

醫乃仁術： 儒家視野下的醫患關係

王 珏

摘要

本文首先廓清了“醫乃仁術”在傳統儒家思想脈絡裏的含義，並指出從來源上說，它迥異於西方生命倫理學主流，而採取了一種獨特的“不離人倫，親親為本”的視角。然而這種視角使得“醫乃仁術”總是被一種歧義所困擾：它既是一種行善原則，也是一種未顧及自主性原則的行善原則，家長主義的陰影無處不在。“醫乃仁術”的歧義成為中國生命倫理學建設的最大瓶頸。面對這種困境，本文試圖在現代西方生命倫理學話語實踐之外，另闢蹊徑，借相關懷倫理學和美德倫理學的最近研究成果，闡發“醫乃仁術”的合理內涵。

【關鍵詞】 醫乃仁術 醫患關係 關懷倫理學

依照《生命倫理學百科全書》主編 Warren Reich 的定義，生命倫理學乃是“對生命科學衛生保健領域中人類行為的系統研究，用道德價值和原則規範此範圍內人的行為”。既然此領域內的行為首先及主要發生在醫生與病人之間，對醫患關係的界定就成為任何一種系統的生命倫理學研究的起點。如 Edmund D. Pellegrino 所指出的，“醫學

王 珏，華中科技大學哲學系講師，中國湖北，郵編：430074。

倫理學是以醫療關係的哲學為基礎的”。¹同理，一種切實可行的構建中國生命倫理學的努力也必須從探討中國傳統文化視野下的醫患關係入手。²

雖然對醫患關係的研究被看作是構建生命倫理學的原點³，但當前國內學界對傳統思想視野下的醫患關係及建立在其之上的醫德體系還缺乏深入的探討，論者多直接以西方現成的理論框架整合中國傳統思想資源——比如以“醫乃仁術”類比在當代西方被廣泛接受的生命倫理學四原則中的行善原則⁴——卻未發現概念間的潛在矛盾，以至於中國生命倫理學建設在最基礎的層面上依然困惑重重。本文試圖在現代西方生命倫理學話語實踐之外，另闢蹊徑，借助關懷倫理學和美德倫理學最近的研究成果，闡發“醫乃仁術”的合理內涵。

一、“醫乃仁術”的含義：內在視角，外在視角 及一本論理路

當前學界在討論傳統醫德時自覺或不自覺地都以“醫乃仁術”為統領⁵，然而在當代西方生命倫理學語境中，行善並非首要原則，甚至不是可以獨立使用的原則，而與其他原則構成動態平衡。“醫乃仁術”與行善原則侷不相倫，提示了我們，它們或許有不同的來源。在本文的第一部分中，我們將通過道德規範來源上的對比，廓清“醫乃

-
- (1) Pellegrino, Edmund D., “Towards a Reconstruction of Medical Morality” in Lavan, Spencer, ed., *The Journal of Medical Humanities and Bioethics* (New York: Human Sciences Press, 1987), Vol.8 No.1, pp. 7-16.
 - (2) 須要說明的是，本文在狹義上使用“中國生命倫理學”一詞，指的僅僅是在中國傳統思想資源之內解決生命倫理學問題的努力。
 - (3) “簡要地說，生命倫理學真正關心的是在兩類人之間建立和維持必要的道德關係：一方是病人和瀕死者，另一方則是健康的人和醫療專業從業者。” Thiroux, Jacques P., *Ethics: Theory and Practice* (New Jersey: Prentice Hall, 2001), p.363.
 - (4) 有關這種思路的論證，可參張大慶：〈醫療行善：中國醫學道德傳統的詮釋〉，《中外醫學哲學》（荷蘭：Swets & Zeitlinger Publishers，1999年2卷2期），頁31-51。
 - (5) 參杜治政：〈論“醫乃仁術”——關於醫學技術主義與醫學人文主義〉，《醫學與哲學》（大連：中國自然辯證法研究會，1996年17卷11期），頁561-565。張大慶、陳之範：〈醫乃仁術：中國醫學職業倫理的基本原則〉，《醫學與哲學》（大連：中國自然辯證法研究會，1999年20卷6期），頁39-41。潘新麗：〈醫乃仁術新探〉，《中國醫學倫理學》（西安：西安交通大學，2005年18卷4期），頁53-56。倪征：〈“醫乃仁術”的內涵及其現代價值〉，《醫學與社會》（武漢：同濟醫科大學，2000年13卷2期），頁53-54。

仁術”的含義。

根據近年西方學界的研究，關於醫學倫理學規範從何而來的問題，有三種不同的理論。⁶第一種是內在解釋，認為醫學作為一種實踐，其自身內在包含的目的決定了什麼是在道德上可接受的醫療行為；這是一種受亞里士多德 (Aristotle) 影響的德性倫理學的觀點，強調實踐的語境，要求從醫學角度以及專業實踐的標準中發展醫學倫理。在內在解釋的主要宣導者 Pellegrino 看來，希波克拉底誓言 (Hippocratic Oath) 就是這一道德傳統的典範。第二種是外在解釋，其理論目標是以風俗、法律、宗教和哲學等外在規範為來源，構建共同的道德框架，而為醫學實踐提供一種不依賴道德直覺的理性指引；這是一種普遍主義的觀點，強調所有的議題都應該得到普遍一致的解釋，即使實踐情境始終處於無法預期的變動中，但至少可以先驗地確定境況內與道德相關的特徵，而預先規定對此問題道德上可接受和不可接受的解決方法。比如，把“醫乃仁術”看作是博愛的體現，就是一種外在道德的視角。第三種，是混合內在和外在解釋的觀點，認為在任何一種文化中某些外在標準都要融合到醫學的內在道德中，因為醫學並不是一個封閉的實踐領域，它無疑要受到社會機體中其他部分的影響，且受到它處身於其中的文化的影響。恩格爾哈特 (Hugo Tristram Engelhardt, Jr.) 就是這種觀點的代表，比如他對行善原則的解釋就融合了兩種視角。一方面，行善被視為任何醫療行為的內在目的，行善原則才能為醫療行為提供內容⁷，另一方面，又強調“只有在具體的社會境遇中、在具體的道德共同體中，人們才能在事實上發現行善關係是怎樣的”⁸。

既然第三種觀點是由前兩種觀點混合而成⁹，亦即在西方視野下，內在視角、外在視角以及它們的混合就足以概括醫學倫理學的

(6) Beauchamp, Tom L.: 〈醫學道德的內在和外在此標準〉，《中外醫學哲學》(美國：環球學術出版社，2002年4卷1期)，頁25-45。

(7) 參恩格爾哈特著，范瑞平譯：《生命倫理學基礎》(北京：北京大學出版社，2006年)，頁109。行善原則“表明道德實踐的內容”，“支援醫學應當追求的具體目標”。

(8) 同上。

(9) Beauchamp, Tom L.: 〈醫學道德的內在和外在此標準〉一文中還提出了第四種觀點，但從性質上看，這種觀點仍然可以被歸入外在主義一類。

所有類型。然而以這套分類體系來衡量的話，“醫乃仁術”卻顯得是一個不合標準的奇異存在。

以唐代孫思邈《大醫精誠·備急千金要方》為例。《大醫精誠》常與西方醫德宣言相提並論，被看作是醫學職業道德的原則或泛愛眾的博愛宣言¹⁰，但其實是依“親親—仁民—愛物”一本的規模中開出的：

君子之於物也，愛之而弗仁；於民也，仁之而弗親。親親而仁民，仁民而愛物。（《孟子·盡心上》）

雖然親親、仁民、愛物的面相各有不同，但之間並沒有斷裂，而是一以貫之，由同一源泉擴展而來。比如《大醫精誠》所言的“若有疾厄來求救者，不得問其貴賤貧富，長幼妍媸，怨親善友，華夷愚智，普同一等，皆如至親之想”，即依循於以親親為本的仁民思想；更關鍵的是，下文又接著提到愛物。“雖曰賤畜貴人，至於愛命，人畜一也。損彼益己，物情同患，況於人乎！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。”¹¹就其包含“愛物”而言，《大醫精誠》的要求比以希波克拉底誓言為代表的醫學職業道德（內在視角）或者博愛的人道主義（外在視角）都來得更多。“更多”的實質卻是“更少”。“更少”的原因即在“親親—仁民—愛物”的一本論理路。下文我們將通過對比，具體鑒別出“醫乃仁術”的道德內涵。

首先，之所以說儒家視角比內在視角而言要“更少”，是因為醫學實踐對儒家而言並不構成獨立的實踐領域。它並不具有能夠規範

(10) 這兩種觀點分別可見張大慶、陳之範：〈醫乃仁術：中國醫學職業倫理的基本原則〉，《醫學與哲學》（大連：中國自然辯證法研究會，1999年20卷6期），頁39-41。曹永福：〈從儒家生命倫理的角度反思中國大陸的衛生保健制度改革〉，《中外醫學哲學》（美國：環球學術出版社，2007年5卷2期），頁23-27。

(11) 有些作者認為此段議論是受佛家影響的結果，參周一謀：《歷代名醫論醫德》（長沙：湖南科學技術出版社，1983年）；張大慶、陳之範：〈醫乃仁術：中國醫學職業倫理的基本原則〉，《醫學與哲學》（大連：中國自然辯證法研究會，1999年20卷6期）。這裏我們不擬展開對孫思邈思想來源問題的討論。但無論孫思邈有否受佛家影響，至少可以證明，這種不殺生的思想與儒家也是相契的。儒家向來都有“君子遠庖廚”之議。“無傷也，是乃仁術也。見牛未見羊也。君子之於禽獸也，見其生，不忍見其死；聞其聲，不忍食其肉。是以‘君子遠庖廚’。”（《孟子·梁惠王上》）遠庖廚正以存萬物一體之仁。

其行為(特別是其行為的道德意義)的內在目的,相反,它契入人倫的自然秩序之中,與之聯成一體,亦即不是“以術統仁”¹²,而是“以仁統術”。相應地,醫學實踐的意義也就被儒家在人倫中成就德性的要求合併吸收,而不必形成獨立的訴求。

這表現在,第一,出於人倫的道德要求與醫學實踐的道德內涵之間沒有明顯界限。醫學的意義和重要性首先是在孝悌中衡量的,“人子事親學醫”,“最是大事”。(《二程集·河南程氏遺書卷第十八》)在儒家一本論的語境下,“孝”一方面是最根本的德性,百行之先,“德之本,教之所由生”(《孝經·開宗明義章》);另一方面,也是處於不斷生髮、擴展中的德性,“若火之始然、泉之始達”(《孟子·公孫丑上》),苟能擴而充之,則足以推恩至萬事萬物。《論語》以此為“本立而道生”¹³,《孝經》亦以終始為言:

身體髮膚,受之父母,不敢毀傷,孝之始也;立身行道,揚名於後世,以顯父母,孝之終也。夫孝,始於事親,中於事君,終於立身。

所以,醫學實踐的意義也正是隨著孝道的擴展而分段得以充實的。

始而,“身體髮膚,受之父母,不敢毀傷”故必知醫以愛身、全身。習醫養生被看作是儒者習醫養生的重要功夫之一,甚至是入學之門。宋初三先生之一的胡瑗即以《內經》警示自己的弟子,“知養生。而後可學矣”,“知愛身,則可修身”。(黃宗羲《宋元學案·安定學案》)進而,事親者亦不可不知醫。事親,“唯其疾之憂”(《論語·為政》)。“病臥於床,委之庸醫,比於不慈不孝。事親者亦不可不知醫”

(12) 恩格爾哈特跟隨希波克拉底指出醫生和病人並非醫患關係中的唯一因素,除此之外還有疾病以及戰勝疾病的這門技藝。希波克拉底所用的詞是techné,恩格爾哈特將之理解為既作為人也作為一組技藝的醫學專業,並認為“一個專業這種觀念本身攜帶著對具體的行善觀和適當行動觀的承諾”,參恩格爾哈特著,范瑞平譯:《生命倫理學基礎》(北京:北京大學出版社,2006年),頁292。這就是一種以術統仁的思路,對醫學倫理的所有內在解釋都是依循此一思路。儒家的思路卻是相反的,是以仁統術,“上醫醫國,其次疾人,固醫官也”(《國語·晉語》)。

(13) “君子務本,本立而道生。孝弟也者,其為仁之本與!”(《論語·學而》)。

(《二程集》)。

推而廣之，“愛親者，不敢惡於人；敬親者，不敢慢於人”（《孝經·開宗明義章》），故“普同一等，皆如至親之想”，“見彼苦惱，若己有之”，“一心赴救，無作功夫形跡之心。如此可為蒼生大醫”。（《大醫精誠》）而醫之大者，“上以治民，下以治身，使百姓無病，上下和親，德澤下流，子孫無憂，傳於後世，無有終時”（《靈樞·師傳》），如此可謂“孝之終也”。

合而言之，醫道與孝道同一範圍，**不離人倫，本於親親**。“夫受先人之體，有八尺之軀，而不知醫事，此所謂遊魂耳！若不精通於醫道，雖有忠孝之心，仁慈之性，君父危困，赤子塗地，無以濟之。”（晉 皇甫謐《針灸甲乙經·序》）故仁愛之士必“留神醫藥，精究方術，上以療君親之疾，下以救貧賤之厄，中以保身長全，以養其生”。否則“進不能愛人知人，退不能愛身知己”（漢 張仲景《傷寒論·自序》）。

第二，醫道不離人倫的另一個表現是，**儒醫同道，融為一體**，不可分離。我們曾提到儒家的一本論以源泉為譬。源泉者，有本者，盈科而後進者。儒家德性修養的過程也是如水紋漣漪一般，一層層地擴展開來，由親親而仁民，由仁民而愛物。既然都是從一本而來，**人的一切德性成就也都可以相互融通**，“小德川流，大德敦化”（《中庸》）。儒醫同道之說即本於此，如范仲淹的一段著名議論所揭示的：

古人云：大丈夫之於學也，固欲遇神聖之君得行其道，思天下匹夫匹婦有不被其澤者，若己推而內諸溝中。能及大小生民者，固惟相為然。即不可得矣，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，舍夫良醫則未之有也。（宋 吳曾《能改齋漫錄》）

可見，對儒家而言，德行的高下、性質並不因其所為之事而有所區別，也即，醫學實踐在德性上並不構成一個有自身評判標準的獨立領域。良相、良醫的位或有上下之分，業或有大小之別，然而

就德性成就和救人利物之志而言，則不出此依人倫而擴展的範圍之外，可直接比擬。“士苟精一藝，以推及物之仁，雖不仕於時，猶仕也”（元·戴良《九靈山房集·丹溪翁傳》）。

以上我們說明儒家的視角不同於內在視角的原因，下面我們將說明它與外在視角的區別。儒家的視角比外在視角“更少”的原因在於，外在視角預設醫患關係只是普遍的原則可以應用其上的一個特殊領域，兩者是可以分離的，其思路類同於墨家學派夷子的“愛無等差，施由親始”的二本論，而儒家則主張一本論，“天之生物也使之**一本**”（《孟子·滕文公上》），“未有‘仁’而遺其親者也；未有‘義’而後其君者也”（《孟子·梁惠王上》）。

用儒家的術語來說，二本論最大的問題是“不誠”。“誠”在儒家思想——尤其是思孟學派裏——是一個核心概念，與“仁”的地位相當¹⁴。細析之，誠有三層相與遞進的含義。朱子《章句》注曰：“誠者，真實無妄之謂也”，這是“誠”的**第一層含義**。如果愛他人，而不愛其親，譬如“力足以舉百鈞，而不足以舉一羽；明足以察秋毫之末，而不見輿薪”，這是“不為也，非不能也”（《孟子·梁惠王上》），是“自昧於良知良能”，此之謂“不誠”。

如果用當代倫理理論的術語來說，“誠”所反對的，就是道德動機與道德理由，道德情感與道德行為的分裂。Michael Stocker在〈現代倫理理論的精神分裂症〉一文中精闢地指出，義務論和功利論都將行為本身的善良性質和正當性質看作是我們履行這種行為的唯一正確動機，結果就在道德行為中遺漏了人本身，遺漏了行為者對行為所及的他人的真正的關切。而後者是一種充實的、有意義的道德生活不可缺少的因素。¹⁵儒家的“誠”同樣針對的是脫離了內心情感而僅

(14) 參“是故誠者，天之道也；思誠者，人之道也。”（《孟子·離婁下》）孟子曰：“仁也者，人也；合而言之，道也。”（《孟子·盡心下》）。

(15) Stocker, Michael: 〈現代倫理理論的精神分裂症〉，《美德倫理與道德要求》（南京：江蘇人民出版社，2008年），頁89。在文中，Stocker舉了一個極具啟發性的例子。如果你的一個朋友來探望病中的你，卻聲稱他如此作只是因為他認為這是他的責任，他來探望你，從根本並不是因為你，並不是因為你們是朋友，而是因為他認為這是他或許作為一個同道的基督徒或共產主義者或其他身分的職責所繫，或者僅僅是因為他不知道任何一個更需要振作精神的人，也不知道任何一個更易於振作的人。在這種情況下，雖然你的朋友行為無疑是道德的，但你卻無法不感到由衷的失望。可以肯定，這裏總是欠缺某種東西，欠缺道德功績和價值。

僅以“義”為外在規範的學說——譬如告子的“仁內義外”說——強調“義內也”，“行吾敬，故謂之內也”（《孟子·告子上》）。所以“誠”的第二層含義就是，“合外內之道”（《中庸》），“誠於中，形於外”（《大學》）。

在儒家看來，“不誠”者在缺乏相應的真實情感的情況下，雖然也可以作出符合道德規範的行為，但這並不是真正的“行義”，譬如揠苗助長¹⁶，是無源之水，不可長久。相反，誠則與人的自然情感相通，為“有本者”，以直養而無害，則“沛然莫之能禦”（《孟子·盡心上》），“塞於天地之間”（《孟子·公孫丑上》）。如《中庸》所言的“至誠無息”，朱子《章句》注此為“既無虛假，自無間斷”。換言之，“誠”所承諾和指向的是一種一體相通的狀態，親親的自然感通是其範例和發動處：

父母之於子也，子之於父母也，一體而兩分，同氣而異息。若草莽之有華實也，若樹木之有根心也，雖異處而相通，隱志相及，痛疾相救，憂思相感，生則相歡，死則相哀，此之謂骨肉之親。（《呂氏春秋·精通》）

因而，“誠”的第三層含義就是，“體而實之”，“萬物皆備於我，反身而誠，樂莫大焉”（《孟子·盡心上》）可注意的是這裏的“誠”是狀詞，而非實體詞，王陽明與其弟子之間的一段對話很好地說明這一點：

問：“人心與物同體，如吾身原是血氣流通的，所以謂之同體，若於人便異體了，禽獸草木益遠矣，而何謂之同體？”先生曰：“你只在感應之幾上看，豈但禽獸草木，雖天地也與我同體的，鬼神也與我同體的。”……“可知充塞地之間只有這個靈明……如此便是一氣流通的，如何與它間隔得？”（卷三《傳習錄下》）

(16) “我故曰：告子未嘗知義。以其外之也。必有事焉而勿正，心勿忘，勿助長也。無若宋人然。宋人有閔其苗之不長而揠之者，芒芒然歸，謂其人曰：‘今日病矣，予助苗長矣。’其子趨而往視之，苗則槁矣。天下之不助苗長者寡矣。以為無益而舍之者，不耘苗者也。助之長者，揠苗者也，非徒無益，而又害之。”（《孟子·公孫丑上》）

故誠者，“寂然不動，感而遂通天下之故”之謂也。就所有的倫理關係都在一體的感通中得到調節，它更接近於一種外在視角，並不將醫學實踐看作獨立的領域。但與外在視角根本不同的是，它並不訴諸於普遍的規則，而是從親親開始推廣。

醫患關係亦不能例外。一方面，“能感”被看作良好的醫患關係的基礎，“凡大醫治病”，“先發大悲惻隱之心”，“見彼苦惱，若己有之”（《大醫精誠》）。另一方面，又將此“能感”推本至親親之情，“若有疾厄來求救者，不得問其貴賤貧富，長幼妍媸，怨親善友，華夷愚智，普同一等，皆如至親之想”（《大醫精誠》）。“我之有疾，望醫之救我者何如？我之父母妻子有疾，望醫之相救者何如？異地以觀則利心自淡矣。利心淡則良心現，斯畏心生。”（清 徐延祚《醫粹精言》）傳統醫學實踐尊此為絜矩之道，認為必如此方能“以局外之身，引而進之局內，痛癢相關矣”（清 徐延祚《醫粹精言》）。

二、“醫乃仁術”的歧義：當代中國生命倫理學的困境

綜上所述，儒家對“醫乃仁術”的詮釋方式於外在解釋和內在解釋之外自成一格，其特點是以親親為本，不出人倫範圍。然而這點同時使得“醫乃仁術”總是為一種歧義所環繞：一方面，“醫乃仁術”符合行善原則的傳統內容，也即，為病家謀福利，隱志相及，痛疾相救；但另一方面，“醫乃仁術”同時意味著以“親親”推及病人，在根底上就隱含著某種意義上的“家長主義”。它的一個本質特徵就是，視彼痛苦若己有之，匍匐相救，“凱弟君子，民之父母”，“凡民有喪，匍匐救之”（《禮記·孔子間居》）。

然而當代生命倫理學的一個核心論題卻是醫生和病人之間在善的概念上的分歧。首先，這種分歧表現為利益上的可能分歧。一個極端的例子就是二戰期間德國納粹醫生的的人體實驗，這點直接促發了當代生命倫理學的反省。因而現代生命倫理學的一個特徵就是，充分意識到可能的分歧，強調尊重病人的自主性以對抗醫生的權

力。尊重自主性原則意味著，自主的行動不應該受制於其他人的支配性控制。實踐中知情同意是其基本範式。其次，這種分歧還可以表現為理解上的可能分歧。患者所理解的最大利益通過患者的知情同意權得到保障，然而這和醫生依據醫學知識和醫學經驗等得出的為患者謀福利的選擇可能不同。亦即，患者自己理解的最大利益，未必是真正的最大的善。片面強調自主性原則可能導致行善的失敗，而無疑後者才是醫療活動的目的所在。鑒於以上兩點，任何現代生命倫理學的體系都不得不在這種張力中並通過這種張力合理化自身。行善原則和尊重自主原則的關係問題，不僅是一個所有當代生命倫理學都無法迴避的問題，而且是一個能將當代生命倫理學與其他一切生命倫理學區分開來的問題。比如，儘管行善在古代就被看做是保健中的主要義務，但對病人自主性的尊重是否應該優先於行善，這個問題只是近來才成為生命倫理學中的一個中心問題。

因而，“醫乃仁術”的歧義使它顯得格格不入於現代西方生命倫理學的話語實踐，後者最關心的問題對它而言是被完全忽略的。如果用當代西方生命倫理學的標準來衡量的話，“醫乃仁術”是行善原則的同時，也是一種不區別善的可能歧義的行善原則，一種不顧及允許原則的行善原則，一種最佳利益的家長主義——也即，可以不顧當事人的意願而為其獲得最佳利益——在恩格爾哈特看來，後者在道德異鄉人的狀況下（這也是他眼中現代生活的一般條件），從事這種家長主義將受到道德上的譴責¹⁷。如何面對“醫乃仁術”的歧義，就成為任何一種試圖在傳統資源範圍內構建中國生命倫理學必須面對的問題。

對此，當前學界有兩種截然不同的反應。一種反應是積極承認家庭本位（亦即親親為本）是“醫乃仁術”中需要和可以接受現代西方倫理學洗禮的部分。比如認為孕育於儒家氛圍中的家庭本位主義雖然在歷史上有其積極性和必然性，但隨著現代化的進程，中國應該毫無保留地接納知情同意原則，限制家庭本位主義，而讓個人的自

(17) 恩格爾哈特著，范瑞平譯：《生命倫理學基礎》（北京：北京大學出版社，2006年），頁328。

主性得到更好的、更完整的表達。¹⁸再如認為儒家“為人子者不可不知醫”的思想，導致了醫學的非職業化泛化，須要加以限制，以利於醫學職業倫理的建立。¹⁹

另一種反應則是消極防禦，將“親親為本”弱化為“醫乃仁術”中非本質的部分，比如著力闡發“仁者愛人”，而迴避“仁者，親親是也”的一面，從而將中西生命倫理學在這個問題上的衝突，限制在文化差異的範圍內，將之解釋為一種純粹由實踐境域的不同而引起的差異。但正如范瑞平一針見血地指出的，這種**中國**的生命倫理學無非是裝模作樣地演繹，諸如以下的論證公式：“某某倫理原則是對的，但中國的現實要求我們……”，“病人自主是對的，但中國的現實要求參考家長意願”等等，這些都是“掛羊頭賣狗肉”而已。²⁰

兩種回應方式共同之處（或者共同的錯誤）是在面對來自西方生命倫理學的壓力時，都不自覺地削足適履，將“醫乃仁術”所隱含的“親親”的根基看作或是可以在現代化的過程中捨棄的，或是可以限制在文化差異的範圍裏的非本質部分。實質上，這兩種方式都只是依照西方標準在“醫乃仁術”的歧義之間加以取捨，彷彿這兩重意義可以相互剝離，而不影響原義。但是，失去了“親親”的根基的“醫乃仁術”是否還是儒家思想？始終是一件可疑的事情。本文開首曾經提到，“醫乃仁術”是中國生命倫理學建設的原點，然而，如果這個基礎最終被證明非但不能提供堅實的支援，相反自身還須要不斷返工大修，甚至在這個過程可能已經疏離於它的文化根基，在這種情況下，我們還能夠名實一致地主張一種中國生命倫理學嗎？可以說，“醫乃仁術”是當代中國生命倫理學建設中的最大瓶頸。除了上述兩個問題的解決方式之外，我們還有沒有可能走出困局呢？

在筆者看來，問題的關鍵不是如何修改限制“醫乃仁術”的含義

(18) 雷錦鵬、謝志青：〈病人自主性與家庭本位主義之間的張力〉，《中外醫學哲學》（美國：環球學術出版社，2002年4卷2期），頁70-84。

(19) 張大慶、陳之範：〈醫乃仁術：中國醫學職業倫理的基本原則〉，《醫學與哲學》（大連：中國自然辯證法研究會，1999年20卷6期），頁39-41。

(20) 范瑞平：〈中美生命倫理學——幼稚與無聊〉，《中外醫學哲學》（美國：環球學術出版社，2002年4卷1期），頁2。

使之能夠加入到現代西方生命倫理學的話語實踐中去，因為這樣的作法永遠無法擺脫削足適履的困窘。既然通過之前的關於儒家視角與外在和內在視角的比較，我們已經可以確認“醫乃仁術”是一套全新的話語體系下的產物，那麼真正要做的毋寧是退後一步，從根底處審查“醫乃仁術”賦義的話語體系本身的道德意義，這意味著從對醫患關係的討論開始。任何醫學倫理學規範都不是自足的，而總已經預設了某種關於醫患關係的觀點，並以之為基礎。比如，內在視角預設了病人和醫生是圍繞著疾病而構成的實踐共同體，也只有基於此，它才能提出專業的概念，提出醫學實踐內在目的的概念。外在視角只有在確定醫患關係類型的基礎上才能決定何種普遍規範適用於調節醫患關係。如果“醫生和病人都是作為自由的個人而相遇的”²¹，那麼適用於兩個獨立自主的個體之間的允許原則就成為調節醫患關係的首要原則。本文下半部分將探討“醫乃仁術”究竟與何種醫患關係相稱，並由此出發論證它的合理意義。

三、西方語境下的醫患關係模式

在開始對“醫乃仁術”的重新闡述之前，有必要簡述西方對醫患關係的分類作為我們研究的背景。目前關於醫患關係類型的研究有多種分類方式，限於篇幅，我們只展開其中的一種範例。

根據 Jacques P. Thiroux 的研究²²，關於醫患的理想類型主要有三種觀點。

第一種是**家長主義觀點**，認為醫生因為其卓越的醫學知識而被授予優先的地位去決定什麼是對病人最好的，醫生應當對病人及其家庭承擔一種家長式的角色，其下又可細分出兩種模式。一種是工程師模式，在此模式下，醫生價值上保持中立，僅被要求以一種技術上合格的方式對待病人，彷彿後者只是一台生物學意義上的機

(21) 恩格爾哈特著，范瑞平譯：《生命倫理學基礎》（北京：北京大學出版社，2006年），頁323。

(22) Thiroux, Jacques P., *Ethics: Theory and Practice* (New Jersey: Prentice Hall, 2001), pp.363-367.

器。另一種則是牧師模式，醫生被強調以一種“慈愛的、不傷害的”方式對待他的病人，像牧師對待教徒一樣。這也是傳統的、自然的方式。在疾病帶來的緊張和焦慮的狀態下，病人很自然地會產生出依賴心理，“如同處於異域的旅行者一樣，語言交流具有障礙，他們會尋求其他人來引導他們”²³。

第二種是徹底的**個人主義觀點**。這種觀點認為病人對他自己的身體和生命有著絕對的權力，因而有絕對的權力反對醫生的建議。這種觀點的主要根據如下：1. 醫生也是人，和其他人一樣可能作出錯誤的決定；2. 處於危險中的是病人的身體和生命，並且醫療處置的後果最終也只能由病人及其家屬來承擔而言，病人最有資格作出決策；3. 許多與治療相關的問題並不是純粹醫學上的，而是與病人的個人期望和生活觀念相關的，就此而言，醫生並不是最適當的決策人選。4. 家長主義養成病人的依賴性，在某些情況下甚至會導致病人的非人格化，比如病人僅僅被看作一具待觀察、待分析、和待醫治的身體，存在於這個身體的人 (person) 則被完全忽略了。個人主義觀點正是作為一種對家長主義的矯正而獲得其合理性的。個人主義觀點的危險則在於它將所有的決定都放在病人的手中，然而病人對自己的疾病卻可能並不具備足以作出如此重大決定的知識，也即，患者自己理解的最大利益，未必符合他自身的最大的善。

第三種是**交互觀點**。正如個人主義的觀點是對家長主義觀點的矯正一樣，交互的觀點是對個人主義觀點的矯正。這種觀點認為醫生和病人單憑自己都不能達到最佳的知識，因而最理想的決策方式應該是互動式的，病人和醫生通過自由的意見交換和對供選擇的醫療方案充分探討而共同作出決策。以下也可細分出兩種模式，一種是夥伴模式：醫生和病人作為朋友相遇，共同致力於健康這種善，夥伴模式的問題在於現在這個多元化的社會，我們很難再理所當然地設定醫生和病人對保健的目標有無歧義的共同理解，用恩格爾哈特的話，現代社會生活條件是一種道德異鄉人的境況；另一種則是

(23) 恩格爾哈特著，范瑞平譯：《生命倫理學基礎》(北京：北京大學出版社，2006年)，頁322。

契約模式：為了補正前一種模式的困難，需要有“一個臨時的模式來確保醫生和病人在道德觀念領域裏的平等，而不必依賴烏托邦式的分權承諾”²⁴。在經過現代的、非醫學的、為啟蒙運動所強化的、自由主義的社會政治哲學的洗禮之後，這種模式得到愈來愈多的認同，Robert Veatch 和恩格爾哈特都是此種模式的宣導者²⁵。但其實兩種模式也並非鴻溝相隔，某種意義上兩者的差別只是程度上的，如恩格爾哈特所言，“區分道德朋友和道德異鄉人所涉及的重大問題其實是病人和醫生在多大程度上 1. 持有共同的理解，因而沒有必要作出大量的正式討論和同意程式，或 2. 不具有這類共同的理解，因而必須要有正式的討論和同意程式以避免嚴重的誤解。”²⁶相應地，行善原則可以通過兩種方式來達成：第一是暗含的契約，例如通過形成一個共同體；第二是明確的契約，例如通過知情同意。

擴大來看，其實不只夥伴模式和契約模式可以互通，以上三種觀點都可以互通，它們之間的差別只是重心上的調整而已²⁷，只是對於病人自主性的表達方式的修正，比如是要通過明確的契約，還是隱含的契約。根底下它們來自同一個圖式：“醫生和病人作為自由的個人而相遇。每一方都通過訴諸具體的適宜行動觀來參與形成了醫患關係的特徵。”²⁸柏拉圖 (Plato) 對此作了一個經典的描述：

自由行醫者給自由民看病，這樣的醫生大部分都能以一種科學的方式自始至終地治療疾病，充滿自信地對待病

(24) Veatch, Robert, “Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age”, *Hasting Centre Report* (NY: Institute of Society, Ethics and the Life Sciences, June 1972), p.9.

(25) 恩格爾哈特認為首先必須通過程式性的允許原則而後在道德的異鄉人之間建立起醫患關係，這與Veatch的“臨時模式”的設想是一致的。但Veatch不同的是，恩格爾哈特並不是自由主義價值觀的宣導者。他只是認為在啟蒙運動及其失敗之後，任何有內容的道德計劃都必須濫觴於這種形式化的、程式化的起點。“允許原則就是我們在失敗了的啟蒙運動中所能挽回來的一點值得肯定的東西。”(參恩格爾哈特著，范瑞平譯：《生命倫理學基礎》(北京：北京大學出版社，2006年)，譯者前言，p.XIX)

(26) 恩格爾哈特著，范瑞平譯：《生命倫理學基礎》(北京：北京大學出版社，2006年)，頁322。

(27) 工程師模式也不例外，只是它是作為調整範圍的邊界形式出現的。

(28) 恩格爾哈特著，范瑞平譯：《生命倫理學基礎》(北京：北京大學出版社，2006年)，頁321。

人和病人的家屬。他會向病人了解病情，盡力調整病人的症狀。在沒有得到病人的支援以前，他不會開處方；而一旦他開出旨在使病人完全康復的處方，就能得到病人的完全服從。²⁹

這裏清楚地肯定了病人的自主地位，病人有權從醫生那裏接受到資訊，並且參與到治療的決策中，醫生也在顧及到病人意願的情況下致力於爭取病人的合作。病人的自主始終是這個圖式裏的一個基本項，即使在牧師模式下，病人的自主性也仍然得到了表達。如 James Childress 指出的，我們應該區分第一位和第二位的自主性。那些讓國家或教堂代為作決定的人缺乏第一位的自主性——也即，關於選擇內容的自我決定——卻恰恰是因為他們行使了第二位的自主性，選擇這個機構來為其作決定。³⁰從牧師模式到契約模式之間並無任何斷裂之處，只是一個自主性的表達從隱含到越加形式化、越加明確化的過程，只是一個病人愈來愈主動地在醫療過程中確保自己的主體性得到表達的過程。現代醫患關係一個特徵就是，病人個人或群體“可以通過給醫生一方制定提供資訊的標準來影響實施保健的方式”³¹。

然而，這幅圖景是否窮盡了醫患關係所有方面？或者相反，這幅圖景反倒掩蓋了醫患關係的某些重要性質？下面我們通過一些情境的展示，進一步思考這個問題。

四、西方醫患關係模式的盲點與“醫乃仁術”的獨立道德意義

在契約模式下，醫生和病人在進入醫患關係之前都應該明確地

(29) 柏拉圖著，王曉朝譯：〈法律篇〉，《柏拉圖全集》第三卷（北京：人民出版社，2003年），頁480。

(30) Childress, James, “Autonomy”, in Veatch, Robert, ed., *Cross-cultural Perspectives in Medical Ethics* (London: Jones & Bartlett Publishers), p.149.

(31) 恩格爾哈特著，范瑞平譯：《生命倫理學基礎》（北京：北京大學出版社，2006年），頁321。

說明自己希望得到和可以提供的服務，以確保自己可以和與自己持有共同健康觀念和良好生活觀念的人自由合作。用恩格爾哈特的話說，“造成這樣關係實質的東西也造成了其限制：個別的人們——病人、醫生、護士及其他人——的自由選擇。”³²但是自由選擇真的是使醫患關係完滿實現的最好方式？

讓我們思考下面這個情境。確實如亞當·斯密 (Adam Smith) 所言的“我們有晚餐，並不是由於屠戶、啤酒商或麵包商的仁慈，而是由於他們對自身利益的關心”³³，但是對任何一個健全的社會而言，在人與人的契約關係下還有更深層的聯繫。比如當我走進一個我經常光顧的肉鋪，看到我熟悉的肉鋪老闆因為心臟病突發而躺在地上，我是否可以對自己說：“噢！看來今天他並不適合與我達成契約”，然後就毫無負擔轉身離去？這種行為從單純的契約邏輯的角度是說得通，但在這種情境下，卻顯然是在道德上有欠缺的。道德直覺告訴我們，我對躺下的那個人負有責任，並且這責任甚至不是我打通急救電話就足以盡到，我還有責任到醫院去確認他得到救治，或者找來其他能夠監護他的人。³⁴這個情境經驗提示我們，在以自由選擇為基礎的契約關係之下，人與人之間還有更牢不可破的相互託付的關係。自由選擇的契約模式並不能涵蓋醫患關係的全部範圍，下文我們從醫患關係表現出與其他契約關係顯著不同的幾個特點來剖析這一論點。

第一，醫生並不被鼓勵去挑選病人，雖然這顯然自由選擇的應有之義；相反，醫生應該普同一等地說明所有有需要的病人，就像我對躺在地上的肉鋪老闆負有當下的、不容推卸的責任。中國傳統醫德思想對此多有強調，“見彼苦惱，若己有之，深心悽愴，勿避險巇，晝夜寒暑，饑渴疲勞，一心赴救，無作功夫形跡之心。如此可

(32) 同上，頁290。

(33) Smith, Adam, *Wealth of Nations* (University Park: The Pennsylvania State University, 2005), p.19.

(34) 麥金太爾為我們提供了這個例子。參 MacIntyre, Alasdair, *Dependant Rational Animals: Why Human Beings Need the Virtues* (London: Gerald Duckworth & Co. Ltd., 1999), p.116.

為蒼生大醫，反此則是含靈巨賊”(《大醫精誠》)再如宋濂在《丹溪先生墓誌銘》中對金元四大醫家之一的朱震亨的行止作了如下描述：“四方以疾迎候者，無虛日，先生無不即往，雖雨雪載途，亦不為止”，“其困厄無告者，不待其招，注藥往起之，雖百里之遠弗憚也”。³⁵

第二，醫生也不可以通過醫患關係謀利。醫患之間的契約關係常被類比於法律上的信託合同關係，但這種類比掩蓋了一個很重要的區別。在其他信託關係中，通過合同關係、通過專業技術而為自己謀利，無可厚非，比如律師可以依自己能力大小而收取高低懸殊的報酬；但在醫療關係上，態度就大相徑庭了³⁶。醫生被期望僅僅關心患者的健康利益，而非商業利益或其他自身利益；如果醫生借對方的需要來抬高要價，則被認為是乘人之危，是在道德上有嚴重缺陷的。如孫思邈《大醫精誠》所言：

醫人不得恃己所長，專心經略財物，但作救苦之心，於其運道中，自感多福者耳。又不得以彼富貴，處以珍貴之藥，令彼難求，自炫功能，諒非忠恕之道。

又如：

病癒後而希望貪求，不脫市井風味者，欺也。(明 李梴《醫學入門》)

今之明醫，心存仁義……不計其功，不謀其利。不論貧富，藥施一例。(明 龔信《古今醫鑒》)

之所以醫患之間需要具有這種特殊的信任關係，是因為所託付之事的特殊性質：

凡病家延醫，乃寄之以生死，禮當敬重，慎勿輕藐。貧

(35) 周一謀：《歷代名醫論醫德》(長沙：湖南科學技術出版社，1983年)，頁162。

(36) 參卡爾默斯·C·克拉克：〈醫患信任〉，《中外醫學哲學》(美國：環球學術出版社，2002年4卷2期)，頁50。

富不在論財，自盡其誠，稍褻之，則非重命者耳。(明 龔廷賢《萬病回春》)

病人交到醫生手中的，不是他的某些財物，而就是他自己本身，他的全部和他的未來。因而，如 Thiroux 所已經意識到的，“醫患之間的契約不應該是純粹法律意義上的，而更像是傳統的宗教或婚姻意義上的盟約 (covenant)”³⁷。傳統的宗教或婚姻意義上的盟約本質在於它承諾的是一份一般而言不可解除的、生死與共的託付 (commitment)，就此而言，它已經越出了以自由選擇的契約關係，而進入到類似於家庭紐帶的領域中，“隱志相及，痛疾相救，生則相歡，死則相哀”。後者與自由選擇的聯合是完全不同層次的關係。我們在第三點中將處理支援這個論點的另一個根據。Thiroux 論述只能模糊地觸及到這種區分，而不能明確地把它們區分在兩個層次上，這點並非偶然，事實上西方思想傳統本身就傾向於將家庭親子關係看作獨立個體之間聯合的一種方式，而不是作為人類社會源頭的最原初的、獨一無二的關係³⁸。比如亞里士多德用友誼來描述所有類型的人際關係，包括家庭關係，雖然在某些場合裏亞里士多德已經觸及到親子關係的特殊性質，“各種形式的友誼都包含著聯合，然而我們仍然可以將家庭的友愛和夥伴的友愛與其他類型的友愛區分開來” (NE, 1161b-10)，後者“僅僅是聯合的友愛，彷彿以某種契約為基礎” (1161b-15)，而家庭的聯繫則一般而言是不可解除的，“兒子永遠可以不認父親” (1163b-15)。西方思想傾向於預設自足的 (self-sufficient)，視個人之間的聯合為一切道德關係的出發點，然而這是否能覆蓋醫患關係的全部內容，仍然是一個有待商榷的問題，也正是在這裏儒學立場可以與西方主流醫學倫理立場有所爭辯。³⁹隨

(37) Thiroux, Jacques P., *Ethics: Theory and Practice* (New Jersey: Prentice Hall, 2001), p.367.

(38) 與之相反，儒家則把家庭親子關係看作是最根本的、最原初的，是人道之始：“有天地，然後有萬物；有萬物，然後有男女；有男女，然後有夫婦；有夫婦，然後有父子；有父子，然後有君臣；有君臣，然後有上下；有上下，然後禮義有所錯。” (《周易·序卦傳》)

(39) 相似的觀點還可以參范瑞平：〈代理決策問題：中西比較〉，蒙作者賜稿。本文觀點多處得益於這篇論文，特此表示感謝。

後我們會再回到這個問題上。

第三，醫患關係超出了一般可以為協商所覆蓋的公民倫理的層次。契約模式在一定程度上是與公民倫理相一致的。所謂公民倫理“其有效性只在人們面對同陌生人（“一般他者”）的關係，並且把他（們）當作與自身地位同等的公民而相互對待時才存在”。⁴⁰公民倫理成立的一個前提條件就是公共領域和私人領域、社會公共交往與一個道德共同體內的倫理交往的區別。恩格爾哈特認為在生命倫理學領域中也有必要區分兩者，“要想理解行善行動的歧義和為保健政策獲得實質性道德權威的困難性，人們就必須注意到道德共同體與社會或政體 (polity) 之間的不同。”⁴¹在活生生的道德共同體中其成員以道德朋友的身分來相遇，因而可以通過訴諸圓滿的理性論證或共同認可的道德權威來解決道德爭端；但無論如何，大規模的政體不是共同體，而是個人並且時常是不同共同體的聯合，因而任何一種充滿內容的行善觀都必須通過共同的協商來達到。⁴²對恩格爾哈特而言，道德異鄉人的處境正是今日醫療實踐的處境，因而在這個領域中也應該首先適用以法律和契約為基礎的公共倫理：“我們生活在一個並非是承諾了共同的具體良好生活觀的社會之中，我們需要不偏袒地應用規則以免誤解和預防濫用權力。”⁴³然而對應於公共領域的公共倫理真的適合於醫患關係的本性嗎？

標識公共領域的一個特徵就是它的可見性，如英國的文化批評家 John Thompson 所言，“凡是公共的就應當是可見的 (visible) 和可以查看的 (observable)。公共的言行展現在大眾面前，是一切人，至少是大多數人，可見可聞的。與之相反，私人的只是隱秘的，要麼是個人私底下的言行，要麼是在有限的小圈子內進行”。⁴⁴醫患關係

(40) 廖申白：〈公民倫理與儒家倫理〉，《哲學研究》(北京：中國社會科學院哲學研究所，2001年11期)，頁73。

(41) 恩格爾哈特著，范瑞平譯：《生命倫理學基礎》(北京：北京大學出版社，2006年)，頁116-117。

(42) 同上，頁117。

(43) 同上，頁300。

(44) Thompson, John, “Social Theory, Mass Communication and Public Life”, in *The Polity Reader in Cultural Theory* (Cambridge: Polity Press, 1994), p.30.

的特殊之處卻是它恰恰貫通了公共領域和私人領域：為了獲得醫療效果，病人不得不將自己的私密領域敞開，將與自己身體和生活相關的秘密都託付給醫生，醫生和病人成為“最熟悉的陌生人”。故此中西醫德傳統都強調為病人保密的義務，“無論所見所聞何事，無論職業或私人之事，都應不予洩露，吾將嚴守秘密，不予外傳”⁴⁵，“假有不便之患，更宜真誠窺睹，雖對內人不可談，此因閨闈故也”（明 陳實功《外科正宗·論醫家五戒十要》）。然而要能真實地盡到保密職責，就不僅僅是遵守規則、遵守法律所能做到。請考慮下面這個例子。

根據 Dorothy C. Wertz 和 John C. Fletcher 名為〈生殖醫學中的隱私與揭示：一種關懷倫理學的視角〉的調查研究⁴⁶，醫生實踐中的道德推理更少訴諸原則，而更多考慮符合關懷倫理學語境下的“需要”與“責任”。在原則倫理學的視野下，隱私與揭示的衝突通常被概括為權利的衝突，而解決方法就只能通過確認哪個個人的權利具有優先性。然而生殖資訊的本性恰恰是為家庭成員所共用的，這點就反駁了訴諸個人權利的進路的合理性。生殖資訊涉及到多人，可能的變化很多，並且在實踐中病人很可能訴求自己實際上不需要的東西，而對自己真正的需要又茫然無知，無法提出真正有效的訴求，在這種複雜情況下，醫生只有真正設身處地關懷病人，才能找到適宜的處置方法。“‘關懷’ (to care) 意味著認同 (identify with) 其他人，將其中每個人都看作是獨一無二，並致力於維持他們共用或能共用的關係網絡。”⁴⁷

當病人將隱私告訴給醫生時，醫生實際已經進入了病人的私人領域，他與病人的關係已經超出公共倫理可調節的範圍，醫生為此必須承擔起可信賴的責任；並且這種可信賴的責任，也不是以履行公共倫理的一般方式——遵守法律和規則——就足以完成的。一方

(45) 〈希波克拉底誓言〉，參《劍橋醫學史》，羅伊·波特編著，張大慶等譯（長春：吉林人民出版社，2000年），頁93。

(46) Wertz, Dorothy C. and Fletcher, John C., “Privacy and Disclosure in Medical Genetics Examined in an Ethics of Care”, in Chaswick, Ruth and Schroeder, Doris, eds, *Applied Ethics* (London and New York: Routledge, 2002, Vol.II), pp. 309-328.

(47) 同上，頁310。

面，鑒於實踐情況的極端複雜性，不可能將所有的應對情況都用契約的形式明確規定；而另一方面，沒有規則可以遵守，並不成為放棄道德責任的理由。在緊急情況下，在沒有規則可以遵守時，醫生如果不能作出正確的決定，那麼他就不再是可信賴的了。就此而言，醫患關係所要求的親密程度和託付的深度都已經遠遠超出了公共倫理所能涵蓋的範圍。⁴⁸

由以上三點可見，醫患關係中有一些基本維度無法為契約模式所覆蓋，並且更徹底地說，也無法為西方醫患關係中其他模式所覆蓋，只要這些模式都是植根於兩個獨立自主的個人相遇這一圖景。

我們以亞里士多德關於朋友關係的論述為例來闡釋這一圖景所允諾的理想關係的內涵，以及它與醫患關係中一些基本要求的差距。亞里士多德的朋友觀點表達了西方對理想人際關係的典型看法，並在醫療實踐中有深遠的影響。醫生應該和病人結為朋友，而共同致力於健康這種善，是西方許多醫患關係論述的理想。然而什麼是亞里士多德心目中的友誼呢？以現代的眼光來看，友誼主要是一類情感狀態而非社會或政治關係的代名詞，據說我們的朋友就是那類我們喜愛甚至非常喜愛的人。亞里士多德的定義與此大相逕庭。雖然友誼在亞里士多德看來是在德性品質中包含最多感情的一種品質，但是友誼與單純的愛還是不同，它本質是一種德性(1157b-30)，“而且，它是生活最必需的東西之一”(1155a)，是任何共同體必然包含的本質要素(1159b-25)。如麥金太爾(Alasdair MacIntyre)所言的，“友誼體現了對一種善的共同的承認和追求”，“友誼中包含愛，但是這種愛是在一種依據對善的共同信奉與共同追求而得以界定的關係中產生的”。⁴⁹就此而言，友誼中的愛指向的是與我實踐著一樣的善的觀念的人，我愛的是他身上表現出與我一樣的善，或者更根本地說，我愛的就是“另一個自身”(1166a)，也即，以友誼為範

(48) 這一點得益於我同李峻(魯汶大學博士候選人)的討論，謹在此致謝。

(49) 麥金太爾著，宋繼傑譯：《追尋美德》(南京：譯林出版社，2008年)，頁175-176。

例的理想人際關係根本上仍然是個人主義的⁵⁰。這點突出表現在：雖然在真正的友誼中，我們會因為朋友自身之故而希望他得到善，但這種作法要受到以下前提的限制：一個人希望他的朋友得到善，是因為一個人首先還是希望自己得到這些善。(1159a) 所以即使是一個好人，按亞里士多德的看法，也首先是希望自己能夠有另一個好人作自己的朋友，而希望那個朋友得到某種或某些最大的善。⁵¹換言之，在西方語境下佔主導地位的共同的善的概念是從個體角度加以定義：我致力於促進他人的善，我與他人合作所致力的善，都首先是從我自己的角度(或他人自己的角度)理解的善。

這種共同的善的觀念在醫學實踐中留下了深深的烙印，特別影響了行善原則的基礎問題。如麥金太爾所指出的，西方倫理學從柏拉圖到摩爾(G. E. Moore)的傳統都忽略了人的本質的脆弱(他有很大可能會生病、受傷，或處於其他無能為力的狀態中)，預設每個人都是獨立自主的、有能力維持自身的善的個人，對這樣自足的優越的個人而言，依賴於他人，與他人合作只是實現我自身的形式(我自身的善)的手段而已。⁵²這樣，行善的基礎之一就是醫生與病人之間關於共同的善的約定，病人在這種狀態下仍然被看作一個有能力毫不妥協地主張自身的個體，醫生對病人所實行的任何的善都應該得到病人自己的認可，將善的觀點強加於人是不被允許的⁵³。在這種基礎上確立的行善原則適用於個人主義觀點和交互觀點下的諸種醫患關係。然而正如我們之間的分析所指出，建立於自由約定基礎的善的觀念不足以引導醫患關係完滿實現，醫生常常必須在沒有明確規則的情況下決定什麼是對病人善的。

(50) 相似的觀點參 Fan, Ruiping, "Reconsidering Surrogate Decision-Making: Aristotelianism and Confucianism on Ideal Human Relations", in Rosemont, Henry, Jr., ed, *Philosophy East & West* (Honolulu: University of Hawaii Press, July 2002), pp.346-372.

(51) 亞里士多德著，廖申白譯：《尼各馬可倫理學》(北京：商務印書館，2008年)，頁243，注一。

(52) MacIntyre, Alasdair, *Dependant Rational Animals: Why Human Beings Need the Virtues* (London: Gerald Duckworth & Co. Ltd., 1999), pp.1-3.

(53) 如恩格爾哈特所言，在此應用“黃金律”甚至都是錯的，一個人應當以這樣的方式來表達行善原則：“對別人去做別人認為的好事”。恩格爾哈特著，范瑞平譯：《生命倫理學基礎》(北京：北京大學出版社，2006年)，頁113-114。

既然病人經常處於被動的、無能為力的條件下——當代批評家經常將此看作是醫生家長主義作風的後果，然而不容忽略的是，這也是屬於人類脆弱本質的自然狀況，只是西方倫理傳統已經習慣於在人類狀況 (human condition) 中抹殺此點⁵⁴——而無法為自己作決定，那麼行善的基礎就在於行善主體的仁慈，家長主義正源出於此。但問題是西方倫理傳統已經習慣於從獨立自主的個人出發，因而這些行善的道德主體“總表現得彷彿自己從來都是理性的、健康的、不受困擾的”，而將生病的物件看作是“異於我們的另一個階層”，而不是我們過去或將來很有可能也置身於其中的境況。⁵⁵這樣一個很自然的疑惑就是，家長主義所行之善如何證明自身恰恰是病人所需要的善，這是一個古老的困境：“子非魚焉知魚之樂？”另一個更嚴重的問題是，如果行善只是出於行善主體的仁慈，那麼我們就無法說明行善原則為什麼不僅僅是應當的行為，而且是必須的義務。這也是當代生命倫理學中籠罩在行善原則上的諸種困惑之一。

在前一種情況下，行善出於雙方的約定，在某種意義上就是我欠 (owe to) 對方的東西，由此行善可以取得某種類似義務的地位，行善的要求是正義的 (just)。但是出於約定的“善”的內容總是過於貧乏的，如果醫生無權根據患者的需要而即時調整行善的內容的話，往往導致行善失敗，比如我們熟悉的知情同意與行善的矛盾。在後一種情況下，所行的善是靈活豐富的，是慷慨的 (generous)，然而卻不能保證醫生一定如此行事，行善的要求對醫生而言並不是正義的 (just)。如某些倫理學家所勸誡，醫生和其他專業人士雖擁有特別的技能，但人們對他們的道德水準不應期望過高，應“與我們普通人一樣”。⁵⁶

然而醫療實踐所要求的理想行善方式卻必須同時是正義的和慷慨的，如上面情境分析的三點所已經觸及到的，比如醫生應當義不

(54) MacIntyre, Alasdair, *Dependant Rational Animals: Why Human Beings Need the Virtue* (London: Gerald Duckworth & Co. Ltd., 1999), p.2.

(55) 同上。

(56) 轉引自卡爾默斯·C·克拉克：〈醫患信任〉，《中外醫學哲學》(美國：環球學術出版社，2002年4卷2期)，頁50。

容辭地、普同一等地去說明一切有需要的人，而無論他們是否事先有所約定，也無論有沒有報酬。⁵⁷並且正如上文已經部分論證過，醫患關係就其所要求的照料而言，已經超出了公共倫理的範圍，而契入到以家庭親子關係為本的人倫範圍裏。更進一步分析的話，我們會發現，並非偶然地，親子之間的關懷正是這種“正義而慷慨”的德性的範例。

親子之間的關係不同於因追求共同的善而結合起來的朋友。對於朋友，我實際上愛的是朋友身上的我自己，是朋友身上表現出來的與我一致的善。所以一旦朋友表現出他註定無法達到我的要求時，我們的友誼就會解體。親子關係則不同，雖然在孩子出世之前，父母對孩子會有很多美好的期望，美麗、健康、聰明等等，但是正常狀態下的好父母對這個或那個特定孩子的關懷承諾並不會因誕生後的孩子的醜陋、疾病或遲鈍而改變，相反，這類需要特殊照顧的孩子反而會得到父母更多的愛與關注。⁵⁸就親子之間的照顧為自然情感所趨使的強烈程度而言，它彷彿是義不容辭的，一種義務，也即滿足正義的要求；而就其付出是無所計較 (*uncalculating*)，僅以對方的需要為限而言，它又是慷慨的。

親子關係所蘊含的獨特道德意義在西方思想中一直被壓抑⁵⁹，這點並非偶然，因為親子關係建基於一種很難在西方正統思想中得到表述的共同的善的觀念。為了親子之間的這種僅僅以需要為引導的照料能夠順利進行下去，我必須能夠隨時知道我所照料的物件的需要，也即我必須能夠如他自己所體會的那樣感受什麼是對他而言的善。就他人的善能為我感通而言，這是一種“共同的善”。這種“共同的善”的概念對於西方思想傳統是難以想像的，因為如前所述的，在西方語境下佔主導地位的共同的善的概念只能從個體角度加以定義。

(57) 這並不是說醫生應當無償服務，只是說為了醫患關係的本質完滿實現，醫生應當具有這樣的品質，醫生的報酬是另一個層次的問題。

(58) MacIntyre, Alasdair, *Dependant Rational Animals: Why Human Beings Need the Virtue* (London: Gerald Duckworth & Co. Ltd., 1999), p.91.

(59) 直到最近的女性主義才開始注意到親子關係作為倫理關係的範例的意義。

然而這種理論上難以想像的“共同的善”經驗在實際生活中卻比比皆是。一個真正愛孩子的母親能知道她的孩子眼下需要什麼，雖然她的孩子可能還小得無法表達清楚自己的需要。儒家思想特別注重這種感通的能力，如《論語》所言，“夫仁者，己欲立而立人，己欲達而達人。能近取譬，可謂仁之方也已。”（《論語·雍也》）表面上看，這正是恩格爾哈特所批評的那種將良好生活觀念強加於人的典型行為，然而這是一種望文生義的誤讀。在這個語境裏“己”與“人”並沒有被看作是兩個獨立自主的個體，“己欲立而立人”的意思並非是，我要達到理想生活狀態，就必須也要讓別人採取這種生活方式。這倒是亞里士多德那裏朋友關係的內涵：我希望朋友獲得某些善的前提是，我首先希望自己獲得善；某種意義上他人的善只是我實現自身的善的手段，他人的善是第二位的，我永遠無法跳過我自身的視角而直接契入他人的視角之中。然而儒家語境下的“己欲立而立人”出發點卻是完全不同的“一體之善”，他人並不只是“另一個自身”，而**就是我**，如朱子《章句》注此句：

“程子曰：‘醫書以手足痿痺為不仁，此言最善名狀。仁者以天地萬物為一體，莫非己也。認得為己，何所不至；若不屬己，自與己不相干。如手足之不仁，氣已不貫，皆不屬己。……仁至難言，故止曰：‘己欲立而立人，己欲達而達人，能近取譬，可謂仁之方也已。’”

親子之間之所以能無微不至地照料彼此，主要原因是他們在感情上強烈地彼此認同，結為一體。這點在新近發展的關懷倫理學(The Ethics of Care)中得到發揮。在關懷倫理學看來，我們只有真正地在乎(care about)別人，才能恰如其分地照顧(care for)別人，並且只要我們確實在乎這個人，那麼我便自然地會去照顧這個人，“在乎”的內心情感一定會體現為照顧的外在行動，親子關係是這種人類體驗的典範和源頭。這一進路與儒家的思路有不謀而合之處。比如，在對孝的闡述中，儒家強調，孝不只是外在順從的行為，而且首先是內

心感受到的強烈的情感。“子遊問孝。子曰：‘今之孝者，是謂能養。至於犬馬，皆能有養；不敬，何以別乎？’”（《論語·為政》）另一方面，內心的情感也一定會表現為外在的體貼，“孝子之有深愛者，必有和氣；有和氣者，必有愉色；有愉色者，必有婉容”（《禮記·祭義》）。本文第一部分提到的儒家語境裏“誠”的三重含義合起來正是這種基於一體感通的“共同的善”。而誠（或者說“仁”）必須以親親為本，也在這裏找到了實際生活經驗上的根據。

麥金太爾借助關懷倫理學的洞見，在其反省西方傳統的開創性著作《依賴的理性動物：為什麼人需要德性》(Dependent Rational Animals: Why Human Beings Need the Virtues) 中，不僅認出這種一直被壓抑的“一體之善”的經驗，而且將之看作人類生存的根基。在麥金太爾看來，西方從亞里士多德到亞當·斯密的二分法——一邊是以相互利益為基礎，由協商調節的關係，另一邊則是同情的、仁慈的、施捨與被施捨的關係——“掩蓋了某些類型的活動，在這些活動中獲得的善既不是異於他們的善的我的善 (mine-rather-than-other’)，也不是異於我的善的他們的善 (other'-rather-than- mine)，而是這樣一些善：只有就它們是他人的善而言，才能是我的善。這才是真正的共同的善，作為屬於給予和接受的網路的善”⁶⁰。除了由自由個體的自由聯合所定義的共同的善之外，還有一種更根本的共同的善。鑒於人類生命的脆弱短暫，人類首要的、根本的共同的善就是人類作為一個物種能夠延續下去，並且依人類條件發展（僅僅像動物一樣的生存還夠不上善）。也即，人類社會可以延續、繁榮昌盛的一個根本條件就是，當我們處於年幼、年老、疾病或殘疾的狀態時，我們可以指望自己最基本、最迫切的需求得到滿足，“疾病不養，老幼孤獨不得其所，此大亂之道也”（《禮記·樂記》）。這種共同的善的內容和存在並不依賴於個人的選擇，相反，每個個人必須首先受惠於這種共同的善才能獲獨立自主的存在。只有從家庭親子關係中每時每刻實踐著的“一體之善”出發，作為西方典型道德主體的獨立自主的個人才可能出現。

(60) MacIntyre, Alasdair, *Dependant Rational Animals: Why Human Beings Need the Virtue* (London: Gerald Duckworth & Co. Ltd., 1999), p.119.

換言之，在獨立主體活動的領域（這是西方倫理思考唯一關注的領域）之下，還有更深一層的、由給予和接受活動交織而成的相互託付的網絡。

就醫患關係涉及到人本質的脆弱和依賴狀態而言，它已經超出了獨立主體活動領域，契入到以這種親子關係為範例的相互託付的接受與給予的網路中去。而後者在西方倫理傳統始終是被掩蓋的，這一缺失的一個明顯後果就是，以自由獨立的個體主體為出發點的行善原則似乎總是不能完全滿足醫患關係的訴求。就此而言，從西方倫理視野的盲點出發的“醫乃仁術”論述不僅具有獨立的道德意義，而且很可能成為西方生命倫理觀一個極具啟發性的對話夥伴。

至此我們已經完成本文預定目標，亦即另闢蹊徑，解決“醫乃仁術”的歧義對中國生命倫理學建設的困擾。我們證明“醫乃仁術”並非家長主義，並不會導致對另一個主體的壓制，因為它的出發點並非是從個人主義視角中加以定義的善——在這種條件下，任何共同的善只能來自不同視角的疊加，衝突在所難免——而是作為一體之善的共同的善，後者維繫著人類生存的一個重要根基，亦即，給予和接受的網路。至於進一步的目標，比如在給予和接受的網路中澄清“醫乃仁術”的道德內涵和實踐意義，闡述它與西方生命倫理學的可能結合，筆者將另文闡述。

參考文獻

- 王治民：《歷代醫德論述選釋》，天津：天津大學出版社，1990年。
- 卡爾默斯·C·克拉克：〈醫患信任〉，《中外醫學哲學》，美國：環球學術出版社，2002年4卷2期。
- 亞里士多德著，廖申白譯：《尼各馬可倫理學》，北京：商務印書館，2008年。
- 周一謀：《歷代名醫論醫德》，長沙：湖南科學技術出版社，1983年。
- 柏拉圖著，王曉朝譯：《柏拉圖全集》，北京：人民出版社，2003年。
- 范瑞平：〈中美生命倫理學——幼稚與無聊〉，《中外醫學哲學》，美國：環球學術出版社，2002年4卷1期。
- 恩格爾哈特著，范瑞平譯：《生命倫理學基礎》，北京：北京大學出版社，2006年。
- 張大慶、陳之範：〈醫乃仁術：中國醫學職業倫理的基本原則〉，《醫學與哲學》，大連：中國自然辯證法，1999年20卷6期。
- 張大慶：〈醫療行善：中國醫學道德傳統的詮釋〉，《中外醫學哲學》，荷蘭：Swets & Zeitlinger Publishers，1999年2卷2期。
- 麥金太爾著，宋繼傑譯：《追尋美德》，南京：譯林出版社，2008年。
- 廖申白：〈公民倫理與儒家倫理〉，《哲學研究》，北京：中國社會科學院哲學研究所，2001年11期。
- 羅伊·波特編著，張大慶等譯：《劍橋醫學史》，長春：吉林人民出版社，2000年。
- Beauchamp, Tom L.：〈醫學道德的內在和外在標準〉，《中外醫學哲學》，美國：環球學術出版社，2002年4卷1期。
- Stocker, Michael：〈現代倫理理論的精神分裂症〉，《美德倫理與道德要求》，徐向東編，南京：江蘇人民出版社，2008年。
- 《二程集》，北京：中華書局出版社，1981年。
- 《四書章句集注》，北京：中華書局出版社，1983年。
- 《呂氏春秋》，長沙：嶽麓書社出版社，1996年。
- 《孝經注疏》，北京：北京大學出版社，1999年。
- 《宋元學案》，北京：中華書局出版社，1986年。
- 《周易正義》，北京：北京大學出版社，1999年。
- 《國語》，上海：上海古籍出版社，1998年。
- 《陽明傳習錄》，上海：上海古籍出版社，2000年。
- 《黃帝內經》，北京：人民衛生出版社，1986年。
- 《禮記正義》，北京：北京大學出版社，1999年。
- Childress, James, “Autonomy”, in Veatch, Robert, ed., *Cross-cultural Perspectives in Medical Ethics*, London: Jones & Bartlett Publishers, 2000.
- Fan, Ruiping, “Reconsidering Surrogate Decision-Making: Aristotelianism and Confucianism on Ideal Human Relations”, in Rosemont, Henry, ed., *Philosophy East & West*, Vol.52 No.3.(July 2002), Honolulu: University of Hawaii Press,
- MacIntyre, Alasdair, *Dependant Rational Animals: Why Human Beings Need the Virtue*, London: Gerald Duckworth & Co. Ltd., 1999.
- Pellegrino, Edmund D., “Towards a Reconstruction of Medical Morality”, *The Journal of Medical Humanities and Bioethics*, Vol.6 No.2. (2006), New

York, N.Y.: Human Sciences Press.

Smith, Adam, *Wealth of Nations*, University Park: The Pennsylvania State University, 2005.

Thiroux, Jacques P.: *Ethics: Theory and Practice*, New Jersey: Prentice Hall, 2001.

Wertz, Dorothy C. and Fletcher, John C.: “Privacy and Disclosure in Medical Genetics Examined in an Ethics of Care”, in Chaswick, Ruth and Schroeder, Doris, eds., *Applied Ethics*, Vol.II, London and New York: Routledge, 2002.