

生命伦理

1. 生命伦理学的兴起和发展

1.1 生命伦理学的诞生

三大事件：1945 年广岛的原子弹爆炸、1945 年在德国纽伦堡对纳粹战犯的审判以及《寂静的春天》出版，这使得人们考虑到，对于科学技术成果的应用以及科学研究行动本身需要有所规范。

推动生命伦理学发生发展的具体因素：生物医学技术进步；先进技术的发展和应用；艾滋病的蔓延向一些传统观念和现存的医疗卫生制度提出了严重的挑战；医疗费用的大幅攀升导致卫生制度的改革；丑闻的揭露和民权运动的高涨。

1.2 生命伦理的特点

生命伦理学以问题为取向，其目的是如何能够更好地解决生命科学或医疗保健中提出的伦理问题。

2. 生命伦理学的基本原则

2.1 尊重与自主原则

尊重原则包括对人格的尊重和对尊严的尊重。它包括对每个人的生命、自主性、自我决定权、知情同意权、隐私等的尊重。

在不同的文化背景下，人们对自主性的理解也不同。但是，人的自主性不是绝对的。有些人由于年幼、有残疾、无知、被迫或处于被人利用的地位，不能自主地采取行动。自主性与权威也不是对立的。为了使自己的行动更合乎理性，就要求助于权威。

2.2 知情同意原则

知情同意是生命伦理学中最重要的问题，也是最重要的原则。

知情同意包括知情和同意两层含义。知情是指病人或受试者及其家属有权了解有关的信息和资料，医生或研究人员有义务向他们提供与疾病或试验有关的信息和资料，并针对他们的具体情况，作必要的解释，以帮助他们对信息和资料达到适当的理解，以便作出自愿的同意和自由的选择。在这个阶段中，要解决的核心问题就是如何让病人或受试者真正知情。

知情同意的第二层含义是同意。它是指在病人身上进行的医疗措施都必须得到病人的同意，在受试者身上进行试验必须得到受试者的同意。

知情同意既是一种肯定同意治疗的权利，也是一种选择治疗或拒绝治疗的权利。只有这样，才是完整意义上的同意，才能是完全的、自由的、真正的同意。因此，知情同意确切地说，应该是知情同意和知情选择。

知情同意的主要因素：①能力。②信息的告知。③理解力。④自愿。

当然，任何人都不能在真空中选择，任何的选择都会涉及到价值观和体验地做出选择的。伦理学中的自愿是尽可能摆脱过多的强制或者过分的影响，以便做出自己的，而不是其他什么人的决定。

实践知情同意障碍。

①实际的障碍。病人、受试者和医生、研究人员都存在着影响知情同意实现的因素。这种实际障碍需要通过患者和医生双方的努力才能克服。

②观念的障碍。传统的医学父权主义思想无限地夸大了医生在医疗实践过程中的作用，认为在临床医疗中医生的权威如同父亲在家庭中的权威一样不可动摇。这使医生容易认为临床决策应该是医生的事，由医生决定即可，无需征得患者的同意。因此，要真正落实患者知情同意，必须改变原有的观念，将医学父权主义思想放在适当的位置，在医疗实践中注意保护患者的知情同意权利。

③文化的障碍。文化传统上的差异也是实践患者知情同意的一个障碍。

2.3 保密原则

一般来说，保密往往与保护病人的隐私是一致的。在医患关系中病人的病情以及与此有关的个人信息应属于保密范围。病人/受试者的保密权利可能会在两种情况下遭到侵犯：

①专业人员有意或者在言谈中无意泄漏秘密, 辜负了当事人对他的信任;

②由于外部的压力, 被迫泄漏病人的秘密。

这两种情况都会损害医患关系或研究人员与受试者的关系。为了保护病人和受试者的权利, 需要在伦理和法律两方面进行保护。

但当保密的义务与其他义务发生冲突时, 如果后一义务更为重要则有时保密义务就要让位给其他义务, 尤其是不伤害他人的义务。

同保密一样, 惟一能否定病人隐私权的是, 如果继续保护病人的隐私权给病人本人、给他人、或给社会带来的危害大于放弃隐私给病人带来的损失。

2.4 不伤害/有利原则

医疗伤害是一种职业性伤害, 概括起来主要有技术性伤害、行为性伤害(医生语言、态度等行为对患者造成的精神性伤害)、经济伤害。

不伤害原则就是在临床诊治过程中不使患者受到不应有的伤害, 这是一个最具传统性的伦理原则, 也是一系列生命伦理原则的底线原则。

实行不伤害原则要求医务/研究人员: ①培养为病人/受试者的健康和福利服务的动机和意向; ②提供病情需要的医疗护理; ③进行风险/受益评估; ④进行伤害/受益的评估。

但是, 不伤害原则并不绝对的, 而是具有相对性的。对在适应症范围内的伤害必须运用双重效应原则来加以判断。

双重效应(Double effect)原则是指某一个行动的有害效应并不是直接的, 有意的效应, 而是间接的, 可预见的效应。诊疗方案的实施可以带来明确的良好效应, 但也不可避免地带来伤害或负作用。

不伤害原则医生最起码的伦理观念和原则, 但仅此还不够, 必须在对患者伤害的基础上, 遵循有利原则。

有利原则比不伤害原则更广泛, 它要求所采取的行动能够预防伤害、消除伤害和确有助益。“有利”是指一种义务, 即帮助他人促进他们重要的和合法的利益。有利原则包括确有助益原则和权衡利害原则,

2.5 公正原则

生物学上的公正是指社会上的每一个人都具有平等享受卫生资源合理或公平分配的权利, 而且对卫生资源的使用和分配, 也具有参与决定的权利。

公正原则包括公正的形式原则和实质原则。

公正的形式原则就是形式的平等原则。**对同样需要的人同样对待。**在生物学中, 特别是在基本医疗照顾方面, 应力求做到人人享有保健, 并以同样的服务态度、医疗水平对待有同样医疗需要的患者, 不能因为医疗以外的其他因素亲此疏彼。

公正的实质原则就是根据需要来分配负担和收益, **不同需要的人不同对待。**人们提出过如下分配原则: ①根据个人的需要; ②根据个人的能力; ③根据对社会的贡献; ④根据业已取得的成就; ⑤根据购买力; ⑥根据职位高低等等。

在医学研究中, 存在着公正原则较为普遍的误用和滥用。或者也可以说, 在生命伦理学理论应用中, 没有比公正理解更多的误解和误用。

3. 现代生殖技术

生殖技术是相对于人类自然生殖而言的, 是将在自然状态下性与生殖本来联系在一起的两个方面分离开来, 它包括两方面: 控制生育技术和辅助生殖技术。

控制生育技术是将生殖从性分开的技术, 也称为控制生育或生育调节技术, 主要解决人口数量问题, 其手段有避孕、人工流产、绝育。辅助生殖技术是将性从生殖分开的技术, 主要解决不育问题, 在其发展过程中也用于解决防止出生缺陷问题。

3.1 控制生育技术

生育控制 (fertilization control) 是生殖优生领域的一个特定概念, 是指对人的生育权利的限制, 包括对正常人生育权利的限制和异常特定人的生育权利的限制。

所谓避孕, 就是用科学的方法来阻止和破坏正常受孕过程中的某些环节, 以避免怀孕, 防止生育。在伦理学中存在或需要解决下述认识问题:

(1) 越趋先进的避孕术的推广使用会不会引起性关系的混乱?

(2) 鼓励避孕会导致更多的人工流产吗?

(3) 避孕在一定意义上把结婚与生育分离开了, 这种分离会不会发展到这样的程度: 使人们放弃了生育的义务, 从而影响到社会和国家的利益与人种的生存和连续。这是过分夸大了避孕可能出现的负作用, 避孕不至于使多数人放弃生育的义务, 避孕与生育的内在统一性在于: 避孕是为了有节制的生育, 更合理的生育。

人工流产的种种争论的焦点集中在以下几个方面:

(1) 人的生命是从什么时候开始的? 胎儿的自体论地位和道德地位是什么?

(2) 母亲对自己的身体、生育和生命拥有多大的权利?

(3) 性别选择的问题。

如果普遍使用这种技术, 社会对此又不加以严格控制, 那么有可能造成严重不良的后果。其中, 在我国最大的问题是造成社会中两性比例失去平衡以及所带来的一系列社会问题。

绝育的伦理学上的问题主要集中在对严重遗传性疾病患者尤其是智力严重低下者的非自愿性绝育上。对他们进行绝育在伦理学上能不能得到辩护?

强制性绝育应当慎重, 决不能滥用。

3.2 辅助生殖技术

生殖技术是指代替自然的人类生殖过程的某一步骤或全部步骤的技术手段, 它包括人工体内受精、人工体外受精和无性生殖。

人工体内受精 (AI) 简称人工受精。它是用人工的方法将精子注入宫腔内, 以达到受孕目的的生殖技术。这一技术主要用来解决男性不育症问题。有下列两种方式: 夫精人工受精, 也称同源 (同质) 人工受精; 供体人工受精也称异源 (异质) 人工受精。

人工受精的伦理问题主要是由供体人工受精 (AID) 引起的。其伦理问题主要有以下几个方面:

(1) 人工受精是否破坏了婚姻家庭关系?

(2) 谁是孩子的父母?

(3) 代理母亲的伦理困惑①代理母亲合乎伦理吗? ②谁是母亲? ③代理母亲的商业化。一些国家规定, 允许出于慈善动机的代理母亲, 但禁止商业的代理母亲, 如英国。

(4) 精子、卵子和胚胎可以成为商品吗?

就总的趋势来讲, 反对精液、卵子和胚胎商品化的人居多, 因此有些国家倾向立法或已立法禁止其商品化。我国多数学者反对精液、卵子和胚胎的商品化, 但给一些营养和医疗补助也是合情理的。

(5) 对无性生殖研究的态度

一方面, 不必对无性繁殖技术用于人类而惊惶失措, 因为没有一种知识是人类不应掌握的。不能忽视或否认该技术可能对人类带来的好处。

另一方面, 应对无性繁殖应用的社会后果予以足够的重视进行充分、科学和伦理学的讨论论证。在未能充分证明这一技术对人类有进步意义之前, 为防止负面的后果, 对可能的好处的必要牺牲以及通过法律手段控制无性生殖的研究都是需要的。应该相信人类能够理性地有能力对自身的成果负责。巨大的力量, 也意味着巨大的责任。

3.3 辅助生殖技术的伦理原则

2003 年我国卫生部颁布了《人类辅助生殖技术和人类精子库伦理原则》，为我国辅助生殖技术的顺利开展提供了伦理依据。其主要原则有：以下七个方面：夫妇双方自愿的原则，供精者知情同意的原则，严格控制实施范围的原则，互盲和保密的原则，确保质量的原则，严防商品化的原则。

4. 器官移植

器官移植是指通过手术等方法，替换体内已损伤的、病态或衰竭的器官，也指体内的器官移位。

按照供者和受者的免疫遗传角度不同，器官移植可分为自体移植、同系移植、同种移植、异种移植。按照移植位置不同，可为原位移植和异位移植。按照移植器官是否人工制造，可分为生物器官移植和人工器官移植。在同种移植中，以供者是活体还尸体，是亲属还是非亲属，又可分为活体亲属供体、活体非亲属供体、尸体亲属供体、尸体非亲属供体等器官移植。

4.1 器官移植是否合乎伦理

器官移植的赞成者认为，器官移植是一种救死扶伤的现代医学手段，为了他人的生命而献出自己的器官，这是一种利他的行为、慈善的行为。从理性上说，在不影响自身健康的情况下帮助他人恢复健康，是很高尚的事。

但是，也有人对器官移植的道德完满性持怀疑甚至否定态度，这主要来自两个方面的障碍：一是伦理观念的障碍。二是认为人的器官在不同的人之间交换，这样会形成“人是各器官的任意组合体”的观念。三是从价值观上考虑。器官移植费用的昂贵和可供移植的供体有限，少数人享用昂贵的医药资源，可能导致更多人的卫生保健受到损害。

4.2 关于供者的伦理问题

4.2.1 活体器官移植的伦理问题

活体器官移植见于肾脏、皮肤、血液、骨髓等，供体可以是亲属；也可以是非亲属，而前者主要是兄弟姐妹之间和父母子女之间。活体器官如血液、骨髓取出后可通过机体的代偿得到补充恢复，但脏器却不能再生。

（1）亲属间器官移植

目前，得到认同的活体供器官移植主要是指亲属间移植。尽管有反对声音的存在，但大多数人认为，亲属活体肾移植具有很多优越性。

但是，我们也不能忽视其风险。亲属活体肾移植弊端何在？

第一，捐献者是一个体格健康的人，亲属活体肾移植违反了“损害一个健康人去换取另一个的健康”的原则，而捐献者在手术当中，要承担手术风险。

第二，尽管亲属活体肾移植配型较好，但是仍然可以发生排斥反应，甚至移植失败，导致移植肾失功，重返透析，这种结局往往给捐献者带来巨大压力和心理创伤。还有受者在移植后出现严重感染，导致危机生命，更给捐献者带来心理上的创伤，需要捐献者在捐献之间能有充分知情。

第三，捐献肾脏手术是一个较大的手术，术后存在很多并发症，因此活体亲属肾移植是一项谨慎和高风险的行为，属于不得已而为之的选择！

亲属活体肾移植需要遵循完全自愿原则，完全无偿原则，慎之又慎原则。

（2）非亲属器官移植

现在最有争论的是非亲属器官移植。

支持方认为，

第一，“交叉换肾”并不违背器官移植的相关条例。这是对交叉换肾的一种法律辩护。

第二，不能因为法律条例不允许就让患者等待死亡。

第三，如果遵照该条例条文而延误抢救病人生命造成死亡，将违法法律和宪法。这是支持家庭交叉捐肾

的另一个法律理由。

反对方的观点:

第一,交叉换肾可能会导致变相的器官买卖。

第二,手术有很大的风险。

第三,双方供体器官质量不同,可能会存在“不平等交易”。

第四,不能因为是特例而违反法律法规。

(3) 未成年人供器官移植的伦理问题

至于以未成年人作供体,大多数国家法律虽然允许,但规定了比成年人更为严格的条件,如仅限于供给同胞兄弟姐妹或同一直系亲属,父母要同意,供者要有足够的智力等等。也有少数国家完全禁止未成年人作供体,如加拿大。

4.2.2 尸体器官移植的伦理问题

尸体供器官移植的阻力主要来自于以下几个方面:①传统观念的束缚。相信死后有生命,相信死而复生。②死亡的判定标准。③当死者生前没有提供遗体器官的意愿,但也无反对提供的表示,此时应如何处理?

4.2.3 异种供器官移植的伦理问题

异种供器官移植不仅存在着技术问题,而且也存在着伦理的难题。它比同种供器官移植更为敏感和复杂。其主要的问题:①安全性。②造成社会歧视。③有些异种器官移植后对人的特性产生的影响。④动物保护问题。⑤争夺公共卫生资源。

4.2.4 器官分配上的伦理问题

目前大多数医生对受体选择的标准有三个:第一,医学标准,第二,病人的行为模式、个人和社会应付能力。第三,社会标准,即根据有关社会因素加以选择。

受体选择的标准是多方面的,除了上述三个主要标准以外,还受到国家或社会通行的道德规范和价值的影响。目前大多数器官移植中心综合运用这些标准,并视供体和受体的具体情况而定。

此外,广为采用的“中性”排队原则及其他包括有利性原则、保密原则、互助原则等有利于促进器官移植工作良性健康发展的均值得考虑。

4.3 器官移植的伦理准则

1986年国际移植学会发布的活体捐赠肾脏和尸体器官分配的准则。

1987年世界卫生组织在第40届世界卫生大会上制订了9条人体器官移植的指导原则。

2007年3月21日我国国务院第171次常务会议通过了《人体器官移植条例》,并于5月1日开始执行。

5. 人体研究

5.1 人体研究的伦理问题

(1) 知情同意。“人类受试者自愿的同意是绝对必要的。”知情同意可以保证将受试者看作目的本身,而不仅仅是手段。

(2) 受试者选择。人体研究必须以维护受试者利益为前提,考虑受试者的健康优于科学和社会的利益,这是人体研究的又一基本原则。

(3) 隐私和保密。人体研究中的保密不仅要防止不留神地泄露,也要防止有意透露给对此有特殊兴趣的人。例如,司法机关或保险公司可能对研究资料有兴趣。

5.2 人体研究的伦理原则

①医学目的原则。②知情同意原则。③维护受试者利益原则。④实验对照原则。

6. 生命维持技术

有类安乐死的定义众说纷纭,但是人们对安乐死较一致的看法:安乐死是一种特殊的死亡类型或死亡方

式。

安乐死的种类从不同的角度可以有多种类型。按照安乐死的执行方式有主动安乐死和被动安乐死之分。按照患者同意方式有自愿安乐死和非自愿安乐死之分。组合以上两种方式, 安乐死可以得到四种分类方式: 自愿主动安乐死、主动非自愿安乐死、自愿被动安乐死、被动非自愿安乐死。

围绕着安乐死是否符合道德、医生实施安乐死是否符合人道等问题的探讨和争论旷日持久, 赞成安乐死和反对安乐死的人各执一词, 互不相让。这是因为, 安乐死问题不仅是医学问题, 而且它与现行的道德标准、风俗习惯相冲突, 并存在法律上的难题。

6.1 安乐死的伦理争论

赞成安乐死的人认为: ①个人的生命属于个人; ②安乐死体现了生命神圣、生命质量和生命价值原则。生命的价值不在于活得长寿, 而在于活得正确。既然死亡是人的必然归宿, 活得尊严, 也应该死得尊严。③安乐死有利于卫生资源的合理分配。

反对安乐死的人认为: ①医生的崇高职责是救死扶伤, 延续病人的生命。安乐死是变相杀人, 赐人以死亡是和医生职责不相称的。②生命是神圣的, 人有生的权利, 在任何时候, 任何情况下都不能主动促其死亡, 否则是违背人道原则的。③只有生命现象, 就有被救活的可能, 医学的发展会治愈一些顽症、绝症。医学总是在医疗实践中, 在不断探索不治之症的奥秘中从失败走向成功, 认为不可救治就不去救治, 无益于医学科学的进步。④安乐死可导致错过三个机会: 即病人病情可以自然改善的机会; 继续治疗可望恢复的机会; 有可能发现某种新技术新方法使该病得到治疗的机会。医生的判断不是百分之百的正确。⑤允许安乐死, 无异把杀人的刀交给医生, 为借口杀人开方便之门。

除了对安乐死是否道德存在争论, 对于不同的安乐死种类, 人们也有不同的看法。

被动安乐死也可以说是一种放弃治疗的自然死亡方式。它是指对患有痛苦疾病的晚期患者, 当确诊已无治愈可能后, 放弃或撤除一切治疗和抢救手段, 让其尊严地接受自然死亡。

被动安乐死在国内外大量存在, 但是, 悄然进行, 并不意味着它就是合理的、合法的, 反对被动安乐死的人依然存在。因此, 在被动安乐死中, 最重要的是“自愿原则”。

主动安乐死分为仁慈助死和仁慈杀死, 无论在学术界的讨论中, 还是在医生的临床实践中, 对主动安乐死也存在争议。而且与被动安乐死相比, 对主动安乐死的争议更大。因此, 安乐死立法主要就是针对主动安乐死的。

6.2 安乐死的思考

(1) 安乐死与医学目的。医学的目的不仅在于救治生命, 而且还体现在生命质量的提高上。为人类提供安说的死亡是医学服务的内容和目标, 但这种目标, 安乐死是很难充分体现的。

(2) 安乐死的对象。通常的意见是指那些身患绝症、濒临死亡而又自主提出此要求的患者。对这些患者实施安乐死, 是为了还他一个尊严, 使之得以安详地辞世。然而, “濒死者”, 即可能趋于死亡而尚未死亡的患者, 正是由于这种濒死状态十分难以把握, 医者很难轻易地下结论并把这些对象从生推向于死。由于生命的复杂性, 当需要对病人作出病情不可逆转的判断时, 是非常困难, 也是非常危险的; 在重危病人的抢救中, 既不能轻言无望, 又不能轻易放弃抢救, 也就是说不能凭借“丰富的经验”而完全洞悉的。

(3) 现代意义上的安乐死内涵? 安乐死的争议主要不是针对被动安乐死, 而是针对主动安乐死的, 因为主动安乐死是用无痛的方式去提早结束人的生命。

(4) 在安乐死问题上最为棘手的是死亡权利的问题。死亡的权利包括: 人究竟有没有自主选择死亡的权利; 医生或其它相关者有没有主动结束他人生命的权利。从某种意义上说, 这是安乐死问题的核心和关键。

主张安乐死者, 肯定人有选择死亡的权利, “因为人有生的权利, 所以就应有死的权利”。但是, 这样的说法至少有两个逻辑上的矛盾。第一, 主张安乐死者认为人有选择死亡的权利是从人有生的权利这个前提推导而出的。既然他们承认人实际上没有选择生的权利, 那又何来选择死的权利? 第二, 这里的概念实际上

是被偷换了，将“死亡”改换了死亡的方式、时间等。

安乐死能否实行，不只是一个权利问题，在很大程度上还与广大老百姓的心态，与传统文化、传统观念密切相关，同时，因涉及到人的生命，人的生命虽然有限，但却是无价的，在生命问题上开不得丝毫玩笑。现代意义上的安乐死实在与人们希冀的人生归宿相去甚远，这从根本上决定了推行安乐死（指主动安乐死）将困难重重。

对公众所关注的安乐死问题，应注重科学死亡观的教育，以及引导人们培育正视死亡、接纳死亡的心态，特别是要将人们所希冀的本原意义上的安乐而死观念与健康观念相结合，使人们都能珍惜生命，善待生命，充实生命，以善始善终的态度赋予生命以灿烂的价值。安乐死立法毕竟还是权宜之策，而才是最根本的。

荷兰是世界上第一个给安乐死立法的国家。比利时第二个。

6.3 临终关怀

临终关怀是一种“特殊服务”，它的特殊性就在于不按正常的、一般的程度，不像对待一般患者那样的治疗方法。

特点：不是以治病为中心，而是以患者为中心，针对住院患者的特点，采取以生活护理和临终护理为主，治疗为辅的方法，以控制症状，姑息对症和支持疗法为主。

目的：不是以延长患者的生存时间为目的，而是以如何丰富患者的生命，提高患者的生存质量为宗旨，提供给临终患者一个安适、有意义、有尊严、有希望的生活，让濒死患者在剩余的有限的日子中，能有清醒的头脑，在可控制的疼痛中，与家人共度温暖，接受关怀，享受余晖。

从临终关怀开始和发展的全程来看，无一不显示了人道主义（尽管带有宗教色彩）和伦理道德的光辉，同时。临终关怀是一种更为人们接受的临终处置方法。

尊严死与让病人无痛苦死去的安乐死并不相同，是一种在病人弥留之际，不做过分的治疗，而是用安宁缓和的方式给病人以临终关怀，最大程度地减轻他们的痛苦，让他们自然而有尊严地离开这个世界。

“尊严死”强调的是，病人在经历极度病痛的折磨之前能够保持自己的尊严而“体面”地死去（否则病人死前就可能因病情的进一步恶化而完全丧失自己宝贵的尊严，留给亲人的自然是噩梦般的可怕记忆），从这点来说，“尊严死”似乎比“安乐死”又上了一个档次。