

艾滋病防治中的倫理 和政策問題

邱仁宗

摘要

本文討論了艾滋病在中國大陸傳播引起的倫理和政策問題。作者首先指出在預防控制艾滋病問題上中國正處在十字路口。接着作者分析了中國會不會成為艾滋病和艾滋病病毒感染的高發國，討論了制訂有效而合乎倫理的艾滋病防治政策的理論預設和價值以及評價政策的倫理學框架，討論了艾滋病治療和預防中的倫理和政策問題。

關鍵詞： 艾滋病 艾滋病病毒感染 政策 倫理問題 治療
預防

邱仁宗，男，研究員/教授，中國社會科學院哲學研究所，中國北京，郵政編碼：100732。

《中外醫學哲學》1：4(1998年12月)：頁7~60。

© Copyright 1998 by Swets & Zeitlinger Publishers.

前言：中國在十字路口

艾滋病和艾滋病病毒感染（人類免疫缺陷病毒的俗稱）也許是在人類歷史上第一個可以稱得上是全球流行病。過去的瘟疫，不管是歐洲的“黑死病”，還是亞洲的“虎列拉”，畢竟是地域性的。有些傳染病，如天花或結核病，雖然遍及各大洲，但只是此起彼伏地發生。古今中外，沒有一種疾病像艾滋病和艾滋病病毒感染那樣，在短短幾年間，席卷全球，衝破國界和洲界，衝決一切民族、種族、社會、經濟、政治、文化、宗教、意識形態的藩籬，留下一片恐懼、恐慌、痛苦、悲哀和死亡。在艾滋病和艾滋病病毒感染高發的一些農村，真是重現了“千村霹靂人遺矢，萬戶蕭疏鬼唱歌”的悲慘景象。艾滋病對全人類的生死存亡提出了嚴重的挑戰。

要戰勝艾滋病，當然需要基礎醫學、臨床醫學和公共衛生的努力。但僅僅擁有高超的醫學知識和技能是不夠的。艾滋病具有突出的生物心理社會性質。尤其關鍵的是需要一項有效的而且合乎倫理的政策。無效而不合倫理的政策將使千百萬人付出沉重的代價。這是決策者的道德責任問題。

艾滋病目前是**不可治愈的、致死的疾病**。但**艾滋病病毒感染在原則上是可以預防的**。中國目前似乎尚處於**艾滋病病毒感染低發階段**，但促成大規模蔓延的因素正在醞釀之中。中國會不會成為一個**艾滋病高發國**？能不能防止中國成為一個**艾滋病高發國**？目前可以說是，**機遇和危機并存**。機不可失，時不再來。如果我們能有一個有效而合乎倫理的預防控制**艾滋病病毒感染**的政策，我們就有可能利用目前千載難逢的時機，防止中國成為一個**艾滋病高發國**。如果我們堅持一些過時的、陳舊的、錯誤的觀念，堅持一種既無效又經不起倫理學辯護的政策，那麼我們就會貽誤時機，中國成為**艾滋病高發國**的前景將不可避免地成為現實。到了那時，堅持錯誤決策的人，就將承

擔歷史的責任。

中國在十字路口。

一、中國會成為**艾滋病和艾滋病病毒感染**流行的“高發國”嗎？

如果亞洲，尤其是**東南亞地區**將成為**艾滋病和艾滋病病毒感染**流行的“重災區”，那麼中國會成為**艾滋病和艾滋病病毒感染**的“高發國”嗎？〔張聖芬〕這個問題首先涉及對我國目前**艾滋病病毒感染率**較低，持怎樣的看法。如果像有些政府官員認為的那樣“**中國艾滋病病毒感染率**比較低，是與中國開展一系列防治工作密切相關”〔1993年6月10日《人民日報》〕，或認為我國**艾滋病病毒感染率**較低是由於我們的一系列防治工作所致，那麼只要堅持我們目前的“一系列防治工作”，我國就不可能成為“高發國”。另一種看法是認為**艾滋病病毒感染率**低，是一個欺騙人的指標，只能錯誤引導人們產生一種虛假的安全感，最終只能貽誤防治的時機。雖然根據專家估計我國**艾滋病病毒感染**人數約為**30萬**，但比起**12億**人口來，仍是一個很小的數目。目前誰也不知道中國**艾滋病病毒感染**者的確切人數。也許已查出的**感染艾滋病病毒感染**人數不過是“冰山之類”，也有可能正處於“高發”的醞釀階段。因為在幾年前，泰國和印度的**艾滋病病毒感染率**也不高，誰也不認為這兩個國家會成為“高發國”。我們的防治工作是有成績的，我們的衛生保健工作者和社會工作者在**艾滋病防治**和**健康教育**方面作出了巨大貢獻，但是絕不能說這個成績或我們已經獲得的經驗足以使我們能夠控制**艾滋病病毒**的蔓延。當然，目前我們並沒有充分理由說，**艾滋病病毒感染**在中國大流行已不可避免。但目前更沒有充分理由說，憑着我們目前的防治措

施，或憑着我們的“中華文化傳統”，艾滋病病毒感染在中國的低發率是有保障的。如果仔細分析一下，也許會發現這種樂觀主義是沒有根據的，艾滋病病毒感染較大流行的危險因素是實實在在地存在着的，甚至可以說，艾滋病病毒感染較大流行的“溫床”業已在中國形成。

1. 經濟模式的改革和社會經濟的發展形成了日益增加的流動人口。經濟模式的改革和社會經濟的發展需要大量供銷人員、司機、商人以及其他服務業人員，他們離鄉背井，去外地謀生和發財。改革和發展也吸引大批農民離開農村來到城市工作，試圖改善他們的生活和地位。據不完全估計，這種流動人口在全國已達**6-8,000**萬人。這些人一旦走出他們穩定的家庭結構，道德規範的約束力較強的文化圈，就有可能出現性伴的多元化，以及其他非規範行為。

2. 有利於艾滋病病毒傳播的種種不安全行為難以遏制，日益增多。靜脈注射毒品者的人數至少已有許多萬。他們之中許多人共用針頭、注射器，他們再將艾滋病病毒傳染給他們的性伴。通過已經形成規模不小的“性產業”的商業性行為傳播艾滋病病毒可能會成為中國艾滋病／艾滋病病毒感染流行的主要因素。中國同性戀的人數約佔總人口的**1-5%**，其中一些人進行無保護的性活動。

3. 促進艾滋病病毒傳播的性病已遍佈全國，性病患者逐年增加。性病使生殖器官發生炎症或損傷，為艾滋病病毒的侵入大開方便之門。現在全國累計性病人數已經超過**100**萬，分佈在全國省、直轄市和自治區。〔徐文嚴**1993**〕據曾光等人預測，我國進入**21**世紀，性病將成為主要的傳染病病種，性病男女性別比將從**2:1**上升到**1:1**。〔曾光等**1995**〕

4. 存在着醫源性感染的危險性。根據我國調查表明，目前農村**0-2**歲兒童每年平均接受注射等針刺（**90%**為注射，餘為針灸、輸液）**38.6**次，鄉村醫生一般只做到換針頭而不換針

管，忙時就連續使用。因此，我國兒童（主要是農村）每年接受不安全注射的次數以億次計。這是使我國成為乙型肝炎大國的主要原因之一。而艾滋病病毒可以經與乙肝同樣的途徑傳播。**1990-1991**年對河北省**7**個市縣血站**836**名供血人員的調查，丙型肝炎感染率平均為**31.74%**（**264/836**），最嚴重的平山縣血站達**82%**（**82/100**），衡水市血站竟達**91.94%**（**171/186**）。這種醫源性傳播實際上是不安全注射和被污染輸血的協同作用的結果，它預示着我國供血狀況的混亂和艾滋病病毒如丙型肝炎一樣可能通過這一方式傳播。在艾滋病非流行區一旦通過被污染的輸血或血液制品造成大量艾滋病病毒感染後，不安全的注射可以造成“二次性”傳播。〔訾維廉**1995**〕目前衛生部雖早已有規定，但我國尚未能對所有供血者進行普遍的義務的艾滋病病毒檢查。最近上海發現一例供血者艾滋病病毒陽性，他已感染**4**年。全國各地醫院還沒有足夠的消毒設備做到一人一針管、一針頭。

5. 性觀念的變化。幾十年培養起來的單一價值觀念和傳統道德觀念，也發生了變化，人們的自我約束力大為減弱。人們的性觀念也逐步從工具性文化（即認為性僅是生育的工具）轉向自然性文化（即認為性具有獨立的價值）。性行為模式在若干人群中發生較大的改變。北方某大城市曾在出租車司機中調查，其中**42%**的司機希望自己擁有更多的性伴。有的地方調查，有**3.4%**的旅館服務員和**13.6%**的出租車司機有多性伴。對**8,000**對來民政部門結婚登記的未婚青年調查，有婚前同居史者達**21%**。個別地區青年中有婚前性經驗的女性達**60%**，男性達**70%**。在中國性文明的一項調查顯示〔國家預防和控制艾滋病專家委員會等**1995**〕，這種性觀念的變化也許在現代化的進程中難以避免，但這種變化確實在一定程度上有利於性病和艾滋病病毒的傳播。

6. 已經開放的大門不能再關上。自從開放以來，我國與世

界各國的聯繫日益加強，與鄰近地區和國家的交往日益密切。與國外先進的技術、精美的商品輸入的同時，也傳來了毒品和疾病。第一例靜脈吸毒者是在國外吸的毒，第一例艾滋病病人是外國來的。尤其是國際販毒組織企圖在中國開闢走私毒品新途徑，為我們禁毒和預防艾滋病的工作造成困難。由於國際和地區間人員來往日益增多，尤其是艾滋病病毒高發國泰國和印度都是我們的近鄰，增加了艾滋病病毒跨國傳播的機會。事實上，我們已有一些從非洲、泰國回國的人員，感染上了艾滋病病毒。廣東經濟特區企業管理人員和富裕起來的公民越來越多的人去鄰近東南亞國家辦事或旅遊，他們之中有些人帶着血清學陽性回來。

7. 大多數人目前不知道在艾滋病病毒面前如何自我保護。根據一些省份的調查，有一半的大學生和90%的工人和幹部不知道艾滋病病毒是什麼。在被調查的對象中，只有15.6%對有關艾滋病的問題作出正確的回答。在艾滋病病毒感染率較高的雲南省瑞麗縣，3個村子的農民30%沒有聽說過艾滋病，78-94%的當地人不知道如何預防艾滋病。個人和國家對艾滋病流行的反應有相似的模式。首先是否認艾滋病是個問題；但一旦認識到艾滋病的存在及其對社會的嚴重後果，就表現出恐慌、恐懼和對艾滋病病毒傳染途徑的無知，導致對艾滋病病人和艾滋病病毒感染者的排斥和歧視；最後艾滋病病毒感染者開始改變他們的行為以保護他們自己和他人的安全，非感染者和社會也開始了解到艾滋病的性質和艾滋病病毒的傳播途徑，開始正確對待艾滋病病毒感染者和高危人群，並開始制訂有效並且合乎倫理的預防艾滋病病毒感染的規劃和政策，這就處於建設性參與的第三階段。在我國，大多數人還處於第一或第二階段，遠沒有達到第三階段。在接受調查的醫務人員中，許多人表示不願意為艾滋病病人和艾滋病病毒感染者提供醫療服務。

與有效預防艾滋病病毒感染相適應的倫理、法律氣候或環

境尚未形成。根據許多國家的經驗教訓，有效預防和控制艾滋病病毒感染，必須有相應的倫理、法律氣候或環境。只有在相應的倫理、法律氣候或環境中，人們才能接受有關預防艾滋病病毒感染的健康教育，才能進入艾滋病病毒感染者和費感染者共同參與的第三階段。為此目的，社會有必要在若干方面作出一些讓步。

二、有效而合乎倫理的政策

理論預設和價值

對於艾滋病和艾滋病病毒感染這樣一種凶險、致命的全球流行病，關鍵在於有一個正確的防治和控制艾滋病病毒感染的政策。任何政策都必須有一定的言明的或隱含的理論預設和價值作為基礎。了解這些預設、前提、價值、目的，對理解、掌握和執行政策至關重要。

1. 艾滋病目前是“不治之症”，但是可以預防的

根據艾滋病病毒的結構和性質以及它的傳播途徑，我們知道艾滋病病毒不是通過隨意接觸傳染的，而是通過特定的血液、性和垂直這三個途徑傳播的。這三個傳播途徑在原則上是可以阻斷的。我們只要在這三個傳播途徑上層層設防，我們就可以遏制和預防艾滋病病毒的傳播。

由此可知，說“艾滋病是20世紀的瘟疫”是不準確的。人們談到“瘟疫”(plague)，在西方是肺鼠疫或腺鼠疫，在中國可能想到天花、霍亂等。人們常用“瘟疫”來指某些傳染病的兩個特點：(1)它們是接觸傳染的，一個人可以非常容易地在一種隨意的環境中將這種病傳給另一個人；(2)它們是致死的。這(2)適合於艾滋病，鼠疫、天花、霍亂和艾滋病都是凶險而致

命的，一旦患上，生命難保。但(1)并不適合於艾滋病。鼠疫、天花和霍亂等瘟疫可以通過隨意接觸傳染。在一個房間開會，只要有一個人有鼠疫，其他與會者就有可能感染鼠疫。用霍亂病人用過的玻璃杯喝水，也就會感染霍亂。但艾滋病與它們不同。艾滋病病毒僅在特異的人類接觸環境中傳播，一般是指雙方心照不宣地或直言明說地表示同意的環境下傳播的。艾滋病病毒不可能通過空氣、握手、共用飲具而傳播。這種不準確的提法在人們無知的情況下助長了恐慌情緒。如有些地方要將艾滋病病人攆出本地；拒收病人的孫子女入幼兒園；將病人的物品燒掉；將病人家屬的辦公用具扔出窗外等等事例，都反映了人們將艾滋病和艾滋病病毒感染與其他瘟疫完全等量齊觀的錯誤觀點。

2. 艾滋病具有明顯的生物—心理—社會性質

艾滋病和艾滋病病毒感染是一種生物心理社會現象。在某種意義上，任何疾病都是一種生物心理社會現象，但其他疾病沒有像艾滋病和艾滋病病毒感染那樣，突出地顯示了疾病的生物心理社會性質。艾滋病是由一種病毒（小機體）感染了人體（大機體）的結果。但這種病毒所以能在人群中傳播，是通過心理、社會的因素為中介，並且產生嚴重的心理、社會後果。一旦得知感染上這種病毒或發病後，會在艾滋病病人和艾滋病病毒感染者心裏，也會在他們周圍的人群中，引起強烈的心理、情感反應：焦慮、恐懼、羞愧、自暴自棄、輕生；恐慌、責怪、厭惡、歧視、排斥等等。

艾滋病和艾滋病病毒感染與人們的性行為（如多性伴、隨意性行為、肛交、商業性性行為等）顯著相關，性行為、性關係又是人們隱私的核心，法律的力量有時對它作用有限。艾滋病和艾滋病病毒感染又使我們注意那些在人類歷史上長期存在而始終未能解決的（如賣淫、吸毒），或過去看不見、以為不

存在的社會問題（如同性戀的不安全性行為），正是這些問題的存在形成了高危人群。

艾滋病和艾滋病病毒感染的蔓延還有更寬廣的社會經濟背景。由於貧窮，失業人數多，營養差，文化教育程度低，婦女的依賴性和脆弱性高，這在一定條件下成為助長艾滋病／艾滋病病毒感染蔓延的土壤。在東南亞，有兩大貧困的社會集團，即少數民族和婦女，前者種植也服用毒品，後者賣淫。〔Bloom *et al.* 1993〕雖然不能認為貧困是艾滋病的原因，但不能否認貧困確實是艾滋病和艾滋病病毒感染蔓延的土壤。在經歷變革的地區，由於人口流動、勞力的輸出和輸入、男子離開家庭、經濟模式的變革要求大量的供銷人員、運輸人員和商人，使商業性性行為和性傳播疾病的蔓延容易發生。而在性病基礎上容易感染艾滋病病毒。

艾滋病和艾滋病病毒也突出了婦女的不平等地位，婦女作為接納性性伴在感染危險上與男子是不平等的。通過性行為感染艾滋病病毒的危險，婦女要比男子大得多，即婦女從男性伴感染艾滋病病毒的危險要比男子從女性伴感染艾滋病病毒大得多。艾滋病病毒的異性間傳播可分：男—女和女—男兩種途徑。前一途徑比後一途徑感染艾滋病病毒的可能性大。〔張孔來等1994〕目前婦女感染艾滋病病毒90%以上是由於陰道性交所致。當婦女一般健康不佳、生殖器損傷、發炎、分泌物多等，感染艾滋病病毒的概率就增大。由於懷孕、分娩、和妊娠後出血或治療反復妊娠引起的貧血而輸血和注射機會多，婦女因血污染和注射而被感染艾滋病病毒的危險就增大。到本世紀末婦女感染艾滋病病毒的人數將等於或超過男子。婦女作為妻子有通過性感染艾滋病病毒的危險。婦女如果賣淫危險就大得多。婦女作為母親，必須對付感染艾滋病病毒的胎兒或嬰兒的後果。作為母親、姑姨、姐妹、祖母／外祖母、女兒，不得不照料因父母艾滋病而成為孤兒的兒童。婦女作為照料者，負有

照料病人、垂死的伴侶、兒童、親戚和鄰居的負擔，在面臨疾病和死亡時又要設法維持家庭。所以艾滋病／艾滋病病毒傳播引起的負擔更多地、不成比例地落在婦女肩上。由於婦女在家庭和社會的從屬地位，尤其是經濟上的依賴性，使婦女對艾滋病病毒的感染具有脆弱性，因為她們不能在與誰發生關係、性交時採取保護措施上有自主性。在許多國家，性交對婦女不是一種選擇，而是一個生存問題。未婚婦女或不育婦女在家庭、社會上沒有地位，甚至得不到生存所必需的經濟和社會支持。一旦結了婚，她被期待忠實於她丈夫，而不能得到丈夫的忠實。在不少國家（像中國舊社會一樣），男子的多性伴是可接受的，至少是被寬容的，但婦女絕對不行。在許多發展中國家，許多男子離鄉背井去別處工作，男子的流動和移民有可能增加男子婚外性關係的機會。而婦女不得不接受與她們丈夫性交帶來的危險。然而，一旦婦女感染艾滋病病毒，她就可能被迫離婚或被趕出家庭。婦女由於經濟上的依賴性，社會地位的低下，文化水平差，使她們缺乏保護自身的能力。這一切使得婦女更可能由於感染艾滋病病毒而遭遇更大的不幸。

〔 Hamblin *et al.* 1991 〕

艾滋病和艾滋病病毒感染的蔓延也反映我們衛生保健制度的弱點（如尚未從單純的生物醫學模式中擺脫出來）以及社會應變能力的薄弱。

艾滋病和艾滋病病毒感染的生物心理社會性質要求我們採取綜合的全方位的對策，而不能單純依靠生物醫學，生物醫學方面的努力是預防和控制艾滋病病毒感染的必要條件，但不是充分條件。艾滋病病毒及其在人類環境中流行的特點使得過去對付傳染病的一些有效辦法如檢疫或隔離歸於無用。

〔 Almond 1990; Gostin (ed.) 1990; 邱仁宗 1993 〕

3. 患艾滋病或感染艾滋病病毒與道德問題不相干

在我國流行着這兩種提法：“艾滋病是上帝的懲罰”，以及“艾滋病是對性亂的報應”，或縮簡為“艾滋病是上帝對性亂的懲罰”（轉引自〔張琚1991〕）。這種提法復活了一種古老的疾病觀念，即認為患病是對冒犯鬼神先靈或犯禁行為的懲罰或報應。因此，患病是“活該”。病人患病是對他所作不良行為或“惡行”的懲罰。因此，病人的道德地位就低於健康人，甚至沒有道德地位。病人沒有任何道德權利，其他人也對他沒有任何道德義務。如果社會上有人關心他，照料他，那是出於“善心”，是一種“慈善事業”，並不是一種非做不可的義務。人們只要回想一下，歷史上麻風病人和精神病人所遭受的待遇就可以了解這種疾病觀念的後果。麻風病人和精神病人被隔離、監禁，得不到別人和社會的同情、照料，受到羞辱和歧視，沒有任何道德和法律的權利，構成處於社會邊緣的、弱勢的、無權的人群。

現代醫學的疾病觀念是自然主義的。疾病是一種生物學過程，是致病因子與人類機體相互作用的過程和結果。因此，患病這一事實本身與道德問題不相干。當然，人的行為模式會促進或阻止致病因子作用於人類機體。例如，喝不潔髒水容易患腹瀉，共用餐具容易患肝炎，吸煙容易患肺癌和心血管疾病。但并不因此而改變疾病的生物學性質。靜脈注射毒品和嫖娼賣淫會使人容易感染艾滋病病毒。靜脈注射毒品和嫖娼賣淫在許多國家都是非法的。即使在這些行為并非非法的社會中，一般社會輿論也認為是“不良行為”。也有些社會認為這是個人的選擇，否認這些行為與社會犯罪的緊密關係。即使在一個其行為被認為不道德或非法的社會中，也應該將行為本身與患病、感染這一事實分開。這種復活的古老的疾病觀念忽視了三個基本事實：

其一，引起艾滋病或艾滋病病毒感染的病因是艾滋病病毒這種微生物，而不是行為本身。有這種行為的不一定都得病，

患病的也不一定都有這種行為。

其二，有許多人患了艾滋病或感染艾滋病病毒，并非她們或他們有“不良行為”。在一些國家，由於衛生行政部門的失誤，安全輸血沒有保障，使數千人感染了艾滋病病毒。那麼為什麼不去懲罰那些負有不可推脫的責任的衛生行政官員，而去懲罰那些被輸了含有艾滋病病毒血液的人呢？這豈不是太不公允了嗎？更不要說，那些呱呱墜地的嬰兒，她們或他們通過垂直傳播感染了艾滋病病毒，她們或他們又是因何而要受懲罰呢？而生她們或他們的母親，也可能是因為通過性傳播從她們的丈夫那裏感染了艾滋病病毒。她們又何罪之有呢？

其三，還有許多有不良行為或惡行的人並沒有得艾滋病或感染艾滋病病毒，他們只要採取相應的措施，避免感染艾滋病病毒是有保障的。那麼為什麼不懲罰他們呢？這不是也欠公允嗎？

由於認為“艾滋病是上帝的懲罰”這一錯誤觀念蘊含着艾滋病病人或艾滋病病毒感染者喪失其道德地位，因此往往正是這種錯誤的疾病觀念導致對病人或感染者的歧視，而這種歧視又導致病人或感染者不能獲得必要的預防艾滋病的教育，或者他們因怨恨而在預防艾滋病工作中採取不合作態度。這樣就會使社會預防艾滋病的規劃事倍功半，甚至半途而廢。再者，在臨床條件下，一旦病人來求醫，就進入了特殊的醫患關係，醫務人員有義務對待病人一視同仁，解決病人的問題。

4. 預防和控制艾滋病和艾滋病病毒感染的蔓延關係到每個人

人們對艾滋病蔓延的態度大致有三個階段：第一階段是無知、不認識。對艾滋病一無所知，對艾滋病蔓延的情況也毫不認識。處於這一階段的人一旦得知有艾滋病發生便很快進入第二階段，即責怪、恐慌階段。他們首先感到恐懼，產生恐慌情

緒，並且責備、責怪別人。他們往往認為艾滋病和艾滋病病毒感染只是個人的問題或少數人的問題，而沒有認識到這是一個與每個家庭、每個人都有關的問題。直接地說，即使不屬於高危人群，每個人都有感染艾滋病病毒的可能，當然這種可能不大，但也不能排除。例如通過輸血或血製品，或其他醫源性傳染。如果家庭中某一成員屬於高危人群，其他成員就要關心他或她，也要注意自我保護。家庭中的年輕一代，他們的性行為變化極大，年長的不得不增加操心。那些工作流動性比較大的人，尤其是進入艾滋病病毒感染高發區的人員，要特別注意自我保護。間接地說，艾滋病和艾滋病病毒感染帶來的社會經濟損失越來越大時，就會影響國家對所有家庭和個人的支持。經過一段時期，社會成員會逐漸進入第三階段，即共同參與的階段，大家承擔各自的責任，並享有各自的權利。這樣，只有在全社會成員的參與下，艾滋病的蔓延才能得到有效遏制。

5. 預防和控制艾滋病和艾滋病病毒感染的目的是維護個人及其家庭的健康、幸福和尊嚴，也是為了社會的發展和安定

艾滋病病人是非常痛苦的。他們的生命危在旦夕，隨時有患機會性感染以致死亡的危險。艾滋病病毒感染者也經常焦慮不安地等待出現與艾滋病相關的臨床症狀。周圍不理解的人們，可能會對他另眼相看，羞辱他，歧視他。如果他們是家庭的主要支撐者，他們的家庭就可能瓦解，後代的成長教育都會成為問題。如果艾滋病病毒感染者懷着胎兒，生出的孩子有可能染上艾滋病病毒。艾滋病和艾滋病病毒感染的蔓延使個人和家庭的健康、幸福和尊嚴都處於威脅之中。我們預防和控制艾滋病和艾滋病病毒感染的目的就是維護他們的健康、幸福和尊嚴。同時，如果大量有才能的人、有勞動力的人患艾滋病或感染艾滋病病毒，它們在社區、城市蔓延，就會危及社會的發

展。如果艾滋病病人和艾滋病病毒感染者與非感染者的關係處理不好，就會影響社會的安定。所以，我們預防和控制艾滋病和艾滋病病毒感染的目的也是為了社會的發展和安定。

6. 預防和控制艾滋病和艾滋病病毒感染的政策應該既是有效的，又是合乎倫理的

預防和控制艾滋病和艾滋病病毒感染的政策應該是有效的，這是不言自明的。但是如果我們的政策不能得到倫理學的辯護，這個有效性也會有問題。政策是政府規定的應該做什麼和怎樣做的行為規範。有效性和合乎倫理性是對政策的兩個要求。這兩個要求在根本上是一致的，但有時也會發生矛盾。例如一個政府可以採取不合理的強制性措施達到政策預定的合理目標。從短期看，這種政策是有效的，但這種有效性往往不是可持續的。因此，政策的合乎倫理性，往往是政策持續有效的保證。

評價政策的倫理學框架

一個合乎倫理的預防和控制艾滋病和艾滋病病毒感染的政策，是說這個政策應該是能夠在倫理學上得到辯護的。說一個行動（措施、政策、立法）能夠在倫理學上得到辯護，也就是說，這個政策符合一定的倫理學原則，不違背這些倫理學原則。這些倫理學原則構成了評價預防和控制艾滋病和艾滋病病毒感染的倫理學框架。倫理學原則體現了借以判斷一個行動是否應該做、不應該做或允許做的信念和價值觀念。倫理原則應指導國際、國家、社區和個人對艾滋病和艾滋病病毒的反應。以下四個基本的倫理學原則是我們認為可以構成評價預防和控制艾滋病和艾滋病病毒感染的倫理學框架。

1. 有利（Beneficence）原則

有利於艾滋病病人、艾滋病病毒感染者和尚未感染的人的

利益，應該是防治對策的目的和結果。有利原則有兩個方面：“不傷害”的反面義務和“確有助益”的正面義務。“不傷害”（Non-maleficence 有時成為一條獨立的倫理學原則）指不給病人或健康人帶來本可避免的疼痛、痛苦、損失、殘疾或死亡。不傷害的義務包括不應該發生有意的傷害和傷害的危險，以及某些並無惡意、甚至無意造成的傷害，例如疏忽造成的傷害。“確有助益”指預防感染和疾病、治愈疾病、緩解症狀、解除疼痛或痛苦、使病人康復或感到較前舒服、使健康人增進健康或增強抵抗力。

但是不管是治療行動，還是防治對策，只有積極後果，沒有消極後果是不多的。因此需要權衡利弊得失。為此發展了代價／效益（cost/benefit）分析、代價／效果分析（cost/effectiveness）、風險／效益分析（risk/benefit）等方法。例如在考慮是否要決定進行普遍的強制性的檢測時，就要看這樣做給艾滋病病毒抗體陰性和陽性的受檢者和社會帶來多大好處，給他們和社會帶來多大負擔，包括檢查結果的假陽性和假陰性有多大比率等問題，以及看兩者得失是否相當：利大於弊，還是得不償失。大多數研究結果是認為普遍的、強制性的篩查得不償失，因而不應採取。反之，有選擇地對特殊人群進行強制性檢測則是應該做的，如對供血者、供精者的檢測，因為這樣做利大於弊、得大於失。艾滋病病毒感染者得知自己的陽性結果後，想向他的性伴保密，這將給他的性伴造成傷害，醫務人員就有責任說服他將實情告訴給他的性伴，如果遭他拒絕，應設法直接告知他的性伴。

當一個行動或對策給我們帶來有利的結果，同時也造成一些不利後果時，可以用雙重效應給予辯護。一個行動或對策可以有兩重效應：一是有意的、直接的效應，達到有利於病人或健康人的目的；另一是可以預料到的、然而無法避免的、并非有意的、間接的、有害的效應。例如嚴重壞疽不得不截肢，這

是為了保全生命的必要措施，但截肢後喪失了一條腿，這是為了保全生命而不可避免地帶來的傷害，截肢後還可能發生血栓的危險。保全生命是直接的有意的效應，喪失腿是可以預料、不可避免、并非有意的效應。雙重效應原則可用來解決某些倫理難題。倫理難題起源於兩個義務發生衝突、不能同時履行這兩個義務時。保全壞疽病人的生命和保全他的腿，都是應該做的有利於病人的義務，但保全生命與保全腿不能兩全。這時就要權衡那一個義務更重要？在壞疽病人的例子上，保全生命顯然比保全腿更重要，而且不能保全生命，最終也保不住腿。有時我們會面臨這樣的處境：發現沒有良策可循，可供的選擇都是有弊有利，這時我們只好兩害之中取其輕。

2. 尊重 (Respect) 原則

尊重艾滋病病人、艾滋病病毒感染者或尚未感染的人有兩個意義：一是把他們作為一個人、人的同類來尊重他們，一視同仁地對待他們，而不歧視他們，這是一種人道主義的考慮。二是尊重他們作為一個公民的法律權利和道德權利（或倫理權利）。法律權利是指在我國憲法和其他法律規定的一個公民理應享有的生命健康權、人身不可侵犯權、隱私權以及其他各項權利，道德權利是指在倫理學上可以得到辯護的各項權利，例如作為病人應享有基本醫療權、自主權或自我決定權、知情同意權、隱私權、保密權等權利。開除抗體陽性者的學籍或工職，這就是一種歧視。也不能像歷史上錯誤地對待麻風病人那樣對待他們。監測和疫情報告是必要的，但在做法上要考慮避免侵犯隱私權和保密權。知情同意是第二次大戰後在紐倫堡對納粹醫生利用集中營內的無辜受害者作人體實驗進行審判後提出來的，我們絕不可等閑視之。例如我們要在人體上試驗一種新發明的疫苗，貫徹知情同意原則是必不可少的。

尊重意味着寬容。在預防艾滋病和艾滋病病毒感染的工

作中貫徹寬容原則尤為重要。因為在預防工作中，改變高危行為非常重要。而改變高危行為涉及社會中一些處於社會邊緣地位的人群，他們的行為模式與社會的主流人群不同，甚至為他們所不容。為了戰勝艾滋病這一人類共同的敵人，即使我們還不能在行為模式問題上取得一致意見，但應該彼此採取寬容的態度，尤其需要社會的主流人群對邊緣人群採取寬容態度。

如果仔細分析一下，寬容是認識理性和社會安定的必要條件。在任何社會，個人的認識總會有差異，更不要說在任何社會都會有不同的文化、民族、語言、宗教集團，因而會有不同的價值觀念和信念系統。如果採取寬容態度，有利於思想自由，發揮創造性，以及促進社會的安定團結。

3. 公正 (Justice) 原則

這裏指的是分配上的公正，包括資源分配、利益（效益）分配和負擔分配。分配公正有宏觀、中觀和微觀等層次之別。資源的宏觀分配是指一個國家應該在防治艾滋病方面花費多少資源，以及分配用於艾滋病防治的資源在治療、研究、監測、預防等方面應該如何分配。資源的中觀分配是指一個單位分得用於防治艾滋病的資源後在它本單位內應該如何分配。例如利用分配用來防治艾滋病的經費來蓋房子，這就是不公正的，也是不道德的。資源微觀分配是指一個醫生掌握的資源應該如何分配給他的病人。如果重病人分配得少，輕病人分配得多，那就是不公正的。研製治療艾滋病和預防艾滋病病毒感染的藥物和疫苗，需要資源，這些資源應該由誰來負擔，在這方面的生物醫學技術的進步，給艾滋病病人、艾滋病病毒感染者和非感染者帶來利益，應該由誰來享有，這裏都有公正問題。

公正原則分形式和實質兩個方面。公正的形式原則是指“在有關方面相同的人相同對待，在有關方面不同的人不同對待”。兩個患同樣疾病、病情相同的病人應該得到相同的醫

護，疾病不同、病情不同得到的醫護也就應該不同。但形式原則沒有談到“有關方面”是什麼。公正的實質原則解決“有關方面”是什麼的問題。但公正的實質是根據需要（如病情需要）、根據病人或當事人對社會已作出的貢獻的大小、根據病人或當事人對社會今後可能作出的貢獻的大小，還是根據病人或當事人購買力的大小，來進行分配醫療衛生資源，取決於文化、信念和價值，也取決於社會經濟和科學技術發展水平。

4. 互助 (Solidarity) 原則

互助原則體現個人、集體和社會利益的一致。一個人不能只考慮自己，應該關心別人，考慮他人的利益。正如孔子所說：“己所勿欲，勿施於人”，“己欲立而立人，己欲達而達人”（《論語》）。未感染者應該關心、幫助艾滋病病人和艾滋病病毒感染者，艾滋病病人和艾滋病病毒感染者也要關心未感染者，盡可能防止傳染給他們。我們的防治對策應該是有利於社會、國家的團結，也應該有利於國際的團結。艾滋病超越種族、文化和國家的界限。正如我國國家預防控制性病艾滋病專家委員會“致醫務人員的一封公開信”〔國家預防控制艾滋病專家委員會1990〕中正確指出的，艾滋病是全人類的共同敵人。因此，必須用全國的團結和國際的團結來對付它。只有受艾滋病病毒之害或危險的人和其他暫時還沒有受到直接或間接危險的人，互相關心，團結起來，結成強有力的網絡才能戰勝艾滋病病毒對人類的挑戰。歧視、侵犯個人的法律權利和道德權利，就會導致社會的分裂和不穩定。〔Qiu1991；邱仁宗1993〕

三、艾滋病的治療

艾滋病病人住院治療大多是由於機會性感染：癌症或其他常人具有抵抗力不會罹患的疾病。醫務人員雖然不能治療艾滋病，對這些機會性感染的治療護理對延長病人生命、減輕他們痛苦是有好處的。醫務人員對艾滋病的反應也經歷三個階段：(1)對艾滋病和艾滋病病毒感染相對無知，對艾滋病病人也知之甚少，不願參與對艾滋病病人的治療護理工作，而病人和社會也認為醫務人員不能勝任此項工作；(2)將艾滋病當作一般疾病對待，看作一個純粹的生物醫學問題，想單純依靠新發明的“魔彈”（神奇有效的藥物或疫苗）解決問題；(3)與非醫學的工作者和組織協同工作，參與全方位的防治對策。〔Mann 1990〕

照料艾滋病病人的義務

醫務人員和醫療單位有治療護理艾滋病病人和艾滋病病毒感染者的道德義務。這符合有利、公正和互助原則。世界各地都有醫療機構或醫務人員不願收治艾滋病病人的事例。根據我國調查〔性傳播疾病的蔓延及其對策1993,第24頁〕表明，也有相當一部分醫務人員不願意治療護理艾滋病病人，雖然他們中的大多數人認為應該治療護理這些病人，主要是因為害怕感染上艾滋病病毒。

反對給感染艾滋病病毒的個人提供醫療十分常見。最常見的理由是：其他單位在處理艾滋病病毒併發症更具專業知識，能為病人服務更好；照料艾滋病病人危及醫務人員和未感染艾滋病病毒的病人；由於社會支持系統很糟以及某些病人的生活方式混亂，照料感染艾滋病病毒很困難，個人也得不到補償；收住艾滋病病人可能會改變醫院的性質，影響醫院原來的任務。其實，主要理由可能是兩個：一個理由是，一些醫務人員

認為病人的行為模式和生活方式不能為自己認同，甚至認為不道德，因而這是醫生、護士以及其他醫務人員將他們自己的道德價值帶進他們的工作。另一理由是，認為照料艾滋病病人會給醫務人員帶來危險。醫務人員將自己的道德價值觀念帶進他們的醫療護理工作，會影響他們的專業義務，違反有利、尊重原則。只要病人的疾病屬於醫生的專業，醫生就有照料病人的絕對義務，但可以根據對醫務人員的危險程度來調整治療計劃。在現代醫務人員是在醫院或醫學院的情境下履行職責的，這些機構不僅有義務保證醫務人員給病人提供合適的照料，並有義務有效的控制感染。但專業的醫務人員照料艾滋病病人的義務，並不取決於這個活動是否完全安全。〔Cooke 1990〕

但醫務人員和醫療單位有沒有向艾滋病病人提供不惜一切代價的治療的道德義務呢？沒有。治療艾滋病病人的費用非常昂貴，而在許多國家，也許所有國家，供醫療衛生用的資源很有限。而目前並沒有有效的療法。不惜一切代價的治療違反了公正和互助原則，而對病人並無多大好處。

醫務人員的防護

世界各地關於醫務人員通過接觸病人血液而感染艾滋病病毒的例子都有所報告。醫務人員的害怕、恐懼或擔憂，是可以理解的。雖然醫務人員從病人感染艾滋病病毒的概率并不大，但業已有報道。多數是由於在給艾滋病病人手術時醫務人員偶然針刺破自己皮膚或他們的黏膜接觸艾滋病病人的血液所致。有人估計如以每40次手術有一次偶然針刺破醫務人員皮膚，以及針刺後感染的危險為3/1萬-9/1萬，那麼給艾滋病病毒艾滋病病毒感染者做手術外科醫生感染艾滋病病毒的危險為1/4,500-1/13萬。〔Bell 1990; CDC 1987, pp.3032-3033, 1441-1452; Cotton 1988〕醫療單位有義務採取控制感染的防護措施來減少醫務人員可能受到的感染危險，包括在必要時有選擇地對某

些來自艾滋病病毒感染高發地區的病人進行血清檢查。檢查要取得病人的知情同意，病人不願意接受檢查的則將他當作血清學陽性者對待。由於目前的艾滋病病毒檢查法有一定比例的假陽性和假陰性。有人估計，如果艾滋病病毒感染率高達15/1萬，在每100萬被檢測的病人中，陽性者為1,500個感染者和50個非感染者，感染率越低，假陽性率也就越高。〔Bell 1990〕如查出病人是陽性者，在臨床上作為艾滋病病毒感染者對待是慎重之舉，但絕不能因此肯定該病人就是艾滋病病毒感染者。由於艾滋病病毒的上述生物學特點，對艾滋病病毒感染的防護並不要求特別的措施。例如戴雙層手套，防止醫務人員的皮膚直接接觸病人體液，給艾滋病病人做手術或給他們打針的醫務人員特別注意，小心不要將自己的皮膚割破，皮膚有切口的醫務人員避免接觸艾滋病病人等等。不採取任何防護措施，讓醫務人員去冒感染艾滋病病毒的危險，要求他們作出無謂的自我犧牲是不允許的。但當充分的防護措施已經採取，而醫務人員僅僅因為害怕被感染而拒絕治療護理艾滋病病人違反了有利、公正和互助原則。

知情和保密

按照我們前面討論的四條基本的倫理原則，可以提出以下準則作為醫務人員在治療護理艾滋病病人中的行動指南：醫務人員拒絕治療護理在他們能力範圍內但血清陽性的病人是不合乎倫理的。不應該因恐懼或偏見而歧視血清陽性的病人；醫務人員應該以同情和尊重病人尊嚴的態度提供科學的有質量的治療護理；不能提供治療護理艾滋病病人所需服務的醫務人員，應該將病人介紹給能提供這些服務的醫務人員或單位；醫務人員有尊重艾滋病病人和艾滋病病毒感染者的隱私和保密權的道德義務；當醫務人員知道艾滋病病毒感染者威脅第三者時，醫務人員應該首先努力說服艾滋病病毒感染者不要將艾滋

病病毒傳染給第三者，如果說服失敗，報告單位領導處理；如果單位沒有採取行動，直接報告給受到威脅的第三者；知道病人感染艾滋病病毒的醫務人員，不應該從事使艾滋病病毒傳播給第三者的危險增加的任何活動；醫院應該安排感染艾滋病病毒的醫務人員去從事不會傳播給病人的工作。〔 Council on Ethical and Judicial Affairs, 1988; Gostin 1990, pp.3-20; Qiu 1991 〕

無行為能力艾滋病人的處理

只有有行為能力的病人能選擇或拒絕治療。行為能力是法律概念，指病人理解自己的狀況，治療選擇或拒絕治療的可能後果。但精神分裂症、痴呆、未成年人或精神異常沮喪的病人沒有行為能力選擇或拒絕治療。這時就應由病人的代理人或監護人代替病人作出治療選擇或拒絕治療的決定。90%的艾滋病病人在腦的尸檢中發現有因艾滋病病毒引起的組織病理改變。有一定比例的艾滋病病人會發生認知、行為、情感或／和運動的障礙，甚至完全痴呆。這樣病人就失去了行為能力，需要任命代理人為病人選擇治療或拒絕治療作出決定。

與其他病人一樣，艾滋病病人無行為能力可能有兩種情況：

(1)從未有過行為能力。這是指嬰兒和未成年的艾滋病病人。應由監護人代理作出決定。未成年病人的監護人一般是家長。失去家長時則可由其他親屬擔任監護人。無親無屬時則可由法院任命監護人。

(2)過去曾經有過行為能力，現在無行為能力。對於這樣的病人應該注意病人在失去行為能力前有無書面或口頭表示的意願，如果有，則可按他以前表示的意願辦理。如果沒有，則需要任命代理人。

什麼樣的人能夠成為代理人？什麼樣的人不能？應該由最

知道病人願望的人作代理人。一般來說，病人的親人最為合適。但代理人必須與病人沒有經濟上和情感上衝突的人。例如有的親人可能與病人有遺產糾紛問題，另有的親人可能與病人感情一直不好，這都不宜作為病人的代理人。如是同性戀者，也許由他們或她們的愛人或同性戀朋友作代理人比家庭成員更好。參與病人臨床治療的醫務人員不能成為代理人，這既是為了保護病人，也是為了保護醫務人員。如果醫務人員不願意治療護理艾滋病病人，由他們作代理人，會於艾滋病病人不利。另一方面，如果由醫務人員擔任病人的代理人，萬一發生醫療糾紛，醫務人員就有可能卷入醫療訴訟，甚至因此而被判有罪。

由於目前對艾滋病沒有有效治療辦法，所有治療都是緩解症狀，延緩病程，並不能改變致命的結局。因此在病人意識清醒、有行為能力時醫務人員與艾滋病病人及其家屬討論晚期艾滋病治療的選擇特別重要。最好是讓病人預先用書面或口頭表示一旦處於臨終狀態而自己又完全痴呆時他們將選擇何種處理或不予治療，或者預先任命一位與他沒有經濟或感情衝突的代表替他就臨終醫療處理作出代理同意或代理決定。這種在其他國家稱為“預囑”或“事先指令”的做法，值得提倡，這符合有利和尊重原則。不管病人有行為能力，還是無行為能力，有關治療的決定，應盡可能在醫生與病人或其家屬（代理人）充分協商後再作決定。〔 Cooke 1990; Lo et al., 1987; Mayor 1990; Qiu 1991; Steinbrook 1986 〕

中止治療

開始治療一個有行為能力的病人，要求治療能夠提供的好處超過可能帶給病人的負擔，並且病人同意進行這種治療。目前沒有療法能治愈艾滋病病毒感染。然而，許多治療，包括使用飼管和呼吸器，能夠給病人緩解症狀，帶來短期的好處。

醫生應與艾滋病病人討論生命維持治療問題，包括是否進入監護病房（ICU）和使用呼吸器等。進行這種討論在感情上很困難，但病人仍有興趣參與決策。此外，即使聰明的、充分知情的病人也會對飼管和呼吸器有誤解。對晚期醫護的討論可有雙重目的：承認病人意願的重要和對個人進行進一步的教育。這種討論還可以幫助病人克服擔心醫務人員和醫院歧視或敵視他們的顧慮。

醫生往往不願意與病人討論醫護選擇，特別是臨終關懷選擇，怕使病人沮喪、引起不安、對醫生的努力缺乏信心。病人在感到病情緊急時討論有關他們生命的決定是很困難的，處於臨終狀態時，他們的意願可能很不一樣。雖然有人會要求不惜一切代價地治療他們，希冀在最後一刻出現奇跡。但許多病人會寧願死在家裏，或要求不要治療或中止治療。

那麼，對處於臨終狀態的艾滋病病人不給或中止治療能否在倫理學上得到辯護呢？答案是肯定的。首先按照有利原則，要看治療能否給病人帶來好處或利益，或者帶給病人的好處或利益是否超過帶給他們的負擔、痛苦？那麼我們可以發現，到了一定的臨終階段，本來有益的治療，會成為無用的。無用的治療是指這樣一些治療，它們對改善病人的機體狀態、緩解症狀、減輕疼痛毫無用處。在另一方面，這些無用的治療往往會給病人帶來身體或精神上的痛苦。因此這些無用的治療在治療價值上往往是零值，甚至是負值。提供這種無用的治療不能成為醫務人員的必須做的義務。第二，按照尊重原則，如果處於臨終狀態的艾滋病病人要求不給或中止這種無用治療，醫務人員就有義務遵照他的最後意願辦事。第三，按照公正原則，無用治療對得到治療的病人沒有好處，同時又浪費寶貴的資源，使許多有希望的病人得不到治療。因此，醫務人員有義務不給或中止無用治療。

經過許多年的倫理學討論和法律上的爭辯，不給或中止

（或撤除）對臨終病人的治療，已經逐漸得到世界上的認可。例如美國卡倫·安·昆蘭案件南希·克魯珊案件的處理，最終同意撤除呼吸器和人工喂飼。在我國以及其他許多國家，不給臨終病人無用的治療或中止這種治療是合法的。但需要注意有恰當的程序。例如要確認病人處於臨終狀態，要確認治療是無用的，更要注意與病人（當他們清醒時）和病人的家屬溝通、交流、討論。（Cooke 1990; Qiu 1991）

安樂死

不給或中止治療，也稱被動安樂死，一般不存在倫理和法律問題。現在的傾向是將安樂死這一術語僅用在主動安樂死上。我們這裏也僅限於主動安樂死的意義上使用安樂死一詞。但如果艾滋病病人要求安樂死怎麼辦？

如果將安樂死一詞僅用於主動安樂死上，那麼需要討論的是：自願安樂死和非自願安樂死能否在倫理學上得到辯護？

自願安樂死仍是一個有爭論的問題，在許多國家倫理上和法律上都不能接受，儘管實踐上這種做法一直在實施。自願是指病人提出要求，也可以指病人在失去行為能力前用書面或口頭表示的意願：在處於不可克服的疼痛和痛苦的臨終狀態時要求實行安樂死。主要問題涉及到安樂死必須有人協助。這樣就會涉及兩個敏感的問題：(1)病人的死亡究竟是疾病引起，還是協助者的行動引起；(2)如何確認協助者的動機是為了病人自身利益，而不是為了其他。而且協助者的行為難以與目前對謀殺的法理學解釋嚴格區別。對目前我國刑法中的謀殺條款的法理學解釋是，謀殺者有要受害者死亡的動機，而且他的行動直接導致受害者死亡的後果。而安樂死的協助者確實是要幫助病人死亡，而他的行動也確實導致病人的死亡。但安樂死的協助者與謀殺犯是根本不同的，在於：其一，協助者要病人死亡是為了解脫病人的痛苦，而這類病人是只有死亡才能解脫病人的痛

苦；其二，病人的死亡原因主要是疾病，協助者的行動只是加速了死亡過程。但是這種區別對於某些人來說，似乎難以辨認。而一般來說，只有醫務人員才能更好地給予協助。如果醫務人員給予協助病人安樂死，這是否與醫務人員“治病救人”的天職相悖？

我個人認為，根據有利和尊重原則，自願安樂死是可以得到倫理學辯護的。對於第一點，可以用雙重效應來辯護，即協助者的目的其實是要解除病人的痛苦，如果不必用死亡來解除病人的痛苦，協助者本來也不會這樣做的。可是，那些疼痛和痛苦難忍有無法緩解的臨終病人，只有死亡才能解除疼痛和痛苦。因此，解除疼痛和痛苦是有意的直接的效應，死亡則是預料之中的、不可避免的、間接的效應。對於第二點，疾病是臨終病人的原因，協助者的行動雖然對病人的死亡起促進作用，但不是原因，只能是促因。

對於非自願的安樂死，爭論也就更大。除了上面的爭論外，非自願安樂死很可能被人利用。所以，一般不予接受家屬提出的非自願的安樂死。但在特定情況下，可以作為特例來處理。但不自願安樂死（違反病人意願），應加以禁止。

近年來，我國要求安樂死立法的呼聲也很高。每年的全國人大和全國政協兩會，都有一些有關安樂死立法的提案。這說明人民群眾和立法者中對安樂死問題的關注，日益增多。但我個人認為，在我國安樂死立法，非其時也。

對於安樂死的概念，許多人尚未有貼切的了解，安樂死在倫理上和法律上能否得到辯護問題上在大眾和專業人士中間都還存在分歧，在部分大眾中道德滑坡，少數子女不願贍養年邁父母，更不願意照料重病父母，由於種種因素的作用，醫德滑坡現象雖已提起注意，但未見糾正的成效，現在安樂死立法後很可能被濫用。而目前我國司法界百廢待興，許多法律通過後，都要有人執法。執法人士現在忙於打擊有組織犯罪、惡性

犯罪、“硬”犯罪，許多其他犯罪案件缺乏人手。如果安樂死法律被濫用，這類案件較難調查，執法人員又難以分身，這樣會造成社會不安定。

雖然安樂死立法現在不成熟，但是有許多臨終病人確實要求安樂死，如何填補這一空白呢？我認為需要起草和通過這樣的法規，它既能滿足一部分臨終病人的要求、保護真正按照一定的條件實施安樂死的醫務人員和家屬，又能懲治那些借安樂死之名行謀害之實的那些人。

醫源性感染

醫源性感染是指病人在治療護理過程中感染上新的疾病。艾滋病病毒的醫源性感染有以下幾個途徑：(1)在艾滋病病毒的醫源性感染中目前最多的是通過輸血或血輸品而感染，原因是供血者中有艾滋病病毒感染者。鑒於我國因輸血而使病人患上肝炎的案例不斷，艾滋病病毒通過輸血傳播的潛在危險在我國非常之大，必須採取緊急措施落實對輸血者進行艾滋病檢測這一規定。(2)通過反復使用同一注射器或針頭而感染艾滋病病毒，必須在我國在最短時間內做到普遍推廣應用一次性注射器和針頭。(3)通過手術等對病人的侵襲性干預。(4)值得注意的醫源性傳染是通過器官或組織和人工授精傳播艾滋病病毒。

如果發現病人通過手術感染了艾滋病病毒，則應：確定給病人做手術的是哪一位醫務人員；檢查給病人做手術的醫務人員的抗體；了解通過該種手術傳播艾滋病病毒的危險程度；了解該醫務人員做過手術的以往病人是否已染上病毒；將抗體陽性的醫務人員調離開臨床工作。〔Lo et al. 1992〕另外要加強對醫院工作人員、衛生防疫人員和私人行醫者用針注射，以及針灸醫師用針的管理，提醒他們使用不消毒針頭和其他設備的危險。

在艾滋病病毒抗體陽性率較高的醫院或醫院所在地區，為

有效防止醫源性或病源性（指病人傳給醫務人員）傳染，除供血檢測、使用一次性注射器和針頭以及其他必要的防護措施外，有必要對給病人做手術或其他侵襲性干預的醫務人員和病人進行檢測。但對特殊人群的檢測有一系列問題需要斟酌考慮，這些問題我們在涉及艾滋病的監測時加以詳細討論。（Bell 1990; Gostin 1990）

疫苗的試制

試驗預防艾滋病病毒感染的疫苗會引起重要的倫理問題，即使一個國家本身不研制疫苗，但試用別國研制出來的疫苗也會引起同樣的問題。

志願參加艾滋病疫苗安全性和免疫性試驗的受試者可能受到的危險要比其他病毒疫苗大得多。這些危險包括：他們可能會因此而被ELISA和West blots檢查法查出抗體陽性；他們可能會因此對艾滋病病毒比他們如果不參加試驗更具易感性；他們可能會因此而不能被後來研制的疫苗所免疫。（Bayer et al. 1986; Qiu 1991; Walters 1988）

這些可能的傷害如果成為現實對個人和社會都會構成嚴重問題。他們將陷入種種的困難：不能獻血、不能獲得生命健康保險、不能參軍、不能在國內外旅行、不能從事某些工作、不能獲得許多好處。如果參加試驗的人數很多，對公共衛生將構成威脅。

根據有利、尊重和公正原則，下列建議可作為防護這些危險和賠償可能造成的傷害的措施：試驗前要過細地計劃和試驗時要隨時監測，可減少因疫苗誘發血清陽性造成的傷害；受試者的知情同意是必不可少的，必須事先清楚地告訴他們會遇到可能的身體和社會的傷害，他們表示的同意必須是自由的，不受任何外部的壓力；試驗中獲得的資料必須嚴加保密，因為不適當的泄露資料會使受試者在社會上處於不利地位；如果受試

者被試驗的疫苗誘發為血清陽性，必須給予官方文件證明他們在參加試驗前抗體是陰性的；受試者具有要求賠償研究所致損失的合法權利；如果對可能的危險沒有防護措施，對可能的損失沒有賠償計劃，或者受試者的同意是強迫的，受試者退出試驗是正當的。（Merz 1987; Porter et al. 1989; Qiu 1991）

如果試驗的設計很周密，採取了必要的防護措施，受試者不合作，如依靠說了謊話而被吸收參加試驗、參加後又對自己的身體情況說謊、因不願意服用安慰劑而退出試驗等等，都是錯誤的。這樣做會使目前和未來的艾滋病病人得不到有效的、抗艾滋病病毒的對症、治愈、或預防的措施，傷害了其他受試者，浪費了大量醫務人員和研究人員的時間和精力，浪費了社會和國家的大量金錢和資源。這種不合作違反了有利、公正和互助的原則。（Arras 1990; Walters 1988）

未經證明的療法

未經證明的療法，既不同於衛生行政部門批准、醫學界認可的療法，也不同於江湖醫生的療法。它是指尚未被臨床專家共同體認可，又未被他們否定，用後對病人的療效不能肯定（有可能對病人有好處，也可能沒有好處）的新療法。艾滋病病人或艾滋病病毒感染者由於絕望，往往會去使用這些療法。據統計，艾滋病病人尋求替代療法的高達60—80%之多。但醫務人員沒有義務去推薦這種療法。對於病人，由於療效不能肯定，屬於可用可不用之列。然而，在使用過程中要注意毒性反應引起的不必要痛苦可能會超過潛在的好處。醫生更沒有義務提供無用的治療，即使病人或病人家屬建議要求提供這種治療。（Freeman et al. 1989; Gostin 1990; Lo et al. 1987）

一種新療法通過發明、經過實驗到推廣應用，需要很長時間。而艾滋病沒有有效治療方法。隨機臨床試驗的標準會將許多病人排除，符合標準的病人因路遠而不能去，接受安慰劑的

病人不能從試驗中得益，而在藥物最終確認有效時許多病人已經死去。因此與艾滋病治療有關的人員一致要求將一些實驗性治療在最終證明有效以前能夠提前發放，用在更多的病人身上。〔Cooke 1990〕ddI (dideoxyinosine) 就是一種沒有完成臨床試驗而提前發放的藥物。它的提前發放是一個典型事例，說明在與艾滋病有關的各方面人員的壓力下突破了原來規定的一種新藥投入市場前必須通過的臨床試驗程序。對新研制的藥物有嚴密、嚴格的新藥審批程序，是歷史經驗和教訓的總結，對於確保有效、安全的新藥投入市場起了重要作用。然而，藥物審批過程之長使藥物工業沮喪和使危重病人救助者憤怒。病人與醫生對治療危重疾病的藥物使用不同的風險—效益分析，並願意使用數據不那麼全的藥物。對於“沒有選擇”的艾滋病病人，這種做法在倫理學上是允許的。因為這些新藥給病人帶來的危害可能遠遠低於無計可施對病人帶來的危害。

四、艾滋病的預防

預防、控制和消滅

對於預防和控制傳染病，國際和我國衛生部門都積累了豐富的經驗，形成了一套行之有效的程序或辦法，然而在應用以往的預防和控制傳染病經驗於預防和控制艾滋病和艾滋病病毒感染時，有必要澄清一些概念和倫理學問題。

首先，過去我們提出過“消滅主要疾病”的提法。這個口號在歷史上起過重要的積極作用。但是在概念上說，“消滅疾病”的提法是不合適的。疾病是很難用人力消滅的。就以傳染病為例。傳染病的病因是病原微生物。我們若要消滅疾病，就要消滅病原微生物。但這是我們人力所不能做到的。我們過去

試圖消滅血吸蟲病，而花很大力量挖釘螺。為了預防和控制血吸蟲病，挖釘螺是必要的，但我們不可能將中國的釘螺挖盡。同時我們為了消滅疾病，還必須提高所有人機體的特異和非特異的免疫力到足以即使接觸病原微生物也不會發病的程度。做到這一點幾乎是一個無窮的過程，而在一定時刻總是一部人或大部分人的免疫力可以達到這樣的程度。再者，病原微生物在或大或小的程度上是會變異的，現在有效的預防手段，將來可能就不夠用。人體的生理機制雖然比較穩定，但人所處的社會文化情境也是多變的。社會文化情境的變化也會影響人類機體對病原微生物的接觸和反應。我們“消滅”了霍亂，但又在局部地區流行經過變異的霍亂弧菌傳染的霍亂，即代號為“02”的疾病。過去我們“消滅”了結核病，現在結核病又在全世界已經我國猖獗起來，結核病致死的人數與艾滋病相當。在世界衛生組織宣布“消滅”天花不久，又在地球上某個地方發現了天花病例。這一切都教訓我們：對於疾病，不要輕言消滅。

然而對於“控制”一詞，我們也還有必要加以澄清。“控制”可以在強的意義上理解為“操縱”，也可以在弱的意義上理解為“使某種活動不超出一定的範圍”。在這裏，我們是在弱的意義上使用“控制”一詞的。病原微生物不可能在地球上完全消滅，人體對疾病的易感性也不可能完全消除，但是我們將疾病的傳染限制在一定的範圍，使之不形成危及更多的人和危害社會的流行，這是有現實的可能性的。就艾滋病而言，“控制”是我們將來要達到的目標，而不是現實。

更為重要的是，由於艾滋病病毒傳播的特點，通常有效的預防和控制傳染病的公共衛生措施就顯得不足。艾滋病病毒在人群中傳播與一般傳染病有三點不同：其一，促進艾滋病病毒傳播的行為，是一些不為社會認可的、甚至被定為非法的行為，因而這些行為具有很大的隱蔽性；其二，逐漸地艾滋病病毒的傳播將主要採取性傳播的方式，而性既是難以遏制的驅

力，又是隱私的核心；其三，艾滋病病毒感染者以及容易感染艾滋病病毒的高危人群在社會上處於不利、脆弱和邊緣的地位，他們易受羞辱和歧視，許多人為社會“不可見”，甚至在“地下”。在這種情況下，一些經典的公共衛生措施如果不作適當調整，就可能不起作用。例如傳染病病人來看病，要求他填寫有姓名有地址的報告卡，霍亂、天花等病人沒有顧慮，但艾滋病病人、艾滋病病毒感染者以及其他性傳播疾病病人就可能拒絕填寫，甚至不再來門診看病，或者填寫假姓名、假地址。同樣，如果衛生防疫人員進行隨訪，病人可能拒而不見。不考慮這些特點，那麼給艾滋病病毒撒下的天羅地網，就會有很大的漏洞。

監測

掌握本國和當地艾滋病病毒感染流行的情報資料，對制定、實施、考核和不斷改進預防和控制艾滋病病毒流行的公共衛生規劃，是十分重要的。獲得這些資料的最好方法是監測（surveillance）艾滋病病毒的傳播情況。監測是有系統、定期收集某一特定疾病的發病率、感染率、分布情況和流行趨勢的情報資料，以便有效地控制這種疾病。關於監測有兩個問題可以討論：一是監測對象的選擇；另一是監測方法。如果通過監測了解艾滋病病毒在有關人群中的傳播情況，選擇上述人員作為監測對象是適宜的。監測方法以自願保密檢測較好，它是個人自願前來檢測，由檢測單位負責保密。我們應提倡這種檢測方法。但這需要一定的條件，如受檢者與檢測單位的信任關係，受檢者相信檢測人員和單位不會泄露他的隱私，而檢測人員和單位有高度的義務感為受檢者保密。（劉瑞琴1994）

檢測和篩查

檢測（testing）一般指對個人的檢查，而篩查（screening）

是對人群的檢查，有時統稱檢測。在討論檢測和篩查時首先應該了解評價檢測或篩查艾滋病病毒規劃的若干原則：檢測應該是精確的，要求檢測方法具有敏感性，特異性，和預測精確性；檢測必須導致有效的行動，要求檢測能夠提供新信息，對所提供的新信息，能夠產生有效的反應，即減少病毒傳播、有利於受檢者的預防或醫療行動；必須獲得受檢者的知情同意。

〔Bell 1990〕

對那些其行為導致他們有感染艾滋病病毒危險的人，應該向他們提供諮詢，鼓勵他們去檢測。應該在檢測前建議他們考慮如何對待陽性或陰性檢測結果。不管檢測結果是陰性還是陽性，都應努力改變危險行為，即使行為改變是困難的。人們常常報告，得知抗體陰性有助於他們避免與感染相連的危險行為。得知陽性結果也往往會使人出於關心他們的性伴和其他人去減少他們危險行為。

對於艾滋病病毒檢測的結果需要考慮三方面問題：

第一，檢測所得信息的質量。從艾滋病病毒檢測獲得的信息質量決定於它的預測價值。接受艾滋病病毒抗體檢測的人需要知道某一檢測精確反映他們抗體地位的概率。亦即預測價值。在低發人群中，陽性預測值很低。許多陽性結果是假陽性而不是真陽性。普遍的、就業前的或婚前的檢測都會產生預測價值低的結果。

第二，檢測結果的告知。設想受檢者是能夠在得知檢測結果後作出理性決定的人，當然應該將檢測結果告知受檢者。但是由於艾滋病病毒感染的特點，必須考慮告知後可能發生的後果。得知自己抗體陰性的人會大大鬆了一口氣，但知道抗體陽性會產生負面心理影響，以及潛在的社會和經濟後果。例如受到歧視、喪失學習和工作機會等。

第三，檢測後的干預。將陽性結果告知受檢者後，應該向他提供諮詢。諮詢內容不僅應該包括健康教育，顧慮他們並採

取或改變危險行為，也應包括如何正確對待家人、單位和社會對他檢測陽性結果的反應。對於檢測結果是陽性的人，應提供有關抗病毒、增強免疫力的信息和醫療服務。

如果為了保護公共利益而必須採取影響到個人利益的措施時應考慮：干預是否真正增加公眾健康或安全？只有能使公眾安全有重大的增加，才能為損害個人自由的干預辯護。所建議的增加公共利益的干預是否是對個人利益的侵害最小的？一個人的自由受到損害不應是超過保護他人所必需的。〔Cooke 1990〕

普遍性和選擇性篩查

如果有有效的治療措施或可以通過偶然接觸獲得感染，那麼艾滋病病毒抗體的強制性普遍篩查可以根據有利原則得到辯護。然而，艾滋病病毒感染既不是通過偶然接觸就能感染，對此迄今又無有效的治療措施。普遍篩查的費用如此之高，既不可行又不可能，而篩查結果得益又不大。普遍篩查實際上要求每隔一段時間追蹤所有人口血清狀況的變化。也許在一個既富又小的國家才可行。不要說，在一個有12億人口的中國進行普遍篩查不可行，就是在一個省進行普遍篩查也不可能。而且，普遍篩查會導致違反尊重原則，因為它要求追蹤每個人的去處，以防止有人逃避檢測，這會嚴重侵犯所有公民的隱私。〔Fox *et al.* 1986; Walters 1988; Qiu 1991〕

對特殊人群或被挑選出的人群進行篩查稱為選擇性篩查。選擇性篩查可分為強制性的和自願的。對供血者（輸血員）、人工授精的供精者和器官移植的供體進行強制性篩查在倫理學上沒有反對意見。因為否則會導致感染他人、第二代，甚至數百上千的人。現在我國的問題是應該盡快提供足夠的人力物力財力在全國各地都能做到。

但在許多特殊條件下的強制性篩查在倫理學上是很難得到

辯護的，例如在一般工作場所（車間）對工人進行篩查，或對所有申請結婚的人進行篩查。因為這些人群感染率低，假陽性的比率就大，預測價值不高，但所花費的資源比較大，因而得不償失。例如對後者，強制性篩查之所以不能在倫理學上得到辯護，是因為：測出相當數目抗體真陽性的可能性極小，而經濟代價和侵犯隱私的損失很大；不許艾滋病病毒抗體陽性者結婚會發生倫理、法律問題，他們在許多年內不會發病，能夠從事正常的活動，如果注意保護也不會輕易傳染他人，沒有倫理和法律上的理由不許抗體陽性者結婚；採取安全性交可以預防將艾滋病病毒傳給性伴，採取避孕措施可以避免產出艾滋病病毒陽性的後代。〔Bayer *et al.* 1986; Bayer 1989〕

在特殊職業條件下的強制性篩查可以在倫理學上得到辯護的有：(1)有可能接觸病人創口的醫務人員，(2)妓女或男妓。因為在這兩種情況下，都有可能產生雙向傳染：醫務人員與病人之間的互相傳染，以及妓女或男妓與嫖客之間的互相傳染。但在艾滋病病毒感染率極低的地區，對醫務人員的篩查的必要性不大。除了對妓女外，我國還對靜脈吸毒者進行篩查。這也是可以辯護的。同樣地，抗體陽性的靜脈吸毒者有非常大的可能通過共用針頭或針管將艾滋病病毒傳染給他人，並通過性交傳給性伴，而戒斷吸毒對他們極為困難。

在我國還對在國外逗留半年（原為1年）以上的歸國人員和歸國勞務人員，以及在我國逗留時間超過1年的外國人進行強制性篩查。這種強制性選擇性篩查的必要性值得進一步研究。

定向的自願篩查在倫理學上最能得到辯護，因為它符合有利、尊重和互助原則。那些有很大危險感染艾滋病病毒的人有義務採取一切積極措施防止傷害別人，包括接受抗體檢查。受檢個人必須表示知情同意。受檢個人有權得到檢查結果的信息，沒有理由不告訴受檢者檢查結果。我國醫務界和社會流行

向病人隱瞞真相的作法，這不可用於艾滋病病毒感染。如果結果是確定的，不管是陽性還是陰性，都應該告訴本人。至於那些高危的人是否有權拒絕知道自已的檢查結果，那麼我們的回答是“沒有”。相反，他們有知道自己抗體情況、告知他或她的性伴和改變自己不安全行為的道德義務。必須向受檢者提供充分的諮詢服務，檢測和篩查應是包括提供信息、進行教育的整個預防戰略的一部分。有關個人抗體的信息應該保密。未經衛生當局批准、非醫療必需的泄露個人抗體情況應施以法律懲罰。必須保證不對血清陽性的人進行歧視。不能僅僅因為一個人感染艾滋病病毒就在就業、就學、保險、居住等方面歧視他或她。篩查後諮詢醫生有義務鼓勵血清陽性者告知他或她的性伴，他或她也有義務這樣做。如果拒絕告知他或她的性伴，醫務人員首先應勸說他或她去做，解除他或她可能有的思想顧慮和精神負擔，解釋這樣做的好處，啟發他或她對他或她所愛的人的健康和利益的責任感。如果再不這樣做，醫務人員可以直接去告知性伴。〔Bayer *et al.* 1986; Bayer 1989; Lo *et al.* 1989; Walters 1989; Qiu 1991〕

報告和接觸追蹤

根據我國1989年頒布的《中華人民共和國傳染病防治法》，艾滋病屬於乙類傳染病，根據有關規定，不但發現艾滋病病人，即使是艾滋病病毒感染者都要按此法規定的時限向衛生防疫機構報告疫情。由各地衛生防疫機構匯總後，盡快向當地衛生行政部門及上級衛生防疫機構報告。各省（市）衛生廳（局）或省（市）衛生防疫站，向衛生防疫司報告。醫務人員不得將艾滋病病人和病毒攜帶者及其家屬的姓名、住址和個人史公開。〔劉瑞琴 1994〕

可以根據以下論據對義務疫情報告進行辯護：控制艾滋病和艾滋病病毒感染需要收集可供流行病學分析的資料，而流行

病學分析對了解艾滋病和艾滋病病毒感染發展趨勢，制訂相應對策非常重要；需要鑒定病人，以便對他們進行治療；需要對有可能感染艾滋病病毒的人提出警告，以便對他們進行健康教育，改變危險行為。

但義務報告也有如下負面後果：病例報告可用作流行病學分析以外的目的，如雇主和保險公司可能非常想知道雇員或投保人中誰感染了艾滋病病毒，治安機構也可能想由此捉拿違法的靜脈注射毒品者或賣淫嫖娼者；義務報告提及名字會妨礙自願接受檢查和治療，尤其是那些他們感到社會對他們持敵視態度的人群，如同性戀者；義務報告會促使高危人群用假名、假地址去就醫；義務報告可能會助長匿名性活動。

根據有利、公正和互助原則，義務疫情報告在倫理學上可以得到辯護。問題不在是否應該報告新發現的病例，而是應該如何報告。最好報告不要用真名真姓，而用密碼或編號，對於非流行病學分析的目的，或非法泄露，或對艾滋病病毒感染者採取歧視措施，要進行法律制裁。〔Bayer *et al.* 1986; Dickens 1990; Fox *et al.* 1986〕

對艾滋病病毒感染者進行接觸追蹤，也有類似的問題。如果用強制辦法追查他或她可能有的接觸，這很難在倫理學上得到辯護，因為：這樣做對公共衛生的直接好處并不大；接觸追蹤如採取盯梢等侵入性措施會破壞已有的控制艾滋病和艾滋病病毒感染傳播的公共衛生努力，驅使高危人群轉入地下；性接觸追蹤會進一步侵犯個人的隱私，對艾滋病病毒感染者及其家庭不利。〔Bayer 1989; Engelhardt 1992; Gostin *et al.* 1986〕

接觸追蹤的本來目的是防止艾滋病病毒的傳播。理想的是，通過教育，讓病人或感染者自己報告他們的接觸，建議他們的性伴自願接受檢測和改變他們的危險行為。人們發現許多血清陽性個人可能有血清陰性的性伴，如果通知性伴，要他們

注意保護，就會減少危險。但是如果他們做不到這一點，病人的保密權利與他們性接觸對象的安全權利就發生矛盾。就艾滋病而言，一般來說，後者的安全權利應該比前者的保密權利更重要。這樣就要求醫務人員進一步作病人工作。在必要時也可以直接做他們性伴的工作。

隔離和檢疫

“隔離”（isolation）和“檢疫”（quarantine）常混用，然而它們含義不同。“檢疫”是將曾經接觸疾病的健康人隔離一段時間來看他們是否病了。而“隔離”是將病人隔離起來，直到他們不再有傳染性。

由於以下理由將艾滋病病人和艾滋病病毒感染者隔離在倫理學上是成問題的。首先，隔離是基於一個人將來可能幹什麼，而不是他已經幹什麼。艾滋病病毒傳播一般要求兩個人自願的、有意的直接的接觸。僅當艾滋病病毒抗體陽性者從事危害他人的行為時才是危險的。這只是屬於少數的人群。在沒有靜脈注射毒品和性行為發生的學校和工作場所不會發生艾滋病病毒的傳播，隔離將不必要地限制許多並不危險的人。其次，將所有艾滋病病毒感染者隔離起來，既不易做到也沒有多大意義。第三，艾滋病病毒是其基因組永遠與宿主的遺傳物質整合在一起的逆轉錄病毒，所有的感染者終身感染，將艾滋病病毒感染者終身隔離起來，是非常不可行的。第四，隔離要求廣泛的強制性措施，要動用大量公共資源，會以人們不可忍受的規模侵犯隱私權。因此，這種隔離戰略在倫理學上是得不到辯護的。

行為改變

行為改變可以有兩方面的意義：正面意義是鼓勵保護行為；反面意義是改變危險行為。保護行為包括自我保護和保護

他人的行為。鼓勵自我保護的行為一般對沒有危險行為的人來說的。一個人自己沒有危險行為或容易導致感染艾滋病病毒的行為，並不等於他不會感染，如果不注意自我保護的話。特別是婦女要加強自我保護的意識和行為，學會敢於說“不”。保護他人的行為，也可以是沒有危險行為的人，更可能是有危險行為或已經感染艾滋病病毒的人。一個人沒有危險行為，不等於沒有或不能感染艾滋病病毒。因此，在“不怕一萬，就怕萬一”的正確思想指導下，可以也應該採取保護他人的行為，即使自己並無危險行為。危險行為或不安全行為是指容易感染艾滋病病毒行為。改變危險行為或不安全行為就是要轉而採取不容易感染或傳染艾滋病病毒的安全行為。

行為改變目的是改變不安全行為或危險行為，即指一切容易導致感染或傳播艾滋病病毒的行為。談到不安全行為時，必須明確是從健康或衛生的角度而言的，因為今天我們來談改變不安全行為目的是預防艾滋病病毒的感染和控制艾滋病病毒的傳播。但在我國的若干文獻中往往將以下三類行為混淆：不安全行為、不道德行為、非法行為。這三類行為有區別。不安全行為不一定是道德行為，更不一定是非法行為。假設有一個這樣的靜脈注射毒品者，他非常注意將注射器和針頭消毒，並不共用針頭針管，因而從來沒有感染乙型肝炎和艾滋病病毒，他的行為不能認為是不安全的。解決安全行為問題、預防艾滋病病毒感染問題，與解決道德問題和非法問題不是一回事。我們談論改變不安全行為是為了預防和控制艾滋病病毒感染，而不是去解決道德淨化、法律實施問題。試圖用醫療衛生手段解決道德、法律問題是不合適的。這不是說，在進行健康教育的同時，反對也進行道德倫理教育和遵紀守法教育。將它們混淆起來，對防治對策都不利。例如，在我國常用的“不潔性交”一詞就是它們混淆了問題。“不潔”是指“不道德”還是“不安全”，還是兩者都有，不明確。概念的不明確，帶來工作上

的不明確。所以，我們盡可能使用確切的概念或術語。

全方位教育

行為改變的關鍵在於教育。在不存在疫苗的情況下，教育是預防艾滋病病毒傳播的最有希望的、社會可接受的戰略。最有希望的正確的改變不安全行為的措施是教育。教育訴諸人們的理性，促進人們的健康。教育應覆蓋所有人，尤其是年輕男女，包括青少年。但重點應放在從事不安全行為因而接觸艾滋病病毒可能性大的人群，即高危人群。

預防和控制艾滋病和艾滋病病毒感染涉及每個人，因此教育應該是全方位的。全方位教育包括：公眾教育，幹部教育，青少年教育和特殊人群教育。

在對青少年進行性教育問題上存在着不同意見的爭論：

一種意見認為，對青少年進行性教育，反而會助長他們的性活動，甚至會助長淫亂。

另一種意見認為，對青少年進行性教育，會幫助他們正確對待和處理性問題，減少不安全行為。

應該看到，對公眾，尤其是青少年進行性教育，既可能產生積極後果，也可能產生消極後果。但因為有可能產生消極後果而不對人們進行性教育，無異於“因噎廢食”，很難得到辯護。這裏有一個問題必須明確：在像中國這樣一個正在轉型的社會，我們應該正視人們性觀念和性行為變化的現實，研究這種變化，然後因勢利導，採取相應的措施，還是無視這種現實，設置一個理想的模板，讓人們去仿效？後一種戰略恐怕是行不通的。但是對公眾，尤其是青少年進行性教育的方式是需要認真考慮的，要最大限度地減少可能產生的消極後果。性教育應在學校內進行，要適合小學生、中學生和大學生的特點編寫教材，注意教育方式。家長也有對子女性教育的責任。社會也有責任，可通過非政府組織建立專供青少年服務的諮詢門診

和熱線。

避孕套問題

改變不安全行為內容之一是進行較安全性交，保證較安全性交的辦法是推廣使用避孕套。〔國家預防控制艾滋病專家委員會1995〕避孕套是目前唯一可得的雙保護措施。推廣使用避孕套不但有利於避孕、控制人口增長，也有利於預防和控制性傳播疾病以及艾滋病和艾滋病病毒感染的傳播。在有些國家或地區，推廣避孕套業已見效，高危人群的艾滋病病毒感染率已經得到控制。但無論是國外，還是國內，對避孕套問題仍有爭論，我國可能曾經是反對避孕套的意見比較強大的國家之一：關於避孕套的爭論歷時數年之久〔朱琪1993，1994〕。

反對推廣避孕套的論據可能有三：

(1)使用避孕套失敗的概率可能為10%，因而不可靠。

(2)艾滋病病毒的直徑只有0.1微米，而避孕套膠囊上的細孔大至70微米。（香港《大公報》1994年11月14日）

(3)推廣使用避孕套會導致性亂。

這些論據是站不住腳的：

(1)避孕套是不完善，我們不能、也沒有將控制艾滋病和艾滋病病毒感染的賭注全部押在避孕套上，避孕套的推廣使用只能是全方位綜合措施的一部分。

(2)雖然使用避孕套的失敗率目前確有10%左右，因而不能對每一個人提供絕對的保證。但在宏觀上廣泛使用可減少總感染人數。有90%左右的成功率，總比沒有任何保障要好。概率涉及整體和個體的關係。當我們說，擲一個硬幣獲得正面的概率是50%時，這是就整體而言。所擲的次數越多，則越接近50%的概率。但這不是說，每擲一次都有50%的可能得到正面。當擲一次得不到正面時，不能因此而否定50%的大數概率。即使避孕套的成功率為90%，那麼使用得越廣泛，越接近這90%的

成功率。如果因避孕套有10%的失敗率，就不去推廣使用避孕套的理由能成立，那就會導致取消醫學上的一切努力。任何療法在醫學上都不可能100%有效。這也可能導致取消任何健康教育。因為健康教育的效果也是只有一定的概率，也許不超過70%，其有效性決不可能達到100%。難道因此就不去進行健康教育？〔Almond 1990〕

(3)這10%的失敗率是可以減少的。因為這種失敗通常是避孕套質量問題或使用不當產生。

(4)避孕套膠囊上的細孔雖然大於艾滋病病毒的直徑，但具有感染性的不是游離的病毒，而是與宿主細胞結合在一起的病毒，它比避孕套膠囊上細孔大得多。

(5)推廣使用避孕套確實會衝擊以儒家為中心的貞操觀念。但是，任何避孕藥具都會有這種效應。這種效應之一是性觀念的變化：性不僅是為了生育，也是為了快樂，甚至多數情況下為了快樂。效應之二是性行為的變化：非婚（婚前或婚外）性關係更容易發生了，因為過去對這種性關係後果的顧慮可以消除了。性亂現象還有更複雜的原因，並不能簡單地歸因於避孕套。對婚姻的忠貞、契約的信守、義務的承擔仍應提倡，但不能恢復到儒家的貞操觀念。

(6)中華文化有許多優秀的東西需要我們繼承和發揚，但不要忘記中華文化是一個大男子主義的文化，這種文化與多妻制、尋花問柳結合起來達數千年之久。它既不能抵擋花柳病的襲擊，也不能抵擋鴉片的進攻。解放後消滅賣淫和性病，消滅吸毒，靠的並不是傳統文化。

但值得注意的是，在男女不平等、婦女具有依賴性、脆弱性的社會中，推廣使用避孕套會遇到重大障礙。如果丈夫有不安全行為，妻子要求丈夫在性交時使用避孕套，很可能被丈夫拒絕。更不要說妓女要求嫖客使用避孕套了。〔Empower 1991; Hamblin et al. 1991〕

法律和教育

在與預防和控制艾滋病和艾滋病病毒感染有關的教育中法律的作用不可低估。但法律可以是壓制性的，也可以是支持性的。在艾滋病發展的初期，一些國家制定的法律大多是壓制性或歧視性的。如在美國，自從艾滋病流行後，各州相繼訂立有關艾滋病的法律。有些州通過了在不同程度上歧視艾滋病病人的法律。據美國聯邦政府統計，截至1991年為止，已有超過300人以使別人受到艾滋病病毒感染威脅為理由而被起訴，其中1/5被判有罪。所有這些壓制性或歧視性法律反映了社會對艾滋病的恐慌情緒。〔周華山，1995，62-71〕

國家的法律是為了保護公民的權利，既要保護非感染者的權利，也要保護艾滋病病人和艾滋病病毒感染者的權利。為了保護公民的權利，就要對侵犯公民權利行為加以限制、禁止，例如制訂保護艾滋病病毒感染者的隱私、保護他們不受歧視方面的法律，非常必要和重要。〔Gostin 1990〕。

對防治艾滋病和艾滋病病毒具有積極意義的法律或判例有兩類：

1、保護艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的權利：例如我國有關艾滋病管理的規定中，規定了不許歧視艾滋病病人，以及為艾滋病病人保密等條款。但在執行中并不得力。在一些控制艾滋病病毒感染比較成功的國家的專家認為，戰勝艾滋病病毒和艾滋病的法律工作有三方面：法律改革、法律的研究和教育，以及法律服務的提供。

2、為控制艾滋病蔓延而對有關人員規定的義務：在我國有關艾滋病管理的規定中，也規定了對於故意傳播艾滋病病毒的人的處罰。其他國家和地區也有類似的規定。但是“故意”傳播與由於想繼續保持性關係而隱瞞實情應有所區別。

法律的作用和限度

法律除了它的內容和文字上的意義外，還有重要的象征作用。公民會從法律的內容和文字上領會到國家對與法律有關的當事人的態度，從而採取相應的行動。例如如果一個國家的法律對艾滋病病人和艾滋病病毒感染者或高危人群採取懲罰性政策，那麼有些人就會這些人採取“敬而遠之”甚至敵視的態度，羞辱或歧視的事件就將不可避免地不斷發生，這些人也就會轉入地下，使人們無法對他們進行健康教育，預防控制艾滋病和艾滋病病毒感染者就會出現很大漏洞。反之，如果一個國家對艾滋病病人或艾滋病病毒感染者採取保護性政策，那麼非感染者就會對他們採取同情的態度，高危人群也就容易接受教育，這樣就有利於全社會團結一致，共同對付艾滋病的挑戰。

《中華人民共和國傳染病防治法》（1989）對義務報告、隔離治療等作了規定，但沒有一個字談到保護病人的隱私和保密權利，這不能不說是一個缺陷。正如國家預防控制艾滋病專家委員會在《致醫務人員的一封信》〔國家預防控制艾滋病專家委員會1990〕中指出的：“疾病不應是對某個人的懲罰，疾病是全人類共同的敵人。”為了全人類、全社會齊心協力，同仇敵愾，戰勝艾滋病和艾滋病病毒這個敵人，需要我們適當改變法律氣候。

法律與教育不同：教育可以做到防患於未然，而法律可起威懾作用，但如果教育跟不上，就會成為事發後的懲罰。對於預防艾滋病和艾滋病病毒感染者來說，事後的懲罰是“馬後炮”，於事無補。前面談到，艾滋病涉及最隱私的性。法律對性的力量是有限度的。例如許多國家定“雞奸”有罪，但這如何執行？這很成問題。如果有一對夫妻自願進行肛交，司法人員如何知道？即使知道了，又如何對這對夫妻進行調查？在艾滋病問題上，將那些存心故意傳播艾滋病病毒的人定“傷害”

罪或“騷擾”罪，是可以的。但為了在法庭上能定罪而取証是很困難的。一方面抗體出現有潛伏期，另一方面只有兩個人的活動，而且他們都是自願的，難以取証。我國的《艾滋病監測管理的若干規定》〔上海市衛生局1992；衛生部衛生防疫司〕中規定要懲罰“有傳播艾滋病行為的”和“引起艾滋病傳播或有引起艾滋病傳播的嚴重危險”者，但在某種情況下，鑒定一個人是“傳播”者或“引起傳播”者是不容易的。某省有個艾滋病病毒感染者結了婚，是否屬於“傳播”行為？目前他的妻子是抗體陰性，似乎又不能定為“傳播”行為，是否待他妻子抗體轉為陽性後，才能定為“傳播”行為？但他妻子是知情的，結婚是自覺自願的。所以，用刑法或民法來管制人們與性有關的行為是有限度的。尤其是注意不要把道德與法律相混淆。不道德的事并不都能用法律解決。如不正之風（開後門等）、婚外性關係是不道德的，不能靠法律解決。尤其是在性的問題上，法律的威懾作用是有限度的。但確實，教育不是萬能的。即使將教育工作做到家後，總還有少數人不聽勸告、不受教育，依然我行我素。在一定條件下，對這些頑固不化的人給予法律制裁，也是必要的。

公眾健康和個人權利

國家預防控制艾滋病專家委員會在《致醫務人員的一封信》〔國家預防控制艾滋病專家委員會，1990〕中正確地指出：“對艾滋病病人和HIV感染者要予以關心、同情，幫助他們解除心理負擔……艾滋病病人和HIV感染者不應受到社會特別是醫務工作者的歧視。每個醫務工作者應該充滿愛心，同我們的雙手和知識去幫助受艾滋病威脅的同胞。”但我國目前一個不容忽視的現實是，相當一部分公眾和幹部的錯誤的態度使艾滋病病人和艾滋病病毒感染者得到的不是同情、理解、關心，而是反感、厭惡、孤立、敵視、歧視、失去隱私、失去工

作或學習機會等等。

美國學者指出了他的國家的現實 (Blendon et al. 1990) :

現實 1 : 艾滋病病人和艾滋病病毒感染者很可能面臨相當一部分人的歧視。

現實 2 : 艾滋病病人和艾滋病病毒感染者很可能面臨喪失隱私, 公民權利受到限制。

現實 3 : 艾滋病病人和艾滋病病毒感染者很可能面臨少數人的敵視。

現實 4 : 艾滋病病人和艾滋病病毒感染者很可能面臨喪失工作和健康保險的危險。

現實 5 : 艾滋病病人和艾滋病病毒感染者很可能面臨失學的危險。

現實 6 : 艾滋病病人和艾滋病病毒感染者很可能面臨喪失住處的危險。

現實 7 : 艾滋病病人和艾滋病病毒感染者很可能面臨被醫務人員拒絕醫護的危險。

現實 8 : 許多人和醫務人員不了解艾滋病病人和艾滋病病毒感染者面臨的特殊問題。

很不幸, 這不僅是美國的現實, 也是中國的現實。這種現實妨礙了高危人群去尋找諮詢幫助、接受教育。其結果是不安全行為沒有機會得到改變, 疾病的蔓延不能得到遏制。這就提出了在預防和控制艾滋病和艾滋病病毒感染的保障個人權利與保護公眾健康的關係問題。

保護公眾健康是我們的義務, 這一點大家比較明確。但保障個人 (法律或道德/倫理) 權利也是我們的義務這一點就並不是所有人都很明確。這是一個涉及公民權利、人權的問題。我們反對國外有人利用人權問題干涉我們的內政, 但不等於說

我們不存在保障人權 (個人權利) 的問題。我國的《艾滋病監測管理的若干規定》(上海市衛生局 1992; 衛生部衛生防疫司) 中規定: “任何單位和個人不得歧視艾滋病病人、病毒感染者及其家屬。不得將病人的姓名、住址等有關情況公布或傳播。”這是明文規定的病人的保密權利。我們的醫務人員和醫院管理人員往往不重視保障病人權利。權利與義務是相連的, 對病人是權利者, 對醫務人員則為義務。病人有隱私、保密權利, 醫務人員則有保護病人隱私、秘密的義務。但醫務人員的種種義務之間會發生衝突, 這時他們就處於道德困境 (moral dilemma) 之中: 兩件事都是應該做的, 但只能做其中一件, 怎麼辦? 這需要具體情況具體分析, 衡量種種可供選擇的利弊得失, 選擇其中積極後果最大、消極後果最小者。例如一個抗體陽性者不聽醫生勸告, 仍然多次與他人發生性關係, 而向他的性伴隱瞞他的檢查結果, 為了他人的安全可以對他施加必要的限制。在有的國家甚至可以對這種人判處監禁。如果他與唯一的一個性伴關係很深, 他把他的陽性結果告訴了他的性伴, 他的性伴自願與他仍保持性關係, 並採取了防護措施, 這就屬於可允許的範圍。

對於這種二擇一的道德困境, 我們有時用“魚”與“熊掌”不可兼得來描述。但在艾滋病和艾滋病病毒感染的預防和控制中, “魚”與“熊掌”必須兼得, 即保護公眾健康與保障個人權利是相互聯繫、相互促進的。例如, 歧視的措施和敵視的輿論會使高危人群心存戒心、自我隔離、轉入地下, 堵塞了傳播有關艾滋病正確知識的通道, 使他們失去接受教育、改變不安全行為的機會。必須在一個相互信任的氣氛中受教育者才能接受教育。教育的過程並不是像把東西放賊籃子中那麼簡單。如果受教育者有戒心, 擔心教育者會做出對他不利的, 教育效果就不會好。北京一個同性戀者在內科門診掛了 5-6 次號 (掛號費每次 10 元) 觀察一女醫生如何對待病人, 認為他

值得信任，才就診於她。他把他的隱私都透露給這位醫生，希望她替他保密。她答應保密，條件是他要把他的性伴介紹來看病，他答應了。最後這位醫生把他們的性病都治好了，並對他們進行了教育，他們心悅誠服地接受了教育。這位醫生的正確態度應該在我們的法律、行政規定和輿論中體現出來，才能給高危人群提供一個毫不含糊的信息。只有在行政和法律方面保證他們在社會生活中免遭歧視，才能期望高危人群在保護公眾健康的措施中給予合作。由於我們對保障個人權利這一方面不敏感，有時有疏忽，這是我們工作中一個不容忽視的缺點。例如我們要求醫生在診療性病病人時填寫報告卡，結果門診病人數急劇下降。病人自己找秘方、偏方治療，不行找江湖醫生，越治越糟，最後用假名、假地址去醫院門診。後來醫生隨訪，地址找不到，人也找不到。所以，即使本意不是出於歧視，由於對高危人群的心理考慮不周，也會出現事與願違的結果。

為了使高危人群在艾滋病和艾滋病病毒感染的預防和控制工作中採取合作態度，從地下轉到地上，有必要考慮對公民生活的某些方面放寬限制，採取更為寬容的態度。我國地大、人眾、物博，是個多民族、多文化、多價值的社會。在社會生活和社會規範方面，只能要求“大同小異”、“求同存異”。如果對社會沒有嚴重危害，允許在價值觀念與你不同的人，去做你認為你不會去做的事。社會是個契約。現在面對艾滋病這一凶惡的共同敵人，為了與過去人們沒有注意、沒有重視的高危人群加強合作、一齊努力戰勝這共同的敵人，需要有些新的契約：即提倡相互寬容，在某些方面放鬆、放寬，形成更為寬鬆的社會環境，來換取高危人群的真誠合作。

〔 艾滋病病毒感染者和病人免受社會歧視政策研討會 1991；Gostin 1990；Hamblin 1991；Qiu 1992；邱仁宗 1993；The Rights and Humanity Declaration and Charter on HIV and AIDS, 1991；US Congress；WHO/GPA：WHO

against AIDS Discrimination 1988；WHO：Global Strategy for the Prevention and Control of AIDS 1992；性傳播疾病的蔓延及其防治對策 1993 〕

結語：走向建立一個支持性環境

艾滋病對全人類的挑戰，必須由全人類的團結一致才能戰勝。防治我國成為艾滋病的“高發國”，也必須依靠全中國人的團結一致。只有這種團結一致，才能夠為有效預防和控制艾滋病病毒感染的蔓延，建立一個支持性環境。

建立一個支持性環境，首先要反對歧視。對艾滋病病人、艾滋病病毒感染者及其親屬，以及高危人群的歧視，是一個“飛來去器”。它最後將打擊歧視者和全社會。歧視不僅影響被歧視者，同時也是一種象征和信號，告訴任何人，如果有一天處於他們那樣的情況，也會受到歧視。為了避免歧視，就會努力隱瞞真相。歧視帶來的惡果，將是防治計劃的漏洞和被歧視者的不合作。結果將是艾滋病病毒感染的進一步蔓延，延及歧視者。

反對歧視應保障艾滋病病人、艾滋病病毒感染者及其親屬，以及高危人群享有公民固有的經濟、社會、文化和政治權利，在得到醫療保健、教育、就業、居住、婚姻、旅行和社會福利方面不受歧視。

由於婦女在艾滋病病毒感染蔓延中的脆弱性和易感性，應該進一步採取措施，努力改善婦女的法律、經濟和社會地位，保障婦女有平等地選擇安全性行為的權利，以保護自己免受艾滋病毒的感染。

全社會應通過分配資源和募集基金來減輕艾滋病對個人、家庭、集體和社會的影響，鼓勵個人、集體和國家共同集資擔

負費用，并爭取國際援助，參與國際協作。

全社會和各單位應對其成員進行反對對艾滋病病人、艾滋病病毒感染者及其親屬，以及高危人群的偏見、排斥和歧視的教育，培養對他們的寬容、同情，與他們團結在一起，齊心協力，對付艾滋病的挑戰。

為了做到這一點，必須對有關艾滋病的政策和法律進行檢查，作出必要的修改、改進和補充。

參考文獻

- 艾滋病病毒感染者和病人免受社會歧視政策研討會：對艾滋病病毒感染者和病人免受社會歧視政策的建議，1991年8月8日。
- Almond, B. 1990: Personal Issues and Personal Dilemmas, in Almond, B. (ed.) 1990: *AIDS: A Moral Issue - The Ethical, Legal and Social Aspects*, New York: St. Martin's Press, 161-168.
- Arras, J. 1990: Noncompliance in AIDS Research, *Hastings Center Report* 20 no. 5, 24-32.
- Bayer, R. et al. 1986: HIV Antibody Screening: An Ethical Framework for Evaluating Proposed Programs, *JAMA* 256(1986) no.13.
- Bayer, R. 1989: *Private Acts, Social Consequences: AIDS and the Politics of Public Health*, New York: The Free Press.
- Bell, D. 1990: HIV Infection in Health Care Workers: Occupational Risk and Prevention, in Gostin, L. (ed.) 1990: *AIDS and the Health Care System*, New Haven & London: Yale University Press, 115-124.
- Blendon, R. et al. 1990: AIDS and Discrimination: Public and Professional Perspectives, in Gostin, L. (ed.) 1990: *AIDS and the Health Care System*, New Haven & London: Yale University Press, 77-84.
- Bloom, D. et al. 1993: Economics Implications of AIDS in Asia, UNDP, 1993.
- CDC 1987: Update: HIV Infections: Health Care Workers Exposed to Blood of Infected Patients, *JAMA* 257 3032-3033.
- CDC 1987: Recommendations for Prevention of HIV Transmission in Health Care Setting, *JAMA* 258 1293-1305, 1441-1452.
- Cooke, M. (ed.) 1990: Ethical Issues Related to AIDS, Cohen, P. et al. 1990: *The AIDS Knowledge Basis*, Waltham, MA: The Medical Publishing Group, 12.1.1-12.1.7.
- Cotton, D. 1988: The Impact of AIDS on the Medical Care System, *JAMA* 260 no.4, 519-523.
- Council on Ethical and Judicial Affairs 1988: Ethical Issues Involved in the Growing AIDS Crisis, *JAMA* 259 no.9, 1360-1361.
- Dickens, B. 1990: Confidentiality and the Duty to Warn, in Gostin, L. (ed.) 1990: *AIDS and the Health Care System*, New Haven & London: Yale University Press, 98-112.
- EMPOWER (Education Means Protection of Women Engaged in Recreation), AIDS: A Question of Rights and Humanity, Global Expert Meeting on AIDS, the Hague, the Netherlands, 21-24 May 1991.
- Fox, D. et al. 1986: From TB to AIDS: Value Conflicts in Reporting Disease, *Hastings Center Report* 16 no.6, Special Supplement, 11-16.

- Freedman, B. *et al.* 1989: Nonvalidated Therapies and HIV Disease, *Hastings Center Report* 19 no.3, 14-20.
- Gostin, L. *et al.* 1986: The Limits of Compulsion in Controlling AIDS, *Hastings Center Report* 16 no.6, Special Supplement 24-29.
- Gostin, L. 1990: The AIDS Litigation Project: A National Review of Court and Human Rights Commission Decisions, Part II: Discrimination, *JAMA* 263 no.15, 2086-2093.
- Gostin, L. (ed.) 1990: *AIDS and the Health Care System*, New Haven & London: Yale University Press.
- Gostin, L. 1990: Preface: Hospitals, Health Care Professionals, and Persons with AIDS, in Gostin, L. (ed.) 1990: *AIDS and the Health Care System*, New Haven & London: Yale University Press, 3-20.
- Gostin, L. 1991: The Needle-Borne HIV Epidemic: Causes and Public Health Responses, *Behavioral Sciences and Law* 9 287-304.
- 國家預防和控制艾滋病專家委員會：致醫務人員的一封信，《健康報》，1990年12月1日第1版。
- 國家預防和控制艾滋病專家委員會和衛生部性病專家諮詢委員會就當前性病、艾滋病防治工作中的一些亟待解決的敏感問題的建議，《中國性病艾滋病防治》第1卷第1期，1995年，58-60。
- Hamblin, J. 1991: The Role of the Law in HIV/AIDS Policy, *AIDS* 5 Supplement 2, 5239-5243.
- Hamblin, J. *et al.* 1991: Women, the HIV Epidemic and Human Rights, AIDS: A Question of Rights and Humanity, Global Expert Meeting on AIDS, the Hague, the Netherlands, 21-24 May 1991.
- 劉瑞琴：艾滋病的預防，呂維柏主編：《艾滋病中西醫防治學》，1994年人民出版社，40-48。
- Lo, B. *et al.* 1987: Ethical Dilemmas about Intensive Care for Patients with AIDS, *Review of Infectious Diseases* 9 no. 6.
- Lo, B. *et al.* 1989: Voluntary Screening for Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection, *Annals of Internal Medicine* 110 no. 9, 727-733.
- Lo, B. 1992: Ethical Dilemmas in HIV Infection: What Have We Learned? *Law, Medicine and Health Care* 20 1-2.
- Lo, B. *et al.* 1992: Health Care Workers Infected with the HIV: The Next Step, *JAMA* 267 no.8, 1100-1105.
- Mann, J. 1990: Afterword: AIDS and Health Workers from a Global Perspective, in Gostin, L. (ed.) 1990: *AIDS and the Health Care System*, New Haven & London: Yale University Press, 233-238.
- Mann, J. 1990: Human Rights and Priorities for HIV/AIDS Prevention and Care in the 1990s, AIDS: A Question of Rights and Humanity, Global Expert Meeting on AIDS, the Hague, the Netherlands, 21-24 May 1991.
- Mayor, K. 1990: The Natural History of HIV Infection and Current Therapeutic Strategies, in Gostin, L. (ed.) 1990: *AIDS and the Health Care System*, New Haven & London: Yale University Press, 21-31.
- Merz, B. 1987: HIV Vaccine Approved for Clinical Trials, *JAMA* 258 1433-1434.
- Porter, J. *et al.* 1989: Ethical Considerations in AIDS Vaccine Testing, *IRB* 11 no.3, 1-4.
- Qiu, R-Z 1991: Ethical Dimensions in AIDS Epidemic, AIDS: A Question of Rights and Humanity, Global Expert Meeting on AIDS, the Hague, the Netherlands, 21-24 May 1991.
- Qiu, R-Z 1992: Public Health and Individual Rights, The Third International Conference on Health Law and Ethics, Toronto, July 19-23, 1992.
- 中國大陸愛滋病毒感染的蔓延趨勢，香港《明報月刊》，1992年6月號，17-19。
- 邱仁宗：艾滋病諮詢的倫理學問題，《艾滋病簡報》，1992年3月第1期，12-。
- 邱仁宗：艾滋病防治和行為改變：保護公眾健康和保護個人正當權益，《全國首屆預防和控制艾滋病學術研討會論文匯編（1993年2月8-10日）》，129-135。
- 邱仁宗：醫學倫理學，方圻主編：《現代內科學》，人民軍醫出版社，1995年，26-42。
- 邱仁宗等：《病人的權利》，北京醫科大學·中國協和醫科大學聯合出版社，1996年。
- Qiu, R-Z 1996: Ethical and Policy Issues in HIV/AIDS Prevention in China, *AIDS in Asia Newsletter*.
- The Rights and Humanity Declaration and Charter on HIV and AIDS, AIDS: A Question of Rights and Humanity, Global Expert Meeting on AIDS, the Hague, the Netherlands, 21-24 May 1991.
- 上海市衛生局：《艾滋病監測管理工作有關法規文件匯編》，1992年4月。
- Steinbrook, R. 1986: Preferences on Homosexual Men with AIDS for Life-Sustaining Treatment, *The New England Journal of Medicine* 314 457-460.
- U. S. Congress, House, 100th Congress, First Session, H. R. 3071 (Mr. Waxman and cosponsors).
- Walters, L. 1988: Ethical Issues in the Prevention and Treatment of HIV Infection and AIDS, *Science*, February 5, 597-603.
- 衛生部衛生防疫司：《性病防治有關文件法規選編》。
- 衛生部衛生防疫司、國家預防和控制艾滋病專家委員會：《全國首屆預

- 防和控制艾滋病學術研討會論文匯編（1993年2月-10日）。
- WHO/GPA 1988: WHO against AIDS Discrimination, 41st World Health Assembly, Geneva, 13 May.
- WHO/GPA 1992: Global Strategy for the Prevention and Control of AIDS: 1992 Update, 45th World Health Assembly, 28 February.
- 性傳播疾病的蔓延及其防治對策：社會、倫理和法律問題專家研討會，1993年3月15-18日北京。
- 徐文嚴：艾滋病與性病，呂維柏主編：《艾滋病中西醫防治學》，人民出版社，1994年，117-124。
- 曾光等：我國性病流行趨勢的預測與分析，《中國性病艾滋病防治》第1卷第3期，4-6。
- 張琚：艾滋病：社會及倫理問題，《自然辯證法通訊》，1991年第2期，26-35。
- 張孔來等：艾滋病與社會行為，呂維柏主編：《艾滋病中西醫防治學》，人民出版社，1994年，29-39。
- 張聖芬：中國能成為艾滋病高發國嗎？《健康世界》，1994年第3期，4-7。
- 中國科學技術協會學會工作部編：《性傳播疾病綜合防治——全國性病防治與對策學術研討會論文集》，中國科學技術出版社，1991年4月。
- 《中華人民共和國傳染病防治法》，1989年2月2日第七屆全國人民代表大會常務委員會第六次會議通過。
- 周華山：《同志論》，香港同志研究社，1995年。
- 朱琪：堅持中華文化傳統的性價值觀是我國預防艾滋病流行的社會優勢，《中國性學》，1993年第7期，3-7。
- 朱琪：提倡遵守性道德還是使用避孕套預防艾滋病的不同輿論導向的心理社會效應研究，《性學》，1994年第2期，8-13。
- 朱琪：避孕套的幻影，《健康世界》，1994年第6期，4-5。
- 皆維廉：艾滋病的醫源性傳播，《中國性病艾滋病防治》第1卷第1期，1995年，5-7。