律法规的规定，遵循医学伦理原则，保证信息安全，保护个人隐私。"在医疗信息化建设中应遵循的伦理原则如下：①尊重自主的原则。电子病历是患者就诊时为诊治疾病必须建立，但是同样属于患者的个人所有，尊重患者的所有权是必需的。互联网技术让患者的信息在医院信息系统的共享几乎无障碍，在无障碍获取信息和尊重自主之间存在着一个难题。而全员人口信息和电子健康档案这两个数据库的建设都是针对健康人群开展建立的，在数据采集前履行尊重自主就很必要。②科学性和唯一性原则。数据采集应坚持指定机构、统一标准，不能多渠道、多次采集。③安全原则。互联网安全就是很重要的问题，在数据管理过程中确保数据资料的安全，不会因互联网的安全漏洞而外泄。

二、"互联网 + 医疗"伦理

依托通信、移动技术、物联网、云计算、大数据等在内的信息技术进行医疗和健康服务的新型医疗形式该如何命名，学界一直没有统一的说法。2015 年《国务院关于积极推进"互联网 +"行动的指导意见》给这一新型医疗形式定义为"互联网 + 医疗"。"互联网 + 医疗"既包括在线健康咨询，也包括在线健康诊疗。

（一）互联网医疗

互联网医疗指借助互联网电子信息平台进行诊疗活动和健康咨询的活动。

2009 年卫生部发布的《互联网医疗保健信息服务管理办法》这样定义："互联网医疗保健信息服务是指通过开办医疗卫生机构网站、预防保健知识网站或者在综合网站设立预防保健类频道向上网用户提供医疗保健信息的服务活动。"互联网医疗保健信息服务分为经营性和非经营性两类。该《办法》明确规定"不得从事网上诊断和治疗活动"。针对这类网上健康咨询活动，其涉及的伦理问题主要包括：咨询人员的资格认证，是否具备相应知识的专业人员？知识的科学性和可信性如何？以营利为导向的互联网医疗保健信息服务网站淡化服务社会公众的责任、商业导向性强、硬性广告植入的问题。信息安全和隐私保护的问题。

互联网医疗保健信息服务应坚持的伦理规范：①坚持科学性的原则。无论是网络共享资源，还是给个体提供的健康咨询，都必须保证信息的科学性，不能提供不科学、不准确的医疗保健信息服

务。②保密的原则。从责任伦理的角度看，互联网信息的安全应该由使用者和建设者共同维护，但是上网数据和交流内容属于个人隐私，作为网站的建设者应该履行保密的义务。③公平的原则。不能借助平台优势强行植入广告获取利益，在出现广告时要明确指出该信息的性质。④遵守相关管理规范。互联网医疗保健信息服务只能提供信息咨询，不能进行诊断和治疗活动，即使是口头医嘱也不可以。

（二）远程医疗

远程医疗服务是一方医疗机构（以下简称邀请方）邀请其他医疗机构（以下简称受邀方），运用通信、计算机及网络技术（以下简称信息化技术），为本医疗机构诊疗患者提供技术支持的医疗活动（《关于推进医疗机构远程医疗服务的意见》国卫医发〔2014〕51号）。医疗机构运用信息化技术，向医疗机构外的患者直接提供的诊疗服务，属于远程医疗服务。远程医疗服务项目包括：远程病理诊断、远程医学影像（含影像、超声、核医学、心电图、肌电图、脑电图等）诊断、远程监护、远程会诊、远程门诊、远程病例讨论及省级以上卫生行政部门规定的其他项目。2014年我国建设了全国第一家网络医院。

远程医疗使得患者在获取医疗服务时更加便捷和经济，更容易获得优质医疗服务，特别是对于缺乏优质医疗资源的偏远或农村地区尤其有利；远程医疗使得医学专家减少出行、提高诊治人次和效率；远程医疗也为偏远和穷困地区医生提供了更多更有效的培训机会；远程医疗帮助医疗机构减少运行成本，提高资源利用率。

远程医疗的应用提供了新的医疗方式，它在带来诸多益处的同时也引发了伦理问题。①从医生的角度需要考虑的伦理问题：医生通过远程医疗进行诊疗活动是否安全？体格检查在当前的疾病诊治中是必需的，远程医疗中如何获得体格检查的信息，如何保障信息的真实性？如何确保电子远程医疗质量和安全性，避免对患者产生伤害？临床诊疗一般原则在远程医疗如何实施？②从远程医疗机构要考虑的伦理问题：偏远或农村地区在缺少优质医疗资源的同时，信息网路的建设也相对滞后，物联网、视联网信息能否及时传递？使用远程医疗，患者疾病信息、影像检查信息、诊断结果、监护信息等全部资料都是呈现在互联网上，如何保障信息安全和隐私得到保护？③如何避免利益冲突？毕竟这些信息资料具有临床、科研、商业价值。④从患者的角度需要考虑的伦理问题，患者是否提供了真实完整的疾病信息？患者身份是否真实？如何避免患者通过互联网医疗卫生信息进行自我诊治，修改、终止医嘱，最终造成伤害？远程医疗应坚持的伦理规范：首先，传统医疗所使用的伦理原则和规范在远程医疗中同样适用。其次，远程医疗运用中需要特别强调的伦理规范：①以人为本。远程医疗过程中，医患间的交流更多是通过电子设备进行人机交流，加强医患沟通，从身体和精神两方面关心患者。②科学性原则。无论是中医诊病时的“望、闻、问、切”，还是西医诊断要求的“视、触、叩、听”，体格检查都是必不可少的环节，远程医疗必须尊重科学，坚持临床诊疗的基本原则和规范。③安全性原则。因为互联网本身存在的漏洞和安全隐患，使得远程医疗信息保密的形式就很严峻，设立专职的网络安保，避免网站受到攻击，能够及时为患者提供医疗服务，避免信息丢失、被盗和篡改，避免身份被盗用等。

三、医疗人工智能伦理

人工智能（artifical intelligence，AI）至今也没有统一的定义。人工智能在词典里面是这样定义的：“使计算机系统模拟人类的智能活动，完成人用智能才能完成的任务。”

一般来说，可以将人工智能技术分为弱人工智能技术和强人工智能技术。弱人工智能擅长于单个方面的人工智能技术，机器只对某种既定的、事先设定好了的程序指令反应。人们的生活中已经充满了弱人工智能，只是大部分人没有意识到，如智能代理技术、专家系统、翻译系统、人工神经网络等。专家系统和人工神经网络就在医学领域内被使用。强人工智能技术能够对外界环境的变化与刺激产生自我意识，且能够对这些变化和刺激进行分析、推理及判断。强人工智能是指在各方面都

能和人类比肩的人工智能，能够和人脑一样工作，比如医用机器人。医用机器人种类很多，按照其用途不同，有临床医疗用机器人、护理机器人、医用教学机器人和为残疾人服务的机器人等。

医用机器人不仅可以代替人类完成很多繁重的工作，而且能够完成许多高精尖外科手术操作。然而，医用机器人在使用中也会带来许多伦理问题。病人可能会对护理机器人产生感情，如果撤回机器人就可能会引发情绪变化从而导致病情甚至加重，怎么办？机器人的程序是设定的，他无法应对特殊情况的发生，重新调整优先顺序。机器人不能感知患者情绪的变化，实质上会加速医患关系的物化趋势。机器人的身份定位也会带来伦理困惑。如果在机器人参与的手术中发生了差错，谁来承担责任？是手术医生独自承担，还是手术医生和机器人共同承担？机器人如何承担责任？如果机器人不能作为道德的主体来承担道德责任，那么谁来负责？设计者、生产者、医疗机构？外科机器人引入手术，如使用达芬奇手术机器人进行胃部手术、胸部手术等，作为一项新的医疗技术，其技术缺陷带来的潜在伤害如何避免？新的技术使用是否带来医疗费用支出增加？

已故科幻小说家阿西莫夫（Isaac Asimov）曾提出以“不得危害人类”为核心的“机器人学三大法则”。2017 年 1 月在阿西洛马举行的有利人工智能（Beneficial AI）会议上，近千名人工智能和机器人领域的专家，联合签署了阿西洛马人工智能 23 条原则，呼吁全世界在发展人工智能的同时严格遵守这些原则，共同保障人类未来的利益和安全。为能够更好地运用医用机器人为人类医疗健康服务，应该遵循如下伦理规范：①坚持以“为人类造福”为最终目的准则。机器人不得伤害人类。②以人为本的原则。机器人必须听命于人类，“人类的最高目标不是发展和应用技术，而是人类的全面发展，技术只是为这个目标服务的手段”。③公平原则。人工智能科技应该惠及和服务尽可能多的人。“阿西洛马人工智能原则”强调“开发是为了服务广泛认可的伦理观念，并且是为了全人类的利益而不是一个国家和组织的利益”。医疗机器人应该在未来能惠及更多的人。④预见和防范机制。新技术使用前，要有预见，和传统的医疗相同，人工智能系统也可能造成风险，必须有针对性地计划和努力减轻可预见的冲击。针对缺陷技术叫停。⑤坚持科学原则。严格把握医疗机器人临床使用的适应证。⑥知情同意的原则。从技术的选择权到可能产生的额外费用都需告知，让患者自主决定。

思考题

1. 试述基因决定论，它与“优生学”有何关联？
2. 简述基因诊断的分类及其引发的伦理问题。
3. 简述基因治疗的分类及其基因治疗应遵循的伦理原则。
4. 为什么胚胎干细胞研究会引起如此激烈的伦理争论？争论的核心问题是什么？导致歧义的深层原因又是什么？

（魏　琳）

NOTE

第十三章　医学科研伦理

【导入案例 13-1】 扑朔迷离的“黄金大米”试验

医学科研就是利用人类已掌握的知识和工具，用试验研究、临床观察、社会调查分析等方法探求人类生命活动的本质和规律以及与外界环境的相互关系，揭示疾病发生发展的客观过程，探寻防病治病、增进健康的途径和方法的探索活动。医学科研的两种主要方法是动物实验和人体试验，这两种方式中均存在不同的伦理争议和伦理问题，需要明确和遵循相应的伦理原则。作为科研人员，必须遵循医学科研道德的要求，自觉加强科研诚信建设，只有这样才能在探求生命运动和疾病发生、发展规律中，寻找出保障人类健康、战胜疾病的有效方法和途径。

第一节　科研诚信与医学科研人员道德规范

科研诚信主要指科技人员在科技活动中弘扬以追求真理、实事求是、崇尚创新、开放协作为核心的科学精神，遵守相关法律法规，恪守科学道德准则，遵循科学共同体公认的行为规范。医学科研活动具有出现学术不端行为的可能性，需要研究者具备高尚的科研道德，也需要建构科研制度规范科研行为，依靠科研人员在科研活动中遵循科研道德规范的自觉性，防患于未然，培育健康的科研生态和人文环境。

一、医学科研中的矛盾冲突

21 世纪的医学科学研究者身处一个机遇与危险并存的年代，即使是职业科研人员也常常难以自如地应对这个时代的挑战和机遇，以及随之而来的利益冲突。现有的科学教育内容缺乏价值观、道德观、责任伦理方面的充分引导，但公众却比以往任何时候都对科学更加挑剔和质疑。因此，科学研究中的矛盾冲突，研究者需要理性地认识、辨别、权衡，进而作出恰当的选择。

（一）利益冲突

利益冲突的定义是：利益冲突是一种处境，在这种处境中，当事人或者机构对于主要利益的专业判断，容易受到次要利益的不当影响。对于从事科学活动的科学家来说，利益冲突（conflict of interests）是指一种境况，在这种境况下，科学家因处于某种（某些）利益之中，而有可能干扰他在科学活动中作出客观、准确、合理的判断。在科学的建制化完成之后，学院科学渐渐走出了象牙塔，越来越多地参与到社会发展中。企业对大学 / 医院科研的投入急剧增加，成为政府以外科学研究最大的资助者，大学 / 医院也开始主动与企业合作。科学家逐渐拥有了“双重角色”，既要科学研究又要成果转化，既要科研成果又要经济效益，既立足于大学 / 医院又就职于企业。因此，现代的很多研究者处于无法避免的利益冲突之中。

利益冲突的来源不同、层级不同，影响也不同，因此对待不同的利益冲突我们的警惕性和态度也有所不同。一是内在于科学事业自身的利益冲突，如科学家的教育背景、理论偏好、科学声望、获得认可等。科学家对这些利益的坚持和追求，恰恰是整个科学事业发展的“原动力”。它们是挥之不去和无法清除的。二是所有科学家所共有的利益冲突，如科学家的宗教信仰、民族情结、政治立场等。这些利益冲突有可能带来偏见，需要通过科学共同体的集体活动被发现和纠正。它们也是挥之不去

和无法清除的。三是外在于科学事业自身的利益冲突，如科学家接受企业丰厚的出场酬金或演讲费、享受奢华的旅游与食宿安排、为了获得企业资助而采用不当的模型和方法、接受企业提供的所研究产品公司的股份、在所研究产品公司任职等。科学家对这些利益的追逐可能会阻碍科学事业的进步。可以通过制度安排尽量合理化和避免此类利益冲突。

由此可见，存在利益冲突并不一定就是坏或恶，利益冲突是一个不好不坏的中性语词。科学活动中的利益冲突有两个鲜明特征：其一，利益冲突只是一种境况或际遇，而不是一种确已发生的行为；其二，利益冲突是同一个主体处于两种（或多种）不同利益冲突情境之中，利益冲突可能会影响科学的真实性和客观性，会对科研诚信产生威胁。而在医学临床试验中，利益冲突可能会威胁到受试者的健康与生命，一个典型的例子就是宾夕法尼亚大学的基因治疗试验，18 岁的 J.Gelsinger 在试验中死亡，这个试验中因存在诸多利益冲突而导致在受试者招募、受试者知情同意等方面存在重大伦理缺陷。因此，还是要对重大的、明显的利益冲突进行控制。根据利益冲突的大小，应对涉及人员分别采取回避、在不同范围内公开、审查、教育等不同对策，以控制和减少利益冲突带来的负面影响。

（二）义务冲突

义务冲突产生的客观原因是每一个人的能力、精力所限，难免遇到一些个人其他重大事务与科研时间发生冲突，在同一时间无法很好地同时完成多项工作。主观原因是个体对自己的能力、精力估计过高，一人身兼两职或多职，无法同时满足两组或多组职业义务，从而导致自身处于“两难困境”。

义务冲突在科研方面具体表现为科学家、教授、主要研究者、导师除了必须完成本机构的教学、科研、服务工作之外，还拥有很多社会兼职，经常应邀去各种会议露面、讲学、发言，或者同时还有管理职务需要履行管理职责，以至于无法教授预定课程、监督自己的研究项目、指导研究生和见习研究人员、承担分内的管理和服务职责，甚至一定程度上造成了学术界“包工头”和“打工仔”现象的出现。

当然，机构管理层在一定程度上鼓励科研人员参与此类活动及兼任各种学术组织的职务，并将其作为考核、晋升职称、加薪和任期的评价标准。然而过犹不及，虽然义务冲突不会直接导致科学判断方面的偏见，但由于人的时间、精力、能力有限，一旦身兼数职，就容易顾此失彼，损害判断能力，降低决策质量，导致顾此失彼，哪一项义务也无法履行好，进而造成科研活动中的行为失范。事实上，很多科研人员把太多的时间花在了本机构以外的事务上。

因此，在大学或研究机构的科研人员，应保证完全履行教学、研究和对本机构的公共服务义务，严格遵守学术机构规定的机构外活动的类型和数量，及时如实向本机构上报自己的机构外服务情况。理性选择，坚持“有所为有所不为”，保障学术活动的高质量。

二、医学科研中的学术不端行为

第二次世界大战以来，科学技术与人们的生活日益相关，政府、公司、财团对科研的经费投入越来越多，科研成果对人类的衣食住行乃至生命健康的影响越来越大，科研人员的责任和压力也越来越重，大量学术不端行为开始出现，提醒我们要对学术研究进行约束和监督。

（一）学术不端行为概念

世界各国对学术不端行为的界定不完全一致。美国白宫科技政策办公室于 2000 年公布了一个“共同的定义”（common definition），指出学术不端行为中简称“FFP”的三项主罪：在计划、完成或评审科研项目或者在报告科研成果时伪造（fabrication）、篡改（falsification）或剽窃（plagiarism）。欧洲各国的定义比美国在范围上更加广泛。中国学术界和政府部门对科研学术道德问题也很重视，近些年相继出台了一系列相关规范性文件，如科技部、教育部等十部门 2009 年联合发布的《关于加强我国科研诚信建设的意见》，国家卫生和计划生育委员会 2014 年颁布的《医学科研诚信和相关行为规范》等。

医学科研不同于其他研究领域，有其特殊性。医学科研中的学术不端行为是指开展医学科研工作的机构及其医学科研人员在科研项目的申请、预实验研究、评估审议、检查、项目执行过程以及验

收等环节中，故意伪造、篡改各类信息数据，抄袭、剽窃他人科研成果，侵害受试者权益，违反出版伦理规范，以及其他违背违反学术共同体公认的准则等行为。

（二）医学科研学术不端行为举要

当前医学科研领域最典型的学术不端行为就是：伪造、篡改、剽窃和虚假同行评议。具体来说，根据《医学科研诚信和相关行为规范》以及国际相关规定，医学科研学术不端行为有以下表现。

1. 研究选题与资源配置不合理 不具备相关研究基础；夸大科研项目的理论意义和实用价值；选题无创新性，低水平重复研究，或盲目模仿他人研究，或重复自己已做的研究；选题涉及人类受试者、实验动物，或需要使用涉及生物安全和生命伦理等问题的特殊材料而未经专门伦理审查机构批准；设定研究任务超出最大工作负荷，没有统筹安排临床工作与科研工作时间；课题经费预算不合理；将资源挪作他用（包括但不限于研究时间）；资源配置不足（包括但不限于承诺的研究配套经费或其他研究条件）。

2. 主观因素造成数据收集、保护和共享出现重大偏倚 在研究材料中不真实地描述实际使用的材料、仪器设备、实验过程等；不适当地改动、删除数据、记录、图像或结果，使研究过程结果不能得到准确的反映；未获知情同意而收集和使用个（他）人信息；对公众健康或公共卫生等有重要影响的数据未及时上报或公布；数据损毁、灭失或被篡改；应予以保密的数据泄露；数据归属和使用缺乏监管。

3. 学术成果署名与学术成果生产各环节不真实 研究成果重复发表、自我抄袭、搬来主义、随意摘用或东抄西凑；一稿多投；在科研查新方面伪造和提供虚假信息；该署名者没署名，不该署名者署名，假冒他人署名；署名顺序未按贡献大小排序；剽窃他人学术思想、研究计划或研究成果；伪造证明材料，提供虚假信息；编造审稿人和同行评议意见；申请、评议、公示、审稿期间拉拢、贿赂评审人员或项目管理人员。

4. 科研管理与同行评议不严肃、不公正及隐性抄袭 科研项目申请、审批、检查、督查和成果报奖材料真实性、准确性审核及程序公开、公平、公正存在漏洞；科研经费管理混乱；科研管理存在行政干预或违规行为；私下与被评议人直接接触；评议过程不客观、不公正；未经同意泄露他人科研成果；同行评议隐瞒重要科研成果或压制不同学术观点；对已知他人的科研不端行为故意隐瞒或给予配合。

学术不端行为不包括诚实的错误或者观点的分歧。判定某科学行为属于学术不端行为，必须依据：此行为严重背离相关研究领域的常规做法；此行为是蓄意的、明知故犯的或肆无忌惮的；对此行为的判定要有证据，而且证据是正当的、确凿的。

（三）科研诚信建设策略

学术不端行为亵渎了科学研究对真理追求的纯洁性，也阻碍了科学技术的发展和应用，是一种严重背离学术道德甚至违反相关法律法规的不良行为。各国政府和学术机构、学术团体等一直致力于制定相应的伦理甚至法律规范，以遏制和减少学术不端行为的发生。

我国有关部门和大多数医学院校、医学科研机构都对防范、惩处医学科研不端行为提出了相应的对策：一是医疗行业和医学院校要建立健全处理学术不端行为的工作机构，充分发挥专家的作用，加强惩处行为的权威性、科学性。二是学术委员会是处理学术不端行为的最高学术调查评判机构。学术委员会要设立执行机构，负责推进科研道德建设，调查、评判学术不端行为等工作。三是各级学术机构要针对科研不端行为制定相应的伦理、法律规范，明确什么是科研不端行为、处罚的依据和标准、惩罚的力度等。四是主管部门也要根据学术不端行为的性质和情节轻重，依照法律法规及有关规定对学术不端行为人给予警告直至开除等行政处分；触犯国家法律的，移送司法机关处理；对于其所从事的学术工作，可采取暂停、终止科研项目并追缴已拨付的项目经费、取消其获得的学术奖励和学术荣誉，以及在一定期限内取消其申请科研项目和学术奖励资格等处理措施。查处结果要在一定范围内公开，接受群众监督。五是要加强防范科研不端行为的科研道德教育，合理制定科研工作考核的标准与要求，防止科研工作急功近利的倾向。

总之，抵制科研不端行为是一项长期任务，需要从工作考核机制、科研道德教育、行为规范约束等多方面采取措施，才能够取得成效。显而易见，在强化他律的同时，也需要医学科研人员的严格自律。

三、医学科研人员的道德规范

人类从事医学科研活动的目的是为了揭示生命、健康与疾病发生发展的内在机制，探索战胜疾病、保障人类健康的有效方法和途径，提高人类的健康水平和生命质量。但是，由于科研工作的探索性和不确定性，研究过程潜在着一定的负面效应，现代医学科研活动受到来自各方面利益的影响和干扰，这就要求医学科研工作者必须遵循一定的道德规范，以确保医学科研工作健康、有序地进行。

（一）尊重科学，严谨治学

科学来不得半点虚假，医学科学研究必须尊重事实，坚持真理；假的科研成果不仅危害科学，而且违背国家、人民的利益，这是医学科研道德绝对不允许的。在医学科研实验中，实验材料、数据等是否客观、精确、可靠，直接影响着科研的进展及其结论的正确性，在实际运用时还可能影响到病人的健康、生命的安全。在实验中，如果研究人员只按自己的主观愿望和要求，随心所欲地取舍数据，甚至仿造资料、杜撰不真实的结果，都是不符合科研道德的行为，有损于医学科研的信誉。

（二）动机纯正，勇于创新

纯正的动机能激励研究者发扬勇于创新、直面挑战、百折不挠、奋斗不息的精神。医学科研的目标是繁荣医学，造福人类，背离这一目标的研究是不道德的。医学科研的复杂性和艰巨性要求研究者不图名利，遵循医学伦理基本原则，遵循医学科研试验的道德要求，坚持救死扶伤、防治疾病、增进健康的目标。创新的伦理素质主要包括：科学精神与人文精神的统一；实践品格与理性素养的统一；科学的怀疑精神与坚持真理的统一；精英意识与群体意识的统一。

（三）谦虚谨慎，团结协作

科学研究是有继承性的，任何一项科学研究，都是以前人的研究成果为基础，牛顿曾形象地比喻说“如果我比笛卡尔看得远些，那是因为我站在巨人肩膀上的缘故”。疾病和健康问题需要生物学与物理学、化学、计算机科学、心理学、伦理学、社会学等多学科的相互交叉与渗透才能获得解决。一项科技成就往往不是依靠个人的力量就能取得的，而是需要各方面力量的有机组合。它包括情报的相互提供，思想的互相交流，实验的互相配合，同事间的互相帮助，部门间甚至国际间的相互协作等。

第二节　动物实验伦理

在生物医学研究中，为了探求人体疾病的发生发展规律，研究人员不得不首先在动物身上进行实验。动物实验必定会给受试动物带来不同程度的疼痛、痛苦、伤害。从伦理学的角度去思考善待实验动物的伦理原则，不仅可以保证生命科学研究的可持续发展，也是和谐社会文明进步的一种表现。

一、动物实验概述

实验动物为人类健康作出了巨大的牺牲，动物是有痛觉的，甚至有些动物具有情感和认知能力，因此要科学、合理、人道地使用实验动物。

（一）动物实验的概念

动物实验（animal experiment）是指为了获得有关生物学、医学等方面的新知识，或者发现解决具体临床问题的新手段，而在实验室内使用实验动物进行的科学研究。

动物实验是由经过培训、具备研究学位或专业技术能力的人员或在其指导下进行的，是生命科学研究中不得不采用的手段，尽管对生物医学、生物技术的发展起着非常重要的作用，但受到动物保护主义的严峻挑战。

（二）动物实验的意义

动物实验的目的是通过对动物生命现象的研究，进而推广到人类，以探索人类的生命奥秘，防治人类疾病，延长人类寿命，提高人类生命质量。

自19世纪中期产生的以动物实验为主要内容的实验医学问世之后，生物医学的每一次重大发展与进步，几乎都与动物实验息息相关，动物实验在整个生物医学发展历程中具有举足轻重的作用，例如动物模型广泛用于研究各种疾病的原因和治疗；很多商品及药品都利用动物做安全实验；动物实验也成为包括心理学研究在内的很多科学研究的关键环节。

动物实验的重要性愈来愈被人们所认识，这是因为在医学和生命科学领域内，凡是关于人并最终应用于人的生命规律和保健知识及技术，必须首先进行动物实验，然后再做人体试验，最后才能够实际应用，而且在三个阶段之间，只有前一个阶段的研究结论具有可靠的科学性、安全性、有效性等，才可考虑转入下一个阶段；在药品、生物制品、农药、食品、添加剂、化工产品、化妆品、航天、放射性和军工产品的研究、试验与生产中，在进出口商品检验中，动物实验也是不可缺少的科研环节，并且总是由实验动物替人类去先行承担安全评价和效果试验的风险与伤害；在当代医学科研中，高水平的动物实验是中标研究课题、顺利进行研究、获得重大成果的前提条件。

（三）动物实验伦理

动物实验伦理是随着动物福利理念而出现的。动物福利就是让动物在健康快乐的状态下生活。早在19世纪初期，英国人就开始关注动物福利问题。1822年，英国马丁的反虐待动物法即“马丁法令”获得上下两院通过，被公认为动物福利史上的里程碑。随后，美国动物福利研究所成立，并通过了动物福利法。1975年，辛格的《动物解放》一书的出版使动物保护运动进入高峰。目前，全世界已有几千个动物保护团体，有100多个国家或地区制定了禁止虐待动物法或动物福利法。

1988年，我国出台了《野生动物保护法》，明确了野生动物的法律地位，但对其他动物尚缺乏专门的动物福利法。在现代社会，动物福利已经不仅仅是一个观念问题，它是社会进步和经济发展到了一定阶段的必然产物，体现了一个国家社会文明的进步程度。20世纪中叶以来，关于是否应该为了人类利益而利用动物进行实验的问题备受人们的关注乃至于质疑。在这种情况下，不得不思考和讨论：开展动物实验是否符合伦理？是否应该进行动物实验？怎样的动物实验才符合伦理？

二、动物实验的伦理观点

现代医学和行为学研究表明，动物与人类相似，是有感情的，它们在受到伤害或疼痛刺激时，也会表现出痛苦的表情和反应；特别是高等脊椎动物是具有情感、记忆、认知和初级表达能力的。至于动物的理性，现在正处于研究状态，因此，有关动物实验的伦理争论从未间断过。

（一）动物实验有必要的观点

各国医学界认为，动物实验仍然是现代生物医学研究的主要手段，动物保护主义者错误地把人与动物完全等同起来。现代医学各领域中许多最重要的进步都是以动物实验研究与探索为基础的。没有实验动物的巨大贡献，人类对于生命的理解是绝对不可能达到现在这个程度的。Stricldin曾指出，20世纪中大约70%的诺贝尔生理学或医学奖项都用到实验动物。如果禁止使用动物进行医学实验，将未经动物实验的产品、器械、治疗方法直接用于人类，将危及医学发展和人类自身的生命健康，显然“我们不能为了拯救动物的生命而牺牲人的生命”。医学界在这一问题上的一贯立场是，为了人类自身的健康，动物实验还要继续做下去。

（二）动物权利主义的观点

动物权利主义是生态伦理学的一个流派，主张把道德关怀运用于非人类身上。它认为动物也是有生命的道德主体，动物和人一样拥有权利。动物权利论者认为，不但要尊重人的天赋权利，而且也要尊重动物的天赋权利。在道德上，既然以一种导致痛苦、难受和死亡的方式来对待人是恶的，那么以同样的方式对待动物也是恶的。平等并不意味着必须对人和动物做出完全相同的行为，而是要平

笔记

等地考虑人和动物的利益，把二者的利益看得同等重要。那些认为动物利益超出了道德关怀范围的人，实际上是犯了一种与性别歧视或种族歧视相类似的道德错误，即“物种歧视”的错误。

（三）动物福利主义的观点

动物福利（animal welfair）是指人类应该避免对动物造成不必要的伤害，反对并防止虐待动物，让动物在康乐的状态下生存。此概念由国外学者弗雷泽（David Fraser）提出，并受到广泛推崇。国际上普遍认可的实验动物福利为“五大自由”，即“5F”（five freedom）原则，包括享受免遭饥渴的自由（生理福利），享受生活舒适的自由（环境福利），享受免遭痛苦伤害和疾病威胁的自由（卫生福利），享受生活无恐惧、无悲伤感的自由（心理福利），享受表达天性的自由（行为福利）。

三、动物实验的伦理原则

法国科学家彭加勒曾说过：即使对低等动物，生物学家必须仅仅从事那些实际上有用的实验，同时在实验中必须用那些尽量减轻疼痛的方法。医者仁心，对待动物也不应例外。实验人员需且行且珍惜，妥善安置实验动物，不随意让实验动物暴露在公共空间，对生命善始善终，不仅是人类对道德底线的维护，也是医者对健康事业的守护。

在国际伦理规范中，传统的保护实验动物的“3R”伦理原则是1959年英国学者在《人道实验技术的原则》一书中提出的有关动物实验的原则，我国《关于善待实验动物的指导性意见》认可并解释了“3R”原则，即替代（replacement）、减少（reduction）、优化（refinement）。1985年，美国芝加哥“伦理化研究国际基金会”在此基础上增加了责任（responsibility），形成了“4R”原则。

（一）替代

替代（replacement）是指使用没有知觉的实验材料代替活体动物，或使用低等动物替代高等动物进行试验，并获得相同实验效果的科学方法。常用的替代方法分为相对替代和绝对替代。相对替代是使用比较低等的动物或者动物的细胞、组织、器官替代动物；绝对替代就是在实验中不使用动物，而是使用数理化方法模拟动物进行研究和实验。其中最常见的是计算机模型。

（二）减少

减少（reduction）就是在动物实验时尽量减少动物的使用量，使用较少量的动物获取同样多的试验数据或使用一定数量的动物能获得更多的试验数据的科学方法。具体的方法包括：充分利用已有的数据（包括以前已获得的实验结果及其他信息资源等）；一体多用，重复使用；用低等动物，以减少高等动物的使用量；使用高质量的动物，以质量换取数量；使用正确的实验设计和统计学方法，减少动物的使用量。

（三）优化

优化（refinement）是指在必须使用动物进行实验时，尽量减少非人道程序对动物的影响范围和程度，通过改善动物的生存环境，精心地选择设计路线和实验手段，优化实验操作技术，尽量减少实验过程对动物机体和情感造成伤害，减轻动物遭受的痛苦和应激反应。其主要方法包括：优化实验方案设计和实验指标选定，如选用合适的实验动物种类及品系、年龄、性别、规格、质量标准，采用适当的分组方法，选择科学、可靠的检测技术指标等；优化实验技术和实验条件，如麻醉技术的采用，实验操作技术的掌握和熟练，实验环境的适宜等。

（四）责任

责任（responsibility）要求人们在生物学实验中增强伦理意识，呼吁实验者对人类对动物都要有责任感。不仅要加强从业人员的技术培训和考核，更要加强动物实验中的人文教育，培养医学人文素养，在动物实验中通过“换位思考”的方式，考虑动物的感受，体验动物的伤痛，不把动物仅仅看作是工具，而是视为真正的生命，对其施与负责任的实验操作。

随着动物实验的规范化，很多大学在动物实验课之前，教师都会带学生做一次道德默哀：感谢实验动物，并且宣誓尽量做好实验，对得起它们的牺牲，并且减少它们的痛苦；涉及动物实验的科研论

文也要求获得医学伦理审查委员会（IRB）的伦理审查，要求作者详细介绍实验动物的品种、数量、选取原则，以及对实验动物的麻醉方法，介绍尽量减轻动物的恐惧和疼痛的操作方法。为实验动物画好休止符，是对生命的尊重，也是对科学的敬畏，只有在道德和法律层面上都合乎规范，才是完整的实验。

第三节　人体试验伦理

一、人体试验概述

人体试验是医学科学发展的基础和前提，古今中外人体试验都是客观存在的现象。出于发展医学科学、促进人类健康的需要，人体研究短期内不可能被禁止。人体试验涉及研究者、受试者、资助者等各方利益及伦理问题。遵循最基本的伦理原则、建立伦理审查机制、正确处理人体试验中的伦理问题，对于促进医学科学的发展、维护人类自身利益，具有极其重要的意义。

（一）人体试验的概念

人体试验，也称涉及人的生物医学研究（biomedical research involving human subjects），一般是指以人作为研究对象所进行的科学研究。国家卫生计生委2016年颁布施行的《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》中明确“涉及人的生物医学研究”包括以下三个方面的活动：其一是采用现代物理学、化学、生物学、中医药学和心理学等方法对人的生理、心理行为、病理现象、疾病病因和发病机制，以及疾病的预防、诊断、治疗和康复进行研究的活动；其二是医学新技术或者医疗新产品在人体上进行试验研究的活动；其三是采用流行病学、社会学、心理学等方法收集、记录、使用、报告或者储存有关人的样本、医疗记录、行为等科学研究资料的活动。

（二）人体试验正当性的伦理辩护

人体试验是医学研究成果从动物实验到临床应用的唯一中介，是医学实验不可缺少的必要环节。它在道德上是可以接受的，并且也是道德所要求的。首先，由于种属的差异性，动物实验并不能完全取代人体试验，经动物实验所获得的研究成果必须经过人体试验进行最后验证，以确定其在临床中的应用价值；第二，人有不同于动物的心理活动和社会特征，人的某些特有的疾病不能用动物复制出疾病模型。这类研究就更离不开人体试验。如果取消人体试验，而把只是经过动物实验研究的药物和技术直接、广泛地应用于临床，那么就等于拿所有的患者做实验。这实际上是对广大民众的健康和生命不负责任，这才是极不道德的。

医学人体试验可以得到伦理学辩护，是因为科学所追求的不仅仅是理论上知识的积累，它最终会在整体上使更多的人和社会受益。人体试验的目标是以提高诊断、治疗和预防技术水平为目标，以达到了解疾病的病因与发病机制，从而更好地维护与增进人类健康，促进医学发展。因此，人体试验不仅是必然、必要的，而且也可以得到伦理的辩护和支持。

（三）人体试验丑闻

以人为受试者的医学研究 / 试验可追溯到有记录的医学开始，有些是有害的，有些甚至是致命的。人类历史上某些时期某些研究人员打着科学研究的旗号，做了许多惨无人道的人体试验，这些试验常利用弱势的受试者，给受试者造成了严重的伤害。

尤其是20世纪以来，人体试验中的丑闻频繁曝出。在美国最声名狼藉的长期侵犯受试者权利的丑闻，是1932—1972年的在塔斯基吉由美国公共卫生服务部用黑种人进行的“无治疗条件下的梅毒自然史”研究；二战期间纳粹德国及日本法西斯所进行的极端反人道的人体试验令世人深恶痛绝；冷战期间美国利用儿童（孤儿、少数族裔、身体或智力有缺陷者、社会地位低下者）做了大量的辐射试验、阉割手术、额叶切除。

人体试验缺乏伦理原则规范和伦理监督其后果是严重的。在没有伦理意识的医生眼中，弱势群体的牺牲是一种必要的义务。而在过去一段时间，驯服这些原本就弱势的人是那么的轻易而廉价，

笔记

科学的神格化让一连串监管体系都保持沉默，甚至参与其中。医学界不得不直接面对一些最根本的问题：人体试验应当在什么条件下被允许？人体试验应该采用什么标准？伦理应该如何介入人体试验的具体操作？伦理的介入是否会阻碍现代生命科学技术的进步等。

二、人体试验中的伦理问题

在医学人体试验中，伦理问题常常引发争议而难于处理，随着人权意识的增长，人们自我保护的意识将会越来越强烈，未来人体试验中涉及的人类安危问题将会越来越突出和尖锐。具体来说，在以下几个方面存在较大伦理问题。

（一）风险与受益比的伦理问题

试验风险分为设计性风险与技术性风险。设计性风险主要源于双盲法与安慰剂的使用。科学的试验设计是消除主观因素干扰、达到客观效应的需要，但同时也给受试者带来设计性风险；技术性风险包括身体的、心理的、社会的和经济的伤害，对技术性风险的评估可以在定性和定量两方面进行。

研究预期受益分为受试者受益与社会受益。受试者参加试验的受益有可能包括缓解病症、对所患病症取得更深刻的认识、在研期间获得医生特别的监护、提前获得有临床应用前景的新药治疗等。但患者和健康受试者虽与其所患病症有关但不提供任何诊断或治疗益处的试验，或对其健康身体没有任何直接受益的试验。这种研究对受试者没有直接受益，但由于它增加了人类的医学知识从而使科学受益，使社会受益。

科学利益、社会利益与受试者利益，从根本上看是一致的，但在实践过程中又是矛盾的。应特别注意对受试者健康的考虑应优先于科学和社会的利益，保证受试者的尊严、权利、安全和福利是伦理合理性的目的。任何一项人体试验如果有可能对受试者造成身体上和精神上较严重的伤害，那么无论这项试验的科学价值、社会价值有多大，无论这项试验对医学的发展和人类的健康具有多么重要的意义，这项试验也不能进行。

（二）受试者招募的伦理问题

人体试验历史中的丑闻使得受试者一度被认为是试验中的“小白鼠”。受试者招募存在伦理问题的根本原因是，在人体试验中，受试者与研究者的目标不同：受试者想以自己的获益为目的、享有试验利益。研究者想让受试者作为科研手段、承受试验负担。显然，让受试者（个体或群体）承受过分的负担，而把由此换来的收益让其他人（研究者、申办方、资助者等）享有——这些做法都是不合理的。

受试者招募最容易出现的第一个问题是受益与负担分配不公平的问题。受试者的选择应有明确的医学标准，不允许用非医学标准来选择或排除受试者，不能有种族歧视、性别歧视和年龄歧视。不过多地利用某些人群成为受试者，也不轻易地排除某些人群成为受试者。第二个问题是对受试者的激励补偿不恰当的问题。对受试者参加试验的激励补偿应该是合理的补偿，要避免过度劝诱。要区分可接受的补偿与不可接受的补偿。不可接受的补偿就是给受试者的钱或实物数额过大，或提供的医疗服务过多，会诱使他们冒过度的风险，削弱了他们的自由选择能力。

（三）知情同意的伦理问题

在生物医学研究中，尊重人的核心问题就是尊重受试者自主权或知情同意权，是保障受试者权益的基础，知情同意的内容和过程必须经过伦理委员会审查。知情同意中存在的伦理问题主要有：其一，并非真实的自愿同意。“同意”是以诱惑、欺骗或强迫手段获得的，此类同意是无效的、不道德的。要特别注意隐蔽性的利诱会削弱受试者的理性和自主决定的能力。其二，只有知情同意的结果，没有知情同意的过程。知情同意更重要的是交流过程，而不单单是签署知情同意书。研究者和受试者要对试验的全部信息做充分的、可理解的交流。其三，知情同意缺乏连续性。知情同意书的签订并不意味着告知的结束。人体试验项目是一个长期的过程，当研究的程序、条件等情况发生变化，研究者必须及时通知受试者，使其了解变化了的试验信息，重新获得知情同意。

（四）安慰剂与双盲法的伦理问题

安慰剂对照以削弱受试者的知情同意为前提的，其目的是为了保证研究及其结果客观可靠。在此情况下，受试者的知情同意自主权与医学科学发展的功利追求发生了严重碰撞：安慰剂的应用意味着必须停止对患者的治疗，患者很有可能因此而错过最佳治疗时机。因此，危重患者、病情发展变化快的患者不能进行安慰剂对照试验，比如急性肾衰、急性心肌梗死、严重的糖尿病患者等。

双盲法是在使用安慰剂对照的情况下，使受试者和试验观察者都不知道到底是谁使用安慰剂以及谁使用试验药物，此方法可以更大限度地避免各种主观因素的影响，保证试验结果的客观性，从而保证其研究的科学性。但双盲法在伦理上也存在障碍：双盲法使患者不能知悉对自己治疗过程的全部信息。但是，双盲法与安慰剂设计一样是为了保证研究及其结果客观可靠，因此，双盲法是道德的。但双盲法应严格遵循《赫尔辛基宣言》中的伦理要求，全力保障受试者的权益。

三、人体试验的伦理原则

人体试验伦理准则中最早的国际文件是《纽伦堡法典》（纽伦堡军事法庭决议，1946），最具影响力和普遍性的伦理文献是《赫尔辛基宣言——涉及人的医学研究的伦理准则》（世界医学会，2013 最新版）。我国近些年非常重视人体试验伦理方面的规范，相继制定、修改、颁布了《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》《药物临床试验伦理审查工作指导原则》《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》等，均对人体试验提出了明确的伦理要求。根据以上国际、国内伦理规范的要求，人体试验具体包括以下四个原则。

（一）保护受试者原则

动物实验获得充分依据确认无明显毒害之后，才可以做人体试验；对可能出现的意外有足够的预估和处理办法；全过程有安全防护措施；有医学研究专家或经验丰富的专家共同参与试验或指导试验全程。

强调对受试者利益的考虑必须高于对科学和社会利益的考虑，力求使受试者最大程度受益和尽可能避免伤害，这是人体试验最重要、最核心的伦理原则。具体要求包括：必须以充分的、确认对动物无明显毒害作用的动物实验为基础；确保人体试验方案设计、试验程序严谨科学；在人体试验的全过程要有充分、有效的安全防护措施以处置各种不良事件；必须有严格的审批监督程序，须在具有相当学术水平和临床经验丰富的医学科研工作者的亲自参与和指导下进行；试验结束后必须做出科学报道。

（二）尊重受试者原则

1. 尊重受试者自我决定权 这是对受试者人格完整性的尊重。受试者的自我决定权是指具有行为能力的受试者享有在较充分的相关信息之基础上，就人体试验的相关事项（是否参加试验、是否退出试验等）独立做出决定的权利。为保障此原则的实现，要做到事前无胁迫，事后无不利影响。

2. 全面维护受试者的知情权 应如实告知关于试验的基本信息，在内容上至少包括：研究目的和方法（例如双盲法、对照组、随机抽样等）；研究的持续时间；合理预期的受益；可预见的风险和不适；有益的替代治疗方法；受试者资料的保密程度；研究者为受试者提供医疗服务责任的大小；对因研究而导致的伤害所提供的免费治疗；对因研究而导致的残疾或死亡的赔偿义务；受试者拒绝参加研究及随时退出研究的权利等。在程序上至少做到：给受试者以足够的时间和机会，鼓励他们提出问题；为受试者真正做到知情同意而与受试者保持联系；避免欺骗、不正当影响及恐吓受试者等现象出现；只有在受试者充分了解研究相关信息之后，方可征求受试者是否参加研究的意见；如果研究条件以及步骤有了实质性的改变，每位受试者的知情同意书也须重新修改。

3. 保护受试者隐私 对受试者个人试验资料采取有效的保密措施，包括生活秘密、私生活空间及私生活的安宁状态。临床试验禁止采用实名制；受试者全名不得出现在病历报告表等所有记录及文件中；通常以姓的拼音及入选编号组成的代码替代；相关信息的传阅除研究者之外，仅限于申办者、伦理委员会、药监部门在符合相关规定的情况下进行。

笔记

（三）公正原则

1. 分配公正　受试者的选择与排除都要依据科学的入选与排除标准，受益与负担合理；研究设计应尽量采用随机双盲对照，以保证不同组别的随机分配；研究结果产生的利益在人群中应得到合理的分配。

2. 程序公正　招募受试者的程序公正；受试者随机分组过程要保证公正；试验方案、知情同意书、招募广告都要经过伦理委员会审查。

3. 回报公正　免除或者减轻受试者因参与研究而承担的经济负担，比如交通费、误餐费、相关检查费用等；受试者如因参与研究而受到伤害时，有权得到对该伤害的免费医疗，并得到经济或其他方面的援助，以公平地补偿对他们造成的损伤、丧失能力或残疾；如果受试者由于参与研究而死亡，他们的家属有权得到赔偿；受试者不得被要求放弃赔偿的权利。

（四）接受监督原则

人体试验本身内含着十分尖锐的伦理矛盾，化解矛盾、克服干扰，一方面依赖于研究者自律，另一方面依赖于对研究者加以他律。这种他律的机制就是伦理审查。实施伦理审查的主体叫“伦理委员会”“科研伦理审查委员会”或“药物（医疗器械）临床试验伦理审查委员会”，国际上常用的名称是“机构审查委员会”（institutional review board，IRB）。《赫尔辛基宣言》第 23 条对此机构及其审查程序做出了框架性规定：研究开始前，研究方案必须递交至独立的伦理审查委员会进行审查，通过审查之后方可开展试验；委员会必须监督正在进行中的研究；研究人员必须向该委员会提供研究的全部信息，特别是任何不良事件的信息；未经该委员会考虑和批准，不得修改研究方案；在研究结束后，研究者应向伦理委员会递交最终报告，包含对于研究发现及研究结论的总结。

思 考 题

1. 科学活动中的利益冲突的含义及特征是什么？
2. 请简述动物福利主义的观点。
3. 请简述动物实验伦理原则的主要内容。
4. 请简述人体试验的具体原则及其主要内容。

（邓　慈）

NOTE

第十四章　医学伦理委员会及伦理审查

【导入案例 14-1】“上帝委员会”：谁应该进行肾透析

医学科学的发展与进步以医学研究为基础，无数的历史经验证明，只有人道的、符合伦理的医学研究才符合医学发展的根本目的。20 世纪 50、60 年代以来建立的医学伦理委员会负责对医学研究进行独立的伦理审查与监管，为保护生物医学研究中人类受试者和实验动物的尊严与权益，保证医学研究目的、研究方案、研究过程和研究结果的正当性与合理性提供了制度保障。此外，以人为对象的临床诊疗活动，在实践中也会面临各种伦理难题，特别是基因技术、干细胞技术、人类辅助生殖技术和器官移植技术的临床应用，带来了更多的伦理挑战。为了有效维护患者权益，保证医疗决策的正当性与合理性，医学伦理委员会还针对个别复杂的临床伦理难题，为医务人员的具体诊疗决策和医疗干预提供伦理咨询和指导，对特殊的临床技术应用进行伦理审查与监管，同时负责对医务人员实施伦理培训，制定相关的伦理政策和制度规章，为医疗机构伦理环境的创建提供制度支撑。

第一节　医学伦理委员会

一、医学伦理委员会的起源及历史发展

（一）医学伦理委员会的产生

医学伦理委员会是应对生命伦理困境和医学道德难题的直接产物，反映了现代科学活动中的同行评议和公众参与的思想，其逻辑前提是相信众人的集体智慧优于个人的决策，是医学研究者和医务人员与同行、专业团体和社会公众共担风险与责任的体现。

一方面，现代生命医学技术进步带来了诸多生命伦理难题，这些难题通常极为复杂，涉及多个学科领域，如应否撤除生命维持装置、如何分配稀缺的移植器官、怎样处置有缺陷的新生儿，接受医学专业训练的医务人员，从医学角度往往难以找到可以被普遍接受的合理解决办法。由此，由不同人员组成、代表不同利益群体的医学伦理委员会应运而生，其组成人员可以从多学科领域和不同的价值视角出发，集体深入分析、讨论并理解把握问题的实质，协商出一个可能并非完美但可被接受的最佳方案。

另一方面，生物医学研究以动物实验和人体试验为基础，医学研究的顺利开展需要政府的支持、社会的资助以及公众的信任。然而，第二次世界大战期间，德国和日本非人道的人体试验以及战后诸多令人发指的医学研究丑闻，引发了社会公众对科学研究的信任危机，国际社会也相继在《纽伦堡法典》和《赫尔辛基宣言》等伦理法规中强调对人体受试者的保护，并规定建立医学伦理委员会对涉及人的生物医学研究进行必要的伦理审查。美国作为第一个建立受试者保护制度的国家，早在 1953 年就出台了最早的关于临床研究方案的集体评议指南，并在部分大学建立了委员会审查制度。1974 年制定了“国家研究法”(National Research Act)，建立了“保护生物医学和行为学研究人类受试者国家委员会”(National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research)，并规定进行人体试验的研究机构必须成立机构伦理委员会。

（二）我国医学伦理委员会的历史与发展

我国医学伦理委员会的建设起步稍晚，但发展迅速，并日趋规范。总结起来，大致经历了三个发展阶段。

第一阶段（1987—1996年），最初的医学伦理委员会是在医学伦理学专业学者和中华医学会医学伦理学分会推动下建立的旨在促进医德医风建设，对医疗实践中的伦理难题提供伦理咨询和监督的群众性自我教育组织。

第二阶段（1997—2006年），随着生物医学研究国际合作项目的增多和国家相关法规的出台，医学伦理委员会进入了快速发展期，全国近400家医院建立了医学伦理委员会，其职能也从起初的伦理咨询扩展到了伦理审查、相关教育培训、政策研究等，主要围绕保护受试者安全和维护患者权益展开。2000年，首个国家级“卫生部医学伦理专家委员会”成立。2001年起，《人类辅助生殖技术管理办法》《人类精子库管理办法》《产前诊断技术管理办法》《人体器官移植条例》等法律规定的颁布实施，均将成立伦理委员会作为审批的必要条件。此后，医疗机构相继成立了药物临床试验伦理审查委员会、新技术伦理审查委员会、生殖医学伦理委员会和人体器官移植伦理委员会等不同类型的医学伦理委员会。

第三阶段（2007年至今），随着国内相关法律规定的修订完善，这一时期的医学伦理审查逐步制度化，医学伦理委员会建设日趋规范化，部分机构的医学伦理委员会甚至通过行业认证达到了国际标准。2007年卫生部颁布的《涉及人的生物医学研究伦理审查办法（试行）》（2016年修订）和2010年国家药品监督管理总局颁布的《药物临床试验伦理审查工作指导原则》是推动医学伦理委员会制度化、规范化运作的两部标志性文件。同样在2010年出台的《上海市医院伦理委员会标准操作指南》，为医学伦理委员会的管理运作提供了更具指导性、可操作性的审查操作程序与技术指南。现阶段医学伦理委员会主要在工作制度、标准操作规程、人员组成、审查流程等方面不断完善、逐步规范。

我国医学伦理委员会经过30年来的建设和发展，取得了一定的成绩，但还存在着不足，也面临着挑战。主要表现在①总体上伦理审查能力尚显薄弱，部分医学伦理委员会的组成人员结构不够合理；伦理委员会成员伦理专业素养欠缺，相关伦理培训和教育不足，缺乏机制保障；伦理审查标准不一致，审查水平参差不齐。②伦理委员会的独立性有待加强。当前我国部分医学伦理委员会仍没有设立独立的建制，尤其是基层医疗机构的伦理委员会多以挂靠方式存在；伦理审查中机构内与非机构成员发挥作用不平衡；相关利益冲突政策不完善；难以保证审查质量，影响伦理委员会的独立性。③伦理委员会自身的监督机制有待完善。缺少统一的医学伦理委员会的注册、认证标准和监管机制，是我国医学伦理委员会建设的短板。

二、医学伦理委员会的组成与分类

（一）医学伦理委员会的组成

医学伦理委员会的人员组成关系到伦理委员会能否充分履行职能和发挥作用，即能否对受试者进行充分的保护。经过几十年的实践探索，国际社会对医学伦理委员会的组成基本达成了共识，并在诸多规范性文件中进行了明确规定，其基本要求是：一是伦理委员会的成员组成须保证其独立性，以保证委员会的工作不受政治、经济、机构等外部因素的影响；二是伦理委员会成员应当具备一定的资质和素养，能保证其有能力对提交的研究项目和临床中遇到的有关问题进行客观、公正和透明的伦理审查；三是伦理委员会成员的组成应当是多样化的，涵盖多学科、多背景人员；四是伦理委员会成员在专业、年龄、性别等方面有科学合理的构成比例；五是伦理委员会应具备一定的规模，以保证其能顺利地履行职责。

2016年修订的《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》第九条和第十条规定：“伦理委员会的委员应当从生物医学领域和伦理学、法学、社会学等领域的专家和非本机构的社会人士中遴选产生，人数不得少于7人，并且应当有不同性别的委员，少数民族地区应当考虑少数民族委员。必要时，伦理委员会可以聘请独立顾问。独立顾问对所审查项目的特定问题提供咨询意见，不参与表决。伦理委员会委员任期5年，可以连任。伦理委员会设主任委员1人，副主任委员若干人，由伦理委员会委员协商推举产生。伦理委员会委员应当具备相应的伦理审查能力，并定期接受生物医学研究伦理知识

及相关法律法规知识培训。”

2016年出台的《药物临床试验质量管理规范（修订稿）》第十二条规定：“伦理委员会应分别有医药相关专业人员、非科学专业背景人员、非临床试验单位成员，并有不同性别的委员，至少5人组成。所有成员均有伦理审查的培训和经验，能够审查临床试验相关的伦理学和科学等方面的问题。投票或提出审评意见的伦理委员会成员应独立于被审查的临床试验项目。伦理委员会应有其成员详细信息，并保证其成员具备伦理审查的资格。若伦理审查需要，可邀请伦理委员会成员以外的相关领域专家参与审查工作，但不参与投票。创新药物临床试验的伦理和科学性的审查，应邀请更多相关专业的专家参加。”

（二）医学伦理委员会的分类

根据工作范围和职责的不同，通常可以将医学伦理委员会分为三类。

1. 医学伦理专家委员会（advisory ethics committee，AEC） 一般是中央和省级卫生健康行政部门设立的专家咨询和政策研究组织，主要针对重大伦理问题进行研究讨论，提出政策咨询意见，必要时可组织对重大科研项目的伦理审查；对辖区内机构伦理委员会的伦理审查工作进行指导和监督。

2. 医院伦理委员会（hospital ethics committee，HEC） 又称临床伦理委员会，以保护患者权益为宗旨，确保医疗机构及其医务人员按照法律规范实施临床诊疗，主要针对个别复杂有争议的、具有深刻社会影响的临床伦理难题，为临床医生的具体诊疗决策和医疗干预进行伦理审查、个案伦理咨询；对医疗机构内特殊临床技术的规范应用和医疗资源的公正分配等进行伦理审查、政策研究，提出政策咨询意见；对医务人员进行医德教育和伦理培训。

3. 机构伦理委员会（institutional review board，IRB） 又称研究伦理委员会，以规范医学研究、促进科研诚信、保护受试者或实验动物权益为宗旨，依据国内外相关法规和伦理准则，遵循规范的审查流程，对生物医学研究中的人体研究和动物实验及其实施过程进行系统的、独立的伦理审查和伦理监管；同时为伦理委员会委员和研究者进行科研伦理培训，以提升其伦理能力和素养，促进负责任的科研。

4. 医学行业和学术组织伦理委员会（health-profession & association committee，HPAC） 是在医学专业人员和医学科技工作者自愿组成的行业组织或学术组织内部成立的专业委员会，也称道德建设委员会，主要为指导和规范其学会成员的执业和学术活动，制定行业或专业道德规范和行为准则；开展道德教育培训和宣传工作，促进道德诚信；监督和检查学会道德建设工作，促进医学伦理学的研究；提供有关道德、伦理方面的咨询。

近年来，随着我国生物医学研究的迅速发展和相关法规政策的陆续出台，诞生了一种新型的研究伦理委员会，即区域伦理委员会，在一定区域内指导临床试验机构伦理审查工作，接受不具备伦理审查条件的机构或注册申请人委托对临床试验方案进行伦理审查，并监督临床试验的开展情况。目前我国四川、上海、山东、广东等地均成立了区域伦理委员会，尽管其具体职能和运作模式还在探索中，但对促进符合国际规范和伦理标准的医学研究，保护受试者的安全和福利起到了积极的推动作用。

三、医学伦理委员会的职能与运行

（一）医学伦理委员会的职能

1. 咨询指导 医学研究和临床实践活动面临着多元道德选择和较高的道德风险，医学伦理委员会以专业的伦理思维与判断，就生物医学和生命科学领域有争议的伦理问题，为患者及其家属、临床医生和研究者提供咨询服务，为医生的具体临床决策提出专业建议，指导研究者负责任地开展医学研究。

2. 审查批准 经有关部门或机构授权，依照国际和国内相关法规和伦理准则，对授权范围内的

笔记

生物医学研究及其过程、医疗新技术的临床应用进行独立的伦理审查、批准、管理和监督。确保生物医学研究、医疗新技术的应用有利于医学发展和社会整体利益，确保实验动物、受试者和患者的福利和权益得到有效保障。

3. 教育培训　对伦理委员会委员、研究者、临床医生、患者以及社会公众进行伦理教育和培训，丰富其伦理理论素养，提高其伦理实践能力。使其及时了解医学研究和诊疗实践中的相关伦理法规政策，掌握必要的伦理知识和思维方法，自觉遵循和践行医学伦理原则。

4. 政策研究　在国家和地区层面上，为医学研究、预防保健和医疗领域中的相关伦理法规和政策的制定提供专业意见和指导；对医疗机构发展中的发展战略、科研方向、利益分配原则、高新技术配比等重大问题提供专业的伦理咨询意见。

（二）医学伦理委员会的运行

严格的管理制度、规范的审查流程和标准的操作程序是医学伦理委员会高效运行和伦理审查质量的重要保障。

严格的管理制度可以保证医学伦理委员会工作的独立性和透明性。一般情况下，伦理委员会的制度包括：伦理审查申报程序、审查批准程序、会议制度、监督管理制度、委员会的定期或不定期检查与抽查制度、办公室或常设机构的工作制度、伦理咨询制度、伦理培训制度等。

所谓标准操作程序（standard operating procedure，SOP），是指为达到均一性完成一个特定工作职责，制订该项特定工作统一的、详细的、标准的操作步骤。当前在我国各类医学伦理委员会中，以机构伦理委员的标准操作程序最为普遍和规范。一般情况下，标准操作程序需要对机构伦理委员会的审查方式（会议审查、紧急会议审查、快速审查）、审查类型（初始审查、跟踪审查、复审）、审查决定的传达（批准、不批准、修改后批准、修改后再审、暂停或者终止研究）、实地访查以及文档制度等进行规定。例如，我国《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》第二十三条规定："伦理委员会作出决定应当得到伦理委员会全体委员的二分之一以上同意。伦理审查时应当通过会议审查方式，充分讨论达成一致意见。"《医疗器械临床试验质量管理规范》第三十二条规定："伦理委员会召开会议应当事先通知，参加评审和表决人数不能少于5人，作出任何决定应当由伦理委员会组成成员半数以上通过。"为此，机构伦理委员会一般会在标准操作程序中规定，会议审查到会委员人数应超过半数成员，并不少于5人。

第二节　医学研究的伦理审查

一、涉及人的生物医学研究伦理审查

（一）涉及人的生物医学研究伦理审查的范围与标准

对涉及人的生物医学研究进行伦理审查的根本目的是为保护人的生命和健康，维护人的尊严，尊重和保护受试者的合法权益，是医学科学发展的必然要求。目前涉及人的生物医学研究以药物和医疗器械临床试验为主，其他还包括各类医疗新技术或新产品的试验研究以及由研究者发起的各类人体研究。

在实际工作中，明确的审查范围直接决定了伦理委员会应否对项目予以受理和审查。所谓"研究"（research）通常指为揭示规律、发现或探索可普遍化的知识而进行的有计划地、系统地收集、分析和解释数据的过程。"涉及人"的研究中人类受试者（human subjects）的确定要素包括：通过干预或互动得到个体的数据以及可识别的个体身份信息。如临床诊疗、检验时患者剩余的血液、尿液或组织等生物样本进行的二次利用研究，因其包含了可识别的个人信息，也属于涉及人的生物医学研究的伦理审查范围。

伦理委员会批准研究项目的基本标准是：坚持生命伦理的社会价值，研究方案科学，公平选择受试者，合理的风险与受益比例，知情同意书规范，尊重受试者权利，遵守科研诚信规范。

（二）药物和医疗器械临床试验的伦理审查

1. 药物临床试验的分期与医疗器械的分类 药物临床试验指任何以人类（患者或健康志愿者）为对象的试验研究，意在发现或证实某种试验药物的临床医学、药理学和（或）其他药效学作用进行的系统性试验研究，以证实或揭示试验药物在人体的作用、不良反应及（或）试验药物的吸收、分布、代谢和排泄，以确定药物的疗效与安全性的试验研究。新药临床试验分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ期。Ⅰ期药物临床试验为初步的临床药理学及人体安全性评价试验，主要研究人体对新药的耐受程度以及新药在人体内的代谢过程，通常选择20～30名健康成年人或特殊疾病患者作为受试对象。Ⅱ期药物临床试验为初步评价药物对目标适应证患者的治疗作用和安全性，为确定给药剂量提供依据。Ⅲ期药物临床试验是在扩大样本量的基础上，进一步验证新药的疗效和安全性，评价利益与风险关系，为药物注册申请的审查提供充分的依据。Ⅳ期药物临床试验为新药上市后的应用研究，主要考察新药在广泛使用的最初阶段的疗效和不良反应，评价在普通或特殊人群中使用的利益与风险关系，指导临床合理用药。

医疗器械临床试验是指在经国家食品药品监督管理总局会同国家卫生健康委员会认定的承担医疗器械临床试验的医疗机构中，对拟申请注册的医疗器械在正常使用条件下的安全性和有效性进行确认或者验证的过程。按照风险程度，医疗器械分为三类：第一类是风险程度低，实行常规管理可以保证其安全、有效的医疗器械；第二类是具有中度风险，需要严格控制管理以保证其安全、有效的医疗器械；第三类是具有较高风险，需要采取特别措施严格控制管理以保证其安全、有效的医疗器械。

2. 药物与医疗器械临床试验伦理审查的重点内容 尽管药物与医疗器械临床试验伦理审查中的侧重略有不同，但一般都会重点审查以下内容：研究者的资格、经验、技术能力等符合试验要求；研究方案科学，有充足的临床前研究依据，并符合伦理原则的要求；中医药项目研究方案的审查，还应当考虑其传统实践经验；受试者可能遭受的风险程度与研究预期的受益相比在合理范围之内；知情同意书提供的有关信息完整易懂，获得知情同意的过程合规恰当；有对受试者个人信息及相关资料的保密措施；受试者的纳入和排除标准恰当、公平；向受试者明确告知其应当享有的权益，包括在研究过程中可以随时无理由退出且不受歧视的权利等；受试者参加研究的合理支出得到了合理补偿；受试者参加研究受到损害时，给予的治疗和赔偿合理、合法；有具备资格或者经培训后的研究者负责获取知情同意，并随时接受有关安全问题的咨询；对受试者在研究中可能承受的风险有预防和应对措施；对研究中涉及利益冲突进行必要的规避和管理；充分评估研究可能存在的社会舆论风险；其他需要审查的重点内容。

伦理审查不仅包括对各类申请文件的形式审查，还包括对研究过程的伦理监管，因此对已批准开展的研究项目，伦理委员会还会进行定期的跟踪审查和实地访查。跟踪审查的内容主要包括下列五项：按照已通过伦理审查的研究方案进行试验的情况；研究过程中变更项目研究内容的情况；发生的严重不良反应或者不良事件；需要暂停或者提前终止研究项目的情况；其他需要审查的内容。

（三）社会学与行为学研究的伦理审查

1. 社会学与行为学研究的分类 以心理学、社会学、行为学、人类学、政治学、经济学和人文科学为代表的社会学与行为学研究，其研究类别主要包括：实验室研究、田野实验或调查、自然行为直接观察类研究、访谈、已有调查数据的二次分析研究和网络数据研究等。

2. 社会学与行为学研究的伦理审查要点 总体而言，社会学与行为学研究与其他生物医学研究的伦理审查流程、审查要素相同，但因其自身的特点，要求在实际审查工作中，需格外注意如下要点：

第一，确保伦理委员会的审查能力。因社会学和行为学研究的专业性特点，普通生物医学研究伦理审查委员会往往没有能力胜任相关审查工作，因此审查社会学和行为学研究的伦理会委员应设有心理学、社会学或行为学专家。

第二，充分认识研究可能带来的风险与伤害，正确评估风险受益比。与生物医学研究对受试者身体带来的不适、损伤、疼痛或死亡等风险相比，社会学和行为学研究的风险通常涉及受试者的心

笔记

理伤害、歧视和污名化、经济损失、信息泄露等社会伤害，往往小于最小风险（minimal risk），即研究发生预期伤害或不适的可能性及程度不大于日常生活或常规体检、心理测试所可能遭遇的伤害或不适。然而一个常规的心理测试对一个严重抑郁症患者带来的风险很可能大于最小风险。再比如某些国家和地区对同性恋现象极为反对、严令禁止，如果此类研究受试者身份曝光，将会对受试者及其家属的生活带来极大的负面影响，引发社会歧视、疏离甚至法律制裁等一系列心理和社会问题。因此，伦理委员会在风险受益评估时应充分评估研究对受试者带来的多方面的可能伤害，以及是否有相应合理措施使伤害最小化。

第三，部分可以免除知情同意或书面的知情同意书签字的情况。知情同意是保护受试者权益的重要环节。但有些情况下，免除知情同意也可以得到伦理上的辩护，甚至有些情况下免除受试者签署书面的知情同意，更有利于对受试者的保护。当研究符合下列全部条件时，伦理委员会可以免除知情同意：研究不大于最小风险；免除知情同意不会影响受试者的权益；如不免除知情同意，则研究无法实行；在任何适当的时候，受试者结束研究后需得到相关信息。还有些情况下，知情同意文件是联系受试者和研究的唯一记录，且研究主要伤害的风险来自泄密。这时研究者需要询问每一位受试者是否愿意保留说明其与研究关联的文件，要尊重受试者的愿望。如果受试者不同意，可以免除其签署书面的知情同意书。

第四，欺瞒及事后说明。有些社会学及行为学研究可能会有目的地操控一些研究环境，在研究的某些方面隐瞒或欺骗受试者，例如主动隐瞒关于真实的研究目的，或故意提供一些错误的信息以观察受试者的反应。伦理委员会在审查时一般会要求研究者证明以下五点：研究确实有科学上、教育上或实用上的价值；没有其他可行的方法实现研究目的；研究对受试者有直接或间接的获益；受试者的尊严和其他权益得到了足够的保护；当欺瞒的途径无法避免时，研究者最好在资料搜集完后，立即向研究对象说明，最迟不得晚于研究结束之前。任何欺瞒均不得导致不可逆的伤害。

二、动物实验的伦理审查

（一）动物伦理委员会

动物实验是医学研究的重要组成部分，医学伦理要求在利用实验动物进行科学研究、促进人类健康和社会进步发展的同时，还应尊重实验动物的权益，有效保护实验动物的福利。成立动物伦理委员会，对实验动物的饲养与使用进行伦理审查和监管，是动物保护的必然要求和有效制度保障。

目前我国实验动物福利和管理的法规性文件主要有1988年颁布的《实验动物管理条例》和2000年出台的《关于善待实验动物的指导性意见》。2006年北京市还专门制定了《北京市实验动物福利伦理审查指南》。随着实验动物管理制度的逐步规范，近年来我国相当一部分的高等医学院校、科研院所和医疗单位成立了动物伦理委员会，但在委员会的建设和运行等方面尚缺乏统一的规范和标准。

从国际经验来看，动物伦理委员会至少应由实验动物专家、兽医、实验动物管理人员、使用动物的专家、不使用动物的非自然科学工作者（如伦理学家和法学家）、公众代表等不同方面的人员组成。动物伦理委员会的主要职责是根据有关法律、法规和技术标准，对其管理权限范围内实验动物的饲养和使用独立开展伦理审查和监管工作，对动物实验进行事前审查、实施过程中监督检查和项目结束时的终结审查，负责出具审批报告，同时受理相关举报和投诉，负责向单位和上级主管机构报告工作。

（二）动物实验伦理审查的内容

动物实验的伦理审查主要遵循动物伦理中的“4R”原则和“五项基本福利”，其主要审查内容包括：

1. 参与动物实验人员的资格，包括个人健康状况、曾经参与动物实验的经历与相关培训和技术资质、参与动物实验的时间。

2. 实验动物研究中使用动物的种属、品系、年龄、性别、数量及动物来源的合理理由；尤其对使用动物的数量，应从科学角度和统计学意义方面说明使用动物的科学性与合理性，并提供文献资料证明。

NOTE

3. 实验研究方法上尽量采用较温和、较不具侵害性的操作；或在满足实验目的的情况下，尽量应用其他种属动物、分离的器官、细胞或组织培养或计算机仿真模式取代。

4. 对实验过程中的操作程序给实验动物带来疼痛和紧张程度进行评估，采用麻醉剂、镇静剂等方法预防与减轻疼痛或紧张反应的措施，或采用更好的方法来避免疼痛或紧张。

5. 实验方案中涉及存活或非存活性手术操作，术中的镇静、镇痛及麻醉程序，合理的镇痛剂、麻醉剂种类、剂量、给药途径和给药频率；应尽可能减少动物的不适及痛苦和应激反应；保存器具应结构合理、规格适宜、坚固耐用、安全卫生、便于操作。在不影响实验的前提下，对动物身体的强制性限制应降低到最低程度；设置仁慈终点，在不影响实验结果的前提下，尽可能减少实验动物承受痛苦和压抑的时间。

6. 实验方案中如果涉及危险性或感染性试剂，如放射性物质、致癌物 / 致突变物、感染物质、重组 DNA、肿瘤等细胞系、组织或抗血清以及其他有害物质，必须标明具体试剂名称、拟使用剂量、给药途径及给药频率，并详细描述对人或动物的潜在毒性，简述安全操作和处理受污染动物及材料的方法及程序，保证对实验人员、实验动物以及周边人畜采取恰当充足的保护措施。

7. 实验动物饲养过程中饲养环境、饲养方式应符合相关规范要求，饲养人员不得有戏弄或虐待实验动物的行为，应根据动物食性和营养需要，给予动物足够的饲料和清洁的饮水；新进动物在使用中应给予一段时间的适应性饲养；健康的和患病的动物应有效地隔离开；充分满足动物在妊娠期、哺乳期、不同的实验期、术后恢复期对营养的特殊需要；在因实验需要，不得不对动物饮食进行限制时，应有充分的科学理由和必要性说明。

8. 实验结束后处死动物时应按照安乐死的标准选择合适的安死术，一般情况下不推荐颈椎脱臼安乐死，如必须使用，应给出合理的理由；对于二氧化碳、麻醉过量和麻醉后放血致死等方法，需详细说明麻醉剂名称、使用剂量、频率和给药途径，以尽量缩短死亡过程、减少动物的痛苦。一般情况下，安乐死的标准包括：动物已经濒临死亡或者不能活动，或者给予温柔刺激后都没有反应；呼吸困难，典型的症状是口鼻流涎和（或）发绀；腹泻或小便失禁；体重减少了实验前体重的 20%；无力摄食或饮水；出现明显焦虑、烦躁不安或肿瘤重量超过了动物自身体重的 10%，相当于 25g 小鼠的皮下肿瘤最大直径不能超过 15mm，250g 大鼠不能超过 25mm。

9. 抛弃物与尸体的处理方式应符合相关法规和技术规范要求。

第三节　医疗技术应用的伦理审查

一、人体器官移植技术临床应用的伦理审查

（一）人体器官移植技术临床应用与伦理委员会

为了规范和加强人体器官移植技术的临床应用管理，保证医疗质量和医疗安全，保护患者健康及其合法权益，我国于 2006 年由卫生部出台了《人体器官移植技术临床应用管理暂行规定》，首次提出了从事人体器官移植的医疗机构须成立“人体器官移植技术临床应用与伦理委员会”的要求；2007 年国务院颁布的《人体器官移植条例》规定“由医学、法学、伦理学等方面专家组成人体器官移植技术临床应用与伦理委员会，该委员会中从事人体器官移植的医学专家不超过委员人数的 1/4”“经 2/3 以上委员同意，人体器官移植技术临床应用与伦理委员会方可出具同意摘取人体器官的书面意见”。该委员会负责对器官来源、器官捐献、器官摘取、器官分配和器官移植过程进行伦理审查和监管。

在全国层面，在国家卫生健康委员会和中国红十字会总会领导下，中国人体器官捐献与移植委员会负责对全国人体器官捐献和移植的管理工作进行顶层设计并拟定有关政策措施。

（二）人体器官移植技术临床应用伦理审查的内容与要点

1. 器官来源　①器官来源的合法性审查。严格把关申请材料的真实性，如器官供体姓名、基本情况、捐献意愿书及器官质量方面的信息等，其中艾滋病病毒感染者或者艾滋病患者、肝炎病毒携带

笔记

者、梅毒患者等患有经血液传播疾病者和恶性肿瘤患者等的器官不得用于人体器官移植。②遵循自愿无偿原则。对有无买卖或变相买卖人体器官的情况进行审查。主要审查器官捐献者与受者之间是否存在以所谓营养费、误工费或劳务、实物相抵等形式的变相买卖器官的情形。

2. 器官捐献　①捐献者资格审查。相关材料包括：身份证、结婚证、亲属关系公证书等身份和关系证明文件。活体器官捐献者必须为年满 18 周岁的完全民事行为能力人。活体器官捐献者与器官受者的关系限于：配偶，仅限于结婚 3 年以上或者婚后已育子女的；直系血亲或者三代以内旁系血亲；因帮扶等形成亲情关系，仅限于养父母和养子女之间的关系、继父母与继子女之间的关系。②知情同意的履行情况。捐献者应具有完全民事行为能力，对捐献行为和捐献手术的近远期风险及其对就业能力、保险及对家人和生活带来的影响充分知情和有所考虑；应在没有诱导、胁迫和压力下自愿同意捐献器官，如告知受者可以选择尸体移植或其他替代治疗，活体移植并非受者的唯一选择，捐献者没有义务必须捐献。③无偿捐献意愿的真实性审查。除了对申请材料的书面审查外，伦理委员会还可通过单独谈话了解捐献者的真实动机，告知捐献者可以随时中止捐献行为，对其放弃捐献的原因将保密，并在必要时设置一定时间的冷静期，防止捐献者做出非理智选择。

3. 器官摘取　①尸体供者死亡判定的审查。尸体器官供体的死亡判定应符合标准程序和相应技术规范，做出死亡判定的医生不能是器官摘取和器官移植的医生。对处于需要机械通气和（或）循环支持的严重神经损伤和（或）其他器官衰竭状态，无法避免发生心脏死亡的患者，主管医生需评估患者撤除心肺支持治疗后短时间发生心脏死亡的可能性，如果预计患者在撤除心肺支持治疗之后 60 分钟内死亡，则可将其视为潜在捐献者。②终止治疗的审查。终止治疗过程中不应有器官摘取或移植医生参与，同时应有详细的死亡过程及死亡时间记录。捐献者在撤除心肺支持治疗后，60 分钟内心跳未停止者，应终止器官捐献。③器官摘取后的审查。专职器官协调员应参与见证，器官获取后应恢复遗体原貌，同时审查器官摘取手术记录（手术时间、插管盥洗时间、每个捐献器官切取时间、手术结束时间），器官去向记录，应有相关人员（含协调员）的签名。

4. 器官分配　①器官配型和受者适应证的审查。遵循人体器官分配与共享原则，实现最优配型，移植给受者带来的获益应大于不移植带来的获益。②等待名单审查。建立移植候选人名单，应尽最大可能保证器官分配的公平与效率。

5. 器官移植　①移植术前的审查。根据相关移植技术管理规范全面审查基本设施情况、人员配备情况、技术水平和移植资质，手术方案、术前评估完备，器官切取和移植手术知情同意书应全面完善。②移植术后的审查。应在 24～48 小时内上报手术报告，术后供体和受体的一般情况等。

二、人类辅助生殖技术临床应用及人类精子库的伦理审查

（一）生殖医学伦理委员会

为安全、有效、合理地实施人类辅助生殖技术，保障个人、家庭以及后代的健康和利益，维护社会公益，我国出台了《人类辅助生殖技术规范》《人类精子库基本标准和技术规范》《人类辅助生殖技术和人类精子库伦理原则》，并规定实施人类辅助生殖技术的机构应建立生殖医学伦理委员会，接受其指导和监督。生殖医学伦理委员会应由医学伦理学、心理学、社会学、法学、生殖医学、护理学专家和群众代表等组成；依据有利于患者、知情同意、保护后代、社会公益、保密和严防商业化原则负责对人类辅助生殖技术的全过程和有关研究进行监督，开展生殖医学伦理宣传教育，并对实施中遇到的伦理问题进行审查、咨询、论证和建议。

（二）人类辅助生殖技术临床应用及人类精子库伦理审查的内容和要点

1. 人类辅助生殖技术临床应用　①根据《人类辅助生殖技术规范》和相关技术指南，严格掌握适应证，选择最适宜的辅助生殖技术。②准确判断和综合了解夫妇双方不孕不育的原因及其接受辅助生殖的真实意愿。③夫妇双方真实有效的身份证、结婚证和准予生育证等法定证件。④知情同意规范。告知的具体内容主要包括：实施所选辅助生殖技术的必要性、替代治疗 / 其他选择、治疗程序、

NOTE

本机构稳定的成功率、潜在的获益、每周期大概治疗费用及进口或国产药物的选择、短期和长期的潜在的身体和心理上的风险（包括多胎的风险、异常怀孕、自然流产和对于出生孩子的任何不利的结果等）和为降低这些风险所采取的措施；治疗过程中医生和患者的义务和责任，包括出生的后代享有的法定权利和义务；夫妇双方可随时中止辅助生殖治疗，并且不会对其今后的治疗产生影响；对夫妇及出生的孩子进行长期随访和评估的必要性。同意由具备同意能力的、参与辅助生殖治疗的患者夫妇作出；同意在充分“知情”和充分思考后作出；同意由同意者自愿地作出，即医务人员和其他任何人没有对同意者施加任何引诱、欺骗或强迫；有效地签署知情同意书，如人工授精等知情同意书中，要求接受治疗的病人及其配偶均签署该同意书。⑤配子捐赠过程中坚持互盲原则，严格执行匿名和保密制度。⑥配子捐赠中不应存在买卖行为，捐赠者的误工、交通和医疗补偿应适当、合理。

2. 人类精子库监管 ①供精志愿者的招募广告用语规范，没有诱导性语言；招募场所和招募过程应注意对不同供精者之间的隐私保护。②对供精者的筛选应严格遵守《人类精子库基本标准和技术规范》及相关技术指南；对供精者体貌采集和记录应准确、完整、全面。③供精者的知情同意要规范，应告知其存在子代近亲结婚的可能及相关保护措施，告知供精者有权随时要求销毁其冻存的精液；供精者应在完全知情和理解的基础上，在没有诱导、欺骗或压力、胁迫下自愿做出同意 / 不同意决定，给予供精者的误工、交通和医疗风险补偿应适当、合理。④精子库各部门及精液冻存、运输、发放和废弃、销毁等各环节应依据技术标准和规范设置并严格执行标准操作规程，保证精液质量。⑤精液发放及反馈方面严格执行登记备案制度；根据反馈信息对出现性传播疾病、子代异常或 12 个周期仍未受孕的精液进行停发和回收。⑥制定并严格执行档案管理保密制度，有关计算机管理系统应设置登录密码权限。

三、干细胞临床研究的伦理审查

（一）干细胞临床研究伦理专家委员会与机构伦理委员会

自 2015 年起我国取消了第三类医疗技术临床准入审批，干细胞治疗相关技术不再按照第三类医疗技术管理。为了规范和促进干细胞临床研究，自 2003 年起国家有关部门相继出台了《人胚胎干细胞研究伦理指导原则》《干细胞临床研究管理办法（试行）》《干细胞制剂质量控制及临床前研究指导原则（试行）》，要求分别从国家、省级和机构层面组建干细胞临床研究伦理委员会，对干细胞临床研究进行伦理指导和监管。

国家干细胞临床研究伦理专家委员会由国家卫生健康委员会与国家食品药品监督管理总局共同组建，主要针对干细胞临床研究中的伦理问题进行研究，提出政策法规和制度建设的意见；根据监管工作需要对已备案的干细胞临床研究项目进行审评和检查，对机构伦理委员会审查工作进行检查，提出改进意见；接受省级伦理专家委员会和机构伦理委员会的咨询并进行工作指导；组织伦理培训等。

省级干细胞临床研究伦理专家委员会由省级卫生健康行政部门与省级食品药品监管部门共同组建，主要针对行政区域内干细胞临床研究中的伦理问题进行研究；推动行政区域内干细胞临床研究伦理审查规范化；并根据监管工作需要对行政区域内机构伦理委员会工作进行检查，提出改进意见；接受行政区域内机构伦理委员会的咨询并提供工作指导；对从事干细胞临床研究伦理审查工作的人员进行培训。

干细胞临床研究机构伦理委员会由了解干细胞研究的医学、伦理学、法学、管理学、社会学等专业人员及至少一位非专业的社会人士组成，人员不少于 7 位，负责对干细胞临床研究项目进行独立伦理审查，确保干细胞临床研究符合伦理规范，保障受试者权益，并接受国家和省级干细胞临床研究伦理专家委员会的监督，促进伦理审查的公开、公平、公正。

（二）干细胞临床研究伦理审查的内容与要点

1. 干细胞的来源和获取过程应符合伦理 用于研究的人胚胎干细胞只能通过下列方式获得：体外受精时多余的配子或囊胚；自然或自愿选择流产的胎儿细胞；体细胞核移植技术所获得的囊胚和

笔记

单性分裂囊胚；自愿捐献的生殖细胞。利用体外受精、体细胞核移植、单性复制技术或遗传修饰获得的囊胚，其体外培养期限自受精或核移植开始不得超过 14 天，且不得将其植入人或任何其他动物的生殖系统；不得将人的生殖细胞与其他物种的生殖细胞结合。

2. 风险管控　①参与研究的机构和研究负责人、研究者的资质符合相关技术标准和规范。②研究的科学依据充足，研究目的符合伦理，研究设计已通过科学评审，研究结果的用途明确。③研究是否对受试者进行干预，是否增加受试者的额外负担，对受试者存有潜在的危害是否采取了预防措施，是否涉及子宫中胎儿、无法成活的胎儿 / 流产的胎儿、婴儿（0～1 岁）、儿童（1～13 岁）、少年（13～18 岁）、孕妇 / 哺乳期妇女、老人（60 岁以上）、特殊人群（心智不全）等弱势群体。④对于风险较高的项目，设置重点监控措施，购买第三方保险，对发生与研究相关的损害或死亡的受试者承担治疗费用及相应的经济补偿。

3. 受试者的招募与筛选　要有明确的纳排标准和筛选流程，招募中明确告知受试者研究的目的，说明统计样本数据的统计学方法，说明样本量大小以及统计委托单位。

4. 知情同意　干细胞临床研究人员用通俗、清晰、准确的语言告知供者和受试者所参与的干细胞临床研究的目的、意义和内容，预期受益和潜在的风险，并在受试者自愿原则下签署知情同意书。

5. 严重不良事件报告　在 24 小时内上报严重不良事件，如传染性疾病、造成人体功能或器官永久性损伤、威胁生命、死亡，或必须接受医疗抢救的情况；在发生严重不良事件后当立刻停止临床研究，并及时、妥善对受试者进行相应处理；从干细胞制剂的制备和质量控制，干细胞提供者的筛查记录、测试结果，以及任何违背操作规范的事件等方面说明严重不良事件发生的原因和采取的措施，并在处理结束后 15 日内上报。

6. 隐私与保密　对研究涉及的个人隐私，详细说明将如何使用代码、加密或其他方式保护受试者隐私；规定哪些人有权获得原始数据或研究记录；研究完成后，说明如何处理原始数据；说明在论文报告中不公开受试者的姓名。

7. 受试者的随访与监测　干细胞临床研究结束后，制订明确的计划对受试者进行长期随访监测，并对发现的问题进行评估上报，以评价干细胞临床研究的长期安全性和有效性。

四、医疗新技术临床准入及应用的伦理审查

（一）医疗机构对医疗技术临床应用管理的主体责任

医疗技术的临床应用必须以技术的安全、有效为前提，因此具有强制性、规范性的技术准入评估是医疗技术临床应用的必要环节。2009 年制定了《医疗技术临床应用管理办法》，提出了医疗技术临床应用的分类管理政策。2015 年国家卫生与计划生育委员会出台文件对限制应用的医疗技术临床应用审批进行调整，明确规定医疗机构对本机构的医疗技术临床应用和管理承担主体责任，要求医疗机构在开展医疗新技术前对其安全性、有效性、社会伦理适应性等做出系统评估，对于尚处在临床试验阶段或尚未被规范的临床试验验证的医疗技术，按照临床研究进行管理，严禁在临床推广应用。

（二）医疗新技术伦理审查的内容与要点

1. 科室和人员资质　医疗新技术应用负责人和操作人员简介和技术资质，科室相关诊疗场所、设备、设施、其他辅助条件和辅助支持科室情况。

2. 医疗新技术实施方案　开展新技术临床应用的目的、意义和依据，新技术在国内外的应用现状及领先水平；与同种疾病其他诊疗技术的风险、费用及疗程比较；具体操作方法和步骤；新技术的适应证、禁忌证和不良反应；安全性检查和检验指标等。

3. 知情同意　知情同意书通俗易懂，内容全面，包括：本机构和相关人员开展此项新技术的资质，新技术目前的安全性和疗效评价，对患者的预期风险与受益，新技术应用的适应证、禁忌证和不良反应，可替代的治疗方案，治疗费用和相关收费标准，发生严重不良反应后治疗费用相关赔偿。

4. 应急预案　医疗安全不良事件监控制度，包括不良事件的上报制度、应急预案和处理措施，

以尽量减少风险、保障患者安全。

5. 随访与监测 依据治疗例数、治愈好转率、死亡例数、病死率、1 年生存率、5 年生存率等评估指标，对采用医疗新技术进行定期跟踪随访，了解其对疗效、生存质量的评价，心理上的感受，对家庭和社会生活的影响等。

思考题

1. 我国法规中对不同类型医学伦理委员会的组成和职能有哪些要求？
2. 涉及人的生物医学研究伦理审查的内容与标准是什么？
3. 如何遵循“4R 原则”和“五大自由”理论进行动物实验伦理审查？
4. 人体器官移植、人类辅助生殖和医疗新技术的伦理审查有哪些特点？
5. 干细胞临床研究伦理委员会的分类及伦理审查的重点是什么？

（杨 阳）

笔记

第十五章　卫生保健制度及改革伦理

【导入案例 15-1】 Mark Britnell 对中国“医改”的评价

卫生保健制度是一个社会制度的重要构成部分。确立何种卫生保健制度并将其纳入经济、政治、文化等社会制度的大系统，通过这一制度的建立向社会成员提供健康保障，来体现社会经济制度的合理性和政治制度的优越性，是人类社会演进、生命科学和技术进步以及由此带来的医疗卫生事业发展的大背景下，不同性质社会制度的现代国家或地区的通行做法。因为医疗卫生保健制度涉及和牵动社会集团和个人、家庭等多方利益，建立一种能够平衡社会各方面利益、满足社会成员不断增长的健康保障需求的卫生保健制度，成为公认的“世界性难题”。追求完美的医疗卫生体制成为世界性的卫生保健制度调整与改革的动力。自中华人民共和国成立后，中国社会形成了与社会主义制度及中国社会发展实际相适应的卫生保健制度，这一制度在几经改革特别是在全面深化改革中得以不断完善和成熟，已经成为“健康中国”战略实施的强有力制度支撑，也成为新时代中国特色社会主义事业的重要构成部分。

第一节　卫生保健制度的医学伦理维度

一、卫生保健制度及其价值目标

卫生保健制度与医疗保健制度、医疗保险制度、健康保险制度、健康保健制度、疾病保险制度等属于同义概念，是不同学科或不同情形下的特定表述方式。社会医疗（医药）卫生体制是基于卫生保健制度的基本精神和制度安排所建立的一整套落实卫生保健制度的政策体系和运行系统。

究竟什么是卫生保健制度（health care system），不同学科有不同的认识角度和不同解释。

卫生经济学所定义的卫生保健制度，可以看作是对卫生保健制度概念的狭义界定：是指一个国家或地区为解决居民防治疾病问题，就筹集、分配和使用医疗卫生保健费用所要采取的一系列经济措施而形成的卫生经济制度框架和运行体系。

卫生事业管理学对卫生保健制度的定义，是基于狭义界定而把卫生保健制度置于与社会诸要素关系意义上的、具有更深刻内涵和更宽泛外延的一种界定，是指一个国家或地区基于经济社会发展水平、社会经济运行方式以及社会人口总体（健康）状况，或由国家、政府主导，或主要依靠市场机制，或政府主导与市场机制相结合，为向社会成员提供公平的医疗卫生保健而对社会医疗卫生资源进行合理配置所建构的制度框架和政策体系的总和。

完整的社会卫生保健制度，至少包括四个主要构成部分，即医疗财政制度（包括筹资和支付）、医疗提供制度、医疗产业制度和公共健康制度。这四个紧密相关、相互影响、博弈共存和综合作用的子系统，以一种极为复杂的结构构成完整的卫生保健制度系统，也即医药卫生体制。

卫生保健制度是一种典型的社会福利制度，最终要体现在社会人口健康水平提高和整体健康目标的实现上。从学科研究的视角看，经济问题是这一制度的核心问题，从实证经济学出发对其考量是一个方面的理论和方法选择；由于福利制度涉及经济要素配置的公平性、合理性等问题，涉及经济要素与社会其他要素的关系问题，价值判断向福利经济学的介入就成为学科认识的必然选择，这就会带来在研究视野上由实证经济学向规范经济学的转移和拓展，从而克服和纠正实证经济学不能把

出发点指向“人类幸福”的学科缺陷，而是要用经济学自身的方式回应乃至解答福利经济学中的伦理学命题。正是为了将福利经济学纳入生命道德视阈进行更为具体的分析和深入的阐释，福利经济学与医学伦理学的深度结合，形成了卫生经济伦理学（也包括健康经济伦理学）。一方面，卫生保健制度相关的伦理问题构成这一学科的主要研究对象；另一方面，在这一学科的视域中，卫生保健制度不再是一个基于经济要素构成的封闭性结构，而成为开放性的也即与社会诸多方面因素结合起来进行观察和分析的复杂结构。这就为医学伦理学提供了认识和探索的道德哲学空间，让在理论与实践的结合上明确卫生保健制度的价值目标成为可能。

健康在人类所追求的价值目标系统中最具根本意义，卫生保健制度就是基于对这一价值目标的追求而建构和演进的，因此卫生保健制度价值目标的定位十分明确和清晰，没有哪个国家或政府不是为社会人口的健康将这一制度作为福利制度的构成部分来看待，无论选择哪种模式，但价值目标无不是为了人口的健康福祉。第二次世界大战结束后，一些国家在经济和社会发展过程中，开始由政府为社会建立供全体居民享有的公共医疗保险制度，进入 20 世纪后，世界很多国家的政府越来越多地将医疗卫生保健制度纳入经济社会发展整体规划和作为社会制度安排的重要构成，完整的现代医疗卫生保健制度逐渐成型。伴随社会不断发展，20 世纪 90 年代以后，很多国家和地区开始通过改革来修正和完善这一制度，这一轮新的医改一直在持续。卫生保健制度从建立、形成、改革到不断完善，所体现的正是现代人类社会越发获得普遍认可的以人为本、以生命为本的价值观。这种价值观在中国社会鲜明地体现在“一切为了人民”的人民至上政治伦理的选择中。

二、国际主要卫生保健模式及其伦理评价

在社会健康价值目标的导引下，各个国家或地区大都从本国国情出发，力求建立一整套与本国政治、经济、文化和人口健康水平基本适应的医疗卫生保健制度模式，这些模式并不完全具有普适性，但各有自身特点和优势，对不同发展水平的国家和地区以及医疗卫生价值观念存在差异的国家或地区来说，任何卫生保健制度模式都不可能是完美的。追求卫生保健制度模式不断完美的努力，一直在很多国家和地区通过卫生保健制度的改革过程体现出来。

世界上约有 90 个国家建立了覆盖全体人群的卫生保健制度，占全世界国家和地区总数的 40%。发达国家的卫生保健制度模式大体上可以分为四类：国家医疗保障模式、社会医疗保障模式、个人储蓄健康保障模式、混合型医疗保障模式。

1. 国家医疗保障模式 这一模式是由国家或地区通过立法方式所确定的，是一种面向所在国家或地区的全体居民提供公平、可及的医疗、预防、保健、康复等服务的制度及运行体系。这种模式的资金来源一般是通过税收渠道获得，或者通过举办公立医疗卫生机构，或者政府购买私人的医疗服务作为基本的运作方式。实行这种模式的国家主要集中在西欧、北欧和大洋洲的一些发达国家，作为一种国家医疗保健体制，其管理形式并不完全相同，有国家集权管理和分权管理两种模式。创立于 1948 年的英国国民卫生服务体系（NHS），是全世界第一个全民医疗体系，当时被认为是“世界上迄今出现的最大的社会服务实验”（Aneurin Beuan），是具有代表性模式之一。

2. 社会医疗保障模式 这种模式是以通过国家立法，强制性要求雇主和雇员按照工资的一定比例向疾病保险基金缴纳保费（或社会保险税）的筹资形式所建立起来的一种健康保险制度。这种保险制度除具有法律的强制性特征外，还具有互济性和补偿性的特点，政府拿出一定比例的保费酌情补贴社会弱势群体加入健康保险，使之覆盖到所有的人。部分西欧发达国家和中东欧的国家，以及亚洲的日本采用的是这种类型的卫生保障制度。社会健康保险基金实行社会统筹、互助共济、以收定支、收支平衡。健康保险的管理机构有些是社会自治的非营利性的疾病基金，有些是政府集中管理的机构。

3. 个人储蓄医疗保障模式 这种模式是通过国家立法强制性地以家庭或者个人为单位建立医疗储蓄基金，用于支付日后患病所需医疗费用的一种卫生保健制度模式。这一模式的最大特点是融

笔记

合健康上的个人责任和社会力量为一体建构社会医疗卫生福利体系。新加坡是实行这种模式的代表性国家。新加坡医疗保障方式的实践证明，这种模式是世界上较好的医疗卫生体制之一，不仅社会人口的整体健康状况明显占优，最大的特点则是国家的医疗卫生支出仅占 GDP 的 4.6%，这一数字从新加坡独立建国以来几乎没有发生过改变，而在这样占比较少投入的前提下，新加坡成为世界级的医疗卫生、临床研究、生物技术和生命科学的产业中心。

4. 混合型医疗保健模式　是基于市场与政府双重作用，对不同人群分别采用商业保险体制和政府向特定人群、弱势群体提供医疗保健或医疗救助的方式所建立的一种社会健康保障制度。市场化健康保险形式包括商业医疗保险和私人医疗保险。实际上，几乎所有的国家和地区都建立了市场健康保险制度，大多作为国家或社会卫生保健体制的补充，在国家或社会保障制度之外满足有特殊医疗保健需要的人群。目前只有美国将商业健康保险体制作为卫生保健的基本制度。

上述四种不同类型的卫生保健制度模式在不同国家和地区的建立，以强大的经济基础作为制度实施和运转的后盾，为保障本国或本地区居民健康发挥了不可替代的作用。但是这些模式也都存在各种各样的问题，从 20 世纪 80 年代开始，各个国家大多在通过改革进一步完善和改进社会卫生保健制度，以解决多年运转后所面临的两大难题：一是社会医疗卫生成本不断上涨带来的国家或地区财政不断增加的巨大压力，由此而来的医疗卫生事业可持续发展所面临的困难；二是伴随社会进步而来的社会成员对医疗卫生需求和服务质量要求的不断提高，医疗卫生资源配置的不够合理甚至不公平的问题，社会巨大的经济投入背后社会各界对卫生保健制度多有诟病，部分社会成员获得感并不明显等问题。从医学伦理的角度分析，这些卫生保健制度所存在的问题是多方面的，以不同的形态存在于各种模式中。很多国家针对这些问题所进行的改革，在一定程度上对原有体制有所改良。但是国际社会认为，这些改革存在的最大问题，是对健康和卫生服务的公平性关注不够。1998 年的世界卫生组织大会宣言明确指出，健康是一项基本人权，改善所有居民的健康是社会经济发展的终极目标之一，而促进卫生领域的公平性和公正性是实现这一目标的重要措施。

高质量的医疗卫生保健体系应当包含四个方面统一的内容：一是目标的设定。这一目标主要体现在三个方面（三重目标）：更好的医疗体验（安全、有效、以病人为中心、及时、高效和公平）、更好的人群健康和更低的人均成本。二是要从患者的角度出发，设计临床医疗路径。临床的“微环境”具有不稳定性，医疗成本与安全性都具有不确定性，改善医疗质量并不断完成创新和突破是临床医学的责任。三是所有的医疗机构都应该被纳入医疗卫生体系中。医疗卫生体系必须有足够大的规模，才能保证医疗服务的整体连续性，才能实现“三重目标”。四是包括监管、教育、法律和财政系统在内的大环境中各种力量的综合作用，来促进医务人员与机构间的协调与合作。尽管每个国家或地区的卫生保健制度都是其文化、社会、经济和政治环境的产物，存在由此决定的国家、地区间的巨大差异，但是一般来说，顶层对目标的设计是相似的，基本上都集中在改善健康服务的可及性、提升质量和效率、病人及消费者有更多的选择性及相对的自主权等。

第二节　中国的医药卫生体制及“新医改”

一、前“改革开放”时期中国卫生保健制度的成就及问题

中华人民共和国成立前的中国社会，因为政局动荡、战争残酷，社会经济发展水平低下，传染性疾病频发。那个时期的中国社会国民健康总体状况十分堪忧，新生儿死亡率高达 200‰，人均期望寿命只有 35 岁。1949 年新中国成立之初，中国共产党领导中国人民，从新中国百废待兴的实际出发，在构建社会主义政治制度和经济制度的同时，参照世界上第一个社会主义国家苏联的卫生保障模式，一方面建设中国医疗卫生系统实体，另一方面建构中国的医疗卫生保健制度体系。通过政府的统一规划、组织和尽最大限度的经济投入，形成了包括医疗、预防、保健、康复、教学科研等在内的比较完备的、布局相对合理的医疗卫生保健制度和运行体系。在城镇，医疗保障体系分为两种形式：劳

保医疗与公费医疗；在农村，实行的是农村合作医疗制度。人民群众日常看病没有后顾之忧，生命健康权得到一定程度的保障。在高度集权的计划经济体制下，政府统一实施宏观调控，也能保证医疗卫生事业发展的基本投入。这种医疗卫生保健制度的实施过程，是从中华人民共和国成立初期持续到20世纪70年代末中国社会走上“改革开放”道路这一历史时期，大约有30年的时间。这30年中，虽然其间中国社会经历了“文化大革命”十年社会动荡导致的经济社会发展缓慢的历史过程，但解放初期卫生保健制度打下了较好的基础，中国的人口健康成就十分明显，人口期望寿命增加到接近70岁，新生婴儿死亡率也大幅度降低。短短几十年内成绩斐然，主要归功于建立起一套符合中国国情的医疗卫生保障体系。其主要特点是全覆盖、保基础、低成本，具有鲜明的社会公益与劳动保障性质。

但是限于中国社会特定历史时期的整体发展水平，中华人民共和国成立以后建立的医疗卫生体制虽然符合中国国情，但总体上则是极低水平的全覆盖，而且在医疗公平理念上过于追求绝对平等，忽视了差等原则。虽然成就明显，但存在着种种问题：公费和劳保医药费增长过快，国家和企业负担不断加重；中国社会存在明显的城乡差异，贫困人口数量大，贫困地区的农村合作医疗有名无实；城乡二元结构带来有限卫生资源配置上的不合理；医疗卫生相关领域的法制建设严重滞后等。

二、中国卫生保健制度改革及其伦理问题

1978年底十一届三中全会之后，中国进入改革开放新的历史时期。伴随这一过程，中国的卫生保健制度也进入了一个调整与改革期。在这一“世界性难题”面前，中国社会经历了一个在探索中前进的艰难过程。如果认为2009年“新医改”前的“医改”具有历史分期的话，其分期也具有时间段上不明显的特征。这个时期大体可分为四个阶段。

第一阶段是1979—1985年。被认为是改革前期带有“造势”意味的准备阶段。这六年正值中国改革开放初期，推进中国社会的经济转型，更多的是“摸着石头过河”的探索。1979年国家层面提出“运用经济手段管理卫生事业”“卫生部门也要按经济规律办事”的主张，对医药卫生领域改革价值取向的定位，对整个医改方向产生重大而长远的影响。医疗卫生领域在这一阶段并没有形成明确的医改设计框架，主要是套用社会总体改革的思路和方针，围绕经济效益这一核心来改造医院的管理和重新建立对医务人员绩效的考核。确立了医疗机构的经济主体地位，医疗机构为转向“自主经营、自负盈亏”的独立经营实体做准备，为其后的追逐经济利益埋下了伏笔。

第二阶段是1985—1992年。从国家发展态势上看，社会经济转型的步伐不断加快，改革的不断深入开始触动社会的多方利益，社会经济形态和治理方式都在发生深刻变革。这一时期医疗卫生体制的改革是伴随其他领域的改革一并推进。虽然改革步伐是渐进的，但是在改革方向上主要是模仿其他领域的改革，朝向社会主义市场化方向。1985年4月国务院批转了卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》，明确指出：“必须进行改革，放宽政策，简政放权，多方集资，开阔发展卫生事业的路子，把卫生工作搞好。”医疗机构向市场化转型的序幕由此拉开，因此这一年被称为“医改元年”。

第三阶段是1992—2003年。社会其他行业的市场化改革不断加速，带来了医疗卫生领域的危机感。1992年9月，国务院下发了《关于深化卫生改革的几点意见》，其中最主要的改革内容就是对医院补偿机制的改革，医院由正常的经费拨款改为各种形式的专项拨款。这一时期的改革思路，始终聚焦于市场化的改革方向。由于卫生费用主要由地方财政负担，摆脱经济上的这种负担也即“卸包袱”的冲动成为医改市场化方向的重要源动力。这一时期的改革，整个医药系统在经济利益上是受益的，医疗资源显著增加，医疗卫生供给能力不断增强，微观服务效率明显提升。但是，因为这种改革仍然处在缺乏系统性制度设计的碎片化改革状态，各项改革举措彼此分割、缺乏衔接，整体上表现出医疗机构过度商业化和市场化，趋利行为严重。这种改革方向的选择，加剧了医疗卫生领域的多方面社会矛盾，医疗保障制度不健全、药品生产和流通秩序不规范、医院管理体制和运行机制不完善、政府对医疗卫生投入严重不足、医药费用上涨过快、个人负担过重等，出现了医药行业在改制中

发展速度快，但是“看病难”和“看病贵”等问题愈发突出的现代社会“医疗危机”的征兆。

第四阶段是2003—2009年。2003年“非典（SARS）”疫情暴发，在处置过程中不断暴露医改过度市场化带来的公共卫生领域的一些弊端，促使全社会开始反思医疗卫生体制的改革方向，客观上推动了人们对这一体制究竟如何改革才更合理的深度思考。市场主导还是政府主导的争论十分激烈并公开化，从而推动政府将“医改”重新列入了社会公共政策的议事日程。国务院发展研究中心与世界卫生组织（WHO）合作完成的《中国医疗卫生体制改革报告》，明确认为之前的医疗卫生体制改革是“市场化改革”，并明确定性“从总体上讲是不成功的”。次年5月“中国医疗卫生发展报告”课题组推出的2006年《医疗卫生绿皮书》，对于医改不成功的原因持有不同看法，核心观点是认为把医改出现的问题归因于市场化的结论过于简单化和绝对化；并认为是因为政府主导上在投入、监管和职能转变三个方面的不到位，最终导致医院代政府受过。

从医学伦理学角度来看，“新医改”前的医疗卫生保健制度改革存在的问题主要表现在这样几个方面：一是倡导效率优先，忽视了对效率与公平间关系的协调。二是在摸着石头过河的渐进式改革过程中，改革方向和目标不明确，早期改革大多是被问题驱动的被动改革，缺乏对改革的总体设计，导致改革缺乏主动性、前瞻性、系统性和协调性。三是对医疗卫生事业定性不清晰。从纯福利性到公益福利观的市场化，导致政府放弃筹资和提供服务的主导责任，也放弃了监管的责任。造成国人健康公平性、卫生服务利用的可及性的公平性受到严重影响。四是政府和市场边界不清，政府对健康的责任、作用缺失，出现了越位、错位和缺位现象。不能有效地纠正市场失灵。五是部分改善了医疗机构的微观绩效，但是也出现了新的资源浪费和效率低下并存的局面，医疗卫生宏观效率下降。六是公立医院姓公行私的变化，趋利性日趋明显，公益性淡化，社会责任不明。七是医疗卫生服务系统基层组织严重弱化，卫生系统网络及其内部有效分工协作被全面竞争所取代，网络系统的网底破溃、割裂严重。

三、“新医改”的价值导向及其成就

2009年1月21日国务院通过医改方案并在同年3月以《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》形式正式出台，标志着新一轮的中国医药卫生体制改革正式全面启动。新医改方案能够体现出从中国的现实出发对医疗卫生体制进行全面设计和系统安排。从公共管理技术的角度看，确实形成了运行机制上的系统创新，更重要的是在建构体制的理念上完成了重要突破。从生命伦理的视角分析，方案渗透着公共生活的生命伦理精神和对人以及人的健康的人文关怀。

“新医改”方案在重大和根本性的问题上确立了鲜明的立场，明确了改革的方向和目标，即以全社会人人享有基本医疗卫生服务为根本出发点和落脚点。从改革方案设计、卫生制度建立到服务体系建设都遵循公益性的原则。“新医改”方案主体框架是被称为“四梁”和“八柱”。“四梁”是指四大体系，即公共卫生体系、医疗服务体系、医疗保障体系和药品供应体系。新医改就是以这四个领域为重点，按照各自领域产品的相应特点，设计了相应的供给方式和政策走向。从各个领域的基本政策来看，将公共卫生服务产品界定为公共物品，其供给体制采用政府供给的方式，政府负主要责任；将医疗服务产品界定为准公共产品，其供给体制采用政府和市场混合的方式，突出基层在医疗卫生服务中的作用；在医疗保障领域，对各项医疗保障项目进行了细分，社会医疗保险作为准公共产品由政府为主组织实施，商业健康保险作为私人产品由市场运作，医疗救助由政府供给；在药品供应领域，将国家基本药物制度作为政府干预的重点，在加强质量和可及性监管的同时，鼓励市场竞争和产业发展。“新医改”方案“四位一体”的政策框架用“四领域分析法”验证可知，改革框架依据各个领域提供产品的相应属性，采用了与之相适应的供给和筹资体制，政府和市场的角色也予以较为科学的界定。“八柱”是指与四大体系形成有机系统和有效运行所设计的八个方面运行机制：协调统一的医药卫生管理体制、高效规范的医药卫生机构运行机制、政府主导的多元卫生投入机制、科学合理的医药价格形成机制、严格有效的医药卫生监管体制、可持续发展的医药卫生科技创新机制和人才保障机

制、实用共享的医药卫生信息系统、健全的医药卫生法律制度。正是这“四梁八柱”构成了“新医改”方案的系统框架和总体结构。

“新医改”以来的主要成就体现在：一是对医药卫生体制开始了系统和全面的改革，包括医疗保障制度的恢复和重建，合作医疗制度的恢复与发展，特困人口医疗救助制度的探索与建立，商业医疗保险的发展。二是对公立医院实施了系列改革。公立医院性质从改革开放前的纯“福利性”事业单位向体现一定福利性的“公益性”事业单位转变，带来的是筹资方式的变化（由政府出资到多方筹资），推行医院所有制改革，由原来的纯公有制向多种所有制转变；政府向医院下放权力，扩大医院自主决策权。医院由原来的政府控制和管理逐步转变为具有自主决策权的法人事业单位，逐步建立现代医院管理制度。三是政府责任的改革和角色的转变。由政事合一、管办合一向政事分开、管办分离转变。四是药品生产和流通体制的改革。药品从改革开放前的统购统销向市场化转变。药品生产领域改革主要是通过制定相关政策、法规，制度性规范企业行为。药品价格管理体系改革。探索建立国家基本药物制度。五是卫生资源总量大幅度提升，短缺现象明显缓解，医疗机构服务供给能力大幅度提高，医院内部效率有了明显改善。公共卫生发展逐步进入法制化轨道。

第三节 卫生保健制度中的公平与效率

一、卫生保健制度中的公平

公平是卫生保健制度的灵魂。从本章前节关于卫生保健制度演化过程和中国医疗卫生体制改革史就能看出，卫生保健制度的供给、制度变迁、制度创新对人类在与疾病斗争中维护健康、提高生命质量的作用是不可替代的。然而，什么样的卫生保健制度才是公平的，什么样的卫生保健供给、什么样的卫生保健制度改革才能在促进人类健康中真正发挥作用，这就必须要求我们关注卫生保健制度所负载的伦理价值。

从一般意义上定义公平，是指人们对人与人之间以利益关系为核心的各种关系的认识和评价。公平是一个历史范畴，社会不存在永恒的公平，公平的原则和标准因时代和社会制度的不同而变化，其内容涉及政治、法律、文化等各个领域，公平观念作为社会存在的反映，在不同的社会形态中其内涵不尽相同，人们对公平的理解各异，但公平具有客观性特征。社会现实中只有相对公平，不存在绝对的公平。

公平问题涉及的具体内容十分广泛，概括起来主要表现为经济和社会两个层次上的公平。经济公平主要是指在社会经济生活中，不同的利益主体按照各方可接受的条件处理相互关系，主要表现为经济竞争中的关系，合理分配经济利益。经济公平在形态上主要包括机会公平、规则公平、分配公平和结果公平等四个层面的内容。社会公平主要是指社会成员社会生活中权利的平等，这种平等表现在社会政治、经济、文化和道德（人格）地位等各个方面，包括涉及人的全面、自由发展的基本权利的政治公平、教育公平、司法公平、医疗公平、环境公平、社会保障公平等。公平应该被看作自由与平等的合题，作为对权利与责任、所得与应得、价值创造与价值分配之间比较合理的一种制度安排，既以承认所有社会成员享有平等的基本权利为前提，又以承认现实不平等的客观事实为条件，追求公平的目的是通过制度安排将不平等保持在一个合理的限度内，而不是追求平均主义的“伪公平”。

公平不是一个抽象的问题，而是表现在社会生活各个领域中的具体问题。卫生保健制度中的公平问题就是其中的一个方面。卫生保健制度中的公平是经济公平和社会公平在医疗卫生制度建构、实施、运行中的具体体现，从这样的意义上看，这种公平不是一个独立的概念能够涵括的，而是一个系统性的范畴，其中包括卫生制度相关的实质公平问题，也包括作为制度在运行过程乃至执行环节中的程序公正问题。世界卫生组织专家 Adam Wagstaff 和 Eddyvan Doorslaer 等人认为，卫生系统公平具体应划分为三个方面，即卫生筹资领域的公平、卫生服务利用领域的公平和健康状况公平。

1. 卫生筹资领域的公平　所谓筹资是指为购买某一产品或服务而筹集资金。不同的卫生保健制度所确定的医疗卫生筹资模式并不相同。与本国的医疗卫生体制相统一，虽然采用国家出资或全民缴纳医疗保险费的方式建立全民医疗保障制度的国家居多，但仍有多种筹资方式可供选择。在决定全民医疗保障模式的两个维度（筹资和服务的提供）中，最重要的是筹资机制，其在很大程度上决定了整个制度的框架和特征。但是变数最大的也是筹资机制。一个国家或地区提供医疗卫生服务的模式一般比较稳定，可以改变的只是构成提供服务方各种要素的配置和效率。全民医疗保障制度的建立，意味着一种新制度的确立，伴随这一制度需要完成一定的创新，而这种创新更多地来自筹资模式的改变。筹资模式在全球并没有定式，都是根据本国国情和文化传统来进行设计，体现政府的治理智慧和政治制度的价值指向。“新医改”确定了我国社会卫生保健的筹资方式：公共卫生服务主要是通过政府筹资，向城乡居民提供均等服务来完成；基本医疗服务由政府、社会和个人三方合理分担费用，特需医疗服务由个人付费或通过商业健康保险支付。从公平与效率的关系上来考量卫生筹资的公平问题，主要取决于建立全民医保的国家或地区，是不是将制度建构定位在初级卫生保健体系的建设上，将重心放在向社会成员提供基本医疗卫生服务上。

2. 医疗卫生服务提供的公平　2000年的世界卫生工作报告中，使用“反应性”作为描述这一公平的概念。此问题主要包括以下几个方面的内容：其一是卫生资源配置的公平。这里的卫生资源是指用于提供卫生服务的人、财、物，即主要是指硬性卫生资源。其二是卫生服务的可及性（accessibility）公平。所谓卫生服务的可及性是指服务对象寻求且获得服务的难易程度，即指考虑服务对象是否确实能方便、及时和实际地获得负担得起的和可接受的服务。其三是卫生服务利用的公平。卫生服务利用的公平，也就是卫生服务需要 / 需求的公平，是指具有相同卫生服务需求的人可以得到并同样利用基本医疗卫生服务，而不论其性别、财富、种族、地理等方面的差异。其四是卫生服务产出的公平。即健康公平性或卫生服务的健康公平，也称结果 / 结局方面的公平，就是指不同社会人群的健康水平相等或相似，健康状况分布均衡。

二、卫生保健制度中的效率

一般来说，效率是指人的活动所达到的目的和从事这种活动所运用的手段之间的比例关系。关于效率的解释，经济学意义上有三种理解，即投入产出的效率、帕累托效率和社会整体效率。投入产出效率是指人们对经济资源的有效利用和合理配置，反映的是投入与产出或成本与收益之间的比值关系。帕累托效率也称帕累托最优，是指任何一种资源的重新配置，在使一方福利增加的同时，而不使另一方的福利减少，这种资源的变动就是有效率的。这被认为是公平与效率的“理想王国”，但是这种最优的实现，需要交换、生产和两者之前关系上的最优条件。社会整体效率是对社会主客体之间在经济和社会发展的系统整体功能、效能的一种社会哲学评价意义上的效率观。是指社会生产对改善人民生活、提高社会质量、促进社会发展和进步的能力。

卫生保健制度中的效率，是指在一定的卫生保健制度设计和实际运行过程中所反映出的投入与产出、成本与收益之比的状况。卫生保健制度的社会福利制度本质所蕴含的人文、伦理特性，决定了这一制度本身除物质形态之外，非物质形态要素对社会健康状况改变的无形效应。因此效率概念反映在卫生保健制度中，既包括经济效益，如筹资、支付方式的最优化及医疗资源配置等卫生经济学意义上的效率形态外，也包括所覆盖的人口健康状况、社会对制度效果的反应性，甚至由制度效果导致的社会心理和精神状态改变所产生的无形的社会健康效益。因此，卫生保健制度中的效率问题相对于一般经济学意义上效率而言，分析起来要复杂得多，社会非经济因素对人口健康状况的影响，通过经济学的效率概念反映出来有一定的难度，而单纯从卫生经济学意义上考察卫生保健制度中的效率，又会有失偏颇。因此有研究认为，卫生服务的社会效益是指预防和治疗疾病的效果和人群健康水平的改善，往往通过一定地区一定范围内的人民群众对医院服务项目、服务质量、服务价格等诸方面的认知综合评价来体现，这也是卫生工作的根本目的所在。卫生事业的性质决定了卫生服务机构

和卫生服务人员不应以营利为目的，其效率的高低更主要地应反映在防治效果和居民健康水平的提高方面，经济收益只能作为其生存与发展的基础。离开或忽视社会效益而单纯讲究经济效益，往往会导致卫生资源的不合理利用和需方卫生费用负担加重。

卫生保健制度中的效率，同样可以从三个维度来认识。一是完全基于医学标准对医疗效果的判断。这一效率标准的价值目标是追求医疗效果的最大化收益。有专家研究认为，医学标准，特别是基于满足需要的含义的医学标准与效率不同，这一标准在道德上可以证明是公正的。当所有的标准都是基于医学的判断，功利主义的效果最大化的标准将起到更大的作用。但是这一标准的优缺点在可能、范围和受益的质量这三方面医学标准的应用中是不同的。二是通过社会价值判断增强医学维度效率的认识途径而确立的标准。这种标准保证和满足特殊价值个体的医学需要，排除特定没有价值的候选者。前一句话是基于社会价值和重要责任标准的经济伦理原理所做的选择，后者则是更加强化责任标准。三是以社会价值作为标准的判断。这一标准强调的是根据社会价值的评价决定利用有限资源产生最大的效率，这个途径是否能够得到伦理辩护，是以社会标准来确定的。

三、卫生保健制度中公平与效率的统一

公平与效率是人类不懈追求的两大价值目标，也是推动人类社会发展的两方面基本要素。两者的关系既是重大的理论问题，也是无法回避的社会现实问题。这一问题反映在卫生保健制度的建构及运行中，相对于对社会经济领域公平与效率的认识，会显得更加复杂。卫生保健制度的建构及其运行是基于全社会健康利益或者效益的目标，正是为了最大化地达到这一目标，政党或政府通过构建卫生保健制度来完成这一策略性选择，目的就是满足效率或者效益的要求。这里的效率或者效益不单纯是经济学和管理学意义上的，卫生保健制度作为公共政策体系的构成部分，或许从公共政策和公共管理视角考察更接近对其本质的认识。对卫生保健制度效率的衡量，本质上应当是对政府公共权力通过运用于卫生保健制度建构而产生的效益，有专家认为，这种效益是“政府运用科学手段，在整合利用社会资源中以最小的投入，获得公共事业和公共利益方面最大的产出”（参见王伟《政府公共权力效益问题研究》）。但是，政府权力效益的本质不能简单从经济因素和社会因素中去寻找，其本质是建立在社会公平基础上的公共利益的最大化，因此是一个广义的综合概念。制度效益、政策效益不同于一般的经济效率，卫生保健制度的建构与运行是政府行为，其策略性选择是为了实现公共健康利益，是全局性的、整体性的和社会人口的健康制度安排和规划，因此这一制度的目标是一个与公平不可分割的、复杂的目标体系。

一般意义上看，公平与效率的矛盾关系是一种辩证关系。二者之间相互作用，效率是公平的基础和动力，公平是效率的前提和保证。根据公平总原则，即社会分配给一个人的权利应该与他的贡献成正比而与他的义务相等。因此，社会越公平，每个人的贡献与所得便越一致，每个人的劳动积极性便越高，从而效率也就越高。可见，公平与效率完全一致而呈正相关变化，公平主要通过作用于效率的动力因素，即调动人的劳动积极性而提高效率。当然，公平与效率之间也存在此消彼长的矛盾对立性。一方面，公平对效率具有一定的滞后性，效率的提高，并不意味着公平观随即就能发生相应的改变，传统的公平观会仍然处在主导地位并在现实生活中发生作用，从而对效率的提高产生抑制作用，这种作用相对于发展和进步而言，往往是负面的；另一方面，在一定时期为了实现公平的目标和达到公平的结果，要以牺牲一定的效率为代价。为了促进效率，又要以牺牲一定的公平为代价。

世界卫生组织对卫生保健制度绩效的评价，兼顾了与制度公平性关系的考量。以卫生保健制度的平等性、可及性、效率、质量、总体价格、基层社区满足程度等作为评价维度，主要集中在与卫生保健制度相关联的三个主要目标上进行评价：一是人口健康水平的改善；二是符合社会的期望，制度能够使人的尊严、隐私、自主获得尊重，以及基本满足患者的选择、理解、速度和可行；三是对疾病的成本提供经济保护，包括政府财政贡献的合理分配。世界卫生组织更注重前两个指标的评价，认为第三个指标与国家的经济和社会发展水平相关联的在医疗卫生领域的投入力度有关。因此围绕财政

投入的关键问题，是解决好有限的卫生资源如何实现更公平分配的问题。卫生保健制度作为一个整体，最关键的度量效率的方法也即制度的目标，应该从质量、公平和绩效三个方面来衡量。一个国家或者政府可能没有足够的资源来实现质量与公平，但是世界卫生组织认为，制度的绩效并非与资源的绝对水平相关。而是同这个国家如何有效地利用它能够获得的资源相联系。

公平不等同于平等。平等概念指的是人们在利益获得上的相同性。公平是人们平等的利害相交换的行为，是利害相交换的平等。就原则来看，公平原则从属于平等概念，是一种特殊的、利害相交换的平等；平等原则却又从属于公平，是一种特殊的公平。卫生系统的公平是指健康状况、反应性和筹资三者分布的合理，不是要求在各个方面完全平等，而是要求在某些方面应该完全平等，在某些方面应该合理差等（比例平等）。那种认为公平就是在各个方面完全平等的观点和做法是错误的，各个方面完全平等反而不公平；正确的观点和做法应该是在初级卫生保健方面完全平等，在非初级卫生保健方面合理差等。

第四节　卫生保健制度中的市场机制与政府责任

一、卫生保健制度中的市场机制

政府与市场的关系，是一个经济学和卫生经济学中最基本的问题之一。与其他资源配置方式相比，市场机制是最具高效率的方式。医疗卫生服务引入市场机制，发挥其卫生筹资、卫生服务提供和卫生机构经营管理方面的作用，才能更好地优化资源配置和合理使用有限的卫生资源。由于市场机制的作用，使医疗卫生资源流动从客观上遵循价值规律和医疗需求的变化，引导医疗服务与医疗消费，满足不同层次、不同对象对医疗服务的需求，相应调整投资结构，合理配置医疗卫生资源，克服医疗资源浪费现象。

通过竞争提高服务水平、促进技术发展的需要。竞争中的优胜劣汰给医疗单位带来巨大的外在压力，迫使其根据市场需要适时调整医疗服务结构和内容，使之尽力发挥自己优势，提高服务质量，加强经营管理。健全卫生服务价格形成机制，以质优价廉的医疗服务在竞争中获胜，合理利用有限的卫生资源。医疗需求的提高和医疗市场的激烈竞争，必然使医疗单位运用新技术、引进新设备，提高医疗技术水平，以满足不同层次的医疗需要。

市场机制运用于卫生保健领域也存在一定的局限性。卫生服务产品以及卫生服务市场的特殊性，决定着必须谨慎地运用市场机制改革和发展我国的医疗卫生事业，对不同的卫生服务运用不同的市场策略，绝不能使卫生服务领域完全市场化，否则必然产生市场机制失灵。我国医疗卫生改革和发展过程中曾出现“市场失灵”现象，主要表现在：一是健康公平问题。在市场机制发挥作用的条件下，卫生服务的分配取决于消费者的收入水平，高收入者由于具有高购买能力而对卫生服务具有高需求、高利用，从而人群健康相对总体水平也高，并形成高水准的人力资本，由此获得高收入而形成良性循环。对低收入者而言，卫生服务只能是高需要、低需求、低利用，以致低健康，影响生产能力，从而影响收入水平，形成恶性循环。这两种循环导致卫生服务分配的不公平扩大，健康公平问题突出。目前，我国城乡、地区和阶层卫生服务分配不公从而导致健康差距和收入差距的不断加剧。二是竞争失灵问题。由于卫生服务市场存在较高的准入障碍以及卫生机构规模经济、医患代理关系等原因，使医药一方处于垄断地位，从而使卫生机构即便在低质、低效、低量的前提下运作，也能获得超额利润，从而限制了市场作用，降低了市场配置资源的效率，致使市场竞争失灵。三是公共产品供给不足的问题。尽管公共产品的社会效益显著，个人获益也很大，但在政府缺乏公共财政支持的情况下，公共产品的供给数量与质量远远低于社会需要。四是效益的外延性问题。如环境污染、抗生素的滥用、不良生活方式等容易产生外部负效应，而公共卫生如传染病的防治、预防接种、疾病检疫、卫生监督及基本医疗服务属于效益外延性活动，卫生服务市场难以消除这些经济活动的外部影响而会使公共卫生服务市场化，导致社会公共卫生问题更加严重。

二、卫生保健制度中的政府责任

如果市场机制能解决所有的卫生保健制度中的问题，就不需要政府的干预，政府在其中也可以不负任何责任。但是，市场的本质导致市场机制的效应具有双重性，如上所述，一方面市场机制在卫生保健制度的实施中能够起到促进医药卫生资源配置效率、促使医疗卫生主体在参与竞争中提高服务质量等方面的作用；但另一方面也存在种种缺陷，如不能解决行业垄断，不能保证医疗卫生作为公共产品向全社会的有效供应，不能解决卫生资源分配的合理性和公平性问题，不能有效地维护和协调国家、社会和个人的利益等问题。这些缺陷都源于市场机制的本质，是市场自身无法解决的问题。而如果不解决这些问题，市场机制发挥作用所产生的效益就会被其缺陷带来的损失所抵消。因此，诸如卫生保健制度这样关乎全社会成员健康保障、生命质量提升的重要公共领域，作为公共权力机构，政府具有高度的权威性，拥有强制力，而且拥有多种多样的干预经济的手段，这就决定了政府具有解决或弥补市场缺陷的能力。同时，作为代表公共利益的机构，政府对社会成员的健康保障负有不可推卸的责任，这种责任是与政府的政治价值选择、经济制度的价值指向、主流文化的核心价值完全一致的选择。总之，政府负起责任的必要性并不是外生的，而是缘于市场经济的本质。

卫生保健制度中政府的责任主要表现在，一是为社会成员能够公平地获得基本的医疗卫生保健提供完备的制度框架和政策体系。二是基于医药卫生体制和相关制度、政策的承诺，为社会卫生保健提供财政支持。三是依据卫生市场规律，强化政府市场的规范制定者地位，严格市场准入，强化市场监管，引导市场运行，规范市场秩序，披露市场信息，实现市场主体多元化，建立健全统一、开放、竞争、有序与公平的卫生服务市场体系。四是制定卫生经济政策，调控卫生经济发展；制定和实施各类卫生经济政策，确保公共卫生服务和弱势群体基本医疗服务的供给，确定政府卫生补贴的目标人群，实施卫生救助与扶贫；明确对不同类型卫生服务机构的补助政策、税收政策、价格政策、分配政策，激励卫生服务的低价有效供给。

干预医疗卫生服务市场，也是政府的重要责任。一是提供公共产品，激励卫生服务供给；二是改善卫生经济环境，创造和维护卫生服务市场环境；三是规划卫生服务市场，保护和利用卫生资源。政府干预卫生服务市场也不同于国有经济其他部门中的政府作用，由于卫生服务市场的特殊性及卫生服务产品性质，政府对卫生服务市场调控的作用力度较大、范围较广。具体表现为：一是提供公共产品；二是规范供方市场；三是加强宏观管理；四是注重微观管理。

三、卫生保健制度中市场机制与政府责任的互补关系

卫生保健制度作为社会公共福利制度的构成部分，同时作为一项基于社会经济发展而不断调整和改革的公共事业，政府和市场在该领域的关系应该是一致的和统一的，即都是为了保证卫生保健制度的良性和可持续发展，以达到社会成员医疗安全和健康维护的目的。二者只是在其中的分工不同，如能协调一致、相互弥补，共同发力，对既定卫生保健制度的贯彻、相关政策的执行和落实，对卫生保健的实际运行都会产生任何单独一方面作用都不可能达成的效果，也都会对任何一方独立作用可能带来的偏差有所校正和弥补。我国卫生保健制度的变迁，是说明这种关系最好的例证。

“新医改”前所采用模式的逻辑，应该是一种完全由政府主导和国家财政支撑的制度，但实际运行多年的结果却并没有按照原设计的逻辑运行，虽然政府通过强制性政策工具决定了卫生保健的筹资制度和服务形式，但是政府实质上是在两方面重要责任上并没有真正担当，一是由政府财政为卫生保健制度提供的经费保障上。二是通过严格的监管控制医疗费用上，一方面造成医疗资源严重浪费，医疗费用增长过快；另一方面由于财政责任的分散，导致不同企业和单位之间医疗负担畸轻畸重，社会卫生保健经费得不到稳定保障。这种逻辑悖论的直接后果，就是伴随改革开放后社会经济转型，在社会主义市场经济条件下，卫生保健制度随之发生倾斜，“政府失灵”现象凸显，制度转型成为必然选项。20 世纪末期，以 1998 年《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》下发为

笔记

标志，以部分城镇人口为保障对象的新型医疗保障制度开始施行，到“新医改”前，这一制度运行了十年左右时间，与之前的制度逻辑不同，筹资模式由公共财政转向私人财政，旧的逻辑终止的同时新逻辑的悖论随之出现，这种矛盾主要表现在由数以亿计的独立个体作为筹资方同时作为医疗消费者，与以公立为主的医疗机构之间的博弈，在没有第三方牵制、监管和干预的情况下，本来在这一次的格局中，政府的作用变得更重要，但是政府又一次缺位，医疗机构的所有制性质没变，但是国家和地方财政投入却逐年下降，政府部门监管也不力，公立医院开始按照市场化运营和管理。这种转型不长的几年时间中，医疗卫生领域开始出现一系列的问题，公立医疗机构的资本积累不断加快，物质条件得以改善，医院的床位不断增加，医院每年的创收大幅增加，医务人员的待遇不断提高，医疗硬件条件不断改善，但是社会对医疗卫生的诟病却与日俱增，制度和模式的公平性、可及性和费用问题不断暴露出来，医患关系越发变得脆弱。2009 年初“新医改”前中国卫生保健制度的演变，在“市场机制与政府责任”这一关系上看，其变化的轨迹是计划经济体制下的政府全责，到后来的“政府失灵”，再到“政府和市场皆失灵”，由此卫生保健制度的多年改革被认为总体上是失败的。政府责任与市场机制的关系没有处理好，是其中重要的原因。

“新医改”在指导思想上强调“坚持公共医疗卫生的公益性质”“强化政府责任和投入”；在基本原则中则强调，“从改革方案设计、卫生制度建立到服务体系建设都要遵循公益性原则，把基本医疗卫生作为公共产品向全民提供”“坚持公平与效率的统一，政府主导与发挥市场机制的作用相结合，强化政府在基本医疗卫生制度中的责任，加强政府在制度、规划、筹资、服务、监管等方面的职责，维护公共医疗卫生的公益性，促进公平公正。同时发挥市场机制的作用，动员社会力量参与，促进有序竞争机制的形成，提高医疗卫生运行效率、服务水平和质量，满足人民群众多层次、多样化的医疗卫生需求”。“新医改”方案对医疗卫生作为公共产品的基本定位，决定了社会卫生保健制度的运行都将围绕这一定位来展开。这一定位也决定了政府在“新医改”方案实施中举足轻重的地位和作用。尽管从卫生经济学角度看，市场是配置医疗卫生资源最有效的手段，而且《意见》也强调了要发挥市场机制的作用，但是，无论从目前中国医疗卫生主要资源的公有制性质上看，还是从医疗卫生主体从属于这些公有制的医疗机构的特性上看，政府的利益一方面与这些公有医疗卫生机构的利益具有高度的一致性；另一方面政府又要维护广大公民的健康权利和为他们的健康提供社会保障，因而，中国与医疗资源私有化的社会有极大的不同，适度发挥市场的作用，或者说在一些领域发挥市场的作用，并不意味着在卫生保健的主要方面都过于倚重市场，政府的主导作用相对更加重要，不然会带来因为权利失衡的市场自然发展而必然导致在维护公平、提供服务的主要方面的“市场失灵”。

思考题

1. 从医学伦理学角度如何认识卫生保健制度价值目标的确立？
2. 从医学伦理学的视角如何看待中国医药卫生体制改革史？
3. 如何认识卫生保健制度中公平与效率的关系？
4. 如何认识卫生保健制度中市场机制与政府责任的关系？

（边　林）

第十六章　医院管理伦理

【导入案例 16-1】 柔性管理在医院管理中的应用

我国医药卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业。医院作为维护人民健康事业的主体，公益性及人道主义是其理当坚持的生存主线。2017 年 7 月《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》中提出："坚持正确的卫生与健康工作方针，坚持中国特色卫生与健康发展道路，不断提高医疗服务质量，努力实现社会效益与运行效率的有机统一。"在此背景下，加强伦理道德建设对于医院管理更具现实意义。医院管理者必须树立正确的市场观及道德观，综合权衡基本医疗服务和特需医疗服务的关系，在提高服务质量的同时，规范医疗行为和经济行为。在保证人民群众基本医疗卫生服务需求得以有效满足的前提下，适度开展特需医疗服务，最大限度地满足群众多元化的服务需求并充分发挥医疗卫生服务独有的社会价值。

第一节　医院运行中的伦理问题

一、公立医院的公益性与经营性

（一）公益性是公立医院实现社会价值的立足基点

医院是指为有医学需要的个人或群体提供医疗（包括治疗后的护理与康复等）服务的专业机构。其服务对象不仅包括病患，也包括处于特定生理状态的人（如孕产妇、新生儿等）以及健康人。现代医院的建立与运行，需要经过卫生与健康管理机构的严格审批。在我国，公立医院作为社会医疗卫生服务体系的重要组成部分，为人民健康服务是必须秉持的行业宗旨和道德原则，是国家医疗卫生事业公益性的基本保障。同时，公立医院作为独立的法人单位，兼具生产性和经营性等经济实体的特点。

公益性（public welfare）是指使社会公众受益的性质。社会组织的公益性，即指通过有目的的活动，以非营利方式向社会提供满足公众基本需要的产品或服务的行为属性。医疗卫生服务关系到公众的健康和生命，关系到人的生存和发展等基本权利。1994 年 2 月国务院颁布《医疗机构管理条例》中规定："医疗机构以救死扶伤，防病治病，为公民的健康服务为宗旨。"这标明了公立医院一定的公益性，即要求医院在提供服务的过程中，能够合理利用有限的卫生资源，为社会提供优质、高效、价廉、低耗、快捷的医疗卫生服务，最大限度地提高群众的健康水平和生命质量。医院的性质决定它的使命和价值取向。卫生部 2000 年颁发的《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》对医院进行非营利性和营利性医疗机构的划分作了明确规定。该《意见》强调，当发生重大灾害、事故、疫情等特殊情况时，各类医疗机构均有义务执行政府指令性任务。《关于公立医院改革试点的指导意见》中提出："坚持公立医院的公益性质，把维护人民健康权益放在第一位。"在推进公立医院的改革进程中，需要从根本上明确公益性的政策依据，并在实践中充分意识到坚持公益性时需要处理的各种内外矛盾。

（二）经营性是医院维持生存发展的现实需求

医院作为独立面向社会的法人经济实体，经营性（operating）也是与公益性并存的属性构成。医院开展各项活动均需人力、物力和财力的投入，它所从事的经营活动会受到市场经济规律的制约。因此，医院是社会公益事业与社会主义市场经济体制的统一体，既要遵循各自领域的运行规则，又要

兼顾不同的发展规律，在毫不动摇地坚持一切为了人民健康服务的前提下，也要利用市场规则来有效规范和合理引导医院的经营管理活动。现代医院管理应坚持政事分开、管办分开，合理界定政府作为公立医院出资人的举办监督职责和公立医院作为事业单位的自主运营管理权限。公立医院作为非营利性医院，其经营的目标是向社会提供基本医疗卫生服务，满足人民群众的基本医疗需求，提高人民群众的健康水平，而不是以赚钱营利为目的。政府对公立医院的医疗行为、业务范围和服务价格实行一定的约束和干预。

20世纪90年代中后期以来，我国对公立医院推行自主化改革，从全额预算拨款单位转变为差额预算拨款单位，公立医院走向自主经营、自负盈亏的发展道路。政府的直接投入仅占公立医院总收入的10%左右，在政府投入不足的情况下，公立医院的运营发展多取决于自身的经济积累，医务人员的收入水平与医院的经营绩效产生关联。政府允许公立医院实行15%的药品加成政策，促成“以药养医”局面的形成，并成为“看病贵”出现的关键因素，弱化了公立医院应负的社会责任。2009年启动的“新医改”明确要求公立医院取消药品加成，“十九大”报告再次强调“全面取消以药养医，健全药品供应保障制度”，体制的转变杜绝了“以药养医”模式的再次出现。

一度出现的公立医院规模的盲目扩张带来诸多管理上的问题，这些问题也需要在医院管理伦理认识和实践上严重缺位寻求原因。

1．卫生资源利用效率下降，医疗成本增长过快导致医疗费用增加过快，医院管理难度加大，医教研不能协同发展，公立医院对基层医疗机构的“传帮带”作用弱化等。这种只注重服务数量增长却忽视服务质量改进的粗放型做法，导致群众对医院满意度下降。

2．由于城市大中型公立医院卫生资源的过度配置，引发了供给者诱导消费需求或消费者自身的过度消费行为，既造成卫生资源的极大浪费，也造成消费者不应有的经济损失。其结果前者导致卫生资源配置效率低下，后者诱发不应有的医患矛盾。

3．公立医院由于其事业单位性质及其与卫生行政部门的紧密联系，尤其是在公立医院部分垄断医疗市场的境况下，无法克服其因缺乏外部竞争和成本控制意识所产生的效率偏低、资源浪费等问题。这些既扭曲了医院的公益性质，也损害了公众对医务人员的信任。

（三）妥善处理公益性与经营性的关系以促进医院可持续发展

兼具公益性和经营性是我国公立医院作为维护社会人口健康主体的鲜明特征。一方面，作为非营利性医疗机构代表国家为公众提供基本医疗服务，体现公益性；另一方面，我国对公立医院实行差额补助政策，补助额度常低于维持医院正常经营所需，唯有通过医疗服务或其他经营活动收取一定费用，才能在市场竞争中实现可持续发展。公立医院的公益性和经营性是其自身的双重属性，不应将医院的公益性与经营性完全对立起来。随着社会的进步和发展，医院的公益性会逐步增强，体现在救死扶伤和对患者健康权的尊重上。医院公益性的实现必须要有一定的经济基础，即需要医院在医疗活动中注重经营性，但这并不等同于营利性，经营性应主要体现在对外部环境的适应性，在医院管理中注重成本，实现工作效率与效益的最优化。

二、医联体伦理

（一）医联体之间的多方利益联动

医联体（medical couplet）即区域医疗联合体，是将同一个区域内的医疗资源整合在一起，在三级医院、二级医院与社区卫生服务中心之间加强联合，使医疗资源能够在联合体内共同分享。医联体是合理分配医疗资源，提高服务效能，构建“小病在社区、大病在医院、康复回社区”的分级诊疗模式的有效举措。

2017年4月国务院办公厅印发《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》中提出，2017年基本搭建医联体制度框架，三级公立医院要全部参与并发挥引领作用；到2020年，所有二级公立医院和政府办基层医疗卫生机构全部参与医联体，使医联体成为服务、责任、利益、管理共同体。

建设医联体的目的是为了推进建立大医院带动社区的服务模式和医疗、康复、护理有序衔接的服务体系，更好地发挥三级医院资源优势及牵头引领作用，加强社区卫生服务机构的服务能力建设，构建分级诊疗、急慢分治、双向转诊的诊疗模式，促进分工协作，方便群众就医。作为一种跨越层级类别、行政隶属及资产关系的医疗机构联合组织形式，医联体在一定程度上起到促进优质医疗资源纵向流动，充分发挥现有区域医疗卫生服务体系的作用。

由于我国医疗资源分布不均，医联体将成为引导患者分级就医、促进医疗资源均衡和优化的有效途径。加强医联体建设，通过医联体内下派专家、技术扶持、人员培训以及设施设备支持等多种方式，使基层医疗机构的软硬件得以改善，引导群众基层首诊、方便其就近就医。医联体内通过资源共享、服务同质，实现规模和倍增效应，提升诊疗水平，降低患者的费用负担。

在医联体内需明确各级各类医疗机构诊疗服务功能定位，三级医院主要提供急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务，二级医院主要接收三级医院转诊的急性病恢复期患者、术后恢复期患者及危重症稳定期患者，社区卫生服务机构主要负责慢性病、常见病、多发病的诊治。现阶段医联体在运行中显现出如下优点：一是使医疗卫生服务体系更加有序，可以实现大医院和基层医疗卫生机构在医疗、康复、护理等方面有效衔接，促进分级诊疗、双向转诊的发展；二是有助于合理利用有限的卫生资源，给患者带来便捷，在一定程度上缓解“看病难”的问题；三是可促进基层医疗卫生机构能力建设，提升区域内整体医疗卫生服务水平。

医联体在运行中应因时因地而异，不宜搞“一刀切”的模式。无论哪种模式均应首先建立基于公正合理的激励机制的利益分配关系，同时医保费用支付方式、医师多点执业等配套政策也需落实到位。医联体内的“龙头医院”要综合权衡利益分配，充分调动各机构共同参与服务提供和体系建设的积极性。医联体的建立涉及利益的重新分配和格局调整，卫生行政部门、医院集团管理委员会及各级医院之间的利益协调，是医联体建设过程中无法回避的问题。如何平衡医联体内各方利益，最大限度地实现共赢，有待于更多的实践探索。由于不同级别、不同隶属关系的医疗机构的利益关注点不同，仅靠医院自身探索很难实现真正的联合。医联体内机构之间的分工协作关系，在总体上表现为实现医院管理目标，在个体上则表现为利益的共同追求，即每个个体为实现自身利益而与他人结成的利益共同体。

（二）医联体运行中的伦理问题

医联体运行数年来，各地积累了诸多经验，成效初步显现，但新的问题亦不断涌现，在利益分配、管理体制等方面，面临着一些瓶颈问题。如，医联体建设缺乏综合配套政策，面临医保、编制、财政等多部门的制约。在药品方面，社区慢病用药受限，难以有效分流大医院的慢病患者；在医保方面，由于医联体内医疗机构的医保资金分别进行总额控制，影响了基层医疗机构接纳大医院下转患者的动力。基层医疗机构在医保总额接近饱和时，会拒绝接收下转患者，造成新的看病难、看病贵现象。因此，如何合理地分配和使用医保资金，充分发挥医保的杠杆效应，按医联体内不同机构的实际作用进行统筹安排，促进机构间的合理分工，优化患者的就诊秩序，都是需要系统解决的问题。

除了不同级别医疗机构间用药目录的差异、医保总额的限制、医保政策的衔接等问题外，医联体在建设与运行方面仍需解决下列问题：一是医联体内各级医疗机构分工不明确，医疗服务行为无差别化；二是医联体内各级医疗机构协作不紧密，利益难以协调；三是医联体内二级医疗机构的枢纽作用发挥不充分；四是医联体缺乏信息共享平台，影响机构间的互联互通。因此，探索医联体内各级医疗机构间分工明确、协作紧密的高效运行机制，完善绩效考核与激励机制，强化基层医疗卫生服务能力，统筹规划信息平台建设等已迫在眉睫。

（三）医联体可持续发展的对策

医联体应通过完善医保政策、财政补偿与人事制度等，建立起收益分享、风险共担机制，形成利益共同体和责任共同体，在发展过程中可采取如下对策：

1. 建立科学的合作机制 促进所有医联体成员的积极参与是成功之本。医联体是“合作”而并

非“合并”，成员之间是平等的合作关系；各机构均有自己的归口单位，要处理好管理主体及客体之间的关系。顺畅、高效的医联体还需要医保部门的配合与支持。因此，也需处理好医院和医保部门的关系。

2. 建立合理的利益分配机制　利益分配是根本问题，这是大医院和基层医疗卫生机构上下联动的直接动力。只有建立合理的利益分配机制，才能充分调动大家的积极性，加强成员间合作，实现区域内医疗卫生机构的良性互动，带动其共同发展。

3. 建立成员之间的协同推进机制　提高机构的准入门槛，加强监督管理，建立严格的质量控制体系，医联体内各医疗机构的医疗质量应该同质化，通过推行临床路径，建立一体化的医联体医疗质量标准以实现“同病同治”。

4. 形成资源优势互补机制　三级医院要发挥资源优势，派专家下基层，二级医院发挥承上启下的枢纽作用，基层医疗机构发挥其便利、价廉的服务优势。只有在政府主导和顶层设计下，通过管理体制、运行机制、人事制度及财政补偿等一系列配套措施的落实，打破利益藩篱，才能在更高层面上形成有机联系的集医疗服务、学科建设、人才培养及机构发展于一体的利益共同体。

三、分级诊疗伦理

（一）分级诊疗制度的设计初衷

分级诊疗制度（hierarchical medical system）是指按照疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级，不同级别的医疗机构承担不同疾病的诊疗，实现基层首诊和双向转诊。

建立分级诊疗制度，是合理配置医疗卫生资源、切实推进基本医疗卫生服务公平可及的重要举措。当前医疗机构呈现“倒金字塔”形的分布状态，只有通过分级诊疗，按照疾病的轻重缓急和治疗的难易程度，不同级别的医疗机构承担不同类型疾病的治疗，才能做到小病进社区、大病进医院的有序就医格局。2015 年国务院办公厅颁发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》中提出：“到 2020 年，分级诊疗服务能力全面提升”，“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式逐步形成，基本建立符合国情的分级诊疗制度”。在政策的引领下，全国各地纷纷推行分级诊疗制度。如北京市分级诊疗制度建设的基本思路是以服务北京市常住人口为目标，以医疗联合体为载体，以加强基层医疗卫生工作为重点，建立完善医疗卫生机构分工协作机制，健全完善分级诊疗政策体系，逐步形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式和科学合理的就医秩序。

（二）分级诊疗制度推行中的伦理问题

当前，我国尚未真正建立起规范有效的分级诊疗体系。由于医保政策对于社区首诊尚未能实行强制性规定，患者可以自由选择就诊机构，多数患者的就医观念很难转变，患病时常首选大医院就诊，无序就医状态仍然存在。大量常见病的诊疗占用了大医院紧缺的医疗卫生资源，降低其诊治疑难危重症患者的优质服务能力，同时基层医疗卫生资源却存在着闲置或利用不足的现象。现阶段各级医疗机构信息化发展不平衡，大医院信息建设系统较为完善，基层医疗机构相对滞后，多数基层医疗机构无法与大医院实现信息互联互通，无法实现资源共享，影响分级诊疗制度的真正落实。分级诊疗制度推行过程中凸显两个方面的问题：

一是利益最大化问题。公立医院由于政府财政投入不足，靠筹资水平较低的医保基金保障医院运行，很难实现其公益性，导致公立医院在运行中出现一定的趋利行为。目前在基层医疗机构和二、三级医疗机构之间，仍未能妥善解决利益竞争关系，相互争夺患者的现象时有发生，检查检验结果互不相认的问题频繁出现，各自均为实现自身利益最大化而努力，导致患者出现重复检查或过度诊疗问题。另外，大型公立医院规模过度扩张及其产生的“虹吸”效应对分级诊疗造成的影响显而易见，基层医疗卫生机构的生存空间受到挤压，诊疗能力和服务水平提升缓慢，导致分级诊疗制度推进受阻，使得医疗卫生服务体系的整体效能弱化。利益最大化问题损害患者的健康和利益，有悖于分级诊疗制度建立的初衷。

二是不公平性问题。不仅体现在不同医疗机构内卫生资源可及上的不公平，而且体现在可及的医疗卫生资源的非所需上。由于我国医疗卫生资源配置失衡，优质资源大多集中在大城市、大医院，基层医疗卫生机构在人才、技术、设施等方面都无法与大医院相提并论，从而影响患者的就医流向。此外，不公平性还体现在公立医疗机构与非公立医疗机构在分级诊疗中的分工与竞争方面，公立医院一方面接受政府定额财政补助和政策扶持；另一方面又通过参与市场竞争营利来谋求生存与发展，从而导致非公立医疗机构在不公平的竞争环境下违规运行，给患者的生命健康带来风险。

（三）分级诊疗有序推进的举措

为更好地实现我国分级诊疗制度的改革目标，切实做到“以人为本、群众自愿、公平可及”，需将伦理理念贯穿分级诊疗始终。在执行分级诊疗过程中，无论是政府，还是医疗机构，抑或是医生，都应以患者为中心，以服务为导向。建议采取的应对措施如下：

1. 合理配置医疗卫生资源　制定不同级别、不同类别医疗机构服务能力标准，通过行政管理、财政投入、绩效考核、医保支付等措施，引导各级各类医疗机构落实功能。既要考虑公有制医疗机构，也要考虑非公有制医疗机构；既要加大基层首诊机构医疗资源的配置，确保首诊诊治的准确率，还要保障二级、三级医疗机构资源的优质化，着力提高二级、三级医疗机构诊治的成功率，切实保障患者权益。

2. 强化医疗卫生机构的分工协作　以提升基层医疗卫生服务能力为导向，以业务、技术、管理、资产等为纽带，探索建立包括医疗联合体、对口支援在内的多种分工协作模式，实现各级医疗机构之间的顺畅转诊。

3. 完善利益分配机制　通过改革医保支付方式、加强费用控制等手段，引导二级以上医院向下转诊诊断明确、病情稳定的慢性病患者，主动承担疑难复杂疾病患者的诊疗服务。同时，完善基层医疗卫生机构绩效工资分配机制，通过科学合理的利益分配，充分调动医疗机构及医务人员的积极性，以更为优质、价廉、高效的服务满足群众需求。

第二节　医院管理伦理原则

随着生物医学技术的迅猛发展，伦理因素在医院建设中的重要性日益显现。如何将伦理与管理有机结合，深入医疗卫生实践领域，对医务人员的医疗及科研活动、医院的新技术新项目的准入等进行伦理审视，已成为医院管理的重要任务。医院管理者亟须树立伦理管理理念，加强医院伦理制度化与规范化建设，明确不同岗位的伦理规范要求，培养医务人员的伦理意识。

在现代医院管理中，需兼顾医患双方的利益和医院的可持续发展，基于人性假设，医患双方既是“经济人”，也是“社会人”，他们既追求自身利益的最大化，也希望自己的需求得到满足并受到合理尊重。对患者而言，在医疗活动中追求自身效益的最大化，即医疗费用的最少化和医疗服务的最优化；对医务人员而言，同样也追求自身效益的最大化，即理想的薪酬、尊重和休息时间等。因此，医院管理应遵循如下伦理原则。

一、以患者为中心

美国在1950年已提出“以患者为中心的医疗服务”理念。世界卫生组织在1996年发布题为《迎接21世纪的挑战》的报告中指出，21世纪的医学将由“以疾病为中心”向“以患者为中心”（patient-centered）发展。

当前医院诊疗活动中，先进仪器设备的频繁使用，使得医患关系呈现物化倾向，医患之间缺少充分的语言沟通及情感交流，少数医务人员“重病不重人”，一味追求经济收益，这些均有悖于“以患者为中心”的基本原则。“以患者为中心”，是指医院管理者在管理过程中，从维护患者利益出发，将为患者服务、满足患者合理的医疗卫生需求，作为医院各项工作的中心。“以患者为中心”的服务要求

医务人员不仅关注疾病本身的生物学特征，更要关心患者的心理及社会特征。患者的健康需要，应成为医学科学发展的方向标。要确保医学科学沿着正确、健康的方向良性发展，就必须坚持“以患者为中心”的服务理念，具体到细节上即要求医院管理者充分开发互联网、手机 APP、多功能自助机等先进的信息技术来优化就医流程，改善患者的就医体验，减少医院在人力成本上的投入，切实增加医院的综合效益。同时要求医务人员在医疗活动中真正把“以患者为中心”作为医疗行为准则，彰显人文关怀，充分尊重病人的权利，从疾病、心理、社会的整体视角向患者提供全方位的医疗服务，提高患者对医疗服务的满意度。

传统的医院功能即是“治病救人”，而现代医学的发展要求医院不仅关心病变的治疗，也要致力于疾病预防、身心康复和健康促进。医院的服务对象不能仅关注患者，还应该包括有明确医疗服务需求的人和潜在的有医疗服务需求的人及其陪伴者。传统的“以患者为中心”的服务理念，关注的仅是病患市场，而现代医院管理应从单纯的“以患者为中心”逐渐转向“以服务对象为中心”。基于此，医疗服务市场将被进一步细化和拓展，医院服务的视野将涉及患病人群、亚健康和健康人群及其陪护者。因此，在现代医院管理制度下，倡导“以服务对象为中心”的服务理念，更有利于医务人员共同为包括患者在内的家属、陪护者及其他有健康需求的服务对象，创造最佳的医疗服务条件及院内生活服务条件，全方位地满足不同类型服务对象的需求。医院管理者应以最佳的服务、最低的费用让服务对象得到最好的诊疗效果和服务体验。现代医院管理制度要围绕“以服务对象为中心”的原则，实现从方便医院管理到方便服务对象就医的流程转变，让医院管理职能在道德的约束下，使尊重服务对象、关心服务对象、方便服务对象等通过适宜的制度得以规范和确立下来。“以服务对象为中心”的管理理念是医院管理的必然趋势，但其具体的服务内容、服务方式、服务流程等可随着社会的发展适时而变。

二、以医务人员为本

在政府对医院财政投入有限的情况下，医院经营中突出经济利益，科室创收压力导致医务人员诊疗服务中的逐利行为，由于医疗服务的技术性价值未能得到合理的体现导致医务人员的职业倦怠，以及医务人员无法真正参与医院的民主决策导致的组织归属感下降等，均违背了“以医务人员为本”的基本原则。“以医务人员为本”是指以医务人员为中心，强化医务人员的主体地位，强调人是目的理念，将其作为医院发展的重要对象，强调对医务人员的尊重、关心与理解。“以医务人员为本”是“以人为本”的原则在医院管理中的具体体现，要求医院管理者重视医务人员的价值，维护其尊严和权利，以调动医务人员的积极性，做好医务人员的服务为根本。即以“人”作为医院管理的根本，并通过加强人的伦理管理来保证和促进医院的生存与发展。

广大医务人员是医院管理的客体，也是医院工作的主体，是医疗服务的实践者和直接提供者。医院开展工作，没有广大医务人员的积极参与，终将成为空谈。因此，医院管理者要想很好地实现医院的服务职能就必须首先做好为员工服务的前提。当前，公立医院改革的推进，社会保险制度的发展，为公立医院提供了一个相对稳定的外部环境，但其内部管理问题突出，管理者和被管理者之间存在信息沟通障碍，医院内部人际关系淡漠，无法真正做到“以医务人员为本”，影响医务人员的工作积极性。

医院管理者要树立“以医务人员为本”的管理理念，全面落实人本管理思想，实现人性化管理，为员工排忧解难，保证广大医务人员的利益不受损害。“以人为本”的原则是为了满足人多层次多样化的生活需求，医院管理者贯彻“以医务人员为本”的原则即要关心医务人员的物质生活和精神需求，为他们生活质量的改善、执业素养的提升、诊疗技能的培养等创造适宜的条件，使他们的潜能得以充分挖掘，从而以良好的状态投入工作，以饱满的热情为患者提供优质的服务。

《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》提出：“健全以职工代表大会为基本形式的民主管理制度。工会依法组织职工参与医院的民主决策、民主管理和民主监督。医院研究经营管

理和发展的重大问题应当充分听取职工意见，召开讨论涉及职工切身利益的会议，必须有工会代表参加。”医院管理者应实行人性化的柔性管理制度，采用员工自我管理的方式，通过其自我认知与理解，使其在医院的大环境中不断规范与约束自己，锻炼其个人能力和服务意识。医院管理者应树立服务意识，要本着为员工服务、为医疗服务、为科研服务、为实现经济效益和社会效益协同发展服务的理念，将对于员工的尊重、关心、支持落实到各项管理和服务措施中，借此唤起员工情感上的共鸣，充分激发他们的智慧和积极性，让他们感到自己不仅是被动的管理客体，同时还是富有主动性和创造性的主体，使其与管理者共同去实现医院的组织目标。

三、服务质量至上

医院管理中若不能有效控制医疗差错和院内感染及其他负性事件的发生，或不能积极改善患者的就医体验，满足其合理的服务需求，均是违背服务质量至上原则。美国质量管理学家朱兰（J.M. Juran）从顾客角度出发，提出产品质量就是产品的适用性，即产品在使用时能满足顾客需要的程度。国际标准化组织（ISO）2005 年颁布的 ISO 9000：2005《质量管理体系基础和术语》中对质量的定义是，一组固有特性满足要求的程度。服务质量（service quality）是指服务能够满足规定和潜在需求的特征和特性的总和，即服务工作能够满足被服务者需求的程度。

医疗服务质量不仅影响患者的就医体验，而且事关医院的声誉和效益，决定医院的生存和发展。医疗服务质量的优劣，主要取决于广大医务人员的技术水平和医德水准。医院管理者应树立质量至上的观念，以服务对象为中心，严把医疗质量关。只有坚持质量持续改进的理念，才能不断提高医疗服务水平，保障患者安全，树立医院良好形象，获得社会对医院的认可。

随着患者对医疗服务质量期望值的不断提高，医院应实行精细化管理。精细化管理是一种以最大限度降低管理成本、提高资源利用效率为目标的管理模式。具体到医疗行业，就是通过消除对患者无增值性的时间和流程，利用有限的人力物力，以最少的投入为患者提供安全、及时、有效的服务。医院管理者应合理规划医院各功能区域，开展“人性化精细管理”活动，建立“一站式”服务流程，通过对诊疗资源的合理分配实现最大化利用。借助信息化建设完善服务流程，引进多种线上设备和软件，将线下服务转至线上完成，节省患者的无效就诊时间。

现代医院要提升核心竞争力，实现可持续发展，就必须改变原有的管理模式，走向精细化管理之路，坚持精、准、细、严地对待诊疗及护理的每一个环节，对待医院管理和经营的每一个步骤，优化服务流程，持续改进质量，降低医疗风险，减少医疗差错，以优质的服务质量赢得患者的信任和忠诚。

四、将社会效益置于首位

如果医院管理者错误地将经济利益作为其主要运营目标，放大经济效益，缩小社会效益，注重物质满足，轻视精神诉求，无法同时看到社会效益与经济效益的交互影响，此即违背了社会效益置于首位原则。医院工作效益包含社会效益和经济效益。其中经济效益是指以较少的劳动和材料耗费，提供较多的符合社会需要的医疗卫生服务。社会效益是指医院在防病、治病中对保护社会劳动力、提高群众健康水平以及维护社会稳定方面所作出的贡献。

医院管理应追求社会效益，但又不能不按经济规律办事，医院管理强调经济效益，但又不能迈向一切向钱看的歧途，以免损害患者、集体和国家的利益。医院管理者要始终把对国家、集体的义务放在首位，在国家、集体利益和员工个人利益相冲突时，以国家、集体利益为重；在医院、医生和患者发生利益冲突时，要以患者利益为重。医院管理者在制定医院政策时，既要突出医院自身生存和发展的需要，又要兼顾医院员工和患者的利益，还又要考虑医院对社会的责任。除了考虑医院本身的利益关系之外还要适当考虑与医院行为有密切利益关系的其他群体的利益及社会整体利益，除了考虑其行为对自身利益是否有利外，还应考虑对他人是否会产生不利影响。

医院工作必须兼顾社会效益与经济效益，在观念上不可将二者对立起来。医疗经济效益也是发

挥医院社会责任和体现其道德价值的基础。医院管理要适应市场经济和新时代中国特色社会主义的发展要求，注重经营质量，但必须坚持以社会效益为最高准则，杜绝因追求经济效益而忽视质量管理和社会效益的错误做法。医院管理如能够处处为患者利益考虑，提高医疗质量，改善服务态度，必定会吸引更多的患者，从而带动经济效益的提升，而后者除了可用于医务人员的激励外，还可用来改善医院环境、就医流程及设备设施，从而保障医院治病救人的使命得以更为有效地落实。医院管理者应杜绝短视行为，要以战略发展眼光来看待二者之间的关系，加快构建把社会效益放在首位、社会效益和经济效益有机统一的管理体制及运行机制。医院管理者应该采用科学的现代化的手段，合理提高床位周转率及设备使用率，利用内部挖潜、减能增效等手段来获取正当利益，推动医院实现经济效益和社会效益的协同增长，达到内增活力、外强引力的双重功效。

第三节　现代医院的社会伦理责任

一、医院的社会伦理责任

医院的社会伦理责任，是指医院在经营过程中对社会应承担的责任或应尽的义务。公立医院的非营利性及社会公益属性决定其对国家、社会及人民负有相应的社会责任：医疗服务与危重症抢救，突发公共卫生事件的紧急救援，重大活动的医疗健康保障、医学科研教学以及针对基层卫生人才的技术帮扶等。营利性医院也同样需履行一定的社会责任，有义务参与社会公益事业，开展公益活动，协助政府处理突发公共卫生事件。医院管理者应秉持高度的社会责任感，不断拓展社会医疗服务领域，积极参与各种急救和重大疾病防治以及突发公共卫生事件的应急处置，并且要尽力避免医院所开展的经营管理活动对社会造成的不利影响。

当前医院功能已从单纯医疗型向综合医疗、预防、保健、康复型发展，医院管理者应明确医院自身的特色和优势，从学科建设和长远发展的角度，不断创新服务方式，改进服务质量和优化服务结构，拓展新的健康产业，创建新的健康服务模式。在做好院内各项服务工作的同时，积极开展社会公众服务，诸如疾病预防、健康教育、信息咨询、院外危急重患者的抢救、社区卫生服务以及参与社区公益活动等。

目前，部分医院对社会责任的理解还缺乏科学的认知，对社会责任的管理尚无相应的组织保障，医院管理者对医院要履行哪些社会责任尚未形成规范的认识，医院社会责任管理水平普遍偏低，医院承担社会责任工作的参与度和积极性不够，导致医院提供的社会责任总体质量不高。

公立医院的公益性决定了它不仅要强调自身的经济利益，更要着眼于它所负有的社会福利性职能和维持社会稳定的救助职能。因此，医院管理者不仅要着眼于自己所代表医院的经济利益，还要充分兼顾社会公众利益。如果医院管理者仅顾及医院自身利益，从团体本位主义或者个人利益角度出发，则会使医院管理陷入生存困境。医院管理者应将社会责任纳入医院管理体系之内，增加对医院社会责任的主动管理。政府应制定公立医院公益性服务项目绩效评价标准，将公立医院投入和补偿标准与公益性服务的绩效评价结果相关联，形成以公益目标为导向的投入和补偿机制，促进医院社会责任的切实履行。

二、重视疾病预防

随着现代医学模式的转变及新的健康观的形成，医院疾病预防服务的社会功能得到进一步拓展。医院需承担健康教育、突发公共卫生事件报告、传染病诊疗及疫情管理、结核病和艾滋病等重大传染病专病管理、重点传染病哨点监测、死因报告、重点慢性非传染性疾病监测等综合管理、组织协调和技术指导等职能。同时，医院还应充分发挥自身的技术与资源优势，为社会公众提供疾病遗传及健康相关信息咨询服务。

为了及时有效地进行疫情控制管理工作，医院要切实做好传染病的疫情报告，并定期进行统计

分析，开展各种预防接种和预防服药工作，加强卫生防病知识的宣传教育，提高群众的防病知识水平。同时，医院应认真执行院内消毒隔离制度，防止交叉感染，搞好院内污水处理，防止医院在诊断、治疗过程中的生物、物理、化学、放射等有害因素对环境的污染和对人群的危害，并防止各种职业性危害对医务人员造成的健康损害。

政府财政补偿对医院疾病预防服务的开展至关重要，各级医院需明确自己承担的疾病预防任务，根据不同等级医院的服务能力及各类疾病预防的特征，三级医院可侧重提供突发紧急及重大传染病类，一级、二级医院侧重提供预防保健类。政府应根据医院提供的不同类别疾病预防服务，对其提供相应的财政补偿，即突发紧急及传染病类全部由政府财政补助，预防保健类由政府承担主要部分，其余由社会及个人共同分担，提高专项资金的使用效率。

三、参加现场急救

由于院前急救的突发性和不可预见性，风险极高，单纯依靠基层医疗机构的技术力量和管理能力，难以保证患者的生命安全。因此，医院管理者应着力加强院前急救常识的社会宣传以及强化对院内和基层医护人员院前急救能力的培训和演练，完善相关急救制度及流程，重点把关危急重症患者的急救、诊断及处置质量，在政府部门的扶持及基层医疗卫生机构的配合下，推动院前急救的有序运行和良性发展。

医院参与院前急救工作，可锻炼医务人员的急诊急救能力，有利于提升医疗机构的院前急救质量和应急管理水平。通过开展院前急救工作，为患者赢得抢救的黄金时间，院前急救的顺利运行及其与院内救治的及时对接，提高了院内的救治成功率，确保患者生命安全，可吸引更多的患者前来就诊，提升医院的经济效益。同时，通过参与社会急救公益事业，体现了医院的责任与担当，可提升医院的社会知名度、公信度和美誉度，也会带动社会应急救治水平的整体提升。

四、参与社区卫生服务

医院坐落于社区，是社区的“集体公民”，积极参与社区公益活动属于医院的道德责任。医院管理者可定期组织医务人员参与社区敬老助残、扶贫救灾、科普宣传、义诊捐助等公益活动。通过参与社区活动，既可以使医院与社区的关系变得更加紧密，也可以树立医院在社区的良好形象，同时还可让医务人员切身体验职业奉献感和成就感。

医院管理者应努力调整、配置好社区内的医疗卫生资源，做到合理分工，协调发展，有序竞争，为社区居民创建优质、高效、价廉、便捷的绿色生命通道，不断满足社区居民的健康需求。

2006 年卫生部在《关于印发公立医院支援社区卫生服务工作意见的通知》中提出：“医院与社区卫生服务机构合理分工、密切协作，引导广大居民充分、合理使用城市社区医疗卫生资源，满足群众基本医疗服务需求。”“建立和完善具有可持续性的医院支持社区卫生服务的长效工作机制，逐步提高社区卫生服务机构的医疗服务能力和管理能力。”公立医院与社区卫生机构在协调各方经济利益和社会利益的过程中，应齐心协力，相互依存，相互配合。

在市场经济环境下，公立医院和社区卫生服务机构有着不同的任务和使命，社区卫生服务机构主要是向居民提供基本医疗、基本公共卫生服务以及健康管理服务，并实行药品零差率销售。而公立医院虽然强调公益性，对社会利益给予一定关注，但在筹资渠道受限的境况下也趋向于从患者途径获取经济利益，以实现自身利益的最大化。公立医院与社区卫生服务机构之间既有深层次的利益分配与博弈，又涉及患者对医疗卫生机构的不同信任度。因此，公立医院门庭若市，社区卫生服务机构门可罗雀，医疗资源稀缺与浪费并存，医疗市场呈现不合理的倒三角就诊需求分布现象仍然存在。

各地应根据实际情况，探索建立公立医院与社区卫生服务机构定点协作关系和有效的双向转诊渠道。公立医院应根据社区卫生服务机构的需求，制订支援社区卫生服务的年度工作计划，培训、安排具有相应资历的医务人员到社区卫生服务机构出诊、会诊并进行技术指导，接受、安排社区卫生服

笔记

务机构的医务人员到本机构进修学习。鼓励离退休卫生技术人员到社区卫生服务机构工作。坚持分级诊疗和社区卫生服务机构首诊原则，建立规范的双向转诊制度，社区卫生服务机构及时将急、重、疑难患者及需要手术者转入二、三级医院，大医院将常见病、多发病及康复患者及时转回社区卫生服务机构。各级机构分工协作，合理利用医疗卫生资源，促使医疗市场形成合理的正三角就诊需求分布，实现资源共建、利益共享。

五、支持基层医疗工作

2010 年 2 月，卫生部、国家发改委等部门颁发的《关于公立医院改革试点的指导意见》提出："建立公立医院之间、公立医院与城乡基层医疗卫生机构的分工协作机制。公立医院通过技术支持、人员培训、管理指导等多种方式，带动基层医疗卫生机构发展，使公立医院改革与健全基层医疗卫生体系紧密配合、相互促进。"公立医院应与基层医疗机构建立长期合作关系，推进基层医疗机构的持续健康发展。医院管理者应肩负起对基层医疗卫生机构的技术指导、培养人员、输送技术骨干的责任。各地应采取因地制宜的措施，鼓励优质医疗资源下沉，基层医疗卫生机构还可以通过购买服务方式，聘请大医院医生或返聘退休医生到基层医疗机构开展工作。此外，大医院可充分利用信息化手段，发挥其技术优势，提升远程会诊能力，拓展疾病救治空间，构建辖区分级诊疗会诊平台，建立多平台的临床会诊中心及医技会诊中心，对基层医疗卫生机构提供相关检查及诊断服务，使患者得到及时有效的治疗，减少患者就医的无序流动，提高医疗卫生服务的可及性。

《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》中要求："城市医生在晋升主治医师或副主任医师职称前到基层或对口帮扶的医疗机构累计服务不少于 1 年。城市大医院要积极为基层和边远贫困地区培养人才。"国家已将对口支援工作列入公立医院等级评审的重要指标。大医院应定期安排医生深入基层开展对口帮扶工作，参加对口支援的人员必须在基层医疗机构切实提供服务，帮助基层医疗机构培养技术骨干和管理人才；其所在医院应对下基层的医生给予与本院同期同职级医生的同等待遇，同时政府应对其予以适当补助。对口支援的质量由省级卫生行政部门组织考核、评价，与派出支援人员的职称、职务晋升挂钩。

六、开展医德教育

医德是医务人员必须遵守的职业道德（professional ethics），是其从事医疗卫生服务工作的必备素养和基本要求，是社会道德在医疗卫生领域的特殊表现。《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》提出："推进医院精神文明建设，开展社会主义核心价值观教育，促进形成良好医德医风。"医德教育旨在通过提高医务人员职业道德修养，达到改善医疗服务效果，重塑医院形象和声誉，增进经济效益和社会效益的目的。

近年来，医德教育在医疗卫生服务的市场竞争中没有得到应有的重视，如何加强医德医风教育，持续改进服务质量，应成为医院文化建设中不断追求的目标。国家颁发了一系列医德规范和实施办法，如《医疗机构从业人员行为规范》《医德医风考评制度》《医师定期考核办法》《医疗机构从业人员违纪违规问题调查处理办法》《关于加强公立医疗机构廉政风险防控的指导意见》等，但上述文件多数未能执行到位。由于政府对卫生事业投入不足，医疗机构被推向市场，但其本身要承担的社会责任却不断加重，还要在激烈的市场竞争中谋求生存和发展，多数医院不得不重视经济效益，在考核上存在科室收入与经济挂钩现象。医院管理者主抓经济效益，弱化社会效益，重医学研究，轻医德教育。开展医德医风建设方式单一，缺乏感召力。医务人员主动服务意识淡薄，注重物质利益，无视个人修养，个别医务人员社会价值观的扭曲导致医德医风失范，使医患之间产生信任鸿沟，影响医疗卫生行业的整体形象。

医疗卫生事业的发展，既依赖于先进的医学科学技术和医疗设备，更需要一支道德高尚的医务人员队伍。唯有在良善的医德教育规范引导下，医药卫生事业才能健康发展。为此，医院管理者应

采取如下措施：①建立医德医风档案，在绩效考核中加大医德医风指标所占比重，将其考核结果与绩效奖金分配、业务骨干培养、调整工资、晋升晋职、岗位聘用相挂钩，奖优罚劣；②结合医院运营发展特点，整合各类教育培训资源，建设符合医院自身文化特色的道德教育体系，结合医务人员岗位类别及素质差异，积极开展职业道德、医患沟通、人生观和价值观教育，倡导关爱患者、精益求精的优良作风。改变既往传统教育的说教灌输模式，不断增强医院伦理管理的吸引力和感召力，让医务人员时刻感受到富有医院文化特色的医德氛围，使医德教育制度化、长期化。医院管理者在加强医德理论教育的基础上，要采取切实有效的措施促进医德理论向医德实践转变，不断完善医德行为。医务人员应秉持以德为先的服务理念，将医德规范“内化于心，外化于行”，在德业兼修中实现医患互信、互惠互利的共享局面。

思考题

1. 如何处理医院发展的公益性和经营性之间的冲突？
2. 医院管理者应如何妥善处理好“以患者为中心”与“以医务人员为根本”之间的关系？
3. 现代医院应该如何有效地履行其社会责任？

（彭迎春）

第十七章　医学伦理决策

【导入案例 17-1】 面对患者拒绝输血医生应该怎么做

医疗卫生管理、诊疗、护理等行为既是管理和专业技术行为，同时又是医学伦理行为。医疗卫生管理人员在管理决策、医务人员在诊疗护理决策时，医学伦理和医学道德是不可缺少的考虑因素。因此，医疗卫生管理人员的管理决策和医务人员的诊疗护理技术决策同时又是医学伦理决策。一般情况下，管理人员和医务人员应该合乎伦理地进行管理决策和诊疗护理决策，在遭遇医学伦理难题时，管理人员和医务人员更应学会分析和解决这些难题，合乎伦理地进行伦理难题决策。管理人员和医务人员应该为自己的医学伦理决策创造条件，从容进行医学伦理决策。

第一节　医学伦理决策概述

一、医学伦理决策的概念

（一）医学伦理决策的含义

广义的医学伦理决策（decision-making of medical ethics）是指卫生行政主管部门、医疗卫生单位或医务人员个人基于医学伦理学的方法和理论、医学伦理原则和有关医学道德规范文件，确定医学伦理行为的目标，拟定医学伦理行为方案的过程。狭义的医学伦理决策专指医师基于医学伦理学的方法和理论、医学伦理原则和有关医学道德规范文件，确定诊疗目标，拟定诊疗方案的过程。本章主要从狭义角度阐释医学伦理决策。医学伦理决策根本上是医学伦理行为的决策，因此首先需要理清“医学伦理行为”这个基本概念。

所谓医学伦理行为（medical ethics behavior），是指医师在道德意识支配下的诊疗等行为，即医师有意识地“为了什么”所进行的诊疗等活动。医师的诊疗行为一般蕴含伦理，即诊疗行为同时也是伦理行为，但医师也可能进行独立的伦理行为，例如保守医密、尊重隐私等并非具体的诊疗行为。这里的“道德意识”是指有利或有害患者的思想意识。伦理行为是客观的，而道德意识是主观的。可见，一方面，医学伦理行为包括主观因素和客观因素：主观因素是驱使医师进行某种伦理行为的思想意识，即所谓的伦理行为动机；客观因素是医师实际进行的某种伦理行为，即所谓的伦理行为效果。另一方面，医学伦理行为包括伦理行为目的和伦理行为手段：目的是医师有意识地为了达到即自觉、主动设定和追求的伦理行为结果；手段则是医师为达到伦理行为结果而在伦理行为过程中所采取的方式和方法。因此，“伦理行为动机与伦理行为效果”“伦理行为目的与伦理行为手段”以及“伦理行为过程与伦理行为结果”是医学伦理行为的三种不同的结构。

首先，“伦理行为过程与伦理行为结果”是医学伦理行为的客体性结构，是医学伦理行为的自然结构。其次，“伦理行为目的与伦理行为手段”是基于医学伦理行为主体的行为结构，是医学伦理行为的主体性结构，是基于医师“伦理行为过程与伦理行为结果”的更为复杂的结构：目的是为了达到的伦理行为结果，手段是在伦理行为过程中所采取的方式和方法。最后，“伦理行为动机与伦理行为效果”则是医学伦理行为的主、客观结构，是基于医师“伦理行为目的与伦理行为手段”的最为复杂的结构：伦理行为动机是对伦理行为目的和手段的思想和意识；伦理行为效果则是伦理行为动机所引发的实际呈现的伦理行为目的与手段。

这样看来，一方面，“伦理行为效果”与“伦理行为结果”不同：伦理行为效果是伦理行为动机的实际结果，不仅包括实际存在的伦理行为结果，而且包括实际存在的整个行为过程。另一方面，“伦理行为动机”与“伦理行为目的”不同：伦理行为动机是对伦理行为目的和手段的思想和意识，因而不仅包括预想的伦理行为目的，而且包括预想的在伦理行为过程中将采取的方式和方法。

（二）临床诊疗决策与医学伦理决策之间的关系

临床诊疗决策（clinical decision-making）是指医师根据临床医学的专业理论、方法和经验，经过研究和科学思维提出疾病诊治的方案。临床诊疗决策的步骤和方法包括如下内容：全面收集资料、分清主次甄别资料、串联组合分类资料、分析综合暴露本质、推理判断形成初诊和实践验证最后诊断等。

临床诊疗决策涉及诸多方面的内容，其中医学伦理决策和诊疗技术决策是不可分割的两个方面。医师在做临床医学技术决策，即回答解决是与非、有没有能力做、可行不可行等问题的同时，还必然要进行伦理决策，即回答解决善与恶、应当不应当做、值得不值得做等问题。医学伦理行为是医师在有利或有害患者意识支配下采取的行为，而临床诊疗行为必然是对患者具有有利或有害之效用的行为。因此，临床诊疗决策同时又是医学伦理决策。如果医师进行尊重隐私、保守医密等独立的伦理行为决策，可能与临床诊疗决策没有直接的关系。

临床诊疗决策需要根据确定的诊疗目标，拟订不同诊疗方案，然后从中选出达到诊疗效果的最佳方案。因此，医师的诊疗决策需要建立在其道德思考的基础之上，还会涉及患者及其家属的价值观，同时受到不同社会文化、风俗习惯、法律规范、宗教信仰等的影响。

（三）医学伦理决策的类型

按照不同的标准，可以对医学伦理决策进行不同分类：按照决策范围和重要程度，可分为宏观决策和微观决策，或分为战略决策和战术决策。按照决策主体，可分为团体决策和个人决策。按照决策过程，可分为突破性决策和追踪性决策。按照决策是否重复，分为程序化决策和非程序化决策。按照决策目标，可分为单目标决策和多目标决策等。

在医师的医学伦理决策中，应特别注意个人决策和团体决策。所谓个人决策，是指由医师自己做出医学伦理决策。在通常情况或紧急情况下，大多需要医师通过个人决策来选择诊疗方案；医师也应该能够为自己形成的诊疗行为决策进行伦理辩护。所谓团体决策，是指医疗机构组成一个团体，例如医学伦理委员会，经过团体讨论之后才做出决定。对于非常复杂的诊疗情况，或涉及团体利益的时候，需要多专业背景的专家以及利益相关者代表集思广益，通过团体的智慧进行决策。

二、医学伦理决策的程序

（一）确定医学伦理行为目标

医学伦理行为是医师有意识地“为了什么”所进行的临床诊疗活动，因此，医师进行医学伦理行为决策，首要的就是确定医学伦理行为目标。任何决策都是为了达到一定目标，或者说是为了解决某一问题。确定目标是进行决策的第一步，而决策所要解决的问题必须十分具体，所要达到的目标必须十分明确。如果问题不具体，目标不明确，决策将是盲目的。确定合乎伦理的诊疗行为目标，需要注意如下几个方面：

其一，确定目标要基于患者的病情、医院及其医师的实际情况，这是诊疗决策合乎伦理的前提。不以患者的病情为基础的诊疗决策和脱离医院设备实际情况及其医师技术条件的诊疗行为决策，不可能是准确的诊断和有效的治疗，必然是不符合伦理的。

其二，确定的诊疗行为目标应该是适宜的。如果医师确定的诊疗目标过低，实际上是一种医疗失职。如果确定的诊疗目标过高，则是不切合实际的，要么让患者承担不必要的诊疗风险；要么引发过度医疗，增加患者的经济负担，都是不合乎伦理的。

笔记

（二）拟定医学伦理行为备选方案

医师进行医学伦理行为决策需要有两个以上备选方案，拟定不同的诊疗手段。如果仅有一个备选方案，就不存在决策问题。因而，医学伦理决策至少要有两个或两个以上诊疗行为方案，医师才能从中进行比较和选择，最后选中那个令人满意的诊疗行动方案。

尤其需要注意的是，拟定诊疗行为备选方案，医师应该列出所有可能的诊疗方案。有的医师往往只列出最简单的两个："做"或者"不做"，不愿意考虑更多的可能，但解决问题的方法往往不止两个，即使有时乍看起来认为不可行的诊疗方案也应全部列出。因为有时初看起来不行的办法，经过进一步考虑会发现是可取的或不得不采取的。

（三）确定医学伦理行为方案

医学伦理决策过程实质上是选择诊疗行动方案的过程。因此，医学伦理行为决策的关键环节是确定诊疗行为方案。确定诊疗行为方案尤其需要注意以下两个方面：

其一，确定诊疗行为方案需要通过患者的知情同意，尊重其自主性。医师在确定诊疗目标，拟定诊疗方案时已经充分考虑了有利于患者，以及患者的意愿等伦理因素。但在确定最终诊疗方案时，更需要尊重其自主。具体思路是医生要加强与患者的沟通，告知医师提出的最佳方案，即选中的令人满意的诊疗行动方案，获得患者的知情同意。

其二，经过伦理决策的临床诊疗方案应该是最优的，应该选择使患者受益与代价比例适宜的诊疗方案。这里所谓的"受益"，是指需要综合考虑患者所患疾病的性质、病人的意愿、医院和医师的设备技术条件、患者的支付能力等因素；这里所谓的"降低患者所付出的代价"，是指需要综合考虑痛苦、损伤、副作用、费用支出等因素。

（四）实施医学伦理行为方案

选定诊疗方案必须付诸实施，采取医学伦理行为，即通过一定的临床诊疗手段，将诊疗行为动机实现为诊疗行为效果，达到一定的诊疗行为结果。如果选择后的诊疗方案不付诸实施，就等于没有决策。因此，诊疗伦理决策不仅是一个认识过程，也是一个行动过程。

三、医学伦理决策的条件准备

（一）熟悉有关医学和医学伦理知识与技能

一方面，正确进行临床诊疗决策需要丰富的医学知识和良好的专业技能。医师的伦理决策与技术决策是不能截然分开的，其临床诊疗行为是建立良好医患关系的专业基础，正是诊疗行为将医生与患者及其家属联系在一起。因此，医师只有掌握丰富的医学知识，具有高超的专业技能，才能及时、准确和有效地进行诊断和治疗，也才能从多个诊疗方案中确定出最佳的方案，进行包括伦理因素在内的诊疗决策。

另一方面，掌握有关医学伦理知识，具有一定医学伦理意识，具备基本伦理决策技能，更是进行医学伦理决策的前提和基础。医师应该通过医学伦理教育和继续教育，学习并掌握有关医学伦理知识和基本技能。通过学习与训练，把握医学伦理学的方法、理论和原则，尤其国际、国内公认的医学伦理原则；了解有关医学伦理规范文件提出的基本道德要求；在此基础上，形成自己的职业伦理价值观，并努力使之与专业价值观相符合，提升自己的医学职业精神。同时应该把握医学伦理决策的方法和技巧，提高自己的医学伦理决策能力。

（二）注意了解患者及其家属的价值观

随着患者权利意识的不断增强，医师在进行医学伦理决策时，应该注意了解患者及其家属的价值观，以及是否对于自己疾病诊治已经做出某些决定。在强调尊重患者自主性和知情同意权的今天，做到这一点是非常重要的。医师应善于与患者及其家属进行沟通和交流，了解他们的想法，并帮助他们尽量摆脱某些不合时宜价值观造成的不利影响。只有如此，最终的临床诊疗决策才是合乎伦理的。

（三）掌握有关法律规定、规章制度与技术规范

目前，我国已经颁布实施了大量的医疗卫生法律、法规和部门规章，并制定了有关医疗卫生政策，基本形成了医疗卫生部门法。这些医疗卫生方面的规定成为医师临床诊疗的法定标准，必须严格遵循。

现代化医疗机构工作信息量大，随机性强，工作繁杂，分工精细，协作紧密，这就需要建立一整套严格的规章制度，例如原卫生部颁发的《医疗技术临床应用管理办法》《全国医院工作条例》《医院工作制度》《医院工作人员职责》等各项技术操作规程，即技术常规、医德医风和行政管理等方面的制度规定等。这些规章制度与技术规范也是医师诊疗行为的标准。

因此，医师应当熟悉掌握有关法律、法规、规章和政策以及规章制度与技术规范，在此基础上正确进行医学伦理决策。

（四）参考伦理委员会的建议

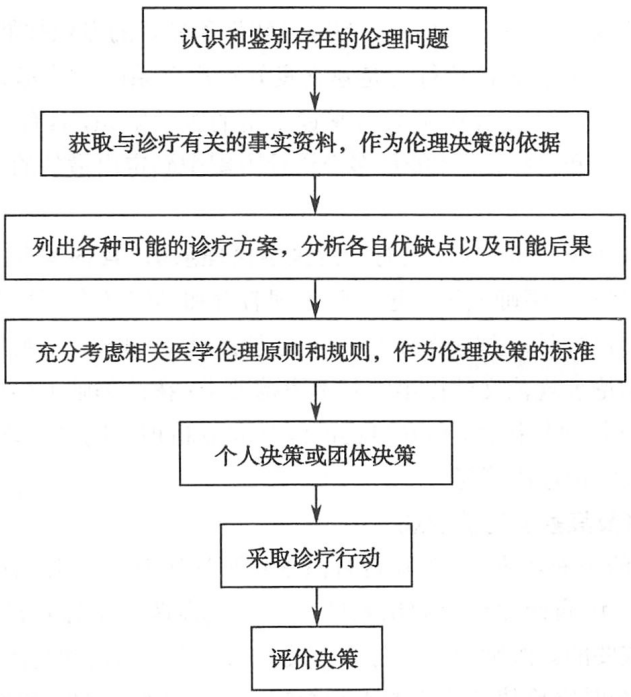
医学伦理委员会是建立在医院等基层卫生单位中，由多学科人员组成，为发生在医疗实践和医学科研中的医德问题和伦理难题提供教育、咨询等的机构。医学伦理委员会具有教育培训、建议咨询、审查评价等多种功能，医师可以将比较棘手的医学伦理问题个案，提交到医学伦理委员会，使个人决策变为团体决策。伦理委员会的成员专业背景不同，经过集体讨论，发挥团体尤其医学伦理专业人员的智慧，就能够使伦理决策更为可靠和科学。

医师还可以积极创造条件，争取参与医学伦理委员会，作为伦理委员会成员，无疑会大大提高医学伦理决策的能力和水平。

四、医学伦理决策的模式化

将医学伦理决策纳入一个既定的框架，即确立医学伦理决策模式（decision-making model of medical ethics），可以使医师按照一定程序进行医学伦理决策，无疑有利于提高决策的效率。20 世纪后期以来，诸多学者提出了不同的伦理决策模式，如柯廷（Curtin，1978）、阿洛斯卡（Aroskar，1980）、海因斯（Hynes，1980）、汤普生（Thompson，1981）、德沃尔夫（DeWolf，1989）等伦理决策模式。

借鉴上述不同决策模式，结合我国实际，医师可以按照如下模式进行伦理决策：



第二节　普通医学伦理问题的决策

一、普通医学伦理问题决策的概念

普通医学伦理问题决策（general problem decision-making of medical ethics）是指医师面对善与恶的行为选择而进行的医学伦理决策。不言而喻，此时医师应该遵循社会医德要求，择善祛恶，养成美德，完善德行。然而，个别医师经不住某些不当利益的诱惑，可能为了一己私利，而置病人利益和社会公益于不顾，选择不符合甚至违背医学道德的行为。这种不道德行为，又称“败德行为”。

从医学道德终极标准来看，不道德的诊疗行为主要包括如下几种情形：第一，在医患双方利益发生冲突不能两全时，不惜牺牲患者的利益而损人利己；第二，在处理不同患者之间利益关系时，不能公平合理地予以对待，实现最大多数人的最大利益；第三，在人们利益并不冲突而可以两全时，并没有做到无害一人地增加利益总量而损人，甚至是损人不利己。

从医学道德规范体系来看，不道德行为主要包括不符合医德基本原则、医学伦理原则和具体医学道德基本规范等的诊疗行为。

二、影响普通医学伦理决策的因素

（一）个体因素

个体因素是指医师个人的道德人格，即医师的医德品质。医师的医德品质如何，往往决定着医师做出的临床诊疗决策是否符合伦理，其诊疗行为是道德还是不道德的。持这种观点的理论被称为“烂苹果”理论。持这种观点的人认为，不道德的诊疗决策大多是由医德素质较低的医师做出的，这些医师的医德水平较低，或道德人格存在一定缺陷，如强烈的金钱、权力、利益欲望，这些人格特征容易使他们做出不道德的诊疗决策。相反，道德的诊疗决策往往是由道德素质较高的医师做出的，他们的医德水平较高，对自身的诊疗行为具有很好的道德调控能力，并且能够抑制不良欲望，能够保证自己的诊疗行为合乎伦理。

（二）组织和环境因素

医师个人的价值观是在一定的社会组织环境中形成的，并且受到环境因素的影响，处于不断的变化过程之中。持这种观点的理论被称为“烂筐”或“染缸”理论。持这种观点的人认为，医师不道德的诊疗行为决策主要是由社会组织环境因素决定的，不能单纯从医师个体身上找原因。医疗行业和医疗机构等社会组织环境应该对其成员的不道德行为负主要的责任，不是“烂苹果”带坏了组织，而是组织如同一个大“烂筐”或大“染缸”，使其成员习得了不道德的行为。医师能够做出不道德行为决策，是医疗行业和医疗机构等社会组织提供了实施不道德行为的机会和资源，或者某种不道德的诊疗决策得到了同事、管理层乃至整个行业从业人员的默许。

（三）个体和组织的互动

单纯从医师个体本身，或者单纯从个体所处的社会组织环境，来阐释医师的医学伦理决策是不完整的，应该将两个方面结合起来。医师不道德的临床诊疗决策，会受到个体和情境两个方面因素的相互作用。持这种观点的理论被称为“互动”理论。持这种观点的人认为，一个医德不太高尚的医师，如果处在抵制不道德行为的社会组织环境中，就会较少地做出不道德决策；相反，一个非常有正义感的医师，在默许甚至鼓励不道德行为的组织和环境中，也会受到某些负面影响。同时，医师个体又会影响组织与环境：如果组织中有许多医德较好的个体医师，组织的整体氛围便会逐渐改变，这些个体医师会引导组织建立一种积极向上的氛围，但是如果大多数成员道德水平低下，一般而言，他们也会将组织向坏的方向引导。

（四）对医学伦理问题的认知

医学伦理决策源于医师对医学伦理问题的认知，医师根据问题的特征来判断伦理问题存在与

否，而且伦理问题的特征会影响其进行医学伦理判断，形成决策意图和实施决策行为。持这种观点的理论被称为问题权变理论。持这种观点的人认为，不能离开具体的医学伦理问题本身来谈论医师个体的医学伦理决策。医学伦理决策应该关注医学伦理问题本身，医师从道德直觉上，会考虑医学伦理决策的后果会影响到哪些人，这些人跟自己关系的远近，采取的诊疗行为会对这些人产生什么样的后果等。

三、普通医学伦理决策的顺利进行

（一）医师优良个体道德人格的培育

既然医师的医德品质是影响其普通医学伦理决策的重要因素，就应该尽可能消除不道德决策的个体因素源头。因此，一方面，医院应该加强医师筛选，通过人格测试保证医师队伍的医德素质，尽量选择医德修养较高的医务人员，以减少或消除医院中违反医德的行为。另一方面，医院应该加强对医师的医德培育，通过医学伦理教育和继续教育，促使医师善于进行医德修养，形成正确的医学伦理价值观，提升自己的医学职业精神。

（二）良好医学道德生态的营造

这里的“医学道德生态”是指每个医师所处于的社会和医疗机构道德大环境。医师的道德标准都是从医疗卫生组织和社会中习得的，其行为受到医院及其成员的影响和制约，并受到社会的评判。医师个人做出不道德行为，是医院存在实施这些行为的机会和资源，或者某些不道德行为得到了管理者、同事甚至整个行业从业人员的默许。既然医疗卫生组织和社会因素是医师进行普通医学伦理问题决策的重要因素，就应该建立医师的医德规范、培育鼓励道德行为的伦理氛围，尤其是医疗机构管理者应该为医师树立道德楷模和行为榜样。

（三）个体与组织互动平台和机制的构建

既然医师个体医德与医院和及社会环境两者之间的互动也是影响医师进行普通医学伦理决策的重要因素，就应该努力构建医师优良医德与良好的组织、社会道德环境之间的平台和机制，并通过这些平台和机制促使医师正确进行普通医学伦理决策。这些平台和机制包括行业组织的道德自律机制、医疗机构的行风评比机制、医学伦理委员会的伦理审查机制等。

（四）医师医学伦理决策能力的训练

既然医师对医学伦理问题的认知是影响其进行普通医学伦理决策的重要因素，伦理决策不能离开医学伦理问题本身，这就决定着伦理决策应该关注具体的医学伦理问题，关注在医学伦理问题的具体情境中，医师的道德直觉和经验。这里的道德直觉并不是一种处于感性状态的直觉，而是一种具有理性特征的直觉。这种直觉是在社会和职业伦理观念影响下形成的对于道德问题的较为稳定的价值判断方式和经验，可以直接地断定“对与错”，可以概括为医师的医学伦理决策能力。因此，应该训练医师的医学伦理决策能力，医师也应注重掌握这种能力，以便顺利进行普通医学伦理决策。

第三节　医学伦理难题的决策

一、医学伦理难题决策的概念

（一）医学伦理难题决策的含义

医师根据不同的医学伦理价值观，可以合乎逻辑地提出两种甚至两种以上不同程度矛盾和冲突的伦理行为方案，医师对这种两难伦理行为问题的决策，称为医学伦理难题决策（dilemma decision-making of medical ethics）。医学伦理难题决策，又被称为医学道德难题决策或医德难题决策。

医学伦理难题的决策不同于普通医学伦理问题的决策，普通的医学伦理问题决策是医师在“善”与“恶”中进行医学伦理决策，医师应该择善祛恶，而医学伦理难题决策，则是医师在合乎伦理而又

笔记

相互矛盾和冲突的方案中进行选择，即在“善”与“善”的方案中进行选择，而这些方案又相互矛盾和冲突，这就大大增加了决策的难度。要正确理解“医学伦理难题决策”这个概念，需要注意以下两点：

1. 医学伦理难题决策不仅仅是“两难”选择，有时可能是“多难”选择　一般认为，医学伦理难题决策是两难选择（dilemma）。但在诊疗实践中，它可能不仅仅是两难选择，有时可能是多难选择。因为医学伦理难题决策之困难并不是指在“善”与“恶”的诊疗行为方案中进行选择，而是指在人们认为的“善”与“善”的诊疗行为方案中选择。当然，这些善的行为方案当然不一定仅仅只有两种。

2. 医学伦理难题决策不同于一般难题决策，也不同于一般伦理难题决策　一方面，伦理难题决策不同于一般难题决策。这是因为伦理行为是具有利害效用的行为，人们对于伦理行为的选择，就比一般无关利害效用的行为选择就显得更加困难。另一方面，医学伦理难题决策不同于一般伦理难题决策，这是因为，医学伦理难题决策涉及的是对患者的救治行为，医师是为受到伤病折磨的人的生命和健康提供服务，与一般的伦理难题决策相比，医学伦理难题决策就需更加重视和谨慎。

（二）医学伦理难题决策的种类

1. 当代高新医学技术研究及其临床运用引发的伦理难题决策　这些伦理决策难题主要集中在人类辅助生殖技术、死亡诊断标准和安乐死、人类基因技术、克隆技术、人体器官移植、优生与生育控制等高新医学技术领域。生命医学科技的迅猛发展引发大量前所未有的医学伦理难题，并对人类传统的伦理观念提出挑战，面对这些问题，需要人们重新思考“我们应该不应该做？”以及“我们到底应该怎样做？”等一系列伦理难题。

2. 在医疗卫生实践中形成的伦理难题决策　这些伦理决策难题主要集中在医疗工作、预防工作、药学工作、医学科研、卫生管理等不同领域。例如，临床医疗工作中“知情同意”与“对患者保密”难题：一方面，应该尊重患者的知情权，要求医师应该告知病人的病情。另一方面，当发现患者得了某些不治之症时，对于有关信息，医师对患者保密又是一个古老的道德传统。既要求医师如实告知，又要求保密，无疑是一个医学伦理决策难题。

3. 具体的医学伦理难题决策　这些伦理决策难题是指医师在特殊的、个别的诊疗行为中的伦理难题。医师面对具体的医学伦理难题，需要运用医学伦理学知识和技巧加以解决。

4. 抽象的医学伦理难题决策　这些伦理决策难题是指医师在普遍的、一般的医学行为中的伦理难题。这类难题决策脱离了具体的医师和具体的行为情境，从而具有一般意义和普遍意义。面对抽象的医学伦理难题，需要医师探讨解决伦理难题的原则、方法和途径等。

二、医学伦理难题的形成

（一）医学伦理难题形成的根源

1. 医学伦理关系的复杂化　现代医学伦理关系已超出个体医务人员层面，而是包括个体、群体、机构以及组织等相互之间的关系层面。医师不仅要处理医患关系和医医关系，有时还要面对服务对象之间关系，如公正分配医药卫生资源。伦理行为主体不仅包括医师个体或群体，还包括其他医务人员个体或群体以及医疗卫生机构；服务对象不仅包括个体患者，还包括患者群体乃至整个社会。医学伦理关系的复杂化使其调整难度增大，从而容易引发伦理难题。

2. 利益的多样化　所谓利益，即好处。一个人获得某种利益，意味着其某种需要、欲望和目的的满足和达成。人的需要是多种多样的，因此，其利益也是多种多样的，而且人们的利益偏好也可能有所差异。传统医学伦理调整的利益，主要是患者疾病的救治。尽管医师也有自己的利益，但他们信守“始终把患者利益放在首位”的职业戒条。然而，现代医师面对的利益复杂多样：患者的利益不仅包括疾病的救治，而且包括健康的维护、生命质量的提高、痛苦的减轻和消除、诊疗费用的降低等诸多方面，甚至还包括群体乃至社会的上述利益。不仅包括患方利益，而且还包括医方利益。这需要医师兼顾各种利益及其偏好，兼顾利益及其偏好非常困难，容易引发伦理难题。

NOTE

（二）医学伦理难题形成的某些具体原因

1. 高新医学技术的临床运用 现代医学的快速发展，使高新技术层出不穷并很快运用于临床。这些技术大大增强了医师的能力，过去不能做的事情现在能够做了，例如，生命恢复和生命维持技术能够大大延长人的生命，生殖技术能够辅助生育，产前诊断能够鉴别胎儿的缺陷，基因技术能够运用于诊断、治疗甚至“增强”领域等。然而，这些技术同时也带来了诸多伦理难题：延长人的死亡过程是否应该？是否应该把家庭的神圣殿堂变成生殖生物学实验室？有缺陷的胎儿是否应该出生？应该如何控制人的基因信息？面对这些高新医学技术，医师到底应该不应该运用？应该怎样运用？怎样运用才符合伦理？

2. 不同伦理学理论的指导和多个伦理原则的运用 一方面，人们往往运用有关伦理学的理论，如后果论、道义论、自然律理论、女性主义理论、儒家伦理等理论来分析和解决某些医学伦理学问题。然而，在伦理学领域，似乎任何理论都是不完备的，我们不可能单靠一种伦理学理论来解决我们面临的所有伦理难题，人们对于这些理论不可能达成一致，争论永不休止。另一方面，人们在分析和解决医学伦理学问题时，有时会运用比较公认的伦理原则，如有利原则（beneficence）、不伤害原则（non-maleficence）、尊重原则（respect）、公正原则（justice），以及团结互助原则（solidarity，mutuality）、允许原则（permission）等，可是在运用这些公认的伦理原则时往往会发生冲突，如何平衡原则之间的关系，人们仍然存在争议。

例如，当医师诊断出一个患者患有恶性肿瘤时，是否应该对他讲真话，基于不同的伦理学理论和伦理原则会有不同的行为方案：道义论强调行为本身的正当性，认为对人诚实是绝对的义务，是无条件的，说谎本身是不道德的，故应如实相告，不能隐瞒病情，这也是尊重原则的要求；而后果论认为应该具体情况具体分析：如果如实相告，对患者造成沉重打击，使其失去生活下去的信心，导致其轻生等不良后果，则要求对其保密；如果患者因此反而积极配合医师的治疗，能够更加忍受治疗的痛苦与不适，取得好的诊治效果，则应如实相告，这也是有利和不伤害原则的要求。这样，根据不同的医学伦理学理论和伦理原则，甚至根据同一理论和伦理原则，会既能得出“应该讲真话”的行为方案，又能得出“不应该讲真话”予以保密的行为选择，而两种方案显然又是矛盾和冲突的。

3. 医学伦理的传统和伦理文化的多元化 中国儒家医德传统认为，医家应该重义轻利，甚至应该尚义反利。然而，在现代医疗卫生体制下，任何回避、忽视医院及其医务人员利益的想法和做法，都是不现实的，也是不应该的。要使医疗卫生事业健康发展，并不是要回避利益，而是应该如何正确处理和对待各种利益。因此，受到医学伦理传统的影响，人们在医疗卫生实践中很容易形成医学伦理难题。

第二次世界大战以来，诞生了许多国际性的医学伦理法规，这些伦理法规得到了诸多国家和地区的医学组织的普遍接受和认可，具有道义上的巨大影响力。尽管如此，但由于不同国家和地区的政治、经济、思想、文化、宗教信仰等方面的差异，医学伦理文化又不同程度地呈现出多元化状况，一个国家、地区和民族认为合乎道德的医学行为，另一国家、地区和民族的人们不一定认为是合乎道德的。例如，大多数文化不会反对医疗输血，但耶和华作证派的信仰者却反对输血，临床医生面对这样的患者应该怎么办？2010 年的诺贝尔生理学或医学奖被授予罗伯特•爱德华兹（Robert Edwards），以表彰他在体外受精技术领域作出的开创性贡献，但梵蒂冈（罗马教廷）教宗本笃十六世新任命的圣座生命委员会主席卡拉斯科主教却不认同他，认为爱德华兹的试管婴儿技术要对三种不好的行为负责：一是让人类的孕育脱离了夫妻行为；二是人的胚胎被摧毁，而生命是从精子与卵子结合开始，因此摧毁胚胎也就是杀人；三是催生了卵子和精子买卖市场。这种医学伦理文化的多样化，也很容易引发有关医学伦理难题。

4. 医药卫生体制和卫生法制的不完善 迄今为止，全球尚没有完美的医药卫生体制，卫生改革是一个全球性现象。由于医药卫生体制的不够完善，在医疗卫生实践中就容易产生医学伦理难题。比如，面对意外伤害需要紧急救治的患者，医师必须履行救死扶伤的医学人道天职，绝不应见死不

救，但个别患者获得救治又不辞而别，医院的大量医药费用无法补偿，又会使人们感到见死难救。所以，在医疗保障制度不够完善的情况下，容易发生“见死不救”和“见死难救”的伦理难题。

一般来说，一个国家的法律体现着其主导伦理价值观：合法的一定是合乎道德的，合乎道德的也一定会得到法律的保护。医学道德尽管具有保守的一面，是对传统的继承，但同时又具有超前的一面，即对于一些新问题，医学伦理首先确立应该怎么做，但尚未被法律认可或法制化。由此在医疗卫生实践中，就容易导致医学伦理矛盾和难题。例如，为了避免有关伦理问题，《人类辅助生殖技术管理规定》严禁医疗机构及医务人员实施任何形式的代孕技术，但是代孕的确又具有一定的合理性，那么，医师是否应该区别对待不同种类的代孕行为？

三、医学伦理难题决策的顺利进行

（一）伦理推理

医师面对医学伦理难题需要决策时，应该运用理性思维方式，深思熟虑、系统思考，从医学伦理的价值前提合乎逻辑地推导出伦理难题的决策方案。

1. 顺利进行医学伦理难题决策的伦理学理论　后果论揭示了社会确立道德规范的目的是为了保障社会的存在和发展，最终是为了增进每个人的利益，从而确立了道德的终极标准，在此基础上，来确立社会的道德规范体系。因此，后果论是顺利进行医学伦理难题决策的根本伦理学理论，它既是判断某一诊疗行为是否符合医学道德的理论，又是确定某一医学道德规范的理论，还是判断某一医学道德规范是优是劣的理论。因此，不论要进行具体的医学伦理难题决策，化解医师具体诊疗活动中的矛盾，还是要解决抽象的医学伦理难题，确定进行普遍医学伦理难题决策的医学道德规范，都须根据后果论。

道义论（义务论）认为，行为是否道德，其终极的标准只能看它对行为者的品德和道义的效用如何，只有出于义务心、为义务而义务、为道德而道德的行为，才因其能够使行为者实现人之所以为人，从而才是道德的和应该的。道义论所指的这些道义或义务，实际上就是医学道德规范，即医学道德原则和规则，它们是人类医学伦理文明的成果，是人类医学伦理文化的积淀，是制定医学道德规范的文化基础。但需要通过后果论对这些医学道德规范进行论证，当这些医学道德规范与现实道德实践发生矛盾时，需要运用后果论对这些医学道德规范进行完善；当这些医学道德规范之间发生冲突时，需要运用后果论进行协调。通过后果论论证、辩护医学道德规范，解决抽象的医学伦理难题，为正确进行医学伦理难题决策创造条件。

美德论以美德或德性为中心，关心的是道德判断者的内心。美德论认为，一个好人，即拥有美德的人应该具备某些优良的人格特征；相信一个人只要拥有适宜的美德，自然就会做出正确的道德判断，即做出合乎伦理的行为决策、评价和辩护。因此，医师应该拥有美德，即应该具有良好的医德品质。而要拥有良好的医德品质，就要长期遵循社会的医学道德要求。可见，医师具有良好的医德品质显然有利于遵循医学道德规范，有利于自觉地运用后果论顺利进行医学伦理难题决策。

2. 化解医学道德规范冲突的具体原则

（1）比较选择原则：医师基于不同的医学道德规范，会形成相互冲突的医学伦理行为方案，面对这些医学伦理决策难题，医师可以从后果论出发，即基于社会确立道德目的和道德终极标准，对不同方案的道德价值进行比较，总的原则是：两害相权取其轻，两利相权取其重。选择对于道德目的效用更大的行为方案，即最符合道德终极标准的行为方案。

（2）“必要害”原则：医师在诊疗过程中为了取得某一好的效果，有时需要付出一定的代价，但这种代价是必要的，我们称之为“必要害”。必要害原则是顺利进行医学伦理难题决策的一个重要原则。例如，为了彻底治愈疾病，需要对患者手术，患者因此要承受手术创伤之“害”；为了治疗癌症，患者需要承受放疗、化疗副作用之“害”。手术创伤、放疗、化疗的副作用等，就是必要的害。

（3）分级量化原则：医师可以把医学道德规范分成若干层次等级，在解决由于依据不同道德规

范为标准而引发的医学伦理难题时，采取以次从主、以小顺大、顾全大局的方式进行医学伦理难题决策：终极医学道德优于其他医学道德；道德原则优于道德规则；特定道德优于共同道德。

（4）优先选择原则：医师面对医学伦理难题决策，必须在相互矛盾和冲突的价值中选择其一，就要选择最值得选择的那一种价值。基本遵循是：内在价值优于外在价值、精神价值高于物质价值；永恒价值优于短暂价值、长期价值高于短期价值；生命价值高于健康价值；积极思考的价值优于被动接受的价值等。

（二）道德直觉

医师面对医学伦理难题，应该在已有道德实践经验的基础上，通过跳跃式的瞬间内省，进行直接而迅速的诊疗决策。道德直觉具有非逻辑性、直接性和整体性特征。首先，道德直觉是无须进行一系列抽象概括的逻辑过程。当然，决策结果并不见得是反逻辑的或不合逻辑的，它以自己特有的方式能够达到与逻辑思维相同的结果，它包含了逻辑思维的长期沉积，是逻辑思维长期积淀的瞬间爆发。其次，道德直觉以医学伦理难题的整体为出发点，完整地把握医学伦理难题，这种整体思维既不用概念分析，也不用语言表达，而是靠直觉顿悟。最后，道德直觉是在瞬间完成的，对医学伦理难题的决策是瞬间直接的把握，而不是中介过程的压缩和简化。

通过道德直觉进行医学伦理难题决策主要适用于如下情形：处于紧急状况下；具有一定道德经验的情况下；经过严密的逻辑推理依然无法解决的难题，也可以通过直觉进行伦理决策。

道德直觉是在社会职业观念的长期影响下形成的对于医学伦理难题的较为稳定的价值判断方式，可以直接地断定对与错。凭借道德直觉进行医学伦理难题决策并非处于感觉状态的直觉，而是一种具有理性特征的直觉。可见，医师训练道德直觉能力，需要注重积累医学伦理难题决策经验。因此，尽管道德直觉是医师跨越分析与综合、归纳与演绎等中间环节的结果，也是超越道德经验和理性逻辑而进行自由、瞬间的道德思维的结果，但它却依赖于主体长期道德经验的积淀。

（三）伦理协商

医师应该善于与患方就伦理难题解决方案进行协商，经过充分沟通，达成共识。不可否认，患者会有不同的价值观，医师解决有关伦理难题，伦理沟通和协商是达成决策共识的重要方式。伦理协商一般适用于如下情形：具有重大的伦理疑难，需要保证患者完整自主权的情况；医患之间、患者与其家属之间具有严重的价值观不一致的场合。具体需要医师做到：

1. 通过知情同意尊重患者的自主权 医患双方技术信息的不对称性，决定着医师既要尊重患者的自主权，又不应该无所作为，这就要求医师通过知情同意为患者的自主选择提供充分条件，即：向患者详细解释病情；告诉患者治疗或不治疗会出现的情况；告诉患者各种可能的解决伦理难题方案；提出医务人员认为的最佳解决难题方案，争取患者及其家属的同意；告诉患者要实施的难题解决方案中的注意事项。

2. 正确对待患者及其家属的拒绝 一般情况下，医师通过患者的知情同意尊重其自主权，执行的是医师提出又得到患方同意的最佳方案。但是，如果医师确定的最佳方案遭到患者拒绝时，如何进行医学伦理难题决策呢？这就要求医师善于了解患方的价值观，与患方充分沟通不同方案的可能结果，经过反复讨论努力达成意见一致，最后依据确定的方案采取行动。

具体的策略是：首先，患者本人和家人的意见都应考虑，这里的家人应是与之关系最为密切的，如配偶、父母、子女等；其次，在病人具有行为能力时，患者和家人意见无法统一时，侧重患者的意见；再次，在患者不具有或丧失决策能力时，把决策权转移给其家人；最后，当医师的最佳方案遭到行为能力正常患者及其家人的拒绝时，则应设法了解拒绝的真实理由，然后有针对性地做解释工作。如果这种努力失败，则应尊重这一选择，同时做好详细和完整的病案记录。

思 考 题

1. 分析医学伦理行为、临床诊疗决策与医学伦理决策之间的关系。

笔记

2. 比较普通医学伦理问题决策和医学伦理难题决策。

3. 分析影响普通医学伦理决策的因素和引起医学伦理难题的原因。

4. 如何进行医学伦理决策、普通医学伦理问题决策和难题决策？

（曹永福）

第十八章　医学道德教育、评价与修养

【导入案例 18-1】 全国道德模范敬业奉献奖获得者骆抗先教授事迹

作为医学职业教育的重要组成部分，医学道德教育（moral education）始终是医学界和全社会关注的问题。揭示医德教育规律、发现医德教育路径、确定医德教育体系，是实现医德教育的前提。关注医务人员医德修养的过程与规律、内容与方法，是医德教育的根本目标。依据科学的医德评价标准，使用恰当的医德评价方法，是促进医德修养的有效手段。

第一节　医学道德教育

医学教育史上存在着一种耐人寻味的现象，即医学传承过程中，除了医学知识和技能之外，医学道德教育始终是不可或缺的重要内容。如西方的《希波克拉底誓言》、孙思邈的《大医精诚》等，都把医学道德作为医学教育的核心内容。

医学道德教育，是指在医学教育和医疗卫生实践中，遵循道德教育的基本规律，对医学生和医务人员系统地开展医学伦理精神传承、医学伦理文化培育、医学道德规范灌输以及如何转化为职业行为的教导和训练过程。目的是围绕业已成熟并不断创新的医学道德的文化、知识和实践体系，确立职业道德境界、有效激发职业情感、严格规范职业行为、培养良好职业习惯。

一、医学道德教育规律

（一）医学道德社会化

道德社会化是指个体接受道德教育和社会影响，将社会道德规范逐步内化（internalization）为个人道德品质的过程。一般的道德社会化发生在一个人成长过程中，在家庭、学校、社会环境等社会化载体的运行中来实现。道德社会化的实质就是新成员接受所处社会各类道德规则并按规则行事的过程，结果表现为成为道德品质合格的社会成员。

人类在进化中经历过的任何社会形态的任何发展阶段，都会形成维护共同利益、协调彼此关系的行为标准，虽然这些标准一般具有稳定性、恒久性特征，但道德作为人类社会意识形态的构成，这些标准会伴随社会的进步而不断调整、变化甚至会发生部分内容上的颠覆性变革。个体若遵守相应的道德标准，将受到舆论的赞许并体验到愉悦，否则会受到舆论的谴责并感到内疚。成功的道德社会化，是将社会个体塑造成为道德合格的社会成员的过程。

医学道德社会化与一般的道德社会化有所不同。一般的道德社会化从婴幼儿始直至成年。医学道德社会化则是自从医选择之后开始的过程，以一般的道德社会化为基础和起点。医学团体对新成员进行道德教化的过程，是道德社会化的有机组成部分，也是每个职业团体都实施的职业教育的核心内容。比如，医学生宣读《希波克拉底誓言》，就是医学道德社会化的具体实施过程。

（二）医学道德教育的规律

目前关于道德教育的一般规律是内外化机制。内外化机制是道德行为发生的最重要的心理机制，反映了道德心理形成和道德行为发生的基本规律。内外化机制具体分为内化机制与外化（externalization）机制两个方面，即“内化于心，外化于行”。内化是指个体吸收外界的各类道德规则，与个体既有的内

在因素相融合，进而形成主体内在的道德观念、情感、判断能力等核心道德态度的过程与规律。外化则是已形成的道德观念、情感、判断能力等核心道德态度，在具体的情境中，通过整合并表现出相应道德行为的过程与规律。内外化虽然可以分为两个阶段，但由于心理过程的流动性特征，因而两者不是截然分开的，而是相互衔接与渗透，快速地相互转换与影响。

在内外化机制中，从道德教育角度看，内化机制是根本。美国学者开尔曼（H.C. Keiman，1958）揭示了道德形成的基本阶段是依从、认同和内化。

依从是道德态度形成的开端，新成员按照社会规范、社会期待或权威的要求，按照一般行为要求表现自己，也就是其行为表现符合期待，与他人的要求一致。如果表现符合要求，就能够获得奖励与肯定，如果达不到要求，则会受到压力与惩罚。此阶段，其具体情形中的行为表现为受外因控制，新社会成员行为表现符合要求只是表面的，是一种权宜之计。

认同是个体自愿接受他人的观点、群体规范，个体的内在观念态度与外显行为与他人一致。在认同阶段，个体受到外界权威对象或社会规范的吸引，认同其道德理念要求，超越了外部奖励与惩罚的控制，主动趋同于所属的团体及其规范。在这一阶段，情感因素起明显作用，认同的程度依赖于对象对个体的吸引力。

内化是道德态度形成的最后与关键阶段，此时个体真正相信并接受所属团体的道德规则，并将其整合进个人的态度体系，成为个体态度系统的有机组成部分。内化是个体原有态度与新认同的态度协调与融合的结果，对新的道德态度在情感上有正面体验，在认知上认为正确，在行为上表现自觉。

这一规律可以概括为：道德教育产生作用的基本过程是由他律向自律的发展过程。他律是指受个体以外的价值标准所支配，表现为对外在道德准则的服从或抗拒，控制力量是外部的奖惩机制，个体关注的重点是行为后果，缺少主观的动机。自律是指自觉地遵循内心认同的道德规范进行自我指导，并以此进行自我反省、自我提升的过程，表现出对内心道德准则的服从，控制力量是内部的自我肯定或批评，个体关注的重点是行为的动机。

二、医学道德教育的路径

道德教育从来没有单一的路径，总是在生活的方方面面不知不觉地发挥作用。但是，基于医学生的年龄结构特征及道德发展水平，医学道德教育具有相对稳定的路径。

（一）课堂教学

医学道德教育的首选方式是课堂教学形式。通过经设计的教材和课堂教学，让受教育者获得系统理论与行为指导，并以考核的方式验证教学效果。

由于在学校教育阶段的医学道德教育对象是青年人，因此医学道德学习与社会公德、家庭道德教育学习的方式有较明显的区别，一般不是从道德行为的训练养成着眼，而是从基本的医学伦理理论学习入手。其中突出的问题是，青年已基本形成其人生观与价值观，在接受新的、关于职业准则知识与规范的过程中，存在着认知选择与整合过程。只有那些被真正接受并整合进人生观和价值观的道德规则与理论，才能实际发挥作用。换言之，课堂教授的医学伦理理论知识、行医行为准则，即使是能够通过相关的知识考核，但并不一定能够成功内化于心、外化于行。学习者的人格特征、兴趣爱好、同理心等因素，都会对医学道德的内化产生关键性影响。因此，通过特定形式，挑选出适合于医学职业的青年人进入医疗卫生行业，或者在职业学习、执业过程中有退出机制，是培养优秀综合素质医学人才的关键因素之一。

从医学道德课堂教育的过程看，采取理论结合实际、案例讨论与分析、伦理查房、撰写相关论文等方式，有利于强化学习效果。

（二）模仿学习

模仿学习（imitation learning）又称为社会学习，是指人类学习某种新行为模式，只需要通过观察另一个人的行为及其结果，而且并不需要外界的强化，就能够表现出完全相同的行为。前提是模仿

者内心认同该行为及其结果是正确的、合理的和有价值的，对该类行为的情绪体验是正面的，就会通过自我肯定的促进机制再现他人的行为。

模仿学习是医学道德教育的无形育人方式，是社会环境育人核心路径。授课的老师、带教的前辈、媒体塑造的榜样典型、其他医务人员的行为表现，都会不知不觉地成为模仿对象。在现实生活中，医务人员的从业环境与社会文化相互作用。从这个角度看，有效的医学道德教育还需要构建规范的医疗卫生行业从业文化。

（三）角色扮演

角色扮演（role playing）是医学道德教育的虚拟实践学习方式，是一种情景模拟活动。在医学道德教育过程中，要求研习者在模拟的医疗活动情景中，扮演指定的医务人员或患者角色，进行模拟的诊疗活动。在演绎指定角色的过程中，扮演过程能够唤起相对真实的内心活动，体验人与人交往的实际过程，从而唤醒医学生的同情心与同理心，间接检验课堂学习的有效性，强化其良好的职业道德行为模式。同时，实施角色扮演指导的老师，其指导与点评，将引导医学生表现出正确的行为。

（四）志愿服务

医学生的志愿服务是医学道德教育的实践途径。其具体方式是要求医学生到医院为患者提供特定时长的志愿服务。其前置的方式，即要求报考医学专业的高中生，提供其为患者进行特定时长的志愿服务，作为报考医学专业的条件。志愿服务的过程，是通过医学生体验实际的医疗卫生活动，尤其是在与患者的接触与沟通中，感受自己向医的初心，是否与医学现实相吻合、是不是那么坚定不移。

志愿服务实际上是让医学生自我发现其对医学职业的真实认同感。那些真心认同医学职业博爱精神的从业者，对医学道德具有较高的认可度与接受度，在职业活动中亲身践行医学道德要求的可能性更高。

三、医学道德教育的规范体系

医学道德教育的目标，是将医学道德的理念内化到受教育者的价值体系之中，使得其在行医过程中自然而然地表现出规范的职业道德行为。

在真实的医疗卫生活动中，医学职业行为受相对完整的行为规范体系约束，即规制医务人员行医行为的规范，不是单个规则、单个方面，而是由技术规范、道德规范、法律规范等多重规则构成的、成系统的规范体系。只有同时遵守医学道德规范、医学技术规范和相应的法律规范，才合乎医学活动的根本要求。医学道德规范体系有以下特征：

（一）作用方式内外一体化

从规范发生作用的方式看，行医规范体系包括内外两方面。作为社会成员，每个人成长过程中通过学习，会将社会规范内化为道德良心。在医务人员培养过程中，职业教育过程中伴随的职业道德教化，也会强化其职业道德良心的力量。医务人员在行医过程中，其道德良心是制约其行为的内在力量。同时，医务人员的行为，还受同行、患者及其家属、社会公众和舆论的监督，同时还受相关的法制监督与约束。这构成了规范作用的外部力量。

（二）技术规范、道德规范和法律规范一体化

从现实生活看，约束医务人员行医规范是多重的，且多重规范之间关联密切、相互补充、互为前提、协调联动。

在三种规范中，最基本的规范是技术规范。只有医务人员是按照标准的技术规范处理医学问题时，道德与法律规范的讨论才有意义，否则就属于草菅人命，一开始就违背了道德与法律。但对公众和患者而言，技术规范却是最易被忽视的规范，也是最不易认识到的规范，并因此而产生误解。如当出现医疗事故时，因为医疗事故鉴定委员会一般是由医学界的同行组成的，专业鉴定的权威性并不一定能够得到部分患者和家属的理解和接受，理由是担心由医学专家组成的鉴定委员会将不可避免地出现自我袒护结果。可是从技术角度看，只有内行才能判定某个具体案例的医疗过程是否符合技

笔记

术规范。换言之，某个患者的疾病问题在治疗过程是否恰当、没有达到预期甚至出现极端性后果的原因、医务人员在行医过程中是否有责任等问题，内行最有发言权。另一方面，由于医学技术及规范本身，都存在着能力上的有限性甚至诸多缺陷，仍处在不断改善和发展过程中，其中的问题和原因也只有医学专家才能做出专业解释。

在三种规范中，患者和公众最敏感的行医规范是道德规范。如在看病的过程中，患者与家属更多地关注医务人员在行医过程中的态度表现，并以此确立对医务人员喜爱与反感的态度；但如果分析技术规范与道德规范对疾病诊断治疗的影响，医务人员的行医行为是否合乎技术规范更重要。对道德规范行为敏感是人际交往过程中情感先导效应的表现。从内容上看，医学道德规范是要求医务人员在行医过程中表现出人格的高尚与伟大，在面对求医者时表现出关心、耐心、同理心，全心全意为患者着想与服务。从要求的标准看，社会提倡的医学道德标准是理想状态，而医学实践活动的现状总是不完美。

在三种规范中，最严格、不能逾越的行医规范是法律规范。与道德要求的高标准不同，法律规范也被称为是个体行为道德底线，其规范是限制人们在现实生活中不能做什么。从行医规范角度看，法律规范的基本要求有两条：一是医务人员行医必须完整准确地执行技术规范标准；二是医务人员在职业活动只能谋取法律授权的正当的权利。违背上述任何一条，医务人员的医疗行为就有违法的可能。以医疗纠纷为例，当患者认为医务人员行医伤害其利益并导致损失时，可以申请医疗事故鉴定，也可以依据法律诉讼。进入诉讼程序后，就要以事实为依据，以法律为准绳。

技术、道德和法律三种规范之间的界限是相对的，在它们内部存在着统一性的根据，内在地一体化是三者关系的重要特征。

以目前的医学发展水平而言，医学技术规范已经形成相当完备与丰富的体系。如医学生在数年学习之后，还必须经过实习阶段，通过国家组织的资格考试之后，才获得相应的资格。医学道德规范也自成体系。前面章节阐述的医德基本理论、基本原则、基本规范，以及临床、研究、新技术应用的医学道德要求，构成指导医务人员进行医疗活动职业道德准则系统。医学法律规范也已经形成体系，除了民法、刑法、诉讼法等有关于行医规范的相关法律规定之外，国家还颁布了《中华人民共和国执业医师法》《中华人民共和国药品管理法》《中华人民共和国母婴保健法》《中华人民共和国献血法》《中华人民共和国国境卫生检疫法》《中华人民共和国红十字会法》等专门法律，以及一系列卫生行政法规和部分规章，构成相当完整的卫生法律体系。

（三）成文规范与不成文规范一体化

关于人类行为规范，随着社会规模的扩大，以及人类理性自觉性的提升，人们不仅意识到社会规范的重要性，而且制定出的成文规范更加多样化和趋于更加细化。尤其是规范的系统化与法制化倾向，成为一种制度建构和对社会发生作用的趋势。但这并不意味着不成文规范已经失去了作用与影响。在医务人员行医过程中，不成文的规范仍然发挥着作用。尤其是成文规范缺失时，习惯、传统、约定俗成等不成文规范，仍是制约医务人员行医行为的无形的道德力量。

第二节　医学道德评价

医学道德评价分为抽象医学道德评价和具体医学道德评价，前者是对医学道德规范的意识，通过前者确定医学道德规范；后者是医学道德规范是否被人们遵守的意识，通过后者使人们遵守医学道德规范。通常所说的医学道德评价是指具体医学道德评价。

一、医学道德评价概述

（一）医学道德评价的含义

医学道德评价（moral evaluation），是指医务人员自己或他人依据一定的医德标准，对某个医务人

员或者是全部医务人员的医学道德行为表现，进行价值判断与评价的过程。医学道德评价是人们日常生活中对自己、他人或特定团体进行道德评价的一个方面，是道德现象的有机组成部分。道德发挥作用，道德评价是核心环节和主要路径。人们总是借助于道德评价，影响甚至干预个人或者群体的行为，以激发更多的道德行为，遏制外显的不道德行为，从而和谐人际关系，提升社会正能量。

医学道德评价包括两个对立统一的主体，一个是评价者，一个是被评价者。进行医学道德评价的主体是评价者，是除了被评价者之外的他者，可以是被评价者的同行、患者或者患者家属、管理者、其他社会成员或组织。评价者评价的依据可以是一般的社会公认的医学道德行为标准，也可能包括更专业的医学技术或法律标准，其差别在于是否有相应的知识和技术背景。医学道德评价的对象就是被评价者，不仅是一线的医务工作者，还包括更广泛意义上的医学从业人员，所有医学从业行为都有可能成为评价对象。医学道德评价的具体对象是医学道德行为，但是，评价者一般会依据具体的外在行为表现，得出关于被评价对象内在道德品质的结论。所以，医学道德评价的结果是对被评价对象的职业或者专业行为的“善”与“恶”作出评判。

（二）医学道德评价的意义

1. 促进医学道德修养 道德在社会中发挥作用的途径就是舆论，形成针对特定人或群体不道德行为的压力态势。在医学道德评价过程中，社会明确地表达了医学道德标准，传递了对特定医务人员的好恶，达到规劝有不良行为医务人员的目的。作为社会性动物，其他人员与团体的道德评价，同时意味着被评价者在社会上继续被接纳的可能性，而失去社会的容纳，就意味着失去生存的机会，所以医学道德评价总是会触动被评价者的内在良心，启动其反省机制，促使其自觉地表现出职业行为，扬善抑恶，从善拒恶。

2. 形成医学道德控制体系 道德行为的控制包括内外两个方面，即内在的良心和外部的舆论。医学道德教育是将原则和规范输入医务人员内心的过程，医学道德修养是医务人员接受相应的教育之后，自我评价、控制、改进的过程，属于道德行为的内在控制力量。

通过广泛深入的医学道德评价，肯定和赞扬符合医学道德原则的规范行为，否定和批评不道德行为，既使得医德良好的医务人员内心愉悦及产生良好的自我评价，医德不良的医务人员内心感受到压力和自我否定的形成，又使得良好的行为广泛传播，并得到更多医务人员的效仿。

医学道德评价的他律，与医务人员内在良心的自律产生共鸣，内外力量合二为一，形成自律他律相互支持与印证效应，共同创造出良好的医学道德氛围和社会风气。

3. 推动技术与人文的和谐 现代医学被诟病的问题之一就是技术高速进步的过程中，见病不见人，渐渐失去了对人的关怀，人文温度不断下降。全社会的医学道德评价，促使医务人员从特别关注疾病诊治技术，回归到关注人、人性、人心，提升医学的人文温度，实现医学技术与医学人文的和谐。这种和谐，将促进全社会对医学的接纳程度，有利于医学的全方位进步。

二、医学道德评价的标准

（一）医学道德评价的终极标准和具体标准

医学道德评价的终极标准应该是医学的目的。人类建立与发展医学科学，是为了解除所有成员的疾病痛苦、维护和促进人类的健康。医学的目的是判断医学道德行为善恶、医务人员品德优劣的终极价值尺度。凡是符合这个目标的行为属于善行，凡是偏离这一目标的行为或者是恶行，或者没有实际的医学价值和意义。

实现医学的目的，还需要诸多条件，如特定历史阶段的医学科学技术发展水平、社会投入到医学行业的资源大小、社会特殊的文化背景与价值观、自然环境条件等，都是确定医学目的的控制因素。从内容方面看，医学的目的包括促进患者症状的缓解和康复；促进健康者的健康水平、生活质量、延长寿命；促进人类生存环境的保护和改善；促进人类的优生优育；促进医学科学技术的不断进步等。

医学道德评价的具体标准是根据一系列条件确定相应社会的医学道德规范体系，这些具体标准是客观的、历史的和现实的。当然，随着环境和条件的变化，标准也会发生改变，所以也需要根据时代变迁，调整与完善医学道德评价标准。

（二）医学道德评价的复杂性

医学道德行为评价的根本标准是医学的目的，但在具体的医疗行为过程中，还存在着十分复杂的情形。

医学科学技术具有不确定性特点，即医务人员并不能确保其在明确理论指导下对个体身心实施的技术干预，一定出现正面、积极的效果，相反，有时还出现灾难性后果。如外科手术中的麻醉技术，麻醉医生完全按照已有的技术标准实施麻醉，但总是有一定比例的麻醉意外事件发生。这个现象反复出现有三个原因：

第一，知识的有限性。虽然医学知识已经取得了巨大的进步，但并未实现对人类生命现象的全部认识，这是全人类共同的痛点。一方面已有的医学知识，并不为每一个医务人员所完全掌握，存在着知识梯度分布现象；另一方面，因个体生物性和心理差异带来的知识覆盖的有限性和复杂性。知识与对象间的这种矛盾，会以特定道德形态呈现于诊疗过程和表现为医务人员的行为过程，误诊误治会因这种矛盾而产生，但往往被归结为伦理问题。

第二，技术的有限性。促进健康，医务人员需要有效的技术手段。技术手段的取得依赖于经验或者是科学进步。现实状况是目前医学界并没有能控制所有疾病、实现完美健康状态的针对性技术，很多疾病缺乏有效的治疗方法。就是已有技术也存在着技术梯度分布。技术能力的有限会导致医务人员有时望病兴叹、爱莫能助。

第三，医务人员心理能力的有限性。医学知识和技术的实施主体是医务人员。实施的过程需要医务人员在高度专心的状态下进行。但与所有人一样，医务人员在职业活动的全过程中，难以总是保持在注意力集中、观察仔细、思维敏捷、反应迅速的状态。在多种因素，如疲劳、非职业因素干扰、分心、过于紧张或激动等情况下，医务人员的诊断治疗过程出现错误在所难免。又如新的医学技术走向临床，是因为新技术具有综合效率更好的优势，其出发点是好的，可是由于对新技术使用不熟悉、不习惯的问题，一开始的效果可能并不好。另一层面，任何医疗技术的运用，都是为了促进健康，这是医学的根本目的。可是新技术的使用，一定会有一个先在部分患者身上试用的过程，一些患者虽然也可能从试用过程中受益，也可能会因为试用过程操作的不熟练或技术本身尚不够成熟而带来负面效应。

（三）医学道德评价的依据

在对医务人员的品行进行评价时，究竟是看行为的动机还是看行为的效果，是看行为的目的还是看行为的手段，这就是医学道德评价的依据问题。

1. 动机与效果相统一　动机是指从事某种行为之前，启动该行为的内在推动力量。医务人员在实施诊疗疾病、维护和促进健康的行为之前，一般是基于帮助他人战胜疾病、提升健康水平的内心愿望，这是动机。动机论重视和强调动机的重要性，认为动机良好与否是医学道德评价的核心标准，对行医行为正当性的评价应考察其动机，以动机为依据。

效果是指某种行为实施之后，直接导致的结局。医务人员实施行医行为，一般会对行为接受者产生或好或坏的影响，就是效果。效果论尤其看重行为的结果，认为有好的结局，认为效果良好与否是医学道德评价的核心依据，对行医行为正当性的评价应考察其后果，以后果为依据，后果直接影响个体或社会受益。

在实际的评价过程中，应该坚持动机与效果的辩证统一。

首先，动机评价与效果评价存在着区别。动机是内在的主观因素，是行为的支配力量；效果是外在的客观因素，是行为的实际影响。由于受复杂因素的影响，人类的动机与行为在很多情况下并不一定完全一致，即良好的动机未必有良好的结果，坏的动机有时候也能导致好的结果。实际上，同

一行为后果，动机未必相同；同一动机驱动，结局可以相异。如实施治疗之前，取得患者的知情同意是基本伦理要求，也就是说不能欺骗患者。可是，安慰剂治疗要取得效果，就一定需要对患者隐瞒事实。所以，单独评价动机或效果，有可能导致评价结论的偏差。

其次，动机评价与效果评价存在着关联性。动机与效果具有密切的关联性，动机决定行为，行为决定效果。动机与效果共同构成医学道德行为的完整链条，并且在一定条件下相互影响与转化。一般而言，良好的主观意愿，能够促发良好的行为，并反过来促进主观意愿的稳定与深化。

值得注意的问题是，动机的良好，不能仅依据当事人的主观报告，而是需要考察其实施促进健康行为时的具体行为与过程，如努力学习新的知识和技术、严格遵守医学技术规范、认真执行医学道德要求等，反映其主观动机正确。如果在这些方面都表现良好，但还是出现因不可控制因素导致的不良结果，就应该以动机为准。反过来看，执业态度不认真、业务不熟练，就是误打误撞有好的结果，所进行的评价也不能全部都是肯定和赞扬。

2. 目的与手段相统一 目的是指人们行为的目标，如给角膜受损的患者移植角膜使其复明，让失明患者复明就是目的。目的论认为评价行为善恶，只需依据行为目的，即只需评价行为的目的是否合乎道德，至于达到这个目的而采取何种手段并不重要，手段不具有道德评价意义。

手段是指人们实现目标所借助的工具、方法、途径等，如给角膜受损患者移植的角膜，取自一位刚去世、没有表达器官捐献意愿的患者，取得角膜就是手段。手段论认为只需依据行为手段合乎道德与否，行为目的并不重要，目的不具有道德评价意义。

在实际的评价过程中，应该坚持目的与手段的辩证统一。

首先，目的评价与手段评价存在着区别。目的评价与手段评价的着眼点不同。在具体的执业行为中，行为目的与手段都相对明确，手段是实施过程及其采取的方式方法，目的是为了达到的行为结果，不可混淆。

其次，目的评价与手段评价存在着联系。目的和手段存在相互联系、相互依存的关系。医务人员要实现促进健康的目的，都需要依赖具体的手段；采取任何手段，也都是为了实现具体的目的。

三、医学道德评价方式

（一）社会舆论

社会舆论指对某一引起公众共鸣的问题、相当数量的公众表达出相类似的倾向性态度，往往具有较强烈的道德色彩，以拥护或反对、赞扬或谴责的方式，对某一公共问题背后的社会主体作公开评价。由于社会舆论是通过交流沟通而形成的具有较强一致性共识的意见，反映了社会共同体多数人态度，对评价对象能够形成较大的社会压力和制约效果。随着互联网技术的进步，当下的热点医学问题引发的社会舆论，具有公众参与度高、传播迅速、影响广泛、无孔不入等特点。

社会舆论是医学道德评价的常见方式。在调节医学的职业道德行为方面，社会舆论总是发挥着重要的影响。无论是医学界，还是医务人员个体，经常受到社会舆论的评价，其职业道德行为肯定受社会褒贬的影响。社会舆论对医务人员和医学行业的表扬、肯定或谴责、否定，都是一种强烈的精神力量，对职业行为起着调整、引导作用；另一方面，医务人员应该主动关心关于医学道德的相关舆论，有则改之，无则加勉，使得自己的职业行为不断地趋向社会的期待。

社会舆论评价医学道德的主导价值观有两方面：一是社会主流的价值观。如尊重生命、恪尽职守、公平正义等社会和医学道德的应有之义。如果某些医务人员的职业行为，违背这些道德准则，往往引起较大的社会反响。二是传统习俗。传统习俗作为历史进程中逐渐形成的、具有独特民族文化色彩的行为习惯，也是社会评价医学道德的无形标准。

（二）同行评价

同行评价也叫同行评议，即医学界同行对某个具体的医务人员或团体的医学道德行为进行公开或私下评价的过程及结果。

笔记

同行评价与社会舆论的差别有两个方面：一是同行具有充分的医学知识水准，不存在公众与医务人员之间的信息不对称情形，评价更多地关注医学道德行为的科学性和有效性方面，评价标准侧重于执业行为与相关技术规范的吻合度，因而是推动内部执业水准提升的有效动力。相对于社会舆论而言，在关于行医行为规范方面，其结论的准确性和客观性更高一些。二是存在同行相互维护的可能性。由于是同行，可能存在着利益共同体成员之间相互维护的现象，也存在着维护共同利益的冲动。因此，公众对同行评价的信任度不高。可以通过加强相关制度与机制建设，实现通过同行评价促进医学道德建设的目标。

（三）组织与政府评价

作为社会组织，医疗卫生行业存在着多层级的管理部门。在管理过程中，许多管理部门都对本行业、本单位的医务人员进行经常性的职业道德行为评价与管理。组织评价一般依据政府主管部门、卫生行业组织、本单位等制定的各类医务人员从业规范，通过表扬先进的方式提倡高尚的职业道德行为，通过暂停、取消执业医师资格等方式维护医学行业的纯洁性。

在我国的医疗卫生系统，除各级医疗卫生组织之外，政府的卫生管理部门还组织对医学道德优良的医务人员开展表彰活动，这类活动包括纳入医疗机构日常管理的表彰活动，还包括在社会特定公共卫生事件发生以后对医疗卫生行业作出特殊贡献的表彰活动。这类表彰活动是社会对高尚医学道德行为的肯定、褒扬、鼓励和宣扬。

（四）良心

1. 良心的含义　良心是医务人员自身内部的道德评价，是自己对自己的医学伦理行为道德价值的意识，简言之就是自我道德评价。如果是对自己的医学伦理行为所具有的正道德价值的肯定性评价，叫作良心满足；如果是对自己的医学伦理行为所具有的负道德价值的否定性评价，便叫作良心谴责。良心尽管是知、情、意三种心理因素的统一体，应该认识到，其基本因素是情感。

2. 良心发挥作用的机制　一个有良心的医务人员，如果看到自己的行为符合医学道德要求，便会因自己做一个好人的道德需要得到满足和实现而感到快乐，沉浸在良心满足的喜悦之中；相反，如果看到自己的行为不符合医学道德要求，便会因做一个好人的道德需要就没有得到满足和实现而感到内疚，便会遭受良心谴责的痛苦折磨。良心能够促使医务人员遵守医学道德规范。

（1）在医学行为前，良心具有选择检查作用：良心选择检查医务人员自己的医学伦理行为动机，驱使医务人员形成合乎道德的动机，检查已经形成的动机是否合乎医学道德要求，并驱使医务人员将这种动机付诸实践。

（2）在医学行为中，良心具有监督和调整作用：良心监督医务人员自己的行为是否符合医学道德要求，而当自己的医学行为背离医学道德要求的时候，而促使医务人员调整自己的行为，使之合乎道德。医学工作治病救人、救死扶伤的特殊性，以及病人难以对医务人员的医疗行为进行监督，决定着医务人员的良心具有特殊的意义。

（3）在医学行为后，良心具有总结和反省作用：在医学行为后，良心会按照医学道德要求对自己的医学行为进行总结和反省，如果自己的行为合乎医学道德规范，就会因感到快乐、欣慰，促使医务人员继续遵守道德；如果自己的行为违背医学道德规范，就会感到痛苦和内疚，促使医务人员改过迁善、归依道德。

第三节　医学道德修养

医学道德教育是灌输医学伦理理论、训练医学伦理技能与实践医学道德规范的过程。教育的基本规律是，知识和能力的保持需要不断地复习与重复，才能持久地呈现。在医学实践过程中，医务人员总会面对不同的伦理原则和规范、平衡与患者及同行的利益关系，遇到教科书没有论及和覆盖的新的伦理困境，此时，根据已知的原则和方法，独立进行伦理判断与决策，需要医务人员的自我成长，

具备高水平的自省与自律能力。这需要医务人员医学道德修养(moral cultivation)作为强有力的道德能力支撑。

一、医学道德修养概述

(一)修养与医学道德修养

“修”字,其意是兴建、剪切、改正、整治、直且高,从无到有、从不完美到完美的意思。“养”字,其意是供奉、培育、抚育,使某物壮大成熟的意思。修养一词,语出唐代吕岩《忆江南》词:“学道客,修养莫迟迟,光景斯须如梦里。”词中的修养一词是指特定的人对内心思想和外在行为的改造,以表现出与所奉信仰一致的认识与行为表现。可见,修养既有内在的要求,又有外在的表现,既指修行的过程,又指修行达到的程度。

在中国传统文化的语境中,修养多指按照儒家思想要求培养完善的人格,使言行合乎规矩,达成理想的君子人格。现代汉语中,修养多指个体在道德层面,能在外界的指导影响下,自我培养出高尚的道德品质,有合乎社会主流价值观念的待人处世态度,恰当地处理个体与他人、与社会的关系,并不断求取学识品德之完美状态。

医学道德修养,以医学道德教育为基础,在教育之后医务人员医学道德水平的自我保持与提升。其含义有两个层面:一是医务人员自觉学习与训练医学道德规范的知识、标准及行为方式,将医学道德规范内化为自己内在道德素养的有机组成部分,并在实践过程中自觉地表现为符合规范要求的行为。二是医务人员在医学实践活动过程中,能够自觉地反思和发现职业活动中道德修为的不足,通过自我反省、自我教育和自我训练,始终坚持提升医学道德理论和实践水准的过程。可见,医学道德修养在不断追求高标准的意义上,是一个有始无终的过程。

(二)医学道德修养的重要性

医学道德教育是向医学生传授医学道德规范,其起点是通过外界力量促使医学生接受和遵循相应行为规范,以达到塑造良好医德品质的目标。如果医学生在学习阶段,包括其走向工作岗位之后,能够自觉地通过主观努力,修正不足、培养德行,表明教育达到目的,并且表明道德主体有了根据医学实践的具体情况,以相应的规则为指导,进行伦理判断和伦理决策的实际能力,表现出了较高医学道德修养的能力和水平。

从另一个层面看,医学道德教育不是一蹴而就的,医学道德修养贯穿医务人员的一生。不论是医学生,还是医务人员,在执业过程中会不断地遭遇不同类型的医德难题,也会遇到各种名利的诱惑。对此,大学阶段的医学道德教育肯定不能确保总是表现出高水平的医学道德境界。医学生及医务人员的医学道德修养及其能力,能够随时促进医德认识更新、医德情感升华、医德意志坚定、医德行为高尚。

医学道德修养的过程实际上是医务人员表现出内在道德控制与自我监督力量,化解医患双方医学知识和技术信息不对称性的内部路径。高水准的医学道德修养,有利于医疗服务质量的提高、医患关系的改善。

二、医学道德修养的目标

医学道德修养的目标是医务人员形成医学道德品质,提升医学职业精神。医学道德品质是医务人员长期遵循医学道德而形成和表现为一种稳定的、恒久的、整体的心理状态,包括医学道德认知、道德情感、道德意志等方面。通过修养过程,医务人员能够使得行医行为始终吻合医学职业精神的要求。

(一)医学道德品质的结构

1. 医学道德认知 医学道德认知是指医务人员对客观存在的医学道德理论、原则、规范的认识与理解。认知是行为的先导。医务人员优良医德行为的前提,是必须准确掌握并根据实际情形提升对医德理论、原则、规范的认识与把握。只有准确理解相关伦理理论、原则和规范,才能以此为依据,

笔记

对现实的医学道德问题与困境做出恰当的判断，在善恶正邪选择中，从善如流，扬正抑邪，自觉履行医德义务，展现优良医德医风。

2. 医学道德情感　医学道德情感是指医务人员对医学道德的情感体验，分正负两性和无动于衷三类。正性的医学道德情感是对正确的医学道德要求觉得愉悦、舒适的感觉，促使体验者自觉向往、敬仰和仿效高尚的医德行为的情感。同时，对违背医德要求的行为有厌恶、憎恨的情感体验。负性的医学道德情感则是反感医学道德的规范与要求，否定医学的人性光辉，仅仅把医学活动看成功利的手段，总是表现出商品交换的理念与行为。无动于衷则是因为性格的原因对医学不感兴趣，多属于被迫进入医学行业，没有相应的情感体验。

一般而言，只有具备正性医学道德情感的从业者，才有可能不断实践并提升医学道德情感修养。其表现为对通过行医帮助患者能够收获快乐感、成就感和幸福感，真正认同医学职业和医学道德的理念，自觉践履医学道德行为规范。具备了正性医学道德情感的医务人员，总是自觉实践行医道德原则，对病人一视同仁，给予患者以同情、关注、爱心，最大限度地给予患者治疗、帮助、安慰。

3. 医学道德意志　道德行为是指个体表现出符合道德的行为。医学道德行为，是医务人员面临患者疾病治疗时，从多种可行的处置模式中，经过意志的判断与选择，自觉克服困难、排除障碍，做出有利于患者决策的心理过程及其结果。可见，医学道德行为修养即包括内在的意志活动，又包括意志活动推动的行为表现。

医学道德行为修养的水平体现在医务人员实施医疗行为时的内在动机及其支配的行为。其核心是把患者的利益放在决策控制因素的第一位，其修养境界水平的衡量标准是决策是否总对患者最有利。医务人员坚毅果敢的医学道德意志，是医学道德行为修养的终极追求。

（二）医学职业精神

职业精神是与人们职业活动相联系，反映一定职业的特殊利益和要求，在特定的职业实践基础上形成的，展现职业特征的精神与操守的总和。从事特定职业的从业者应该具有该职业的职业精神、能力和自觉性。

医学道德修养的终极目标是从业者形成稳定的医学职业精神。医学职业精神是在职业实践中形成并能够对职业行为起到精神统摄作用的核心价值体系。具体包括职业人格、职业理想、职业态度、职业目的、职业责任、职业能力、职业纪律、职业良心、职业信誉、职业作风等方面。

医学职业人格是指科学素质与人文素质兼备整合，坚持理性，弘扬德性。医学职业理想是指全面优化医学理性和德性价值追求至完美境界。职业态度是指从业者爱岗敬业、恪尽职守。医学职业目的是指按照世界公认的医学人道主义准则，救死扶伤、促进健康。医学职业责任是指从业者对个人和所在的职业团体负责任。医学职业技能是指具有良好的知识和技术能力，及时跟上知识和技术进步的节奏，勇于推动知识和技术的进步，能够为职业活动对象提供最佳的服务。医学职业纪律是医学从业者有高度自觉的从业纪律，自觉遵守医学界和社会制定的具有强制性的技术、法律规范和相应制度规定。医学职业良心是从业者对职业责任的自觉意识与自我反省，对行为动机进行自我检查，对行为活动进行自我监督，对行为结果和影响做出自我评价。职业良心促使医务人员对于履行了职业责任的行为，产生内心的欣慰和满足感，对不负责任的行为，则激发出内心的谴责，有内疚和悔恨，有改进的冲动和行为。医学职业良心活动贯穿于职业行为的全过程。医学职业信誉是指职业活动中承诺有据，严守信誉。医学职业作风指从业者在其职业实践中所表现的稳定一贯的态度，有合乎职业要求的行为习惯。

三、医学道德修养的根本途径和方法

（一）坚持实践是医学道德修养的根本途径

医务人员进行医学道德修养必须坚持实践。一方面要在医学发展和临床实践中进行医学道德修养，另一方面在有关医学道德实践中进行医学道德修养。例如发现、分析、探讨和解决医学伦理问题

甚至难题，开展医学道德评价，践行医学道德，接受医学道德教育等。坚持实践是医学道德修养的根本途径。

这是因为：一是医学发展和临床实践是产生高尚医学道德的源泉。医务人员只有在医学发展和临床实践中，在处理医学伦理关系时，才能认识到哪些行为是符合医学道德的，哪些行为是违反医学道德的；才能运用医学道德规范调整和指导自己的行为，使自己的行为符合医学道德要求，从而使自己的医学道德境界不断提高。脱离医学发展和临床实践的“闭门思过”“修身养性”等，难以实现医学道德修养的目标。二是医学发展和临床实践是医学道德修养的目的。医务人员通过医学道德修养提高医学道德水平，更好地进行医学发展和临床实践，以达到维护和促进人类的健康。三是医学发展和临床实践是推动医学道德修养的动力。医学发展和临床实践会引发和带来大量医学伦理问题，需要进行研究和应对，丰富的医学发展和临床实践也需要医学伦理的指导和规范。因此，医学发展和临床实践就不断地推动医学道德的发展和变化，从而也要求医务人员及时地了解、掌握，并指导自己的医学道德修养，调整自己的医学道德观念和行为，以适应医学道德发展和变化提出的医学道德要求。四是医学发展和临床实践是检验医学道德修养效果的标准。医务人员通过医学发展和临床实践，并对照医学道德要求，肯定医学道德修养的成效，并找出不足或差距，从而不断地加强医学道德修养。

（二）医学道德修养方法

道德修养意味着自我监督、自我批评、自我限制、自我改正、自我提升，一个人能够真正做到“慎独”不是一件容易的事情，医学道德修养也不例外。医务人员医学道德修养的精进，必须有适应的内外条件与环境，才能获得良好的效果。在医学发展的历史上，有医学道德修养成功的诸多案例，积累了可资借鉴的方法。

1. 内省法（introspective method） 关于道德修养的内省法，我国传统文化积累了丰富的论述。如曾子提出“吾日三省吾身”、王阳明提出“省察克治”，都属于提高道德修养的内省法。所谓内省法，就是通过反省自己的所思所行，是不是符合相关的道德要求和行为准则，通过自我检查以发现和找出自己思想和行为中的不良倾向、念头、行为、习惯，并加以克服和整改，从而提升道德水平的方法。

内省的方法之所以能行得通，是因为人的自我意识都有主我与客我之分。自我分为作为意愿与行为主体的“主我”和作为他人社会评价和社会期待的“客我”。通俗讲，“主我”就是反省评价自己的那个自己，“客我”是指自己评价中或者别人评价中的那个自己。“主我”是感受者，“客我”是可以和整个宇宙一起指称的对象。现实生活中，“主我”可以而且经常对自己的实际表现进行观察、评价与控制。

医学道德修养的内省方法，是指医务人员根据医德理论、原则和规范，对自己医学伦理学习和执业行为过程，主动或被动地进行自我评价、判断、批评、改造，并以此为起点，自我促进医学道德水平进步的方法。

具体而言，内省包括两个方面：一是理论学习过程中的内省；二是实践过程中的内省。理论学习过程中的内省，是在学习相关医学伦理理论时，省察自己对相关知识的真实认识、情感，觉察自己认识的正确性，及时修正自己错误的观点及其情感体验。只有通过这样的内省过程，才能将医学伦理的基本准则有效整合成为人生价值观的有机内容，才能够内化为职业态度，才能够真正发挥作用。实践过程中的内省，是指在进行医学实践活动过程时，省察自己的行为及其背后的观点、态度，是不是与规范相一致，及时发现自己的错误行为及其支配观念，并加以辩驳、纠正，以及在下一次的实践过程中表现出恰当的行为。

2. 学习法 《论语·里仁》有“见贤思齐焉，见不贤而内自省也”的论述，就是指道德修养的学习法。关于道德修养的学习法，是指在医学职业活动中主动见贤思齐，见到比自己表现好的就要学习追赶，见到那些不合乎道德要求的行为，要及时省察自己是不是也有类似的不当行为。

学习法的对象有两类：一是公认的医学道德典范，一是身边的医务人员。公认的医学道德典范，如古代有由患者种树成林的董奉、现代有白求恩和全国道德模范敬业奉献类奖项获得者骆抗先教授

等，他们是医学道德的坚定实践者，在从业活动中，全方位地表现出医学道德的高境界。医务人员通过学习这类典范的事迹，向医学道德典范看齐。身边的医务人员也是每一个医务工作者学习的对象。尺有所短，寸有所长。在日常的工作中，道德修养的一种方式，就是时刻留心周围人的优点与长处而主动学习，对于同行的不当之处，应该作为前车之鉴。

3. 慎独　中国传统儒家文化倡导的道德修养方法还有“慎独”。语出《礼记•大学》：“此谓诚於中，形於外，故君子必慎其独也。”“慎独”始终是儒家富有特色的道德修养方法，强调有修为的君子，应该人前人后行为一致，有人知无人知行为一致。在医学道德修养层面，“慎独”相对于“共处”而言，是指医务人员在无人知晓与评价时，自觉按照医学道德要求实践医德行为的境界。

实际上，内省法、学习法、慎独，作为医学道德修养方法，都需要修行者具有高度自觉性、坚韧性、自制力，能够时刻抵御内心“为己”的冲动，属于道德自律范畴。

思考题

1. 试述医德教育的内涵及其可能性。
2. 德育教育内外化机制的内容是什么？
3. 医学道德教育的路径包括几方面？
4. 试述医学道德评价的维度与方式。
5. 试述医学道德修养目标与方法。

（严金海）

NOTE

主要参考文献

[1] 李义庭，李伟，刘芳，等. 临终关怀学. 北京：中国科学技术出版社，2000.

[2] 从亚丽. 护理伦理学. 北京：北京医科大学出版社，2002.

[3] 郭照江. 医学伦理学新编. 北京：人民军医出版社，2003.

[4] 赵增福，李兵，邹伟. 医院管理伦理学. 北京：军事医学科学出版社，2003.

[5] 刘俊荣. 医患冲突的沟通与解决. 广州：广东高等教育出版社，2004.

[6] 翟晓梅，邱仁宗. 生命伦理学导论. 北京：清华大学出版社，2005.

[7] 丘祥兴. 医学伦理学. 2版. 北京：人民卫生出版社，2005.

[8] 山崎茂明. 科学家的不端行为：捏造•篡改•剽窃. 杨舰，程远远，严凌纳，译. 北京：清华大学出版社，2005.

[9] 雷蒙•德埃居，约翰•兰德尔•格夫斯基. 卫生保健伦理学——临床实践指南. 2版. 北京：北京大学医学出版社，北京大学出版社，2005.

[10] H.T. 恩格尔哈特. 生命伦理学基础. 范瑞平，译. 北京：北京大学出版社，2006：382-384.

[11] 饶克勤，刘新明. 国际医疗卫生体制改革与中国. 北京：中国协和医科大学出版社，2007.

[12] 丘祥兴，孙福川. 医学伦理学. 3版. 北京：人民卫生出版社，2008.

[13] 王明旭. 医学伦理学. 北京：人民卫生出版社，2010.

[14] Macrina FL. 科研诚信：负责任的科研行为教程与案例. 3版. 何鸣鸿，陈越，等译. 北京：高等教育出版社，2011.

[15] 严金海，肖剑，吕群蓉. 医务人员行医规范体系研究. 广州：中山大学出版社，2011.

[16] 曹永福. “柳叶刀”的伦理. 南京：东南大学出版社，2012.

[17] 蔡昱. 器官移植立法研究. 北京：法律出版社，2013.

[18] 孙福川，王明旭. 医学伦理学. 4版. 北京：人民卫生出版社，2013.

[19] 贾洪波. 中国基本医疗保险制度改革关键问题研究. 北京：北京大学出版社，2013.

[20] 张昌，尹梅. 伦理审查委员会：理论研究及实践探索. 北京：高等教育出版社，2014.

[21] 卢风. 应用伦理学概论. 2版. 北京：中国人民大学出版社，2015.

[22] 孙慕义. 医学伦理学. 3版. 北京：高等教育出版社，2015.

[23] 王明旭，尹梅. 医学伦理学. 北京：人民卫生出版社，2015.

[24] 曹永福. 中国医药卫生体制改革：价值取向及其实现机制. 南京：东南大学出版社，2011.

[25] 蔡江南. 医疗卫生体制改革的国际经验. 上海：上海科学技术出版社，2016.

[26] 徐伟. 我国城镇基本医疗保险体制完善研究——基于筹资与补偿的角度. 北京：科学出版社，2016.

[27] 张鹭鹭，王羽. 医院管理学. 2版. 北京：人民卫生出版社，2017.

[28] Britinell M. 寻找完美医疗卫生体系. 胡琳琳，等译. 北京：中国协和医科大学出版社，2017.

[29] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th ed. New York (NY): Oxford University Press, 2013.

仅限自学参考！严禁任何人网络传播或盗录！后果自负！

推荐阅读

1. 习近平总书记在全国卫生与健康大会上的讲话.
2. 中国医师道德准则.
3. 新世纪医学职业精神——医师宣言.
4. 日内瓦宣言(2017).
5. 医学科研诚信和相关行为规范.
6. 关于进一步加强科研诚信建设的若干意见.
7. 赫尔辛基宣言.
8. 贝尔蒙报告.

仅限自学参考！
严禁任何人网络传播或盗卖！
后果自负！

中英文名词对照索引

A

安乐死　euthanasia　109
安宁疗护　hospice　112

B

被动安乐死　passive euthanasia　109
避孕　contraception　86
标准操作程序　standard operating procedure，SOP　141
不伤害原则　principle of nonmaleficence　35

C

成体干细胞　adult stem cell　121

D

道德　morality　1
道德教育　moral education　182
道德评价　moral evaluation　185
道德修养　moral cultivation　190
道义论　theory of duty　27
动物福利　animal welfair　133
动物实验　animal experiment　131
多能干细胞　pluripotent stem cell　121

F

反思平衡　reflective Equilibrium　4
非自愿安乐死　non-voluntary euthanasia　109
分级诊疗制度　hierarchical medical system　163
服务质量　service quality　166

G

干细胞　stem cell　121
公共卫生　public health　58
公益性　public welfare　160
公正　justice　36
公正原则　principle of justice　36
规范伦理学　normative ethics　2

H

和谐医患关系　harmonious relationship of doctor-patient　48
后果论　consequentiality theory　24
患者自主权　right of autonomy of patients　35

J

机构伦理委员会　institutional review board，IRB　140
基因　gene　116
基因增强　genetic enhancement　89
基因诊断　gene diagnosis　119
基因治疗　gene therapy　120
疾病管理　disease management　62
减少　reduction　133
健康　health　54
健康促进　health promotion　56
角色扮演　role playing　184
经营性　operating　160
绝育　sterilization　86

K

康复伦理　rehabilitation ethics　70

L

利益冲突　conflict of interests　128
临床医学伦理　clinical medical ethics　64
临床诊疗决策　clinical decision-making　172
伦理　ethics　1

M

美德论　the theory of virtue　23
描述伦理学　descriptive ethics　2
模仿学习　imitation learning　183

N

《牛津法律指南》　the Oxford Companion To Law　109
内化　internalization　182
内省法　introspective method　192
脑死亡　brain death　98，107

P

判例法　casuistry　5
胚胎干细胞　embryonic stem cell　121
胚胎植入前遗传学诊断　preimplantation genetic diagnosis，PGD　119

普通医学伦理问题决策 general problem decision-making of medical ethics 175

Q

器官分配 organ allocation 100
器官商业化 commercialization of organs 98
器官移植 organ transplantation 96
全能干细胞 totipotent stem cell 121
全球健康 global health 56

R

人工流产 induced abortion 86
人工授精 artificial insemination, AI 90
人类辅助生殖技术 assisted reproductive technology, ART 90
人类基因组计划 human genome project, HGP 117
人类受试者 human subjects 141
瑞典国际发展合作署 Swedish International Development Cooperation Agency, SIDA 56

S

涉及人的生物医学研究 biomedical research involving human subjects 134
生命观 view of life 20
生命价值论 value of life 21
生命神圣论 solen league of life 20
生命质量论 quality of life 21
生物 - 心理 - 社会医学模式 biologic psycho social medical model 51
实践伦理学 practical ethics 2
双重效应 double effect 36
死亡标准 death criteria 106
死亡观 view of death 21

T

体外受精 in vitro fertilization, IVF 90
替代 replacement 133

W

外化 externalization 182
卫生保健制度 health care system 149

X

心理治疗 psychotherapy 68

Y

医患关系模式 physician-patient relationship model 44
医联体 medical couplet 161
医学伦理决策 decision-making of medical ethics 171
医学伦理决策模式 decision-making model of medical ethics 174
医学伦理难题决策 dilemma decision-making of medical ethics 176
医学伦理行为 medical ethics behavior 171
医学伦理学 medical ethics 1
医学伦理专家委员会 advisory ethics committee, AEC 140
医学行业和学术组织伦理委员会 health-profession & association committee, HPAC 140
医院伦理委员会 hospital ethics committee, HEC 140
异种器官移植 xenotransplantation 99
优化 refinement 133
优生 healthy birth 87
有利 beneficent 34
有利原则 principle of beneficence 36
元伦理学 meta-ethics 2

Z

责任 responsibility 133
正义 justice 34
职业病 occupational disease 63
职业道德 professional ethics 169
主动安乐死 positive euthanasia 109
专能干细胞 unipotent stem cell 121
自愿安乐死 voluntary euthanasia 109
最小风险 minimal risk 143
最优化准则 optimization criteria 66
尊重人 respect for persons 34
尊重原则 principle of respect for autonomy 34

57检

国家卫生健康委员会“十三五”规划教材
全国高等学校教材
供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

1.	医用高等数学	第 7 版	28.	眼科学	第 9 版
2.	医学物理学	第 9 版	29.	耳鼻咽喉头颈外科学	第 9 版
3.	基础化学	第 9 版	30.	口腔科学	第 9 版
4.	有机化学	第 9 版	31.	皮肤性病学	第 9 版
5.	医学生物学	第 9 版	32.	核医学	第 9 版
6.	系统解剖学	第 9 版	33.	流行病学	第 9 版
7.	局部解剖学	第 9 版	34.	卫生学	第 9 版
8.	组织学与胚胎学	第 9 版	35.	预防医学	第 7 版
9.	生物化学与分子生物学	第 9 版	36.	中医学	第 9 版
10.	生理学	第 9 版	37.	医学计算机应用	第 6 版
11.	医学微生物学	第 9 版	38.	体育	第 6 版
12.	人体寄生虫学	第 9 版	39.	医学细胞生物学	第 6 版
13.	医学免疫学	第 7 版	40.	医学遗传学	第 7 版
14.	病理学	第 9 版	41.	临床药理学	第 6 版
15.	病理生理学	第 9 版	42.	医学统计学	第 7 版
16.	药理学	第 9 版	43.	医学伦理学	第 5 版
17.	医学心理学	第 7 版	44.	临床流行病学与循证医学	第 5 版
18.	法医学	第 7 版	45.	康复医学	第 6 版
19.	诊断学	第 9 版	46.	医学文献检索与论文写作	第 5 版
20.	医学影像学	第 8 版	47.	卫生法	第 5 版
21.	内科学	第 9 版	48.	医学导论	第 5 版
22.	外科学	第 9 版	49.	全科医学概论	第 5 版
23.	妇产科学	第 9 版	50.	麻醉学	第 4 版
24.	儿科学	第 9 版	51.	急诊与灾难医学	第 3 版
25.	神经病学	第 8 版	52.	医患沟通	第 2 版
26.	精神病学	第 8 版	53.	肿瘤学概论	第 2 版
27.	传染病学	第 9 版			

仅限自学参考！严禁任何人网络传播或盗卖！后果自负！

A180 0459 8315
激活码

扫描圆标二维码 或登录 jh.ipmph.com 享受增值服务

策划编辑 王 暄
责任编辑 王 暄 李 岩
数字编辑 徐建美
整体设计 郭 淼 单 斯
李秋斋

人卫智网
www.ipmph.com
医学教育、学术、考试、健康，
购书智慧智能综合服务平台

人卫官网
www.pmph.com
人卫官方资讯发布平台

关注人卫健康
提升健康素养

ISBN 978-7-117-26677-2
9 787117 266772 >
定 价：42.00 元