

導言：病人自主 與醫療行善

叢亞麗 范瑞平

在臨牀實踐中所說的病人自主是指病人有知情同意的權利。由於醫療本身存在風險、患者的權利意識日益增強、醫生的職務行為有時會威脅到其自身利益，使得患者的決定和醫生的決定時有不一致的情況發生。雖然醫療上的善就是為了患者的利益，但它的實現需要醫生的努力、患者的知情同意等中介條件，於是在臨牀上會出現矛盾。其根本原因應在於知情同意和醫療行善的主體的不一致，前者是患者，後者是醫生，而二者畢竟不可能在所有的情況下都保持共同的利益，所以在知情同意和醫療行善原則分別指導下的行為會發生矛盾。由於此二原則並無內在的聯繫，亦無絕對的主次之分，更由於醫療行善是個多層次的道德範疇，而知情同意是個相對單一的道德和法律要求，因此二者之間難以完全吻合便構成了臨牀的醫學倫理學難題。

叢亞麗，副教授，北京醫科大學醫學倫理學教研室，郵編：100083。
Ruiying Fan, Ph.D. Department of Philosophy , Grand Valley State University,
1 Campus Drive Allendale, MI 49401-9403 。

《中外醫學哲學》II : 2 (1999年5月) : 頁 1-10 。
© Copyright 1999 by Swets & Zeitlinger Publishers.

張大慶從中西文化傳統的角度對醫療行善進行了較系統的詮釋，認為儘管醫療行善作為醫療實踐的一項最基本原則在中西方得到普遍認同，但由於文化的差異，在具體的醫療臨牀上對醫療行善的理解和行為的選擇上仍存在不同。崔紅從一個案例所反映的醫療行善與知情同意之間的矛盾出發，提出“善”是相對的，“自主”是適度的。樊民勝從更具體的“手術應由誰簽字”問題中的知情同意和醫療行善的矛盾入手，提出知情同意既不像西方那樣主要以患者的情同意為依據，也不應像國內那樣主要以家屬的情同意為前提，認為應視具體情況而定。Becky Cox White 和 Joel Zimbelman 從對 Robert Veatch 放棄知情同意的觀點的批判得出：放棄知情同意是個不成熟的想法。事實上他們之間並無本質的差別，都同意實踐上使病人做到完全的情同意的不可能性，但與 Robert Veatch 不同的是，Becky Cox White 和 Joel Zimbelman 認為：醫學的任務不在於使病人利益極大化，只在於促進病人的幸福，即在知情同意必然要受到限制的情況下，醫生在臨牀情境下還是能進行道德選擇的。K. Danner Clouser 和 Bernand Gert 認為：Beachamp 和 Childress 的《生物醫學倫理學原則》中提到的現已被各國認同的四原則之間是獨立的，缺乏系統的聯繫，有的甚至是相互競爭性的。每個人的選擇可能不同，而且無法說服對方。他們認為應建造一個統一的倫理學理論，使人們在進行應用倫理學的分析時能得出相對單一明確的結論。Thomas Halper 認為隱私雖是法律規定的權利，但由於它多涉及墮胎和自決的問題而使世人會從胎兒的利益和不應鼓勵自決以及私下裏可能以此名義做不道德之事的直覺而對隱私與自主持保留看法。

一、醫學的道德本質 --- 醫療行善

Ronald Munson 在《為什麼醫學不可能是一門科學》一文中指出：科學的目的和醫學實踐的目的不同，科學的基本的內在的目的是獲得知識並理解世界和世界中的事物，而醫學與科學的一個重要區別在於醫學主要是一種實踐事業，而醫療實踐的目的在於促進健康（Ronald Munson, p.12），這就是醫學本身的特殊性。醫學實踐中促進健康、為病人解除疾苦，是理所當然的善。較早提出醫學實踐自身具有道德要素的是美國的 L. R. Kass，他認為技術醫學與倫理醫學是構成醫學的不可或缺的雙要素，醫學實踐負載和體現着自身所特有的善、正當、義務和美德，它們絕不是從外部借入來導引醫學或約束醫生的（1991, p.247）。

確實，醫學科學從它誕生之日起就具有其特殊性。崔紅在文章中提到：它是一種特殊的社會實踐，實踐的主體和客體都是人，實踐的目的是通過主體的工作為客體創造健康；它是一門特殊的生產領域，生產者是人，生產資料的主要構成也是人，產品是人的生命與健康；這又是一個特殊的消費領域，生產者與經營者常常於一體，侵權者與維權者常常於一體，維權者與衛權者常常分離，也就是說，最有可能侵害患者權利的人往往是最有可能直接維護患者權利的人。因此，醫療行善的具體實施將面臨許多現實的問題，可能包括醫生的素質、患者的意識等等。

醫學知識本身就像物理知識一樣，沒有道德內含，但醫學實踐致力於促進病人的健康，所以，科學可能缺乏道德原則，但醫療實踐本身則蘊涵着豐富的道德內涵 ---- 醫療行善。

二、道德和法律對患者權利的肯定

知情同意是患者的重要權利之一，它在西方的發展簡史可從Becky Cox White 和 Joel Zimbelman的文章中簡要反映出來。在美國，病人的知情同意是病人權利法案的一項內容，規定得較具體；在中國，暫時還沒有出台專門的病人權利法案，但從民法中關於公民的人身權和民事責任部分內容和執業醫師法中的有關規定（如第26條：醫師應當如實向患者或者其家屬介紹病情，但應注意避免對患者產生不利影響。醫師進行實驗性臨牀治療，應當經醫院批准並徵得患者本人或其家屬的同意。）可間接推斷出患者的法律權利。

美國是個判例法的國家，法官Cardoza的關於每個心智健全的人有對身體的控制權，外科醫生若沒得到病人的同意動手術是犯了攻擊之罪的結論被很多人引用，是很多判例依據的基石。Thomas Halper認為隱私是自主的一項奇特的代理，是憲法規定的權利，但由於隱私經常與“少管閒事”、墮胎、自決、私下吸毒等非道德行為聯繫在一起，使人們通過履行法律，而最終卻成了不道德的人。同理，喉梗阻案例中的為搶救患兒生命不簽字做手術的行為是明顯的違背醫院的規章制度（也可以間接地說未尊重監護人的法律權利）但道德層次很高的行為；病人自己不能給手術簽字，而家屬因過分緊張在簽字的問題上耽誤了許多時間，貽誤了手術時機，是醫方嚴格按醫院的規章制度而在道德上有所欠缺的結果。這其中涉及到道德和法律的關係這個理論性很強的問題。我們說，道德有層次之分，可把道德理想和道德義務作為一高一低兩個極端，而法律則類似於較低的道德義務，正如美國的法學家富勒(Fuller)所持的觀點：法律只能從人們的生活中排除比較嚴重的、明顯的運氣和非理性的現象，創造合乎理性的人類存在所必要的條件。對於實現法的目的來說，這些是必要的，但卻不是充分的

條件，需要道德理想的幫助和支持（張文顯，p.405）。

道德上，患者的諸多權利應更廣泛於法律權利。可以說，知情同意是患者就醫時醫生應滿足患者的首要條件，法律所規定的醫師的執業行為應是醫療行善的最基本的道德層次。在此基礎上，即在符合法律目的的前提下，如何實現醫療行善的較高層次的道德是醫學倫理學的更深的精髓，需要醫生在履行醫療行善時靈活地把握。

三、醫療行善的履行

醫生通過醫療行為實現醫療上的善，以患者的知情同意為中介，通過醫生的善最終達到醫療行善的目的——為患者的利益服務。醫療行善的目的可以理解為患者的利益，但此利益的實現有時與醫療行善的主體——醫務人員的利益並非完全一致。醫療的善需要醫生的善來實現，二者應是統一的。張大慶在文章提出，醫學的善體現了醫療保健活動的道德價值，為患者提供最大的利益，醫生的善指的是醫生的品行。醫學的善並不等同於從事醫療活動者的善。醫學的善與醫生的善之間若處理不好，也可能發生衝突。與此相關的一個問題就是：醫生的善是否與醫生自身的利益矛盾？醫生的善可分為幾個層次？是否可根據醫生的無私利他、雙方兼顧和利己不害他三種情形把醫生的善分為三個層次？正是因為醫生的利益與患者的利益並非總是完全的一致，臨牀上經常表現為醫療行善與知情同意的矛盾：喉梗阻患兒的家屬在不能做到完全的知情同意的情況下，醫生若出於無私利他的道德層次，冒不簽字做手術的風險，達到醫療上的善，但未以患者的知情同意為中介；醫生若從保護自己又不故意害他的層次出發，盡量使患兒父母知情同意，在他們不簽字的情況下，不做手術，即滿足了患者的情

同意（雖然他們事實上由於所受的教育程度而不能做到完全的知情同意，這其中可能也有醫生的解釋不簡明而未針對要害的問題，但患兒父母此時不信任醫生而不給手術簽字使他們冒了更大的風險，使承擔不利後果的責任幾乎都轉到他們自己身上。），但未達到醫療上最大的善。

衝突的原因既可能在於知情同意這一中介，也可能表現為患者的利益與醫生的利益的不一致。患者所理解的最大利益通過患者的知情同意權得到保障，這和醫生依據醫學知識、經驗等得出的為患者謀福利（此福利不一定等於患者所理解的最大利益）的選擇可能不同。鑑於醫生可能不為病人的最大利益著想，如美國的“不對患梅毒的黑人實施有效治療”和“刻意使殘疾兒童感染肝病否則不許其入學”兩件事情的發生，美國70年代的病人權利法案旨在尊重病人及其自主，此法律使患者處於有能力限制研究和臨牀的專業權威的位置上，近10年來中國的病人權利也日漸受到重視。正如Becky Cox White和Joel Zimbelman所言，知情同意的道德根據，不再視為完全在於行善，而是實質上從自主和尊敬人格等原則推導出來。因此，知情同意是病人角度理解的最大利益的說法可能不確切，但若把自主和尊重人格看成患者追求的最大的善，則其中又有微妙的差別。

那麼，患者和醫生之間是否必然存在矛盾，二者在現實中能否達成一致呢？不同學者從不同的角度思考，孰是孰非很難用簡單的言語概括，也許會有如下不同的看法：

〔1〕K. Danner Clouser 和 Bernand Gert 所設想的統一的道德理論是任何從事應用倫理學的人都夢寐以求的，但這在實踐上是不可能的。倫理學本身是實踐性很強的領域，應用倫理學是倫理學的一個分支，但不等於說把普通倫理學的理論應用到具體實踐中就可解決問題，那種使人們認為只要依據某一理論便可解決問題的想法是紙上談兵，而非實戰演習。就像醫學

實踐就是醫學知識在特定的個人身上的應用一樣（Ronald Munson, p.20），臨牀倫理案例分析就是普遍的倫理學知識在具體特殊案例中的應用，每個案例的特殊性都是不能互相取代的。如果能發展出統一的理論，應用倫理學就沒有存在的必要了。

〔2〕K. Danner Clouser 和 Bernand Gert 所設想的理論在理論上是可能的，這樣的理論與歷史上的倫理學理論多少有相似之處，因為它消化吸收了每個理論中合理的成分。正如全球生命倫理學的研討一樣，這是基於人類的共性和道德直覺，包括醫學倫理學在內的所有應用倫理學工作者共同尋找統一的理論，會使不同的倫理學案例都能有一個單一明確的解決方向，使處理問題的相關人士可以輕易地相互溝通，最終可做出醫療行善的道德選擇。

〔3〕既然 Robert Veatch 的醫患之間的“深度的價值配對系統”不可能實現，即完全的知情同意在現實中是做不到的，那麼，不如放棄知情同意，從加強醫方的職業道德單方面入手，盡量滿足患者醫療上的最大利益和其他方面的幸福，因為病人權利未出台以前，歷史上醫生在這方面是能勝任的。

四、中西方的對比

無論中方還是西方，案例分析中的一個關鍵問題都在於：誰是理所當然的決定者？中西方的區別之一在於中方的決定者是家屬，西方的決定者是病人個人。個人權利、解放、自主、自己決定、平等、公正、公平等是現代西方人在道德上常用的詞；中國則強調家庭成員之間的親情、個人是家庭不可缺少的組成部分、人與人之間有年齡長幼職務高低之分、朋友之間誠信可靠等，所以像（關係）和諧、仁慈、身分、孝順、家庭整

體利益等是人們在道德上常顧及和依據的詞語（Ruiping Fan, pp.192-193）。生命倫理學中的自主原則根植於西方的道德傳統中，它直接決定了臨牀中說實話、病情公布和知情同意等實踐行為，儘管此原則也被直接引用到中國，但由於雙方道德背景的不同，在具體的臨牀實踐中的做法並不相同，即便雙方都依據的是自主原則這一相同的名詞。從理論上說，此原則在中西方是不可通約的（Ruiping Fan, p.313）。

簡單來說，中國文化裏的個體人是內省的、讓與的、利他的、與人和諧的道德主體。這種個體容易成為普遍的義務主體，不大可能成為普遍的權利主體（夏勇，p.185）。中國的自主原則是指家庭整體決定，即醫生讓家屬和病人之間達成一致，不單純看病人的意見，而主要跟家屬協商（當然家屬在可能的情況下會與病人本人協商），其中有一個原因跟經濟有關，即經濟獨立的病人個人佔少數，而在經濟上依靠家庭的佔多數；有的情況下與單位協商，從經濟上來說，這是由於醫療費用的承擔者主要是單位。相比之下，西方不只在道德上強調個人權利，在經濟上多數相對獨立，所以，個人自主決定是普遍的。

區別之二在於分析方法上。Becky Cox White 和 Joel Zimbelman 與 K. Danner Clouser 和 Bernand Gert 具有共同的較強的邏輯分析特點。如 K. Danner Clouser 和 Bernand Gert 主要從理論上論證現已被很多人接受的醫學倫理學四原則之間由於缺乏內在的聯繫甚至是相互對立的倫理學理論的代表而無法指導現實的案例分析，因此對原則主義進行了批判。他們認為應建立一個統一的道德理論將諸多原則緊密聯繫起來，以產生明確、一貫、全面而又具體的行為規則，否則對某個具體的案例就沒有統一的行為指導。中方的分析多介於情與理、德與法的矛盾之中，較少邏輯推理，這是中國從德治的傳統向法治的目標轉變的必然現象。

區別之三在於對矛盾的解決上。中方對醫療行善和病人自主之間的矛盾的解決途徑的論述，多以善的相對、自主的適度、術前由患者本人還是由家屬簽字要根據不同情況區別對待等為結論。既未得出放棄知情同意的結論，也未認同現實的就是合理。西方試圖從理論入手找出解決問題的一勞永逸之方法，要麼像Robert Veatch的放棄知情同意，要麼像K. Danner Clouser 和 Bernand Gert 的建立統一的倫理學理論，廢除四原則。

現實中，中西方在醫療行善的具體做法的選擇上是不同的，但應看到，近年來在中國頻繁發生的醫患之間的矛盾背後有一個主要原因就是患者權利意識的增強，在此，中方與西方漸有共通之處。

參考文獻

Ronald Munson , 1998 , “為什麼醫學不可能是一門科學？”，中外醫學與哲學，1998，（May , 1998）, pp.3-30 。

中國社會科學院哲學研究所自然辯證法研究室編，1991年，《國外自然科學哲學問題》，中國社會科學出版社。

張文顯，1996年，《二十世紀西方法哲學思潮研究》，法律出版社。

Kazumasa Hoshino (ed.).1997, Jappanese and Western Bioethics, pp.189-199,'Ruiping Fan, Three Levels of Broblems in Cross-cultural Explorations of Bioethics: A Methodological Approach, ',1997 Kluwer Academic Publishers.

Ruiping Fan,1997, 'Self-Determination vs. Family-Determination: Two Incommesurable Principles of Automy.' Bioethics, Volumn 11 Number3/4 1997. pp.309-322.

夏勇，1992年，《人權概念起源》，中國政法大學出版社。