

病人自主決定與醫療行善

崔紅

摘要

通過對“喉梗阻”患兒案例的分析和感受，本文試圖分別從醫生、患者和哲學研究者的角度進行較客觀的思考。從醫生的角度看：“自主決定”和醫療行善存在矛盾，削弱了醫生的“自主”決定，醫生的角色是單純的醫療技術掌握者還是用此技術全心全意為病人服務的行善者？從患者的角度看：患者是否都有“自主決定”的能力？若醫生只是單純的醫療技術的掌握者，與患者無情感的溝通，患者在醫院是否有心理上的安全感？從思考者的角度看：在前面論述的基礎上，提出了“善”是相對的，“自主”是適度的，任何絕對的病人自主和醫生自主都行不通。總之，醫療行善，不能拘泥於某一形式。

崔紅，96級碩士研究生，主治醫師，東北大學技術與社會研究所，遼寧沈陽，東北大學229信箱，郵編：110006。

指導教師：陳昌曙教授

《中外醫學哲學》II：2（1999年5月）：頁83-93。

© Copyright 1999 by Swets & Zeitlinger Publishers.

關鍵詞：“自主”、適度、“善”、相對

在紛繁複雜的大千世界中，人與人之間存在着各種社會關係，醫患關係作為其中的一種，引發出許多發人深思的問題。在眾多的病例中，筆者曾經了解到這樣一個案例：

一對農村夫婦抱着剛滿週歲的“喉梗阻”患兒到醫院求治，患兒呼吸困難，醫生決定立刻行氣管切開術，但是患兒的父母堅決不同意。醫生對患兒的病情和手術的必要性進行了簡要的解釋，以期患兒的父母同意並接受這一手術。患兒的父母仍不同意。此時，主任醫師楊大夫看到患兒情況危急，便把孩子抱進了手術室。孩子的生命保住了，但因延誤了最佳搶救時機，孩子成為“植物人”。患兒的父母告到醫院的醫務科，認為孩子的最終結果是醫生造成的。醫生說正是考慮到徵求患者家屬的意見，才延誤了搶救時機。而患兒本身卻成為了這一無休止的爭論的最終犧牲者。

這樣的一個案例是相當典型的。本文就此案例對病人自主決定與醫療行善的關係問題作初步的分析，並談談自己的感受。

一、從一名醫生的角度思考：

筆者曾從事過臨牀醫療實踐，作為一名醫生在思考這個問題時感慨頗深。案例涉及到醫患關係問題，包括患者應該具備怎樣的權利，是自主決定還是被動接受；醫生應該提供什麼樣的義務，是按照原有的醫療、醫德標準去行事，還是在醫療工作的過程中充分考慮了患者的價值觀、宗教觀、道德觀等等之後，再決定醫療手段的實施。這個案例，不僅關係到要怎樣處理醫患關係才符合醫德規範，而且還關係到醫學目的的問題。

在我們所接受的醫德教育中講到：中國古代醫學以“仁愛救人”的思想為宗旨，醫學的目的就是為了“以拯夭亡”、“令民知所避就”。也就是說，醫學的目的是為了拯救人命，為了了解藥物對人的利弊，如何維護自己的健康等。古代醫家把醫學稱為“仁術”，目的是為了“濟世救人”，醫家應為“仁人之士”。唐代偉大的醫學家孫思邈在《千金要方》中的篇首列有《論大醫精誠》，主張醫家必須具備“精”和“誠”。所謂“精”，就是指醫生應具有高超、精湛的技術；所謂“誠”，就是指醫生應具有高尚的醫德。故，古稱醫術為“仁術”，意即是一門“救人心命”、“活人性命”的科學技術。“仁”是中國醫學的核心，提倡“仁愛救人”，要求醫家赤誠地熱愛病人，注重人的生命，尊重人的人格，救人濟世。

在銘刻了中國傳統的醫德思想之後，我們也吸收了國外醫德思想的精華：希波克拉底誓言的餘韻使我們自省；人道主義的口號自從它誕生之日起就衝擊着每一個醫者的心靈；醫德十二箴中的救死扶傷、治病救人是我們的準則；《日內瓦宣言》作為國際醫學道德條理，是每一名醫學生的誓言。

無論古今中外，作為一名醫生，遵照救死扶傷，實行人道主義，珍惜生命的原則去行使自己的醫療責任是必須的，也是必然的。

正當我們按照原有的醫學模式所要求的醫學行為規範行使醫務人員的職責的時候，伴隨着人類科學技術發展的腳步，不僅醫學專業的科學技術在不斷發展，醫學模式也發生了徹底的轉變，醫學目的發生了巨大的變革。當今時代，傳統的生物醫學模式正在轉變為生物-心理-社會醫學模式，人們在現代醫學模式的指引下，在醫學研究和醫療實踐中，以系統觀看待人，以辯證的方法去研究人，在認識影響人類健康因素的時候，既看到了生物因素（遺傳機制、致病微生物），又看到了心理的、社會的、環境的等非生物學因素。目前認為非生物學

因素主要包括生活方式、行為方式、環境方式和衛生保健服務等四個方面。醫學模式的轉變，要求以人道主義思想為出發點的降低死亡率、延長人均期望壽命等傳統醫學目的應當有所轉變，而新的醫學目的應該是：“治療疾病，延長生命，降低死亡率；預防疾病，減少發病率；提高生命質量，優化生存環境，增進心身健康。”（中華醫學會醫學倫理學會，1996，p.171）。醫學目的的變遷，也體現了人類對健康的新追求，正如WHO的章程序言中所給予健康的新定義：“健康不僅是沒有疾病和病症，而且是一種個體在身體上、精神上、社會上完全安好的狀態。”。由此可見，新的醫學模式、新的健康標準、新的醫學目的呼喚更加適應之的新的倫理道德規範。這一切又要求新的醫患關係與之相適應。Emanuel E. J 把現代醫患關係歸結為四種類型(見下表)(Emanuel E. J, 1993. p.147-151)：

	信息式模型	解釋式模型	商議式模型	家長式模型
患者價值觀	明確、固定、本人清楚	了解膚淺、矛盾、需要解釋	通過對利弊的開放式的討論使認識不斷的完善	客觀，醫患要有共同標準
患者自主權的概念	由患者選擇操作醫療保健措施	與醫療保健有關的自我理解	與醫療保健有關的自我認識上的完善	同意客觀價值
醫師職責	提出有關事實的信息，執行患者選擇的醫療方案	闡明並解釋患者的價值觀，向患者提供信息並執行患者選擇的醫療方案	明確表述並勸說患者採納最佳價值觀，向患者提供信息，並執行患者選擇的醫療方案	促進患者健康，不依賴患者當前的偏好
醫師的角色	勝任的技術專家	顧問或勸告者	朋友或教師	監護人

由此可見，在現代醫學中，醫生的角色在“改變”；患者的權利在“健全”。患者不僅擁有選擇治療的權利，而且擁有拒絕治療的權利。正如本文開頭的案例所體現，醫生違背了患者的選擇，將負一定責任。

然而，面對這一系列的在一定意義上算作進步的變遷，作為醫生卻仍不免有些困惑：

1.一切由病人自主決定，醫生好像是一個“布道者”，那麼醫療行為的主體到底是誰？醫療領域是一個特殊的消費領域，醫患關係不同於普通的消費關係，醫生的天職不是銷售產品的中介，也不應成為產品的說明書和推銷員。醫務工作者本身是健康的創造者和病人權利的直接維護者。

2.醫學科學具有極強的專業性，病人自主決定的結果往往是經醫生解釋推薦後的選擇，即便是有醫學顧問或專門的法律監護人，醫生的傾向性往往是患者的最終選擇（宗教信仰除外），因此，如果說是知情同意，也難免具有“形式主義”的傾向。

3.從內容上理解，患者自主決定不同於知情同意。自主決定更加強調了患者本人的意願在醫療行為中的決定作用，給人的直接感覺就像選購商品一樣。絕大多數患者是否具有或可能具有這種決定能力，如果不具備的話，醫生出於尊重患者的人權又不能阻攔，影響了治療效果，是否違背了醫療行善的原則？是否有悖於醫學的初衷？

4.在一些緊急情況、特殊情況下，患者根本不可能或無法“自主決定”時，醫生應該怎麼做才算對？是等候條件具備，手續完善了再處理患者；還是爭分奪秒地按照醫療行業救死扶傷的準則去行事？如果無條件地實行“自主決定”原則，醫務人員很容易被置於兩難處境。

5.如果說醫學是人類社會的特殊產物，現代醫學模式更多地是為社會的人服務的，人的社會性決定了他不能孤立存在，

而是社會關係的總和，所以重大的醫療決策或在患者生死攸關的時候，一切任由患者自主決定的可能性到底有多大？當群體利益高於個人利益時，該尊重哪一方的選擇？

6. 在四種模式中，醫生的角色可以或應當是技術專家、顧問、勸告者、朋友、教師或監護人，而唯獨就不是醫生，那麼，醫生到底是什麼？醫療行善的“善”是什麼？凡是受過系統醫學教育的人，在絕大多數情況下，都希望通過自己的努力以維護醫學的尊嚴。而醫學從它誕生之日起，就是救死扶傷的象徵。

二、從一名患者的角度思考：

無論是醫生還是患者，都是普普通通的人，都有可能成為醫療服務的對象。處於患者的角度，對於上述案例的思考當然有所不同。作為患者，人人希望醫生能尊重自己的選擇、尊重自己的價值觀和信仰；希望醫生能同自己共同商量治療方案；希望了解自己的健康情況；希望醫生是自己的朋友。但是，如果真正面臨“自主決定”時，也難免存在一些疑慮：

1. 如果真正形成一種完全式的“自主決定”模式，也就意味着醫療上的決斷是患者本人的選擇，暫且不論這種做法的可行性到底有多大，假設完全成立，醫療效果的責任由誰來承擔？如果是“自主決定”的，顯然是決定方承擔，那麼醫生似乎更像醫學顧問，醫院似乎在向“醫療商場”演變。傳統的醫療概念以及現有的大多數人對醫學知識的掌握是否能接受這種情況的出現？

2. 醫生在醫療行為中的責任是本着醫學知識、醫療實踐經驗、醫德標準去“治”病；還是把有關問題交代給患者，患者自主決定後醫生去按患者的選擇去“操作”？哪一種更利於治

病救人？作為患者，大多數人相信醫生在醫療問題上的權威性。

3. 伴隨人類社會的進步，人生觀、價值觀已成為職業道德構成的必要部分。而道德作為行為規範應該是維護生產過程中的人們的利益的。當符合自己價值觀的選擇不一定是有利於健康的最佳選擇時，醫患關係的規範應怎樣才算完善（既不傷害患者的利益，也不傷害醫生的職業尊嚴）？

4. 在最關鍵的時刻，患者本人是否都能具備“自主決定”的能力？是否擁有“自主決定”的時機？特別是患者本人根本就不具備決斷能力時該怎麼辦？

5. “自主決定”的患者必須對其健康情況知情，而要求患者本人對一些難以接受的問題知情並做出選擇，是否有利於健康？如果不利於健康，是否可以稱之為“善”？

6. 患病狀態是人生的弱者狀態的一種，在人處於弱者狀態時，親人、朋友、醫生的關心和幫助是戰勝疾病的一種精神力量，關懷已被認為是治療方式的一種，脫離了社會群體的個人，完全依靠自己，與其說是“自主”，莫不如說是一種“自哀”。

三、作為一個思考者的幾點看法：

我曾經作過醫生，體驗過當醫生的苦衷；也曾經作為患者，體味過成為患者的辛酸；兼具醫患兩面的感受，現在又有機會站在一個哲學思考者的角度回頭看看，因此想說一下自己的幾點看法。

對於文章開頭的案例，尊重人權、尊重患者或其監護人的“自主決定”可以認為是正確的，如果處在患者的角度看這個問題，違背了患者的意願是不對的，應該受到譴責。

但是從醫生的角度看待這個問題，又覺得實在冤枉。作一個不存在的假設：如果手術後患者仍然性命難保，醫生是否還會受到責難？這名患者因手術而保住了生命，但是因為貽誤了最佳搶救時機而成了植物人。當她的家長運用這保住的生命去責難醫生之時，她行使的是生命付予她的“人權”，她的家長是否考慮過，正是因為自己的醫療知識不足或觀念陳舊才貽誤了搶救時機。而醫生處於職業本能盡力搶救患者，正是因為存在着患者自主決定與醫療行善的內在矛盾，才導致了最終的結果：患者一生的悲劇；醫生的無奈、怨言和惋惜；患兒家長的不理解和責難。這樣的結局對患者是否就是最負責任的、最講人權的、最好的結果？對患者的家長或法律監護人是否就是經自主決定後的他們最希望的結局？對醫生來說，這種人為的現實對醫者的職業情感是否是一種傷害？人們是否考慮過醫務人員作為一個特殊職業的從業人員，他們的職業責任、職業尊嚴、職業道德、職業價值等職業標準到底應該如何定位才能兩全？

道德本是正確處理人與人之間的關係的行為規範，而這種人與人之間的關係主要是在生產過程中形成的。伴隨人類社會的不斷發展，科學技術的不斷進步，倫理道德體系不斷完善是必然的。醫德，最基本的宗旨是救死扶傷和人道主義，它要求醫務人員尊重患者的權利、盡到醫務人員的義務、公正、平等、慎獨、博愛、淡泊名利。作為醫生的職業道德，它是正確處理醫患關係的行為規範。之所以稱之為行為規範，就是符合大多數人的利益要求的。醫生作為醫療行為的實施主體，本着醫德行事是其責任，無可厚非。當醫生的價值觀和患者的價值觀不一致時，特別是涉及到生命問題時，尊重患者的自主決定不被認為不對；但是違背了“珍惜生命”的醫學初衷，是否對維護醫學的尊嚴不利，是否會挫傷從醫者的職業情感呢？這些問題確實是值得思考或發人深思的。根據功利主義的理論，所

謂“善”可以理解為最大多數人的最大幸福。而在中國古代則認為：上天有好生之德，替天行道，濟世救民，謂之行善。醫乃仁術，謂之善行。所以“救”生，是醫之本，只是隨着時代的發展，“救”的內涵不斷擴大，不僅包括生物體的“救治”，而且包括心理上的“救治”（必要的時候，幫助患者解脫），更肩負着一定的社會責任，是大醫學。醫療行善，更應該從系統的角度出發，即不僅要考慮個體的人，還需要考慮到人的整體。

醫學科學從它誕生之日起就具有其特殊性。它是一種特殊的社會實踐，實踐的對象是人，（實踐的主體、客體都是人）實踐的目的是通過主體的工作主體為客體創造健康；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，在這樣一個特殊的領域，對倫理道德規範的要求、對人生觀的要求、對價值觀的要求都具有其特殊性。

所以，筆者認為，為了維護醫生和患者雙方的權利和利益，為了維護醫療職業的尊嚴，“自主決定”應該在一個適度的範圍內。在充分考慮患者自身權利的基礎之上，還是應該有一個符合大多數人的意願的“章”可循為好；鑑於某些特殊情況以及社會的人不能脫離社會群體的現實，對待患者的就醫選擇，在充分尊重患者意見的基礎上，由家庭、本人、醫生等共同協商，似乎比患者自己處理或由醫生獨斷專行更“人道”。“善”，應該提倡一種相對的善，這裏的相對，是相對於大多數人來說能接受。對於信仰不同，價值觀、人生觀不同所引起的特例，最理想的辦法是設立專門的醫療服務機構及特殊的醫療服務章程，以免出現問題時總是不免傷害一方。“自主”應

是適度的，因為各種條件的限制，各種條件的可能性變化，“自主決定”的東西，只限於一定的範圍內。

可見，醫患關係本是一個複雜的綜合體，它涉及的問題方方面面，不是哪一種固定的模式能確定下來的，需要因地制宜，以滿足各類患者的需求，才是醫療行善之本。這也就要求我們在制定行為規範時、在從事醫療活動時應該辨證地、系統地看問題。與此同時，“救死扶傷、治病救人”應該是基本的醫療準則。

參考文獻

- 丘祥興主編，1996年，《醫德學概論》。人民衛生出版社 第12-14頁。
中華醫學會醫學倫理學會，1996，《關於調整醫學目的與服務模式若干問題的研究提綱》，《醫學與哲學》1996年第4期，第171頁。
Emanuel E. J etc. (英)，1993，《醫患關係的四種模型》JAMA 1992；
267 (16)：第2221-2226頁，婁長春譯 馮皓校 《國外醫學》醫院管理分冊 1993年第4期，第147-151頁。