

# 瘟疫中的道德敘事

程國斌

## 摘要

無論是過去還是現在，重大傳染性疾病（瘟疫）對社會和醫學都構成巨大的挑戰。當代研究已經揭示了醫師的職業倫理責任話語並不足以應對這一挑戰，因而需要美德的補充。本文通過對清代江南瘟疫中的醫學道德敘事的研究，指出美德倫理的確能發動社會醫療資源以應對瘟疫，但其本身依賴於特定的醫學認知、社會組織、倫理關係以及共用價值觀。在當代重建傳統醫學道德需要充分重視這一前提，注重於傳統倫理生活世界的重構，而非僅僅進行理論的建構。

**【關鍵字】** 江南瘟疫 醫學 道德敘事 美德倫理  
職業倫理

無論在何時何地，重大傳染性疾病（瘟疫）的爆發都會給醫學和社會構成巨大的挑戰，當一種新的或者極其嚴重的傳染病席捲而來，但缺乏有效的解釋、預防和治療方法時，醫務工作者心

---

程國斌，東南大學醫學人文系副教授，中國南京，郵編：211189。

本文是國家社科基金青年專案“明清江南地區醫療生活史研究”（13CZS063），以及 2016 年中央高校基本科研業務費專案“儒家醫學倫理學的社會歷史條件及其現代價值研究”（2242016s30038）成果。

《中外醫學哲學》XIV:1 (2016 年)：頁 11-33。

© Copyright 2016 by Global Scholarly Publications.

中會產生恐慌、無力與挫敗感。如果這種疾病有可能對醫生及其家人的健康和生命安全造成威脅，對生存的憂慮就有可能壓倒對利益、職責、聲譽和美德的追求。專業共同體在這種情況下，為了保護成員的基本利益和共同體延續下去的機會，也可能會調整對專業責任的常規要求。在專業群體無法表現出社會所預期的足夠的能力和美德時，公眾的態度往往是複雜糾結的，一方面因為巨大的威脅對其專業能力和道德兩個方面都提出更高的期望，以批評或者讚揚的方式來督促其更好地履行職責，另一方面又會因為任務的艱巨性對其不足給予更多的理解和同情，使其獲得一定程度的道德豁免。那些在一般情況下比較容易接受的專業倫理義務，在危機情境中會顯得格外艱難，除非醫生個人具有極其堅定的道德信念並具備偉大的犧牲精神，否則便很容易放棄。那麼，醫學倫理學應該如何面對這一挑戰？

我們可以考慮創建一種嚴格的專業倫理甚至是法律規範，迫使專業人員在特定境遇下履行特定的責任；或者，通過道德感召和喚起，鼓勵專業人員自願做出奉獻。從表面上看，第一種方案似乎應該能更有效地組織社會資源以保障對抗疫病所的需要，但在現實中很難去制定一種強迫醫務人員冒著生命風險去治療病人的倫理或法律規範，醫務人員也很難接受這樣一種專業職責。例如，為了解決醫生拒絕為愛滋病人提供治療的現象，美國醫學會 (American Medical Association, AMA) 在 1987 年提出了一個倫理規章，要求醫生為 HIV 感染者提供專業資質範圍內的醫療服務 (Huber & Wynia 2004, 5-11; AMA<sup>1</sup>)。但直到 2003 年，仍有研究指出大約有 45% 的美國醫生並不接受這種在自身健康受到威脅時還要為傳染病患者提供醫療照護的道德義務 (Alexander & Wynia

---

(1) 可參見 “AMA code of Medical Ethics”, URL: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion9131.page>.

2003, 189-197)。這不僅僅是因為專業自治共同體的提出的倫理規章缺乏足夠的法律強制力<sup>2</sup> (Schwartz 2007, 657-694)，更因為規範倫理學話語在道德說服力方面存在固有的缺陷。事實上，美國醫學倫理學界正在紛紛轉向美德倫理學，企圖用另一種方式來解決這一倫理危機 (Zuger & Miles 1987, 1924-1928；Tomlinson 2008, 458-462)。我們絕對相信美德的力量，這一點無論是在 2001 年中國抗擊 SARS 的戰鬥以及近年來抗擊伊波拉病毒的戰鬥中都已经有了完美的體現，大量的醫療英雄們為了對抗疾病而獻出了自己的生命，但一種依賴於醫務人員個人品德的方案是否能夠有效的組織社會資源，仍然是一個需要思考的問題。

不同於今天在這個問題上法律規範、倫理規範與美德話語相互競爭並相互補充的複雜局面，古代中國的醫學生活表現出來一種更加純粹的美德倫理面貌，對她的探討或許能更加清楚地反映出美德倫理的效力與限度。本文通過清代江南地區對抗瘟疫的醫學道德敘事為研究物件，探討職業道德與普遍美德如何應對危機，同時也不憚於展示中國傳統醫學倫理和美德倫理的局限性和依賴條件，借此為現代中國社會發掘與重建傳統醫學道德提供參考。

## 一、背景

明中期以後，江南地區社會經濟文化相對發達，人口稠密，水網密佈，交通也比較便利，而該地區地勢低平，氣候溫暖濕潤，所有這些因素都非常有利於傳染病的發生和傳播。據余新忠先生考查，該地區是清代全國瘟疫發生年次最多的地區之一 (余新忠, 2003, 4)。這些瘟疫所造成的人口損失和社會影響都極其巨大，如乾隆 21 年 (1756 年) 前後發生的江南大疫範圍較廣，死亡比

---

(2) 事實上，到了 2007 年，仍然幾乎沒有人提出解決醫生是否具有為患有高傳染性疾病的患者提供治療的強制性的法律義務這一問題的法律框架。

率達到了 5%，嘉道之際（1821 年前後）真性霍亂首次到達江南，瘟疫波及範圍和破壞均為歷次之首，疫情嚴重的地區死亡率達到 8%（余新忠，2003，319-321）。

瘟疫來臨之時，社會生活遭到極大破壞。在總體醫療和防疫力量不足的情況下，社會各界從心理到行動上都無法做出有效應對。尤其是清代才傳入中國（或大規模爆發）的真性霍亂（霍亂轉筋）和猩紅熱（喉痧）等病，突破了傳統醫學中對傷寒、溫病等疾病的認識，醫學界既無法給這些疫病一個合理的解釋，更無法提供有效的治療防疫方案。通觀整個清代，雖然先後有明代吳有性《溫疫論》，後有清代諸家如《溫熱經緯》、《松峰說疫》等專著刊印，也發明了不少有效的處方和成藥，有關瘟疫的理論和治法仍然難以滿足需要，清代晚期多部瘟疫專書在論及當時的醫學狀況時都對這一狀況進行了嚴厲的批評。<sup>3</sup>

正統醫學界束手無策，給民間迷信行為和各種補充醫療打開了門道，病家祈神拜鬼，巫師神婆和江湖遊醫渾水摸魚，等等情狀不一而足。在時人眼中，疫病的降臨是一種無法逃避的“命數”，是神秘莫測的鬼神旨意，“大疫流行，必有鬼神司之”的觀念在清代極為普遍（余新忠，2003，120-126）。即使沒有鬼神迷信，由於當時對瘟疫的醫學認識建立在傳統“氣論”的基礎之上<sup>4</sup>，這種因為天氣地理因素而形成的疫氣彌漫狀況，讓人感到無從防避，即使專業醫生最終不得不委之於命、數：“然此特於有象求之，天之布疫也。象無可擬，或布一方，或布一家，有感

(3) 這類批評幾乎可以在所有瘟疫專書的序、跋當中看到，這其中當然有題注者為強調是書的重要性而誇張的成分；但結合相關醫案中大量誤診誤治的病例記載，足以說明至晚清時期有關瘟疫的中醫學理論和實踐仍然處於一種混亂的狀態。

(4) 醫家將瘟疫看作是屍穢或不正之氣（即吳有性所謂“疫氣”）所致，文獻中常常可以見到將暑濕、穢氣、屍氣等薰蒸與疫流行聯繫起來的記載。可參見余新忠，2003，131。

有不感者，數也”，“疫之來也，無從而避也；避疫之說，不過盡人事以聽天爾”（陳耕道，1989，426-427）。

在這樣一種情況下，中國古代社會和醫療從業者又是怎樣應對的呢？

## 二、瘟疫中的道德行動

在災疫發生之時，清代政府也會採取一定的應對措施，但總體重視程度是不夠的。國家性的政府行動主要是組織發放藥物，個別時候可能會組織官方醫療資源巡迴施診，再就是收斂屍體等善後工作。在宋代屬於常設機構的惠民藥局、病坊等設施在明清之際已經逐漸沒落，江南地區僅有少數官方醫藥機構在瘟疫之年作為臨時施藥之所偶爾發揮作用（Leung 1987，134-166）。地方官府因其職責與民生的關係更加密切，倒是經常看到採取積極救療舉措的記錄，常見措施如下：第一，設局延醫診治，這是地方官府實施疫病救療最主要的手段，貫穿於有清一代；第二，延聘名醫對症裁方，或請人備制丸藥分送病人；第三，建醮祈禳；第四，刊刻醫書。但這些舉措往往依賴於官員個體的责任感與道德水準，缺乏對瘟疫的制度性安排（余新忠，2003，252-255）。

明清江南地區由於區域經濟文化較發達，且存在一個比較效率的地方中層組織，所以在應對瘟疫的過程中出現了很多積極自助的社會力量。既包括地方善長仁翁的個人行為，如慷慨捐助，免費發放藥物和食品，也包括以宗族勢力或地方鄉紳組織起來的民間慈善機構和藥堂和醫堂等日常醫療救助機構，以及為應對瘟疫而臨時組織的就急機構。這些機構會聘請地方名醫坐堂施診，並且免費發送藥物以救助病患。另外，地方組織亦積極參與疏浚水道、清理垃圾、收斂屍體等公共衛生措施，以及在災疫發生時和發生後刊印相關醫書和藥方，這些都對疫病的防治做出了巨大的貢獻。但需要注意，明清時期的江南地區是當時中國區域經濟

和醫學水準最發達的地區，這為進行地方醫療自救提供了保障。這些記錄並不能反映出其時中國民間應對瘟疫的一般水準，故不可對這些“活人無算”的紀錄作出浪漫主義的評價。

醫生群體亦湧現出很多道德行為，根據筆者搜集的資料，有大量醫生投身於對抗瘟疫的戰鬥，不少醫生的病案中都有自己治療傳染病人的記錄，而諸種瘟疫專書中對疫病患者臨床表現的精細描述，也只有在大量面對面照護病人的經歷的基礎上才能夠做出來。概括來說，醫生的道德主要表現為：免費診治病患並發放藥物，不辭辛勞提供診治服務；積極研究醫學，突破古書束縛，發展新的醫學理論，開發新的方劑和治療、防疫手段；刊佈醫書、醫方，務使天下醫生與病家都能夠破除執誤，掌握真知。

因為資料有限，本文無法給出在瘟疫中有多少醫生拒絕治療病人的資料，事實上在筆者掌握的這部分資料中根本找不到相關的記錄。但這不可能是因為其時不存在此類行為，故本文傾向於將其解釋為某種特定的道德敘事策略。

在嚴重傳染病，尤其是一種前所未見的傳染病襲來之時，醫務人員所面臨的狀況具有極高的不確定性和危險。當醫者自己的生命面對著極大的風險有可能將風險傳遞給家人和其他親朋好友時，即使醫者個人具有大無畏的犧牲精神，亦必須考慮對其他人的倫理責任，這是考察瘟疫對醫者道德行為影響所必須關注的要素之一。但在筆者所見之瘟疫專書和清代醫德論述中卻很少看到關於這一問題的討論。史料中對醫者諸種德行的記載褒揚，尤其推崇和強調著述以利天下和救濟貧苦這兩點，而對醫生的道德批評則主要集中於醫生的專業素養不精、泥於古方、不知變通，或技藝不精、誤診誤治，或態度敷衍、疏忽大意等方面。清代王孟英（士雄）在談到乾隆戊子年（1768年）疫疹流行時的情況，批判說諸醫各行其是，“是人之死，不死於病，而死於藥。不死於藥，而死於執古方之醫也。”（王孟英，1999，91）吳瑭自序

《溫病條辨》亦言：“癸醜歲（1793年），都下溫疫大行，諸友強起瑋治之，大抵已成壞病，倖存活數十人，其死於世俗之手者，不可勝數。”（吳瑋，2012，8-9）

傳統醫德文獻中雖然也有很多醫者應不懼風險的論述，但結合他們所舉出的案例來看，這種風險往往指的是因為自己的醫療活動而導致的其他社會風險，如醫療失敗有可能導致糾紛，或得罪權勢階層的風險。如明代黎澄《南翁夢錄》所載著名的范彬故事中，醫者面臨的生命風險就是因為拒絕權貴要求而產生的。在其他一些材料如龔廷賢《醫家十要》、陳實功《醫家五戒十要》，甚至瘟疫專書等文獻中，也只是提出了醫者應為病人提供救治的一般要求，從這些論述中雖然可以推論醫生具有為病人承擔風險的責任，但這一責任究竟有多大，在醫生自己的生命面臨風險的時候救治責任是否會發生改變，都缺乏清楚明確的討論。

從道德敘事策略的角度來說，公佈秘方和免費施診施藥的確是捨利取義的善行義舉，但就行為本身所體現出來的道德強度而言，甘冒生命風險而施診療的行為顯然具有更強的道德宣傳價值。對於那些具有明確的道德宣教目的的醫箴、醫話和醫書序言來說，對這一道德行為的忽視實在令人難以理解。在這樣一種敘事錯位中，究竟隱含著什麼？

### 三、原因之一：傳統醫學對瘟疫的感知和應對模式

首先需要明確，清代醫家對於自身感染疫病的風險是有清楚認識的，但因為傳統中醫學對瘟疫的認識和醫學實踐模式，中醫師與同時代西方醫生和現代醫生具有完全不同的體驗和觀感。

中醫學認為瘟疫屬於感受外邪引起的傷寒類疾病，早期多將其看作是自然之氣失衡或自然存在的“不正之氣”所導致的結果。明末吳有性《溫疫論》提出病原是“天地間別有一種異氣”，到清代溫病學派形成，逐漸形成了有關疫病成因為戾氣即疫氣的

認識。需要注意的是，明清醫家普遍把疫病的看作是天地間彌漫著的“癘氣”、“穢氣”、“毒氣”、“屍氣”入侵所致，並不存在“醫病之間相互傳染”的觀念。陳耕道在談到“疫痧”（猩紅熱）的傳染時說得清楚：

“疫痧之毒，有感發，有傳染。天有鬱蒸之氣，霾霧之施，其人正氣適虧，口鼻吸受其毒而發者，為感發；家有疫痧人，吸受病人之毒而發者為傳染。所自雖殊，其毒則一也。”（陳耕道，1989，426）

這段論述與現代呼吸道傳染病理論看起來十分相似，但在病原屬性上實有有形與無形之區分，前者可以通過技術設備隔離防護，後者彌散天地之間防無可防。如果在呼吸道傳染病這一理論尚有可取之處，那麼醫家仍然以“穢氣”觀念來揭示消化道傳染病如霍亂等病因，如王世雄在《隨息居重訂霍亂論》中所說：“霍亂、臭毒、番沙諸症盛行，而臭毒二字切中此地病因”<sup>5</sup>（王孟英，1999，142），就無法有效指導預防與應對了。

在這種認識中，傳播瘟疫的癘氣彌漫於天地之間，雖然因為時間和地理因素而各有濃薄、盛衰不同，但任何人在特定的時空區域內對癘氣的接觸機會是相等的，吳有性有言：“疫者感天地之癘氣，在歲有多寡，在方隅有濃薄，在四時有盛衰。此氣之來，無論老少強弱，觸之者即病。”（吳有性，1990，1）《松峰說疫》亦言：

“瘟疫之來無方，然召之亦有其故，或人事之錯亂，天時之乖違，屍氣之纏染，毒瓦斯之變蒸，皆能成病。症

(5) 其他醫者也略約談到食物、水、昆蟲等與疫病的關係，但都認為這些因素不過是“臭穢”之氣的載體，或者只是“臭穢”之氣聚集之後產生的後果。

既不同，治難畫一。瘟疫多火熱之氣，蘊蓄於房戶，則一家俱病；蘊蓄於村落，則一鄉俱病；蘊蓄於市廛，則一城俱病；蘊蓄於道路，則千里皆病。……若夫疫氣，則不論貴賤貧富，老幼男女，強弱虛實，沿門闔境，傳染相同，人無得免者。”（劉奎，1987，12）

換言之，在傳統中醫學的視野中，與病人的接觸並不會使醫生被感染的風險超出社會平均水準太多，因為“癘氣”之來，已經彌漫於一方天地間無從躲避。針對近距離接觸病人所帶來的風險加成，清代醫家則開發了很多避疫的技術性安排，如診脈時不宜正對病人而坐，看診之後不要長留病房，注意避免接觸病人及物品等<sup>6</sup>。這些措施與中醫典型的診病流程相互配合，可以加大的減少醫務人員染病的風險。因為傳統中醫師是應病家的邀請上門施診，診斷和處方完成之後，一般是家屬服侍病人服藥並提供護理，所有這些過程皆在病人家中完成（中川忠英，2006，201-202），這使得醫生與病人的直接接觸其實相當有限，也就極大地減少了被感染的可能性。很多醫書還提供了預防疫病的藥物和處方，如出診前飲用雄黃酒，以雄黃末或蒼術末塗抹鼻孔，以及屠蘇酒、避穢丹、宣聖逼瘟方等多種避瘟處方。還有不少醫生提出了通過以祝神祈禱的方式避免感染疫病的方法，如龔廷賢建議醫者進入病家之時“存心念四海神名三七遍，百邪不犯”，陸以湑、徐大椿等著名醫家也都相信所謂避疫“仙方”的存在。（余新忠，2003，311-312）

但面對“人無得免”之“天地之癘氣”，是否染病的關鍵還是在於自身的“正氣”是否充沛，即醫生被傳染的風險更多地決定於醫者自身的健康狀況而非他們與病人的接觸。所以瘟疫專書

(6) 這類記述散見於各類瘟疫專書，具體細節大同小異。可參見熊立品，2000，322-323；龔廷賢，1999，536。

中強調，不被傳染的關鍵是保證自身處於“邪不勝正”的狀態。這一觀念源遠流長，《黃帝內經·素問·遺篇》有言：“不相染者，正氣存內，邪不可幹，避其毒氣，天牝從來，複得其往。”明代醫家張介賓在《景嶽全書》卷十三《瘟疫》論及“避疫法”說：“瘟疫乃天地之邪氣，若人身正氣內固，則邪不可幹，自不相染。”基於中國古典“氣一元論”的世界觀，物質、生命與精神在其本原之氣的層面本為一體(丸山敏秋，1993，159)。所以在預防疫病方面還出現了大量修德以卻病的記錄，如王孟英說：“吾聞積德可回天，不僅可禦霍亂也”(王孟英，1999，158)。《松峰說疫》卷一中則記錄了多個因為道德因素而倖免於瘟疫的故事：一城中老人與富室藥施城中而免於疫，一孝婦侍奉染病翁姑而闔門免於疫，一士人救濟貧苦而免於疫，最後總結說：邪不侵正，行道德之事實乃祛疫之良方。陳耕道還專門就醫家為何經常接觸病人但卻較少感染疾病提出了一個道德解釋：“疫邪，厲氣也，厲氣不勝正氣。醫者至疫家診脈定方，殫心竭慮，必求危病得安而後快，是正氣也。在我有正氣，在外之厲氣，何自而幹之乎？”(陳耕道，1989，426)

這些觀念塑造了一個不同於現代傳染病學的“瘟疫”形象，並決定了醫者對自身被傳染風險的認知模式：在特定的時空範圍內，醫者與普通人接觸厲氣的機會基本是均等的，醫生避免近距離接觸病人雖然在一定程度上降低了所接觸疫氣的濃度，但並不會從根本上改變這一背景風險的強度。再加上中醫學實踐的特殊性以及諸種防疫的技術安排，醫者因為診治病人而感染的機會並不比普通人更高。這使醫者對因為專業活動而被感染的風險缺乏特別的敏感性，或者說其恐慌程度不會高於一般公眾，這與當代醫務人員在面對非典或者伊波拉病毒時，對與病人的直接接觸所帶來風險明顯高於社會公眾的感受有巨大差異。這應該是在醫書、方志等相關記載中，沒有見到太多醫生因為害怕染病而拒絕病人的記錄，以及對這一風險特別做出道德警示的重要原因之一。

#### 四、瘟疫中的個人責任與道德敘事

地方史志和古典醫籍中的記錄，往往著眼於名醫群體和社會整體情況的描述。第一種材料本身就是英雄敘事，而第二種敘事中不同醫療從業者的個體行為被掩蓋在了整體狀況之下。下面，我們通過兩個具體案例來看看醫生個體是怎樣應對瘟疫的。第一個來自於徐大椿（1693~1771）的《洄席醫案》：

雍正十年，昆山瘟疫大行，因上年海嘯，近海流民數萬，皆死於昆，埋之城下。至夏暑蒸屍氣，觸之成病，死者數千人。汪翁天成亦染此症，……余始至昆時，懼應酬不令人知，會翁已愈，余將歸矣。不妨施濟，語出而求治者二十七家，檢其所服，皆香燥升提之藥，與證相反。余仍用前法療之，歸後有葉生為記姓氏，愈者二十四，死者三人，又皆為他醫所誤者，因知死者皆枉。（徐大椿，1999，382）

第二個案例來自於王孟英（1808-1868）《隨息居重訂霍亂論第三醫案篇》：

五月初三日，余抵上洋，霍亂轉筋，已流行成疫，主鎮海周君采山家，不謁一客，藉以藏拙，且杜酬應之勞也。初八日，紹武近族稼書家，有南潯二客，同患此證。一韓姓，須臾而死。一紀運翔，年十七，勢亦垂危。采山強拉余往視曰：豈可見死而不救哉？……自紀運翔之證治癒後，凡患此者，紛紛踵門求診，情不能已，徼幸成功者頗多。（王孟英，1999，174）

這兩位均是醫術與醫德聲名卓著的清代名醫，而案例選自於他們自己或門徒選定的醫案集，所以這兩個案例應該具有一定的道德代表價值。

我們可以看出，在面對傳染病患者時醫生有選擇是否提供診治的高度自由。兩個案例中，醫生在一開始都沒有主動出來救治病人，徐大椿是在原有診治義務已經完成感到猶有餘力，方才接納其他病人，但觀其“不妨施濟”一語，醫者並沒有感覺到某種強制性的義務或者壓力。王孟英最後應診是被朋友強拉所致，對方甚至說出了“豈可見死而不救哉”這樣帶有強烈批評意味的話語，後期大量接診病人也多是因為人情因素，即所謂“情不能已”。其時，醫生的這種態度並非孤例，在吳瑭《溫病條辨》自序中提到癸醜歲（西元 1793 年）都下溫疫大行之時，他出來懸壺濟世也是因為“諸友強起瑭治之”。以他們自己記述的語氣看來，其中可能也有因為缺乏把握而拒絕救治以避免耽誤病人的考慮，但更值得注意的是，首先醫生並不覺得這是一種道德過錯，其次醫生最後願意接診起因於某種道德感情的喚起而非受到某種職業責任的強制。

但醫生並非沒有任何道德壓力，如果病人是由朋友推薦或者是自己的族人，醫生就很難拒絕出診。王孟英在紀運翔一案之後，又記述了六七個自己處理的瘟疫病案，幾乎所有的病例都可以找到明確的親緣或朋友關係。另一位名醫孫一奎的醫案中記錄了五個瘟疫的病例，其中《三吳治驗》中三例為地方士紳或家人，應該屬於孫氏寓居地朋友圈的範圍，《新都治驗》兩例為孫氏同宗族僕（孫一奎，1999，736, 743, 748, 782, 802），唐立行等認為這是孫氏在履行其族醫的職責。據唐力行等的研究，明清徽州地區宗族紛紛建立了族醫制度，通常是指定宗族中某一子弟專門從事宗族內的醫療事務，另有延聘族人中的名醫或有親緣關係的名醫作為兼職族醫，這種制度安排下的醫生便對一個特定人群承擔救治

責任。(唐力行、蘇衛平，2009，43-54)另一種道德壓力來自於更普遍化的救急與救貧苦的儒家君子道德要求和因果報應觀念，在同一本書中王孟英提到應該“泛愛”病人，辭曰：“凡患急證，生死判乎呼吸，苟不速為救治，病必轉入轉深，救治而少周詳，或致得而復失，骨肉則痛癢相關，毋庸勉告，最苦者貧老無依，經商旅賈，舟行寄院，舉目無親，惟望鄰友多情，居停尚義，解囊出力，起此危病，陰德無涯，定獲善報。”(王孟英，1999，156)最後一種道德壓力似乎建立在某種醫患合同關係上，即醫生可以拒絕病人，但一旦接診之後，醫生就必須承擔自己的道德責任。相較於在昆山閉門不出的消極作為，徐氏醫案中還記錄了數起為了救治病人而勇擔責任的故事。除此之外，醫生也有可能因為與善堂、醫館簽訂了協議，或者因為加入了地方慈善團體而負有為病人無差別地提供救治的義務。如1636年六月晚明士人祁彪佳就與當地有名望的十位醫生簽署了協定，共同主持藥局，醫生輪流當值，這一舉措據稱拯救了一萬多人的生命。(梁其姿，2012，166-167)

通過對案例的分析可以發現，在傳統中國醫學倫理學中似乎沒有對所謂“職業責任”的道德敏感，醫生可以以相當私人化和軟弱的理由——懼應酬——而拒絕收治病，而他們似乎並不認為這一理由有何不妥。他們在同一案例中對其他醫者的道德批評，則集中於對其醫術不精、誤診誤治的批判，這又可從反面論證前述醫生對自己責任邊界的認識：沒有必須提供救治的道德義務，但一旦接診則必須為病人提供最好的診治服務。所以，醫生的專業責任起自專業倫理關係的建立，在此之前，醫生考慮更多的是一般性的道德標準和非職業的倫理關係，而他們所面對的社會反應說明，這種界分也是當時的社會共識。

## 五、原因之二：傳統醫學道德價值指向與敘事策略

中國傳統醫學倫理一直有強烈的救死扶傷的道德意識，可以看到大量有關醫生救治病人的一般性義務的陳述。最經典的論述可以說是孫思邈的《大醫精誠》篇：“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。……亦不得瞻前顧後，自慮吉凶，護惜身命。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。如此可為蒼生大醫，反此則是含靈巨賊。”王孟英在其霍亂專書中，也指出面對急證，應當速為救治。“醫以活人為心，視人之病，猶己之病，凡有求治，當不營救焚拯溺，風雨寒暑勿避，遠近晨夜勿拘，貴賤貧富好惡親疏勿問，即其病不可治，亦須竭心力以圖萬一之可生。……不如是，安得謂之醫而以仁術稱”（王孟英，1999，829）

但這些論述是“蒼生大醫”和“仁術”的高道德要求，並不是普通醫生行為的常規標準，換言之，做到了固然是醫界之楷模，做不到也不會危及醫者的職業生涯。事實上，人們很難對醫生求全責備，在社會優質醫療資源總體不足的情況下，少數良醫即使再努力也不可能滿足社會的醫療需要。雖然在史志和醫籍中可以找到醫生為救治病人不幸傳染疫病甚至犧牲的案例，但公眾並不會期望每一位醫生都能做到鞠躬盡瘁、死而後已。這還只是問題的一個方面，更重要的是，中國古代醫者的道德評價，自宋代醫儒合一的努力之後就因襲於士人君子的道德評價模式，即醫者追求的並不僅僅是履行自己的責任，而是要使自己進於大人君子的更高的道德境界。在這一點上，華岫雲為葉天士《臨證指南醫案》所作序言中有一段論述可謂典型：

“古人有三不朽之事，為立德、立功、立言也。蓋名雖為三，而理實一貫。要之，惟術有濟於民生而已。夫有濟於民生，則人之所重，莫大乎生死。可以拯人之生死，雖韋布之士，亦力能為者，則莫若乎醫。故良醫處世，不矜名，不計利，此其立德也；挽回造化，立起沉病，此其立功也；闡發蘊奧，韋著方書，此其立言也。”（華岫雲，1999，7）

對這種境界的闡釋，在清代瘟疫專書和相關醫案中，主要表現在救濟貧病和立言垂教這兩點上。在這一道德評價模式中，治病救人還算是私德領域的建樹，如王孟英在說完救治急症的一般義務之後，立即強調應對“貧老無依，經商旅賈，舟行寄院，舉目無親”者解囊出力；陳功實論及救治義務的時候，特別談到對貧窮之家，及遊食僧道，衙門差役人等，以及貧難者應予以免費救助；地方史志首先也都是強調醫生免費施診施藥之義舉（余新忠，2003，256）；更高於此的道德功業，是著書立說、駁正謬誤並免費刊佈天下惠及的是天下人，甚至“萬世賴之無窮期也”，所以在儒家學者為瘟疫專書所做的序言中，格外強調醫者公開秘方訣竅以救濟世人的善舉。

也正是因為著書立說是最高的道德追求，相較於他們在介紹自己的醫學見解、針砭庸醫害人之時的果斷自信，這些瘟疫專書作者在論及自己的著作時表現出極端謙虛謹慎乃至於惶恐的態度，如吳塘在《瘟疫條辯》自序中談及刊印自己的醫書時：

“塘愧不敏，未敢自信，恐以救人之心，獲欺人之罪，轉相仿效，至於無窮，罪何自贖。哉然是書不出，其得失終未可見因不揣固陋，龜勉成章，就正海內名賢，指

其疵謬，曆為駁正，將萬世賴之無窮期也。”（吳瑭，2012，8-9）

王孟英介紹《隨息居重訂霍亂論》一書的出版過程時，首先表現出來的也是一種謹慎惶恐的態度：“自揣無撥亂才，方悔少年妄作之非”，一開始並不願意重印醫書，直到一直積極襄助其出書的金篋齋也因為感染疫病去世之後，受其德行的感動，才決心重訂此書。所以，傳統醫學道德敘事的關鍵，在於張揚醫學之為仁術而非謀生職業的道德屬性。宋代以後，隨著孟子“仁術、仁道”思想的影響不斷升格，醫學逐漸被定名為“仁術”（徐儀明，2002，24-29）。“醫乃仁術”一說，是以儒家價值觀對醫學、醫生和醫療行為進行規範和引導，以圖貫徹儒家的仁愛精神。醫乃仁術，首先當然是因為醫術的功用就是救人性命，即“醫以活人為心，故曰醫仁術”（徐春圃，1998，55），但更重要的是超越醫療職業“司命之責”的局限，由衛生而推之以濟世（李時珍，1977，3），還要在發揚醫學、立言垂教、教化世人上做功夫，最後達到“進而醫國，羹調元鼎，壽君澤民，躋世熙和”（蕭京，1983，511）的道德高度。而醫者的道德追求，必須超越謀生計、盡職責這樣的職業倫理範疇，而進乎於立功德、求不朽的大人君子的境界。

## 六、一個比較研究：中世紀歐洲瘟疫中的道德敘事

在明清江南瘟疫中的道德故事，與歐洲中世紀有關瘟疫及醫者行為的歷史記錄形成了強烈對照。

在傳染觀念還沒有產生之前，例如希波克拉底時代，同樣也能看到對傳染風險的忽視，即只一般性提出照料病人的責任，而不存在明確要求醫生去承擔被傳染風險的道德規範（Edelstein 1967，96-97）。傳染觀念出現之後，情況發生了巨大的變化，常

見的記述是醫生紛紛從自己的病人身邊逃走，甚至偉大的蓋倫也承認在西元 166 年瘟疫襲擊羅馬的時候他從那座城市逃了出去 (Walsh 1931, 203)。當黑死病在 14 世紀進入歐洲的時候，歐洲各地的醫生似乎都從病人身邊逃走了。當瘟疫首次抵達威尼斯，“幾乎所有的醫生都因為恐懼和恐怖而離開了”，“沒有離開的醫生也緊鎖房門，拒絕出來。” (Fox 1988, 5-10) 如 Johnsen 所說，面對瘟疫，中世紀歐洲的醫生們往往遵循的是他們開給病人的處方：“快點跑，跑遠點，慢點回來 (*cito, longe, tarde: leave fast, go far, and return slowly*)” (Jonsen 2000, 45)。

當然，也有很多醫生會選擇與自己的病人待在一起。但留在工作崗位上的醫生，也很少是因為出於某種明確的“職業道德”觀念，他們或者是出於某種宗教的理由，或者是出於對家鄉的熱愛，或者是為了履行自己（與醫學院或皇室、貴族）的合同，或者是為了獲得經濟利益 (Huber & Wynia 2004, 5-11)。而社會則試圖用立法禁止醫生離開病人，如威尼斯在 1382 年，巴賽隆納和科隆在十五世紀都試圖通過類似的法律以強制醫生為瘟疫患者提供救治。不少歐洲城市還專門設立了一個“Plague Doctor”的專門職位來聘請專門為瘟疫患者提供治療的醫生。瘟疫醫生能獲得較高的薪水和其他一些福利，但需為此承諾在瘟疫期間“盡可能地”為病人提供服務。這是一個具有強制性的合同約定，而且瘟疫醫生本身遭到一定的社會歧視，例如他們的住所需要與其他人相隔離 (Fox 1988, 5-10)。

與中國的例子相比較，我們會發現，前現代境況下中西方社會中都缺乏那種現代性的醫學職業道德規範，在醫生選擇承擔風險去照料傳染病人的時候，他們的理由都不是所謂的“職業道德”，甚至也不是所謂的“天職”、“義務”等話語，促使醫生去承擔風險的原因往往是來自專業倫理外部，或者是自我利益考慮，或者是對合同的尊重（這裡面既要考慮到歐洲商業文化傳統

中的影響，也要考慮到合同背後所承載的利益因素），可以稱之為道德原因的理由或者是來自於宗教，或者是來自於愛國主義情感。相較於中國古代以鄉村和家族聚居方式組織起來的更緊密的社會倫理關係，歐洲中世紀城市環境中的醫生更容易將自己視為一個“小生意人”，從個人利益的角度去考慮問題。而中國古代的醫生有更強的倫理動力去承擔這一責任，鄉紳、地方官府或者宗族勢力則提供了更加強有力的外部倫理推動，但如果缺乏必要的倫理關係，如前述徐大椿案例中，醫生身處外鄉，除直接病人以外並無其他倫理關係，其感受到的道德壓力就會急劇降低，接診意向也相對弱化。

## 七、結論

中國傳統醫學倫理並沒有對專業倫理責任做出一個清楚而又特別的界定。這首先是因為明清時期的醫生既缺乏明確的專業身份和職業組織管理，也缺乏足夠的專業權威。其次則是因為，明清時代醫學倫理已經基本完成了儒化進程，如謝利恆先生所言：“自宋以後，醫乃一變為士夫之業，非儒醫不足見重於世”（謝觀，2003，101），這就造成醫者的專業責任是在士人道德的基礎上予以釐定的。士人道德基於更普遍的倫理準則和更高的道德要求，如黃芷芊所指出的，用士人道德主張——“士不可以不弘毅，任道而重遠，仁以為己任，不亦重乎？死而後已，不亦遠乎？”（《論語·泰伯篇》）——來要求醫務人員，則其在瘟疫到來之時便有義務不計風險與利益去救治病人（黃芷芊，2005，15-25）。這也就是在清代江南瘟疫的道德敘事中缺乏對醫生承擔職業風險的論述的原因，因為這在他們看來本來就是身為一個醫者理所當然的道德責任，在那些積極投身於對抗瘟疫的英雄醫生和社會賢達的行為中，我們都可以看到一種以天下為己任的高尚的道德情感，他們追求也顯然超越了履行職業責任這樣狹隘的要

求，而是在濟天下、安萬世、求不朽的士人道德水準上展開。而古代中國社會對瘟疫預防治療方面的捉襟見肘，更多地應歸罪於具有高道德和高專業技能的優質醫療資源的總體匱乏，而不是因為在醫學道德上存在某種缺陷。

但也應該承認，中國傳統醫學倫理缺乏足夠的規範意識，專業人員的行為更多地取決於個人的德性修養水準，即使是在一些具有較高組織性的專業醫生團體中，其規範的論述、考評與執行仍然基本圍繞德性自律做文章（項長生，1991，61-69）。高尚的醫生會不計生死利害，鞠躬盡瘁，散發出士大夫所應該具有的道德光輝，行醫為謀生計的庸常醫者則混然於眾生，在瘟疫來臨時選擇了趨利避害甚至唯利是圖的行為。社會與公眾可以通過樹碑立傳等方式褒揚前者的義舉並期望有足夠多的醫生會效仿這些楷模，但卻沒有足夠有效的手段去懲戒後者的劣行。其實，這樣的道德在某種程度上是違背職業化的基本原則的，職業倫理需要考慮職業行為的特殊規範以及職業群體生存的需要，所以絕對不可能提出一種只有道德英雄或者聖人才能夠履行的責任要求，而是需要一種普通人可以做到的規範（Urmson 1958，198-216）。

最後，傳統醫學倫理模式沒有給醫生提供職業保障。雖然傳統上有“大德必得其位，必得其祿，必得其名，必得其壽”（《中庸》）的道德論述，但在現實生活中福、祿、壽的獲得卻必須依賴特定的社會倫理結構的支援。如果善行不能獲得回報，很難期望它會成為一種穩定的普遍化行為規範。所以在傳統醫學道德文獻中，往往不得不訴諸於某種具體的回報機制來說服醫者遵循道德要求，如陳功實在談及救助貧苦病家時利用市場原則，指出盡力施診“自然生意日增”，而王孟英則需要借助於佛教因果報應的理念，指出救治危病會導致“陰德無涯，定獲善報”的結果。

最後，讓我們回到敘事本身，從清代江南瘟疫故事中可以看出中國傳統醫學道德敘事的傳統模式：著眼於醫者的美德與善

行，並善於將一種職業實踐上升為士人君子的道德實踐和人格超越。故事的講述，讓歷史記住了無數為對抗疫病做出貢獻的偉大醫者，也在不斷地鼓勵後來人堅定道德選擇。但故事的講述方式，也多少掩蓋了在這些仁行善舉背後的社會文化歷史條件，正是在中國傳統醫學知識與技藝、熟人社會網路、鄉村士紳組織以及社會共用的儒家價值觀等基礎之上，一種基於醫生個人美德的傳統醫學倫理才能夠有效地組織社會資源，最大可能地為對抗瘟疫做出貢獻。今天我們在重申中國傳統醫學道德傳統時，需要注意避免過於浪漫化的傾向，充分重視美德、職業規範與社會歷史條件之間的關係，用正確的方式去敘述新的醫德故事。

## 參考文獻

- 丸山敏秋，林宜芳譯：〈中國古代“氣”的特質〉，載楊儒賓主編：《中國古代思想中的氣論及身體觀》，臺北：巨流圖書公司，1993。  
TOSHIAKI Maruyama. “The Feature of ‘Qi’ in Ancient China,” *The Theory of Qi and Body View in the Thinking in Ancient China*, edited by YANG Rubin (Taipei: Chuliu Publisher, 1993).
- 中川忠英編著：《清俗紀聞》，方克、孫玄齡譯，北京：中華書局，2006。  
CHUEI Nakagawa (ed). *The Custom Records of Qing Dynasty*, translated by FANG Ke and SUN Xuanling (Beijing: Zhonghua Book Company, 2006).
- 王孟英：《王孟英醫學全書》，北京：中國中醫藥出版社，1999。WANG Mengying. *The Collected Medical Works of Wang Mnegying* (Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine, 1999).
- 王宜靜、羅京濱、王少君：〈中國傳統文化對醫學倫理之影響〉，《中國醫學倫理學》，2003年，第17卷，第4期。WANG Yijing, et, al. “The Influence of Traditional Chinese Culture on Medical Ethics,” *Chinese Medical Ethics*, 17:4 (2003).
- 何晗軒：〈儒家傳統經濟倫理思想的現代檢驗——關於中庸理性與儒商精神的探索性實證研究〉，《上海財經大學學報》，2010年，第12期。HE Hanxuan. “Modern Examination of Confucian Economic Thought,” *Shanghai Finance University Journal*, 12 (2010).
- 余新忠：《清代江南的瘟疫與社會》，北京：中國人民大學出版社，2003。  
YU Xinzhong. *The Plague and Society in the Southern Regions during the Qing Dynasty* (Beijing: The Renmin University of China Press, 2003).
- 吳 瑭：《溫病條辨》，北京：人民衛生出版社，2012。WU Tang. *Author’s Preface in Classifications of Infectious Diseases* (Beijing: People’s Medical Publishing House Co., 2012).

- 吳有性：《中國醫學大成·溫疫論》，上海：上海科學技術出版社，1990。  
WU Youxing. "On Plague" in *Great Achievements in Chinese Medical History* (Shanghai: Shanghai Scientific & Technological Publisher, 1990).
- 李時珍：《本草綱目》，北京：人民衛生出版社，1977。LI Shizhen.  
*Compendium of Materia Medica* (Beijing: People's Medical Publishing House, 1977).
- 唐力行、蘇衛平：〈明清以來徽州的疾疫與宗族醫療保障功能〉，《史林》，2009年，第3期。TANG Lixing & SU Weiping. "The Epidemics and the Clans' Function in Medical Security in the Huizhou Area since the Ming and Qing Dynasties," *Historical Review*, 3(2009).
- 孫一奎：《孫一奎醫學全書》，北京：中國中醫藥出版社，1999。SUN Yikui.  
*The Collected Medical Works of Sun Yikui* (Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine, 1999).
- 徐大椿：《徐靈胎醫學全書》，北京：中國中醫藥出版社，1999。XU Dachun.  
*The Collected Medical Works of Xu Lingtai* (Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine, 1999).
- 徐春圃：《古今醫統大全精華本》，北京：科學出版社，1998。XU Chunfu.  
*Essence of the Complete Compendium of Medical Works, Ancient and Modern* (Beijing: Science Press, 1998).
- 徐儀明：〈論孟子“仁術”說對北宋儒醫文化發展的影響〉，《史學月刊》，2002年，第11期。XU Yiming. "On the Influence of Mencius 'Ren-Shu' to the Development of Confucian Physician Culture," *Journal of Historical Science*, 11(2002).
- 梁其姿：《面對疾病——傳統中國社會的醫療觀念與組織》，北京：中國人民大學出版社，2012。LEUNG Angela Ki Che. *Facing the Disease: the Medical Concept and Organization at Traditional Chinese Society* (Beijing: China Renmin University Press, 2012).
- 陳耕道：《疫痧草》卷上〈辯論章〉，見吳中醫集編寫組：《吳中醫集·瘧病類》，南京：江蘇科學技術出版社，1989。CHEN Gengdao. "Disputing Chapters," *Preliminary Study on Scarlet Fever* (Nanjing: Phoenix Science Press, 1989).
- 華岫雲：〈序〉，載葉天士：《葉天士醫學全書》，北京：中國中醫藥出版社，1999。HUA Xiuyun. "The Preface," in Ye Tianshi, *The Collected Medical Works of Ye Tianshi* (Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine, 1999).
- 項長生：〈我國最早的醫學團體一體堂宅仁醫會〉，《中國科技史料》，1991年，第12卷，第3期。XIANG Changsheng. "The Earliest Medical Group: Ti Tang Zai Ren Yi Hui," *China Historical Materials of Science and Technology*, 12:3 (1991).
- 黃芷芊：〈SARS 時期護理專業人員的倫理困境〉，《應用倫理研究通訊》，2005年，第34卷，第5期。HUANG Zhiqian. "The Ethical Dilemma of Nursing professionals at SARS Period," *Newsletter for Research of Applied Ethics*, 34:5 (2005).
- 楊儒賓主編：《中國古代思想中的氣論及身體觀》，臺北：巨流圖書公司，1993。YANG Rubin (ed). *The Theory of Qi and Body in the Ancient Chinese Thought* (Taipei: Chuliu Publisher, 1993).

- 葉天士：《葉天士醫學全書》，北京：中國中醫藥出版社，1999。YE Tianshi. *The Collected Medical Works of Ye Tianshi* (Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine, 1999).
- 劉奎：《松峰說疫》，北京：人民衛生出版社，1987。LIU Kui. *Songfeng on Plagues* (Beijing: People's Medical Publishing House Co., 1987).
- 熊立品：《治療全書》第六卷，載曹炳章輯：《中國醫學大成績集》，1936年初刊。2000年上海科學技術出版社校勘影印。XIONG Liping. *The Complete Works on Treating Infectious Diseases* (Shanghai: Shanghai Scientific & Technological Publisher, 2000).
- 蕭京：《軒岐救正論》（中醫研究院圖書館藏清刊本影印本），北京：中醫古籍出版社，1983。XIAO Jing. *Xuan Qi Jiu Zheng Lun* (A Print from Institute of Library and Information, Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine) (Beijing: Chinese Medical Ancient Books Publisher, 1983).
- 謝觀著，余永燕點校：《中國醫學源流論》，福州：福建科技出版社，2003。XIE Guan. *Treatise on the Filiations of Chinese Medicine*, edited by YU Yongyan (Fuzhou: Fujian Science & Technology Publishing House, 2003).
- 龔廷賢：《龔廷賢醫學全書》，北京：中國中醫藥出版社，1999。[GONG Tingxian. *The Collected Medical Works of Gong Tingxian* (Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine, 1999).
- Alexander, G.C. & M.K. Wynia, "Ready and Willing? Physicians' Sense of Preparedness for Bioterrorism," *Health Affairs Journal (Millwood)* 22:5 (2003).
- Edelstein, L. "The Hippocratic Physician," *Ancient Medicine: Selected Papers of Ludwig Edelstein*, edited by Temkin O. and Temkin C.L. (Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1967).
- Fox, Daniel M. "The Politics of Physicians' Responsibility in Epidemics: A Note on History," *The Hastings Center Report* 18:2 (1988).
- Huber, Samuel J. & Matthew K. Wynia, "When Pestilence Prevails... Physician Responsibilities in Epidemics," *The American Journal of Bioethics* 4 (2004).
- Leung, Angela Ki Che. "Organized Medicine in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region," *Late Imperial China* 8:1 (June 1987).
- Schwartz, Ariel R. "Doubtful Duty: Physicians' Legal Obligation to Treat during an Epidemic," *Stanford Law Review* 60:2 (2007).
- Tomlinson, Tom. "Caring for Risky Patients: Duty or Virtue?" *Journal of Medical Ethics* 34 (2008).
- Urmson, J.O. "Saints and Heroes," *Essays in Moral Philosophy*, edited by Melden A.I. (Seattle: University of Washington Press, 1958).
- Walsh, J. "Refutation of the Charges of Cowardice Made against Galen," *Ann Med History* 13 (1931).
- Zuger, Abigail & Steven H. Miles. "Physicians, AIDS, and Occupational Risk: Historic Traditions and Ethical Obligations," *The Journal of the American Medical Association* 258:14 (1987).

- \_\_\_\_\_. American Medical Association: “AMA code of Medical Ethics”  
[Online] Available from:  
<http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion9131.page>. [Accessed: 30<sup>th</sup> August 2016].