

醫療行善：中國醫學道德傳統的詮釋

張大慶

摘要

中國古代醫學道德具有悠久的傳統。中國醫學史上“醫乃仁術”的命題，充分體現了中國醫學傳統十分重視醫療實踐的倫理價值。該文基於中國傳統文化的背景從四個方面討論了醫療行善的思想基礎和實踐意義。首先，文章追溯了中國古代儒、道、佛思想對醫療行善觀念的重要影響，指出中國傳統醫學的醫療行善觀念是以儒家仁愛思想為核心，融合了道家和佛家的仁慈、慈悲觀念而形成的一種多元價值取向的框架體系。其次，該文闡述了中國傳統醫學非常重視醫療實踐的道德價值，其中主要包括強調醫療活動以病人而不是疾病為中心；將病人視為一個整體的人而不是損傷的機器；主張

張大慶，副教授，北京醫科大學醫學史教研室，郵編 100083。

《中外醫學哲學》II：2（1999年5月）：頁31-51。

© Copyright 1999 by Swets & Zeitlinger Publishers.

關懷病人、尊重病人；重視醫患之間的合作關係；重義輕利、捨利取義的理想人格成為醫生的追求目標；反對義醫射利。再次，文章評述了在以儒家文化背景下醫療行善的社會道德價值，表現在：知識分子因各種原因不能治國安邦時，將行醫治病作為實現個人價值的重要途徑；將行醫治病作為增進家族或家庭和睦的有效手段；將行醫治病作為傳播宗教思想的重要途徑；將行醫治病作為政府舒緩民怨的良方。最後，該文簡要地比較了中西方醫療實踐中醫療行善觀念的異同，指出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的認同，但是，在具體的實踐過程中，中西方對於醫療行善的理解和解釋依然存在着一定的差異。西方醫學倫理學認為醫療行善應服從於尊重病人自主權，醫療行為的善體現在以病人利益為目的，而中國醫學倫理學則更強調醫生救死扶傷的義務，主張醫療行為在注重病人利益的同時也應兼顧家庭的利益。

關鍵詞：醫療行善、儒家、道教、佛教

一、醫療行善：中國傳統思想的淵源

1、醫乃仁術：儒家醫學傳統的基石

儒家思想作為中國文化的主幹，它在整個中國文化思想上、意識形態上、風俗習慣上都烙上了深深的印痕。中國傳統醫學不僅深受儒家思想的影響，而且還形成了一種獨特的醫學

傳統——儒醫，並有“醫儒同道”之說。儒家的仁愛思想也成為醫學道德的理論基礎。

“仁”是儒家倫理思想的核心，所謂“仁”就是“愛人”。儒家認為醫學為“生生之具”，醫學的目的是仁愛救人。《靈樞·師傳》指出，掌握醫術，即可“上以治民，下以治身，使百姓無病，上下和親，德澤下流……”（靈樞經，1956，p.64）。東漢名醫張仲景認為，儒家要實現“愛人知人”的理想，就要應當明了醫理、重視醫療，這樣方能“上以療君親之疾，下以救貧賤之厄，中以保身長全，以養其生。”（張仲景，1963）。因此，醫學被儒家視為實現“愛人”理想的一條重要途徑。行醫治病、施藥救人就是施仁愛於他人。

儒家的“愛人”原則第一是強調尊重人的生命。中國醫學經典《黃帝內經》說：“天覆地載，萬物備悉，莫貴於人。”，唐代醫家孫思邈也強調：“人命至重，有貴千金，一方濟之，德逾於此。”，因此，儒家要求醫生在疾病診療中，應有“如臨深淵、如履薄冰”之感，處方開藥應小心謹慎，以免診斷或用藥錯誤傷害病人。孟子說：“無傷也，是乃仁術。”（《孟子·梁惠王上》）。“愛人”原則第二是強調尊重病人。《靈樞》中強調醫生要“入國問俗，入家問諱、上堂問禮、臨病人問所便。”，並且主張對待患者要“舉乃和柔、無自妄尊”，不得以施恩者自居，更不得利用醫療職業謀財、獵色，充分體現了對病人尊重的思想。“愛人”原則第三是強調“泛愛眾”，提出醫生對待病人應該一律平等相待，不論貧富貴賤、老幼美丑，都要一視同仁。如孫思邈在《千金要方》中指出：“若有疾厄來求救者，不得問其貴賤貧富，長幼妍媸，華夷愚智，普同一等，皆如至親之想。”（孫思邈，1982，p.476）。明代醫生龔廷賢嚴厲譴責了那些對於貴賤貧富之病人不能平等相待的醫生，指出：“醫乃生死所寄，責任匪輕，豈可因其貧富而我為厚薄哉？”（周一謀，1983，p.212）。

儒家十分重視個人美德的培養，認為仁愛救人是醫生美德的體現。范曄讚揚東漢醫生郭玉“仁愛不矜，雖貧賤廝養，必盡其心力……（范曄，《後漢書·方術列傳》）”。儒家認為醫生美德的基礎是良心，即醫生應具備惻隱之心、羞恥之心、恭敬之心、是非之心。惻隱之心是要求醫生以熱愛生命的情感，視解除病人痛苦、“以救貧賤之厄”為自己的行醫目的。羞恥之心是要求醫生以病人利益為重，以惟名利是務、四診不參、濫用藥物、欺詐病人為恥；恭敬之心要求醫生應當尊重病人；而是非之心則是要求醫生不做損害病人利益的事情。由於醫患之間事實上的不平等地位，儒家十分強調醫生的“慎獨”和“推己及人”。如，明代醫家李天成說：“吾濟於人者，若濟吾母。”，清代名醫費伯雄也提出：“我欲有疾，望醫之相救者如何？我之父母妻子有疾，望醫之相救者如何？易地以觀，則利心自淡矣。”。

仁愛不僅作為行醫的指導思想，也成為評價醫生的一項重要標準。南齊楊泉在《物理論·論醫》中指出：“夫醫者，非仁愛之士，不可托也，非聰明理達，不可任也，非廉潔淳良，不可信也。是以古之用醫，必選名姓之後，其德能仁恕博愛”。宋林逋在《省心錄·論醫》中也說：“無恆德者，不可以作醫”。由此可見，強調醫生的品德修養是中國醫學道德傳統的重要內容。

2、道教教義中的行善理論

道教是中國傳統宗教，始於東漢，流行於民間。道教是一種以生為樂，重生惡死，進而追求長生不死的宗教。道教認為，可以借助於植物的、動物的、礦物的知識，製造出能夠延長人生命的仙丹妙藥。同時，道教還強調，僅憑內修外養尚不夠，欲成仙者還必須積善立德，葛洪說：“欲求仙者，要當以忠孝和順仁信為本，若德行不修，而但務方術，皆不得長生

也。”，“欲求長生者，必欲積善立功。”（王明，1980，p.47）。這樣，道教就把長生成仙的教義同行善積德結合起來，從而影響到人們的行為規範，如許多道士通過行醫施藥來行善積德。

天道循環，善惡承負是道教重視行善積德的倫理基礎。《太平經》對承負有兩種解釋：一種含義就是，前人種樹，後人遮蔭；前人惹禍，後人遭殃；另一種則是指自然的循環，即天地人三統共生，長養財物，欲多則生奸邪，害而不止便會亂敗，不可復理便還返於虛無，復歸元氣恍惚。前者是指一個家族內子孫禍福的根源而言，後者則是指整個社會與自然的變化而言。若想阻斷承負而免除厄運，就須行善積德為後世子孫造福，以及虔誠信道修行，免除自身的承負之厄。

道教除相信天道承負外，還相信現實的因果報應，即吉凶禍福乃是個人行為善惡的必然報應。道教的承負報應思想對醫家也有一定的影響，如張杲在《醫說·醫功報應》中收有醫生行善增紀，惡人減算的事例。他還強調：“醫者不可不慈仁，不慈仁則照禍。”（張杲，1984）。明代醫家陳實功的《醫家五戒十要》也烙有明顯的道教痕跡，他認為：“人之受命於天，不可負天之命。凡欲進取，當知彼心順否，體認天道順逆，凡順取，人緣相慶，逆取，子孫不吉。為人何不輕利遠害，以防還報之業也？”並指出醫生通過施醫贈藥，可以陰鷲日增（陳實功，1982，p.59）。

明代醫家龔廷賢在《壽世保元》中明確指出：“救苦度厄，濟困扶危，可以延年”。龔氏在《魯府禁方》中指出，不取非分、扶接老幼、憐孤惜寡、揚善隱惡、積德樹恩、施不望報、尊奉高年、內修孝悌、濟度貧窮、捨藥救疾、仁慈謙讓等可以醫病。龔氏把個人道德、修養與其保健養生、防病治病結合起來。其中雖有牽強之處，但也不乏睿智的洞察，是值得我們借鑑的。

3、佛家的行善倫理及其對醫學倫理學的影響

在佛教“因果輪回報應”和“布施得福”思想的影響下，許多佛教徒把行醫施藥作為從善的手段之一。他們除研習醫理、編撰醫方、治病濟人，出現了一些以擅長醫術而知名的僧人，如東晉佛學“識含義派”祖師于法開也是著名醫家，《高僧傳》云：“于法開……祖述耆婆，妙通醫法。或問法師高明剛簡，何以醫術經懷？答曰：‘明六度以除四魔之病，調九候以療風寒之疾，自利利人，不亦可乎？’”。鑒真不僅是一代名僧，在醫藥學上也造詣頗深。他曾親自主持尤興寺、大明寺的“悲田院”，並在兩寺開闢藥圃，以救濟貧病。

大乘佛教唯識學派對善的認識是：無貪、無嗔、不害等。不害就是不傷害一切眾生，不殺生是佛教的一種重要善行。佛教的這種善惡觀影響到一些醫家的行為，如孫思邈反對應用任何活動物製藥治病，他認為：“至於愛命，人畜一也。夫殺生求生，去生更遠。吾今此方所以不用生命為藥者，良由此也。”

善惡的輪回報應觀是佛教倫理學的重要部分。佛教認為，一個人的禍福果報，是由他本人的業的染淨、善惡所決定的。作善業的人，將有好的果報；作惡業的人，必得惡的報應。佛教用這種人生禍福宿命論的因果輪回關係來說明社會現象，並通過善惡報應的道德觀對教徒產生一種心理威攝力，以要求人們多多行善。

佛教主張大悲為首，慈悲喜捨，把悲天憐人作為道德的出發點，將諸惡莫作，諸善奉行作為個人的行為準則。孫思邈將這種倫理觀引入醫學，提出醫生治病應“先發大慈惻隱之心，誓願普救含靈之苦。”。孫氏認為醫生在診治疾病的過程中，“見彼苦惱，若己有之，深心淒愴。”，對待患有瘡瘍、瀉痢、污穢不堪入目的病人，“但發慚愧淒憐憂恤之意，不得起

一念芥芥之心。”，體現了孫氏深受慈善憐憫、推己及人的佛教倫理學思想的影響。

宋代醫生張杲所撰《醫說》的“醫功報應”中，收錄了十二個有關善惡報應的事例，反映出佛教思想對醫學道德觀的影響。“醫功報應”宣揚了行醫施藥、濟世救人是積陰德的最好手段之一，指出“醫者當自念云，人生疾苦，與我無異。凡來請召，急去無遲，或止求藥，宜即發付，勿問貴賤，勿擇貧富。專以救人為心，冥冥中自有佑之者；乘人之急，故意求財，用心不仁，冥冥中自有禍之者。”（張杲，1984）。如許叔微、聶醫士、何澄以醫行善、不求錢財、不貪女色，而獲得好報；徐樓台因行醫榨取錢財未遂而致死病人，即遭到了自己斃命、其子隨母改嫁、其醫遂絕的報應。段承務、水陽陸醫之流也因以醫貪財而遭到惡的報應。佛教“布施得福”、“因果報應”的思想，對於古代醫生的行醫實踐是有所影響的，在一定程度上起到了抑惡揚善的作用。

二、醫療行善：醫療技術的道德價值

1、臨牀治療：醫療技術的道德含義

中國傳統醫學蘊含着豐富的人文主義精神，在“醫乃仁術”的思想指導下，中國古代醫生十分重視醫療技術的道德價值。歷代醫家一直認為施醫給藥、拯救生命是一種仁德，其本身就負載着道德價值。中國傳統醫學以整體觀為特色，在臨牀工作中重視病人的生理、心理、社會因素和自然環境對疾病的影響，診斷疾病強調望聞問切四診合參，治療中主張醫患之間的密切配合，因此，在中醫學關於疾病的定義、診斷和治療措施中都體現了其將病人作為一個整體的人來對待，體現了其關

懷病人、尊重病人的道德價值。

中國傳統醫學也十分重視醫生技術與醫生品德的統一性。中國傳統醫學認為精湛的技術和敬業精神是醫生美德的體現。歷代醫家都將精通醫理視為實現“仁愛救人”的基本條件，強調醫生必須“博極醫源，精勤不倦”，“不得道聽途說，而言醫道已了”，因為生命是最寶貴的，治病救人依靠的是正確的醫學知識和技術。中國古代以“十全”作為對醫生的評價標準，這種標準不僅是技術性的，也是道德性的。古代醫學經典《內經》認為：“所以不十全者，精神不專，志意不理，外內相失，故時疑殆。該不知陰陽逆從三理，此治之一失矣。受師不卒，妄作雜術，謬言為道，更名自功，妄用砭石，後遺身咎，此治之二失也。不適貧富貴賤之後，坐之薄厚、形之寒溫，不適飲食之宜，不別人之勇怯，不知比類，足以自亂，不足為自明，此治之三失也。診病不問其始，卒持寸口，何病能中，妄言作名，為粗所窮，此治之四失也。”（《黃帝內經·素問》1979，p.558）。可見，中醫學認為醫療失誤主要是由於醫生的不良品德和草率行為所造成的。

2、醫學的善與醫生的善：衝突與協調

醫學的善體現了醫療保健活動的道德價值，醫生的善指的是醫生的品行。醫學的善並不同於從事醫療活動者的善。醫學的善與醫生的善處於一種矛盾中，兩者既可能是統一的，但若處理不好兩者之間也可能發生衝突，故中國傳統醫學道德十分重視協調兩者之間的關係。

醫學的善與醫生的善之間的關係包括：（1）醫學的善與醫生的善的和諧：即醫生對病人熱忱關懷、精心治療，應用醫學技術解除病人的疾病和痛苦。（2）醫學的善與醫生的善的背離：即不道德的醫生為了某種目的實施有害的醫療行為，如納粹醫生利用戰俘進行極限狀態下的人體實驗。（3）醫學的

善與醫生的善的矛盾：在臨牀工作中醫學的善與醫生的善之間時常出現矛盾，如利與義的矛盾、醫患關係問題、醫療技術可能帶來的傷害等。中國傳統醫德在處理這類問題上也積累了豐富的經驗，可為我們建設新的醫學道德規範提供借鑑。

（1）義與利的道德衝突

儒家處理義利關係的基本原則是“以義為上”（《陽貨》）和“見利思義”（《憲問》）。孔子說：“君子喻於義，小人喻於利”（《里仁》），強調君子應把“義”放在首位，而“利”則是其次的。荀子認為人的利欲是無止境的，但社會財富卻有限，不可能完全得到滿足，故須節欲，即“以義制利”。大力提倡君子“唯仁之為守，唯義之為行”（《荀子·修身》）和“重義輕利”（《荀子·成相》）的價值觀。漢儒董仲舒也倡導“夫仁人者，正其誼不謀其利，明其道不計其功。”（《漢書·董仲舒傳》）。

儒家所推崇的重義輕利的價值觀念、捨利取義的理想人格，對古代醫家產生了深刻的影響。在強烈的儒學氛圍中成長起來的醫生，都將以醫濟世，捨利取義作為追求君子理想人格的實踐。三國時期的醫家董奉“日為人治病，亦不取錢。重病愈者，使栽杏五株，輕者一株。如此數年，得十萬餘株，鬱然成林。……奉每年貨杏得穀，旋以賑救貧乏，供給行旅不逮者，歲二萬餘人。”（《神仙傳》），從此，“杏林春暖”成為讚美醫生美德的成語。

在儒家義利觀的指導下，許多醫生倡導體貼病家疾苦，反對以醫謀利。如孫思邈主張醫生應懷救苦救難之心，將錢財得失置之度外，指出：“醫人不得恃己所長，專心經略財物。”（《千金要方·大醫精誠》）。明代醫家陳實功在所著的《醫家五戒十要》中規定：“凡病家大小貧富人等，請觀者便可往之，勿得遲延厭棄，欲往而不往，不為平易。藥金毋論輕重有無，當盡力一例施與。”，“不得出脫病家珠帛珍貴等送家合藥，以虛存換假。如果該用，令彼自製入之。倘服不效，自無

疑謗。亦不得稱讚彼家物色之好，凡此等非君子也。”，“貧窮之家及游食僧道衙門差役人等，凡來看病，不可要他藥錢，只當奉藥。再遇貧難者，當量力微贈，方為仁術。”（陳實功，1982，p.59）。

有宋以降，理學“存義滅欲”的思想，把義與利的關係絕對對立起來。程顥提出：“天下之事，惟義利而已。”（《二程遺書》卷十一），主張“不論利害，惟看義當為與不當為。”（同前，卷十七），朱熹則把“義利”之說提到“儒者第一義”（《朱子文集》卷二十四）的地位。於是，有的儒醫反對將行醫作為一種謀生的手段，堅持行醫應該作為業餘的慈善事業來進行。如南宋張松認為，醫之為書，貴在拯人之急，非徒專己之利。徐大椿諷刺“今之學醫者，皆無聊之甚。習此醫者以為衣食之計耳。”（徐大椿，1980）。龔信的《明醫箴》提出了好醫生的道德準則：“今之明醫，心存仁義。……不計其功，不謀其利。”。

的確，許多儒醫將行醫當作了一種慈善事業，行醫施藥成為了他們行善積德的手段。然而，無論儒家怎樣強調重義輕利，張揚“君子謀道不謀食”，“憂道不憂貧”的理想人格，把義與利完全對立起來，只是一種脫離實際的空想。它既不符合醫家的意願，也阻礙了醫學專業化的發展。實際上，古代社會中依然大量存在着以醫謀利，甚至見利忘義的現象。但是，儒家的利義觀的合理內涵依然是值得提倡的。

（2）醫患關係

良好的醫患關係是體現醫療的善和醫生的善和諧統一的基礎。儒家“仁愛”思想是中醫處理醫患關係的指導思想。漢儒鄭玄認為：“仁，從人從二，相人偶。”，仁就是處理人與人之間的關係。中國傳統醫學體系的整體醫學觀和辨證論治的醫療實踐是強調醫患之間密切合作的基礎。中醫經典文獻《素問·湯液醪醴論》提出：“病為本，工為標，標本不得，邪氣不

服。”，說明醫患在診療過程中的相互依賴關係。中國傳統醫學認為，醫患之間的相互依賴是基於一種平等的密切合作，對待病人要“舉乃和柔，無自妄尊”，並認為：“凡病家延醫，乃寄之以生死，理當敬重，慎勿輕藐，貧富不在論財，自盡其誠，稍褻之則非重命耳。”（周一謀，1983，P.212）。

另一方面，由於中醫診療工作對患者的主觀感知依賴性很大，醫生對疾病要作出準確的判斷，除了要詳細觀察患者的客觀體徵變化之外，尤其重視認真聽取患者的主訴。在治療過程中，醫生還須依據患者的反應和病情的變化加減藥物，及時調整治療，同時醫生還注意指導配藥、煎藥、服藥等，都體現出醫患之間的密切合作關係。在診療活動中，患者總是希望醫生能相對固定，便於熟悉病情、對症下藥；醫生也希望患者的信任，保持診療的連續性。由於中醫診療活動保留着這種密切的醫患合作關係，因此加強了醫患之間的道德信賴感，更好地體現了醫乃仁術的宗旨。因此，傳統的中醫醫療模式至今仍具有強大的吸引力。

醫療是涉及到人的健康和生命的實踐活動，醫生經常面臨如何處理疑難或危重病症的難題。中國傳統醫學十分重視正確處理與這類病人的關係，要求醫生對諱疾不言，或有隱情難告的患者，應當關心體貼，消除其與醫生之間的隔閡。清代名醫喻昌指出：“醫仁術也，仁人君子，必篤於情。篤於情，則視人猶己，問其所苦，自無不到之處。古人閉戶塞牖，繫之病者，數問其情，以從其意。誠以得其歡心，則問者不覺煩，病者不覺厭，庶可詳求本末，而治無誤也。”。對於固執己見的病人，只要醫生能“告之以其敗，語之以其善，導之以其所便，開之以其所苦。雖有無道之人，惡有不聽者乎？”（喻昌，1983，pp.7-8）。傳統醫學這種既堅持實事求是的精神，又注重真誠對待病人的診療作風是值得我們繼承和發揚的。

三、從個體到社會： 醫療行善的功利主義解釋

1、醫療行善：實現自我價值的途徑

儒家“窮則獨善其身，達則兼濟天下”的思想，為歷代知識分子所信奉。此處“窮”並非僅指生活窮困，更主要的是指處於逆境時的潔身自好，保持高尚的道德情操。因此，當儒家知識分子在受到不公正待遇，不能為國家服務時，一些人便隱於醫林，通過行醫施藥來濟世救人，實現自己的自我價值。於是，賈誼說：“古之至人，不居朝廷，必隱於醫卜。”范仲淹認為：“大丈夫之於學也，固欲遇神聖之君得行其道，……能及大小生民者，固惟相為然。既不可得矣，夫能行救人利物之心者，莫如良醫。果能為良醫也，上以療君親之疾，下以救貧民之厄，中以保身長全。在下能及大小生民者，舍夫良醫，則未有之也。”（李良松等，1990，pp.25-26）。

范仲淹“不為良相，則為良醫”的名言，鼓舞了許多失意的官吏和不第儒生從官場和經學轉向醫學。正如左元豐在《風科集驗名方·序》中所指出：“達則願為良相，不達願為良醫。良醫固非良相比也，然任大責重，其有關於人之休戚則一也。”明代醫生黃礪也認為：“醫，仁術也，苟精之，亦足以濟人，豈必官可行志乎？”在這種思想的影響下，許多攻舉業不第者的儒生轉向醫學，通過醫療行善來體現自己的人生價值，不少成為了著名醫家，如劉完素、李時珍、喻昌、汪昂、吳瑭等等，不勝枚舉。

2、行善與行孝：從個人到家族

中國古代社會基本上是一個以血緣關係為紐帶、一家一戶為生產單位的小農經濟社會。中國文化十分重視家庭和家族和

睦與發展。儒家的“仁愛”思想也充分地反映出這種與宗族血緣關係密不可分的特點。儒家“仁”的最初含義就是基於宗法血緣的親子之愛。《國語·晉語》載：“愛親之謂仁”。孟子說：“仁之實，事親是也。”（《孟子·離婁上》）。所謂事親就是“孝”。

儒家將“孝”作為社會最基本的道德規範，並認為：“夫孝，德之本也，教之所由生也，”是“至德要道”（《孝經·開宗明義》），因為“人之行，莫大於孝”。由於醫學能療君親之疾，因此儒家將掌握醫療保健知識視為盡孝行善的重要內容。皇甫謐說：“若不精於醫道，雖有忠孝之心，仁慈之性，君父危困，赤子塗地，無以濟之。此固聖賢所以精思極論，盡其理也。”（《甲乙經·序》）。這種以醫為孝的觀念成為了儒家的一種傳統，也是許多儒生棄儒攻醫的重要原因。

南北朝時期的醫家許道幼，因母疾而習覽經方，遂精醫術，成為名醫。他認為：“為人子者嘗膳視藥，不知方術，豈謂孝乎？”唐代著名文學家王勃在為《難經》所作的序中寫道：“為人子者，不可不知醫也”。由於他的文學家地位和影響，盡孝當知醫的思想流傳很廣。金元四大家的從醫無不受“孝”的影響：劉完素家貧，母病求醫三次不至，失去治療機會而死。劉完素遺恨萬分，從而改攻醫學。張從正將其醫著取名為《儒門事親》，清楚地反映出他以醫為孝的思想。朱丹溪“三十歲時因母患脾疼，眾工束手，由是有志於醫”。李杲為其母治病，請過多位醫生診療，奈庸醫雜藥亂投，其母遂死，但仍不知所患何病。李杲因此為自己不懂醫藥而痛悔，於是，以千金為贄，拜張元素為師學醫。明代王綸亦因父病而習誦醫經本草，他說：若不懂醫藥，父母至親朋友患病時，便“疾至而不識”，故不能以仁推及於至親，或“攜友於死生”，所以，“儒者不可不兼夫醫也”。

“孝”作為一種道德規範對醫藥活動的影響遠非限於醫生

的從醫動機，它也涉及到一般人的醫療活動和風俗，如古代的“嘗藥”傳統。《禮記·曲禮下》曰：“君有疾飲藥，臣先嘗之；親有疾飲藥，子先嘗之。”，《文王世子篇》言及王疾，“疾之藥（世子）必親嘗之。”，於是，臣嘗君藥，子嘗父藥便成為了一種忠孝禮義的規矩。如《漢書·晁錯傳》載：“太后嘗病三年，陛下不交睫解衣，湯藥非陛下口所嘗弗進。”，《王莽傳》說“父大將軍風病，莽侍疾，親嘗藥。”。

中藥在古代又有毒藥之稱，這反映出古代醫生已經認識到許多藥物的治療作用和毒性作用之間只有微小的差別。《孟子·滕文公上》說“若藥不瞑眩，厥疾不廖”，可見藥物的治療劑量往往接近其毒副作用的劑量。因此，用藥不慎將導致嚴重後果。為了避免可能出現藥物的不良反應，在患病的父母服藥之前，兒女先嘗成為了一種傳統，以體現兒女的孝心和善行。

3、醫療行善：從宗教慈善機構到民間保健組織

前已述及，中國古代兩種主要宗教——道教和佛教都認為醫療是一種行善活動。佛道的“功德”、“慈善”思想，導致了以醫傳教的推廣，通過用醫療解除人們病痛來期望人們皈依宗教。同時，道教和佛教也建立了專門收容和照顧病人的機構，以體現其慈悲為懷、普度眾生的精神。如隋代佛教徒那連提黎耶舍（卒於公元589年），創建了收容麻風病人的癘人坊，唐代僧人釋智巖“後往石頭城癘人坊住，為其說法，吮膿洗濯，無所不為。”。後來許多佛教寺院設立了悲田養病坊，對促進民眾的醫療保健有一定的積極作用。另一方面，除寺院道觀設立行善機構外，一些宗教信徒在樂善好施思想的影響下，也建立了照顧病人的慈善機構，以此行善積德。如南齊時，“太子與竟陵王子良俱好釋氏，立六疾館以養窮民，……貧病不能立者，於第北立廨收養，給衣及藥。”。雖然，宗教是通

過醫療行善來傳播其教義，但在客觀上也促進了民間醫療機構的產生和發展。

宋明理學的興起，擴大了儒學對醫學的影響。由於醫學的濟人利事與儒學的仁孝忠恕正好符合封建社會的倫理道德標準，因此以醫濟世成為許多儒生的目標。宋仁宗時期的尚藥奉御趙從古說：“儒識禮義，醫知損益，禮義之不修，昧孔孟之教，損益之不分，害生民之命。儒與醫豈可輕哉？儒與醫豈可分哉？”，這種醫儒同道的思想也推動了民間醫療機構的發展，如宋代著名文學家蘇軾在杭州建立了“安樂”病坊，以照顧和治療疫病流行時的病人。

4、行善策略：政府“仁政”的良方

由於醫療保健是救死扶傷的善行，涉及到廣大人民的利益，能反映政府對社會福利的重視，所以中國歷代統治者都將施醫捨藥作為體現其“仁政”的一項重要策略。歷代政府的施醫捨藥措施主要包括以下幾方面：

寬疾：《周禮》將“寬疾”作為保息安養萬民的策略之一，政府免除病人一定的社會義務，反映出對待百姓的仁愛和照顧。在疫病流行期間，政府通過減免租賦，開倉放糧，營救飢者，使百姓蒙享皇恩。如西漢元康二年（公元前64年）宣帝詔：“今天下頗被疾疫之災，朕甚愍之，其令郡國被災甚者，毋出今年租賦。”，這種寬疾安民的策略一直為後世統治者所重視。

賜致醫藥：賜致醫藥是皇帝和政府官員實施仁政的最好體現，尤其是在瘟疫流行期間，賜醫捨藥能起到緩解百姓疾苦、穩定民心的作用。如東漢官員鍾離意在建武十四年（公元38年）會稽大疫時，巡行視病，賜與醫藥，而且“恐醫小子或不良毒藥齊賊害民命，先自吞嘗，然後施行。”（太平御覽，1985，p.3197）。南朝劉宋時期，為控制疫病流行，文帝多次

頒詔賜醫，並遣使存問並給醫藥，開創了政府承擔流行病防治責任的先河。

頒布醫方：隋唐以前，醫學知識的傳播十分有限，普通民眾缺乏必要的醫藥知識，這種狀況在唐代得到了改變。從唐德宗頒布廣利方的敕令中，可以清楚地顯示封建帝王將醫療行善作為仁政愛民的重要措施：“立國之道，莫重於愛民。育物之心，期臻於壽域。故安其性命，順其節宜，使六氣不差，百疾不作，斯救人之要業。朕以聽政之暇，思及黎元，每慮溫淫不時壅鬱為癘，或僻遠之俗難備於醫方，或貧匱之家有虧於藥石，失於救療，遂至傷生。言念於茲載深優軫屬，陽春在侯，寒暑之交，閭里之間頗聞，疾患每因服餌尤感予衷。遂閱方書，求其簡要，並以曾經試用累驗其功，及取單方務於速效，當使疾無不差，藥必易求，不假遠召醫工可以立救人命。因加纂集，以便討尋，類例相從，勤成五卷，名曰貞元集要廣利方。宜付所司即頒下州府，閭閻之內，咸使聞知。”（梁峻，1995，p.9）。唐代這種向民間頒布醫方的措施為後世所承襲。它不僅體現了政府愛民行善，也對醫學知識的傳播和普及起到了積極作用。

設立病院和慈善機構：西漢元始二年（公元2年）郡國大旱蝗，漢平帝詔：“民疾疫者，空舍邸第，為置醫藥。”，這是我國較早專為民治病的臨時醫療機構。魏晉南北朝時期，由於傳染病流行猖獗，劉宋政府頒詔賜藥寬役，如北魏太和二十一年(497年)，帝詔曰：“有廢固之疾，無大功之親，窮困無以自療者，皆於別坊遣醫救護，給太醫師四人，豫請藥物以療之。”，永平三年(公元501年)詔曰：“可敕太常……別立一館，使京畿內外疾病之徒，咸令居處，嚴敕醫署，分師療治。”（梁峻，1995，p.9）。

宋代的醫療慈善機構增加。如宋真宗時期“初置養病院”，仁宗景佑四年（公元1037年）蘇舜卿上奏請求“依有唐

故事、置悲田養病坊。”，此外還有收養鰥寡孤獨的慈善機構，“嘉佑以前……京師有東西福田院，以收養老幼廢疾，至嘉佑八年（公元1063年），又增置南北福田，共為四院。”，元朝的惠民藥局是以官錢置本，收息市藥救治貧民疾病的機構。明清時期政府設有養濟院為貧病無依者提供幫助。

歷代王朝將醫療行善作為體現其仁政、愛民的重要內容，通過賜醫給藥、頒布方書、設立病院等，對保障人民的健康起到了一定的積極作用。但也應看到，這些措施大多時行時停，缺乏統一管理，其效果亦十分有限。

以上四個方面可以充分反映出在儒家文化的氛圍中，醫療行善的意義不僅只是醫生履行自己的義務，幫助病人恢復健康，而且融匯於社會文化生活之中，成為以家族為中心的社會倫理的一個有機構成。

四、醫療行善： 中西醫療實踐中的異同

勿容置疑，醫療行善作為醫療實踐中的一項基本原則，即要求醫務人員為了病人的利益直接或間接地履行仁慈和善良的德行的原則，在中西方醫療實踐的傳統中為醫務人員所共同倡導和遵循，如承諾為患難中的人類提供幫助，主張減免貧困病人的醫療費用，在疾病治療過程中權衡利害關係，使治療盡可能得到最大益處，同時使危害減少到最小程度等等。這些原則和準則均能得到儒家倫理和基督教倫理的支持。

然而，正如恩格爾哈特所指出：“對於行善有眾多的充滿內容的理解”。處於不同文化背景中的中西醫療實踐，在醫療行善的理解上依然存在着差異。尤其是在具體的醫療實踐境遇中，以及在確定何者為善以及善的排序上，不同文化傳統有不

同的理解和解釋。因為“這一原則的困難在於，對於好處的任何具體的排列都依賴于具體的道德感，因而，這一原則無法跨越不同道德共同體而起作用。它的內容總是同一個具體的同意、一種具體的道德觀或共同體緊緊連在一起。”（恩格爾哈特，1994，p.126）。儘管在基督教文化傳統中，行善原則一般可理解為“你們願意人怎樣待你們，你們也要怎樣待人。”（《馬太福音》7：12），與中國儒家道德所主張的“己所不欲，勿施於人”（《論語·衛靈公》）有異曲同工之處。但是，自啟蒙運動以後，西方社會更加強調尊重個人的自主性，因而行善原則也被修正為“對別人去做別人認為的好事。”於是，醫生對身患絕症、痛苦不堪的病人所要求安樂死的實施在道德上可以得到辯護。同理，醫生也可以認為自己向一位15歲的少女提供避孕知識和工具是一種行善的行動，因為他認為意外懷孕的後果會更壞，儘管他認為青少年之間的性行為對他們是不好的（恩格爾哈特，1994，p.126）。在此，西方醫學倫理學家強調尊重病人自主權是首要的、基本的原則，而行善原則是建立在自主原則基礎之上的。於是，醫生的臨牀決定必須首先尊重病人的選擇，即便這種選擇在醫生看來並不利於病人的健康或存活。

中國傳統醫學倫理則更強調醫生“救死扶傷”的義務，挽救生命是第一位的善。在儒家文化境遇中，人們崇尚生命價值，而回避死亡。《尚書·洪範》中提出的“五福”和“六極”的觀點，充分反映出中國文化中樂生惡死的傳統淵源。所謂“五福”即“一曰壽，二曰福，三曰康寧，四曰好德，五曰考終命”；“六極”為“一曰凶短折，二曰疾，三曰憂，四曰貧，五曰惡，六曰弱。”這種追求健康和生命永存的文化傳統中對待安樂死的消極態度是不言而喻的。在此值得提出的是，有學者將儒家提倡的“捨身取義”、“士可殺不可辱”、“寧為玉碎，不作瓦存”的生死觀，作為支持安樂死的論據是混淆了

論證的前提。儒家的這些觀點是以社會政治生活為前提的，而不是討論個體生老病死情境中的生死觀，不能作為儒家贊同安樂死的依據。儒家認為死亡是惡的，因此，助人死亡不被認同為一種善行。而且，由於儒家孝悌觀念以及“身體發膚，受之父母，不敢毀損”思想在中國傳統文化中已烙下深深的印痕，中國人對安樂死的態度一直保持着相當低調的反應。此外，中國傳統醫學倫理在尊重病人個人意見的基礎上，也充分考慮到病人家屬的意見，在某些情況下，病人家屬的意見更為重要，因為中國傳統社會是以家庭為本位的。家庭和家族是社會生活的核心，以家庭的集體利益為善的取向，這種影響至今可見。例如，中國北方某市醫學院一位患病教師臨終前立下遺囑，死後將遺體捐獻給學校進行解剖，但其家屬反對，最後學校尊重了家屬的意見。在諸如如何處置臨終病人的醫療問題方面的調查也表明，在中國主張由家屬和醫生共同決定的人數比例相當高，與西方人強調由患者自身決定形成鮮明對照。

在醫療實踐中，行善原則時常與其他的倫理原則發生衝突。中西方醫務人員在處理這類臨牀倫理難題時，也體現出抉擇旨趣的差異。例如，醫療行善與對病人講真話的矛盾，西方醫學倫理學家堅持對病人講真話是一種普遍性的道德要求，因為如果事實被掩蓋，病人的自我選擇能力將受到影響。而中國傳統醫學則強調以病人的根本利益為首要考慮，若告知病人實情對病人的治療和康復不利的話，醫生不告知病人實情在倫理學上是可以得到辯護的，因為醫療行善是主要的，反之，若將病人的實情告訴病人則有可能使病人喪失繼續治療的信心，導致不利的後果。在臨牀實踐中，醫生還往往將危重和臨終病人的病情首先告訴病人家屬而不是病人本人，徵求病人家屬的意見確定治療方案，這種醫生一病人家庭協商的決策模式，也反映出中國傳統的家庭中心的倫理觀念。

五、結論

在中國文化傳統的境遇中，醫療行善既是作為醫生醫療實踐的一個核心內容，又是醫生實現其個人理想和社會價值的重要途徑，是“醫儒同道”的恰好寫照。在中國醫學發展史上，醫療行善的主旨與重視醫療實踐的道德價值的中國傳統醫學模式保持協調一致，與西方醫學技術與道德的分離組合表現出明顯的差異。儘管醫療行善作為醫療實踐的一項最基本原則在中西方都得到普遍認同，但由於文化的差異，中西方在具體的醫療實踐中對醫療行善的理解和解釋依然存在着不同之處。

參考文獻

- 《靈樞經》，人民衛生出版社，1956年。
- 張仲景，《傷寒論·序》，人民衛生出版社，1963年。
- 孫思邈，《千金要方》，人民衛生出版社，1982年。
- 周一謀，《歷代名醫論醫德》，湖南科學技術出版社，1983年。
- 范曄，《後漢書·方術列傳》。
- 王明，《抱朴子內篇校釋》，中華書局，1980年。
- 張杲，《醫說》，上海科學技術出版社，影印本，卷十，1984年。
- 陳實功，《外科正宗》，人民衛生出版社，1982年。
- 《黃帝內經·素問》，人民衛生出版社，1979年。
- 《漢書·董仲舒傳》。
- 徐大椿，《醫學源流論》，人民衛生出版社，1980年。
- 喻昌，《醫門法律》，上海科學技術出版社，1983年。
- 李良松 郭洪濤編著，《中國傳統文化與醫學》，廈門大學出版社，1990年。
- 《孝經·開宗明義》。
- 《太平御覽》，第二冊，中華書局影印，1985年。
- 梁峻，《中國古代醫政史略》，內蒙古人民出版社，1995年。
- 恩格爾哈特，《生命倫理學的基礎》，（范瑞平譯），湖南科學技術出版社，1994年。