

中國“病人自主權”的歷史 演變——20 世紀 80 年代之前 Patient Autonomy in China before the 1980s: A Historical Perspective

程國斌

Cheng Guobin

摘要 Abstract

本文簡要梳理了從帝制時代到上世紀 80 年代之前中國病人自主狀況和相關社會理念的演變過程，並對其出現的特定歷史條件進行了初步分析。中國傳統的病人自主權是整合在社會禮法秩序中的病人家長制。雖然從中國近代到新中國成立初

程國斌，東南大學醫學人文學系副教授，中國南京，郵編：211189。
Cheng Guobin, Associate Professor, The Department of Medical Humanities, Southeast University, Nanjing, China, 211189.

本文是 2013 年國家社會科學基金青年專案“明清江南地區醫療生活史研究”（13CZS064）的階段性成果之一。

《中外醫學哲學》XVI:1 (2018 年)：頁 97-113。
International Journal of Chinese & Comparative Philosophy of Medicine XVI:1 (2018), pp. 97-113.
© Copyright 2018 by Global Scholarly Publications.

期，病人自主狀況和自主權的概念都發生了一定的變化，但因為它們幾乎都屈從於這兩個階段的社會政治運動，所以無法實現基礎倫理結構和價值觀的轉變。目前中國從西方引入的現代個人主義式的病人自主權概念，不僅與傳統的理解存在巨大差異，也與當前的醫學生活與社會制度不完全匹配。在中國解決病人權利保護的難題，不是任何一種單一化的理念引進、制度改造或者政治運動就可以實現的，我們必須把自己的思考投入到那個歷史與當下、理論與現實、中國與西方糾纏在一起的真實的世界，才有可能發現問題的癥結並找到正確的方向。

This essay offers a historical outline of the evolution of patient autonomy and related social and medical concepts in China from the imperial era to the 1980s. The author contends that the idea of patient autonomy was totally absent from traditional Chinese culture, as every area of society, from family to medicine, was structured according to a distinctively paternalistic model and regulated by ritual guidelines (*lifa*). Although the Western medical practices that arrived in China in the 1840s somewhat altered the Chinese approach to medicine, and the physician-patient relationship was viewed in a more egalitarian manner after the establishment of “new China” in 1949, the effects of these changes were minimal due to the political ideology of the time. The author argues that taking a historical perspective on the issues of patient autonomy and the rights of patients in China will aid understanding of the current challenges facing medicine in China and suggest ways of resolving ethical dilemmas and ambiguities at both a theoretical and a practical level.

【關鍵字】 歷史演變 病人自主權 古代醫學 醫學專業化
醫院制度

Keywords: Patient autonomy, historical evolution, physician-patient relationship, medical professionals, medical ethics

病人自主權是目前中西醫學倫理學比較研究中的一個核心議題。但我們今天在說“病人自主權”的時候，大多直接沿用了西方現代醫學倫理學那種個人主義式的概念，並以此為基礎來對照和批判中國的病人自主狀況。這些外來的觀念體系在面對中國醫學實踐不免會遇到水土不服的問題，例如：如病人屈服於家庭的情感或者價值觀壓力而做出的選擇是否還算是自主決策？在無法獲得病人自主意願的時候，家屬和醫生誰更擁有代替其做出決定

的倫理資格？這些問題的出現，並不僅僅是因為文化差異性，還源於我們對中國病人自主狀況的歷史和現實缺乏全面細緻的剖析，把有關這個問題的討論變成了在理論和概念層面的辯論。這種已經脫域於歷史和現實的概念化的爭論，恐怕還不足以為解決中國醫學實踐的難題提供有效的指導。本文將簡單梳理從帝制時代到上世紀80年代之前中國病人自主狀況和自主觀念的演變，並通過對其演化條件的初步分析，為今天更深入的研究和討論這一問題提供一些參考。

一、帝制時代的病人自主狀況、基本理念和影響因素

中國帝制時代的醫患關係可以概括為整合在社會禮法秩序中的病方家長主導模式。在這個模式下，作為整體的病家在醫療的全過程均擁有較高的自主權，但作為臨床實踐中的具體個人，病人和醫生都被嚴格整合在傳統的社會和家庭禮法秩序和權力結構之中，病人、醫生與病人家庭三方需要依據具體的醫療和倫理情境來靈活地界定各自的利益與權力。

構成這一模式的影響因素很多，首先需要指出的，就是中國傳統醫學知識論結構決定了它不可能建構出一種類似於西方近代生物醫學的專業權威和專業壁壘。中國傳統醫學（包括其他技術知識）與社會、人文學科在知識論起源和結構上具有的統一性（程國斌 2013，79-102），使其基本概念、專業語言和技術行為與中國人的整體文化語符和日常生活的高度融合在一起。中醫學基本概念如“陰、陽、表、裡、寒、熱、虛、實”同時也是中國人用來表述、規範和理解所有事務的通用符號（謝松齡 2008，2）；中醫以自然存在的草藥、動物藥或礦物藥進行治療，再輔以中醫師通俗、貼近生活的藥理學解釋，病家完全可以理解藥物之屬性、作用和目標；另外，中醫經常使用的灸法、按摩、推拿等也均為

中國百姓可自己施行的手段（于賡哲，2006，62-73）¹。所以對中國病人，尤其是具有一定文化素養的病人來說，完全可以和醫生比較自如地交流、理解，並且對醫生開出的治療方案進行積極的評價、監控與干預（雷祥麟，2005，487）²。所以，中國傳統醫學在其學理上需要將病人的主動性包容進來，在其現實性上也都不可能將病人的自主性排除出去。

其次，中國古代醫學從業者沒有形成一個相對自治的、類似於現代醫院和醫學會的專業活動空間和專家組織，而只有散佈在不同時空維度³下的家族化職業團體，這使其無法擁有基於專業組織機構的社會權威（程國斌2010，33-60）。雖然有學者認為，儒醫群體的出現為中國古代醫療從業者提供了一個基於較高的道德、知識、技能以及成員身份標準的組織結構，從而構成了最早的专业共同體（即英文中的 Profession）（Chao Yuan-ling 2000，66-93），但事實上，直到明、清時期，中國古代民間醫療市場都具有高度開放、自由放任和醫者素質良莠不齊之狀況（祝平一2010，1-50），普通民眾很難對在從事醫療活動者的真實身份——正統醫生、走方遊醫還是江湖騙子——進行區分，即使所謂的儒醫也沒有一個統一的官方制度予以確認。

另外一個至關重要的因素，是中國傳統醫療活動的實踐方式。傳統中國社會最典型的診病流程是：醫生應請上門施診，在病人家屬或朋友的監督下完成診斷並開出藥方，然後由病人家屬照方抓藥、煎藥並提供基本的護理，所有這些過程皆在家中完成，

-
- (1) 例如，根據于賡哲先生的研究，灸療技術從唐代起就已經在民間盛行，普通民眾亦可執行操作。到了宋代以後，由於社會整體醫療水準的提高，其地位才逐漸降低於針刺療法和藥石療法。
 - (2) 相較而言，19世紀現代醫學模式成型之後，各種專業術語、醫療儀器和制度，將病人完全隔離在醫療活動進程之外，即使是具有專業知識的病人也很難介入自己的治療活動。雷祥麟總結說：“伴隨著傳統病人（sick-man）角色的消失，一個全新的、被動的現代‘病患’（patient）誕生了：他/她對自己的病情完全無能為力，唯一能做的等待與忍耐。”
 - (3) 這種職業團體的組織模式是很多樣化的，包括以師承或家族血緣關係的時間線索進行組織，按照籍貫或執業區域的進行組織，也有以學會、行業協會或具體機構實現組織，但總體上這些都不能構成一種基於專業身份的共同體建構。

即便是外科手術也大多是在此類情境中實施的。故，中國古代病家在選擇醫生、決定治療方案和執行醫療照護上都具有無可置疑的自主權。雷祥麟先生曾經這樣描述：“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。”（雷祥麟 2005，477）作為一個附證，清代名醫徐大椿所撰寫的《病家論》（徐大椿 1999）一文中，列舉了十餘條病家的錯誤，均為病人或其家人不信從醫生、不遵醫囑、濫施干預等行為，這充分說明了在中國傳統社會醫患關係的基本結構中患方所擁有的高度自主性。但與此同時，古代中國的醫生有權依據特定的理由拒絕提供診治服務，如徐大椿《醫學源流論·名醫不可為論》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。”有時甚至可以是醫生個人性情喜好等在倫理上很難得到辯護的原因，如清代名醫王孟英就曾以“藏拙”、“且杜酬應之勞”的理由拒絕出診（王孟英 1999，174）。可見，病家掌控醫療過程同時也在某種程度上解除了醫生的部分責任，這時對醫生的行為起到制約作用的，一是醫生個人的道德修養，二是在醫患之間有可能存在的社會倫理網路關係。如前述王孟英的案例中，他最後出來接診是因為卻不過朋友的情面，以及對方對自己品格的批評。

至於病人與其家庭的關係，筆者並不贊同用“全家參與”簡單描述之，因為這掩蓋了中國傳統禮法秩序下的家庭權力結構。如果對目前留存的明清醫案進行仔細閱讀就會發現，在真實的醫療活動過程中，病人全家（包括朋友）的確都參與到醫療決策和照護當中，但起到主導作用的仍然是傳統家長制。其中，一家之主——通常是家庭中最有地位的成年男性——承擔了選擇醫生、主持診療過程、與多方協商並最後確定治療方案的主要責任。除非病人本人就是家長，而且疾病也沒有削弱其在家庭事務中的權力和地位，方可實現某種意義上的個人自主決定，而作為其他家

庭成員的病人，在自己的疾病上雖然有一定的發言權，最終還是要遵從家長的決定。只有在很特殊的情境下，如對幼兒或家中女眷的治療活動中，家庭中地位較高的年長女性會起到很重要的作用甚至可以部分決定醫療選擇（費俠莉 2006，249），但這些仍然不會逾越傳統社會禮法秩序的基本規則。

概言之，在中國古代社會，並不存在一種僅僅基於醫生和患者這兩種專業角色而建構起來的醫患關係，醫療秩序緊緊依附於社會禮法秩序。醫生與患者、患者與家人、醫生與病家總是需要根據各方所屬的社會階層、家庭權力與利益結構，以及具體的醫學情境來確認自身在具體醫療事務中的角色和相互關係。從這個意義上來說，古代中國社會並不存在任何哪怕是相對獨立的病人自主權和醫生家長權，因為所有的權利和權力都來源於特定的社會禮法結構，這是由中國古代知識文化和社會結構的大一統特質所決定的，前者消除了醫學的專業壁壘，後者則決定了醫療空間無法獨立於社會生活的一般秩序。這種結構使中國古代社會的醫患關係沒有脫離出一般日常生活的規則與經驗系統，呈現出現代西方學者所羨慕的人情味和親密的互動性（程國斌 2010，33-60），但另一方面也使其無法建構出基於社會現代化和醫學專業化而產生的專業倫理（Professional Ethics）、專業責任和病人權利系統。

二、西醫初入中國造成的變化和遺留的問題

雖然在漫長的中國古代歷史中醫生的社會地位發生過一定的起伏變化，但在文化核心與基本社會制度沒有發生重大變革的情況下，中國病人—家庭—醫生的關係的基本結構不會發生改變。我們現在熟悉的西方近代醫學家長制下的醫患關係是建立在 19 世紀末西方醫學的生物科學化、專業化，醫生專業共同體組織建立，現代醫院體系出現，以及醫療衛生逐漸成為一種社會公共事務和公共福利制度的建立等一系列複雜的社會變革的基礎之上的。個人主義的權利觀念雖然起到了至關重要的作用，但社會環

境尤其是制度體系的變化絕對起到了至關重要的作用。19世紀中晚期隨著西方醫學和醫院進入中國，建構類似近代西方醫學專業權威和醫患關係的努力也開始出現，但根據所面對的社會歷史條件，當時醫學界主要努力的方向是確立醫生的專業權威和病人的依從性。這一方向與帝制晚期中國醫生如徐大椿等的目標是一致的，只不過採取了移植外來醫學制度的策略，並最終因為缺乏社會整體環境的支持，並捲入了政治鬥爭而未盡全功。

清代晚期進入中國的首先是傳教士醫生和教會醫院（診所），傳教醫學具有知識、技術上的科學性和觀念、組織上的宗教性相混合的特點，從而呈現出一種帶有危險性的邊緣化形象，造成一般平民往往會對其保持警惕的態度，或者轉而用傳統的“巫醫”經驗來解釋兩種醫療現象的差異，所以談不上什麼權威性。民國以後，中國的醫學西化派主要是在三個方向上做出努力：第一，引進西方生物醫學知識和技術；第二，建設西醫醫院；第三，按照西方經驗建立現代醫政制度和醫學專業組織。這些與中國傳統的醫療生活方式和醫患關係都具有根本性的差異，但基於當時西醫的數量及其總體服務能力極為有限這個基本事實，它沒有也不可能使中國人的醫療生活方式發生根本性的變革。

西方醫學知識的傳入經歷了一個複雜而曲折的過程。根據皮國立的研究（皮國立 2009，64-77），早期中醫界對新醫學的態度可以唐宗海(1851-1897)提出的“中西醫匯通”為代表，但到了1929年廢止中醫風潮後，中國醫界思潮則以“廢止中醫”、“中醫科學化”、“保存中醫”等帶有強烈對抗性的態度最為盛行。在1929年的醫學改革運動中，雖然也不乏對中醫的知識科學性與實踐合理性的辯難，但主題卻在運動的過程中逐漸被置換成了“政治正確性”，如：褚民誼認為：中醫存廢之爭是“科學與非科學之爭，進化與不進化之辨”；1929年2月民國政府中央衛生會議上余雲岫等人的提案被公認為“廢止中醫”之綱領性文字，該提案強調，“今日之衛生行政，乃純粹以科學新醫為基礎，而

加以近代政治之意義者也。”（轉引自左玉河 2004，77-90）余氏提案所設計六條“方法”，無一涉及到對中醫之知識與實踐合理性的科學評估、考察和認證問題，而是利用政治力量，從中醫之執業資格的國家認定入手，通過剝奪其在國家行政體制中的合法性基礎來消滅中醫。而國醫界反抗廢止中醫案，也不與西醫就中醫優劣問題作學理上的討論，而是強調西醫之“帝國主義背景”和中醫的“民族屬性”來論證自身的政治合法性，將中醫存廢置於政治意識形態層面進行論辯。

在現代醫學通過其“科學”和“進步”獲得某種政治合法性的同時（皮國立 2009，64-77）⁴，中國社會大眾並沒有真正建立起對其內核的科學和理性精神的信仰與認同。西醫最初進入中國的時候，民眾對西醫學應該是一種充滿了好奇心的實用主義態度，即人們並不介意接受洋醫生“神奇”的治療手段，但對其內涵的科學原理和理性主義精神是缺乏理解的。即使是進入民國之後，隨越來越多的留學生回歸和本土華籍西醫的增加，西醫也逐漸成為中國人重要的醫療選擇之一，民眾也依然未必真的信從西醫學的“科學權威”，而不妨根據具體醫療經驗和生活條件限制來決定選擇何種醫學（皮國立 2016，218）⁵。

與西醫學知識的科學話語迅速獲得了政治合法地位不同，現代醫院制度、醫生專業共同體組織及其內涵的醫生權力不僅遇到了強大的阻力，還不得不因應中國的社會現實而做出妥協和調整。從進入中國開始，西醫醫院不得不對傳統中國醫學倫理經驗做出妥協，打破醫院的空間和專業壁壘，引進中國固有的社會聯繫，從而讓民眾逐步接受這一陌生的空間。即使進入民國以後，

(4) 對於醫學應該科學化的主張，中醫學界內部也不得不要有所接受。中央國醫館籌備大會主席陳郁清楚地宣示：“中央的同仁最大的目的就是以科學方式整理國醫國藥，使其成為有系統的學術”，國醫館甚至還欲延攬西醫人才來為國醫效力。

(5) 以民國時期影響巨大的梁啟超被西醫生割錯腎臟一案為例，雖然梁 1926 年 6 月 2 日專門在《晨報副刊》上發表了聲明來為西醫辯護，但實際上他不僅抱怨過西醫，也不斷尋求中醫生的幫助。

西醫及西醫院系統作為一個專業集團的力量還比較薄弱，其影響力主要及於少數地區與少數人口（龍偉 2011，59-64）⁶，並不能有效影響社會；同時，中西醫之間存在的幾乎無法調和的矛盾，也使一個具有內部統一性的專業集團無法真正形成。

19世紀末西醫學在歷史中發展出來的專業權威和專業體制以及近代醫學家長制下的醫患關係的形成，經歷了一個多種因素相互配合、彼此推動的漫長過程，在這些條件都不具備的情況下，中國的醫學和醫生無法建立起專業權威，也無法真正改造國人的醫療習慣。

民國時期很多學者都談到了現代病人或者有資格的病人的問題（胡適 2012，序言4），所謂“有資格的病人”，在當時的觀念中具有如下要件：第一，對醫生和醫學要有信仰、服從與耐心；第二，要能接受醫院作為醫療的主要場地並遵守醫院的規矩。余雲岫在其《如何使中國科學醫之普及》一文中高呼：“傳統中國病人本就是「醫學革命」的主要對象，西醫師當致力教育民眾如何做一個「現代的病人」。……傳統的醫病關係，使得教育「現代病人」的工作極難推行。在生存壓力之下，醫家每每放棄教育民眾的責任，而順應著民眾錯誤觀念。如果國家束手旁觀，放任病人自行擇醫，在這四種結構性力量的彙聚之下，醫學革命全面成功之一日，勢必遙不可及。”（轉引自雷祥麟 2005，491-492）這種觀念的出現，尤其是余氏對“病人自行擇醫”現象的專門批判，恰恰說明其時中國的醫患關係和病人權利狀況主要還是傳統式的。

(6) 截至 1935 年，全國登記在冊的西醫師不過 5,390 人，不僅在人數上遠遠少於傳統醫生，區域分佈也極不均衡，主要集中在東南地區和大城市，如江蘇和廣東兩省西醫師總數就佔全國 48.5%，上海一市就佔全國總數的 22%，內陸和農村地區都主要還是傳統醫學的天下。

三、新中國成立初期醫患關係的政治化改造

中共掌權之後，中國社會的醫患關係繼續演變。其中，醫療衛生逐漸轉變為公共事務，由國家統一規劃和管理的衛生所、醫院等逐漸成為醫療活動的主要空間，是新中國醫患關聯式結構發生根本性轉變最重要的因素。相對而言，中醫學的科學性問題，在經歷了建國初期廢止中醫的小插曲，國家將醫學發展戰略明確為“中、西醫並舉”之後，就不再具有特別重要的影響了。

50年代公辦醫療制度的實現是國家大規模社會主義改造的一個部分。舊中國的政府醫院、教會醫院都被收歸為社會主義國有醫院，原來的私立醫院和私人開業醫生，則經過公私合營改造陸續進入“公辦”序列。但這並沒有改變“廣大農民缺醫少藥、得不到醫療”的現實，1965年，毛澤東發表了著名的“6.26”指示，他將現實衛生工作中的缺陷賦予了鮮明的政治意義，甚至將當時的衛生部命名為“城市衛生部或城市老爺衛生部”。用以解決問題的辦法，是通過培養、啟用農村赤腳醫生的辦法迅速解決醫療供給的需要。到上世紀70年代，全國赤腳醫生總數已達180萬，加上350萬衛生員和70多萬接生員，中國農村彷彿冒出了一支新的鄉醫大軍，就近為廣大農村人口提供便捷的醫療服務（周其仁2008，65-66及70）。

這種“新鄉醫”的醫療組織模式，一方面繼承了中國傳統的鄉土社會信任，通過土洋參用的技術組織和行走在田間屋頭的服務模式，化解了病人與現代醫學專業制度之間的隔閡；另一方面，則被附加了基於“為人民服務之國家行動”的政治正確性，使病人對醫院和醫生的信任與愛戴和他們對黨和毛主席的信任與愛戴結合起來，醫患雙方因此在一種強烈的階級情感中實現了連結與合作（于淑芬1966，6-8），病人在醫療過程中經由特定的政治身份——接受服務的“人民群眾”——而獲得了某種平等地位和一定的話語權。

但這一歷史時期的醫學改造運動給醫學專業活動賦予的政治含義過於強烈，將醫生的組織管理、醫學知識的學習和教育，乃至於疾病的原因解釋和具體醫療技術的使用都轉化為政治行動（吳江縣革委會衛生局 1976，4-6；顧文海等 1975，65-66；韓孕三 1975，26-27、30），病人的權利和要求也需要經過“科學”和政治正確性的檢驗、解釋、說服和改造。政府權威的支持亦是醫療活動在面對病家質疑時能夠得以實行的重要條件，按照醫生自己的話來說，是“黨的支持和群眾的信任”保障了醫療活動的順利實施。當病人不符合“醫學科學”或者“政治先進性”的意願被視為某種需要改造的物件時，很難說這種醫患關係是真正平等的或者所患者的權利得到了尊重。

在病人與家庭的關係方面，隨著帝制時代的社會禮法秩序和家庭權力結構被打碎，尤其是女性的地位有明顯的提高，病人在自己的醫療生活中所遭受的傳統家長制的束縛有所鬆動，但這些都並沒有在本質上改變以家庭整體作為醫療事務主體的結構。政治話語並不能消解一切原有的倫理結構，尤其是當人們的日常生活主要還是以家庭為基本單位來組織的情況下，在前引于淑芬的文章和熊學曾等（熊學曾等 1965，338-342）的文章中，各自記錄了一個難產手術急診病例，每個案例中都明確提到了手術是在“獲得家屬同意”的情況下實施的，這說明家屬參與甚至決定醫療的權力結構一直得到了延續。雖然在這些案例中已經看不到那種可決人生死的封建家長權，但病人家屬態度的轉化，未見的是因為對個人權利的尊重和認同，可能更與對專業醫療行動內涵的科學和政治上雙重的正確性的服從有關。換言之，個人因為自己作為人民群眾的一員而獲得的無差別的集體政治支援，構成了他們對抗傳統家庭權力結構的依靠。這一點在後來的歷史浩劫中進一步極端化，在一切傳統的社會和家庭秩序都被打倒的大環境下，可以想像病人的權力將會如何衝破甚至打碎原有的家庭結構，然後臣服於另外一種專制力量之下，在此不再贅述。

簡言之，新中國成立的最初 30 餘年中，強有力的國家政治結構曾經完全統合了醫患關係，基於集體主義的平等話語賦予了病人一定的權利，但它們和醫生的義務一樣，都必須經過科學正確性和政治先進性的檢驗才能夠發揮作用，否則就會成為被改造的對象。醫療的家庭干預雖然已經喪失了基於封建家長制的合理性，但家庭作為一個整體所體現出來的意志，仍然會在其本身符合政治正確性要求的情況下獲得一定程度的尊重。

四、結語

對中國歷史的回溯就在這裡暫時告一段落。回溯歷史的目的始終指向現在，20 世紀 80 年代開始，中國醫學倫理學受到了西方話語的第二次衝擊，西方現代意義上的個人主義病人自主權概念開始進入中國大陸地區，並在今天形成了各種理念百家爭鳴的熱鬧局面。但在今天的討論中，很容易出現的問題就是將病人自主權概念放在中與西、古與今、傳統與現代、理論與現實的不同層面分別進行概念化演繹甚至是對抗性的理論比較，而忽視了諸因素之間複雜的互動關係，以及導致這些概念出現並發揮作用的歷史環境。

例如，我們現在很容易將西方病人自主權理解為個人主義的規範倫理學概念，並進而將其與中國的病人家庭自主權對立起來。但事實上，個人主義自主權概念在西方世界出現的時間也不算很長（Katz 1984，2-3），在 19 世紀末之前的漫長歷史中，封建家長制以及社會上層病人掌握醫療主動權，才是醫療生活的常態。十九世紀以後，隨著醫學專業化、醫院制度和醫生專業組織的逐步完善，醫學專業權威和醫學家長制才正式形成。倫理實踐的變化就更加複雜，雖然早在 1914 年，“施倫多夫對紐約醫院學會案”（Schloendorff VS Society of New York Hospital，N.Y. 1914）中，法庭裁決就確立了基於身體不受他人侵害的權利之上的病人同意權（紐約上訴法院 1914），但直到 20 世紀 70 年代早期，美

國的醫生向病人隱瞞其癌症的診斷而代之與家屬溝通都是非常常見的現象，雖然這個時候《病人權利憲章》已經正式制定出來並向全社會公佈。即使在今天，美國很多州的醫生所需要披露的仍然只是“根據專業標準通常情況下需要提供的資訊”（斯坦福百科全書 2011），而不是通常所想像的那種患者個人決定需要或者想要獲得的資訊。在另一方面，雖然在法律上有能力的病人做出醫療決策的權利是獨立的，但美國的家庭也是被家庭成員之間相互的義務、責任和情感的網路捆綁在一起的整體（Nelson et al. 1995, 179），家屬也仍然在醫療決策中扮演著重要的角色。

如果對西方的誤讀主要影響的是學術形象，那麼對中國自身情況的誤讀則有可能給實踐帶來很大的困擾。例如，邱仁宗先生 1987 年發表的文章是大陸地區最早提出病人自主權概念的文獻之一，他認為“我國醫學長期以來也是這種家長或醫患關係模型”，並以病人自主權作為反對這一模型的主要工具（邱仁宗 1987, 27-28）。這一理解是對歷史和當時狀況的雙重誤判：中國古代長期存在的醫患關係模式是整合在社會禮法秩序下的病家主導制，八十年代中國醫生的權力則更多是由醫療行政化和傳統人際關係法則促成，而不是西方式的醫學家長制和專業權力體系。以西方式的病人自主權反對西方式的醫學家長制是其題中應有之義，但如果想要用它來解決中國臨床實踐中的病人權利問題，則有可能無法起到理想的效果。事實上，從 1982 年頒佈的《醫院工作制度》、1994 年頒佈的《醫療機構管理條例》、2002 年頒佈的《醫療事故處理條例》2005 年頒佈的《執業醫師法》和 2016 年的《侵權責任法》，都在國家法律法規的層面明確了病人擁有知情同意權，但它們在如何維護病人的自主權、正確界定醫生的干涉權以及如何處理家屬的干預權等方面的規定卻一直都含糊曖昧。其深層的原因就在於，那種基於個人主義權利體系下衍生出來的病人自主權，既不符合中國醫學倫理生活傳統，也與中國目前的醫療制度和社會法制體系不完全合拍。

進入二十一世紀之後，隨著中國的醫患關係逐漸惡化，病人自主權和醫生干涉權之間關係變得越來越複雜。隨著自主權的概念逐漸普及，病方對於醫生應該如何更好地履行知情同意、尊重個人自主選擇和保護病人的最大利益等提出了越來越高的要求，醫療界也做出了積極的回應。但與此同時，中國病人的自主權又出現了濫用的趨勢，在總體上比較糟糕的醫患關係和受到外部權力因素過多干預的情況下，有越來越多的醫生開始採取自我保護的醫療措施，把對自主權的尊重變成了推卸責任的手段。近年來醫學倫理學和法學界興起的對醫生干涉權，尤其是醫生實施緊急干預的具體規則的討論，本質上都是想要進一步明確醫生與病人之間的專業權責關係，這仍然還是中國醫學現代化和專業化變革的延續。在病人與家庭的關係方面，因為外部環境壓力如醫療仍然高度依賴家庭的經濟和人力資源、社會觀念傾向於低估老年患者的能力或對告知壞消息的後果做出負面評價，以及中國傳統的家庭倫理價值觀等因素（廖鋒等 2014，543-545），臨床上醫生還是很容易忽視病人的自主性而轉向與家屬合作，在某些情況下甚至形成了醫生與家屬合謀侵害病人權利的現象（丁春艷 2007，29-34）。近年來一系列被廣泛傳播和報導的案例，如 2007 年的產婦丈夫拒絕簽字案和 2017 年產婦跳樓案，都引發了公眾和專業人員對中國病人尤其是處於弱勢地位的病人（例如老人和女性）的自主權和醫療利益保護狀況的擔憂。

如何解決這個難題是目前中國醫學倫理學最重要的議題之一，歷史反思也許不能告訴我們什麼是最正確的方法，但卻足以向我們指出諸多需要避免的陷阱：中國的病人自主權問題是在漫長的歷史過程和複雜的社會背景中形成的，它內在的觀念結構與現代西方的“病人自主權”概念有巨大的差異，也與我們在與西方理論對話過程中形成的概念化理解不完全相符；這一問題在中國的發展或難題的解決，是傳統倫理觀念、社會生活方式和政治結構在一定的歷史條件下綜合作用的結果，所以就不可能通過任

何單一化的理念引進、制度改造或者政治運動就可以解決的。必須把自己的思考投入到那個歷史與當下、理論與現實、中國與西方糾纏在一起的世界，才有可能發現問題的癥結並找到正確的方向。

參考文獻 References

- 于淑芬：〈紅在農村，專在農村〉，《遼寧醫學雜誌》，1966年，第1期。YU Shufen. “Loyalty to the Party in the Countryside,” *Journal of Liaoning Medicine*, 1 (1966).
- 于廣哲：〈唐宋民間醫療活動中灸療法的浮沉——一項技術抉擇的時代背景分析〉，《清華大學學報》，2006年，第1期。YU Gengzhe. “Vicissitudes of Acupuncture Therapy in Folk Medical,” *Journal of Tsinghua University*, 1 (2006).
- 王孟英（清）：《王孟英醫學全書》，北京：中國中醫藥出版社，1999。WANG Mengying (Qing Dynasty). *The Collected Medical Works of Wang Mengying* (Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine, 1999).
- 丁春艷：〈由誰來行使知情同意的權利：患者還是家屬？〉，《法律與醫學雜誌》，2007年，第14卷，第1期。DING Chunyan. “Who Should Exercise the Right of Informed Consent: Patients or Family Members?” *Journal of Law and Medicine*, 14:1 (2007).
- 左玉河：〈學理討論，還是生存抗爭——1929年中醫存廢之爭評析〉，《南京大學學報（哲學·人文科學·社會科學）》，2004年，第5期。ZUO Yuhe. “Academic Discussion or Survival Struggle: Evaluate and Analyze the Debate about the Preservation and Abolishment of Traditional Chinese Medicine in 1929,” *Journal of Nanjing University (Philosophy, Humanities and Social Sciences)*, 5 (2004).
- 皮國立：〈所謂“國醫”的內涵——略論中國醫學之近代轉型與再造〉，《中山大學學報（社會科學版）》，2009年，第49卷，第1期。PI Guoli. “Connotation of the So-called ‘National Medicine’: A Brief View of Modern Transformation and Reconstruction of Chinese Medicine,” *Journal of Sun Yatsen University Social Science Edition*, 49:1 (2009).
- 皮國立：《國族、國醫與病人：近代中國的醫療與身體》，臺北：五南圖書出版有限公司，2016。PI Guoli. *Nationality, National Medicine and Patients: Medicine and Body in Modern China* (Taipei: Wu-Nan Book Inc., 2016).
- 周其仁：《病有所醫當問誰》，北京：北京大學出版社，2008。ZHOU Qiren. *Who Should Be Responsible for the Goal of Universal Access to Health Care?* (Beijing: Peking University Press, 2008).
- 邱仁宗：〈醫生的義務和病人的權利〉，《醫學與哲學》，1987年，第7期。QIU Renzong. “Physicians’ Duties and Patients’ Rights,” *Medicine & Philosophy*, 7 (1987).

- 胡適：〈1936年中譯本序〉，載於亨利·西格里斯特：《西醫文化史：人與醫學》，朱曉譯注，海口：海南出版社，2012。HU Shi. "Preface to 1936 Chinese Translation," contained in *Man and Medicine* by Henry E. Sigerist, translated by ZHU Xiao (Haikou: Hainan Publishing House, 2012).
- 徐大椿：《徐靈胎醫學全書》，趙蘊坤校勘，北京：中國中醫藥出版社，1999。XU Dachun. *Collected Medical Works of Xu Lingtai*, collated by ZHAO Yunkun (Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine, 1999).
- 祝平一：〈藥醫不死病，佛度有緣人：明、清的醫療市場、醫學知識與醫病關係〉，《中央研究院近代史研究所集刊》，2010年，第68期。ZHU Pingyi. "The Medical Market, Medical Knowledge and Doctor-Patient Relationship during Qing and Ming Dynasties," *Collected Papers of Institute of Modern History, Academia Sinica*, 68 (2010).
- 程國斌：〈“仁術”與“方技”：中國傳統醫患關係的倫理現實〉，《中外醫學哲學》，2010年，第8卷，第1期。CHENG Guobin. "The Art of Benevolence and the Skillfulness of Medicine: Physician-Patient Relations in Traditional Chinese Medicine," *International Journal of Chinese & Comparative Philosophy of Medicine*, 8:1 (2010).
- 程國斌：〈醫在天官：中國古代醫學的知識論地位及其與道德的關係〉，《中外醫學哲學》，2013年，第11卷，第1期。CHENG Guobin. "Medicine in the Hands of Celestial Offices: Medical Epistemology in Ancient China and its Relation to Morality," *International Journal of Chinese & Comparative Philosophy of Medicine*, 11:1 (2013).
- 費俠莉：《繁盛之陰》，甄橙主譯，南京：江蘇人民出版社，2006。Charlotte Furth. *A Flourishing Yin*, translated by ZHEN Cheng, et al. (Nanjing: Jiangsu People's Publishing, Ltd, 2006).
- 愛德華·薩爾塔主編：〈“知情同意”詞條〉，《斯坦福哲學百科全書》，2011。https://plato.stanford.edu/entries/informed-consent/#Con. Edward N. Zalta (ed.). "The Term 'Informed Consent'," *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, (2011). https://plato.stanford.edu/entries/informed-consent/#Con.
- 雷祥麟：〈負責任的醫生與有信仰的病人〉，載於李建民主編：《生命與醫療》，北京：中國大百科全書出版社，2005。LEI Xianglin. "Physicians with Responsibility and Patients with Faith," edited by LI Jianmin. *Life and Medical Treatment* (Beijing: Encyclopedia of China Publishing House, 2005).
- 廖鋒、張棟、何靜等：〈制約患者自主知情同意的因素研究〉，《中國醫學倫理學》，2014年，第27卷，第4期。LIAO Feng, et al. "Study on the Factors Restricting Patient's Informed Consent," *Chinese Medical Ethics*, 27:4 (2014).
- 熊學曾、章紹南、陳成鎰：〈出診到農村施行急救手術〉，《中級醫刊》，1965年，第1期。XIONG Xuezheng, et al. "Going Out to the Countryside for Emergency Surgeries," *Chinese Journal of Medicine*, 1 (1965).

- 龍 偉：《民國醫事糾紛研究（1927-1949）》，北京：人民出版社，2011。
LONG Wei. *Study on Medical Disputes of the Republic of China (1927-1949)* (Beijing: People's Publishing House, 2011).
- 謝松齡：《陰陽五行與中醫學》，北京：中央編譯出版社，2008。XIE Songling. *Yin-yang, Five Elements, and Traditional Chinese Medicine* (Beijing: Central Compilation & Translation Press, 2008).
- 韓尠三：〈當赤腳醫生，就要堅持“赤腳”〉，《青海醫藥雜誌》，1975年，第5期。HAN Gasan. “Stick to ‘Barefoot’ if being a Barefoot Doctor,” *Qinghai Medical Journal*, 5 (1975).
- 顧文海、陳梅桂、張思玉：〈實踐出真知——批“醫不三世，不服其藥”〉，《江蘇醫藥》，1975年，第5期。GU Wenhai, et al. “Practice Makes Perfect: A Critique of ‘Rejecting Medicines from Doctor not Coming from Three Generations’,” *Jiangsu Medical Journal*, 5 (1975).
- 吳江縣革委會衛生局：〈赤腳醫生與醫務人員定期輪換〉，《江蘇醫藥》，1976年6月。Wujiang County Revolutionary Committee Health Bureau. “The Regular Rotation of Barefoot Doctors and Medical Professionals,” *Jiangsu Medical Journal*, (June 1976).
- 紐約上訴法院：Mary E. Schloendorff 訴紐約醫院學會案判決書，1914年4月14日，
<http://academic.udayton.edu/LawrenceUlrich/schloendorff.htm>。Court of Appeals of New York. Mary E. Schloendorff, Appellant, v. The Society of the New York Hospital, Respondent, April 14, 1914. <http://academic.udayton.edu/LawrenceUlrich/schloendorff.htm>.
- Chao, Yuan-ling. “The Ideal Physician in Late Imperial China, East Asian Science, Technology, and Medicine,” *East Asian Science Technology & Medicine*, 17:66-93 (2000).
- Katz, Jau. *The Silent World of Doctor and Patient* (New York: Free Press, 1984).
- Nelson, Hilde Lindemaiin and James Lindemann Nelson. *The Patient in the Family: An Ethics of Medicine and Families* (New York: Routledge, 1995).
- Activities of Tang and Song Dynasties: “An Analysis of the Time Background of a Technological Choice,” *Journal of Qinghua University*, 1 (2006).