

疫區、口罩與無症狀感染者——
新型冠狀病毒疫情如何破壞了
我們的公共生活
Epidemic Areas, Masks, and
the Asymptomatic—How
Covid-19 has Hurt our Public
Life

程國斌

Cheng Guobin

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.

本文是基金專案：江蘇省公民道德與社會風尚協同創新中心、江蘇省道德發展智庫階段性成果，東南大學中央高校基本科研業務費專案“抗擊新冠肺炎過程中的醫學職業倫理精神與國際社會倫理表現研究”成果（3213005413）。

《中外醫學哲學》XVIII:1 (2020年)：頁 5-25。
International Journal of Chinese & Comparative Philosophy of Medicine XVIII:1 (2020), pp. 5-25.

© Copyright 2020 by Global Scholarly Publications.

摘要 Abstract

新型冠狀病毒疫情所帶來的巨大的、彌散的、不確定的威脅，使社會公共生活中人們熟悉和信賴的關係與界限變得模糊。在這種情況下，人們最需要的就是發現“敵人”，重新為人際關係和公共生活找到確定性。在精準、高效的科學檢測手段獲得普及之前，人們不得不選擇簡易的標籤化方法進行區分。疫區標籤是通過清潔與污染的劃分來保護現有的正常生活秩序，但在找到敵人的過程中有可能造成對無辜者的誤傷；口罩標籤的使用則首先指向了人群的區分與界限，是想要在混亂之中先找到群體邊界和歸屬感，但有可能會轉變為主動去創造敵人。這些手段的根本目的都是為了實現自我保護，但在這樣的利害關係考量之外，還存在著某種個人對他人和公共生活的普遍義務，只有我們能夠在生存危機的巨大壓力下選擇堅持這一道德義務，才能為戰勝疫情奠定真正的希望。當代的公共生活是一個緊密地彼此關聯、密切交通、相互滲入和共生性的整體，但這個共同體本身是十分脆弱的，在巨大的安全壓力之下很容易滑向分裂與隔離。新型冠狀病毒疫情既是一次嚴峻的挑戰，又是一次重要的演習，我們需要在其中學到足夠多的經驗，為未來可能出現的更大危機做好準備。

The huge, diffuse, and uncertain threat brought about by the Covid-19 epidemic has blurred familiar and trusted relationships and the boundaries of public life. Under such circumstances, what people need most is to uncover the “enemy” and regain certainty in interpersonal relations and the public sphere. Before the popularization of accurate and efficient scientific detection methods, people used simple labeling methods to tell concepts apart. Labeling epidemic areas protects the status quo by demarcating cleanliness from pollution, but in finding the enemy, doing so may cause accidental injury to the innocent. Labeling masks allows distinctions in the crowd so that group boundaries

and senses of belonging can be found in chaos. However, such labeling may lead to the creation of enemies. The fundamental goal of these methods is self-protection. Nevertheless, in addition to such considerations, individuals have a wider moral obligation to others and to public life. Only by choosing to adhere to our moral obligations under the enormous pressure of a survival crisis can we find true hope to defeat the epidemic. Contemporary public life is a symbiotic community that is closely related, in close communication, and mutually enmeshed. Such a community is very fragile, and it can easily slip into divisiveness and become isolated under huge security pressures. The Covid-19 epidemic is not only a serious challenge, but also an important exercise. We need to learn enough to prepare for greater crisis that may arise in the future.

【關鍵字】 新型冠狀病毒感染 公共生活 危機

Keywords: Coronavirus infection, public life, crisis

2020年4月1日，聯合國秘書長古特瑞斯（Antonio Guterres）表示，2019冠狀病毒疾病（COVID-19）大流行是自二次世界大戰以來最嚴重的全球危機。截至2020年6月12日，全球已經累計確診超過750萬例，死亡病例超過40萬（各統計管道資料不一），全球範圍內的經濟、政治和社會生活都受到得極其嚴重的影響。此次疫情引發的危機是一個複雜的綜合現象。其中有一部分是疫情作為一個突發的外部因素對原有的社會生活造成擠壓，使原來就存在的各種差異、斷裂和衝突被放大或極端化，例如長期以來一種困擾著人類的貧富差距問題、醫療衛生資源配置不公正問題、文化價值觀衝突和種族歧視問題、國際合作與國際衝突問題，等等。另外一些問題，則是因為傳染病進入原有的生活世界，對其內在結構和秩序造成傷害並進而引發的割裂與衝突，例如：防疫措施與個人自由的衝突、患病群體與健康人群的撕裂、公共健康安全與社會經濟安全之間的對抗，等等。很多學者和觀察家都認為此次疫情對我們的世界所造成的影響是根本性的，並且在政治、經濟、文化和科學的高度對其做出了宏大的綜合分析。

本文在此是想轉入一個更加微觀的維度，即探究傳染病怎樣對社會生活的基本結構發揮影響，以及我們是如何做出應對的。

一

所有的疾病都會通過對人類生命健康和安全的威脅和傷害，造成個人生活、人際關係和社會生活的諸多問題，而傳染病在社會群體層面造成的影響更加直接。雖然很多常見病（如高血壓、糖尿病）和地方性流行病（如地方性甲狀腺腫）都會在群體維度上形成壓力，但這些疾病的發生、發展都局限於每個病人自身之中，傳染病則更多體現出主體間互動的結構特徵，即疾病會從一個人傳染給另外一個人並有可能造成群體大範圍的感染。這會造成人們對不同類型疾病認知的差異：對前者來說，疾病在個體層面上是內含於“人在世界中”這一基本存在狀態之內，但在群體性的層面上卻可以將其視之為一個外來者，即個體疾病狀態外在於正常的社會生活整體；傳染病在個體層面上是受到了外部致病因素的“侵入”和“感染”，但在群體層面上卻耦合在人群社會生活的基本結構之中，只有從群體生活和人際互動中逃離出來才可以避免被感染。

與那些同樣危害嚴重但人類社會已經比較熟悉的傳染病不同，新型冠狀病毒疫情是一種更麻煩的傳染病。這種麻煩來自於病毒自身的特性，主要包括傳染性和病死率、傳播方式、傳染源的特徵，以及人群易感性等。但新型冠狀病毒的流行病學特徵是其（持續演化和改變著的）自然屬性和人類社會應對行動共同作用的結果，有關這種疾病的知識在不斷地更新和修正，所以在目前還很難對其特徵做出準確的描述，這裡只能借助與目前已經產生的資料和過去經驗的比較來做出分析。

新冠病毒的傳染性和病死率目前還處在變化的過程中，對其進行評估不妨以兩種人們更加熟悉的疾病作為參考：季節性流感

和 SARS。總體而言，新型冠狀病毒的傳染性高於 SARS 低於流感，病死率高於流感而低於 SARS。¹病毒性傳染病都遵循一個法則：病死率越高則傳染性越低。這是因為較高的病死率會更快地減少傳染源數量，並且會因為死亡威脅較大而激發社會做出更加積極的反應，更容易形成防疫共識並更願意付出較大的代價。新冠病毒的病死率並沒有高到這樣一種程度，且在早期還顯示出了對老年人和具有基礎疾病人群的偏好，所以到底應該如何評價這種疾病的威脅以及為了遏制它應該付出多大代價，仍然存在著不少的爭議。事實上，進入 6 月以後，雖然這次全球大流行的趨勢並未放緩，在很多國家卻已經重新出現了反對嚴格隔離措施、要求重新開放的社會運動。但是，新冠病毒高於普通流感的病死率又使人們無法把它整合進日常生活的節奏。以季節性流感為例，每年發作並流行的季節性流感傳染性高且影響範圍巨大，因此喪生的絕對人數並不低，但因為其病死率很低（美國當季流感病毒感染者死亡率為 0.05%），與其他普通疾病相比並不突出，這使得社會公眾可以將其看作一種生活環境中的“正常”或“平均”的一般性健康風險因素而無需過於關注。新冠病毒感染的病死率，足以嚴重到迫使人們嚴肅面對，但又沒有足夠高到令他們將其視為目前的最大威脅並願意付出諸如放棄正常生活這樣的代價。

其次，作為一種呼吸道傳染病，新冠病毒會污染人們正常（無風險行為）的生活領域並將其變成一個威脅。首先，新冠病毒的

(1) 致死率的高低是一個相對概念，目前有關統計資料基於各個地區而有不同，在中國湖北和武漢（醫療資源極度緊張的情況下）處於偏高的死亡率（3.24-5.45%），但死亡率在湖北以外（積極干預的情況下）目前維持在 0.18%，在傳染病中屬於偏弱水準。其他國家的病死率還在持續的變動過程中，其中較高的資料有 3 月份意大利的 8.5% 和目前瑞典的接近 10%；較低的死亡率則如德國只有 0.3%。近 20 年來人類面對過的其他幾次嚴重傳染病疫情的病死率差異很大，伊波拉病毒死亡率約為 50%，在部分非洲疫區死亡率甚至高達 90%，MERS 死亡率 30%-40%，SARS 病死率在 10% 左右；甲型 H1N1 流感患者平均死亡率為 1.3%，美國當季流感病毒感染者死亡率為 0.05%。

主要傳染源是感染的患者，主要的傳播方式是經呼吸道飛沫和密切接觸傳播，但也存在氣溶膠傳播和糞口傳播的可能性；雖然目前對於環境中存活病毒的感染性還沒有明確的結論，但我們已經明確知道病毒可以在合適的污染環境中長期存活。所以，即使一個人沒有任何危險行為，只要與傳染源共處一個空間或者進入被污染（但無法辨識）的空間，就有可能遭遇感染威脅。在這種情況下，我們的親人、朋友、鄰人、同一地區的居民和日常環境等長期以來熟悉和依靠的東西突然變成了潛在的威脅，生活世界變成了一個在整體上瀰漫著不確定風險的陌生空間。

再次，新冠病毒感染者在其出現臨床症狀之前就已經具有傳染性，潛伏期傳染的時間視窗較大（目前報導最長的潛伏期高達22天）。並且，在所有感染者之中還有較高比例的無症狀感染者，而他們也有可能成為傳染源。嚴格來說，只有全過程均沒有症狀或者症狀很輕微以至於自己和他人無法有效辨識出來的才是無症狀感染者。²無症狀感染者的傳染性目前尚無準確結論，有一些學者研究認為他們具有傳染性，(Arons 2020) 但另外一些證據則表明他們的傳染性很低，或者可能不具備傳染性。³這種差異很可能來自於不同地區病毒毒株之間存在的差異，也有可能是因為檢測診斷標準不統一或研究方法差異的結果。將這些無症狀感染者從看起來健康的人群中找出來，往往是在出現確診病例之後再通過流行病學調查和各種技術手段進行反向追溯，又或者在一定區域內針對所有居民展開高品質病毒普查（主要是血清學抗體檢測

(2) 根據中國國家衛健委發佈的《新型冠狀病毒肺炎防控方案（第六版）》，無症狀感染者是指無相關臨床症狀（如發熱、咳嗽、咽痛等可自我感知或可臨床識別的症狀與體徵），呼吸道等標本新冠病毒病原學（通常指核酸檢測）或血清特異性免疫球蛋白 M（IgM）抗體檢測陽性者。

(3) 根據6月8日武漢市衛生健康委員會的通報，該市集中排查發現的300名無症狀感染者的樣本中均未培養出“活病毒”，且他們的密切接觸者1,174人核酸檢測結果均為陰性，說明武漢市目前發現的無症狀感染者沒有傳染性。參見：武漢市衛生健康委員會：我市300名無症狀感染者的病毒培養結果全為陰性，2020.06.08。

(http://wjw.wuhan.gov.cn/ztl_28/fk/tzgg/202006/t20200608_1372415.shtml)

和核酸檢測)。前者具有滯後性，後者的社會成本過於高昂且對強有力的行政體系高度依賴，所以目前在全球範圍內也僅有武漢一個地區實施了這一策略。並且，在全球範圍內疫情仍然十分嚴重且人員流動不能完全禁止的情況下，任何一個普查結果也僅僅具有階段性的意義。對普通公眾來說，發現無症狀感染者與潛伏期感染者都是不可能的任務，而他們都攜帶病毒這一事實又使人們很難忽略其具有的污染風險。所以，一般人的認識很容易泛化為：“在人群中持續存在著一批無法通過日常直觀方法和一般衛生手段進行辨識且存在不確定的傳染風險的感染者”。

最後，作為一種新出現且缺乏有效疫苗的傳染病，新冠病毒目前在全球範圍來說都是人群普遍易感的。在新冠疫情已經進入全球大流行（傳染源分佈極其廣泛）與遍及全球的高效率的交通網絡這兩個條件之下，再加上經濟和其他社會生活對國際交流與合作的高度依賴，疾病有可能借助不同地區之間疫情和防控壓力差，通過在不同區域之間來回傳遞而長期停留在人類世界中。就目前疫情在全球範圍內的整體發展趨勢來看，已經越來越呈現出向常規流行病和常態化防疫轉變的趨勢，而這就意味著人類無法將這一次疫情看作一次闖入歷史進程的嚴重意外，而是不得不去試著接受這個已經被病毒改造的世界和人類的生活。

二

蘇珊·桑塔格指出，在醫學中存在著一種“戰爭隱喻”，即人們將疾病描述成“敵人”，把對抗疾病描述為一場戰役。（蘇珊·桑塔格 2003，88）戰爭隱喻也出現在此次新冠疫情之中，我們把醫療和衛生行動視之為抗疫戰役，醫護人員視為戰士，並且謳歌在這場戰役中人們付出的艱苦卓絕的努力和偉大的犧牲。將抗擊疫情比作一場戰役是一種團結人心的好方法，其原理正如黑格爾指出那樣，敵人和戰爭的存在會震懾個體的孤立意識，使其

認識到自身作為整體成員之一的倫理性。(黑格爾 1997, 13) 但戰爭隱喻能夠成立需要一個前提，那就是敵人可以被辨識出來並且能夠做出清晰的敵我界分。在傳染病疫情的語境中，我們共同的敵人當然是病毒，但這種病毒卻寄身於我們的親人、朋友、鄰人和日常的生活環境當中，這就使得敵人很難被辨別出來並且與我們的朋友和戰友相區別。

在歷史上，人們常常通過將傳染病疫情“他者化”的方式將其與我們自己的生活世界隔離開來——“對瘟疫的通常描述有這樣一個特點，即瘟疫一律來自他處……在對疾病的想像和對異邦的想像之間存在著某種聯繫。”(蘇珊·桑塔格 2003, 121) 中世紀的歐洲社會將黑死病解釋為上帝的懲罰，是一種從人類的世界之上(之外)降臨的東西；在早期中國文化和醫學認識中，瘟疫同樣也是來自於天譴。(李化成 2007, 168-172; 于賡哲 2016, 168) 在中國明代具有自然主義精神的溫病學理論中，瘟疫的來源雖然不再是外在於世界的神秘力量，但考察吳有性指出病原是“天地間別有一種異氣(戾氣)”，(《瘟疫論》) 可以發現他們還是在“外在、不同、差別”等意義上將病原與正常的生活世界做出了區分。不論這種瘟疫來自於何處，也不論其蘊染成疾的內在原因是什麼(人們的原罪、對上帝不敬、體內正氣衰微或者道德敗壞)，瘟疫的爆發和流行本身都具有一個核心的特徵：這是偏離了正常的生活和正常的身心狀態的，所以這是一種外部性的邪惡！在現代傳染病學的基本原理中，病原微生物不再被看作是外在於世界的邪惡入侵者，但傳染病又常常與特定的地區和傳染媒介聯繫在一起，以維護人們對自我生存空間之正常性和控制感的需求。如“西班牙流感”這一名稱的出現，就是因為當時美國的新聞界需要找到一個明確標誌，好讓人們能夠認識到這一次流行與美國社會所熟悉的普通流感完全不同並且極其危險。(Dicke 2015, 195-217) 如果這種方法行不通，還可以將被感染的結果與某種邪

惡的、道德上異常的或者至少是存在道德疏忽的生活方式聯繫在一起，如性交易與梅毒、同性戀與 AIDS、糟糕的飲食衛生習慣與甲肝等。將傳染病疫情歸咎於外部來源或者將其與越軌/錯誤/魯莽的行為聯繫在一起，有助於人們獲得某種情感安撫，即這種疾病是源於正常生活之外的，是某種意外而非常規的或必須要承擔的命運，並且進一步提供了某種希望，即，邪惡的疫病不會傷害到那些“正派的人”。

從患者處於一種令人感到威脅和懼怕的存在狀態而對其進行排斥，是其所面對的第一重傷害；像愛滋病和梅毒這類的傳染病則帶來了第二重傷害，即，病人的邪惡不僅僅在於他們對我們構成了客觀的健康威脅，還在於他們具有某種主觀上的惡意。

“污染者總是邪惡的”(蘇珊·桑塔格 2003, 121)，這種觀念有助於人們消解自身對患者(弱勢群體)的愧疚感和負罪感。雖然已經有越來越多的研究者開始積極反對傳染病的污名化，但這種現象仍然非常頑固的反復出現。(Fischer 2019, 989-994) 在此次新冠疫情當中也出現了諸多硬要給這次疫情找到一個“邪惡源頭”的努力，從最早出現的有關新冠病毒是因為吃蝙蝠而進入人類社會，到後期各種有關“生化武器”、“人工合成”、“實驗室事故”的謠言都源於此。而無症狀感染者的存在是對這種努力的一個辛辣的諷刺，使我們對污染者進行道德譴責的企圖落空。如果一個人知道自己已經被感染卻拒絕採取任何隔離措施，我們可以確定其具有某種主觀惡意(惡意傳播或者惡意疏忽)並對其進行譴責和懲罰，很多國家對已知感染者不遵守隔離均規定予以法律懲處就是基於這一原理。但無症狀感染者卻是徹底的無辜者，因為他們不知道也無從知道自己具有傳染危險，所以其造成的後果完全不具有主觀惡意。並且，無症狀感染者的存在使真正的清潔者也很難擺脫被污染者的標籤，除非他願意支付極高的成本——不斷地主動做核酸檢測並且願意接受隔離檢疫，這會把大量的無

辜者（換言之他們應該是這場抗疫戰鬥中的朋友）都劃入危險者的群體，而這就使得我們對污染者的道德譴責變得更加不公正。

在新型冠狀病毒疫情造成的巨大威脅和不確定性當中，人類社會產生了一種極其強烈的心理需要：去找到並標記出敵人。但病毒本身是道德中性的，我們也無法心安理得地將患者判定為邪惡者，因為幾乎所有的人都是易感人群，而且大多數被污染者都是在其正常生活甚至在對抗疫情的過程中無意識地被感染和去感染其他人。目前由世界衛生組織主導的病毒溯源工作，一方面是不得不迎合這種巨大的群體性焦慮，另一方面又是在不停地試圖去驅除隱含於其中的敵意。所以，他們一方面通過各種科學手段來反駁病毒人造論，即論證這種疾病的出現不存在具體的主觀惡意，⁴ 另一方面，則試圖將對疫情來源的議題導入到一種科學和理性的話語中，如將尋找零號病人的目的確定為弄清病毒是如何傳入人類社會以及發現疫情在不同國家和地區具體傳播路徑。但以目前的情況來看，這種試圖將敵人客觀化和道德中立化的努力遇到了巨大的困難，人們仍然還是習慣於通過疾病道德化的方式來識別和標記敵人，或者相反，將自己原有的敵人捆綁到這種邪惡的疾病身上。

三

在此次疫情中全人類共同的敵人當然是病毒，但在任何一個具體的防疫和醫療情境中，卻不得不承認這時的直接威脅是具有傳染性的人或物，所以此刻最首要的任務是鑒別和找到這些被污染者。新冠病毒對鑒別手段的有效性和實用性提出了很高的要求：首先，該方法在科學和技術上應該是靈敏而又準確的，目前可以採取的檢測手段主要包括：血清學抗體檢測，準確度和靈敏

(4) 新華社：新聞分析：為什麼“新冠病毒人造論”站不住腳，2020.04.22。
(http://www.xinhuanet.com/world/2020-04/22/c_1125891652.htm)

性最好，但這種檢測具有滯後性，無法用於對早期檢測和防疫；核酸檢測，準確度和靈敏性都存在一定缺陷，但可用於早期篩查尤其適用於發現無症狀、症狀輕微或者症狀不典型的感染者；流行病學調查，準確性較差，但它針對的是對風險機率的評估，所以在用於早期發現和群體防控方面具有很大的優勢。至於其他手段，如體溫監測和症狀自我評估等，在此次疫情中所能夠發揮的作用是很有限的。但問題在於，如果從社會行動和公共安全的維度去考察就會發現，所有技術手段的實施都受到了成本的嚴格限制，尤其是當疫情已經進入全球大流行階段之後。因此，技術手段是否足夠方便、便宜和可普及便成為重要的指標，一種精確但成本高昂的技術方案很難在大規模社會行動中使用。同時，為了在今天的總體政治和經濟環境中獲得被批准的可能性，技術方案還必須具有足夠的可見性和可理解性，即檢測的原理、方法、過程和結果越容易被普通大眾所理解，就越容易獲得支持。這也是體溫監測手段在疫情期間被廣泛採用的原因：它足夠的方便、便宜且不需要複雜的專業訓練就可以準確操作，也不需要任何專業知識就可以理解其檢測結果的意義。

下面，將分別就兩種在現實中被廣泛使用的手段做出分析：

（一）疫區

疫區是一個嚴格的法定概念，劃定疫區主要是一種疫情防控的手段，但在精準檢測的技術方案無法被廣泛實施的前提下，疫區這一概念就又獲得了鑒別和貼標籤的功能。

在《中華人民共和國傳染病防治法》中對疫區做出了清晰界定：“疫區：指傳染病在人群中暴發、流行，其病原體向周圍播散時所能波及的地區。”在這個定義中，疫區是由其內在本質——病毒或病菌所能傳播的地區來界定的。如果按照這個定義，可以把疫區想像為一個邊緣不確定、內部不均勻的動態變化的雲霧圖，其範圍大小、邊界和變化方式受到疫病傳佈方式、傳染源的

活動空間和活動方式、外部環境條件和疫情防控措施等諸多因素的影響。但是，在該法第四十三條規定，當甲類、乙類傳染病暴發、流行時，各級人民政府均具有按照一定的法律程式“宣佈本行政區域部分或者全部為疫區”，可以對出入疫區的人員、物資和交通工具實施衛生檢疫措施，並且可以決定對本行政區域內的甲類傳染病疫區實施封鎖。”⁵ 所以，劃定疫區的法律規定實際上是根據現有行政區域來實施的。

將某個空間區域劃定為疫區的道理在於：首先，如果某種疾病的危害足夠大且處於爆發和流行階段，某個特定區域記憶體有的傳染源數量足夠多，就使得該區域之內大多數正常生活活動都具有較高的病原接觸機會，疫區內的傳染風險已經成為某種彌散分佈的背景性風險。其次，由於傳染源群體會自我增殖、不斷擴張，所以無法通過攤薄傳染源濃度的方式降低環境風險，疫區的設定和管控可以使高風險因素局限化，防止高其流出並污染其他區域。通過行政區域來劃定疫區的策略也具有一定的合理性，因為病毒攜帶者的活動本身受到行政區域和交通方式等因素的影響，以行政邊界來劃定疫區的邊界並施以相應的區域管控措施，最有利於實現對該區域內部的人群有效管控，同時，也最有利於對出入這個空間（因此有可能受到污染）的人群做出清晰的辨識和標誌。

但是，在那些身處疫區之外的普通人看來，疫區是一個高度抽象、指向群體且過於明顯的標籤。疫區概念中“病原體向周圍播散時所能波及的地區”這一本質性規定已經被抽空，所有生活在或者出入於其中的人都無差別地被標記為潛在的風險源。這是以人的外部規定性（居住地）而非其內在特質（是否被感染）對其做出判斷，當然是不夠科學和準確的做法，但從社會行動的成

(5) 《中華人民共和國傳染病防治法》，2013年6月29日修訂。

本/效率考量——不僅對疫區相關人員做出精確的個體化的風險判斷的成本過高，現有檢測手段、社會管控措施和人的行為固有的不確定性，以及疫情本身傳播演進的動態性，——都使得利用疫區來標誌特定人群並制訂應對策略成為了一個在社會行政系統維度上效率最佳的選擇——行政成本低、操作簡便、指標明確、可執行性較好。但問題在於，標籤一旦被貼上就很難完全清除，在疫情的整體狀況沒有發生根本性改變或者發明了某種高效的簡易區分手段之前，有疫區概念賦予人們的高風險背景是無法通過“安全證明”（如健康碼或者核酸檢測證明等）而完全消解的，他們往往不得不長期背負著危險的污染源的污名。再加上當代社會的人口流動難以追蹤，以及個人行為和信用的不確定性，疫區標籤還常常會發生不恰當的延伸，例如在此次疫情期間和管控剛結束時很多地方都出現了對湖北籍人員的歧視。

（二）口罩

在此次疫情中不同國家和地區對口罩的態度存在著巨大的差異。在中國內地政府和公眾對佩戴口罩的意義具有較高的共識，很多省份在1月底疫情剛爆發時就頒佈了公共場所必須佩戴口罩的硬性規定，而公眾對此普遍持有較高的認同和遵守。國內疫情逐漸獲得控制之後，對佩戴口罩的要求開始有所放鬆，但直到5月26號中國衛健委發佈《關於印發公眾科學戴口罩指引（修訂版）和夏季空調運行管理與使用指引（修訂版）的通知》中，還是對特定的“重點人員”、“職業暴露人員”和高風險場景提出了戴口罩的要求。歐美社會對口罩的態度則呈現出較大的波動和分裂。很多國家在疫情剛開始都不強調戴口罩甚至反對戴口罩，更注重保持社交距離和洗手等防疫策略。到後期，很多歐美國家又開始要求戴口罩，據說理由是有很多的研究已經證明了戴

口罩的有效性。⁶世界衛生組織6月5日發佈了使用口罩的最新指南，其原則與中國衛健委的指南基本一致，但特別強調了口罩會給人一種虛假的安全感並導致人們忽視手部衛生和保持安全距離的風險。至於在現實社會生活中，歐美各國都存在大量群體始終強烈地反對戴口罩，以及並不罕見對戴口罩者的攻擊行為。

雖然目前在丹麥、美國和中國香港地區都有研究團隊發佈了有關口罩防護效果的“嚴謹的”科學研究報告，但事實上，因為戴口罩只是個人綜合防護措施中的一個方面，口罩是否合格、佩戴的方式是否正確、有沒有採取其他防疫措施（如洗手、消毒和保持社交距離）、環境污染的程度等因素都會影響最後的防護效果，所以此類研究的意義是十分有限的。在戴口罩的作用中只有一個效果是確鑿無疑的，那就是對他人的保護作用，要求感染者戴口罩以保護醫務人員已經是一個臨床常規操作。

很多反對戴口罩者提出的理由，是在科學上沒有明確證據證明戴口罩可以預防感染，以及保持社交距離和洗手消毒就可以提供足夠的防護了。但從非常簡單的生活邏輯出發，佩戴口罩總是給我們以及其他人多增加了一重防護，那麼他們為什麼還要反對呢？其中一個常見解釋，是在歐美社會習慣上是病人佩戴口罩，所以一個人戴了口罩就意味著他/她是病人。即使我們接受這一解釋，但攻擊一個病人無論如何也不是一個理性的和道德上可接受的行為。事實上，在歐美國家一些戴口罩者被攻擊的理由，更可能是因為對亞裔身份固有的敵意，⁷以及將戴口罩的行為、病人身份、污染者和邪惡性不假思索地捆綁在一起的思維慣性。換言之，是否佩戴口罩變成了在疫情威脅下焦慮的人們尋找、發現甚

(6) Centers for Disease Control and Prevention: “Use of cloth face coverings to help slow the spread of COVID-19”, April 3, 2020. (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cloth-face-cover.html>).

(7) 觀察者網：疫情中亞裔遭遇歧視與攻擊：我永遠不可能成為美國人的一員，2020.05.28。 (<https://news.ifeng.com/c/7wqQPaw1yGn>)

至是製造“敵人”最方便的手段。這個效應同樣會以相反的方式表現出來：在 2020 年 2 月 10 日，江西某地一名男子在自己的社區內未戴口罩獨自慢跑，被社區內的防疫工作人員制止時發生爭執，該男子因此受到單位的行政處罰。這一處罰決定的真實理由在官方檔中說得非常清楚：“在疫情防控的特殊時期，無視政府防疫有關規定，不服從防控工作人員管理，對豐城市教體系統的防疫工作產生嚴重的不良影響。”⁸ 需要注意，處罰的理由並不是因為這種行為實際帶來了多大的社會危害，而是因為其“不服從規定”從而成為了一個異類或者敵對者。

所以，反對戴口罩或者強迫要求戴口罩的社會行動中，實際效果及其科學證據並不是全部的理由——事實上不論是在中國還是歐美國家有關戴口罩的政策都沒有足夠充分的科學證據，也不是因為是否存在普遍共識——在歐美國家和中國有關口罩的社會認識都存在著諸多的分裂與混亂，而是因為是否戴口罩這一行為本身變成了你與當下遭遇的這一群體是否存在認知和價值觀差異的最明顯的標誌。當你在佩戴口罩這件事上與他人表現不同，不論你做出選擇的內在原因是什麼（科學、信仰或僅僅是因為買不到），這一差異就已經足夠讓他們將你視為一個異類、反抗及無秩序者，甚至過度推論為是對己群具有敵意者。這個時候，是否佩戴口罩就成為一個明顯的標籤，雖然不夠精確也並不直接指向是否被污染，但在這個彌漫著不確定風險的世界中成為我們尋找朋友和發現敵人的最簡單的方式：異類總是意味著潛在的威脅。

由於目前尚缺乏一種有效、精準且可以被普遍應用的科學手段來標示出真正的威脅——病毒及其攜帶者，人們不得不使用一些在傳染病學上不精確但在社會行政系統和一般公共認知的維度上方便操作的簡易手段。雖然這些手段的目的都是為了實現辨

(8) 澎湃新聞：教師社區跑步不戴口罩與防疫人員發生爭執被處罰，2020.02.14。
(<http://jiangsu.sina.com.cn/news/2020-02-14/detail-iimxyqvz2706687.shtml>)

識、區分與隔離，但在具體操作過程中卻指向了不同的方向並產生了不同的結果：疫區把疫病污染的危險異域和安全的正常空間相互分離，在地理空間尺度上為我們維持正常生活秩序提供一個保障，但這種簡單的區分不僅有可能加重了疫情對疫區內無辜者的壓力，在現代社會也無法真正有效地實現精準的隔離，到最後往往會異化為對某一個群體無差別的特殊對待甚至歧視。口罩是在已經被“污染”的空間內按照行為和態度對人群做出區分，在有關於戴口罩的效果缺乏共識和精準區分手段不能普及化的條件下，利用是否戴口罩來進行區分的真實效果就不再是發現群體內的污染者，而是去發現與這個空間內的最大共識（往往以公共政策的方式表達）和自我所屬的群體意見不同的異類，換言之，這是在先尋找甚至製造出一個敵人來劃定敵我邊界，而後再去考慮有關防疫的事務。

四

本文在前面的討論，選擇了一個非常狹窄和過於簡化的進路，即將疫情下的公共生活簡化為人際關係和傳染病威脅這兩個基本的結構性因素，而沒有認真關注附著在這些結構之上的價值因素。選擇這一視角的好處是可以說明我們看到的那些錯綜複雜的社會行為的最底層動機——保護自我生命安全，壞處則在於，這一動機是站在利害考量（應對風險、保護安全）的立場之上，其他所有的價值目標都要為之讓步。而以利害關係為核心的策略必然是不穩定的，一旦生存危機的具體形式或外部環境發生變化，應對策略必須隨之做出調整。例如：在執行了一段時間的封閉政策之後，當經濟衰退的壓力開始造成生存危機，很多國家和地區都選擇了解封，哪怕目前仍然存在著疫情再次擴散的巨大風險；當口罩供應已經可以充分滿足需求之後，很多國家和地區又

開始推出要求在公共場所戴口罩的政策，而某些政治人物堅持不戴口罩的行為實質上是為了保護自身政治生命的安全。

面對烈性傳染病流行過程中出現的道德難題，國內外學者均不約而同地轉向了美德倫理。(Zuger 1987, 1924-1928；高尚榮 2004, 8-10) 即社會可以通過將戰疫中的逆行者描述為自願做出犧牲的道德英雄，在美德維度上提供解釋，以英雄事蹟來鼓勵大家參與戰鬥。在這個過程中，中國傳統醫德作為一種重要的理論資源也受到高度的關注(程新宇 2003, 466-469)，但這些研究更容易在中國醫學道德傳統和醫者個人美德的角度去展開論述(黃芷芊 2005, 15-25)，缺少對一般社會成員的關注。如果將所有的希望都寄託在專業人員的職責和這些道德英雄們的奉獻之上，不僅對他們來說是不公平的，對整個社會來說也是危險的，因為這幾乎是在鼓勵其他社會成員解除自己所應負的責任。而這種情況的出現，與現代醫學專業化壟斷以及個人主義道德傳統密不可分。前者，將普通人的注意力集中在自身的安危之上，而後者則給這種利害關係賦予了最高的價值地位。本文認為，為了實現真正的公共生活，應當存在某種每個人作為社會成員之一都應該具有的對他人和社會整體的普遍義務，而其至少與實現個人更好的生存這一（社會契約論式的）價值目標具有同等重要的地位。否則，對他人和公共生活的道德責任就都變成了一種工具性的存在，即個人為了能夠借助群體力量而實現更好生活不得不付出的成本。為了能夠更好地理解這一難題，我們有必要從傳統的道德文化中汲取智慧。

南宋理學大師朱熹曾經有一篇《漫記疫疾事》，專門討論過有關疫疾傳染性的問題：

俚俗相傳，疫疾能傳染，人有病此者，鄰里斷絕，
不通訊問。甚者，雖骨肉至親，亦或委之而去。傷俗害

理，莫此為甚。或者惡其如此，遂著書以曉之，謂：疫無傳染，不須畏避。其意善矣。然其實不然，是以聞者莫之信也。予嘗以為誣之以無染而不必避，不若告之以雖有染而不當避也。蓋曰無染而不須避者，以利害言也。曰雖染而不當避者，以恩義言也。告之以利害，則彼之不避者，信吾不染之無害而已，不知恩義之為重也。一有染焉，則吾言將不見信，而彼之避也，唯恐其不速矣。告之以恩義，則彼之不避者，知恩義之為重而不忍避也。知恩義之為重而不忍避，則雖有染者，亦知吾言之無所欺，而信此理之不可違矣。（《晦庵集》）

范行準先生認為，朱子的這一段論述，是為了調停有關疫病相互傳染的客觀事實與以南宋理學家程迥為代表的“瘟疫不相傳染”的學說之間的衝突。（范行準 2011，376）因為看到了防疫措施對道德和人倫的威脅，程迥在其《醫經正本書》中強烈主張瘟疫沒有傳染性：“至有舉世謬誤，傷風敗俗，隕絕人命，而醫家俯首和附，莫敢指其非者。如至親危病，妄言傳染，遂相棄絕，古之人無有也，醫經不道也，溺嫂不援，比諸豺狼。”（程迥 1939，1）程迥選擇了一個錯誤的方式——為了維護倫常道德拒絕承認疫病相互傳染的客觀事實，所以范行準先生將這一言論評價為“中國預防醫學史上最大的反動之一”（范行準 2011，372-375），但我們必須承認程迥所發現的問題是真實存在的，而此次抗疫過程中所出現的種種不如人意之現象，更說明了這一問題的重要性。事實上，隨著科學技術在抗疫行動中所扮演的角色越來越重要，在南宋理學家眼中的悖德行為還獲得了某種技術合理性辯護。相較而言，朱子所做出的努力，是一個道德警醒，更是一個建立在傳統智慧上的倫理解決方案。它提示我們，無需否認在面臨巨大的生存危機時人們會需要在利害（生存需要）和恩義（道德義務）

之間做出選擇。而想要真正有效地破除利害考量對道德生活的傷害，正確的辦法不是淡化疫情的危害，也不是強調道德義務的重要性對疫情具有壓倒性優勢，而是讓人們準確認識到危險有多大和自身的道德義務之後，出於一種明確的價值選擇而做出正確的決定。而這個決定本身，在經過了威脅和考驗之後，將使我們對自身的道德義務認知和認同變得更加堅固。

此次由新型冠狀病毒疫情造成的公共危機最核心的特點，就是巨大的、彌散的、不確定的威脅隨著疫情發展不斷擴大，疾病沿著日常的生活結構蔓延傳播，逐漸轉化為一種可以沾染一切的威脅，對幾乎一切人際關係和社會組織結構都造成了一定程度的破壞，並且持續不斷地腐蝕著與這些關係和結構相伴生的道德責任和義務。三月份的武漢曾經爆出了一則令人心碎的新聞：一位新冠肺炎治癒出院的老人，被其孫子和孫媳婦拒之門外。⁹ 如果連中國人最為重視的家庭親情和孝道責任都要向疫情的威脅低頭，那麼還有什麼公共責任和義務能夠倖存下來？但與此同時，我們也看到為了照顧患病的外婆主動轉入火神山醫院的勇敢女孩¹⁰ 以及大量無私奉獻的逆行者的故事。這些都說明，在生存之外還存在著一些更加重要的價值，正是這些價值以及人類對它們持之以恆的追求，才是人類真正戰勝傳染病疫情、重建美好生活的希望所在。

結語

在過去幾十年的和平時期，人們已經習慣了社會生活整體結構上的穩定有序。2020年這一場疫情的突然爆發，使所有人都在

(9) 新浪網：湖北武漢，一位新冠肺炎治癒出院的老人被送回家，可是到了家門口，卻被其孫子和孫媳婦擋在了門外，2020年03月09日。

(http://k.sina.com.cn/article_1142648704_441b6f8001900lgaa.html?sudaref=www.baidu.com&display=0&retcode=0)

(10) 中國青年報：從方艙轉院火神山的女孩獲天天正能量獎勵，2020年03月05日。(http://news.youth.cn/sh/202003/t20200305_12224687.htm)

措手不及間被拋入了一個激烈的歷史浪潮之中。疫情所帶來的巨大的不確定性威脅，使人們長期以來高度信任和依賴的各種知識、方法、關係、邊界和社會的整體結構都陷入迷霧之中，人們的反應回到了最本能性的求生狀態，拼命抓住一切可用的工具去發現敵人和找到朋友，並希望借此重構和維護一個穩定的生活秩序。但與此同時，我們也看到人類社會並沒有完全屈服於生存壓力和本能衝動，而是仍然堅守住對高於自然生命存在的更高的道德價值認同與追求，而這才是真正的希望之所在。我們相信疫情終將過去，美好的公共生活也一定能夠恢復。但這一段抗擊新冠病毒疫情的經歷會在未來不斷地提醒我們，當代的公共生活是一個緊密地彼此關聯、密切交通、相互滲入和共生性的整體，每一個人都已經是這個人類命運共同體的一個部分了；我們同樣需要清醒地認識到，這個共同體本身是十分脆弱的，在巨大的危機壓力之下，人們很容易滑向以界分敵我並相互隔離甚至對抗的方式來實現自我保護。在這個意義上，新型冠狀病毒疫情既是一次嚴峻的挑戰，又是一次重要的演習，我們希望人類能夠在這次壯烈而又慘痛的戰役中學到足夠多的經驗，為未來有可能出現的更大的危機做好準備。

參考文獻 References

- 于廣哲：〈瀰漫之氣：中國古代關於瘟疫“致”與“治”的思維模式〉，《文史哲》，2016年，第05期，頁126-138、168。YU Gengzhe. “Spreading all over the Space: On the Thinking Model of Ancient Chinese Thoughts about Pestilence from the Perspective of Resulting and Treating,” *Journal of Literature, History & Philosophy*, 2016 (05), pp. 126-138 & 168.
- 朱 熹：〈晦庵集〉，《晦庵先生朱文公文集》，第七十一卷，四部叢刊景明嘉靖本。ZHU Xi. “The Hui’an Ji,” *Mr. Hu’an Zhu Wengong’s Literary Collection*, Sibü Congkan of Ming Jiajin Edition, Roll 71.
- 吳有性：〈瘟疫論〉，卷上，《辨明傷寒時疫》，清文淵閣四庫全書本。WU You Xing. “Treatise on Warm Epidemic Diseases,” Chapter 1, *Studying and Distinguishing Nomenclature of the Epidemic Diseases*, Siku Quanshu (collection of books compiled during Qing dynasty).

- 李化成：〈瘟疫背後的思想史——兼窺中西“天(神)譴”觀念之不同〉，《人文雜誌》，2007年，第06期，頁168-172。LI Huacheng, “The Intellectual History of Plagues: Different Views on “God’s Punishment for East and West,” *Culturalstyle Magazine*, 2007 (06), pp. 168-172.
- 范行準：〈中國預防醫學思想史〉，《范行準醫學論文集》，北京：學苑出版社，2011，頁372-375、376。FAN Xingzhui, “The Intellectual History of Preventive Medicine in China,” *Medical Essays of Fan Xing Zhui* (Beijing: Academy Press, 2011), pp.372-375 & 376.
- 高尚榮：〈德性倫理與醫學倫理——以抗擊 SARS 的英模為例〉，《西北醫學教育》，2004年，第12卷，第1期，頁8-10。GAO Shang-rong, “Virtue Ethics and Medical Ethics--Taking the Heroes who Fought against SARS as Examples,” *Northwest Medical Education*, 2004, 12(1), pp. 8-10.
- 程迴：《醫經正本書》，自序，北京：商務印書館發行，1939，頁1。CHENG Jiong, *Orthodox Book on Medical Classics* (Beijing: The Commercial Press, 1939), p. 1.
- 程新宇：〈從 SARS 看影響我國傳染病預防的倫理社會因素〉，《現代預防醫學》，2003年，第30卷，第3期，頁466-469。CHENG Xin Yu, “The Ethic Social Factors for Preventing Infectious Diseases from SARS Experience in China,” *Modern Preventive Medicine*, 2003, 30(3), pp. 466-469.
- 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，頁15-25。HUANG Chih-Chien, “Duties vs. Rights: The Ethical Dilemmas of Nurses in SARS Crisis,” *Newsletter for Research of Applied Ethics*, 2005, 34(5), pp. 15-25.
- 黑格爾，賀麟、王玖興譯：《精神現象學》，北京：商務印書館，1997，頁13。Hegel, Georg Wilhelm Friedrich. *Phänomenologie des Geistes*, translated by HE Lin & WANG Jiuxing (Beijing: The Commercial Press, 1997, p. 13.)
- 蘇珊·桑塔格，程巍譯：《疾病的隱喻》，上海：上海譯文出版社，2003，頁88，121。Sontag, Susan. *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*, translated by CHENG Yi (Shanghai: Shanghai Translation Publishing House, 2003).
- Arons, MM, Hatfield KM, Reddy SC, et al. “Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility,” *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMoa2008457. 28 May 2020.
- Dicke, Tom. “Waiting for the Flu: Cognitive Inertia and the Spanish Influenza Pandemic of 1918—19,” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* (No. 2, April 2015): 195-217.
- Fischer, LS, Mansergh G, Lynch J, Santibanez S. “Addressing Disease-Related Stigma During Infectious Disease Outbreaks,” *Disaster Med Public Health Prep* (5-6, 2019):989-994. DOI:10.1017/dmp.2018.157
- Zuger, Abigail, Steven H. Miles. “Physicians, AIDS, and Occupational Risk--Historic Traditions and Ethical Obligations,” *The Journal of the American Medical Association*, 1987, 258(14):1924-8.