

“仁術”與“方技”： 中國傳統醫患關係的倫理現實

程國斌

摘要

本文首先對中國傳統醫學生活的結構和運動模式兩個方面進行了探討，借此提出以下觀點：中國傳統的醫患倫理關係並不是一種典型的職業倫理關係，它建立在中國傳統醫學學術和社會生活的基礎之上，其道德效力整合於這種特定的生活境遇之中；醫生與病人都被整合在社會倫理關係的網路之中，醫患關係根據醫病雙方各自具體的社會倫理身份以及具體的醫療活動場景的不同而運動變化。這樣一種倫理關係使中國傳統醫學生活充滿了矛盾：醫家雖然將醫學稱為“奪造化之權，以救人生死”《醫學源流論·醫非人人可學論》的大“道”，但又必須承認其在現實性上是一種“持方技以事上”的小“術”，苦苦掙扎在崇高的道德責任感和低下的自我倫理認知之間；病家既保有一種有限的選擇和評價醫生、干預診療活動的自主權，又必須遵循社會倫理法則來認識和調整與醫生的關係，在和醫生的相互角力中維護自己的權益。傳統醫學道德過於追求高尚而遠離普通醫生的生活實際，這就大

程國斌，東南大學醫學人文學系講師，中國南京，郵編：210009。

本文是江蘇省高校哲學社會科學基金項目“中國傳統醫患關係的倫理建構及其現代價值研究”(批准號：9213005081)的成果之一。

《中外醫學哲學》VIII：1(2010年)：頁33-60。
© Copyright 2010 by Global Scholarly Publications.

大消弱了它對現實生活的指導力量，無助於建立一種合理的職業倫理規範，更違背了中國傳統倫理學“德得相通”的最高道德原則。

【關鍵詞】 中國傳統醫患關係 倫理現實 道德理想

一、導言

在一個傳統生活世界已經崩潰的時代如何重建中國醫學倫理學？這是一個真正的問題。

“中國醫學倫理學”是“醫學倫理學的普遍知識在中國這一時空境遇中的特殊形態”還是“在中國倫理生活中發展出來的特定道德知識門類”？它應該是奠基在中國道德傳統之上，還是在中國當代道德生活的基礎之上？如果奠基於中國道德傳統之上，那麼這個傳統究竟是什麼？

美國社群主義倫理學家麥金太爾 (Alasdair MacIntyre) 曾經對當代道德狀況作出了一個令人沮喪的描畫，即是在現代，那種可以使道德產生並被理解的背景條件已經喪失，人們像背誦“咒語”一樣背誦著道德話語的碎片，但卻無從知道自己正在說的和做的究竟有何種道德意義。如果只看到麥金太爾這一判斷，恐怕就會認為，那些流傳至今的傳統醫學道德話語，只是作為“口號”或者“咒語”，根據特定的目的而被搬弄和利用來傳遞某種完全不同於其傳統意蘊的道德內容，在這個意義上，“中國醫學倫理學”的“中國性”僅僅具有空間地理的意義。但是，麥金太爾的這一判斷僅僅是其理論的一個方面，如果當代道德境況僅僅是這樣，那麼他們重建一種所謂“社群主義倫理學”的努力就沒有任何希望了。其中的奧妙，正如麥金太爾自己所言，“雖然道德的完整實體在很大程度上已成碎片，並且爾後已部分被毀，但道德語言和道德現象仍持續著”¹，這些已經殘缺但仍

(1) 麥金太爾 (Alasdair MacIntyre) 著，龔群等譯：《德性之後》(北京：中國社會科學出版社，1995年)，頁3-8。

然頑強持續著的道德語言和道德現象並不能被理性邏輯化為抽象概念，在其中包含著對傳統道德理想和倫理生活的經驗、情感和行為習慣，有可能穿越理性話語所建構起來的社會制度與理論學術體系，在生活中潛行勾連起一種傳統性的道德情境，影響甚至決定著人們的現實倫理行為。

所以，在今天重建“中國醫學倫理學”，研究古典倫理學思想、理論文獻固然重要，但最首要的任務恐怕還是弄清楚中國人真實的傳統醫學倫理生活方式究竟是怎樣？這一傳統在今天的醫學生活中還保留了多少？又以何種方式繼續發揮作用？否則，僅僅從理論和制度層面入手恐怕不能很好的理解今日中國醫學倫理生活的真實境況，也無法為其困境開出準確的道德藥方。

當前中國醫患關係的緊張程度世所罕見，近年來國內不斷爆發醫患衝突事件，民間輿論對醫療行業的道德譴責異常嚴厲。病家多以“道德、責任、素質”詰問醫療行業之亂象，而醫者往往以“制度缺陷、社會不公”為己辯護。各方立場之異反映出當代中國的醫學生活，在醫生與病人、道德話語與倫理生活、意識形態與民眾經驗之間，實有完全不同的模式。現代管理方式作為一種職業倫理建制體系，醫學倫理在中國始終沒有獲得一個自然、平穩而健康的生長過程，而是借由非科學的方式被強行植入，中國的公眾和醫療從業員都未能正確認識和理解這一體系。故考慮現代中國醫患倫理關係的運思向度，必須同時兼顧古代/現代、理想/現實、文化/政制、個人/國家等眾多複雜糾葛的問題維度。上世紀末對學界“知情同意”等西方醫學倫理原則是否適用於中國的討論，已經揭開了這一運思的序幕，但過度強調中西文化衝突的視角有可能掩蓋在本傳統內部的文化理想與現實生活、大傳統與小傳統的差異，如欲清理今日中國之醫患倫理關係的本真，首先應該避免從理論模型出發規整社會想像的運思路徑——不論這一理論模型是中國的、西方的抑或是文化比較的——而是要從中國醫學生活的本來面目出發。

欲了解現在，必須懂得過去，故本文宣導一種研究中國醫患倫理關係的歷史主義進路。但中國傳統的醫史研究往往集中於少數傑出醫者或官方醫事制度，金仕起先生認為，這是因為古代醫者在儒家學者眼中，“是‘執技以事上’（《禮記·王制》）的‘方技’之人，身份不能上侔於一般士人”²。所以，傳統史籍和醫德文獻反映的只能是少數擁有話語權力者的聲音，其表達必然受到自身社會地位、對醫學生活的主觀體驗、文化和道德修養以及其主觀道德理想的制約。諸如“醫乃仁術”的言論首先應該是社會文化理想的要求，在醫家還不免有“夫子自況”的意味，絕非對傳統醫學生活的客觀描述。更何況，中國古典立言修史傳統向來與上層意識形態有密不可分的聯繫，經、史、子、集均有“社會教化”之責任，兼之宋代以後“醫儒合流”的思想努力，使儒學話語成為醫學表達的標準制式，非如此則不能實現其醫學的“正統”與合法性。事實上，鑒於中國古代醫學的實際發展水準，所謂“正統”醫生和“正統”醫學制度之影響決不可過於高估，中國普通百姓的醫療與健康更與不彰於史的草澤醫、走方郎中、巫師神漢、三姑六婆，以及尚處於初級形態且良莠不分的民間健康習俗相關聯。然野者不名於史，在各種傳統醫經、醫史、醫論、醫話、醫案中，難以聽到這些遊走於鄉野之間但實際承擔大多數中國底層民眾衛生保健重任的“醫療從業者”的聲音，或者只能通過名醫矜持的批評或褒揚略知一二。

本文認為，如果想要了解中國古代醫患倫理關係的真相須從兩方面入手：對傳統醫德文獻的反向閱讀，即不妨將醫德要求和批評視為對社會問題的揭露，反向發掘事實；在醫案、醫話、史書、方志、筆記，乃至小說、話本、傳奇中仔細搜尋涉及到具體醫療活動的相關記述，了解真實情況。這個研究剛剛開始，還有大量歷史資料需要認真閱讀整理，目前主要還是借助於前人已經完成的工作展開思考，故撰寫此文，有任何不準確的地方文責一律自負。倉促成

(2) 金仕起：〈古代醫者的角色〉，李建民編：《生命與醫療》（北京：中國大百科全書出版社，2005年），頁2。

文，只為提出問題，希望能夠引起大家的興趣，使更多人進入這一領域。

二、醫者的社會組織

中國古代自周起歷代均設有系統的專門醫事管理機構，獲得其認證的（包括教育、考試和授予醫官的職銜等方式）可為官醫並授予官階。隋唐以後，歷代官方太醫院、太醫局醫官兼有醫學教師和職業官員的身份。但這些官方醫學力量很少會為中國普通百姓提供醫療服務，官方醫學教育和資格評價體系也未能延伸至民間。在元代以前，民間醫生的職業資格一般來自於地方社區的自發認同，元代雖設“醫學提舉司”對民間醫生進行國家考核，但這些制度尚沒有普遍推廣就已經終止³。明代府、州、縣雖置有醫學，但設官不給祿，徒具虛名⁴；至晚明，地方醫學不僅不具備醫療服務、醫政管理的功能，並且醫學教育考試的功能也幾乎喪失殆儘⁵。民間業醫的行醫資格主要通過受到地方主流意識形態或者社會上層的認可而獲得，其認證有三種主要方式：一是具有被傳統認可的清晰連貫的師承背景，包括受業於地方著名醫師或具有官醫資格者、出身醫學世家或從學於著名的醫家學派；二是獲得具有較高社會地位者如皇家、著名官員、學者或地方士紳的肯定、褒獎和推薦，便可合法行醫；三是因為從醫者具有某種被認可的社會身份從而間接論證了其行醫資格的合法性，如具有儒生或者士大夫的身份而投身醫業，則很容易被認為正統醫生。

中國傳統醫學的師承授受往往是一個“密傳禁方”的過程：扁鵲受醫於長桑君時，長桑君對其叮囑說：“我有禁方，年老，欲傳與公，公毋泄。”（《史記·扁鵲倉公列傳》）淳於意受師被授予“禁方”時，

(3) 陳邦賢：《中國醫學史》（北京：商務印書館，1957年），頁208-213。

(4) 孔健民：《中國醫學史綱》（北京：人民衛生出版社，1988年），頁208。

(5) 梁其姿：〈前近代中國的女性醫療從業者〉，李貞德、梁其姿編：《婦女與社會》（北京：中國大百科全書出版社，2005年），頁370-371。

亦須承諾“死不敢妄傳人”（同上）。這裏對醫籍的稱呼——“禁方”以及在授受時對私密性的強調，都體現出傳統中醫在學術傳承和教育過程中的“秘傳”性質。“秘傳”在觀念上是強調所傳授的知識具有某種神秘力量，不能洩露給不符合資格之人，也不能公開傳授，故而需要某種神聖儀式和程式以保證“秘密”不至於外泄。這種傳承模式使傳統中醫無法建立一種跨越地域和身份的專業共同體——這種共同體在面對外部時同樣要保守秘密，但在共同體內部他們使用著共同的知識、技能、話語體系和行為規範——而只能形成諸多小型的寄生在社會網路中、相對獨立的專家集團，其根本用意是在保持對特殊知識和技能的集團壟斷。

這些小集團的組織原則與中國傳統倫理具有高度的一致性：在組織結構上，古代中醫家族授受或師徒授受的模式，將醫學從業者群體建構為一個個相互分離的小型家族。在關係原則上服從“差序格局”⁶的原理，世醫在組織結構上完全等同於家族倫理共同體，知識和技能以親緣關係為脈絡循序教授；超出親緣範圍的師徒關係也無法避開親緣法則的輻射，首先根據傳統鄉土社會關係網路的親近程度進行篩選，然後通過拜師等一系列儀式在師徒之間構成一種“模擬的家庭關係”⁷。《南宋時期浙江醫藥的發展》一書中記載了七個著名的醫派⁸；《昆山歷代醫家錄》記載了二十個著名的醫學世家，其中流傳至今的尚有十家⁹，這些專家集團或家族、或師徒代代相傳，醫學技能的傳遞在親緣體系內部綿延不絕，但彼此之間少有交叉匯通；中國傳統醫家中另有道醫、佛醫體系，也有其獨特的內部知識傳授和資格認證體系，往往借助宗教機構如佛寺、道觀或宗派、師徒關係形成獨立的傳承體系，很少向社會公眾開放。

(6) 費孝通：《鄉土中國》（北京：北京出版社，2005年），頁34。

(7) 楊念群：《再造“病人”——中西醫衝突下的空間政治(1832-1985)》（北京：中國人民大學出版社，2006年），頁244-246。

(8) 朱德明：《南宋時期浙江醫藥的發展》（北京：中醫古籍出版社，2005年），頁62-84。

(9) 馬一平：《昆山歷代醫家錄》（北京：中醫古籍出版社，1997年），頁13-77、277-320。

在這種情況下，中國古代醫學從業者沒有形成一個相對獨立的、類似於現代醫院和醫學會的專業活動空間和專家共同體組織，不同流派和傳承的醫生之間往往視彼此為競爭對手，經常相互嘲諷譏刺¹⁰。仔細考察孫思邈《大醫精誠》、龔延賢《醫家十要》、袁菊泉《行醫十知》會發現中國傳統醫德文獻基本上沒有涉及同道相處的規範和組織問題，沒有超越世俗禮法秩序的獨立的醫患倫理關係的論述——希波克拉底誓言 (Hippocratic Oath) 中關於醫生“保密義務”的規定說明古希臘人認為醫患之間的義務具有超越一般世俗生活秩序的強度，但我國醫德經典中關於尊重病家隱私的說法都是在社會倫理禁忌的範疇內予以鋪成，其中絕無一種純粹而又獨立的“醫—患”義務觀念。事實上據雷祥麟先生的考證，直到 1933 年上海國醫公會制定的十八條《國醫公約》中，中醫界才產生了專門論及同道相處之倫理規範，並就專家共同體的組織加以規定和強調。¹¹ 中國傳統醫學生活中的這種家族化職業群體的緊密性與職業整體的鬆散性之間的矛盾，決定了其醫學倫理的特殊結構，我將其描述為“啞鈴”形結構：在其上端的醫師道德與社會普遍道德理想保持著高度的統一性，都可以表述為“天下為公”；在其下端的醫師道德與家族倫理體制保持著高度的統一性，每一個職業家族都是一個封閉的倫理實體；而作為社會中層結構的職業共同體的倫理則十分薄弱和鬆散，不足以組織和維繫一種獨立於家國天下的道德共同體。

三、醫療活動對社會倫理秩序的依附

雖然中國傳統醫學作為一種專業技術活動也具有必然的專業獨立性，但中國古代醫學從業者必須依附於傳統的社會生活秩序之

(10) 古書中多有醫生相互詆毀的故事，如《清稗類鈔》記載，清代名醫葉天士與薛雪是同一時代的溫病大家，二人在觀點上有所不同，便相互排斥，頻有學術爭執。葉天士便將自己的書齋命名為“掃雪”，薛雪則把自己的書房題作“掃葉”。徐珂編：《清稗類鈔·第九冊》（北京：中華書局，1985年），頁4139。

(11) 雷祥麟：〈負責任的醫生與有信仰的病人〉，李建民編：《生命與醫療》（北京：中國大百科全書出版社，2005年），頁482-483。

上，根據自己所屬的社會階層而界定自己的活動範圍，並根據各種不同的醫學生活場景不斷改變自己的行為模式。伴隨著醫病雙方的經濟條件、身份地位以及疾病嚴重程度等情況變化，醫生會在專業技術和社會倫理生活兩個場域間來回遊走，不斷根據具體的倫理場景調整自己的道德行為策略。

首先，醫生根據不同的社會等級來確定自己的職責物件。雖然在古典醫德文獻中都強調一種純粹的醫學責任和純粹的醫患關係，如《大醫精誠》云：“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。”但是在現實生活中，不同社會階層的醫生具有不同的職業服務物件，雖然這一界限在社會制度體系中並未作出嚴格的規定，但在總體上並不容易逾越，其中最核心的因素還在於優質醫療資源的有限性。在《周禮·天官》：“醫師：掌醫之政令，聚毒藥以共醫事。凡邦之有疾病者、疢瘍者造焉，則使醫分而治之”。何兆雄認為“分而治之”說的是醫師與疾醫各有分工，王侯官吏由醫師治療，庶民只能由疾醫治療。¹² 後世的官醫培養和民間優秀醫生選拔的制度，在客觀上都促使優質醫療資源流向社會上層；接受過官方教育或經過官方考核的“官醫”受到官方的奉養和管制，是國家王政的一個內在組成部分，主要負責的是皇家以及各級官員的醫療衛生事務，很少會對普通民眾提供醫療保健服務；“醫而優則仕”的制度安排，更使到那些優秀的醫生逐漸遠離底層百姓的生活。

中國禮法制度以“定分”為原則，貴賤、官民、上下、長幼、男女、親疏之別，也是中國古代醫患關係的基本模式，在大多數情況下，醫生首先是以其在禮法秩序中的身份出現在病家面前。根據醫生的社會地位不同，傳統民間醫療網絡“以‘坐堂’、‘醫寓’的固態空間搭建起鄉村醫療網絡的基本框架，同時，以‘草醫’、‘攤醫’和遊方郎中的個體遊走的動態形式，填補坐堂診病的靜態空間所遺留

(12) 何兆雄：《中國醫德史》（上海：上海醫科大學出版社，1988年），頁29。

出的縫隙。”¹³但坐堂和遊方的區別並不是專業技術水準上的差別，正統醫生也不一定能夠與非正統醫生競爭，其正統性和優越性依賴於其職業身份經過了社會禮法秩序的認證，所以，“醫寓”的空間分佈模式反映的並不是社會生活對醫學空間需求的空間效用，而是禮法秩序對社會生活的倫理效用。醫療服務機構的空間安排中體現著社會禮法身份的空間構型，醫生道德責任和義務的流動方向具有固定的模式，這些都和不斷隨情而變的醫學生活要求之間存在著矛盾。

因此，“普同一等，皆如至親”可以看做“天下大同”之道德調整現實不公的理想方案，但即使在這種道德方案中，將求醫者先分為“貴賤貧富、長幼妍媸、怨親善友、華夷愚智”然後超越之的論說模式，也隱含著一種至上而下的道德優越感，只不過這種差別是以道德上的高下取代了社會地位的高下而已。

在正統的醫學生活中，“坐堂”醫生在家中應診，病人必須上門求診，而醫生只為病人看病並開具處方，病家需要自己去藥店購買藥物；某些藥店也會僱用醫生免費為病人看診，然後從藥品銷售利潤中給醫生分成；走方醫生則肩挎藥袋在鄉間遊走，有時也會在集市臨時設攤，進行診治同時兼出售藥物。但求醫診治活動一經展開，傳統中國醫生與病人的生活場域就會交織在一起，醫療活動空間亦會隨著情勢變化而不斷收緊或延伸。

一般民眾，因其貧苦無告，偶有走方醫生願意登門看病已是萬幸，大多數情況下只能服從於醫生的空間安排，赴醫寓、藥堂或者鄉間集市的醫攤求診，在這種情況下醫生因為具有社會地位和技術壟斷的雙重優勢，故可以按照醫學專業原則支配醫療活動的展開。只要負擔得起出診金，病家通常會選擇延請醫生到自己的家庭中進行診治，坐堂醫和走方醫都不會拒絕這種邀請，因為這種模式更符合中國的傳統觀念而且能夠增加自己的收入。而醫療活動一旦進入家庭，則必須按照合法程式在病人家庭權威規劃好的開放空間中依次展開。但醫生並不能自由地進入病人的家庭空間，而必須遵守有

(13) 同注7，頁249。

關的倫理禁忌，通常男性醫生不被允許進入內闈為女眷看病，至少要由家庭中的成年男性長者在旁予以監護並與病人保持一種空間上的隔離性——在《紅樓夢》第五十一回描述了這樣一個典型的場景：一位胡姓醫師被邀入內闈為丫鬟晴雯診病，他被要求不能隨意走動，並且需要隔著一道帳幔為晴雯診脈，診脈結束後他只能面對家屬解說病情並開出處方。那些因為禮法禁忌拒絕男性醫生介入的領域，如進入內闈為女性看病，負責接生和處理一些產科問題，或者是看管女性囚犯、輔助法醫官進行一些與女性器官有關的檢驗工作，則由俗稱的“三姑六婆”¹⁴等負責填補。她們活躍在諸多相互關聯但又絕不混同的生活領域中，填補了正統的專業區分下所形成的生活空間的裂隙，將民眾在日常生活中的感受聯繫為一個整體。

在具體醫療活動過程中，醫學的專業要求和家庭倫理秩序的矛盾貫穿始終。《醒世恒言》第十四卷有這樣一段描述：有一位周家小姐頭疼、咳嗽，母親本欲請醫人來看女兒，但因無男子在家，不敢去請。就有人介紹隔鄰王婆，“他喚作王百會，與人收生，作針線，作媒人，又會與人看脈，知人病輕重。鄰里家有些些事都洩他。”這段故事清楚說明家庭倫理秩序與醫療秩序博弈過程：當病人病情較重不宜出門或其身份不宜拋頭露面（在故事裏病人是一位女性內眷），並且病家有足夠的經濟能力和社會地位時（病人家庭有一定的經濟實力和社會地位），就會延請醫者上門出診。醫學要求（病情輕重程度是否適合外出求醫）必須與家庭倫理秩序整合在一起，才能夠決定醫療活動的展開方式，在這個故事中的病人顯然很需要醫療服務，但因為其家當時“無男子在家”而病人又不適於“拋頭露面”，於是醫療要求便服從了倫理秩序的要求，但由於正統秩序中女性醫生的缺乏，作為正統醫療補充者的“三姑六婆”就填補了這一空隙，使醫療活動得以完成。

(14) 語出元陶宗儀《輟耕錄》卷十三：“三姑者，尼姑、道姑、卦姑也；六婆者，牙婆、媒婆、師婆、虔婆、藥婆、穩婆也。”轉引自梁其姿：《前近代中國的女性醫療從業者》，李貞德、梁其姿編：《婦女與社會》（北京：中國大百科全書出版社，2005年），頁356。

四、醫療活動中醫病雙方的權力與責任之爭

醫生應請上門施診時，首先通過“望、聞、問、切”四診對病人作出診斷，然後向病家進行說明，醫生的每一個活動、每一句話語都受到病人家屬或朋友的連續監控和評判，診療方案由家庭成員自己作出最終決斷，然後醫生根據病家的具體情況和要求開具處方，抓藥、煎藥，服侍病人服藥以及一些基本護理的工作，皆由病人家屬在家中自己完成。¹⁵ 在這種活動模式下，病家對醫療活動具有高度的控制性：不論是坐堂還是出診。傳統中國醫生的專業指導一般止於處方，只有在病情出現變化需要醫生調整處方時，醫生才會重新出現，病人家屬對疾病、醫生及其診療方案的理解、評價、選擇與執行在某種程度上具有決定性的影響。因此，中國古代醫療活動的典型場域在本質上是一個以病人家庭為核心建構起來的倫理空間，而非根據醫學知識和技能建構起來的專業空間，正如雷祥麟先生所說：“在二十世紀以前的中國，……病人這方全家都會參與醫療過程，而且握有最終決定權，……如此一來，醫療過程便變成一個全家參與，又同多位醫生磋商協調的複雜過程。”¹⁶ 前引《紅樓夢》第五十一回中有關胡醫師為晴雯開出處方後，醫療活動並未開始，因為該處方遭到了寶玉的批評並被禁止使用；其後寶玉決定另請王太醫重新診脈開方，經過大致相同的程式後王太醫也給出了自己的治療方案；但這一處方仍須通過寶玉的評判，在藥方獲得其肯首之後，方由家人完成買藥、煎藥和其他對病人的治療與護理。

在醫療活動過程中，病家可以在兩個方面對醫療過程產生重大的影響，首為擇醫，次為治療。前者，病家在選擇醫生方面具有絕對的自主權，或在請來的諸多醫生中選擇符合自己心願的順從之，

(15) 19世紀以前，西方社會中的醫患關係與此十分類似。《劍橋醫學史》記載了一位於19世紀晚期，在堪薩斯邊界的一個小鎮上一位叫霍茨勒的醫生，如何在泥濘中掙扎了三個小時，為了到離鎮八英里的地方應診，然後在病人的房間進行了一次切開排膿手術的生動記錄。參羅伊·波特(Roy Porter)編，張大慶譯：《劍橋醫學史》(長春：吉林人民出版社，2000年)，頁198。

(16) 同注11，頁477。

或在治療過程中隨時更換醫生。後者，主要體現為病家可以自由選擇是否接受處方，或者自行修改醫方，在執行醫療方案時更可罔顧醫家法度。清代名醫徐大椿在《醫學源流論·病家論》提出的〈病家十誤〉，就反映了傳統醫學生活中病家對醫療活動進行干預的具體模式：

有不問醫之高下，即延以治病，其誤一也；有以耳為目，聞人譽某醫，即信為真，不考其實，其誤二也；有平日相熟之人，務取其便，又慮別延他人，覺情面有虧，而其人又叨任不辭，希圖酬謝，古人所謂以性命當人情，其誤三也；有遠方邪人，假稱名醫，高談闊論，欺騙愚人，遂不復詳察，信其欺妄，其誤四也；有因至親密友或勢位之人，薦引一人，情分難卻，勉強延請，其誤五也；更有病家戚友，偶閱醫書，自以為醫書頗通，每見立方，必妄生議論，私改藥味，善則歸己，過則歸人，或各薦一醫，互相譏謗，遂成黨援，甚者各立門戶，如不從己，反幸災樂禍，以期必勝，不顧病者之死生，其誤七也；又或病勢方轉，未收全功，病者正疑見效太遲，忽而讒言蜂起，中道變更，又換他醫，遂至危篤，反咎前人，其誤八也；又有病變不常，朝當桂附，暮當芩連；又有純虛之體，其症反宜用硝、黃；大實之人，其症反宜用參、術。病家不知，以為怪僻，不從其說，反信庸醫，其誤九也；又有吝惜錢財，惟賤是取，況名醫皆自作主張，不肯從我，反不若某某等和易近人，柔順受商，酬謝可略。扁鵲云：輕身重財不治。其誤十也。此猶其大端耳。其中更有用參、附則喜，用攻劑則懼；服參、附而死，則委之命，服攻伐而死，則咎在醫，使醫者不敢對症用藥。更有製藥不如法，煎藥不合度，服藥非其

時，更或飲食起居，寒暖勞逸，喜怒語言，不時不節，難以枚舉。

能否自由地選擇、評價、更換醫生或者決定治療方案，首先取決於病家的經濟實力和社會地位，其次仰賴於病家是否具有評判醫生的知識水準。前引《紅樓夢》的故事中，寶玉因為同時具有知識和地位上的優勢，因而能夠直接否定醫生的診療方案，決定另請醫生診病。這個故事裏的王太醫，在第四十二回出現時“穿著六品服色”，但進了賈家“不敢走甬路，只走旁階”，見到賈母時“不敢抬頭”，開出方劑後更說“若老人家愛吃便按方煎一劑吃，若懶待吃，也就罷了”，完全沒有任何專業權威，完全放棄了對治療過程的控制權。遇到急診或疑難雜症時，有條件的病家還可以延請多位醫生一起替病人會診，通過醫家彼此間的評價來判斷醫生的水準¹⁷，病家有權決定是否採信或者採信哪位醫者的處方。相反，如果醫家俱有較高的地位，或者病家貧病無告、病情危重者時，便擁有較多的尊嚴和權威，診療手段和處方即使不妥，又豈容病家商討分辨。如《醒世恒言》第三十八卷述李清在青州行醫時正值時疫，他從不到病人家裏切脈看病，只憑病症，便順手撮上一帖藥，也不論這藥料貴賤，也不論見效不見效；討藥的人儘管半信半不信，但因此時家中患兒病勢危急，只得屈從，贖一帖藥回去吃著看看。基本治療活動既然由病家自己完成，所以是醫生所不能控制的領域，在其中出現的問題“難以枚舉”——診療方案必須得到家庭意識認同才有效，很容易遭到替換，打斷診療的連貫性，也無法控制治療過程的技術標準——醫家只有苦口婆心、反覆勸導而已。徐大椿同樣指出了在這個環節存在三類問題：第一，病家對醫理半懂不通，有可能擅自改變處方；第二，病家往往喜用溫補之劑而畏懼攻伐之藥，使醫生不能正常處方；第

(17) 《新刻繡像批評金瓶梅(崇禎本)》第六十一回，也描述了一個典型的場景：當有人推薦的“胡太醫”上門出診時，西門慶家中正好另有一位醫師何老人，西門慶便對何老人說：“也是夥計舉來一醫者，你老人家只推不知，待他看了脈息，你老人家和他講一講，好下藥。”

三是在治療環節，不按醫家法度製藥、煎藥、服藥，不遵醫囑起居無度，這些都會導致醫療的失敗。

中國傳統的醫生既無近代西醫所擁有的那種對醫療過程的控制力和權威性，所以也絕對不願意承擔過多的責任，一直試圖在醫病之間畫出一條清晰的責任界限。早在扁鵲的“六不治”¹⁸之論中，就在試圖對醫生權責進行界定。所謂“六不治”，包括兩大方面，一是病人當下的狀況在醫學上是否存在救治的客觀可能，二是病家在行為上是否遵從醫生。六不治一方面可以作為技術責任標準，但在醫患關係中也具有釐清道德責任界限的用意。淳於意也有言曰：醫道受制於疾病本身的狀況，所以醫生只對那些可以救治病人施治，所謂“敗逆者不可治，其順者乃治之。”（《史記·扁鵲倉公列傳》）徐大椿《醫學源流論·醫者誤人無罪論》則曰：“半由於天命，半由於病家，醫者不過依違順命以成其死，並非造謀之人。故殺人之罪，醫者不受也。”許氏甚至把天命強調到了有些荒謬的地步，認為人的“生死有定數”，醫家誤診殺人乃是因為病家天命當死，故上天借醫家之手，替天行道——“則醫之殺人，乃隱然奉天之令，以行其罰，不但無罪，且有微功，故無報也。”古代病家大致上也清楚並在一定程度上能夠接受這些說法和行為，把醫療的成敗歸因於神秘莫測的運勢，民間所謂“福醫”、“時醫”的說法就是明證。《古今醫統大全·翼醫通考下》有載，“俗云：明醫不如時醫，蓋謂時醫雖不讀書明理，以其有時運造化，亦能僥效。常自云：趁我十年時，有病早來醫。”這是因為，中國古代醫療水準一直較低，一般疾病的治癒率只有一半，醫家對自己亦並無充分的自信。于庚哲指出這治癒率一方

(18) “人之所病，病疾多；而醫之所病，病道少。故病有六不治：驕恣不論於理，一不治也；輕身重財，二不治也；衣食不能適，三不治也；陰陽並，藏氣不定，四不治也；形羸不能服藥，五不治也；信巫不信醫，六不治也。”（《史記·扁鵲倉公列傳》）

面使人們不能完全離開醫人，一方面又促使人們產生強烈的撞大運心理¹⁹。

醫家還有很多推託責任的具體辦法，在清代小說《醫界鏡》中有生動的描寫：有醫家見到重病、難症、死症便會回絕病家拒絕出診；或是故意延誤出診，使病家將死因歸罪於前一位開方醫生；甚至有醫生謊稱自己有病以逃避出診；又有人在面對死症時斷絕病家的希望，說什麼“即使仲景先生復生，請他來醫也不得了”等等。另外，還有醫生故意誇大病情，一旦不治則可推諉天命，甚或自詡識見以邀功；或曲從病家之意，將決定權完全交給病家；或專門選用平淡和平之藥以避風險；在會診時，醫術平常者輕描淡寫，敷衍了事，識見高明的惟恐遭人忌恨，瞻前顧後。凡此種種，絕非僅是民間庸醫的法門，《三國志·華佗傳》記華佗數事，多有料病家不治而不施救者，病家亦遂死的記錄，可見即使是天下名醫仍不能免也。徐大椿《醫學源流論·名醫不可為論》亦說：“若此病斷然必死，則明示以不治之故，定之死期，飄然而去，猶可免責。”名醫尚且如此，一般的醫生更是將這些視為行醫卸責的法寶。出現這麼多推脫責任的法門，恰恰說明前述醫生的自我辯解並沒有成為被民眾普遍認同的公共規則。

因為存在這麼多無法控制的環節，醫生自己也會鼓勵病人選擇醫生甚至為其提供“試醫”的方法，如徐大椿談過病家之誤後就立即為病家提供了四個選擇醫生的標準，其中既有不得不屈從於現實的無奈，應當也包含著醫生希望病家在經過“試醫”之後能夠堅定信仰、遵從醫生、依方治療的願望，即希望病家能夠“謹擇名醫而信任之”。（《醫學源流論·病家論》）但是，在這樣一種沒有穩定的行業共同體及其規範制度體系支撐下，醫學時時受到病家和社會禮法侵

(19) 這一推論有古代醫家的記錄為證，如孫思邈：《備急千金要方》卷一載：“古之醫者，自解採取，陰乾曝乾皆悉如法，用藥必依土地，所以治十得九，今之醫者，但知診脈處方，不委採藥時節，至於出處土地、新陳虛實皆不悉，所以治十不得五六者，實由於此。”于廣哲解古代名醫言論和其他史料大致推算認為，當時中等醫生的水準應該在“治十得五六”以弱。于廣哲：〈從古人求醫心態看古代民間醫人水準〉，《學術研究》，2005年，第9期，頁93-100。

犯，僅僅依賴醫家道德自我修養加以護持的中國傳統醫學倫理世界中，醫家與病家都必須不斷相互角力抵牾著去共同完成這特殊的“雙人舞”²⁰，並往往會採取一種特殊方式——脈案來博取病家的信任。脈案是將病人狀態、診察心得、對疾病的判斷等都寫在藥方之前，然後才制訂治法。這本來是中國傳統醫療活動的必要環節，但在現實中卻採取了一種違背醫學基本原理的操作模式，省略了四診中極其重要的問診環節。《紅樓夢》第十回寫外地名醫張友士為秦可卿診治疾病，賈府中人稱讚他“不是那等混飯吃久慣行醫的人”。而他初見賈蓉時卻拒絕先聽取病情介紹，道：“依小弟意下，竟先看脈，再請教病源為是。我初造尊府，本也不知道甚麼，但我們馮大爺務必叫小弟過來看看，小弟所以不得不來。如今看了脈息，看小弟說得是不是，再將這些日子的病勢講一講，大家斟酌一個方兒。可用不可用，那時大爺再定奪就是了。”這就是脈案的運作模式，其要點在於，如果醫生能夠在沒有聽取病情的情況下，僅通過診脈就準確地解說病症，就可以證明其真有才學並因此贏得病家的信服，這是一種以犧牲醫療活動的專業性來換取病家信任的舉動：醫生通過脈案贏得病家的信仰，釐清個人責任；而粗通醫理的病家藉著脈案的水準來初步判斷醫家的能力，選出那個“自信”能做主（即願意負責任）的醫生；除此之外，一旦病情惡化形成醫事糾紛時，脈案又常構成最具決定性的證據。²¹

五、古代醫家的道德理想與倫理現實

中國古代經典的醫德文獻，其立論基礎是醫道統一於聖王之道。《國語·晉語八》有言：“上醫醫國，其次疾人”，這裏的“上醫、下醫”並不是同一種“醫生”，前者是掌握一般性的“天道”之人，這樣的人在治國是良相，在醫人則是良醫；後者才是在一種職業身份

(20) 同注 11，頁 473-476。

(21) 同上，頁 472。

意義上談到的醫生，但其所持有的只是從“道”中延伸出來的“方技之術”，只能在醫療的領域發揮作用，故曰其“下”。

中國古代醫家多喜強調醫道與王道在其根柢上的同一性以論證醫學本身的神聖性，故曰醫道“乃古聖人所以泄天地之秘”，行醫為“奪造化之權，以救人之死”（《醫學源流論·醫非人人可學論》）的極高明的道德活動。如此高明之“道”，必然是“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，其智能宣暢曲解。”（《物理論》）²² 孫思邈在《備急千金要方·序》中，更為醫者樹立了一個極高的道德標籤：

凡大醫治病，必當安神定志，無欲無求，先發大慈惻隱之心，誓願普救含靈之苦。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。亦不得瞻前顧後。自慮吉凶，護惜身命。見彼苦惱，若已有之，深心悽愴。勿避險峨，晝夜寒暑，饑渴疲勞，一心赴救，無作工夫形迹之心。如此可為蒼生大醫。

但在現實的社會制度體系中，自《禮記·王制》始，醫生始終被歸類於百工之屬：“凡執技以事上者，祝史、射御、醫卜及百工。凡執技以事上者：不貳事，不移官，出鄉不與士齒。”其社會地位不僅低於貴族官吏，也低於一般的“士”階層。作為方技之士的醫生的自我認識，可以《醫學源流論·自敘》為代表：“醫，小道也，精義也，重任也，賤工也……道小，則有志之士有所不屑為；義精，則無識之徒有所不能窺也；……任重，則托之者必得偉人；工賤，則業之者必無奇士。所以勢出於相違，而道因之易墜也。”這段話中充滿了

(22) 王治民編：《歷代醫德論述選譯》（天津：天津大學出版社，1990年），頁85。

矛盾的情感，一方面張揚醫道之義精任重，另一方面又無奈醫道之小、醫工之賤，竭力說明這種矛盾的局面對醫道發展的危害。

如此“小道”、“賤工”如何實現極其高明的“醫道”，實在是一個難題，在古代醫德文獻中，是通過將“醫術”轉化為實現某種普遍的、符合“王道”要求的道德責任之工具而加以論證的。王勃和張子和均有言說“為人子不可不知醫”，為世所傳，這是在醫術有助於孝道的原理上論證醫學的價值——如父母有病，能日夜服侍、親奉湯藥固是應有之義，但如果自己能夠略通醫藥，以防庸醫誤人，更是子孫輩盡孝之道。東漢張仲景在《傷寒論·自序》說醫術“上以療君親之疾，下以救貧賤之厄，中以保身長世全，以養其身”²³，說的雖然是作為“醫術”具體功效的“療疾、救厄、保身”，但其在此借助其目標體系“君親、貧賤、身家”予以鋪成，其道德進階模式類似於儒士“修、齊、治、平”之道，亦是在古典君子的自我養成和履行社會責任的意義上論證行醫本身的價值。

這樣一種間接、曲折的道德論證，使醫生的道德自我發生了嚴重的分裂，這一矛盾性集中體現“儒醫”概念之中。儒醫之說首見於宋代洪邁《夷堅甲志·謝與權醫》：“有蘄人謝與權，世為儒醫”。如果按照兼習醫儒的標準，淳於意、華佗、張仲景等均為醫儒皆通之輩，但直到宋代才有以“儒醫”自命的醫師或者儒士出現，此因兩宋皇家均雅好醫學，並積極促進儒士和官員介入醫學領域，方使“儒醫”得以出現。但傳統上醫術與儒學本屬兩道，《漢書·藝文志》將儒家歸於“助人君，順陰陽，明教化”的諸子之一，而將醫家歸於“方技”之流，“儒醫”的出現並不能改變“醫術”自身的低下，而只能借助於醫術以外的東西改變其倫理地位。其一是給醫家嫁接其他身份，如徐松《宋會要輯稿·崇儒》篇稱，儒醫本為“習儒術者”，因為“通黃素、明診療，而施於疾病，謂之儒醫”，這是通過儒士本身的社會身份來提高醫生的社會地位。方法之二是通過將醫家之內在道德訴求統一於儒家，將醫術轉變為仁術，從而改變行醫活動和醫家的倫理

(23) 同上，頁 57。

地位。醫—儒關係的典型論證可見於《景嶽全書·醫非小道記》：“醫藥者，性命之贊育也”，“有性命然後三教立，有性命然後五倫生”，故“醫豈小道云哉？”這是在儒家道德責任體系中來論說醫道之重要性，醫術在此僅僅是用來為儒學目的服務的“退而求其次”的工具。

儒者從醫之計，本有君子道，有謀生道，但此謀生之道常常被解釋為“高揚氣節，降志於醫”或“不居朝廷，必隱於醫卜”²⁴，從而爭取到了與高古之士隱逸山林市井的活動相似的道德地位，北宋儒臣范仲淹有不為良相願為良醫之論，常被用來證明這一道理。然此“良相”、“良醫”實有進退、大小、高下之分，唐代之後，唯有經營仕途方是正道，經由專門技術活動而獲得報酬為知識份子所不齒。元代戴良說：“醫以活人為務，與吾儒道最切近。自《唐書》列之技藝，而吾儒不屑為之。”²⁵事實上，很多儒醫都非自願從醫，除非因科舉仕途之路受挫不能為良相，退而求其次投身醫學，一來可以全身保命，為稻糧謀，二來還可以期望通過醫術而間接進入上層政治階層。²⁶如明代最著名的醫藥學家李時珍本生於世醫之家，祖父為鈴醫，父李言聞也是當地名醫。但李父一心希望其能夠走科舉道路。李時珍 14 歲中秀才，後參加三次鄉試俱不中，加上“幼多羸疾”，遂放棄功名，23 歲後方專心學醫。劉理想根據《中國醫學通史》及《中國醫學源流概要》兩書中的明清醫家傳記比較，總結兩書共記載明清醫家七十九位，有五十三位醫家因早先出仕受挫改習醫學或居官兼醫，另有四位是因自己年輕時多病或為父母療疾而多少有點不得已習醫的，有六位從醫途徑不詳，除此之外一開始就自願習醫的只有寥寥十餘位。²⁷

(24) 張瑞賢：〈古代儒士習醫動機分析〉，《江西中醫學院學報》，2003 年，第 1 期，頁 21-24。

(25) 徐春圃著，余瀛鼈編：《古今醫統大全精華本》（北京：科學出版社，1997 年），頁 53。

(26) 薛公忱編：《醫中儒道佛》（北京：中醫古籍出版社，1999 年），頁 37。

(27) 劉理想：《我國古代醫生社會地位變化及對醫學發展的影響》（福州：福建中醫學院 2004 屆碩士學位論文，2004 年），頁 24。

“儒醫”雖然在理論上通過將醫道和儒道的道統同一化而解決了醫家道德自我認知和倫理經驗的衝突，但又加劇了醫學中的“道”與“術”的割裂，使其再也不能回歸到原始醫家的自然純樸狀態。《素問·上古天真論》有言：“其知道者，法於陰陽，和於術數，……故能形與神俱，而盡終其天年”，這裏說的是百家未分之前，道與術、人與自然均渾然一體的自然形態。儒家“定分”，是要在已經分化了的社會中重建穩定的秩序，君臣父子各安其位雖然保證了整體的和諧統一，卻不得不承受內部高、低、貴、賤、智、愚的分化之痛。所以，儒醫在實際中雖然能夠提高一部分兼修儒術之醫者的社會倫理地位，但卻進一步貶低了作為一種專門技藝的醫學自身的價值地位。正如謝利恒先生所說，醫學將儒家之道統學說強行植入，奢談醫統，崇聖尊經，其結果是我國古代“專門授受之醫學”至宋而亡。²⁸在社會生活的層面，具有能力和條件習儒學、師儒業並晉身為儒醫者，在古代醫療從業者中僅僅是少數，但其卻自視為正統，使正統醫生與民眾之距離愈發遙遠，也使醫生之階層再度發生分裂。大量的走方醫、女醫等醫療從業者即使在醫生群體內部也難以獲得身份認同，始終面臨著艱難的生存境遇，易遭受種種社會歧視和猜疑，這就使他們很難理解和認同正統醫德的要求。在明清通俗小說中常見對“三姑六婆”進行貶低性的描述²⁹，趙學敏描述時人對走方醫的看法亦相當負面：“人每賤薄之，謂其游食江湖，貨藥吮舐，跡類丐；挾技劫病，貪利恣睢，心又類盜；剽竊醫緒，倡為詭異；敗草毒劑，悉曰仙遺；剝滌魔迷，詫為神授。輕淺之症，或可貪天；沉痾之疾，烏能起廢？”（《串雅內編·原序》）這些大量出現的負面描述，固然可以看做是拘於儒家禮法正統的社會偏見，但這種充滿了偏見的極其不利的社會倫理生存境遇，自當會改變這些醫者對正統醫德規範的態度及其道德行為選擇模式。

(28) 謝觀：《中國醫學源流論·唐宋學說之異》（福州：福建科技出版社，2003年），頁36；薛公忱編：《醫中儒道佛》（北京：中醫古籍出版社，1999年），頁30-31。

(29) 梁其姿：〈前近代中國的女性醫療從業者〉，李貞德、梁其姿編：《婦女與社會》（北京：中國大百科全書出版社，2005年），頁357。

古典醫德文獻往往只強調醫者個人的道德修養，但具有堅定道德信仰並能夠不計酬報只講奉獻的醫生畢竟是少數，想要維護行醫活動中必須的基本道德，一種完善的社會倫理支持機制是不可或缺的。中國傳統社會是一種熟人社會，大多數情況下醫生和病家都因著在本鄉本土之上，相互之間的社會聯繫在通常情況下也是極為緊密的，一個傳統的中國鄉村社會中，幾乎無法隱藏任何秘密。醫生的醫術、醫德和過往所有的事實記錄幾乎都能夠通過鄉民口傳耳遞而獲知——如蔣竹山的文章介紹，同等階層的親友或者醫生朋友的推薦是明末士人社會中獲得醫療訊息的最主要途徑³⁰。在血緣和地緣聯繫都十分緊密的鄉村，存在著一種日常性的信用，正如費孝通所說：“鄉土社會的信用並不是對契約的重視，而是發生於對一種行為的規矩熟悉到不假思索時的可靠性”³¹。這種緊密的共同體生活對私人道德選擇具有極強的約束力，也為符合這種共同體要求的道德素質提供了生長的土壤，但當場景轉移到城市或陌生人之間時（在現代社會更是如此），基於本鄉經驗的地緣信用便不再有效。中國古代社會一直缺乏一種超越“家—國”體制的普遍的社會中層信用和組織體系，當國家王政不能為民間醫療活動提供有效管理和保障，而鄉土信用和家族倫理又鞭長莫及時，病家和醫家都必須通過具體的倫理交往活動來重構彼此間的責任關係，這就導致隨著中國傳統社會的解體脈案出現的愈來愈多。前引《紅樓夢》的故事創作於清朝初年，第十回中的“脈案”運作就不十分嚴格，這是由於張醫師是由賈府親朋所介紹，故病家已經借由親緣關係網絡完成了對醫生的評價，所以並沒有提出看脈案的要求；但該醫生其時乃孤身進入一個極端不平等且無倫理關係保障的陌生空間，故為求自保而主動要求給出“脈案”以預留伏筆。但清末以後，中國社會流動性增加，傳統的社會道德評價和倫理制約機制已經式微，地緣和親緣關係紐帶在近代

(30) 蔣竹山：〈疾病與醫療——從《祁忠敏公日記》看晚明士人的病醫關係〉，《“疾病的歷史”研討會論文集》。轉引自：

<http://www.ihp.sinica.edu.tw/~medicine/conference/disease/chusan.PDF>

(31) 費孝通：《鄉土中國》（北京：北京出版社，2005年），頁8。

興起的城市中已經喪失了原有功能。清末民初“脈案”的大量出現，則更加能夠反映出在傳統倫理網路崩壞的情境中傳統道德的無力，這時候的醫家往往會在脈案中預留伏筆，如對誇大病情、虛張聲勢，用語模稜兩可，或者在案尾明言請病家做主，以作為他日卸責的工具。直到民國，當西方醫學體制已經廣泛進入中國，新的醫患關係模型已經初見端倪時，中醫師仍然飽受脈案的困擾，需反覆向病家告誡此為“最大誤事”之途。

樊浩指出，中國古代倫理精神的邏輯起點是“德得相通”³²，即個人自我完善、道德修養與道德行為的社會效果、個人的現實利益應該具有統一性。中國傳統道德生成與講究倫理回報的生活世界之中，在邏輯上“內聖”者必然“外王”——有“德”者“得人心”，“得人心”者“得天下”，但這僅僅是邏輯上的必然而非現實中的必然，如果外王始終不能實現，則“聖王之德”就會失去現實合理性轉變成“王霸之術”。傳統醫德的領域中也當如此，傳統社會中病家主要是通過原有社會關係網路的道德評價來選擇醫生，所以如果醫生具有較高的道德水準和社會聲譽，就會擁有較好的執業環境並獲得較高的報酬，這就會反過來促進醫生去養成並保持較高的道德修養，這才是中國傳統醫學的真實倫理生存形態。但如此一來，“內聖”就變成了實現“外王”的工具，論證邏輯陡然倒轉，道德的神聖性也隨之崩潰。為了解決這一理論邏輯與現實生活的矛盾並維護醫德的神聖性，古代文獻中借助神明護佑、因果報應來進行論證，如孫思邈《大醫精誠》言：“醫人不得恃己所長，專心經略財物，但作救苦之心，於冥運道中，自感多福者耳。”另外，張杲《醫通神明》論，繆希雍《祝醫五則》，潘楫《醫乃仁術》諸篇中³³，也都有醫家功德自有神明護佑、天道酬報之說。考其淵藪，當有中國古代因果報應思想的影響，但究其用意，恐怕主要還是為了解決古典醫德在現實倫理生活中的窘境而不得已為之的敘述策略。

(32) 樊浩：《中國倫理精神的歷史建構》（南京：江蘇人民出版社，1992年），頁422-426。

(33) 同注22，頁135、188、250。

按照“蒼生大醫”這一道德要求，醫生之道德境界首先恰恰是超越出自己的職業生存境況——要有大慈側隱之心，無慾無求，待病人則普同一等，不計利害得失，不避兇險勞頓。這樣的道德言說雖然具有超絕的神聖性，卻離普通民間醫者的生活太遠，須知衣食無憂、僅僅將行醫視為興趣愛好或道德修煉者永遠只能是少數，大多數民間醫療從業者首先是將其作為一種謀生法門，在這個層面上，“蒼生大醫”的道德訴求過於高絕，實是普通人無法消受的，這也就大大削弱了它對現實生活的指導力量，更無助於建立一種合理的職業行為範式。脫離現實的倫理生存境遇，奢言“蒼生大醫”的道德精義，既不考察產生這一言說的歷史語境，也不關注中國古代熟人社會中道德生活的倫理保障機制，這正違背了中國傳統倫理學追求人情義理相融通的境界、建構“德—得”相通的道德世界的最高目標。

六、代結：“杏林”故事——

中國傳統醫家的道德自我超越模式及其局限

晉代葛洪《神仙傳》中記載了一個“杏林”故事：

董奉者，字君異，侯官縣人也。……又君異居山間，為人治病，不取錢物，使人重病癒者，使栽杏五株，輕者一株，如此數年，計得十萬餘株，鬱然成林。而山中百蟲羣獸，遊戲杏下，竟不生草，有如耘治也，於是杏子大熟，君異於杏林下作簞倉，語時人曰：欲買杏者，不須來報，徑自取之。得將穀一器置倉中，即自往取一器杏云。每有一穀少而取杏多者，即有三四頭虎噬逐之，此人怖懼而走，杏即傾覆，虎乃還去，到家量杏，一如穀少。又有人空往偷杏，虎逐之到其家，乃嚙之至死，家人知是偷杏，遂送杏還，叩頭謝過，死者即活。自是

已後，買杏者皆於林中自平量之，不敢有欺者。君異以其所得糧穀賑救貧窮，供給行旅，歲消三千斛，尚餘甚多。……君異一旦竦身入雲中，婦及養女猶守其宅，賣杏取給，有欺之者，虎逐之如故。

董奉與當時的張仲景、華佗齊名號稱“建安三神醫”，關於他的諸多傳奇中，“杏林”故事流傳最為廣泛，後來還被多部醫學經籍收錄，留下了一個“杏林”的典故，成為中國古代醫家的代稱。

“杏林”典故所強調的是醫家為人治病不受錢財，恩澤廣被黎民百姓。但在其原始文獻《神仙傳》裏，葛洪在“杏林”之前還講述了好幾個董奉通神明、審陰陽、起生死的故事，他治病時雖然也使用藥物，但其行止更接近巫筮，使用的手段更多屬於“方術”一類。與之相比，當時與董奉齊名同為“建安三神醫”的華佗，醫療故事雖然也非常神奇，但主要是以“醫道、醫術”進行治療。這樣看起來，董奉的真實身份首先是一位“方士”，其醫術是其神仙術的特殊運作形態，這一特徵源自中國古代醫家與“巫筮”和“方士”的歷史關聯，也反映了中國古代將醫學與神仙學相混同的知識學傾向。但作為經典醫德敘述的“杏林”卻與董奉方士的身份構成了某種衝突，因為如果承認董奉是一個方士，那麼他在整個故事中所施行的神跡便易於解釋，但這樣一來，對他在杏林中的作為就可以產生另一種解讀方式：董奉之所以治病不受錢財，僅僅要求重病者栽杏五株，輕者一株，使之數年之間“鬱然成林”，又賣杏得穀以救貧乏等，就不一定是出於正統的醫德自覺意識，而有可能是因為受到修仙觀念的影響為自己積累福報。杏林中“百蟲羣獸，遊戲杏下”；群虎吼逐盜杏之人使之傾覆，至家量杏則一分不多；更有盜杏回家者被老虎咬死，待家人叩頭謝罪後方將其救活等等，都可以解釋為董奉自己暗中使用方術，刻意為之的效果。這樣一來，“杏林”典故的道德教化功能就被大大削弱，變成了一個狡黠的術士利用百姓的迷信思想謀求自身福報的故事。

在“道德”範疇解讀董奉的故事，其自身為人治病不受錢財——杏林的收穫最後也被用來救濟貧病無助之人——自然具有極大的道德模範價值，而讓人自覺以谷易杏，如有偷盜者自有神明驅群虎吼逐齧咬，根本就是在代天進行道德教化了。如果必須將這一文獻理解為有關於醫學道德的論述，按照道德論證的邏輯，董奉故事必須突出其不追求任何利益回報這一環節，他因為自己的道德行為而獲得的酬報——最終成為真的神仙，只能解釋為這些道德活動的結果而非目的。但這樣一來，就僅僅剩下了對醫生單方面的道德要求，而且這種合乎道、德之行醫活動，既不是世俗利益所能夠酬謝的，也不需要尋求世俗利益的酬謝，這不僅超越了一般職業倫理中盡職、公平、誠信等道德標準，甚至也超過了一般儒士所追求的“立功、立言、立德”的不朽境界，而純只在立德上下功夫。問題在於《神仙傳》的作者未必能夠認同這樣的論證邏輯，葛洪作為一個道家，其道德追求應該更傾向於淳樸自然、天人不分的原初狀態，而非儒家勇猛精進的道德反思與修煉的人為狀態，所以他寫作這個故事首先應該是志異，其次是說明天人感應、自然運化的道理，未見得有明確的道德教化用意。——故事裏的董奉並不拒絕接受其幫助者送來的禮物——在故事裏他接受了交州刺史杜燮的供奉、豫章縣令丁士彥蓋的新房，在治好縣令女兒的病後娶其為妻，而他任老虎咬死僅僅犯了偷盜小錯的鄉民和最後拋棄妻子的行為，更是顯得冷酷無情，很難在儒家正統道德中獲得辯護。所以在有關醫德的文獻中談及“杏林”故事時往往有所取捨，在清代完成的《古今圖書集成醫部全錄：醫術名流列傳》還全文收錄了《神仙傳》中的董奉事略，到了當代出版的書籍和文獻中，則只能說“杏林”典故而鮮有論及神仙故事。³⁴

(34) 如李經緯，鄧鐵濤等編：《中醫大辭典》（北京：人民衛生出版社，1996年），頁711；王治民編：《歷代醫德論述選譯》（天津：天津大學出版社，1990年），頁73。

本文的寫作受到雷祥麟先生的論文〈負責任的醫生與有信仰的病人〉和楊成群先生的著作《再造“病人”》極大的啟發，在此表示感謝！

最後董奉功德圓滿，竦身入雲、羽化升仙，飄然而去，他的妻女卻不得不繼續“賣杏取給”以維持生計。所幸上天智慧高絕，並不以世俗人奢談“純粹道德”為是，而是充滿溫情地守護著世俗生活的本真，讓老虎繼續守護著這對可憐的母女。幸甚！

參考文獻

- 于廣哲：〈從古人求醫心態看古代民間醫人水準〉，《學術研究》，2005年，第9期，頁93-100。
- 孔健民：《中國醫學史綱》，北京：人民衛生出版社，1988年。
- 王治民編：《歷代醫德論述選譯》，天津：天津大學出版社，1990年。
- 李經緯著，鄧鐵濤等編：《中醫大辭典》，北京：人民衛生出版社，1996年。
- 朱德明：《南宋時期浙江醫藥的發展》，北京：中醫古籍出版社，2005年。
- 何兆雄：《中國醫德史》，上海：上海醫科大學出版社，1988年。
- 金仕起：〈古代醫者的角色〉，李建民編：《生命與醫療》，北京：中國大百科全書出版社，2005年。
- 孫思邈：《備急千金要方》，北京：中國中醫藥出版社，1998年。
- 徐大椿：《徐靈胎醫學全書》，北京：中國中醫藥出版社，1999年。
- 徐松：《宋會要輯稿》，北京：中華書局，1957年。
- 徐春圃著，余瀛黿編：《古今醫統大全精華本》，北京：科學出版社，1997年。
- 馬一平：《昆山歷代醫家錄》，北京：中醫古籍出版社，1997年。
- 張介賓：《景嶽全書》，北京：人民衛生出版社，1997年。
- 張瑞賢：〈古代儒士習醫動機分析〉，《江西中醫學院學報》，2003年，第1期，頁21-24。
- 曹雪芹，高鶚：《紅樓夢》，長沙：嶽麓書社，1987年。
- 梁其姿：〈前近代中國的女性醫療從業者〉，李貞德、梁其姿編：《婦女與社會》，北京：中國大百科全書出版社，2005年。
- 陳邦賢：《中國醫學史》，北京：商務印書館，1957年。
- 陳夢雷：《古今圖書集成·醫部全錄·第十二冊·醫術名流列傳》，北京：人民衛生出版社，1983年。
- 麥金太爾(Alasdair MacIntyre)著，龔群等譯：《德性之後》，北京：中國社會科學出版社，1995年。
- 費孝通：《鄉土中國》，北京：北京出版社，2005年。
- 馮夢龍編：《醒世恒言》，上海：上海古籍出版社，1992年。
- 楊念群：《再造“病人”——中西醫衝突下的空間政治(1832-1985)》，北京：中國人民大學出版社，2006年。
- 雷祥麟：〈負責任的醫生與有信仰的病人〉，李建民編：《生命與醫療》，北京：中國大百科全書出版社，2005年。
- 趙學敏：《串雅內編》，北京：人民衛生出版社，1957年。
- 劉理想：《我國古代醫生社會地位變化及對醫學發展的影響》，福州：福建中醫學院2004屆碩士學位論文，2004年。
- 樊浩：《中國倫理精神的歷史建構》，南京：江蘇人民出版社，1992年。
- 蔣竹山：〈疾病與醫療——從《祁忠敏公日記》看晚明士人的病醫關係〉，《“疾病的歷史”研討會論文集》。轉引自：<http://www.ihp.sinica.edu.tw/~medicine/conference/disease/chusan.PDF>
- 儒林醫隱：《醫界鏡》，取自“漢典古籍”網：<http://gj.zdic.net/index.php?title=%E5%8C%BB%E7%95%8C%E9%95%9C>
- 薛公忱編：《醫中儒道佛》，北京：中醫古籍出版社，1999年。
- 謝觀：《中國醫學源流論·唐宋學說之異》，福州：福建科技出版社，2003年。

羅伊·波特 (Roy Porter) 編，張大慶譯：《劍橋醫學史》，長春：吉林人民出版社，2000 年。