

## 前 言

生命伦理学是 20 世纪 70 年代兴起的一门新兴学科,是伦理学的一部分。生命伦理学是有关研究生命科技道德问题的学说,也可以说是科技伦理学的一个分支,或说成是医学伦理学的扩展,是将伦理学理论应用于解决生物科技发展所引起的道德难题的学科。

当代生命科学、生物技术、医学及医学工程学的发展,对人类生命发展显示出越来越重要的意义。以基因工程为代表的一大批现代高新技术成就开始影响人类社会,进入人们的生活,许多传统的旧观念受到强烈的冲击,动摇着人们传统的伦理道德观念。同时,飞速发展着的生物医学技术对国家的乃至全球的科学技术政策和法规制定,也产生了巨大的影响。因此,在当代高新科学技术发展进程中,人们必须重视对伦理道德原则、准则中的价值观念的深入探讨,提出一些有针对性、有说服力的伦理道德评价,以指导生命科学健康发展。

生命伦理学的研究应当重视“人的尊严”原则,体现“人的生命价值”观念,为维护人的自由意志和人的基本健康权利而努力。

生命伦理学是一门年轻的学科,在传统的研究与医学伦理学有着相当多的交叉,但仔细分析看,生命伦理学比医学伦理学的研究范畴更加宽广、深入和复杂。生命伦理学是以人的生命为主,兼顾其他物种的生命而展开的伦理道德方面的研究。医学伦理学的研究内容是生命伦理学的一个不可缺少的重要部分,生命伦理学则重点探讨许多高新技术应用中的伦理抉择,如人工辅助生殖技术、人口和生育控制、遗传、克隆和基因研究、人体试验、安乐死、器官移植、保护动物和环境以及卫生保健政策和相关法律、法规的

制定、实施等。

生命伦理学是一门有生命力的学科,在国外得到高度的重视和广泛的发展。我国对生命伦理学的研究也开始有了较大成果,并与国际接轨。在生命伦理学的研究中,我们要从国情出发,不仅关注医学发展中的新问题,也要考虑我国医学实践中许多令人困惑的伦理道德问题。同时我们也要注意生命伦理学所研究的问题必然影响到我国乃至人类生存发展的各个方面,并引起整个人类社会观念的转变。我们相信生命伦理学的研究一定会在实践中影响着我国在诸如社会、伦理、法律等问题上进行的研究和实践,并对人们的观念产生重要的影响。可以预见,生命伦理学这门新兴的学科必将会在研究发展中深刻地影响着人类的未来。

编 者

2006年4月8日于大连

## 目 录

第一章 生命伦理学的兴起	1
第一节 生命伦理学概念	1
第二节 生命伦理学与有关学科的关系	8
第二章 人口与生育控制道德	12
第一节 人口伦理学问题	12
第二节 人口道德与计划生育	19
第三节 优生优育中的道德	35
第四节 生殖技术应用的道德	47
第三章 器官生物学与道德	58
第一节 器官移植及其发展	58
第二节 器官移植中的伦理道德问题	69
第四章 人体试验中的伦理道德	90
第一节 人体试验的意义及其发展	90
第二节 人体试验中的伦理道德准则	97
第五章 复制生命与基因技术的伦理道德	108
第一节 复制生命——克隆人及其伦理道德	108
第二节 基因控制与伦理道德	117

<b>第六章 与性有关的伦理道德问题</b> .....	129
第一节 性道德的进化与意义.....	129
第二节 临床实践中的性道德.....	139
第三节 艾滋病防制道德问题.....	147
第四节 同性婚姻、变性的伦理道德争议 .....	156
<b>第七章 人类行为控制与伦理道德</b> .....	164
第一节 行为控制问题与道德.....	164
第二节 药物的全球滥用.....	174
<b>第八章 临终关怀与死亡道德</b> .....	196
第一节 临终关怀概念及道德.....	196
第二节 死亡的问题性.....	202
第三节 死亡标准及其道德.....	205
第四节 安乐死及其道德.....	213
第五节 死亡教育问题.....	227
<b>第九章 生态环境保护与伦理道德</b> .....	234
第一节 生态环境保护道德意义和作用.....	234
第二节 生态环境保护与道德.....	244
第三节 环境保护道德原则和要求.....	248
第四节 环境保护政策与立法.....	251
<b>第十章 卫生政策与伦理道德</b> .....	255
第一节 卫生政策与道德.....	255
第二节 卫生政策的伦理价值分析.....	267
第三节 我国卫生政策与立法实践.....	270

## 附 录

附录一	(中国)基因工程安全管理办法·····	277
附录二	(中国)人类遗传资源管理暂行办法·····	284
附录三	(德国)基因工程法·····	289
附录四	纽伦堡法典·····	300
附录五	国际人类基因组组织(HUGO)关于遗传研究正当 行为的声明·····	302
附录六	世界人类基因组与人权宣言·····	305
附录七	赫尔辛基宣言·····	312
附录八	国际医学科学组织委员会(CIOMS)关于涉及人类 受试者生物医学研究的国际准则·····	317
参考文献	·····	326
后 记	·····	327

## 第一章 生命伦理学的兴起

生命伦理学(bioethics)又称生物伦理学。生命伦理学这个名词最早是 20 世纪 70 年代由美国学者波特(V. P. Potter)在其《生命伦理学:通往未来的桥梁》一书中提出的。1978 年美国肯尼迪伦理研究中心出版了《生命伦理学百科全书》,以后北美、西欧、日本等地区 and 国家的大学相继出现了有关生命伦理学的研究中心,有关生命伦理学的学术会议连绵不断,大量的论文和著作纷纷发表,引起医学界和哲学、法学、新闻界和媒体的关注。人们开始从新的伦理道德视野进一步进行对生命体和生命过程的研究,以及对卫生保健和人类行为关系的研究。

### 第一节 生命伦理学概念

#### 一、生命伦理学的概念、范畴

“伦理”一词最早见于中国的《礼记·乐记》中,其中有“乐者,通伦理者也”的记载。《说文解字》解释中有“伦,辈也,从人仑声,一曰道也;理,治玉也,从玉里声”。所以,伦即指人伦,人的血缘关系。伦理就是规范人伦关系的道理和原则。在西方,很早以前亚里士多德就把关于人的道德品行的学说称为伦理学。在医学中则称为医学伦理学,早年在中国称为道德学。现在东西方医学界将

其统称为伦理道德学或伦理学。生命伦理学是对有关生命科学技术道德问题进行研究的学说,人们将其列为科技伦理学的分支,但也是医学伦理学的扩展,它将伦理学的理论和实践应用到有关生物技术的医学中,以解决应用中所产生的一系列伦理道德难题。

### (一)生命伦理学的概念

生命伦理学(bioethics)是由两个希腊词 bio(生命)和 ethics(伦理学)组成。生命主要就是指人类的生命及与之有关的动物和植物的生命和生态。生命伦理学是以人的生命为主,兼顾其他物种的生命而展开的伦理道德研究,涉及伦理道德的本质、原则、规范等重要内容。简言之,生命伦理学就是探讨人与环境问题,以及涉及医学领域与生命相关的伦理道德问题。

美国学者波特将生命伦理学定义为:用科学来改善生命质量,是“争取生存的科学”。他认为,生命伦理学实际上是一门应用科学,不具有规范性的伦理学性质。波特在其《生命伦理学:通往未来的桥梁》一书中首次提出“生命伦理学是利用生命科学以改善人们的生活质量的事业,同时有助于我们确定目标,更好地理解人和世界的本质,因此它是生存的科学,有助于人们对幸福和创造性的生命开处方”。

《生命伦理学百科全书》主编莱克对生命伦理学的定义是:“对生命科学和卫生保健领域中人类行为的系统研究,用道德价值和原则检验此范围内人的行为。”这个定义较为全面,其研究内容不但包括了医疗卫生事业中的伦理问题,也扩展到生物医学所涉及的问题,使人们在生命科学研究中,用生命伦理学观点,解决生命科学与人的需要、人与社会、人与自然、人与人之间的关系。

目前,多数学者将生命伦理学定义为:根据道德价值和原则对生命科学和卫生保健领域内的人类行为进行系统的研究。生命科学是研究生命体和生命过程的科学,包括生物学、医学、人类学和社会学等,所以生命伦理学被认为是一门边缘交叉学科。

生命伦理学作为伦理学学科的一个分支,是在医学伦理学基础上发展形成的。

医学伦理学是研究有关医学领域中的伦理道德问题,是对医疗活动中人们行为的规范性研究,包括医护人员的职业道德、医疗活动中人与人的关系等,就是要以人为本,以医疗活动为中心对所有伦理观念、行为规范及其伦理价值的判断。

由于现代高新技术的发展,医学模式的转变,医学伦理学研究内容也在进一步扩展和延伸。在跨学科、跨文化的现代社会里,对生命科学和医疗保健的伦理道德研究,使传统的关注医疗中人的生命活动转向面对整个社会人群,考虑生殖、生育、人口、高新技术应用、医疗卫生保健、公共卫生政策、环境保护、临终与死亡等一系列伦理道德问题的探讨,必然对有关决定、行动、政策、法规的研究产生一系列影响。因为,许多高新技术的正确应用也有可能被滥用,并可能影响到下一代和人类的未来,这使医学、生物学、社会学等相关学科面临前所未有的难题,对传统伦理道德观念产生了严重的挑战。在这种形势下,在医学伦理学的基础上,生命伦理学开始发展并演变成当今的生命伦理学,也有称生物伦理学,成为全球备受关注的-门新兴学科。可以说生命伦理学包容了医学伦理学,是医学伦理学的突破性发展,使人们在更广阔范围、更深的层次上,对与人类生命息息相关的各种复杂的伦理道德关系进行严肃的研究和讨论。

## (二)生命伦理学研究的范围

医学发展至今仍然面临许多伦理道德难题,特别是高新技术应用后,医学实践中的伦理难题困惑更是不断出现,如人类生殖技术应用、器官移植、基因和克隆人、胚胎干细胞研究、人体试验问题、行为控制问题、环境保护问题、安乐死及卫生政策与相关法规制定问题等,使人们在众多的应用选择中出现伦理道德的两难选择。归纳起来,生命伦理学的范畴大体上有以下几个方面:

1. 关于所有医药卫生事业中提出的伦理道德问题；
2. 有关生物医学和行为研究中的伦理道德问题；
3. 广泛的社会人口、环境伦理道德问题；
4. 有关动植物的生命伦理道德问题；
5. 有关卫生政策的伦理道德问题。

## 二、生命伦理学基本原理

生命伦理学是属于医学、生物学、社会学等多学科专业的研究领域,因此,各学科的理论和研究方法都可能被用来研究生命科学领域中所发生的伦理道德问题。

当医学家、社会学者或政策决策者面对新的伦理道德困惑又必须作出选择时,备感需要有一个系统、清晰和实用的生命伦理学理论和原则规范来指导他们解决现实中的难题。学者们企图寻求从传统的基本伦理学理论中,包括义务论、功利论、公益论、有利无害论、生命价值论等作为出发点,进行研究探讨,以解决生命伦理学中的难题。

义务论的责任伦理判断是要求人们去履行责任与义务,而不讲任何条件,其履行义务本身就是具有伦理道德价值的。基于这种观念,义务论认为行为是否符合伦理道德则决定行为者的动机、愿望。伦理学中的义务就是责任、应当的理论,是有关行为的道德准则、规范的要求。古希腊的德谟克里特就提出公正原则是应该做的道德义务。康德以义务为核心,建立起义务伦理学,将其定义为:人的善良意志发出绝对命令,把出于责任、履行义务的行为看成是道德的、善的、符合道德的目的。

有关义务论的研究分为两种,一种是行为义务论,认为没有任何普遍的道德规则或理论,人们所作出的决定只是出于自己所相信或感觉应当采取的正确行为;另一种是规则义务论,认为道德是有规则的,遵守这些规则就是道德的,与行为结果无关。

公益论原则是人们所倡导的科学研究基本原则之一,是对科学研究行为的伦理道德判断的最高原则,据此可对某一研究发出暂时停止或永久停止的禁令,或依此原则对研究设置某些禁区。科学研究要坚持人道主义原则,保持对研究的公正性,排除偏见,对研究中的风险公平合理分担,对研究结果审慎推广,保证公正使用。

考虑以上原则,在生命伦理学的研究中,也在探讨建立一些具体原则规范的必要性和可能性,以保证符合伦理道德和指导生命伦理学的发展。

有关自主原则要求。自主是一种自我管理、自我规范,尊重自主原则就是尊重一个有自主能力的人的自主选择 and 采取行动的权利。反对由他人把人工具化。对他人的利用就是对自主权的侵犯。为此,在生命研究中要坚持自愿性,有理性目的的选择和不受干扰的坚定性。尊重自主原则也就是要求在生命研究过程中,建立诚实、守密、知情同意等道德规则。

有关生命价值原则要求。生命价值论是在生命神圣论、生命质量论的基础上对生命伦理意义的讨论。生命是至高无上的,要重视生命质量,尊重自己和他人的生命,尊重生命价值,生命不能受到任何科学和技术的威胁和侵犯。但是从古至今,人类的生命却经常受到威胁,从未出生的人的生命,到今天人类整个遗传基因图谱都面临着严重的威胁。每种生命都有存在的价值,未出生人的生命权利,人类胚胎的性质,人类基因与对人类生命的操纵等亦有价值。在当今的医学中医生有权操纵人的生命吗?生命是一种可任人处理的物品吗?如何对人类的生命给予充分的尊重?都是生命价值的体现。

其他还有有利无害原则、公平原则等都是生命伦理学的重要理论内容。医学研究或治疗不当可能会对实验人群、志愿者或病人造成伤害,无论动机如何,都不能允许发生有意或无意的伤害危

险。但是,在治疗中如何平衡利益与伤害关系,要以为病人创造福祉为前提来考虑。

在生命伦理学基础理论中,我们认为一般是依照生命价值原则、有利无害原则、自主原则、公正原则等顺次考虑,在具体应用中要视不同情况加以调整,而不能机械运用,更不能教条式搬用。

### 三、生命伦理学的作用

生命伦理学作为一门新兴边缘学科,其使命是什么呢?我们认为,生命伦理学将以全新视野面对现代高新技术发展对医学、生物学及环境的挑战,以维护人类的共同利益。其主要作用有:

1. 对因生物高新技术发展所带来的难题作出正确的反映;
2. 向公众宣传生命伦理学的知识;
3. 建立起生命科学研究的伦理道德规范;
4. 为制定有利于生物科学、医学发展,又有利于改善全球生命质量及其环境的政策法规提供参考。

随着医学模式的发展和生物高新技术的应用,面对生命伦理学研究中的许多难题,人们正在从科学技术、伦理道德规范和立法等诸多层面进行研究,寻找对策。人们已经注意到高新技术应用中可能会出现许多负面影响,对此,人们不能止步不前,而是应当采取必要的措施,认真分析,趋利避害,以适应人类的前进脚步。

生命伦理学就是要讨论如何提高或转变科学伦理道德观念,以保证使用这些先进的科学技术研究或应用造福于人类。同时研究制定相应的政策和法规,用以规范科学研究人员和公众的伦理道德行为,保证生命科学研究的健康发展和正确应用。法规性的伦理道德规范将对人们的行为及观念产生极大的约束力,有助于人们在正确的研究方向中向前发展。

当前的情况是,高新技术的飞速发展,科学技术的强大作用,对生命科学实践产生了巨大的影响,而人们的伦理观念还相对停

留在传统的伦理滞后观念下,这必然影响生命伦理学,使其发展过程中注定面临许多难题。为此,人们正在积极探索研究,以求找出解决生命伦理学问题的理论和方法,并在此基础上逐步建立起稳固的理论体系和规范。

## 四、生命伦理学的发展

### (一)建立全球生命伦理学的可能性

世界一体化、经济全球化和高新技术的发展以及信息化的交流,引发了全球经济、政治、文化价值观等方面的矛盾冲突,在伦理道德层面就表现在人们的道德危机感等方面。人类要生存和持续发展,就必需建立起新的全球秩序,而建立全球秩序的前提是需要建立起基本的全球伦理价值观与道德标准,以规范全世界人类共同遵守的行为准则。

1988年在日本召开的第四届国际生命伦理学大会上,与会人士表达了不同文化背景下,对生命伦理原则、规范的态度。有关生命伦理学的见解和争论对推动全球生命伦理学的发展必将产生积极的影响。总结全球有关生命伦理学的争论,大体有以下几种观念:

1. 强调坚持民族或地域的传统文化价值的重要性。
2. 建立超越全球生命伦理学观点。因为在医疗活动中,人们对许多问题的争论,仅仅依靠伦理道德原则来解决是不可能的,于是提出了“超越全球生命伦理学”的观点,就是要承认伦理道德观念的多样性和多元化存在。在实践中不否定已有的原则规范,使其虚化以便容纳和充实更多的伦理道德内容。
3. 承认多元化的道德内容,提倡兼收并蓄、交流互动的体系与机制。

### (二)建立新的全球伦理道德体系的意义

生命伦理学是研究全球人类普遍共同关心的问题,人工生殖、

克隆技术、基因组图、死亡与安乐死、器官移植、生态环境、卫生政策等,无一不涉及人的生命和健康,涉及人类的发展和未来。因为人类的一切活动归根到底都是为了人类的生命,人类必须对生命伦理道德问题有一个明确的价值判断,这就是生命伦理学存在和发展完善的意义所在。

生命伦理学是一门有极强实践意义的学科,除了进行有关理论研究外,必须对具体生命研究行为作出伦理道德评价和建立伦理道德规范引导。随着高新技术的应用,在医疗实践中也经常需要生命伦理道德规范来指导人们的行为。如人体试验问题、新药试验问题、器官移植问题、基因组图与克隆等问题,都需要通过讨论、分析、判断,作出理性的评价,并进一步调整原有的伦理道德原则和规范,制定新的伦理道德规范和要求。这样通过讨论、实践、再讨论、再实践上升为生命伦理学理论和规则。我们相信,生命伦理学的理论和实践必将会有一个新的发展。

我国有关生命伦理学的研究刚刚起步,但近年发展很快。我们希望全球有关生命伦理学的研究得到进一步建立和发展,我们也要积极研究解决当前医学研究实践中出现的许多生命伦理学难题。我们要立足于中国传统伦理道德和医学道德,吸收全球有益于发展我国生命伦理学的内容和精华,对历史、现实、未来、国际和国内等因素作全方位考量,在可能建立的全球生命伦理学中作出有益的贡献。

## 第二节 生命伦理学与有关学科的关系

### 一、生命伦理学与伦理学的关系

生命伦理学是一门新兴学科,是伦理学的一个分支,其基本原理是相一致的。如伦理学的基本伦理道德原则,也是生命伦理学

的重要基础和价值起点,对生命伦理学也有重要的影响。如义务论、公平理论、人道主义、功利论和生命价值论等,同样是生命伦理学重要的理论基石。

生命伦理学是在一般伦理学基础上产生的,必然带有普通伦理学的理论烙印。生命伦理学又是在医学伦理学的基础上得到发展的,也必然会反映出医学伦理学的许多理论印记。生命伦理学是在科学技术发展,医学模式转变和新技术应用等复杂的背景下演变发展而形成的。从历史上看,从抽象伦理研究到元伦理学和实用主义学派的研究,都使人们在事实和道德判断间的关系方面产生了新的认识。如医学目前表明,临终病人能否安乐死呢?医学、社会学提出,能否进行器官移植,如何分配有限的器官资源呢?对此会有许多不同的结论,其中都含有丰富的伦理学理论关系。人们必须给出道德判断和行为关系的回答,必须进行伦理学规范的研究和提高判断与分析能力。而后期的实用主义学派则突破了传统伦理规范的约束,强调要仿制科学和事实进行伦理道德价值判断,由此产生了实用主义学派。综合各个学派的伦理研究而发展起来的生命伦理学,在理论体系的建立、伦理道德范围的规定、对具体问题的分析上都深受早期伦理思想的影响和启示。

现代医学的发展和科学技术的进步推动了医学伦理学的发展和完善,也推动了生命伦理学的产生和发展。生命伦理学不仅高度关注医学、生命科学、生物技术、遗传和基因工程等研究,还在这些领域中迎接不断产生的伦理道德、法律和社会问题的挑战。同时也要求在科学实践中把一般伦理学、医学伦理学、环境伦理学等加以协调,以应对科学实践中出现的新问题。

生命伦理学在兴起和发展中出现了许多有我们当代社会特征的问题和理念,进一步展示了人类古老的终极命题,如人的生命的意义、人的价值、人的权利、公正性、公益性等。人们必须新的历史背景下,选择适当的伦理道德判断和分析,解决有关研究中的伦

理道德纷争。我们相信,普通伦理学、医学伦理学与生命伦理学的互动,彼此间的影响与作用,会对推动生命伦理学的发展和完善产生积极的影响,生命伦理学学科理论和规范必将在实践中构筑起来。

## 二、生命伦理学与医学伦理学的关系

传统伦理道德观念在医学活动中的渗透,形成了医学伦理道德理论和医德原则、规范、范畴的内容,形成了当代医学伦理学完整的理论和实践体系,指导和规范着医疗活动中人们的行为,推动着当代医学的发展。

中国传统医学道德强调“医乃仁术”,认为医生要有“仁爱之心”,对病人要“普同一等”,同时要求医生要不计名利,“无欲无求”,对医术要“精益求精”,急病人之所急,“一心赴救”。西方也同样注重医学伦理道德的修养,在希波克拉底《誓言》中强调,医生要以圣洁之精神,为病家谋利益,不给病人造成伤害。中西方早期伦理观念中的许多共同之处,为医学伦理学规范化、制度化、法律化奠定了基础。

但在生命、疾病、死亡和健康等观念上,中西方文化的差异也有不同的表现。中国传统观念十分重视生命,将保存生命看成是第一位的。在生与死的关系上,提出了“方生方死,方死方生”,生死一体,善生善死的思想,认为人生都是天地自然安排,只要顺应自然即可。而西方则将生命和灵魂区分开来,如苏格拉底等都提出了人的肉体与灵魂的关系,认为死亡是肉体的消亡,灵魂不死。同时又提出,对生命的评价应当以人的行为高尚与否,而不是以生命长短为标准,强调人要过道德高尚的生活。

在疾病和健康观念上,中医自古就有自己的“阴阳”、“五行”等健康是人体内平衡及与外在环境和谐的认识,并没有西方在新医学模式下生物、心理和社会适应能力良好的健康定义。当代对

健康的观念有了进一步的发展,如提出疾病、亚健康、健康等观点,为卫生保健服务提出更完善的客观指标。

随着医学伦理学的发展,科学技术和商品经济的价值观已经渗透到医学领域,在医学、生命科学、生物技术、环境保护等方面,都出现了许多困惑和难题。如:我们的医患关系应该是什么样的?医疗卫生服务是消费与被消费的关系吗?卫生资源分配中的道德难题,卫生政策的制定等都使传统的医学伦理学面临困惑。而高新技术下的人工生殖、克隆技术、基因组图研究等向人们提出了应用与伦理价值观的挑战。

今天人们强调医学中的人文关怀,就是表明医学是一门实践性极强的涉及人的生命的学科。医学中有高新技术手段,医学也是一门艺术,更需要在医学活动中对人的权利、自主性,人的尊严和人格的尊重。我们需要对医学伦理规范和行为进行调整,在考虑不同文化背景影响的同时,必须重视有关生命伦理学研究中出现的新问题,通过讨论、分析研究,调整人们的伦理价值观念,以人为本,以人类的利益为重,作出必要的伦理价值判断,以适应生命伦理学发展的需要。

## 第二章 人口与生育控制道德

人口与生育问题是一个与社会经济发展密切相关的重大战略问题。我国已经把“国家推行计划生育,使人口的增长同经济和社会发展计划相适应”列入宪法。实行计划生育是我国的一项基本国策,包括“控制人口数量”和“提高人口质量”两个重要方面。人口和优生优育问题的妥善解决,既需要先进的科学技术,也需要有正确的伦理道德观念。因此,树立和强化反映社会主义经济基础要求的人口与生育道德观念,抛弃陈腐落后的道德观念,对于搞好人口与生育控制具有十分重要的意义。

### 第一节 人口伦理学问题

随着全球一体化的进展,人口问题已经成为人们越来越关注的议题。2005年6月24日,在法国举行的世界人口年会发布消息指出,截至2005年6月,世界人口已经接近65亿。并预计世界第65亿个人将于2005年11月份在亚洲出生。《自然》杂志刊登报告指出,人口在近期将会不断增长,大约在2070年将达到高峰——90亿。报告中指出,未来增加的人口多数将在发展中国家。这对于经济正在起步或尚未脱贫的发展中国家来说,将是一个沉重的负担。如果人口问题处理不好,很可能拖这些国家经济

发展的后腿,很可能影响整个国家民众生活的改善和提高。因此,人类必须对自己的生育进行适当的控制,以更好地协调人类的发展。

### 一、人口伦理学概念

一个有限大的地球绝不可能容纳下无限多的人口。在全球人口增长不减的形势下,需要对人口的增长进行控制,这是人类有史以来遇到的新课题。因此,人们对这个问题的处理还没有政治上的经验,也没有伦理道德上的传统准则,所以,致使人们在面临控制自身生产的问题时,陷入一个伦理道德的困境之中。

世界各国采取什么措施来协调全球人口战略?人类究竟应该用什么样的伦理道德准则来调节人口呢?于是,人们提出了关于人口生产的伦理道德规范,必须适应物质生产的发展、生态环境的改善和人种优化诸多方面的协调发展,即提出了人口、经济、环境等方面的协调、可持续性发展的战略要求。

现代人口伦理道德向传统的生育伦理道德观念提出了挑战。在人类自身生产行为中,人们应该提倡什么,反对什么?其标准又是什么?这一切都是伦理道德需要解决的问题。面对全球人口特别是发展中国家的人口过快增长,应当选择什么政策措施来控制人口?能允许人口任意增长,进而使其仍然处于饥饿和死亡威胁之中吗?我们认为人口的数量、质量、性别、年龄及地区分布等,都要有利于国家、民族和整个人类的生存和发展,这就是人口伦理道德的基本原则规范。由于国家、地区、民族、文化、宗教、法律、经济等因素的影响,在人口控制方面必然会出现许多矛盾冲突。有的国家和地区需要控制人口的盲目增长,而有的国家和地区又需要鼓励人口增长,几乎找不到一个完全一致的全球共识的人口政策。从伦理道德问题上看,探寻出一个有利于本民族、地区和国家的人口政策,则是完全可行的。一些发展中国家特别是中国通过计划

生育控制人口增长的政策,已经取得了全球瞩目的成效,并为广大公众所理解和支持,为解决全球人口危机作出了自己的贡献。这种人口政策是一种人口伦理道德方面的共识,也为全球人口控制开创了正确的实施导向。

## 二、人口发展与适度控制

有权威研究报告称,在未来的比例结构中,存在着许多棘手的问题:如人口老龄化问题,预测到2070年60岁以上的老人在世界人口的比例,将从目前占总人口的10%增加到22%左右。到21世纪末老年人口将增加到人类总人口的34%。联合国有关人口的预测认为,世界人口新的增长已经开始了,“人口增长就像一个巨大的货船,一旦快速行驶,是难以迅速停下来的,需要慢慢地停下来。”老龄化的后果将是生育率降低,生命延长,劳动人口减少,移民增加等,这种后果必将给全球带来综合性的影响。

联合国人口基金会执行主任奥贝德在2001年“世界人口日”致词中说:“生活在地球上的几十亿人拥有同样的梦想:安全的生活、充裕的空间、提高收入的机会、孩子的教育与健康……我们只有有限的时间来纠正威胁地球的不平衡,不管你是谁,不管你生活在哪里,每一个人都有这份责任。”保持生存环境的平衡,帮助人们实现梦想,全球必须共同努力,“减缓人口增长、消除贫困、促进经济发展、改善生态环境、降低不利于可持续发展的消费和改变生产方式等方面的努力,应起到相互影响、相互促进的作用”。

## 三、人口形势与适度的人口数量

2001年世界人口日的主题是:人口、发展与环境。人类社会越来越感受到来自生存环境的巨大压力。联合国人口基金会提供的资料表明:人口的快速增长,过度消费,浪费和资源匮乏,正在摧毁人类赖以生存的地球。它带来的是全球变暖,海平面上升和其

他不可知的环境变化。区域性移民和难民问题带来了更大的人口压力及食物、饮用水的短缺,土地过度开垦和农作物减产,使人与环境的矛盾更加突出。

2005年世界人口年会指出,全球人口分布是不均匀的,中国、印度、美国、印度尼西亚、巴西和巴基斯坦是世界上6个人口最多的国家,6国人口总数达到了33亿,接近全球人口的一半。会议上提供的材料表明,1800年地球人口达到10亿,1930年达到20亿,1960年达到30亿,1974年达到40亿,1987年达到50亿,1999年达到60亿,人口增长速度在20世纪一直呈加速状态。

法国著名人口学家卡特琳·罗莱在自己的新书《世界人口》中指出,截至2005年6月,世界人口已经接近65亿。人口增长速度在20世纪一直呈加速状态,在60年代曾达到最高峰。不过21世纪的人口增长速度将减慢。她认为,目前大多数国家已经完成人口增长形态的转变,即从高出生率和高死亡率转变成低出生率和低死亡率。这一转变在欧洲国家自18世纪就已经开始,而发展中国家在二战结束后也逐渐出现这一趋势。这使世界人口数量得以继续稳定增长,未来50年将至少再增加30亿左右人口,将给地球环境和资源分配体系带来压力。专家们经过测算得出结论是,地球具有最多养活100亿到150亿居民的能力。届时,这将成为一个关于资源合理分配的问题,而不仅仅是提供多少物产养活人类的问题。

中国人口学家认为,人口、资源和环境在人类可持续发展中起着基础性的作用,过大的人口群体为了生存和经济发展过度利用自然资源,给人类社会的可持续性发展带来了隐患。如大气污染、渔业资源枯竭等都是人口多、消费力大、经济落后造成的。资源匮乏的源头往往是人口过多与经济落后。

#### 四、人口警钟再次敲响

2005年世界人口年会预测,世界人口到本世纪中叶将达到90~100亿,地球最多能够养活100~150亿居民,如果不及时有效控制人口,人类在本世纪持续发展的理想很难实现。

越生越穷,人口问题最严重的是发展中国家。根据联合国人口部门的《2004年修订报告》称,尚未实现温饱的发展中国家的人口增长速度最快;而在富裕的发达国家,人口数量已经维持平稳甚至出现负增长。目前,全球仍有10亿人生活在贫困线以下。随着人口数量的增加,实现在2015年年底前将全球贫困人口减半的目标任重道远。

人口问题关系到“地球村”的每一个人,发达国家也不可能独善其身。以水资源为例,目前全球至少有11亿人无法得到安全饮用水,26亿人口缺乏基本卫生条件。对地球资源的过度开发,进一步加大了对环境的压力。在沉重的人口压力面前,经济发展、社会进步与环境保护等人类共同的理想受到巨大威胁。

人口问题的根本是发展问题。解决了发展问题,人口问题自然就会迎刃而解。解决人口问题的关键首先是要立足于经济发展和建立全球资源合理分配的新机制。现在全球的物产足够养活所有的人,但不合理的分配机制仅使少数发达国家受益。在解决人口问题和全球可持续发展问题的过程中,发达国家负有不可推卸的责任和义务:提供资金和技术、开放市场等,帮助发展中国家实现经济增长。其次,控制人口离不开计划生育。历史经验证明,一个国家人口增长形态的转变,需要从高出生率和高死亡率转变成低出生率和低死亡率。这一转变在发达国家已经自18世纪开始,而发展中国家在二战结束后才逐渐出现。在较短的时间里要实现这一转变,对许多国家来说实施计划生育是重要的选择。中国在这方面的工作和成就对全球来说具有示范作用。中国已经在过去

的 30 年里少生了 3 亿多人。

解决人口问题必须重视建立科学的人口发展战略。伴随着人口负增长,一些发达国家已经出现经济增长放缓和社会老龄化等问题。解决这些问题,各国必须提前建立符合自己国情的科学的人口发展战略,有计划地提高人口素质。

### 五、世界人口日口号——“平等=授权”

每年的 7 月 11 日是世界人口日。联合国人口基金会将“平等=授权”作为 2005 年世界人口日的主题,着重强调性别平等,赋予女孩和妇女平等的权利,同时还提出了四个重要行动领域,包括教育、经济机会、生殖健康和权利、政治参与权。

1987 年 7 月 11 日,世界人口达到 50 亿。为了引起国际社会对人口问题更深刻的关注,1990 年 6 月联合国人口基金会将每年的 7 月 11 日定为“世界人口日”,要求各国政府、民间团体在此期间开展相关活动。

据世界人口年会 2005 年 6 月底公布的数字,截至 2005 年 6 月,世界人口已达 64.77 亿,预计到本世纪中叶,世界人口将达到 90~100 亿。

由于全球人口分布不均及尚未实现温饱的发展中国家人口增长速度过快,当前的人口状况对人类社会已经构成严重的威胁。目前,全球仍有 10 亿人生活在贫困线以下。随着人口数量的快速增加,全球在 2015 年年底前实现将贫困人口减半的目标任重道远。

面对当前日益严峻的人口形势,发展问题成为解决人口问题的根本所在。解决了发展问题,人口问题自然迎刃而解。解决人口问题,首先要立足于经济发展和建立全球资源合理分配的新机制。当前人口增长过快的是经济欠发达地区,而地球资源的现行分配机制仅使少数发达国家受益。

控制人口也离不开计划生育。历史经验证明,任何一个国家的人口都需要经历从高出生率和高死亡率到低出生率和低死亡率的转变。要在较短时间里实现这一转变,对许多国家来说计划生育是重要的选择。

在人口生产中,女性扮演着重要角色。人们在实践中越来越多地认识到,保护妇女权利,提高女性地位是实现控制人口目标的关键。但是,目前在一些国家和地区,尤其是发展中国家,女性在受教育、生殖健康、计划生育服务以及各种平等权利方面并没有得到保障。据统计,全世界9亿多文盲中有2/3是妇女;全球有3亿多育龄妇女未能得到先进安全的计划生育措施的保护;全球每年平均有53万名妇女因怀孕或生产而死亡。

## 六、我国人口与健康领域的战略转移

在2005召开的“21世纪论坛中国—欧盟可持续发展分论坛”上,国家中长期科技发展规划战略研究人口与健康专题组组长、中国医学科学院院长刘德培院士介绍了今后15年我国人口与健康领域科技发展的总体思路和战略布局。

他指出,未来我国人口与健康研究应实现观念、经费投入、研究对象和研究领域的战略前移,战略下移,力争到2020年,使我国的人口总数控制在14.5亿之内;人口出生率控制在11.7‰以内;婴儿死亡率下降至10‰;出生缺陷率下降至3‰;孕产妇死亡率下降至15/10万;预期寿命上升至78岁;预期健康寿命上升至70岁。

以自主创新为先导,引进开发相结合,以医药生物科技为主体,高新技术与适宜技术协调发展,开展跟踪、跨越、创新研究是我国中长期人口与健康科技发展的总战略。围绕这个总战略,应从单纯注重数量控制到全面重视人口数量、结构、质量、安全,合理全面发展;从单纯注重城市医疗卫生研究到全面重视城乡社区医疗

卫生保健研究;从单纯注重疾病诊治到生命全过程的健康监测、疾病控制,重预防,治未病;从注重机体本身研究到环境、社会、心理与机体交互作用综合研究。

## 第二节 人口道德与计划生育

人口道德是关于人口问题关系的道德。人口道德作为一种社会意识形态,是建立在一定社会经济基础之上的,随着人口问题的产生而产生,并为一定的经济基础服务。控制人口、实施计划生育是人类发展、社会进步必然提出的客观要求,是解决人口问题的基本措施,也是一项巨大的社会系统工程。

### 一、人口观和生育观

#### (一)人口观和生育观的关系

人口观是指人们对人口的认识和看法,是人口发展过程的社会存在在人们头脑中的反映。生育观是指对人类生育行为的认识和看法,是人生观的重要组成部分,受世界观的支配。一般来说,有什么样的人口观就有什么样的生育观。

在资本主义社会,占主导地位的是以马尔萨斯的“人口论”为代表的资产阶级的人口观,把资本主义制度造成的贫困和罪恶归因于人口增长过多、过快,企图为资本主义剥削制度辩护。与这种人口观相适应的生育观,则是把生育完全看成是家庭和个人的私事,主张生育应当服从资本主义发展的需要,穷人必须节制生育,而富人则不必节育。因此追求享乐,摆脱生育义务,是现代资产阶级生育观的突出表现。

社会主义人口观与生育观认为,人口是一个社会的、历史的范畴,“是一个具有许多规定的关系的丰富的总体”,是“全部社会生产行为的基础和主体”。人口过程是自然过程和社会过程的统一。

人口的发展与社会经济的发展发生抵触和矛盾,即产生人口问题。社会主义社会的人口问题与资本主义社会的人口问题有本质的区别,只有在社会主义的条件下,人们才能自觉地实现人类自身的生产同物质资料的生产和社会经济的发展相适应。社会主义的生育观与人口观是完全相适应的,在社会主义社会里,生育子女既是家庭和个人的私事,又是国家和社会集体的大事。每个社会成员都应当为了社会整体利益而自觉地实行计划生育,使自己的子女在德、智、体、美等几个方面都能全面发展。这种认识反映了社会主义制度及其人口规律对人口再生产的基本要求,反映了广大劳动人民在生育问题上的根本利益关系。所以我们认为,反映一定阶级社会的人口观和生育观的形成、发展和变化具有相对的同步性,对人口过程的影响具有相互的协同性。在计划生育宣传教育工作中,要十分注意人口观和生育观的相互关系及其作用规律,以协调好人口发展的需要。

### (二)人口观与生育观的转变

人口观与生育观不是一成不变的,随着社会经济的发展和科学技术的进步,旧的人口观念与生育观念不断被新的观念所取代。但是,人口观和生育观又有相对的独立性。

在西方,18世纪开始的工业革命为资本主义发展带来了繁荣,同时也给资本主义社会带来了人口增长过多过快的问题。英国的马尔萨斯在1798年发表了《人口论》,第一次公开地提出了资本主义社会的人口问题,并对资本主义的人口问题提出了带有明显偏见的解释。到19世纪中叶,马克思主义人口理论的诞生,是对传统人口观念的冲击,提出了带有划时代意义的解释。马克思主义人口观认为,为了使人口的增长同社会经济的发展相适应,人类必须对人口的增长规定一个限度,并且像对物质资料生产进行调节那样,对人口的生产进行调整,实行计划生育,即对人类自身发展过程进行控制。

在社会主义制度下,旧的人口观和生育观的社会经济基础基本上已经消失,但旧的观念和风俗习惯的影响依然存在。例如,在我国历史上长期起主导作用的仍然是“人越多越好”的人口观念,这是在早期生产力水平极其低下的社会中产生的。“多子多福”、“养儿防老”的生育观念是很普遍的观点,“人越多越好”、“传宗接代”、“重男轻女”、“早生”、“多生”等生育观念,长期居于主导地位,并被赋予深刻的伦理道德意义。只是到了清代“康乾盛世”时,人口有了大发展,并形成人口压力后,传统的人口观念才开始受到动摇。然而,人们对生育控制的伦理道德价值,长期未能得到社会认同。

到 20 世纪 80 年代末,世界人口已经达到 50 亿,2005 年已经达到 65 亿。有人统计,全球人口达到第一个 10 亿,曾用了大约 300 万年,达到第二个 10 亿用了 100 年,而现在增加 10 亿仅需要约 12 年。据美国国际粮食政策研究所推算,现在世界粮食增长赶不上人口增长的速度(宋健:《人口预测和人口控制》)。罗马俱乐部原主席奥雷利欧·佩切伊在 1984 年临终时写成的《罗马俱乐部在本世纪末的重要议程》中告诉人们:“如果人们能够逃脱核灾难的破坏,人类面临的主要问题将是世界人口爆炸所造成的恶果。”面对世界人口发展加速的严峻现实,人们必须对传统的和现实的人口和生育伦理道德价值观念进行深刻的反省,以作出符合人类伦理道德理想与道德愿望的抉择。

我国是世界上人口最多的国家,由于实行计划生育政策,自 1971 年到 1998 年以来累计少生 3.38 亿人口;到 2000 年,人口出生率下降到 15.3‰,人口自然增长率下降到 8.7‰。同时由于各种条件的改善,各级在校学生人数占全国人口比例大大提高,每万人口中大中学生人数分别增加了 5 人和 109 人。到 2005 年 1 月我国人口总数已经超过 13 亿。到 2004 年末,城镇人口为 54283 万人,乡村人口为 75705 万人,男性为 66976 万人,女性为 63012

万人,0到14岁人口为27947万人,15到64岁人口为92184万人,65岁以上人口为9857万人。由于我国人口基数大,目前正值生育高峰,而且在人们头脑中不同程度存在的“传宗接代”、“重男轻女”、“多子多福”等陈腐观念,在短期内还不能彻底消除。广大农村老有所养等一系列问题目前还不能完全解决。21世纪之初是我国控制人口增长的最艰巨时期,我们必须大力宣传社会主义的人口观和生育观,实现人口观和生育观的历史性转变,使“计划生育”成为广大人民群众自觉行为。

## 二、计划生育的意义

根据我国的国情特点,在1982年宪法中就明确规定:“国家推行计划生育,使人口的增长同经济和社会发展计划相适应。”早在1955年中央在给卫生部文件批示中就指出:“节制生育是关系广大人民生活的一项重大政策性的问题,在当前的历史条件下,为了国家、家庭和新生一代的利益,我们党是赞成适当地节制生育的。”自此以后政府下发了许多文件、政策,制定有关法律和法规,到今天,计划生育已经成为我国的一项基本国策。

实行计划生育在我国是有伟大战略意义的重大决策。这是因为我国人口基数大、素质低、增长快,13亿人口占全球人口总数的20%,而我国的耕地面积却只占全球耕地面积的7%,虽然我国经济发展速度之快为世人瞩目,但人均水平仍处于全球较低水平,严重地影响了人均收入水平的提高,而且粮食、教育、住宅、交通、医疗、就业等都成了严重的限制发展问题。按照国家的经济发展规划,我国已经实现了小康生活水平,到21世纪中期将达到或接近中等发达国家经济发展水平,要想做到这些就必须在发展经济的同时,控制好人口的过度增长,使人口的增长同社会经济发展相适应。同时也要认识到,计划生育有利于家庭和个人的幸福,实施计划生育,控制人口增长,提高人口素质,是一件利国、利民、利己,也

有利于子孙后代的基本国家政策。

中国的计划生育工作取得了很好的效果。我们有效地控制了人口增长速度,教育事业和人口素质都有很大发展和提高。人民群众的婚姻观念、生育观念和家庭观念都发生了明显的转变。计划生育政策的实施和妇女的进一步解放,使妇女的地位和权利也有了进一步的提高,特别是在广大农村,计划生育不但是一项扶贫帮困的重要措施,也使许多农村家庭从“越生越穷、越穷越生”的怪圈中解脱了出来。农村经济的发展促进了计划生育工作,计划生育政策的相应调整又进一步促进了社会主义事业的发展。

### 三、我国现阶段计划生育政策法规与任务目标

#### (一)新的《中华人民共和国人口与计划生育法》的特点

##### 1. 现行计划生育政策保持稳定

2001年12月公布的《中华人民共和国人口与计划生育法》是我国现阶段计划生育的重要法规,该法规充分保障了公民的生育权。它体现在男女平等、公平发展、生殖保健、享受优质生殖健康服务、实行计划生育后获得的奖励与社会保障等许多方面。《中华人民共和国人口与计划生育法》第18条对此作出了回答:“国家稳定现行生育政策,鼓励公民晚婚晚育,提倡一对夫妻生育一个子女;符合法律、法规规定条件的,可以要求安排生育第二个子女。”少数民族的生育政策也宽于汉族。对一些经过教育坚持超生的,政策也允许,国家对其除了征收社会抚养费外,不会再进行其他处罚。

对于节育措施,该法第19条规定,“实行计划生育,以避孕为主”。这一条规定实际上赋予公民选择节育措施的权利。那些只生一个孩子的父母,再也不用担心被“一刀切”地要求实行结扎绝育手术了。

##### 2. 计划生育工作纳入司法审查范围

新的《中华人民共和国人口与计划生育法》确认了生育工作也要依法行政的原则。在第 39 条规定,对于国家机关工作人员在计划生育工作中“侵犯公民人身权、财产权和其他合法权益”,“滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊”,“索贿受贿”,“截留、克扣、挪用、贪污计划生育经费或者社会抚养费”,“虚报人口和计划生育统计数字”等 5 种行为给予严厉禁止。这些规定表明,计划生育工作终于纳入了司法审查的范围。

### 3. 计划生育罚款被取消

《中华人民共和国人口与计划生育法》第 41 条规定,违规生育子女的公民,“应当依法缴纳社会抚养费”。该条同时还规定:“未在规定的期限内足额缴纳应当缴纳的社会抚养费的,自欠费之日起,按照国家的有关规定加收滞纳金;仍不缴纳的,由作出征收决定的计划生育行政部门依法向人民法院申请强制执行。”这一规定实际上和行政处罚法的原则相一致。它一方面以法律的形式确定了“社会抚养费”的概念,另一方面也赋予了计划生育行政部门依法处理违规生育者的权力。

### (二)新时期的计划生育任务与目标

进入 21 世纪,我国人口与计划生育工作的主要任务就是:稳定低生育水平,提高人口素质。2001 年 6 月 13 日,《计划生育技术服务管理条例》正式公布。条例的实施对计划生育服务工作的管理,控制人口数量,提高人口素质,保障公民的生殖健康权利都有非常重要的意义。我国计划生育技术服务是实行国家指导和个人自愿相结合的原则,公民享有避孕方法的知情选择权,国家保障公民获得适宜的计划生育技术服务的权利。这些条例的公布和实施,对保障我国计划生育的顺利开展创造了坚实的基础。在 2002 年全国计划生育工作会议上,提出了“新时期人口与计划生育工作必须确立新的奋斗目标——使计划生育工作真正成为造福人民的事业。”我国人口的形势仍然不容乐观,人口对经济社会发展、资源

合理利用、生态环境保护造成巨大压力。出生性别比升高的趋势需要引起重视。进入新世纪后要求人口与计划生育工作必须改变计划经济条件下形成的工作模式,探索新思路和方法,积极建立与社会主义市场经济体制相适应的管理机制。

21世纪我国计划生育的奋斗目标是:使计划生育工作真正造福于人民。必须确立的标准是:稳定低生育水平,让人民群众满意。必须建立的管理机制是:依法管理,村民自治,优质服务,政策推动,综合治理。国家通过《中华人民共和国人口与计划生育法》以国家法律的形式确立了计划生育基本国策的地位,稳定了现行生育的政策,规范了群众实行计划生育的权利和义务。学习、宣传、贯彻好这两部法律法规,是目前人口与计划生育工作的头等大事。同时要深入开展计划生育宣传教育和优质服务,积极稳妥地开展避孕方法服务宣传和提高知情选择权,指导育龄群众选择以长效为主的安全、有效、适宜的避孕节育措施,使文明观念、政策法规和科普知识进村入户、入脑入心。

### 四、计划生育工作的道德原则

实行计划生育是我国的一项基本国策,其目的是控制人口数量,提高人口质量,使人口发展与物质资料生产相适应。因此,计划生育工作人员必须认真遵守以下道德原则:

#### (一)坚持以《中华人民共和国宪法》为基本活动的原则

《宪法》是国家的根本大法,具有最高的法律效力。我国《宪法》第25条规定:“国家推行计划生育,使人口的增长同经济和社会发展计划相适应”,将“计划生育”列入宪法在我国是第一次,在世界各国宪法中也很少见。国家和各省、市、自治区人大或政府制定的计划生育法规或具体政策规定,下达的人口发展计划指标,均具有法律性和强制性特点,是对群众生育行为的合法干预,体现了我国宪法规定的“国家推行计划生育”的原则。计划生育工作人员

必须坚持以《宪法》为自己工作的根本活动准则,在工作中尽心尽责,保证人口计划的完成。

### (二)坚持对社会与对个人负责相统一原则

目前由于传统观念的影响,旧生育伦理道德观念还有很大的影响,不少群众,特别是农民群众的生育意愿与国家现行的计划生育政策有明显的矛盾,对计划生育工作的顺利开展造成很大阻力,因此,在计划生育实施工作中难度很大。计划生育工作人员应该对此有清醒的认识,要通过自己积极努力的工作,坚持对社会和对个人高度负责相统一的精神,严肃认真地贯彻执行现行的计划生育政策,对于一些不符合现行政策规定的生育行为,应该耐心地做好宣传教育工作,并采取必要的干预措施,以保证计划生育任务的顺利完成。对于一些因政策不够完善而产生的实际问题,一定要实事求是,积极研究解决,为完善人口生育政策提供实践依据。

### (三)做好宣传,坚持知情同意原则

知情同意原则在计划生育中十分重要,要维护男女的生育权利是现代生育观念的新发展。为此,在实施计划生育过程中,一定要使服务对象明白计划生育的意义,计划生育与社会经济发展的关系。同时也需要向人民群众宣传有关计划生育实施的具体方法,用实际行动影响人们传统观念的转变。所以,计划生育工作人员应当积极向人民群众传授有关计划生育的知识,使人民群众都能接受相关的计划生育咨询和教育,获得计划生育健康等有关服务。在方式方法上要贯彻知情同意原则,允许自愿、自主选择节育措施,以达到节制和控制人口的目的。要鼓励在实施计划生育中男女平等的原则,切实解决在实施计划生育措施中的一些有关问题,以更好地促进计划生育工作。

### (四)对技术精益求精,优质服务原则

计划生育工作是一项技术性十分强的工作,其工作质量如何不仅关系到受术者本人的健康和安全,也对社会人群有较大的影

响,特别是在计划生育工作还没有真正成为广大人民群众自愿行动的情况下,“社会影响”问题更为突出。为此要求从事计划生育的医务人员,应牢固树立起全心全意为人民的身心健康服务的思想,自觉地增强计划生育的技术质量意识,对技术要精益求精,一丝不苟,高标准、高质量地完成每一项技术工作。对从事计划生育技术工作的医务人员,要求做到优质服务,从内心到态度上能全方位地为群众着想,满腔热忱地为人民群众服务,把关系到国计民生的大事做好、做精,为中华民族的繁荣昌盛作出自己的贡献。

### 五、计划生育工作中的道德要求

计划生育工作是一项范围较广泛,内容十分丰富的技术工作,为此在具体行为中要遵守一些伦理道德要求。

#### (一)避孕指导工作中的道德要求

避孕在今天已广为人们所接受,但为什么长期以来被认为是道德的呢?其原因大概有:长期以来人口问题没有成为影响经济发展的因素,为了民族生存也反对避孕;从宗教观念出发,结婚的目的就是生育,不生育是一种罪行,是预先扼杀一个人的生命;还有是技术上的原因,历史上反对避孕的理由是以前的避孕药或器具不但无效而且不安全、有毒等。同时在伦理学方面,还需要解决一些认识问题:如先进的避孕技术,会不会引起性关系的混乱;由于性关系和生育关系的分割,会不会发生使人放弃生育的义务,进而导致家庭瓦解影响社会利益和人种延续的后果等。

避孕作为提升人口素质、预防人口过度增长的手段是完全可行的。同时避孕对于妇女来说,还能感受到生命的转变,不但家庭计划可以实行,更可以使女人得以规划自己的人生。现代妇女终于可以和男人一样自由了,可以主导自己的身体,自食其力,追求心灵美及成功的生涯。避孕使妇女从生育中解脱出来。

避孕是防止不需要的妊娠的第一道防线。随着计划生育的开

展和人们对怀孕认识的提高,群众对避孕技术提出了更紧迫的要求。目前,有关避孕的伦理道德问题主要集中在避孕的技术指导方面。

### 1. 坚持“避孕为主”的计划生育指导方针

我国计划生育技术指导工作实行的是“避孕为主”方针,国家免费对育龄夫妇提供避孕技术,社会对避孕技术指导工作的需求是相当大的。1982年全国一项千分之一人口生育率抽样调查结果表明,全国育龄夫妇中采取了各种避孕节育措施的有1.14亿人,占育龄夫妇总数的89.6%。现在避孕技术已经发展到数百种,最常用的也有百余种。避孕技术简单方便,较之绝育手术等计划生育控制方法,更易于被人们接受和采用,所以在我国“避孕为主”是主要的计划生育方法。

### 2. 采用适时和适宜的技术

在坚持“避孕为主”的指导方针时,计划生育的伦理道德要求是适时地将适宜的避孕技术方法用于适合的人。首先要求是“适时”,即在群众需要的时候,在有可能怀孕的时候得到和使用避孕技术,才能达到避孕和计划生育的目的。但是,现在“不适时”的问题仍很突出。据《人民日报》报道,群众领取避孕药具难已经成为目前计划生育工作中一个亟待解决的问题,由于不能适时地得到避孕药具,不少妇女怀了孕,不得不去做人工流产。因此,计划生育工作人员应该不断增强自己工作的道德责任感,适时地为群众提供避孕技术用品,以满足人们计划生育的需要。其次是提供避孕技术要适宜。在我国每一对育龄夫妇都有获得避孕技术用具的权利,由于每种避孕技术和药械有所不同,每个需要避孕技术人的具体情况也有差别,因此需要计划生育工作人员进行认真细致的指导,将适宜的技术方法用于适宜的人。

在进行避孕技术指导中,要正确宣传避孕药物的作用。关键是要指导妇女剔除药物禁忌症,让她们认识到口服避孕药是一种

非常安全的药物。同时,作为可能致癌的危险因素,口服避孕药其实微不足道;而且对口服避孕药是否增加患癌症危险的意见并不统一。而针对新一代口服避孕药的研究结果显示,与其他避孕方式相比,新一代口服避孕药除具备卓越的避孕可靠性外,还能够有效调整妇女月经周期,减少缺铁性贫血的发生,减少妇科肿瘤的发生率,改善痤疮和预防骨质疏松等。所以要求计划生育工作人员能科学、公平、公正地宣传指导,满足人民群众的计划生育避孕的需要。

### 3. 尊重自愿选择的原则

在决定采取何种计划生育方法时,计划生育工作人员不应当把自己的观点强加于人,而应当使育龄夫妇在计划生育工作人员的指导下,作一个自己自愿的、理性的选择。而从事计划生育的工作人员,也不能由于自己的信仰和价值观的原因,剥夺育龄夫妇获得常规节育技术服务的权利,因为这样也是不道德的行为。

#### (1) 生育权中的女性选择权

妇女个人如何选择节制生育方式、方法,是妇女个人的权利体现,其他人无权干涉。《人口与计划生育法》第19条规定,“实行计划生育,以避孕为主”。这一条规定了公民选择节育措施的自主权利。有了这样的规定,大多数妇女就不用担心被“一刀切”地要求实行结扎绝育手术,自己有权选择适合于自己的节育办法了。这种关于计划生育实施过程中有关技术内容的变化,从一个侧面反映出我国公民自主权利意识的增长和社会对个人权利的尊重态度。将这些规范要求写入法律条文中,进一步表明我国对公民权利的法律保护作用在一天天增强。

《人口与计划生育法》的第41条规定:违规生育子女者“应当依法缴纳社会抚养费”,取消了过去超生罚款的规定,体现出社会对公民权利与义务的重视,这对于提高公民的守法意识和权利义务观念都是有好处的。

避孕是计划生育和防止不必要妊娠的重要防线,除了绝育手术外,主要是采用各种避孕措施。由于妇女地位和权利意识的增强,有关避孕技术的选择出现了重要的变化。

妇女选择避孕技术需要通过医学教育逐步提高,为妇女适时选择适宜的技术创造了条件。这种尊重妇女自愿、自觉地选择计划生育方法的自主决定权,是广大妇女权利意识上升的重要标志。计划生育工作人员要给予足够的尊重和理解,通过积极的计划生育技术指导教育,不断提高妇女的计划生育及节制生育技术知识水平,使妇女在选择避孕方法、生育方式、生育数量和生育过程等方面获得真正的自由决定权。

人工流产亦称“堕胎”,有史以来妇女一直采用人工流产的办法终止妊娠。但妇女个人是否有权进行人工流产,始终存在两种截然相反的态度。

早在公元前5世纪,在希波克拉底《誓言》中就有“尤不为妇人施堕胎手术”的规定,这种不允许医生给妇女施行人工流产的规定,至今仍为一些西方国家所坚持。

对人工流产中有关胎儿权利的讨论,我们在此不去争论,但我们可以站在一个社会成员、一个母亲的角度来认识,妇女应该有充分的自主权利,有要求人工流产“毁灭胎儿”的权利。今天,在社会的意愿和母亲的意愿相一致的情况下,为计划生育控制人口而进行的人工流产,在伦理道德上、在政策法规上都应当得到充分的肯定。

#### (2)人工流产的“知情同意”

妇女有权对人工流产“知情同意”,并得到在接受手术时“质量第一”的保证。无论来进行人工流产者是何种妇女,是已婚还是未婚,是计划内妊娠还是计划外妊娠,她们都有权利接受医生一视同仁的服务,受到同样的关怀及必要的尊重和保密。

我国卫生部于2003年5月1日起颁布施行的《产前诊断技术

管理办法》及其配套文件,提出了产前诊断技术项目的具体类别即遗传咨询、医学影像、生化免疫、细胞遗传和分子遗传等。确定这些产前诊断项目,规范其研究发展,为防止和随意扩大产前诊断服务、滥用产前诊断技术明确了方向。《产前诊断技术管理办法》明确提出,进行产前诊断后必须落实后续诊断,要对服务对象负责。同时,《产前诊断技术管理办法》对实施程序和开展医疗服务的资质条件也作出了相应的规定。《产前诊断技术管理办法》突出体现了对受检者的尊重,体现在对受检查者的知情同意权方面。因此,医生在进行产前检查时,必须对产前检查的各个环节,明确规定要求医务人员应本着科学、负责的态度,向受检查者、家属告诉本技术的安全性、风险性和结果的不确定性,尤其强调在发现胎儿异常时,要明确告诉孕妇和家属可能出现的各种结果,由孕妇自己选择处理意见,并签署知情同意书。选择不能由医生代替包办。

在实施绝育手术时,要使妇女“知情同意”。向接受者详细讲解有关绝育手术的方式、方法,是一种可能终生不育的不可逆的手术操作,并由当事人自己作主决定是否采用。为保证手术质量,要树立全心全意为绝育者服务的思想,术前、术后要关心受术者的心理变化,积极疏导,确保手术质量。医疗部门不能强制妇女在违背个人意愿的情况下接受绝育手术。

### (3) 男性与单身妇女的生育权问题

有关生育问题所能查到的以往的法律规定大多是倾向妇女的意愿。如《妇女权益保护法》中规定,在正常情况下,妇女享有生育或不生育的自由,作为对等,男性也理应享有生育的权利。但第47条中规定“妇女有按照国家有关规定生育子女的权利,也有不生育的自由”。从条文中我们看到中国男性的生育权是没有得到保护的。

于2002年9月1日施行的《人口与计划生育法》对男性的生育权问题有了科学界定。今后妻子不能剥夺丈夫做父亲的权利,

因为男人也有生育权。该法第 17 条规定：“人民有生育的权利，也有依法实行计划生育的义务，夫妻双方在执行计划生育中负有共同的责任。”按照《生育调节》一章第 1 条的规定，孩子是夫妻二人的，任何一方不能单独决定孩子出生的权利。

但有关单身妇女的生育权问题，仍需要依人口和计划生育法律法规和条例规定，禁止给不符合规定的单身妇女实施辅助生殖技术。对于男性来说，生育权是一项基本人权，过去出于对妇女儿童保护的角度考虑，法律在保护男性生育权方面滞后了一点，现在新的法律提出男女都一样的生育权利，这是法律的进步，是社会的进步。

#### 4. 加强对青少年避孕指导

目前一些城市未婚育龄女性的人工流产率已经高于已婚妇女，而其中很大一部分是在校学生。随着在读大学生婚禁的解除，这种情况有加剧的趋势。为此，有关专家建议加强科学避孕指导。

有调查报告显示：人流的地区分布是城市高于农村，以天津、上海、北京最高，而且出现反复多次的情况，最多的人工流产次数达 15 次。在未婚人流中有 80% 的人没有采取任何避孕措施，其中有 23% 的人不懂得避孕。

一项对 2600 名大学生婚前性行为态度的问卷调查表明：有 70.4% 的被调查者表示“不刻意追求，但感情成熟时，也不介意发生”；认为“无所谓”的有 7.3%。为此专家建议，为青年女性提供生殖健康知识，进行科学的避孕指导，推迟其性生活的年龄，降低人流率，减少对其健康以及婚姻生活的影响，预防心理伤害。

#### (二) 实施绝育手术的道德要求

绝育手术实际上也是一项避孕技术，有记录的第一次输卵管结扎绝育手术是在 1800 年由 Lnuqrend 在给病人做第二次剖腹产后进行的。近几十年来，选择性绝育手术的应用已经越来越广了。由于绝育手术与可逆的其他避孕措施相比，在伦理道德上有

不同的思考,为此,在实施绝育手术时,应该坚持以下一些伦理道德要求。

### 1. 绝育手术应该坚持“知情同意”的道德要求

虽然目前在实施绝育手术时被切断的或被药物粘堵的输精管或输卵管,均可以经过手术方法使其再通并恢复其生育功能,但现今再通手术的失败率仍然很高。所以医生在实行计划生育选择绝育手术方法时,一定要根据医学的“知情同意”原则,告诉接受者这种手术方法可能带来终生的不育,是不逆性的手术操作。是否采用这种技术操作来进行计划生育,需要由当事人自己决定取舍。实施手术的医生并不能告诉当事人,选择这种手术会一定成功,因为经过绝育手术若干年后造成输精管再通者已有报道。医生也不能告诉当事人,绝育手术后,如果需要妊娠可以经过手术来接通输精管或输卵管来诱劝人们接受这种绝育手术。

### 2. 绝育手术应该坚持“质量第一”的道德要求

绝育手术虽然技术操作并不复杂,但当事人心理压力极大,实施手术者尽力作好对当事人的心理疏导和帮助是十分必要的。在实施手术前要进行及时有效的手术技术咨询和心理咨询,有极端负责任的态度,严谨的工作作风,精细的操作,认真的术后观察,才能确保绝育手术质量。那种鄙视绝育手术、轻率从事的态度,是一种极为有害的道德缺陷,往往酿成不良后果。

### 3. 绝育手术要坚持“积极而又适当提倡”的道德要求

绝育手术对特定的人群对象来说,是一种值得提倡的理想的和一劳永逸的避孕手段。但是在我国目前大力提倡一对夫妇只生育一个孩子的情况下,采用这种方法,对许多人来讲,并不一定是理想的或首选的避孕方法。因此,必须坚持“积极而又适当提倡”的道德要求,反对或忽视绝育手术,在道德上是不可取的,不加区别强制推行绝育手术也是违背个人意愿的。

### (三)人工流产的道德是非与道德要求

人工流产亦称“堕胎”，有史以来妇女一直是采用人工流产的办法终止妊娠的。然而，关于人工流产的伦理道德是非，迄今为止仍争论不休。其关键是关于胎儿的地位问题，即如何看待胎儿的生命权利问题。从历史上看，长期占统治地位的“生命神圣论”的伦理道德观念认为，人的生命是神圣的，在任何情况下，保存和延长人的生命是符合伦理道德的。胎儿自从受精时起，就有了生命的内在价值，医生为孕妇施行人工流产帮助其堕胎，是极不道德的行为。被称为西方医学之父的医学伦理道德奠基人希波克拉底在其《誓言》中就有关于人工流产的记述：“尤不为妇人施堕胎手术。”这种不允许医生给妇女施行人工流产的规定，至今仍为一些西方国家所坚持着。

随着全球人口的急剧增加，人工流产作为节制生育的第一道防线，在控制人口增长方面的重要价值被越来越多的人所承认。关于人工流产的伦理道德观念也发生了很大的变化。从1980年开始，在占世界2/3人口的国家里，妇女已经可以得到方便、快捷、安全、合法的人工流产技术服务。据估计，目前世界上只有不到8%的人口生活在严格禁止施行人工流产的国家里。

关于胎儿的生命权利问题，目前世界各国存着各种各样的伦理道德观点。从马克思主义关于人的本质的观点来认识，人的本质不在于生物属性，而在于其社会属性。人是“只有在社会中才能独立的动物”。因此，可以说胎儿不论发育到何种程度，至多是一个“潜在的人”，不能对生命具有重要的权利。然而，母亲作为道德社会中的一个有充分资格的成员，具有要求人工流产“毁灭胎儿”的权利。这样来看根据母亲的意愿和社会的利益，为节制生育的目的而施行人工流产，在伦理道德上是应该充分肯定的。

人工流产通常是在健康人身上进行的，往往会给受术者的健康带来较大的影响。而且妊娠月份越大，手术的难度也越大，术后

死亡率及严重并发症发生率也越高。因此,施行人工流产手术必须坚持“知情同意”和“质量第一”的原则,同时还要符合“一视同仁”的伦理道德要求。特别在对待非婚或“超计划”妊娠者,应该做到同普通妊娠者一样对待,不能有丝毫的歧视态度。

在施行手术时要求做到“四严”,即严格术前检查,严格手术适应症,严格无菌操作,严格术后随访。一些医务人员以粗暴的态度歧视要求做人工流产的妇女,或拒绝为她们做手术,或手术中加重她们的痛苦等都是不道德的行为。对于那些非婚怀孕者,要尊重她们的意愿,严格为她们保守医疗秘密,任意张扬她们的隐私也是不道德的行为。

### 第三节 优生优育中的道德

优生思想在我国萌芽很早,“男女同姓,其生不蕃”已经揭示了近亲结婚的危害,《礼记》中规定“娶妻不娶同姓”,《周礼》有“男三十娶,女二十嫁”等,都说明古代人们已经知道结婚年龄、血缘相近对生育的影响。到唐宋时期,优生保健的认识和立法又前进了一步,唐律中规定,对“同姓为婚”的要处两年徒刑。明、清律中也有对“同姓为婚”严厉处罚的规定。

人类对优生的认识并发展成一门科学,要归功于达尔文的堂兄——优生学家英国学者高尔顿(F. Galton),他在1883年首先提出“优生的科学”,并把它定义为“在社会控制下对于在体力或智力上有可能改善或损害后一代的种族素质的动因的研究”。高尔顿认为,不是个人要优生,而是整个民族要优生。优生学是一种研究改进人类遗传的专门学科,又叫“遗传健康”。由于历史的原因,二战前后优生学发展受到了干扰并蒙上了巨大的耻辱。但优生学和遗传学作为一门科学,并没有因此而被窒息,优生的法则仍然在无情地起作用。目前,优生学在全球普遍受到重视,在我国自20世

纪 70 年代又重新研究和提倡优生。

### 一、优生优育的重要意义

高尔顿的《人类才能及其发展研究》一书将优生学定义为“完善种族的科学”。他通过对遗传学的研究,提出改善种族后代素质,促进民族优化的理论,为人口素质的提高发挥了重要的作用。受优生学的影响,激发了科学界对遗传学的研究兴趣,许多国家先后成立了优生组织。

优生是人类进步的必要环节之一,具有很大的生物学意义和社会意义。事实上,没有优生,就不会有人类的素质提高,就不会有今天的社会进步。在原始社会人们就认识到优生的重要意义,一些刚生下来的新生儿或有严重缺陷的婴儿需要经过长老会的评审决定其是否存活就是人们一种不自觉的优生措施。随着人类婚姻的进步,逐渐排除了直系血亲间的婚配,这是在优生学上有重大意义的进展。

进入 20 世纪后,由于受种族主义的影响,优生运动很快走入歧途。优生学比较专注于基因的作用,而低估了环境的影响,使“积极优生”被“消极优生”所取代,甚至走上种族主义的歧路。随着人类社会及其环境的变化,有许多新的因素影响人的生命过程,人类的健康受到一定的威胁。据统计,从全球来看,遗传疾病近十年来平均每年增加 100 种以上,我国最近的研究表明,胎儿、婴儿的先天性畸形的发生率有逐年增加的趋势。西安医学院的一份研究报告称 1958—1982 年 25 年中的畸形新生儿发生率为 8.05‰,而到最近五年则高达 18.18‰。重庆医科大学附属一院产科对 1980—1983 年 4 年中的 9609 名新生儿研究分析表明,畸形儿发生率呈逐年增长的趋势,1983 年发生率为 17.8‰,高于 1980 年的 5.37‰。由此可见,开展优生工作,防止各类遗传病患儿的出生,已经成为我国一项十分重要而紧迫的优生任务。优生工作

是有重要意义的工作,概括起来可以有以下几个方面:

### (一)有利于提高民族素质

通过大力开展优生学的研究,可以对危害人类生命发展的种种不利因素及早采取防治措施,就会有效地降低先天性畸形儿的出生和遗传性疾病的发生率,从而提高人口素质水平。

### (二)有利于家庭幸福

我国采取计划生育和优生优育措施,一对夫妇只生一个孩子或两个孩子,会使家庭更加幸福和快乐。如果生下一个怪胎或“白痴”,就会给家庭带来沉重的负担并罩上痛苦的阴影。

### (三)有利于减轻社会和家庭负担

对残疾婴幼儿的治疗是一个巨大的经济负担。曾经有一项统计称,美国有先天性愚型儿 25 万人,占全国总人口的 2‰,按一般发病率推算,以美国为参照,我国约有先天性愚型儿 100 万到 200 万人。用在他们身上的生活费、医疗费和所消耗的物资都是一个可观的数字,花费在他们身上的精力和时间更是无法计算的。

### (四)有利于计划生育工作的开展

优生学不应是极权政府的冷酷工具,而应当是满足人们拥有一个健康孩子的宝贵愿望。我们国家已经开始进入小康社会,控制了传染病,社会安定和谐,夫妻可以自由选择子女出生时间,不孕症的治疗已有巨大进步,这些都为计划生育工作开展创造了良好条件。

贯彻计划生育政策过程中,要以科学的态度对待计划生育,因为这涉及已经出生有残疾儿的家庭是否允许再生孩子的问题,需要用科学的态度,认真对待解决。不少已经有出生缺陷的夫妇,在第二胎或第三胎的重现率要高于一般夫妇,但重现率也不是百分之百。所以,遇到一对夫妇第一胎生育一个严重缺陷儿时,完全禁止再生第二胎或不加区别地允许再生第二胎都是不科学的态度。科学的办法是通过优生学的研究,做好预测,有条件的允许生第二

胎,这样就会避免出生缺陷儿的发生。

## 二、有关优生优育的措施和法规

中国自古以来就有关于优生的措施和规定,如“男女同姓,其生不蕃”的记述,在春秋战国时就有禁止近亲结婚的法律条文,规定在五代之内不能结婚。这些具有科学意义的规范要求,直到今天仍然成为人们共同遵守的风俗习惯和道德要求。考虑到优生的重要意义,国家在相关法规文件中,也对优生优育作了明确的规定,这些政策规定的出台,在保证人口素质,维护民族利益等方面都发挥了重要的作用。

就人口素质而言,要想减少劣质人口的出生,提高优质人口的比例,最有效的办法就是采取有力的生物医学预防措施,同时社会还要制定出相关的政策和法规,以保证生物医学措施得到执行。生物医学措施有两级:一级预防是指胚胎形成前的预防措施,包括禁止近亲结婚、婚前指导、遗传咨询、控制环境不利因素对胎儿的损伤等;二级预防是一种产前的预防措施,即产前诊断,目的是判断胎儿是否有严重的缺陷和遗传疾病,并及时地作出是否需要堕胎的决定。这样也就降低了人群中出现不良基因和不良基因型的频率,从而杜绝了遗传疾病的劣根。

我国在2001年修订的《婚姻法》规定,禁止直系血亲和三代以内旁系血亲结婚,因为近亲男女双方携带相同的隐性致病基因可能性较大,容易生育出带有隐性致病基因的后代,而使人口遗传疾病的发生率增高。在《婚姻法》中还规定“患有医学上认为不应当结婚的疾病”禁止结婚等。

在《母婴保健法》中规定,医疗保健机构应当为公民提供婚前卫生指导、咨询和医学检查;男女双方结婚登记时,应当持有婚前医学检查证明;经婚前医学检查对患有某些不宜结婚的疾病的男女双方,应暂缓结婚等。

这些有关优生学措施规定,如禁止近亲结婚、婚前检查、禁止某些疾病在治愈前结婚或生育、产前诊断、孕期或围产期保健、科学接生和减少产伤等,都具有优生学意义和作用。

自从婚检由强制的法律程序转变为自愿选择的医疗服务项目后,全国婚检率直线下降,伴随而来的是遗传疾病和缺陷儿的出生比例上升。一些地方政府积极进行宣传教育或采取由政府出检查费等方式来扩大婚检范围,已经取得一些成果。有文章分析,导致人们不愿意婚检的原因主要有以下几点:一是对自己身体很有信心,认为自己不会有什么疾病;二是工作太忙,没有时间;三是认为现在的婚检是流于形式,只是为了收钱;四是婚前已有性行为,想保留隐私;五是自知患有生殖方面的疾病,不想让对方知道,回避婚检。

面对人们优生优育的要求,中国某些省市也相继通过了防止劣生的地方法规,这些法规是一把斩除劣根、提高人口素质的双刃剑,是人类对优化自身素质思想的发扬,也是现代遗传学发展的必然产物。

### 三、优生优育措施和道德要求

优生学的基本任务是防止出生缺陷和提高人口素质。1960年美国遗传学家斯特恩将优生学分为两大类,即正优生学和负优生学。正优生学是在先天增加有利因素,又称演进性优生学;负优生学是消除已经形成的有害基因,预防有严重遗传和先天性疾病个体的出生,又称预防优生学。婚前检查、产前诊断、宫内治疗、孕妇保健等都属于负优生学范围。

#### (一)婚前检查

婚前检查是我国落实婚姻法关于“禁止结婚”规定的具体措施,对于保障男女双方的身心健康和优生,对于建立幸福美满家庭,对于开展计划生育工作都有重要的意义。医务人员必须有较

高的道德修养水平,认真履行自己的职责,切实做好婚前检查工作。报刊中报道的一些医生,在婚前检查中出现过一些不负责任的行为,这都是不道德的,有的甚至违犯了法律应受到惩罚。

虽然国家对婚检规定由强制性转向自愿婚检,但由于人们对其认识的不足,忽视了婚检的积极意义,致使婚后仍会发生遗传病或残疾儿出生。对此,政府正在采取措施,试图通过健康教育,提高人们的认识,以保证婚检与后代子女的健康。

### (二)绝育手术

输卵管结扎手术始于1800年,而输精管结扎手术则于1899年在美国印第安纳州医院实施。结扎手术的目的有五种,即治疗性、避孕性、优生学、社会性、惩罚性。绝育手术作为一种优生措施,在很早以前就出现了,只是当时采取的是彻底的手术阉割。

绝育有自愿,本人知情同意的,也有非自愿即无需本人同意的。不少国家对“坏遗传”、“白痴和弱智的孩子”、“遗传性犯罪者”、“其他遗传缺陷者”通过法律强制性绝育。现在世界上有不少国家依照法律实行“婚前强行绝育”,否则不准结婚。美国、日本、加拿大等国都有优生法规,禁止先天性智力低下者以及其他难以治愈的严重遗传性疾病者结婚,或在结婚前要实施绝育。

从伦理道德上讲,对这些做法从有利、尊重、公正、互助等原则加以分析和评价,是符合伦理道德的,是有利于人类健康的繁衍,是符合伦理道德的行为。但从另一个角度分析,“医乃仁术”,遗传学也应该是“仁术”。如果对某些人强制他们绝育,便会构成伤害,侵犯了他们的利益,何况一些有出生缺陷的人可能比没有缺陷的人会作出更大的贡献,强制绝育又违反了联合国人权宣言中人类生来平等的原则。

### (三)产前诊断与严重缺陷儿处理

产前诊断是推行优生工作的重要途径,其理想效果是限制群体中所带有害基因的遗传繁衍。通过产前诊断医生能发现胎儿不

正常,并且应将实情告知妇女本人及其配偶,如认为有必要进行人工流产时,应当劝其人工流产,这是医生应尽的道德义务和法律责任。

1. 产前诊断适应以下情况

- (1) 35 岁以上高龄孕妇;
- (2) 曾生过先天愚型婴儿的孕妇;
- (3) 家族中有代谢疾病的孕妇;
- (4) 生过无脑儿的孕妇;
- (5) 有血友病、假性肥大性营养不良病史的孕妇;
- (6) 怀孕早期得过风疹;
- (7) 夫妇一方染色体异位;
- (8) 经产前检查发现胎儿异常。

近几十年来,产前诊断技术发展很快,出现了诸如胎儿镜、染色体基因检查、B超、免疫技术、微量技术等一系列产前诊断技术,对近百种胎儿疾病已经能作出准确诊断。目前大约有三大类遗传疾病可进行产前诊断:染色体疾病占出生婴儿的 0.5%,先天性代谢病占出生婴儿的 0.8%,神经管畸形占出生婴儿的 0.5%。产前诊断适用于高龄孕妇和亲属中有严重的遗传病患者或已经生过遗传病患者的孕妇和有三次以上的流产史者。1995 年实施的《母婴保健法》以法律的形式确认了必须进行产前检查的人群,即“发现或者怀疑胎儿异常的孕妇”,对有下列情形之一者,医生要提出终止妊娠的意见:胎儿患有严重遗传疾病者;胎儿有严重缺陷的;因患严重疾病,继续妊娠可能危及或损害孕妇健康者。

2. 对严重缺陷儿的处理

产前诊断发现胎儿有遗传缺陷或严重发育畸形时,有两个选择,其一是要孩子出生,再一是堕胎。当事人大多数愿意实行人工流产。但如果个别孕妇执意不愿意流产时,是否可以强制流产,还是尊重孕妇本人的意愿呢?

从伦理道德上分析,我们认为生育权利应当得到尊重,但父母也有生育健康后代的义务,这是对社会负责的体现。所以医生应当劝导需要流产的孕妇,说明利害关系,提出医学指导意见,在未经孕妇本人同意的情况下,医生不能强制施行流产手术。

### 3. 要正确评价产前诊断

从伦理道德方面考虑,产前诊断体现了社会发展和优生工作的需要,符合优生道德原则,应该大力提倡和开展。在当前情况下开展产前诊断要注意以下一些问题:

#### (1) 加强宣传教育

当前人民群众对产前诊断认识还不足,应该通过宣传教育使广大人民群众认识到产前诊断对于优生的重要意义。在孕妇还没有认识的情况下,不要硬性推行产前诊断,以免给孕妇造成心理负担,影响孕妇的身体健康。

#### (2) 正确评价产前诊断

产前诊断同其他技术一样,有一定的失败几率和风险,如在做羊膜腔穿刺时有可能造成羊水带血,损伤孕妇及胎儿,或有造成胎儿流产的可能。对此,要向孕妇及家属讲清楚,做到“知情同意”。

#### (3) 要为医疗目的进行诊断

产前诊断的主要目的是要诊断胎儿的先天性疾病和遗传性疾病,以便采取措施避免缺陷儿出生。对于一些为了生男孩的性别诊断应予拒绝。据悉,到2020年,全国的男性将至少比女性多4000万人。考虑到人口性别平衡问题和和谐社会建设,国家要对非法的胎儿性别鉴定及选择性别的流产、引产进行有效的打击和惩处。

#### (四) 孕妇保健与“保胎治疗”

做好孕妇保健工作是优生学的一项重要工作,医务人员负有重要的道德责任。医生要认真负责地做好每一项孕妇保健工作,

特别要避免给孕妇和胎儿造成医源性伤害。如在受孕后应当避免X线检查,对妊娠妇女用药时一定要慎重,以防X线、药物对胎儿致畸、致死的发生等。

据研究认为,早期妊娠的自发流产中,有50%是因为胚胎有染色体畸变而导致流产的。可以说,自然流产是一种保护性淘汰劣质子代的现象。传统的伦理道德观点是,过于重视孕妇个人的意愿,对习惯性流产的原因不加分析和区别的盲目保胎,结果降低了人口质量。用今天的优生学伦理道德观点来看,在决定是否给习惯性流产的妇女进行保胎之前,应该进行必要的遗传学方面的检查分析,科学地决定取舍。

### (五)采用综合措施提高全社会优生优育意识

优生工作必须围绕为后代造福、对民族和国家负责这个中心,严肃认真做好优生的技术工作。同时要做好宣传教育工作,提高全民族的健康意识,增加优生优育知识。在优育工作中要以儿童为中心,通过全社会的系统工程实施家庭、学校和社会环境的良好教育氛围,为儿童的健康发展创造条件。优育工作者要认识到自己的社会责任,并不断地提高和掌握科学的优育知识和方法,发挥社会系统的影响教育能力。

## 四、自由堕胎政策与现实的伦理争论

人工流产(artificial abortion)是指用人工方法终止妊娠,是避孕失败或不合理妊娠的补救性节育措施。具体讲就是在妊娠24周以前,采用人工方法,把已经发育但还没有成熟的胚胎和胎盘从子宫里取出来,达到结束妊娠的目的,称为人工流产。人工流产适用于因母体患有某些严重疾病或妊娠合并症,不适宜继续妊娠者以及避孕失败者。

在已经怀孕又不想要孩子的情况下,堕胎是唯一的有效补救方法。但是由于历史、传统文化、宗教等差异,对于堕胎人们一直

存在种种伦理道德争论。不同的国家也出现了有关堕胎的不同的政策和法规。从全球看,世界上 8%的人口居住在禁止堕胎的国家,19%的人口居住在只有在挽救母亲生命的条件下,才允许堕胎的国家。部分亚洲国家、2/3 的拉丁美洲国家、大部分非洲国家以及 5 个欧洲国家都属于这两个类型。还有 10%人口所居住的国家将堕胎条件扩大到包括孕妇健康受到威胁,已知胎儿有异常,或因乱伦、强奸造成的怀孕时才可以堕胎。由于泰国规定不允许堕胎,所以即使感染了艾滋病的孕妇也不能堕胎,这样在泰国就生下了一大批感染了艾滋病的新生儿。另外有 38%的人口居住在可以自由堕胎的国家中,中国就包括在其内。余下不到 30%人口所在国可以有条件地选择堕胎,如收入低、住房困难、未婚先孕等都可以是堕胎的理由。虽然各国情况大体上如此,但不管是在允许堕胎的国家还是禁止堕胎的国家,妇女的堕胎行为都在公开或秘密地进行着。如在埃及是不允许堕胎的,但每天却约有 500 例的“非法堕胎者”。就是在法律禁止堕胎的国家中,公开进行堕胎手术有时也不会受到法律的干预。

事实证明,堵截不如疏导,不允许公开进行,人们可以秘密进行,特别是在发展中国家,妇女因此受到更大的威胁。联合国统计全球每分钟就有一名妇女死于与妊娠有关的疾病,在亚洲因妊娠而死亡的妇女中有 1/4 与秘密堕胎有关。我们认为在任何国家中,堕胎都不能是计划生育的首选手段,采取有效措施避孕才是上策。

有关堕胎的争论的焦点是“胎儿到底是不是人”。对这个问题的争论主要是胎儿到底从何时开始才算作一个独立的生命个体:是在精子与卵子结合的瞬间,还是在受精卵附着在子宫壁之时;是在胎儿心脏搏动的一刹那,还是在脑电波出现活动信号的时候;是在胎儿活到 24~48 周并在子宫外能生存时等。这些争论很难找到一个共同点,伦理学又难以证明什么是一个新生儿。我们认为

人的胚胎发育应该有一个过程,而这个过程是渐进的、连续的过程。我们讨论的焦点,应该在找到一个适于堕胎而又不损害孕妇身体健康的医疗行为问题,而对于胎儿的价值、权利和道德地位的争论,目前还很难得出一个大家赞同的答案。所以我们认为在处理堕胎问题时,应把孕妇生命安全放在第一位,这是大家共同的伦理道德选择。

### (一)赞成堕胎的观点

赞同人工流产的观点认为,必须破除根深蒂固的宗教观念,正确认识生命。有学者认为应当以意识为标准,将生命分为三类:无意识的生命,没有感觉和体验能力;有意识的生命,能够感知快乐和痛苦,但没有自我意识,还不是个体,不能拥有个体地位,不能享有生命权利;有自我意识的生命,拥有自我意识、人格、自制力、对未来的意识和对过去的意识,交往、沟通、好奇及关怀他人的能力。这种观点认为,人的生命并不是从出生之后才开始的,而是以受精卵为起点,经过原始胚胎、胚胎、婴儿、儿童、青年至成年,是一个人体生命延续不可割裂的过程,由于胎儿不具有自我意识的能力,因此不能享有生命的权利。

赞同人工流产的观点还认为,人具有两种属性,即自然属性和社会属性,自然属性即人的生物学生命,但这一属性只是人成为人的一半与其他动物具有的相同的属性,因此,判断人不能单纯以生物属性论之。从社会属性看,人类是在提高生存能力和实现自我意识过程中,结成社会关系,成为社会人的。从诸如经济关系、母亲利益、社会利益等出发,剥夺胎儿的出生权利与伦理道德并不冲突。

持这种观点的人认为,流产堕胎要服从妇女个人的意志。胎儿是母亲身体的一部分,妇女对自己身体有绝对的权利,包括生育权利。因此,任何人既不能强迫妇女怀孕,同时在胎儿出生之前母亲也绝对有权决定胎儿是否应该继续在自己体内存在下去,即有

权决定是否堕胎。

经济发展水平也是影响赞成堕胎与否的一个因素。在发展中国家由于经济落后,已经出生的人都受到饥饿的威胁,因此,人们考虑的并不是胎儿的生存权利,而是已经出生的人的基本生存权。在这些国家,出于经济和社会发展考虑,堕胎是受到赞同的。进入20世纪90年代以后,西方国家要求自由堕胎的呼声越来越高。1983年爱尔兰通过宪法修正案,明文规定要保护胎儿,不允许堕胎,但到了1992年为争取合法的堕胎权,人们接连举行了声势浩大的游行示威,要求修改宪法并取得了胜利;1992年德国通过了允许堕胎的法律条文;1993年匈牙利实施了新的堕胎法,允许对12周以内的胎儿进行堕胎。

我国是允许自由堕胎的国家,这是根据中国国情和传统文化观念作出的正确选择。在20世纪90年代初,每年大约有1000万人次做了人工流产,从伦理道德角度看,人们并没有把处在各个发育阶段的胎儿视为人,认为胎儿的生存要服从孕妇对自己身体和生命的权利。同时对晚期流产时出现的活婴也有实施安乐死的情况,其理由是流产儿的存在价值必须以整个社会的利益来权衡。如果他们的存活会损害社会其他成员的利益,他们就是多余的。但是如果允许出生的婴儿存在,他们就有了生存的权利,即便他们是不能劳动又需要别人照顾的呆傻人,也有生存的权利,假若有人弄死他,就要受到法律的制裁,这种矛盾使许多人感到困惑。

#### (二)反对堕胎的观点

早在古希腊和罗马早期,人们毫无顾忌地反复流产。柏拉图在《理想国》中就曾论述过人工流产是防止人口过量的方法。那时法律、宗教习俗也不禁止流产,所以希波克拉底《誓言》中“不为妇人施堕胎手术”代表了部分人脱离时代习俗反对流产的主张。天主教则始终认为人工流产是不可言喻的罪过,宗教的生命观成了反对人工流产的伦理支柱。

目前全球对堕胎持反对态度者大多是带有强烈宗教背景的人。他们认为一旦受精后胎儿就是有生命的“人”了,也会发育成人,就应该享有人的权利,堕胎就是扼杀生命。天主教认为“流产就是谋杀”,同时也反对避孕,认为禁止堕胎就是保护人权。

在欧盟,有 3/4 的人反对堕胎,认为妇女自己不愿意抚养孩子可以送给别人抚养。在信奉上帝的国家,教义和教规也禁止堕胎,菲律宾就是如此。而同样信奉天主教的波兰,20 世纪 90 年代初通过了允许堕胎的法令,之后又开始明令禁止堕胎,但还是允许“母亲生命和健康处于危险时或受强暴怀孕时可以堕胎”。在自由度很大的美国,有的州允许堕胎,有的州则不允许,但是在现实生活中,人们还是常常根据自己的意愿决定是否堕胎,有 1/4 的美国妇女妊娠以堕胎告终。

### 第四节 生殖技术应用的道德

生殖是生物体重要的生理功能之一,通过生殖活动,生物种群得到了延续,并为生物进化提供了丰富的素材。人类的生殖过程是从男人的精子与女人的卵子受精结合为受精卵开始,然后再继续发育成为新的个体。生殖技术是使用现代科学技术的知识、技术和方法代替自然的人类生殖过程中的某一步骤的手段和方法。目前,生殖技术主要有三种形式,即人工授精、体外授精和无性生殖。人们在利用这些技术的同时,也给人类带来一系列伦理道德和社会法律问题。

#### 一、生殖技术的发展和问题

很早以前人们就设想,人类的生殖过程完全由人工控制,在试管中操纵卵子和精子结合成长,按社会的不同需要,成批地生产不同类型的人。赫胥黎小说中曾经描绘,婴儿从体外授精的生产线

上被制造出来,然后按照设计好的角色,被复制成公民。早年的幻想由于生殖技术的进步在当代成为现实。

传统观念认为,成家立业,生儿育女,对于一般人来说是极其自然的事,在我国,承继香火,传宗接代,是为人子女的责任。强调了生儿育女与家庭对人类社会的重要性。而生殖技术的发展,却向生育的自然性提出了挑战。

(一)人工生殖是一场革命,给人类生育观念带来了新的冲击

1. 生殖技术使人类的行为选择权大大增加;
2. 使过去不能施加影响的生殖过程,可以用技术加以支配;
3. 生殖技术的发展将会有新突破。

(二)生殖技术广泛应用,带来一系列社会和法律问题

#### 1. 捐精问题

精子不经过任何旅程便可与卵子结合,产生正常与畸形儿可能性的几率相同。如对精子来源不加筛选,可能会使胎儿增加患肝炎、艾滋病的危险。

#### 2. 对受精卵的处理

人工受孕时,可同时有几个卵受精,选取一个或几个受精卵后,其他的受精卵如何处理?

#### 3. 父母身份的动摇

由于人工授精的精子可来自于非丈夫精子,丈夫的心理承受如何,父亲会承认自己的子女吗?

#### 4. 婚姻制度

如果没有结婚就可以生育子女,是对传统婚姻制度的冲击。

#### 5. 出租子宫

出租子宫,代人怀孕,在外国和中国已经出现,其关系如何界定?

#### 6. 代孕商业化

如果代孕商业化后,社会就不会有父母的概念,也就没有了祖

先家族的观念。现在有关通奸、乱伦等名词也将失去意义。

## 二、人工授精的发展与道德

### (一)人工授精的概念和意义

人工授精是用人工的方法,将精液直接输送到阴道、子宫颈或子宫内,使精子和卵子相会受精,以达到怀孕的目的。人工授精的先决条件是女方生殖能力完全正常。人工授精按其精液来源不同,可分为配偶间夫精人工授精(AIH)和非配偶间他人提供精液的供精人工授精(AID)两种。伦理道德问题多发生在后者。

人工授精早在犹太教法典中就有记载,18世纪就已经不断使用。1890年美国杜来姆逊首次将人工授精技术应用于临床,随之在许多国家展开研究和应用。1953年美国谢尔曼等人发表了《人类冷冻精子生存能力》一文,开创了精子冷冻—复温后正常受精、正常胚胎发育及分娩出正常婴儿的局面。从此人们开始认识到,这一技术的应用将为不育症及遗传疾病患者带来希望。随着人工授精和冷冻技术的提高和完善,一些国家先后建立起精子库,对于治疗不育、预防先天性缺陷和优生等都有重要意义。

我国于1982年在湖南医科大学率先将人工授精用于临床,1984年上海第二医科大学用洗涤过的精子进行夫精人工授精获得成功。自谢尔曼首先用冷冻精子人工授精之后,到现在全球已经大约有近百万人工授精的孩子。美国还建起了“诺贝尔奖金获得者的精子库”,用其授精已经成功获得200多个婴儿。

近年来我国人类辅助生殖技术发展迅速,全国相关机构已逾400家,其中开展“试管婴儿”技术的有170多家,精子库多达44家,但我国不育症发病率仅占育龄夫妇的10%左右,适合做试管婴儿的更少,过多的辅助生殖技术机构不但供大于求,而且浪费资源,给管理带来压力。

据新华社北京2005年1月27日电,卫生部下发通知,要求各

级卫生行政和监督部门加强人类辅助生殖技术和人类精子库技术应用的监督管理。自 2001 年以来,卫生部专家组对 23 个省、自治区、直辖市的 70 家医疗机构进行了技术评审,并对其中 10 个省份的 15 家医疗机构进行了整改后复审,截至 2004 年底,在全国共批准 37 家医疗机构开展或试运行开展人类辅助生殖技术,批准 5 家医疗机构可设置人类精子库,其中重庆计划生育科学研究所附属医院精子库因未按规范操作已经被暂停。

在伦理方面,禁止买卖精子、卵子、胚胎等商业行为,坚决反对在利益驱动下的人工辅助生殖技术行为,要旗帜鲜明地反对生殖技术中的商业炒作,坚定不移地反对违背社会、人伦、道德和法律的不轨行为。坚决取缔“名人精子库”和地下精子库等不轨机构。为规范辅助生殖技术的正常发展,卫生部颁布了《人类辅助生殖技术管理办法》和《人类精子库管理办法》,并根据这两个办法出台了一系列相关的技术规范、基本标准和伦理道德原则。

## (二)人工授精的分类

### 1. 人工体内授精

由于丈夫原因,无法射精或精子过少,无法以自然方式使正常妻子所排出的卵受精,因而使用人工方法将丈夫之精子注入妻子之子宫,其方式有:

#### (1)夫精人工授精

第一次夫精人工授精发生在 1799 年,是以夫之精子注入到妻子体内授精,称同质人工授精。

#### (2)捐赠人工授精

是以第三人的精子注入妻子之体内,称为异质人工生殖。俗称“借种授精”。这种情况适用于以下几种情况:丈夫因精子缺损,导致不能生育或生育能力低下;丈夫有遗传性疾病;单身女子想生孩子,选择非性交方式生育。

### (3)混合人工授精

使用丈夫和捐精者的精子,同时进行人工授精,由于所生下的孩子有可能是丈夫或捐精者的,容易造成孩子身份不明,实行起来困难较多。

### 2. 人工体外授精

又称试管婴儿,这一方法具有最轰动的社会效应。1978年世界上第一个试管婴儿路易丝·布朗今年已经28岁。其技术方法已经广泛应用在世界各地,并成为解决不育的最佳方法。

### (三)人工授精的道德问题

人工授精是一门高新技术应用科学,其应用给不育夫妇带来了幸福和快乐,但人工授精技术的广泛应用,也对人类传统伦理道德观念提出了挑战。特别是对于非夫精的供精人工授精(AID)来说,出现的伦理道德问题较多,容易引起一系列的社会、法律和道德问题。

#### 1. 人工授精对传统婚姻观念的冲击

千百年来,生儿育女一直是婚姻的基本目的,是维系婚姻的纽带。而人工授精取代了正常的生殖过程,可能会给婚姻关系带来不利的影响。有人认为人工授精把爱情的地位排斥在生殖之外,会抑制夫妇感情的发展,切断生育婚姻的纽带,把生育儿女变成了配种,从而破坏了婚姻关系。又有人认为,婚姻是爱情培养起来的人与人之间的关系,起主导作用的不是性的垄断,而是夫妇间彼此的爱情和对儿女的照料,而对无子女又迫切期望有子女的夫妻来说,人工授精又会促进爱情的发展。

随着人工授精技术的广泛应用,其伦理道德问题也日益显得重要起来,归纳起来主要表现为以下一些方面:供精人工授精是否有损妇女的“贞操”,是否影响家庭关系和幸福?如果妇女失去了生育能力,其丈夫能找另一位妇女通过人工授精生育吗?非婚妇女、同性恋者、寡妇、离婚妇女可否进行人工授精?由于精源不足,

精子可否成为商品？供精者的条件要求怎样？多次使用一个供精者的精子所造成的问题有哪些？人工授精子女、父亲的角色和权利、义务关系如何确定？合法父亲的抚养责任是什么？夫妻离异后婴儿应该判决给谁？如何保护母亲的权利？诸如此类的问题都需要认真研究解决。

我们认为人工授精对传统婚姻观念的冲击是客观存在的。人们必须克服把生殖看作是维持婚姻的唯一纽带和婚姻的基本目的，把生殖看成是性的唯一机能等的过时旧观念。因此，必须通过宣传教育，采取正确措施和切实有效的工作程序，防止危害社会和家庭不良后果的发生。

### 2. 人工授精对血缘关系的冲击

供精人工授精是取自非丈夫的精液进行人工授精，这在客观上造成了家庭血缘关系的混乱，传统的亲子观念受到严重的挑战。谁是真正的父亲？血缘父亲与养育父亲之间的道德义务、责任、权利和法律义务是什么？对此，接受人工授精夫妻必须打破传统观念，树立新的亲子观念，才能在心理上和社会行为上正确面对。

### 3. 人工授精后代的伦理学难题

人工授精的后代与自然生殖的后代相比，到目前为止还未发现有多大的差异。但由于受传统观念的影响，对人工授精孩子健康成长与身心健康等方面，还需要作进一步的科学的、社会学的和伦理学方面的研究，对此人们至今仍有一些疑虑，如：可否将人工授精的事实告诉孩子？孩子知道后在心理上会产生怎样的变化？他能忍受这种精神上的刺激吗？如果不告诉孩子，而作为孩子有权了解真情，知道自己的身世，这一矛盾又该如何处理？还有，同一精库中的精子所造成的同一精源子代间的亲婚问题，需要有一个完整的管理制度，以防止后代近亲结婚及遗传疾病等问题的发生。

### (四)人工授精的道德责任

#### 1. 坚持人工授精为计划生育和优生服务

在我国开展人工授精工作,必须坚持为计划生育服务的原则。对不符合计划生育要求的或受精者因有遗传方面的原因不宜生育的应该拒绝人工授精。男性不能生育的,只能采取非夫精人工授精。

#### 2. 坚持为巩固夫妇间爱情服务

不论是夫精人工授精还是供精人工授精,都需要尊重夫妇双方的意愿,作到夫妇间“知情同意”,在完全自愿的情况下进行,最好能履行签署知情同意书的手续。人工授精工作人员对此有保密责任和义务,不允许随意张扬传播。

#### 3. 严格掌握供精质量

人工授精的目的之一是为了提高人口质量,提高人口素质,必须选择合适的供精者以确保精子质量。人工授精的精子质量是一个关系到下一代健康的大事,因此,人工授精精子库一定要选择身体健康,没有遗传疾病和家族病史的人来提供精液,同时还要注意到其个人行为和不良生活习惯等,也要考虑到血型、智力和外貌等诸多因素选择。力争作到选择最优,为下一代健康造福,这是一个人工授精工作者应该遵守的道德要求。

#### 4. 严格遵守保密原则

人工授精是一种新生事物,对此社会及人群中会有不同的认识和态度。因此,人工授精供体、受体、医生及后代间互盲和保密是十分重要的。特别是在人们对这个问题的认识还没有达到完全一致的情况下应该如此,就是在以后人们的道德认识达到一致时,也应该坚持人工授精的保密工作,做好“三盲”,即供者不知道给谁,受者不知道谁提供的精子,孩子也不知道自己是人工授精的后代,医生也不需要知道精子来源姓甚名谁等。这样做有利于对人的尊重和减少因此而带来的麻烦。

### 三、试管婴儿的发展与道德

#### (一) 试管婴儿的概念和意义

体外授精简称 IVF-ET,是用人工方法取出卵母细胞,在体外的条件下,加入经过处理的精子,使其受精分裂成 2~8 个分裂球时,再将其从体外移植到受方子宫内,使其继续发育成长到分娩的过程。有人把这种技术叫体外授精或胚胎移植技术,生育出来的婴儿叫“试管婴儿”。用这种方法主要是解决妇女不育问题,也可以用来解决男子的精子缺少问题,对有输卵管疾病的妇女,体外授精是唯一的生育方法。

1978 年世界上第一个试管婴儿路易丝·布朗在英国诞生,这是在一位输卵管损伤而结婚 9 年不孕妇女身上进行并获得成功的。之后全球都在应用这一技术,相继有几千名试管婴儿诞生。

我国首先开展试管婴儿的工作是在 1985 年 4 月在台北进行的。1988 年 3 月北京医科大学在一位 38 岁双侧输卵管堵塞 20 年不孕的妇女身上获得成功。在我国,首例赠送胚胎试管婴儿是于 1988 年 5 月在湖南医科大学诞生的。首例赠卵试管婴儿于 1992 年 6 月在北京医科大学附属三院诞生。中国首例“代理母亲”也是在北京医科大学附属第三医院诞生婴儿的。体外授精和试管婴儿工作的开展,为一些因种种原因不能怀孕的妇女及家庭带来了福音。至此,我国试管婴儿已经诞生近千人。

#### (二) 体外授精的道德争论

体外授精及试管婴儿技术的成熟,为不孕夫妇家庭带来了希望,同时也带来了许多社会、婚姻、家庭、个人等伦理道德问题。围绕体外授精和试管婴儿技术的发展,关于“受精卵和胚胎的地位”、“妇女捐赠卵子”、“借腹怀孕”、“胚胎研究”等问题的伦理道德争论一直不休。

### 1. 胚胎的地位问题

被人工操纵进行体外授精的受精卵和胚胎处于什么样的地位？胚胎是人吗？如果是人，多余的胚胎能随意操纵处理吗？如果不是人，那又是什么呢？我们必须明确肯定胚胎的地位，他是一个潜在的人，即生物学意义上的“生物人”。如果给他条件，就有可能发育成为一个完整的人，成为一个“社会人”。当然在面对体外授精及胚胎处理等方面，仍然有许多问题需要研究思考，如胚胎冷冻储存问题、多余胚胎的处理问题，都需要人们认真考量，在道德和法律上确定其地位与权利。

### 2. 父母的身份问题

体外授精和胚胎转移技术的发展，提出了“什么是父母”的问题。因为体外人工授精采用的精子、卵子以及植入子宫的多种可能，决定了试管婴儿的父母身份更加复杂化。这里面有遗传父母、代理母亲、养育父母等。谁才是真正的父母呢？谁对试管婴儿具有道德上和法律上的义务、权利和责任？对此，人们看法不一，争论不休。是坚持遗传重于养育，还是养育重于遗传物质，这真给人们出了一个既实际而又难以解决的难题。

### 3. “代理母亲”问题

“代理母亲”的伦理道德地位，是目前许多国家都遇到的问题。胚胎移植到与精子、卵子均无关系的第三者子宫内，使之成为“代理母亲”而怀孕并分娩。在国外，一些妇女为生计所迫或甘心情愿救助他人，“代理母亲”出现很多，人们对此评价不一。有人认为“代理母亲”是一种自我牺牲，是一种救助他人的行为，是一种高尚伦理道德的表现；有人认为这是一种出借子宫换取报酬的行为，是不符合伦理道德的行为。虽然人们对此争论不休，但争当代理母亲者有增无减。有的国家还为此建立了“代理母亲组织”，以保护其权益和社会地位。从报道上看，有关“代理母亲”的争论，曾引起过社会的广泛关注，但其困惑仍然没有解决。美国在 20 世纪 90

年代有一部名为《谁是母亲》的电视剧,讲的就是代理母亲分娩后,不愿意将自己生的孩子交给提供受精卵的夫妇,引起争论后而上告到法院的故事,这说明现实中这种争议已经越来越多了,需要人们认真对待。2000年《半岛晨报》报道成都《哥借妹腹生子,监护权属谁》的文章中说:哥嫂婚后因嫂子患子宫肌瘤不能生育,在上海用哥嫂的受精卵植入妹妹子宫,分娩后嫂子抱走孩子,妹妹要求照顾孩子。对此,法律界人士认为,这在我国法律上是盲点,因为妹妹与孩子没有亲缘关系,按婚姻法规定,孩子属于哥嫂所有。而对这种行为伦理学界如何评价?政府又是如何规定呢?

我们预见试管婴儿与“代理母亲”必将有一天走进平常百姓家,有关这个问题的争论也可能成为伦理道德的一个新焦点。据英国《每日电讯报》2005年10月1日报道,9月29日,英国一位53岁妇女安妮·凯瑟琳通过剖宫产产下一名3.4千克重的女婴,成为迄今为止世界上年纪最大的产妇之一。更令人惊讶的是,安妮是为其患上罕见疾病而无法受孕的女儿担任代孕母亲。外婆产下外孙女的事,在英国医学界引起巨大的伦理争论,有专家指出,如果按照美国一些地区的法律,生下婴儿的女性是孩子法律意义上的母亲——即便她是一名代孕母亲也不例外。那么,一个无法回避的棘手问题就出现了——将来这名孩子看到安妮时,究竟应该喊她“外婆”还是喊她“妈妈”?

#### 4. “人造子宫”问题

2002年初,美国宣布康奈尔大学的妇产科教授美籍华人刘洪清教授在人造子宫内膜研究领域已经获得突破,并在动物试验方面获得成功。这一技术有望在未来20年内让人造子宫“生子”。人造子宫将有更大的用场,就是帮助那些因摘除子宫而不能生育的女性解决生育问题,圆她们的妈妈梦,而更令人跌破眼镜的是在这种技术下,男性甚至有可能“生孩子”。

有关人造子宫研究会带来许多伦理道德问题。“自然母亲”会

终结吗？妇女真的解放了吗？没有女人也能生孩子传宗接代了吗？这种影响是多方面的，人们对此反应不一。

## 第三章 器官生物学与道德

器官移植是当代医学科学技术的重大进展,为人类某些器官损伤的病人提供了新的生命希望。器官移植技术使得过去因某些脏器衰竭而必死无疑的疾病完全有可能得到救治,从而提高了人的生命价值和生命质量、生活质量。然而,无论是在供体选择、受体选择还是在人造器官的应用和移植医生方面,都存在着一系列医学伦理道德问题。

### 第一节 器官移植及其发展

#### 一、器官移植的概念

人的一生无法避免生病,有些疾病经过吃药打针,用不了几天就会痊愈,可是有些疾病,由于器官功能衰竭而无法恢复,就不能依靠打针吃药治好,还必须移植健康的器官,才有希望避免死亡,重获健康,否则厄运难逃。

器官移植就是指摘取身体某一器官或利用人造器官,并把器官移植入同一个体(自体移植)或同种另一个体(同种异体移植)或不同种个体(异种个体移植)的相同部位或不同部位,以便达到某种医疗目的的医学技术手段。

被移植的部分称为移植物(transplant, graft),献出移植物的

个体,叫做供者或供体(donor),接受移植器官的个体叫做受体或受者(recipient, host),进行移植的外科手术叫做移植手术(transplantation)。

移植器官有时是从患者身体取用(自体移植, autotransplantation),如烧伤患者的皮肤移植手术。绝大多数的器官移植都是从第三人身上摘取供移植的器官或组织(同种移植, allotransplantation or homotransplantation),其器官取得来源为生体或尸体。血液和骨髓等有再生功能的组织摘取较容易,肾可摘取一个,胰腺可摘取一半,都可充分维持生命,但影响生命自主的唯一器官,就不允许从生体摘取供移植之用,必须从尸体取得。此外,同卵双生个体间移植称为同系移植,在医学上不会产生排斥问题。还有从人以外的动物体上寻求移植器官的尝试,称为异体移植,目前已经取得一定的进展。

器官移植技术的突飞猛进,离体脏器活力有效保存方法的进步,以及抗排异措施和药物的成功,终于使器官移植取得了空前的发展,使许多难以恢复的病人得以康复,使许多患不治之症的患者重新有了生的希望。

当今器官移植的成功,让许多人不免产生一些错觉,似乎人体就像是一部机器,换一个坏了的器官就如同换一个机器零部件那么简单容易,也让人认为疾病与死亡最终将被现代医学所突破。如果这样,人的全部器官包括血液等在老化后都能换掉,人是否就会长生不老?其实器官移植并不如想象的那样容易,而是相当繁杂的技术性很强的系统工程。器官移植需要相关学科的发展,如遗传移植学、移植免疫学、移植免疫抑制剂药物研究、离体器官的保存等一系列完整的系统工程技术保障。虽然人们从器官移植中获得了健康和长寿,但也要关注伴随器官移植会出现尖锐的社会伦理和法律问题。

## 二、器官移植及其发展

器官移植并非今人的创举,早在远古时代就有人幻想到这种移花接木的方法。我国和希腊都有关于用正常组织器官代替置换来治疗疾患和损伤组织器官的神奇治疗记载。战国时的《列子·汤问》曾记述公元前 5 世纪神医扁鹊为两名成年男子互换内脏以治病的故事。在外科史上正式器官移植的记载见于公元 2 世纪希腊医书中有关印度外科医生 Sushruta 用自体皮肤做鼻再成型手术的描述。古罗马医术精湛的科斯马斯和达米安兄弟,曾把一条埃塞俄比亚人捐赠的腿移植到截肢的钟楼管理人身上。1492 年为挽救教皇的生命,医生曾将两个小孩的鲜血放出,想用年轻的血将教皇救活。《聊斋志异·陆判》中也有关于用丽人之头移植于黄脸婆身上的想象。

自从 18 世纪开始,有关器官移植的实验记录不断出现。1824 年在鸡和兔眼上进行角膜移植实验。19 世纪有人进行了游离皮肤、肌腱、神经、软骨、肾上腺、甲状腺、甲状旁腺等多种移植,从当时的技术上看,由于不会吻合血管,因而只是将器官切成薄片或小块埋入人体内,这实际上是种植而非移植,所以移植物也是难以成活的。

真正的血管吻合移植始于 20 世纪。卡雷尔和古斯里第一次用血管吻合法进行了对心、肾、脾、卵巢、肢体、内分泌器官的移植试验,发现同种和异种移植有很大的不同,排异反应是移植的一大障碍。直到 1953 年的肾脏移植手术,移植物总算在病人体内存活了 5 个月以上,器官移植终于有了良好的开端。

1954 年莫里医生小组在波士顿医院首次完成成功的肾移植手术,这是同卵双胞胎姊妹间移植,病人存活了 8 年之后死于心脏病。1962 年莫里第一次使用尸体肾作同种移植,排斥药物使用的是硫唑嘌呤,患者长期存活,自此正式开始了现代医学器官移植的

新篇章。

由于血管吻合技术的发展,短期低温保存供移植器官方法的成功和免疫抑制药物控制排斥反应的成功,使移植技术有了突飞猛进的发展。到20世纪60年代,南非开普敦大学巴纳德医生成功进行了同种异体原位心脏移植,虽然病人只存活了18天,却震惊了世界医学界。到今天器官移植已经超过了18种,异体心脏移植手术也获得了成功,人造心脏移植者已经能存活4个月以上。近年,随着6-巯基嘌呤和强地松等免疫抑制剂和低温冷冻技术的发展,器官保存技术的不断完善,真正使器官移植特别是异体器官移植成为可能。到目前为止,全世界约有几十万人进行了肾移植,心、肝、肺等器官移植已经是平常的技术操作了。在我国,心脏移植已经有数家医院成功,两种以上器官的联合移植也有不少报道。

在20世纪90年代初,我国已经进行了胰肾联合移植,胰岛移植是世界上实施例数最多的国家,脾移植技术在世界处于领先地位。许多胚胎器官,如甲状旁腺、胎胰、肾上腺、胸腺等移植,肝肺联合移植,脾肾联合移植等都达到了国际领先的地位。据报道,2002年哈尔滨医科大学附属医院心脏移植病人杨玉民刚刚操办完“十岁生日”,其九岁女儿陪伴在旁,照片上的他们露出笑容,杨玉民换心手术的成功在世界上也是有突破意义的成绩。面对成功,主刀医生夏求明教授却说:“随着医学技术的发展,器官移植已经成为常规治疗手段。决不能轻信个别医生的自我标榜,心脏移植的成功并非主刀医生的技术好,它是多学科高精技术的集体结晶,离开医院,再高明的医生也是白费。”器官移植的前途充满希望,也充满忧虑:只有在供体短缺、排斥反应和合并症等技术难题解决后,器官移植才能真正呈现出巨大的社会价值。

我国器官移植技术可以说已经达到世界先进水平,2001年6月26日《健康报》报道,我国人工肝技术日臻完善,浙江医科大学

附属第一医院非生物型人工肝研究,代替肝脏正常功能帮助病人肝脏再生,使病人得以生存。同年12月30日有报道说大连医科大学附属第二医院首次成功地运用“不流转肝移植术”为一名肝硬化合并肝癌患者实施了肝移植术。2005年4月《华西都市报》报道的两姐姐捐肝挽救新婚弟弟,标志着我国首例两个活体肝供体同时给一受体捐肝手术的成功实施。

随着医学工程学的发展,人造器官几乎涉及了人体各系统组织器官,许多严重的疾病都可以通过人工器官的辅助或替代作用来达到治疗目的。可以说,现今除了头颅不能移植外,全身各器官均可置换,医疗技术的发展使许多以往认为的不治之症得以根治,使许多患者绝处逢生恢复健康。所以有学者预言,21世纪将是“替换外科”发挥重要医疗保健作用的世纪。

### 三、器官移植的现状

现代医学技术的发展,使人们认识到任何人体器官都可以从人体上取下来保存,而且可以移植到另一个人体上。

#### (一)器官移植分类

##### 1. 同种器官移植

同种器官移植包括自体器官移植和异体器官移植,器官取自患者自体必要的组织器官,移植于患者本身的伤病之处,称为同种自体移植。如皮肤灼伤、骨折久治不愈等取自体的组织器官,移植于自身的伤病处。取自他人身上或自尸体上摘取的器官,移植到患者的身体上,以取代患者原有器官,称为同种异体器官移植。临床上异体器官移植始于20世纪30年代,1954年在美国波士顿同卵双胞胎间肾移植的成功,开辟了器官移植的新时代。供者和受者虽然不属于同一个体,但有着完全相同的抗原结构,如同卵双生子间的移植称为同质移植或同种移植,这是当今世界医学应用最广、最多的移植手术。

## 2. 异种器官移植

由于晚期器官功能衰竭的病人需求器官的增多,人们不得不考虑异种器官移植。从人以外的器官或者是人造器官移植到患者体内,以取代原有器官,称为异种器官移植。

器官移植以同种移植最为合适,但因人体器官来源无法满足移植需要,为解决供体器官的不足,科学家们于是寄希望于动物身上。近年的研究表明,对异种排异反应的解决,将为异种器官移植开辟新的前景。

## 3. 其他器官移植

### (1) 尸体与活体器官移植

尸体器官移植是指供移植的器官来自于捐赠者的遗体,摘取其器官的移植手术。活体器官移植是指供移植的器官来自于活体身上,摘取其器官的移植手术。

### (2) 正位与异位器官移植

正位器官移植是将移植物移植到受体该器官原来的位置,也称原位移植。受体原来的器官必须摘除。异位器官移植是将移植器官移植到一个不正常的部位的移植手术。如将肾脏移植到髂窝内,将甲状旁腺移植到皮下或腹腔内。也有一种是原位旁移植,即将移植器官移植到原器官的附近,可将原器官切除全部或部分,以便移植物置入,这类移植称原位旁移植。

### (3) 附加器官移植

是指不切除原有器官而植入同一器官的移植手术。如原有肾脏不切除,而另植入一异体肾脏。

### (4) 临床与实验性移植

是指移植技术在未完全成熟,手术成功与否尚无把握时,或该种医学技术还没有被医学界所普遍采用的一种实验性移植。

### (5) 联合器官移植

是指一次同时移植两个以上器官的移植,称多器官移植或称

器官簇移植。

## (二) 器官移植现状

### 1. 角膜移植

是使用同种透明角膜片代替病变角膜的一种眼部成形手术,是眼复明的重要手段之一。角膜移植开始较早,德国眼科学家 Zirm 在 1906 年首先施行,该病例保持透明达 18 年之久。自 Filatov 开创应用尸体角膜进行角膜移植技术后,角膜移植材料有了新的来源,角膜保存也取得了很大的进展。近年随着有关于细胞角膜的培养和“试管角膜”的成功,人工角膜移植手术已经使众多的人恢复视力。

### 2. 心脏移植

全球第一例心脏移植手术于 1967 年在南非开普敦大学由巴纳德医生施行成功,他将一年轻女性心脏移植到一位 54 岁心肌梗死病人体内,该病人存活 18 天后死于肺感染。但第二例患者生存了 1 年零 7 个月。从此心脏移植手术广泛地开展起来。

心脏是人体的一个脆弱而重要的器官,因此,心脏的摘取必须在心脏仍在跳动的脑死亡状态下进行,而且心脏移植手术又必须在摘出心脏后 4 小时内完成。这样心脏移植手术全过程必须有迅速的信息联络、摘出、运送、医疗配合等良好的协同工作才行。

由于心脏供体来源的缺少,人工心脏的研究也有很大进展。第一代人工心脏在 1982 年移植到病人身上,患者存活 120 天。使用塑料心脏最长已经存活 620 天。第二代人工心脏在 1993 年问世并应用到病人身上,取得了良好效果。人们正在进一步改进人工心脏,不断完善其结构,使之更适合人体的需要。

### 3. 肾脏移植

现代器官移植是从肾移植开始的。目前,对肾功能衰竭、肾功能不全的治疗主要是实施人工透析与肾脏移植两种方法。但人工透析只能代替肾脏排出废物维持生命,但不能代替肾脏的代谢和造

血机能。加上高昂的人工透析费用和并发症等原因,还是采用肾移植法比人工透析要好得多。

从全球看,美国和欧洲约有 2 万多例患者等待肾移植。从尸体和活体摘取肾脏移植成活率看,相差只有约 10 个百分点。尽管肾移植存在排斥现象,但接受肾移植者维持生命的可能性仍比接受人工透析患者要高出许多。

#### 4. 肝脏移植

肝脏移植的首次成功是在 1963 年。肝脏的摘取必须在脑死亡状态下取出移植,或从有血缘关系的活体上切取部分肝脏进行移植。到 20 世纪末,全球进行的肝移植已经超过 14000 例。活体肝移植要重视供体发病率和死亡率问题。

#### 5. 胰脏移植

自 1966 年 12 月 16 日实施首例胰腺移植治疗尿毒症性糖尿病后,全球至今已经有 12000 例胰腺移植成功。

#### 6. 肺脏移植

肺脏移植是从 1963 年展开的,美国的哈迪进行了首例肺脏移植。肺移植的问题是成活率不高,失败原因主要是支气管吻合口不愈合。近年经过研究,单肺成活在两年以上的已经超过 60%,双肺存活率已经超过 70%。

#### 7. 骨髓移植

骨髓移植分异基因骨髓移植和同基因骨髓移植。它是将其他人的骨髓移植到受体的体内,使其繁殖的一种治疗方法。

骨髓移植已有一百多年的历史,到 20 世纪 70 年代后由于人类白细胞抗原的发现及血液制品、抗生素支持疗法的发展,骨髓移植治疗白血病的效果有了明显的进步。

在骨髓移植中,造血干细胞移植手术能改变白血病患者血型、染色体和 DNA,但如果供体是异性,那么受体的性别是否会因此而改变? 骨髓移植手术是否成功,关键是看供者的造血干细胞

是否能在患者的骨髓里安家落户,如果成功了,那么患者血管里的血液应该慢慢变成供者的。患者所接受的供体如恰恰是异性的,就意味着彻底改变的不仅仅是血型、染色体,还有 DNA。因此,骨髓移植医生为了鉴别造血干细胞是否已经在新环境里成活,要尽量选择异性供体好。

### 8. 眼球移植

对眼球移植的研究始终在不停地进行中。2000 年有报道说日本的浅岛诚将未分化细胞成功地培育成眼球,移植后的动物似乎可以感觉到光的动作。这种研究使“再生医学”向实用方面迈出了一大步。

### 9. 头颅移植

有关头颅的移植,在许多科学幻想小说中已经出现。医学家对此也在不停地探索着。20 世纪 60 年代前苏联宣称全狗头移植成功。1987 年基辅医生费拉托夫实施了换头手术,术后移植他人头颅的病人存活了三年。1992 年瑞士也有报道说将因身体损坏而头颅完好的男子与一大脑损害躯体完好的女子间进行头颅移植,但术后病人对自己的声音和一对丰满的乳房十分惊讶。我们姑且不考虑报道的真实性,但这却说明进行人脑移植已经不存在太多的技术问题了。

### 10. 子宫移植

给切除子宫或生来就没有了子宫的妇女移植一个子宫,理论上是完全可行的。如果有人通过切除捐献一个正常子宫,而且接受者又不发生排异反应,那么接受者怀孕是完全可能的。

移植子宫的困难是因为子宫不是大血管供血,而是由无数细小的血管来供血的,这样要保持子宫正常的足够的血液和保证在怀孕以后子宫扩张数倍的血液供给,都是十分复杂和困难的。

### 11. 睾丸移植

由于意外伤害或癌症,许多患者成功地接受了睾丸移植手术。

这种手术的成功,对个人、家庭和社会都有重要的影响。

### 12. 肢体移植

随着肢体移植手术的成功,这一技术已经发展到了更精细的水平,为一些需要肢体移植的病人带来了希望和生活的信心。从自体的断肢再植到自体组织再造肢体的应用,今天已经发展到移植手、手臂、脚等几乎所有身体部位。

### (三) 器官移植中的难题

目前器官移植技术在挽救病人生命方面居于重要的地位,但器官移植的发展却举步艰难,开展仍然有限。究其原因一是供体器官不足,二是受体对移植器官的排异。

#### 1. 供不应求

供体器官供不应求是因为需要做器官移植的病人太多了,但合适做供体的器官又太少,很多人都不愿意捐献自己的器官。捐献器官来源的困难不但在中国如此,在发达国家也是同样存在的。

我国受儒家思想影响,“身体发肤,受之父母,不敢毁伤,孝之始也”。这种孝道思想对死后“全尸”观念影响很大。中国传统民俗信仰对死后世界的揣想是,若是在黄泉路上少了两只眼怎么看清道路?没有完整的身体怎么享用死后世界的种种生活呢?种种旧的观念影响,使我们国家的器官移植有技术能力,有病人需要,却少有捐献器官者。

欧美等国的宗教影响也限制了器官的捐献来源。从宗教观点看,认为人没有决定器官移植的资格,人没有改变自然规定的权利,更不能代表上帝改变自己的身躯等。因此,这些国家的许多人认为,只要肉体是活着的,从脑死亡者身上摘取器官就等于谋杀。由于受文化、宗教信仰和思想意识影响,器官移植立法进程困难重重,这是导致这些国家器官来源困难的重要原因。

有统计表明,1990年美国约有2.5万人等待器官移植,在欧洲约有4万人等待器官移植,而欧洲的供体还不到5000例。据世

界卫生组织统计,需要紧急器官移植手术的病人数量与所捐献的人体器官的数量比为 30 : 1。目前,全球等待器官移植者约有 30 万人,美国有报道说,每 16 分钟就有一个人加入到等待器官移植的行列,每 11 天就有一名等待者因等不到供体器官而死亡。

## 2. 排斥反应

器官移植的排斥反应有两种:一种是受体抗移植物反应,受者对供体器官组织产生的排斥反应称宿主抗移植物反应(HVGR),另一种是移植物抗宿主反应。根据移植物与宿主的组织兼容程度以及受者的免疫状态,移植排斥反应主要表现有三种类型。

### (1) 超急排斥

超急排斥一般反应在移植后 24 小时发生。主要是由 ABO 血型抗体或抗 I 类主要组织相容性抗原的抗体引起的。超急排斥一旦发生,无有效的治疗方法,最终导致移植失败。通过移植前 ABO 及 HLA 配型,可排除不适合的器官供体,以预防超急排斥发生。

### (2) 急性排斥

急性排斥是排斥反应中最常见的一种类型,多在移植后数天到几个月内发生,进行迅速。细胞免疫应答是急性移植排斥的主要原因。在使用免疫抑制剂药物后大多数急性排斥可得到缓解。

### (3) 移植物抗宿主反应

由于移植物中的免疫细胞对宿主的组织抗原产生免疫应答并引起组织损伤。

## 四、免疫抑制药物

解决免疫的方法除了接受者对捐献器官的排斥反应外,另一种方法就是抑制捐赠器官里的移植物抗原,也就是外来异物携带的特殊物质。但是直到今天科学家们仍没有找出第二种方法的成功之路——就是研究如何减少排斥作用。目前主要使用具有抑制

免疫功能药物的方法,帮助人体接受新移植的器官使其成活,但这种药物的副作用也值得注意。

## 第二节 器官移植中的伦理道德问题

### 一、器官移植的道德问题

在器官移植技术日益成熟的今天,它的社会价值却远远没有显示出来,但是随着器官移植技术的发展,人们对这一医疗手段的认识,也开始突破传统医学伦理道德观念的束缚,不断深入探讨在人体器官移植中的有关问题,如器官供体来源,受体选择标准,医务人员在器官移植中的地位和作用等。面对器官移植技术水平的不断提高,医务人员、病人、家属以及社会正面临着亟待解决的伦理道德问题的考验。

#### (一) 器官移植是否符合伦理道德

现在人们认为器官移植是符合伦理道德的。第一个探讨器官移植伦理道德问题的是美国的肯宁汉,他在《器官移植的道德》一书中说:“依据人类的统一性和博爱的观点,肯定器官移植在道德上是允许的。”他又说:“为什么一个人间接为了邻居,尚可牺牲生命,现在为了同样的目的,直接牺牲的还不是生命,难道就不行吗?”持肯定意见的人认为,器官移植符合“总体性”原则。一个有病的人,为了整个机体的健康,可以牺牲一部分机体组织器官。一个健康人是属于社会人群这个大整体的一部分,他也可以为整个“人”而牺牲自己的一部分机体组织器官。从道德上讲,一个人献出了自己的器官,尽管失去某一器官,但他是一个更完美的人。这种为他人、为整个人类的奉献精神,是值得赞扬的,贡献自己的器官给他人,正是这种无私奉献精神的体现。

新华社武汉 2005 年 10 月 7 日报道,因车祸不治的 18 岁湖北

天门女生金省的父母遵其生前愿望将其器官捐出。捐出的 5 个器官已成功让 6 人受惠,金省从而创造了我国器官移植史上个体捐献器官数量最多的记录。

但是也有的人对器官移植持反对态度。这主要有两个障碍,一是受传统伦理道德观念的影响,不愿意将自己的器官贡献给他人,甚至也不愿意给自己的子女或父母。特别在我国长期封建伦理道德观念的束缚下,人们不仅反对尸体解剖,更反对在活人身上摘取器官,何况还要把器官移植给他人。二是出于价值观的考虑。

#### (二) 供体选择及其伦理道德

器官移植中供体选择是一个关键问题。器官短缺供不应求是全球器官移植的主要矛盾。如美国每年有近万人等待肾移植,有一个人竟等了 36 年,不少人因等不及而死去。从各地对肾衰竭人工肾透析治疗床位的急剧增加中,就不难估计出需要进行肾移植病人的数目了。

如果不用人工器官,就需要有人体器官供移植。而人体器官只有靠活体或尸体供体两者来提供了。成对的器官可以来自活体或尸体,而非成对的器官如心脏、肝脏等由于是人体独一无二不可缺少的器官,若从活体中摘取下来,等于杀死一个人来换取另一个人的生命,这样做既不人道,又违反伦理道德,更是违法的,因此,只能取自新鲜尸体。

医学技术基本成熟,用于造福人类已经成为可能。但必须解决好器官采集的时间问题。为摘取新鲜器官而忽视对濒死患者的挽救甚至过早地将有希望救活的病人宣布为死亡,这不是变相杀人的犯罪行为吗?假如病人确实已经死亡,又不及时摘取器官,这样就会影响器官移植的成功几率。如果用活人身上的器官,则又会出现贡献与代价的矛盾,同时从活人身上只能取得血液、骨髓、肾或部分肝脏等。这里重要的问题是如何科学地界定死亡时间,这是一个涉及医学、伦理道德和法律的问题。

## 1. 活体器官来源

### (1) 摘取的理由

提倡自活体捐赠者身上摘取器官,是因为尸体器官来源不足,供不应求,而活体供肾就可以缓解器官来源的不足;取自活体身上的器官移植存活率较高。同时,自活体上取出器官安全性极高,移植者可随意安排手术时间等。

摘取活体器官要注意伦理道德问题。从生理上讲,摘取活体器官供体要承受大手术的痛苦和心理刺激;从技术上讲,稍有意外就会发生危险或导致死亡;从心理上讲,是供者自愿捐给,还是迫于种种压力,会使供者在身心上产生紧张与不安。自活体摘取器官,与捐赠人的健康生命息息相关,也是一个救治时不得已的办法。

1986年国际移植学会公布了活体捐赠肾脏的7条准则,具有重要的伦理意义。

①只有在找不到合适的尸体捐赠者,或有血缘关系的捐赠者时,才可接受无血缘关系者的捐赠;

②接受者(受移植者)及相关医师应确认捐赠者系出于利他的动机,而且必须有一位社会公正人士出面证明捐赠者的“知情同意”不是在压力下签字的。也应向捐赠者保证,若切除后发生任何问题,均会给予援助;

③不能为了个人的利益,而向没有血缘关系者恳求,或利诱其捐出肾脏;

④捐赠者必须达到法定年龄;

⑤活体无血缘关系之捐赠者应与有血缘关系的捐赠者一样,都应符合伦理、医学与心理方面的捐赠标准;

⑥接受者本人或家属,或支持捐赠的机构,不得付钱给捐赠者,以免误导器官是可以买卖的。但应补偿捐赠者在手术与住院期间,因无法工作所造成的损失及与其他有关捐赠相关的费用;

⑦捐赠者与接受者的诊断和手术,必须在有经验的医院中施行,而且义务保护捐赠者权益的公正人士,也是同一医院中的成员,但不是移植小组的成员。

从活体身上摘取器官,虽然得到捐赠者的同意,从伦理上讲是合法行为,但是,就其同意的任意性而言,尚存在许多疑问。

#### (2) 捐赠者的知情同意权

从人身体摘取活体器官,也有很大的限制,因此捐赠者几乎都具有血缘关系,尤其是家族关系,其优点是相比较不会产生排斥,移植成功几率大。尽管不会对捐赠者造成身体上的不利,但也不同于本人的医疗行为,在考虑义务和同意原则下,捐赠者又是成年人,这种摘取就是合法的医疗行为,也不构成犯罪。其关键是一定要取得捐赠者的同意,这是十分必要的程序。

但是也有捐赠者不同意的情况发生,如原本就不同意捐赠,但拒绝后担心同家庭成员产生不睦,或导致病人产生病情恶化等罪恶循环感等,加之摘取器官对自己的身体也是一种伤害,其心理矛盾在现实生活中是常见的。有学者认为,应当强化捐赠者的意志,让其从家族和社会的压力中解脱出来,成为自由、自主的捐赠者。在一个重视个人权利的社会中,器官移植只有在捐赠者同意的条件下才能进行,这样才能表达出个人有决定自己命运的自我决定权,这是对人权的尊重,因此,医生对同意的任意性必须认真地考虑。

参与移植的医生可能认为受体是他的病人,他有责任为病人的治疗使用一切方法,因而医生认为,供体提供器官是正当的、应该的。这样在参与移植的医生面前,供体与受体双方的利益如何统一? 医学伦理道德的依据是什么? 怎样保证供体利益? 应该做到“知情同意”吗? 2001年曾有报道说,我国有一例需要进行肾移植的中学生病人,他的父亲配型适合,但他的父亲却拒绝将自己的肾供给自己的孩子。虽然报刊上进行过一些讨论,但从伦理道德上又该如何评价呢? 2004年9月,在上海中山医院,一名律师将

自己的肾移植给母亲,成为当年感动中国的代表人物之一。

对于未成年人的器官捐赠问题,各国的看法有些不同,其焦点是有无判断能力、同意能力问题。如果未成年人在16岁以上,有同意能力,只要本人同意,法律上认为合法,应承认对其身体有自我决定权。与成年人一样关键的是要在使捐赠者理解摘取手术的内容、危险性等知识上实施。为此,医生必须向捐赠者说明以下内容:

- ① 摘出手术前检查所伴随的危险;
- ② 器官本身摘出时可能产生的危险,即手术的危险;
- ③ 器官摘出手术后的危险;
- ④ 由于丧失被摘出器官所可能产生的危险。

器官捐赠的核心是要出于本人的意愿,真心同意,不得委由他人代为表示同意。

#### 2. 尸体器官来源

尸体即人死去后的遗体。从尸体摘取器官不会产生从活体器官摘取时所带来的伴生问题,因此,从尸体上摘取器官应当是器官移植的重要原则。

尸体供体的伦理道德问题。主要有旧的传统道德观念的影响和死亡判定问题。在我国,从尸体上摘取器官是传统伦理道德观念所不允许的,这与目前我国临床尸体病理解剖遇到阻力是相同的。这需要有关部门大力宣传教育,使医患双方都能认识到尸体病理解剖对医学发展的重要意义,并制定相关政策配套措施来保障。而在死亡标准判定方面,虽然我国早已接受有关“脑死亡”标准,但大多数医院并未执行。这也需要卫生管理部门及相关专家研究,及早出台实施办法,否则,就连尸体器官也是难以采集的。

从尸体上摘取器官,从伦理道德上要考虑以下一些问题:

- (1) 尸体对自己身体有自我决定权

尸体是否为权利的客体,是否属于所有权的对象,能不能自由

处理等仍存在争论。大多数人认为任何受托对尸体管理的人都无权同意摘取尸体器官,没有提供尸体器官的同意权。但如果生前得到允许死后同意,则可免除刑事追究。

### (2)死者可在生前决定死后尸体的处理方式

如果死者生前已经同意在死后捐赠器官,即使家属不同意甚至反对,也应当尊重死者的生前愿望。应当使死者的生前决定权扩展到死后的尸体,这种生前表达可以为遗言,也可以是书面遗嘱,更可以人为进行公证。但在执行中无论如何也是需要征得家属的同意的,否则医生擅自摘取器官,作为被埋葬祭祀对象的家属的感情受到伤害,难免会产生纠纷或民事追诉。对此,有关人员要尽力将工作做好。

### (3)尸体器官摘取与法律

毁损尸体是犯罪,从尸体上摘取器官当然得毁损尸体。从法律上讲追究尸体毁损罪是保护死者家属对死者的感情,对此要给予高度重视。因此,在处理尸体时要尊重死者生前愿望,要征得家属的同意,履行完善的手续,避免可能产生的纠纷。尸体器官的捐赠从伦理道德上讲,对受救者有崇高的意义,并为社会所赞许,这就避免了可能产生的法律障碍。

医生的道德法律责任就在于尊重死者,与家属沟通,知情同意,履行手续。

2002年4月,某市发生了一件尿毒症病人愿意捐献器官遇到法律“尴尬”的事情。记者访问了该市卫生局、医科大学附属医院和医科大学等部门,回答均是不知如何捐献。因为,目前在该市还没有一部捐献器官地方法规,而北京、上海和广州已经有了《遗体捐献条例》,规定了自然人生前有意愿的,可委托执行人捐献,这对于开展尸体供体器官移植大有好处。

### 3. 胎儿器官来源

从胎儿获得器官进行移植研究进展十分迅速,其主要优点是:

- (1) 胎儿组织抗原弱, 排斥反应小, 成功性大;
- (2) 人工流产胎儿数量多, 器官来源有保证;
- (3) 器官移植治疗疾病范围广。

使用胎儿进行器官移植一个重要的优点就是有丰富的器官来源, 如美国每年流产 160 万人次, 全球超过 3000 万人次。人们看到越来越多的人, 为了得到器官而有意怀孕后堕胎, 使用胎儿器官的做法, 无可避免地导致以流产为目的的怀孕。这种趋势的发展从伦理道德上看, 功利主义和尊重生命出现了矛盾, 如果管理不善是否会出现怀孕的目的不是生养孩子而是以出卖胎儿得利呢?

反对利用胎儿组织的观点是, 反对人工流产, 也反对任何形式的利用流产的胎儿。在一些贫穷地区, 妇女可能会因经济利益而出卖胎儿, 这会造成流产泛滥危及妇女和胎儿, 因此, 有必要制定一个提出胎儿组织用于移植的道德准则。

1987 年中国北京神经外科研究所在对胎儿黑质组织尾状核内移植治疗帕金森病时, 制定了相关的获取胎儿脑组织原则: ①不得违背现行法律; ②得到有关部门的认可; ③进行流产孕妇因特殊困难终止妊娠; ④孕妇自愿捐献胎儿; ⑤胎龄小于 16 周, 且现代技术无法保证其存活; ⑥流产胎儿心跳停止 30 分钟后取得组织。

美国在 1990 年也制定有胎儿组织移植的下列原则: ①遵守临床研究和器官移植准则; ②胎儿组织所交换的经济价值不超过必须合理的费用; ③胎儿组织受体不应由供者决定; ④根据孕妇安全的考虑决定流产的技术和时间; ⑤参与流产的医生不得参与胎儿组织移植并从中获得利益; ⑥按当地法律取得供体和受体双方的了解和同意。

#### 4. 人造器官和复制器官来源

用人造器官取代生物器官的研究一直没有停止, 而且也取得了可喜的成效。科学技术的发展, 为制造越来越多的人造器官提供了可能性, 可以预见, 医疗技术和电子计算机技术相结合, 仿生

学技术的发展,将使人造器官的来源有新的发展。

1943年荷兰医生科尔夫制造成世界上第一个人工肾,之后全球有数千万名肾病患者利用人工肾进行透析治疗。在人工心脏方面,2001年7月美国肯德基医院植入了世界上第一个人体内的人造心脏。现在的人造心脏体积更小,内部配套更完整,重约一千克,为更多需要心脏移植者带来了福音。

复制器官就是利用生殖细胞技术,使组织和细胞再造工程能帮助我们替换坏死或缺失的器官。生命科学是一种力量,人体中的器官都可以再生,它将作为一种催化剂,使人类能连续地再生和再造人体组织和器官,将重新塑造人体,并达到需要的目的。当今人们已经能培育出鼻子、耳朵、胸骨、头盖骨等。采用复制方式生产人体所需要的组织器官,不但解决了器官来源问题,也解决了捐赠器官移植所造成的免疫问题。器官复制可以保证器官移植不必担心组织排斥的风险,也没有伦理道德问题所带来的争论,是一个前景看好的医疗产业。

### (三)受体选择的伦理道德

器官移植也如其他医疗手段一样,面临着器官资源分配的伦理道德问题。由于器官移植供体器官的不足,医生也面临着受体选择的伦理道德难题,谁应该或优先接受移植手术呢?这就是器官移植中的受体选择标准问题,也是一个伦理道德问题。目前在医学伦理学界认为有以下一些标准可供考虑:

#### 1. 个人状况

器官移植要从病人的年龄、身体情况、合作程度和康复的可能性等几个方面综合考虑。作为分配的标准,病人年轻,前途无量,就应当比风烛残年的老年人有优先受分配。当然能同医生合作,康复可能性大者,也是优先获得器官移植的条件之一。同时,病人营养、体质、身体功能、心血管系统功能良好,没有并发症等都是需要考量的条件。

## 2. 医学标准

医学标准是器官移植首先应当考虑的因素,主要涉及器官的适应性及受体等综合情况,特别是配型问题等。这是指由医务人员根据医学科学发展水平和自身的医学技术水平能否达到的医学判断标准。这包括有病人的器官功能是否已经衰竭,除器官移植之外有没有其他办法解决器官功能;医务人员及所在医疗单位整体技术水平,是否已经达到能进行器官移植的技术水平;还有如果面对数位病人患有同样的疾病需要同样的器官移植时,应该给谁先进行等。这些问题的解决主要是由医学标准来评价和决定的。但是在临床的医疗活动中,并非如此简单就能判断决定,还需要参考其他标准,如社会标准等加以补充才能更完善。

## 3. 经济因素

由于移植费用的昂贵及移植后药物费用的长期消耗,所以,经济承受能力也是优先选择分配的一个理由。个人应付能力问题包括病人配合治疗的心理承受能力和病人的经济支付能力。病人的配合治疗能力在一定的条件下,是医务人员选择可否进行器官移植的重要标准。但这又不能绝对化,因为病人的配合治疗能力水平与医患间的沟通、病人对疾病的理解等因素有关,至于经济问题在我国目前条件下,确实是一个应该考虑的问题。

## 4. 社会标准

社会标准是指一个社会人面临器官移植时所需要考虑的一些问题。诸如病人的年龄、社会价值和个人应对能力等因素,如病人病情,配合医疗的行为能力,经济支付能力以及社会医疗保障制度的承受能力等。因为这些因素对器官移植成功与否、医院经济运行状况等都有一定的影响。

社会价值问题是一个需要认识的分配选择问题。如果病人拥有良好的社会价值或较高的社会地位,其受分配的机会就越大;对社会贡献大的人理应得到报偿而应优先分配。因此,在考虑分配

中,就要从一个人对社会贡献大小或可能性的大小来判断,贡献大者理应优先考虑。假如一个哺乳期器官衰竭的妇女与另一个没有子女的妇女同样需要器官移植时,究竟先给谁呢?仅仅单纯看有无子女吗?显然这样来进行判断是不全面的。又如社会地位举足轻重者比普通人优先,那么平等观念又如何理解呢?同时我们认为,判断一个人的社会价值并不是一件十分容易的事,有时甚至会发生主观片面现象。一个护士、医生、工程师、企业家或教师,哪一个人的社会价值高一些呢?是医生自己进行判断还是成立一个委员会来判断?每一个人在生与死面前是否有同等权利呢?

以上这些分配标准,都涉及人类平等原则和功利思想。我们提倡在医疗面前人人平等,都享有平等的医疗权利,享有生存权。但医生在选择受移植对象时,就处于道德两难的境地,因为不管选择谁,都有可能对未被选择者造成死亡。面对平等和功利原则,我们要用客观标准来衡量,防止主观片面,避免对大多数人造成伤害后果。为此,有必要制定出一个使人信服的道德标准,以符合主观和客观因素的伦理准则。

美国医院伦理委员会对器官移植分配的原则为:

- (1)回顾性原则:照顾病人过去的社会贡献;
- (2)前瞻性原则:考虑病人未来对社会的作用,家庭角色原则,余年寿命原则,研究价值原则;
- (3)中性原则:即排队原则。

尽管这些原则充分体现了-定的公平性,但由于供体不足,仍是造成器官分配伦理道德抉择的困难问题。现实中我们要考虑经济承受力,考虑病人的个体健康状况,卫生资源分配问题等等。供体器官分配是有限卫生资源的分配,如目前只有一个供体肾,面对一个有钱者和一个无钱者的受体,谁优先,先给谁器官移植,谁必须等待?这是一个需要慎重对待的问题。对医疗费用也必须认真考虑,要认识到医院不是福利单位,受捐赠者是否为医疗保险享受

者或自费者,可否都可能平等地接受器官移植呢?也不能。因为有同等支付能力的病人,还要参考其他条件综合考虑判断才行。处理不好就会出现有钱的人买健康,没钱的穷人坐以待毙,这又不符合伦理道德原则。

总之,受体选择是一件十分复杂的工作,它主要取决于一个国家、社会的道德风貌,取决于医学伦理道德原则和规范要求,取决于经济发展水平等,是一种综合的人道主义道德理念的反映。在临床医疗实践中,医务人员必须进行周密的思考,在审慎的选择中实施。

#### (四)非法器官交易问题

在一个高度发展的商品社会中,凡是稀缺的东西,就非常容易用商业文化来解决。即使是人体器官这种对人来说无比神圣的东西,也能在器官市场上买到,这在西方社会已是司空见惯的事了。器官移植手术的发展,更显现出器官的“物质性”、“零件性”、“生产性”,器官的医疗资源性、经济价值和商品价值随之增加。

在美国,由于缺少人体器官,一年内约有 31.1%的病人在焦急地等待心脏移植的过程中死去,23.2%的病人在等待做肝移植的过程中死亡。从全球来看,等待移植的病人愈来愈多,大概以每年 20%的速度增加着,器官来源却呈下降趋势,而器官交易已经迅速发展成为世界性的行业。如美国出现精子银行、器官组织银行等,专门提供一种或多种从生命体、尸体取出,用作移植的器官或组织,包括回收器官、加工、保存、运送等服务。1983 年美国医生雅各布建议成立一个国际肾脏交易所,公开经销肾脏,并建议购买本国穷人的肾脏,或从第三世界的贫民中购买再销往美国。面对如此建议,美国国会通过了《全国器官移植法》,禁止器官买卖的行为。

如今,人体器官需求如此之大,一些国家器官交易仍难以禁止。有关器官交易的广告不但出现在西方国家,就是在我国也出

现了变相出售器官的小广告。世界卫生组织 1991 年报告指出:第三世界国家器官买卖已经到了令人吃惊的地步,并敦促其成员国禁止这种不道德的交易。美国有调查表明,96%的供肾者是为了偿还债务。70%的供肾者属于贫困者,一个肾脏能得到 1070 美元。对供肾后健康状况调查表明,50%的人说手术部位总是痛,33%的人说长期感到背痛,可见对供者造成的伤害是十分明显的。

从伦理道德方面考虑,我们不同意有人认为出售器官是个人的自由选择,因为,有些活动如买卖器官的行为,即使是市场导向也都是不允许的,把器官作为商品,是对人类生命尊严毁灭的行为。我们禁止买卖奴隶,我们提倡人权平等、自由,我们尊重人的生命,就同样应当反对器官的买卖行为。器官市场必然导致两极分化,富人有钱买卖器官以供移植,穷人则只能为了生存而出售器官,这不符合自愿原则。同时加上买卖关系人的介入,医生和病人家属的冲突也会加剧,难以达到真正平等。

现实中由于种种原因的自愿捐赠器官仍是器官的重要来源,如死前的自愿捐赠器官等。

采用何种方式进行器官采集?哪一种收集方式更符合伦理道德和法律呢?是自愿捐献,还是推定同意,还是允许商业化交易?这些问题一直困扰着医学界,已经成为当代人们争论的焦点。在一些西方国家,由于器官供不应求,法规不健全,一些不法分子伙同医生、医院偷取器官非法买卖,从中渔利,并形成了一条器官黑市经营网络。有关报道中提到的大量非法器官交易,关系到第三世界贫苦大众的生命安全、社会稳定等问题,同时也涉及医学的目的和高新技术的声誉。

### (五)器官移植技术与社会目标的道德矛盾

随着医学工程学的发展,人造器官几乎涉及了人体各系统组织器官,许多严重的疾病都可以通过人工器官的辅助或替代作用来达到治疗目的。但是医学器官移植技术的发展,也带来了一些

卫生资源分配中技术与社会目标的冲突,开始引起人们的关注。

首先对于人来说,生老病死是人类无法摆脱的话题,虽然每个国家政府都在努力完善社会医疗保障体系的职能,但仍然是步履艰难。现代医学科技手段已经使一些“不治之症”尽可能延长生命,减少痛苦,可是直接决定患者是否能接受治疗的前提是患者对医疗费用的承担能力。一个国家或地区的社会经济发展决定着人工器官应用的水平,而一个国家和地区经济发展又必然受到种种因素的制约。所以人工器官移植技术并不是普遍适用于所有人类。

其次是如何确定器官移植技术使用的伦理道德原则问题。以人工肾治疗为例,在我国一个病人一年约需花 1.2 万元人民币,美国需要 1.4 万美元。这样高昂的费用,使我们不能不考虑在医学技术与社会之间的平衡问题。在美国肾移植约需要 3 万美元,心脏移植需要 10~16 万美元,肺移植需要 18 万美元,肝移植需要 14~20 万美元。而日本 1998 年计算,从判定脑死亡到摘出一件器官共需要 218.25 万日元,心脏移植费用为 1100 万日元。我国的肾移植约需要数万元。这实在是一个巨大的经济负担。一方面我们不能否定这种技术,另一方面又不能把有限的卫生资源大部分用于少数人的这种昂贵的治疗上,而置大多数人于不顾,这就形成了使用人造器官或移植技术中的伦理道德矛盾,应该坚持公正、公益原则,注意卫生资源分配中的道德问题。

#### (六)人体器官采集途径及问题

人体器官采集是进行人体器官移植的前提,因为只有采集到相应的器官,才能进行相应的移植手术。目前从全球范围来看,采集人体器官主要有以下几种途径可供选择。

##### 1. 知情同意

知情同意原则采集人体器官也称为自愿捐献。这是一种在自愿者自愿、知道和同意的情况下获取其器官的一种方式,也是目前收集器官的主要手段和伦理道德争论最小的器官来源途径。自愿

捐献者可以通过生前预嘱或死后亲属捐赠等办法来实施。这种捐献自己器官的方式,在一些国家得到认可,并成为器官移植的主要来源。如1988年《人民日报》报道《我的女儿还活着》,介绍了一名美国妇女将自己因车祸死亡的女儿的器官捐献给了四个人,从而挽救了四条生命。我国由于受传统道德的束缚,人们对此认识不足,同时也没有一套支持器官捐献的法律制度及配套措施,仍需要加大宣传力度。

## 2. 推定同意

这一种由政府授权给医生,允许医生们在尸体上收集医疗所需要的器官,这在一些国家已经有此规定。大体上的做法有:

(1)国家给医生授权。这是一种由国家法规给医生以全权,可以摘取尸体上有用的组织和器官,不必考虑死者家属的意愿的方式。奥地利、丹麦、波兰、瑞士和法国大多采用国家授权形式的推定同意。

(2)法律推定同意。这是一种在死者或家属不反对的情况下,就可以采集其器官的方式。这种推定同意原则,在欧洲的芬兰、意大利、挪威、西班牙和瑞典等国家实行。

(3)执行供者或亲属意愿。如果供者生前曾表示过捐献意愿或其亲人同意捐献时,就可以单独进行摘取,不必再进行商议,即表明另一方的推定同意。这种形式是目前我国实行较多的方式。

## 3. 供体胎儿化

从生理上讲理想的供体器官以胎儿器官最好,因为胎儿器官有很强的生物学优势,更有尸体上、动物体上器官难以比拟的优点。而从胎儿供体数量的可行性来看,获取器官是相对容易的。采取遗弃胎儿器官无论在技术上还是在伦理道德上基本不会遇到较大障碍。但是如果从伦理学深层意义上考虑,也存在一些伦理道德难题,如:胎儿是人吗?淘汰性胎儿可以作器官移植供体吗?淘汰胎儿的标准是什么?供体胎儿化标准是什么?谁有权代表胎

儿作决定,是其父母还是医生?与此有关的一些问题还有待于继续讨论研究解决。

#### 4. 器官商品化

从全球来看,自愿捐献的器官远远满足不了器官移植的需求,这种供需矛盾必然刺激了器官商品化的出现。器官商品化虽然能在一定程度上缓解器官需求的矛盾,但如果真正实行起来所造成的负面效应,可能会大大超出了它的正面效应。结果会导致以下的情况:

(1)器官质量问题。商品化的器官交易很难保证器官质量,出卖者可能隐瞒某些疾病,如何保证器官质量也是一个大问题。

(2)病人的平等问题。由于经济原因,在需要器官的病人面前,生死选择的不平等加剧了,穷人在绝望时可能出售自己的器官,而有钱的人却能因购得器官而获得再生的机会。

(3)牟取暴利不择手段。总会有一些人为牟取暴利而不择手段加入器官买卖。如南美洲的智利曾出现育婴堂私自摘取人体器官进行地下交易,而且有医生加入进来。更有甚者,在病人进行手术时,私自偷取所需要器官,进行地下器官交易,此类事件屡有报道。资本主义国家这种器官交易市场是难以制止的。

有鉴于此,1989年5月,世界卫生组织呼吁制定一个有关人体器官交易的全球禁令,严厉禁止器官商品化交易行为。这是维护人的尊严的道德行为。

#### 5. 其他器官来源

医学科学技术的进步,人工器官的应用及物种或基因工程和干细胞研究的进展,都为器官移植供体来源开辟了新天地。如美国的新型人造心脏已经应用于人,并存活了几个月;应用转基因技术的猪心或兔子身上的人造耳等,都将成为人类所需要器官的来源。1996年法新社华盛顿11月11日电,一位北卡罗莱大学免疫学家杰弗里·普拉特博士在美国心脏学会上宣布,猪的心脏可能

植入人体,可作为临时替代物或永久心脏器官。他认为可以用基因的方法来解决排异问题。科学技术的发展速度之快,使人难以预料。2002年1月2日英国宣布,几年前曾成功实验出克隆羊多利的科学家们,已经将克隆幼猪器官用于人体器官移植技术上,糖尿病患者有望最先从中受益。这是因为他们克隆出来的猪器官没有人体排斥的基因,从而解决了猪器官移植时常常出现的排异现象。2002年1月10日新华社称,留美中国学者赖良学博士首次在世界上运用基因敲除技术培育出基本不含人体免疫排斥基因的克隆猪,向异种器官移植迈出了关键的一步。2005年6月25日日本农业生物资源研究所宣布,该所成功克隆出含有人体基因的猪和羊,并计划移植到猴子体内进行实验等。这样,我们可以用获得的克隆猪、羊等器官来进行异种器官移植了。正如有科学家说:“随着其中一个主要技术障碍和科学风险的克服,异体器官移植的诺言现在已成为现实,它将给器官移植业带来一场革命。”数年前的预见,在今天基因工程与干细胞研究将为心、肝、肾、结肠等器官移植开辟来源渠道。

### 二、器官移植中医务人员的道德责任

在器官移植中,医务人员对供体(除尸体外)和受体的健康、生命都负有重要的责任,都需要有同样的尊重、同情和责任心。除了需要取得供体一方的知情同意以外,还需要明确无误地判定死亡标准,履行相关手续,才能采取器官。只有在确定是出于考虑器官受体利益的医疗动机下,才可以施行器官移植工作。

医务人员对器官移植的态度应当端正,不存私利,绝不可以心存个人动机或满足器官移植病例数。使病人生命危险或负担高额移植费用等行为都是医疗道德欠缺的表现。

为避免医患间产生矛盾,医生本人在需要进行器官移植时,一般不应当在本院病人中选择供体器官,可以通过院外渠道加以解

决。器官移植给人们带来了福音和生存希望,同时我们也要清醒地看到,器官移植是一项费用昂贵、技术复杂、器官短缺的项目,在近期内是难以普遍开展的。但是对于医生来说,只要医生掌握了这项救人的技术手段,从病人利益出发恰当运用,也就尽了一个医生的道德责任,并从中体现出其社会价值。

### 三、器官移植应立法

自从 20 世纪 70 年代以来,我国成功地进行了肾、肝、心脏等器官的移植,有关器官移植技术已经日渐成熟,多器官移植技术也处于世界领先地位。但从总体来说,我国在器官移植领域与一些发达国家相比,差距还很大,其中一个重要的原因就是我国对器官移植工作还没有立法,甚至连一些具体的规章也没有建立和完善。

从全球看,美国哈佛大学特别委员会于 1968 年提出了《脑死亡法》,即人们通常说的哈佛判定死亡的标准。以脑死亡,脑电图呈直线,无反应等作为判断死亡的依据。同年,美国医学会公布了器官移植的伦理原则和《统一组织器官捐献法》。在世界医学会第 20 次大会上,通过了《悉尼宣言》,对死亡的确定和参与器官移植的医生的行为作了一些具体的规定。这对于规范医务人员遵守相关法规,约束器官移植医生的行为方向,都起到了重要的作用。器官移植工作因为有了法律保障,有了规范制约,就在保护了病人利益的同时,也保障了医务人员利益,对推动器官移植技术的发展,发挥了重要的作用。

我国近年在医学伦理学界也展开了有关器官移植的立法问题的讨论,为此,建议在相关立法中要注意以下几个方面:

#### (一)确定死亡标准

器官移植工作中最常见的是器官来源问题,所以确定供体死亡与否是首要的工作。关键是要把不可逆脑死亡作为死亡判断标准,这一点十分重要,并明确在医疗中如何执行这一标准。早在

1985年在我国武汉召开的“国际器官移植学术会议”上,中国代表就提出要“解决器官移植工作中供体来源”问题,必须争取使用“脑死亡”哈佛标准,使其在人们的伦理道德观念上得到认识,并在法律上给予承认和保证。虽然近年国内报刊杂志对此呼吁不断,但还是没有引起有关部门的行动,可能是考虑到这些标准规定如果实施,可能会对人们产生巨大的冲击,因此至今仍未见实质性行为。但我们可以认为,缺乏法律保护的器官移植是很难得到良好的发展的。如果通过宣传教育,加上相关法律法规的配套出台,必将对我国器官移植技术的发展起到保障作用,广大病人也将从中受益。

## (二)明确器官捐赠的规定

对器官捐赠应该有较明确的规定,或制定相应的鼓励措施,激励人们器官捐赠观念的转变,体现出人们相互间的关怀和救助精神。同时也要防止器官捐赠中的暗中交易、强迫行为或非法行为的发生。

### 1. 如何认识死刑犯捐献人体器官的行为

在20世纪80年代,最高人民法院、卫生部等部委就联合发文明确规定,为了救死扶伤,只有在死刑罪犯自愿并签名同意或经其家属同意,并经有关卫生行政部门和司法部门严格审查批准,医疗和科研部门才可利用死刑罪犯的尸体或尸体器官。这与其他公民在去世时自愿捐献遗体或遗体器官是一样的。

对以上规定,在法学界有两种看法。一种是表示反对这种做法;另一种是死刑犯捐献器官应当允许提倡、应当鼓励,这是尊重和保护人权,既符合立法精神,也符合人权保障的国际潮流。

### 2. 人体器官移植在法律上如何定位

在目前人体器官移植技术已经成熟的情况下,如何鼓励人体器官捐献,保证人体器官供给是一个非常迫切的问题。我国每年有无数病人迫切需要接受器官移植,因为器官移植而发生的纠纷也不时出现,由于没有专门的法律规范,一些纠纷处理起来有时很

棘手,有关当事人的合法权益难以得到有效保护,医疗单位的正常工作也会因此遭遇负面影响。

### 3. 人体器官移植亟待解决的法律问题

器官移植在许多国家和地区均有立法,这为我国制定相关法律提供了可借鉴的经验。上海在 2001 年率先实施了《上海市遗体捐献条例》,深圳市也于 2003 年 10 月 1 日起实施了《深圳经济特区人体器官捐献移植条例》,条例规定了人体器官移植的原则,人体器官只能以捐献的方式且实行自愿、无偿原则,禁止以任何方式买卖人体器官,死亡需要两名以上医师确认,亲属享有优先权等。

承认和接受脑死亡,将脑死亡者的“活的”心脏等器官移植到有生命意义的人身上是有价值的。从医学角度讲,引入“脑死亡”不仅是比较科学的态度,而且也极大地保证了器官移植的质量。“脑死亡”立法是一种国际化趋势。目前,全球有 80 多个国家和地区陆续建立了脑死亡标准,一些国家和地区制定了相应的脑死亡法。

### (三)我国器官移植管理规定

2004 年我国肝移植手术突破了 2000 例,使我国成为世界上肝移植的大国。但我国器官移植市场的无序和器官移植的买卖化倾向,却让我们喜忧参半。为此,我国卫生部在 2006 年 3 月 27 日制定公布了《人体器官移植技术临床应用管理暂行规定》(以下简称《规定》),并将于 2006 年 7 月 1 日起施行。

《规定》要求,医疗机构开展人体器官移植技术临床应用,必须按照《医疗机构管理条例》和该《规定》的规定,向省级卫生行政部门申请办理器官移植相应专业诊疗科目登记。申请办理器官移植相应专业诊疗科目登记的医疗机构原则上应当为三级甲等医院,并必须具备下列条件:有具备人体器官移植技术临床应用能力的本院在职执业医师和与开展的人体器官移植相适应的其他专业技术人员;有与开展的人体器官移植技术临床应用相适应的设备、设

施;有人体器官移植技术临床应用与伦理委员会;有完善的技术规范和管理制度。未取得器官移植相应专业诊疗科目登记的医疗机构不得开展人体器官移植。不具有人体器官移植技术临床应用能力的执业医师,不得开展器官移植。

省级卫生行政部门对不具备人体器官移植技术临床应用能力和不符合本行政区域人体器官移植技术临床应用规划的医疗机构不予登记。

《规定》明确提出,人体器官不能买卖;医疗机构临床应用于移植的器官必须经捐赠者书面同意;捐赠者有权在器官移植前拒绝捐赠器官。

我们认为器官移植条例必须注意以下几个问题:

### 1. 有关脑死亡标准的确定

人体器官移植必须明确脑死亡概念,同时,将首次采取心跳停止死亡和脑死亡两种死亡标准并存,两种选择自主的法规方针。

人体死亡时,还会有心跳和呼吸,很多人因此认为还有生命存在,但根据国际标准,脑死亡的病人已经不存在任何生存的可能性。所以,在判定病人脑死亡后,可以进行器官移植手术。

### 2. 严禁器官买卖

目前国内器官买卖化倾向有所发展,必须加以制止。人体器官移植要特别强调非商业化原则:“1991年世界卫生组织就通过了人体器官移植的指导性原则,其中规定人体及其各部分均不应成为商业交易的对象,包括登广告求取、提供器官及支付、收取钱财的行为等都应予以禁止,同时也禁止任何参与器官移植程序的个人或机构收取适当的服务费用之外的报酬。”我国新器官移植条例引用了上述原则,而且明确规定,在器官摘取、保存、运输等项目上可以收费,但器官本身绝对不能用于买卖。

### 3. 移植机构实行准入制

新移植条例规定,只有具备一定技术条件、医疗设备和技术人员

员的医疗机构和具有器官移植技术的专业执业医师者,才能从事器官移植。这种器官移植准入制的规定,使过去那种在经济效益驱使下盲目进行器官移植所造成的争抢供体器官和病人的混乱状况将被制止。

#### 4. 规范器官移植技术管理行为

由于器官移植工作涉及人员较多,参与者的目的、行为与利益间有许多关系,必须对参与的医务人员有正确的行为规范,约束医务人员的行为。如最好不能由参与器官移植的医生单独对供体作出死亡诊断,也就是要求对病人的死亡判断不能与器官移植手术发生直接的关系。对参与器官移植手术的医务人员要进行资格审定,以利于供者、受者和医生之间建立符合道德的关系,行为中有法律保障,有规章约束,就便于放心进行。

#### 5. 建立伦理委员会,实施伦理监督,进一步维护病人的利益。

## 第四章 人体试验中的伦理道德

21 世纪将是生命科学大发展的时代,但是在生物医学特别是临床医学前进的每一个进程中,人体试验都是医学科学工作者既心痛又无奈的选择。在当今日益注重“以人为本”的时代,如何在生物医学和临床医学的发展与人体试验受试者的利益之间寻求恰到好处的契合点,是一个值得医学科研人员和社会公众普遍关注的问题。尽管这一工作早在 1946 年的《纽伦堡法典》中有明确的规定,但到目前为止我们并没有很好地解决所有问题。人体试验受试者的利益没有受到很好保护的医学科学研究项目仍在不断进行。特别是在我国这样一个医学科学研究迅速发展、人力资源又极其丰富的国度里,确保医学科学研究的合理性发展和人体试验受试者的利益不受侵害,是医学科学工作者的良知,是一个国家对其公民的道德体现。

### 第一节 人体试验的意义及其发展

#### 一、人体试验及其内容

从医学的产生与发展的历史看,人们都知道没有人体试验便没有医学,也使没有医学的发展和进步。众所周知,医学上任何一项新的技术成果,尽管通过动物试验取得理论和实践进展,但在广

泛应用到人体以前,为了确保新药和新技术的安全可靠,仍然要在健康人或病人身体上(志愿者)进行有关药物或临床治疗技术的试验,以取得有关数据的结果。因此,人体试验一直是医学发展的重要组成部分,是维护人类利益和医学发展进步的重要创造性工作。

##### (一)人体试验的定义

人体试验也称人体实验或生体试验。人体试验是指以开发、改善医疗技术及增进医学新知,而对人体进行医疗技术、药品或医疗器材试验研究的行为。其试验目的是确保医疗技术、医疗器材及药品对保健医疗是否有益以及新药是否具有预期的效能,真正为人类带来益处。

人体试验是以人体作为受试对象,用人为的实验手段,有控制、有目的地对人体进行研究和考察的行为活动过程。人体试验是一个重要的中间研究环节,是现代生物医学研究中的一个必不可缺的具有重要意义的研究步骤。任何一项新药物的生产和应用,任何一项新医疗技术的创新和应用,不管经过多少次的动物试验,最后必须经过人体的试验来证明其有效性和可行性。只有通过人体试验证明确实对人体有益无害或利大弊小时,这种研究成果才能用于人体上。人体试验是为医学目的,在人体上进行带有试验性的治疗过程,同时也是研究、探索新医学方法的过程,这就不可避免地对受试者的心理、机体造成一些影响,当然也同时存在一定的不可预见的风险。

如对药品来说,为了保证上市新药的安全、有效,必须经过动物药理、毒理、安全性试验与人体试验,收集试验资料,证明该药的安全性及疗效可靠后,才能核准上市应用。由于新药开发的未知性,药物的效能、不良副作用或毒性的风险性都是不确定的,有时试验还可能对受试验人造成生命危险,影响受试验人的健康等。因此,人们长期以来对人体试验的道德问题在认识上就存有争议,但要对人体试验制定相应的规范也是一件十分困难的工作。因为

如果规范过于妥善、严格,但不符合研究务实情况,就可能成为医学研究发展的绊脚石,影响医学科学发展和大众享受研究成果的利益。但如果不完善试验规范,又可能危害受试验者的利益。我们认为,应当面对医学研究发展的新情况,不断建立和完善有关人体试验的制度规范,以尽可能地维护受试者的利益。

## (二)人体试验类型

医学发展的复杂性,决定了人体试验的多样性,大体上可分以下数种。

### 1. 天然人体试验

指在自然灾害、疫病流行、战争等环境条件下,对疾病流行学的诊断治疗和预后的研究。因为其发生、发展和后果都不受试验者的控制,所以称天然试验。

### 2. 自我人体试验

本试验者多为医务人员,为获取医学研究信息,研究寻找某种医疗方法,在医疗道德责任心、事业心的驱使下,在自己的身体上进行人体试验。如古代李时珍亲自食用百草确定药性,近代我国有许多医药人员用自己的身体进行新药的试验等属此。

### 3. 自愿人体试验

受试验者在一定的医疗目的或经济目的支配下,依其自由意志自己决定参加的人体试验,也称自主试验。目前许多新药、改型药都是经过这种试验方式,获得数据后生产的。

### 4. 强迫人体试验

这是一种非人道的试验,是在武力或政治压力下,强迫受试验者违背本人意愿而进行的人体试验。如日本法西斯在我国进行的细菌试验等属此。这是一种侵犯人身自由,违背受试验者利益和违犯相关法律的行为。对此,在《纽伦堡法典》中都有相应的规定。

### 5. 欺骗人体试验

为了达到某种个人的研究目的,利用病人求生或强身健体的

欲望,通过编造谎言、不实宣传,欺骗受试者进行的人体试验。其行为是不道德的,也是触犯法律的行为。

#### 6. 研究人体试验

这是一种出于纯科学研究目的而进行的试验行为。其试验可能是在病人病情十分严重的情况下,传统治疗又没有效果,此时试验一种新的治疗方法;或对病人没有可以使用的传统治疗方法,而使用完全创新的治疗方法。这种情形在临床中较多见。

#### 7. 治疗人体试验

是一种以对病人临床治疗为目的的人体试验。本试验要符合1975年《赫尔辛基宣言》规定的伦理纲领。

#### 8. 其他

医学试验还有一些情形,如依主持人、主持机构分类,依国家或地区分类,依危险性分类等多种。

#### (三) 人体试验阶段

人体试验是一项系统工程,其计划性、阶段性、科学性等都是试验成功与否的重要保证。以新药试验为例,为了减少试验风险,保障病人生命安全,一般对人体试验分为几个阶段。

##### 1. 第一阶段(Phase I)

在药物完成动物试验后,第一次以人体为试验对象,以确定人体对该药的耐药性,耐受剂量范围、毒性、在人体内药物代谢情况等。此试验要以健康志愿者为试验对象。本试验有较高的危险性。

##### 2. 第二阶段(Phase II)

选择少数病人,观察该药物的可能疗效,以确定适当的治疗剂量与范围,提出是否进入下一步临床试验的参考。

##### 3. 第三阶段(Phase III)

大规模地进行临床病人试验,更进一步、客观地确定该药物的疗效、适应症、毒性、作用等。此阶段试验需要投入大量人力、物力

和财力。

#### 4. 第四阶段(Phase IV)

经过以上试验后药物已经上市,本试验是对已经上市的药物进行监督管理,了解其不良反应,追踪长期观察,为广大消费者的生命安全把关。如我国建立的药品不良反应监测中心,起到政府监督管理的职能。

#### (四)人体试验方法

##### 1. 双盲法试验

双盲法试验是为避免人为因素造成试验产生误差而采取的试验。这是在试验医务人员一方和受试验者一方都不知道使用的是新药或者是安慰剂的情况下进行的研究试验。试验后通过统计学方法比较疗效,以保证试验的精确度。

双盲法有两种,一种是单盲,即只有试验人员知道,而受试验人员不知道哪些病人服用的是新药或者是安慰剂;另一种是双盲,即试验人员和病人都不知道使用的是新药或者是安慰剂。采用双盲法试验主要是为了避免和减少主观倾向而造成的试验偏差,是新药试验必须遵守的原则。但本方法从伦理道德方面讲,对一些严重的疾病是不允许设置安慰组或不接受任何治疗用药的空白试验组的。

##### 2. 安慰剂试验

安慰剂是不含任何药理活性物质的试剂,这种试剂只是在医学实验中使用。安慰剂药物的外形、颜色、重量、感官等都要与试验的新药相同或相似。

在临床医疗中,由于医生和病人都有对药物治疗良好的预期设想,所以临床中常常使用安慰剂,并产生一定的效应,称之为安慰剂效应(placebo effect)。

使用安慰剂作对照比较,可消除心理因素对药物疗效的影响,也可以进一步认识新药疗效的情况。但从伦理角度分析,由于受

试者无法知道自己究竟是接受新药试验还是被分配在使用安慰剂的对照组中,这对病人来说是否有“欺骗”病人来进行医疗行为的嫌疑? 试验者是否要承受对病人“不提供有效治疗”的非议? 我们认为,对一些可能危及病人生命的疾病,如恶性肿瘤、高血压、冠心病等,仅仅给这样的病人不起任何作用的安慰剂,是不道德的也是医疗行为所不允许的。

对此,应在进行本试验前取得所有参与者的知情同意,并签署知情同意书,在病人自愿参与的原则下,进行本试验为宜。

### 3. 对照组试验

是指在科学设计的方案中,对病人进行分组,各组同时开始接受试验治疗,如可分为:

- (1) 新药治疗组;
- (2) 不同剂量的新药治疗组;
- (3) 接受一个已知的有确切疗效的药物治疗组——阳性对照组;
- (4) 接受安慰剂治疗组;
- (5) 不接受任何药物治疗组。

临床试验通常只分为试验组和对照组,试验组是使用治疗性药物,对照组使用的是安慰剂,两种药物外观一样,具体情况连医务人员都不知道,直到试验结束后,人们才知真情。

### 4. 随机化试验

为了保证试验数据的可信度,使分散在药物试验组与对照组的病人具有相似的病征,在分析药物疗效时,能呈现较客观的差异,将受试者随机分配在不同的组中,避免人为因素干扰试验结果。这样使主持人、病人都不能决定进入哪一组中,而是随机分配产生。

随机化的分配依据的是统计学原则,有利于消除试验中的人为因素造成误差,保证其统计学特征。结果可信度高。

## 二、人体试验与医学发展

人体试验是现代医学研究的基本活动,从医学发展历史看,有关医学研究活动的人体试验始终没有停止。如我国古代流传的“神农尝百草,一日而遇七十毒”就是早期人们为探索治疗药物进行的“人体试验”。西方 18 世纪詹纳用种牛痘预防天花,亨特在自己身上接种淋病病人的脓液导致淋病的发生,拉奇尔用自己身体试验黑热病的传播等等,都表现出历代医学家无私无畏、勇于献身的精神。但同时也能看到早期这种缺乏科学保障的人体试验的冒险性和局限性。

其后的贝尔纳和巴斯德等学者,通过自己对生理学等方面的研究探索,看到动物与人的生理有许多相似之处,于是认为通过动物试验方法可以在很多方面减少盲目地在人体上试验所带来的伤害,这样动物试验就成为近代实验医学的基础,为进一步实施人体试验创造了更好的安全条件。

动物试验已经是现代医学科学研究最基本的手段之一,但是对于任何药物、新技术设备,不管各种动物试验所建立的假说如何,在动物身上试验有多么成功,一旦要应用到人体上,总还需要经过人体试验阶段。因此,我们认为人体试验是临床医学的起点,也是实验医学的最后阶段。动物试验的结果只能为人体试验提供重要科学依据,因为动物试验的结果不能与人体试验的结果相互取代或等同。这是由于人与动物是有种属的差别,在生物特性方面也有明显的不同。只有通过人体试验,用人作为受试者,通过人亲身感受,受试者主动诉说,才能获得更充分、更真实、更准确的试验结果,这种结果为最终临床应用到人体上的不可缺少的步骤。

牛痘和天花疫苗、小儿麻痹疫苗的应用,器官移植的成功,新药的临床应用等都经过了动物试验到人体试验的过程,这些充分证明了医学科学发展离不开人体试验,人体试验又促进和影响了

医学科学发展。

## 第二节 人体试验中的伦理道德准则

### 一、人体试验中的道德价值矛盾

#### (一) 人体试验的道德意义

人体试验是一种重要的社会实践活动形式,必然受到社会文化、心理、风俗和宗教等方面的影响,也与社会政治、经济发展水平有关。是否可用人体试验,就成为自古以来人们争论的一个问题。

在我国古代人体试验基本上是不被接受的。《孝经》中有“身体发肤,受之父母,不敢损伤,孝之始也”。受传统观念的影响,我国的医学长期处于经验医学阶段。如清代王清任想了解一下人体构造,还得深更半夜到野外坟地中偷偷解剖死尸,最后纠正了不少对人体解剖认识的错误,写成了《医林改错》。如果想用人体做试验那不是太难了吗?

在国外对人体试验也有争论,在中世纪的欧洲,人体试验活动受到宗教神学的强烈反对,英国在 1876 年还通过了《实验限制法》,法国也制定了《对动物残暴法》等法规,形成了一股“反对活体解剖派”思潮,认为人体试验做法残忍,代价太大,得不偿失。即使对医学发展有利,医生也不能直接在人体上做试验。利用动物做试验也被认为是不人道的。但到 16、17 世纪之后,哈维血液循环的发现和实验医学的进步,以及同时代科学家的奋斗,才为人体试验开创了新的天地。

考虑到实验医学的重要意义,医学家们冲破种种阻力,并得到各国科学家的认同,终于使实验医学发展成一门科学学科。1964 年在芬兰通过了《赫尔辛基宣言》,规定了有关人体试验的要求。并在 1975 年世界第 29 届医学大会上,对《赫尔辛基宣言》进行了

修订。其中主要的内容为：以人为试验对象的生物医学研究一定要有极为明确的研究目的；研究工作要由有经验的医学家主持；实验的设计方案、实施计划、预期目的、医学监护等要严密细致；受试者应自愿而不能被强制参加研究；实验的危险不能超过所带来的利益，要把可能的危险降低到最低限度；实验人群的数量应限制到能达到实验要求所需要的最少人数；研究工作应得到有关部门的批准；研究报告要准确、可靠；所有研究资料都应妥善保存等。

### (二) 人体试验的道德价值

人体试验可以推动医学科学的进步，进一步维护和促进人类的健康，造福于人类。因此，对于人体试验来说，存在试验人员与接受者之间的矛盾关系，受试者本人利益与公益间的矛盾等等。

人体试验总是与试验结果的利益得失相关联的。一般说来，人体试验的利益关系主要有以下三个方面：一是受试者本人的利益，试验结果可能使接受试验的人获得利益，也可能给受试验的人造成伤害；二是与医学事业发展的利益关系，对此要有正确的认识，不论这个试验结果如何，是成功还是失败，只要试验是出于医学目的，按科学程序进行的，都会对医学科学事业的发展直接起到促进作用；三是对社会的影响，如果试验的结果是令人满意的，就会产生积极的影响，否则就会产生消极影响。在这几种情况中，对受试人的利益得失是应当受到特别关注的，试验可能对受试人利益大于损失，也可能得失相等或失大于利。但是从人体试验的总体情况看，对接受试验者带来一些可能的损失是不可避免的，只是伤害的程度有大有小而已。

在评价人体试验的利益关系时，要从多方面、从人体试验对整个个人类利益的高度来认识。科学的人体试验具有公益性是一个值得重视的问题，很多成功或失败的人体试验，都可能给后人留下宝贵的经验，为医学的发展作出贡献。

在人体试验中遇到的利益问题，需要进行道德价值的思考，虽

然有些国家规定,各种试验需要经过伦理委员会的研究批准,但终究还是一个相当困难的考量。试验对人体究竟有没有伤害,有多大?试验者需要承担多大的道德责任?如果对受试人造成很大伤害,还能说这个试验是符合道德的吗?还有一些人体试验不可避免地会给接受试验者带来一些伤害,特别是心理方面的伤害。受试者在接受试验前后或试验中必然有很大的心理压力,对此试验者也应当负有道德责任。因此,应该想办法尽力减少试验对受试者造成的心理伤害。

### (三)人体试验的道德矛盾冲突

由于人体试验是一件涉及范围较广,影响面也很大的医学活动,所以必然在受试者、试验者、医学机构、社会和国家利益等诸多方面产生一系列道德矛盾冲突。这些矛盾的存在与解决,将直接或间接影响人体试验的开展,影响到医学科学技术的进步。

在进行人体试验时对受试者的选择是一个十分重要的问题。有的是受试者的主动认同,接受试验的健康人表现出高尚的自我牺牲精神,自觉自愿参加这一试验;有的需要用患有某种疾病的病人做试验,这需要向病人讲解清楚,使病人能主动、理智地同意接受;有些情况是需要用胎儿与儿童做试验,这也需要通过相关的程序和准许才能进行。

面对受试者主动与被动、自愿与强迫或欺骗、个人利益与医学利益的矛盾冲突,正确认识和处理人体试验就显得十分重要。

有关用人体进行试验的道德矛盾是随处可见的。从20世纪40年代到70年代,在澳大利亚有上百名孤儿,其中有一些还是婴儿时就被当作医学试验的豚鼠,注射过试验用的疫苗。据《时代报》报道,最大的一次试验用了350名3个月到36个月的婴儿,他们被接种了成人足量的感冒疫苗来试验毒性反应。当事件被揭发出来后,澳大利亚民主党表示“政府应当对这些儿童负全部责任”。第二次世界大战时侵华日军731部队在中国曾用活人做过细菌实

验,这更是一种残暴的罪行。用土著人做“人体试验”是被澳大利亚社会学家瓦威克·安德森博士披露的。自从1788年1月26日英国移民抵达澳大利亚以来,他们对当地土著人进行的残酷的人体试验就没有停止过。一些科学家详细测量小孩们的体型尺寸甚至包括头盖骨,进行新陈代谢的极限测验,还进行过血液检查,检测土著人对温度和疼痛的最大耐受极限等。对这种行为经过几代人的口诛笔伐,到1977年澳大利亚政府才有所表示,并规定每年的5月26日为澳大利亚全国向土著居民的“道歉日”。还有在一些国家发生过用犯人做试验的事情,这也是一种不道德和违法的行为。

中国加入WTO后,外国一些药厂纷纷进入,中国已经成为外国药品最大的临床试验基地。为此,国家药品监督管理局规定,任何一个外国公司或进口药品在中国进行临床试验,必须申请报批。同时要遵循两个原则:一是进口药必须是获得美国食品和药物管理局(FDA)的认可和欧洲相关国家部门的认可,遵循国际统一标准;二是必须遵循《药品临床研究的若干规定》,必须按照中国《新药审批办法》及《药品临床试验管理规范》(GCP)的规定执行。

临床试验的主要目的是确定药物剂量,了解其毒副作用,明确其疗效等。

能进行试验新药的单位要在经过国家医药管理局批准的临床药物试验基地内进行。药厂要向临床药物试验基地申请,批准后才能进行。所以,参加新药试验,并不是冒险。

接受者要签署知情同意书。负责进行新药试验的医生必须详细向受试人介绍新药的特点、试验目的、可能发生的情况和受试者的权利等。在受试人了解试验的全过程后,在自愿同意的情况下,接受者与医院方签署同意接受试验新药的同意书。同时受试人完全有权利随时退出试验。

经过医院药物试验伦理委员会讨论同意。确保对试验者符合

伦理道德要求。

试药者有严格的受试条件：属于本药试验范围；被医院确认符合试药的各种病理条件；能接受医务人员的各项观察和检查。

试药者条件优惠：药厂免费提供新药；医务人员专门跟踪观察；住院方面的经济减免；其安全性基本有保证，如果出现意外，医院负责免费医疗，病人无须承担；如果出现严重后果，将由医疗事故鉴定机构鉴定其原因，是药品问题由药厂负责，是医院治疗不当，由医院负责。

### 二、人体试验的道德原则

医学科学发展离不开人体试验，而人体试验必然影响到人的身心健康，解决好人体试验中的种种矛盾，维护人的健康和推动医学发展，是需要多方共同努力解决的实际问题。

在临床人体试验中有许多问题需要认真分析研究，如试验中的双盲法与知情同意原则的矛盾如何处理，知情原则如何执行，医疗中的副损伤如何控制等，这些都涉及病人的权利问题。因此，无论是临床中新药试验，还是其他人体试验，都需要注意以下一些问题：

(1)要出于医学目的，是为了医学科学发展需要，为了诊断、治疗需要；

(2)受试者需要知情同意，并签订正式知情同意的协议书；

(3)维护受试者利益，受试者有权同意进行或终止试验；

(4)尊重科学，按科学发展规律进行，有一定组织程序和科学根据，完善的方案措施，保证试验的安全性；

(5)建立伦理委员会，经过论证讨论，确保人体试验的安全、科学、有效性。

医学的进步与发展离不开科学研究，而大部分的医学研究最终将依赖人体试验。人体试验是以健康人或病人作为受试对象，

所以涉及许多道德和法律问题,其复杂程度及重要性是可想而知的。在医学发展历程中,人们逐渐认识到人体试验的重要性及其意义并制定了一系列有关人体试验的法规文件,为开展正常的人体试验奠定了良好的基础。1946年制定了《纽伦堡法典》,1964年通过了《赫尔辛基宣言》,1975年在东京对此宣言又作了修订。这些对人体试验的有关具体规定和要求,为人体试验的规范化、科学化创造了条件,也推动了人体试验的开展,推动了医学的进步。考虑到有关人体试验的国际法规和我国具体情况,我们认为在进行人体试验时,要遵守以下道德原则:

#### (一)医学目的原则

人体试验必须以研究人体生理、病理机制,研究有关健康与疾病的预防治疗,维护人类健康为目的。这要求人体试验是出于医学目的,是为了对人类疾病的诊断与治疗,是为了人们的身心健康,为了改善人与自然的和谐共处关系。只有这样才是符合医学目的的人体试验,才是符合道德要求的人体试验。任何背离这一原则或以医学为名,实则对个人或集团谋私利的人体试验,都是不道德的行为。

当前市场上有一些所谓的“新疗法”、“新药”,实际上是用伪科学进行广告宣传来蒙骗一些病人上当参加试验,这是一种不道德的行为,也是我国法规所不容的。

#### (二)维护受试者利益原则

人体试验必须以维护受试者的利益为前提,不能只顾及医学研究需要而牺牲受试者的利益,对此,医学试验者要有清醒的认识。试验过程中,要有充分的安全措施,要事先经过动物试验,以取得更大的安全性。

人们经过长期研究认为,以动物为基础的医学试验研究给人类带来很大的益处。如果该试验经过动物试验以后,对动物无伤害再在人体上进行试验,就对人体试验提供了更大的安全保证作

用。许多新技术、新药物的应用,大体上都是经过动物试验,人体试验的过程,才应用到临床中去的。另外,人体试验必须坚持安全第一的原则,尽量对受试者的心理、生理影响程度减少到最低,以不造成对受试人机体伤害或不可逆转的破坏为前提。同时作好准备,一旦出现对受试者不利的影晌时,要积极挽救或立即终止试验。这些都是对受试人的保护措施。在试验者的选择上要认真负责,应当由一些有经验的专家或经验丰富的医生负责或指导,同时要制定一些保证措施和办法,以符合医学伦理道德原则要求。

### (三)知情同意原则

人体试验必须取得受试者或其家属的同意,要履行试验签字证书手续。在接受试验之前,试验者要对受试者及其家属讲明白试验的目的、方法、预期情况、潜在危险、随时所能发生的情况及困难等,使受试者在“知情”的基础上,在没有任何外界压力的情况下,自主决定是否接受试验。同时受试者有权随时撤销其接受试验的承诺,试验者绝不能因此而对其有任何歧视。

在当前,一些医药研究单位或试验者对知情同意原则缺乏重视,表现在对试验信息公开不够,向受试者提供有关试验情况不充分,讲解不清楚、不全面或隐瞒部分信息,使接受者难以进行全面判断决定是否同意。另一方面是在自愿同意问题上,也缺乏必要的、全面的解释,有时一些试验者采取欺瞒、蒙蔽、哄骗或强制受试者接受试验等,这都是不道德的,是违反了国际通用的医学法规的。这种做法是对人权的侵犯行为,应当受到严厉的谴责。

### (四)尊重科学原则

在人体试验中始终都应当坚持科学原则,以保证试验结果的科学性。在试验中的分组,试验对照或双盲法等,要根据试验情况依据科学原则确定。无论采取什么方式,都要尽力减少对受试者的伤害,都需要获得准确的信息以保证试验的科学性。试验者要尊重事实,不允许有篡改、编造试验结果的行为发生。因为任何虚

假的试验都将给医学带来严重的损害,这样的事例我们知道的已经太多了。

在人体试验中应当设置对照组进行试验,这不仅是科学研究的需要,也是符合医学研究道德的行为。在进行人体试验中采用双盲法或安慰剂等方法,都是为了保证试验结果的科学性。在使用安慰剂时,要注意使用对象,不能因此而耽误受试人的治疗时机。在选择双盲试验对象时,要使对照组受试者也能得到公平的医疗照顾。总之,不管采取什么形式的试验,对参与其中的所有受试者,都要承担同样的道德义务。

### 三、有关人体试验的国际规定

人体试验是促进医学进步的不可缺少的方法,而人们对医学科技进步积极突破的愿望,在实践中早就为医学伦理学所关注。古希腊希波克拉底《誓言》中就说:“依余之判断,以救助病人,永不存损害妄为之念……”在第二次世界大战后,对战争罪犯的审判提出了有关人体试验的伦理准则,至今仍是人们遵守的人体试验原则。由此,人们对人体试验制定了许多规范。

1964年6月第18届世界医学大会正式公布了《赫尔辛基宣言》,确立了人权保护原则。1974年美国发表了“贝尔蒙报告”——《保护参加科研的人体试验对象的道德原则和方针》,提出了有关受试者保护的伦理原则。1982年世界卫生组织制定了《涉及人体受试者的生物医学研究之国际准则提案》,提出了有关保护受试者权益,制定适当的伦理审查机制,如何在发展中国家制定相关的伦理政策问题等。

#### (一)《纽伦堡法典》

《纽伦堡法典》共有十条,其中第一条就提出:“以人体为试验对象时,事先征得参与试验者的自愿同意,是绝对必要的条件。”规定受试验者是自愿的,没有强迫、利诱、欺诈、虚伪、哄骗或其他威

胁意义的形式介入,是在自己运用选择权的情况下决定的。同时对试验所涉及的内容,进行的方法,预期的后果等都需要知情了解,明智抉择。

该法典还对试验本身对社会所产生的有益结果、试验设计、有关伤害、风险、安全措施、试验人的素质、随机中止的情况等都作了详细的规定。法典对人体试验有了较完善的规范,所树立的保护受试者原则、知情同意原则、受试者利益、研究者责任和风险利益评估等,为后来人体试验国际法的制定奠定了基础,成为国际伦理学发展史中一个有重要意义的里程碑。

### (二)《赫尔辛基宣言》

1964年第18届世界医学大会上通过了《赫尔辛基宣言》,之后经过几次修订增补,于1996年出了新版本。全部内容分为前言、基本原则、医学研究和医学治疗三部分。到2000年大修订后其主要内容简述如下。

1. 取消治疗性与非治疗性试验的区分;
2. 删去了“非治疗性试验的受试者必须是健康的人,或所患疾病与试验无关的病人”的条文;
3. 取消研究者如在试验中遇见受试者可能受伤应停止试验的规定;
4. 强调对易受伤害族群与无能力给出同意的族群给予特别保护;
5. 要求研究者在不违背本宣言的前提下,应遵守所在地国籍伦理法律规范;
6. 赋予伦理审查委员会更多职责,例如有效监督试验的进行;
7. 在受试者的知情同意方面,接受书面的同意;
8. 保留受试者应获得以证实的最佳疗法和诊断法。

《赫尔辛基宣言》的不断完善,说明医学试验需要规范,规范和准则也必须符合医学发展的实际需要,使其更加符合医学研究的现实。

### (三) 国际伦理准则(CIOMS/WHO 准则)

1982年由国际医学科学组织(CIOMS)和世界卫生组织(WHO)共同制定了《人体生物医学之建议的国际准则》，后改称为《人体生物医学研究之国际伦理准则》(1993年)。本准则以《赫尔辛基宣言》为基础，提出伦理原则应用的可能性，同时特别关注发展中国家建立法规的运作机制。内容主要涉及受试者的知情同意、受试者的挑选、资料保密、受试者意外伤害的赔偿、审查程序、外国赞助研究等。本准则有以下特点：

1. 在制定准则的方式上，参与制定者包括医务人员、法律专家、社会人士、市民代表、宗教人士、政府组织成员等。
2. 在研究中要注重的伦理原则规定为尊重自主原则、仁爱原则和正义原则。
3. 确立了有关知情同意的细则。
4. 在对流行病研究方面，只须征得社群代表的同意，无需个别受试者同意即可进行。
5. 发挥伦理委员会的作用，承担保护受试者的责任。
6. 有关研究的外国资助规范。
7. 有关试验资料的保密规范。
8. 有关赔偿的规范，明确了受试者的求偿权利。

## 四、发挥医学伦理委员会的作用

目前我国为确保医学科学试验的道德原则和有关国际法规的实施，相关医学伦理委员会已经发挥了重要的作用。特别是在新药试验过程中，伦理委员会确实起到了有效的保证和监督作用。通过有关伦理委员会的讨论确保受试者的合法权益，并为其提供可靠的公共保证。伦理委员会成员在不受任何干涉的情况下，作出公正、有效和权威性的评价，对人体试验的具体操作和实施都进行了明确的规定，同时也参照《赫尔辛基宣言》指导原则和中国有

关法律的规范,在试验前都经过了认真地研究和仔细地思考,以保证人体试验的医学目的和受试人的最大利益原则。

据 2005 年 6 月《中国新闻周刊》中一篇名为《艾滋病药物试验谜团》的报道,34 名艾滋病患者因两年前的一次药物试验向地坛医院及中国疾病预防控制中心提出质疑,事件涉及几个方面:贫困且文化水平不高的艾滋病患者;执行试验的医院;伦理委员会以及提供药物的公司等。特别是本试验项目没有药监局的批文,取而代之的是中国疾病预防控制中心与美国药物研制公司的一纸合作协议。而负责审查该项目的地坛医院伦理委员会,在这一点也是没有承担起相应的责任。

笔者在担任国家某药品临床试验基地伦理委员会委员工作中,确实遇到过一些伦理选择难题,如在新药临床试验中,改变剂型、改变配方都列为新药之列很难理解,药厂向承接试验者提供的资金中受试人的资金比例关系问题尚需认真研究解决。如果处理不当也是一种不道德的行为。

## 第五章 复制生命与基因技术的伦理道德

早在1978年,美国的罗维克写了科学幻想小说《人的复制——一个人的无性生殖》一书,书中写的是一个百万富翁进入晚年,希望有一个与他一样的人作为后代来继承他的遗产,他求助于科学家并经过三年的努力,终于以无性生殖的方法复制出了与他一样的人,实现了他的愿望。书中许多的细节描述与今天的复制技术——克隆十分相似。而复制技术的运用和发展,向人们提出了一系列伦理道德问题,并引起全球的关注。

### 第一节 复制生命——克隆人及其伦理道德

复制工程可能会创造出大量一模一样的人,每个复制的人都是按照标准设计的。科学已经把人类带到一个新的世纪,人类面临新的伦理道德挑战。

#### 一、克隆人的概念及意义

克隆是 clone 的音译,意思是无性繁殖,在科学上是指“获得某一生物体的复制品”。克隆技术即无性繁殖技术,其过程是先从一个供体细胞中提取细胞核(内有 DNA),再把这个细胞核移入到一个去核的未受精卵细胞内,最后将这个经过改变的卵移植到第三个动物的子宫内,让其发育成遗传信息与供体细胞相同的子代。

另一种克隆技术是受精卵克隆,即将动物的卵子进行体外授精,再使其发生卵裂,形成分裂球,移植到代理母亲的子宫内。或者把分裂球的一个细胞与另一个除去核的未受精卵融合之后移植到代理母亲的子宫内。

在动物身上成功地做完克隆试验以后,人们自然会联想到在人身上重复这项试验,结果将会如何呢? 1997年培育“多利羊”的英国科学家伊·维尔穆特说过:“有可能在不到两年时间里培育出克隆人。”这种技术是把成年人的皮肤细胞核作为供体,去核卵母细胞作为受体,克隆出人类胚胎,它的成功意味着克隆人的关键技术已基本解决,只要把胚胎植入妇女子宫,克隆人将会横空出世。因此一些科学家认为克隆人从理论到技术上已经成熟,迟早会出现的。于是一场是否允许克隆人的争论在全球兴起。

### 二、复制设想和意义

今天的技术使科学家能复制出一模一样的人,而且还能按标准设计出人需要的器官等等。科学技术已经把人类带到一个新的世纪。

#### (一) 受精卵

胚胎学的发展使科学家对胚胎前其受精卵进行遗传性鉴别,并研究胚胎和胚胎组织。通过复制大量一模一样的受精卵,为研究工作提供了极有价值的预测根据,这些相同的细胞株受精卵,提供了各种项目的研究使用,对医学科学的发展起到重要作用。

#### (二) 复制器官

在器官移植中人们发现,其主要困难是受体免疫系统会识别外来器官组织而产生排斥现象。复制技术可以为受体复制出一个“额外的身体”,使用这个“额外的身体”上的某些组织器官,就可解决目前器官移植中的排异现象,器官短缺的难题就得到了解决。

### (三)复制自己

当今越来越多的男女都希望用非传统的方法获得与自己遗传有关系的孩子。但是无论采用人工授精还是代理母亲等方式,所生育的后代都会带有其他人的基因。如果使用复制克隆技术复制自己,将避免后代身体掺杂其他人的遗传基因物质。这一技术也可用于患不孕症的男女,使他们获得一个与自己有遗传关系的孩子。

科学的发展使一些人想象:能不能提取墓穴中尸体的基因序列,再制造出一个与死者一模一样的现代人呢?这种行为已经在一些研究部门的实验中。

### (四)优生复制

利用复制技术可能使人们制造出“优异”的人来。如果我们能复制出天才或具有其他特长的人才,社会将获得无穷利益。这种技术的发展将会使人类向一个新的超级人种方向发展。

当今一场有关克隆复制的研究在全球兴起,自“多利羊”出生至今,各国科学家们就在不断追求和完善这一技术。在动物身上的试验明天可能会用到人类身上。虽然目前各国政府都反对克隆人的行为,但这一趋势是很难能用政府命令阻止得了的。

## 三、对待克隆的伦理争论

克隆人,无性繁殖复制人,将彻底打破世代的观念。传统的生育观和生育模式被否定了,生育和男女结婚紧密联系的模式也随之改变,人伦关系模糊,传统家庭权利、义务观也会混乱,对家庭和社会的破坏将给人类带来千奇百怪的人间现象。

从理论上讲,复制人一旦出生就应该享有人的一切权利,社会也应当把他看成是一个人。但从社会伦理学意义上看却有许多问题,传统的家庭与父母关系、复制人如何健康成长等都不可预知。这种复制是违背自然和人性的,是对人性的否定,其争论一直不

休。

(一) 支持者的观点

支持克隆人研究者认为,“无论以什么方式企图阻止科学进步都是一种可怕的、错误的行为”。所以当克隆羊成功后美国一些参议员公开表示支持克隆人,他们认为科学不应受到行政干预。在社会公众调查中,有5%的德国人明确表示支持克隆人,并表示愿意出资赞助。持这种观点的人认为,克隆人的出现并不会妨碍人类社会的发展,何况人类道德观念也会随时代的变迁而发生改变。因此,人们大可不必感到惊慌失措,也不必受科幻小说中的情节所影响。要知道人的智力、思想是先天遗传和后天环境相互作用、影响的结果。克隆的“伟人”即使把细胞核中所有基因都保留下来,但由于供体核是处于卵细胞质中,要受卵细胞物质环境的调控,核基因表达就决不会是一成不变的,更何况克隆人出生后还要受社会环境的影响。

克隆技术用来解决供体移植器官不足问题和免疫排斥的难题,给人类带来了光明前景。人们认为克隆的胎儿不是严格意义上的人,这在伦理道德上还能为人类所接受。人们为经济目的可以堕胎,难道为了治疗不能产生胎儿吗?使用克隆技术制造人类胚胎将打开一个全新的医学科学领域,这样一来器官供体来源和器官移植的成功率将会大大提高。为此,英国受精与胚胎研究机构(HFEA)于2002年2月22日宣布,同意为一对夫妇生育“设计婴儿”的请求,以确保生一个健康的没有患遗传性地中海贫血疾病的婴儿。同时干细胞研究还可以帮助治疗早老性痴呆、肌萎缩性侧索硬化症等疾病。

有关人类胚胎细胞的研究,反映了当代科技发展与现有伦理道德规范间的冲突。英国在2000年12月宣布,在严格控制的条件下,允许克隆研究人类早期胚胎,这样在全球率先打开了开展克隆研究和建立人类胚胎干细胞库的绿灯。美国同月宣布,为防止

不准确的误导,放弃使用“克隆”一词,而改用“核移植”这个词,以缓解社会伦理道德压力。有关克隆人的争论没有因此停息,所幸的是各国政府和科技界都反对和即将立法禁止克隆人,而对胚胎干细胞造福于人类的研究正处于十字路口,因为,能给人类带来福音的胚胎干细胞,正是培育克隆人的第一步。

医学科学技术已经达到如此高的发展水平,企图限制人类知识是有害的行为,我们认为复制技术最终将被广大人民群众所接受,并将在某些特殊的情况下使用。

#### (二)反对克隆人的观点

不赞成克隆人者指出,“非人工”的克隆人在自然界中早已存在,就是同卵双胞胎或多胞胎。一些有关人类遗传学问题的研究都是通过同卵双(多)胞胎的研究解决的。到目前为止,还看不到有什么问题必须要“人工”克隆人来研究解决。可以通过克隆其他哺乳动物,克隆和人类亲缘更近的黑猩猩,或考察同卵双胞胎等来解决,不一定非要克隆人不可。不赞成的另一个观点认为,克隆人否定了人类基因的多样性,干扰了人类的进化,破坏了人类以性爱为基础产生后代的方式,改变了人种结构和传统的亲缘关系。还有就是克隆人损伤了人类的尊严,与传统的伦理道德观念格格不入。有调查显示,在美国有93%的人表示自己不希望成为被别人复制的对象,有82%的人认为克隆人不符合伦理道德观念。

### 四、需要理性的思考——绝对禁止克隆人吗

关于克隆人有人表示坚决禁止、坚决反对,有人表示支持,也有人在不声不响地做。我们认为医学科学试验需要理性的思考,要拿出解决问题的办法,要通过立法管理规范克隆人的研究。

#### (一)克隆技术对人类治疗的贡献

克隆技术成果在人类治疗技术方面是一个大突破,由于这种技术离克隆人只差一步之遥,已经处于十分危险的临界状态。当

传媒报道克隆技术有可能用于制造克隆人时,不仅全球反应强烈,就是一些国家的首脑也作出了明确的表态。一些大公司一旦面临商业利益的诱惑,真的很难保证它们不越轨突破克隆人禁区。于是人们认为这有违伦理道德,纷纷要求立法禁止。

克隆技术确实给人类疾病治疗带来了希望,帮助人们找到了治疗帕金森氏症、糖尿病和早老性痴呆症等疾病的方法,给医学带来了新曙光。法国的亨利·兰教授认为:“用人工制造的人类干细胞,完全可以用来治疗疾病或用于制造肌肉、器官等产品。”

英国是世界上第一个允许将克隆研究合法化的国家。允许培养克隆胚胎以进行干细胞研究,并定性为治疗性研究。但规定所有胚胎必须在14天后被销毁。符合目前公认的“对14天以内的人类胚胎可以用于实验研究”的伦理原则规定。2001年11月22日英国公布一项新法案,禁止通过克隆技术复制人类个体,法案规定“把用非受精手段创造的人类胚胎置入女性子宫”是犯罪行为。

美国政府对干细胞研究正处于谨慎的前进之中。克林顿政府支持干细胞研究,现在布什政府否决了克林顿政府的决定,众议院在2001年7月31日通过了全面禁止任何克隆人类胚胎的《韦尔登法案》,其中包括禁止人类干细胞的研究,违法者将被处以罚款及十年以下监禁。美国的这种做法已经引起强烈反响。如果禁止人类胚胎干细胞研究,那么从事干细胞研究的专家就可能转向国外,美国就会失去许多研究人才,也将失去这个研究领域的优先地位。2001年11月25日美国先进细胞技术公司宣布利用克隆技术培育出人类早期胚胎,将胚胎干细胞用于治疗人类疾病,并认为美国总统布什的这种做法“从道德上讲是错误的”。

### (二)对克隆人实验的争论

联合国2001年12月12日决议指出,生命科学为人类健康开辟了广阔前景,但对克隆人的研究是对人类尊严的打击。目前,虽然绝大多数国家已明确反对克隆人,但现在仍没有达成共识。

我国卫生部在2001年11月29日就此表示明确态度:我国不赞成、不支持、不允许、不接受任何克隆人实验。我国赞成以治疗和预防疾病为目的的人类胚胎干细胞研究,但研究必须是有序的,并要在有效监控下进行。我国将加速相关立法,促进克隆技术的安全使用和健康发展。我国政府对此非常重视,已经邀请专家共同制定关于干细胞研究生物伦理准则的草案,以期同国际接轨。

我们认为克隆技术与克隆人是一个科学问题,一种科学问题只有在科学发展到一定阶段才能提出来。如果现在就把话说死,给克隆技术设立一个禁区,似乎是不可取的。如果有一天谁把克隆人做成功了,我们能否否认他的科学价值吗?一旦真的出现了克隆人,我们社会应该给他们以生存和发展的条件,尊重他们的人权。如果要用他们做任何科学试验,也必须是无伤害的、本人自愿的。如果他们受到任何伤害,应当得到法律的和伦理的、舆论的和实际的、精神的和物质的保护和支持,因为这样做是符合伦理道德原则的。我们人类有能力控制自己的行为,将克隆技术控制在一定的法律和伦理范围之内,以维护人类的共同利益和权利。克隆技术在与伦理法规赛跑中,技术已经暂时领先,人类如何应付,是极需要研究的重要问题。

面对如此矛盾争议,我们认为颁布有关政策法规,限制有争议的科学技术是不适宜的。我们需要创造一个社会氛围,尊重个人差别,尊重人们的选择和珍爱所有的孩子。最好不要用太具体的法律限制医学科学研究工作。因为法律的条文往往跟不上世界的变化步伐,也不一定适合医学实践中细微的差别。

2002年4月3日新华社有消息称,在阿联酋“基因工程的未来”国际会议上,意大利医生安蒂诺里宣布:我们克隆人工程已经进入到一个非常高级的阶段,数千名不孕夫妇志愿参加了这个工程,其中一名妇女已经怀孕8周!这意味着,如果不出意外,再过8个月,不管人们接受不接受,世界上第一个克隆人真的要问世

了。但直到现在,世界上的第一个克隆人仍未面世,如果真的来到人类面前,我们的道德评价应该是怎样的呢?

### (三)对联合国禁止关于人的克隆宣言的态度

2005年2月18日第59届联合国大会法律委员会以71票赞成、35票反对、43票弃权的表决结果,以决议的形式通过一项政治宣言,要求各国禁止有违人类尊严的任何形式的克隆人,“只要这种做法违反人类尊严和保护人的生命原则。”中国政府对此投了反对票,其原因是中国政府继续坚持反对生殖性克隆人的立场,并将加强对治疗性克隆研究的管理和控制,确保人类的尊严和国际公认的生命伦理原则不受侵害。

#### 1. 中国为什么投了反对票

2005年2月18日,联合国大会法律委员会通过一项政治宣言——《联合国关于人的克隆宣言》,该宣言要求各国禁止有违人类尊严的任何形式的克隆人。对该宣言中国投了反对票。对于宣言是否允许治疗性克隆是各国争议的焦点。中方表示之所以投反对票,是因为宣言的表述非常含混不清,宣言提到的禁止可能被误解也涵盖治疗性克隆的研究,这是中方不能接受的。

#### 2. 伦理学家、生物学家的观点

治疗性克隆争论的核心问题是人类的胚胎与病人利益的冲突问题。首先必须明确“人”的定义问题。有学者认为,一个单个的受精卵没有感觉功能,也没有神经系统,不是真正意义上的“人”。为了保护一个不是“人”的人权,而不顾千千万万通过治疗性克隆可以治愈的患者的权利,是不利于社会进步的。

有专家认为,人权不是反对克隆人的理由。胚胎有没有人权,需要如何界定呢?目前,在国际上认可的治疗性胚胎不能超过受精后14天,这时的胚胎还只是个细胞团,没有发育成多体细胞的个体,因此不被看作是伦理道德的主体。但14天的伦理时限依据又显然是经不起推敲的。因为到目前为止,究竟“多大的胚胎才有

人权”还在争议之中。

所以到今天人们并没有找到支持或反对非常过硬的伦理依据。反对克隆的唯一理由是技术不成熟。有专家认为禁止克隆人并不意味着禁止克隆技术,科学技术从来都是双刃剑,各国政府都需要加强对克隆技术的规范和管理。

由于中国目前在克隆技术的发展上环境宽松,中国有可能成为国际治疗性克隆研究基地之一。中国可能成为外国胚胎干细胞的供应基地。一些国家也希望通过与中国的合作得到部分干细胞资源。

中国在这方面的研究在世界上处于前列,西北农大教授已经第六次从人类胚胎干细胞分化诱导得到心脏样跳动的细胞团。国内许多有关干细胞生物生殖技术公司纷纷建立,其前景也是十分看好的。

### 3. 治疗性克隆研究是以人为本,符合伦理原则

我国一些知名专家认为,生殖性克隆是伦理学所不允许的,而治疗性克隆,即把人体的细胞移植到去除遗传物质的卵细胞内,经过规定的处理,使其发育成胚囊建立胚胎干细胞,在体外进行诱导,分化成特定的组织和器官,如皮肤、软骨、心脏、肾脏、胰腺等,然后再将组织和器官移植到病人身上。这种无创或微创的治疗性克隆是以人为本,以保护人的生命为本,是符合保护人的生命的伦理原则的,是可以进行的医疗研究行为。但是治疗性克隆也应规范有序,符合严格的伦理原则和有相关法规的约束,决不能随心所欲。生殖性克隆是伦理原则所不能允许的。虽然报刊上有些关于生殖克隆的报道,但目前仍没有看到相关成熟的介绍。我们同意治疗性克隆,这是以人为本,以保护人的生命为本的研究工作,需要伦理原则限制和相关法律约束。

我国仅同意体细胞基因治疗,卫生部在1993年制定了《人的体细胞治疗和基因治疗临床研究质控要点》,强调对基因治疗的临

床试验要在运用之前进行安全性论证、有效性评价和免疫学考虑,同时注意社会伦理学影响。由于基因治疗存在的伦理争论和仍处于试验阶段,因此,在基因治疗实践中必须遵循安全、公正、保密和知情同意等伦理道德原则。

### 第二节 基因控制与伦理道德

五彩缤纷的大千世界,有几百万种生物生活在地球上,其大小、形态、结构、生活方式千差万别,是什么赋予了生命如此奇妙的多变性?是什么决定着生命的奥秘?人类的研究得出,是基因密码(gene)。

人是由细胞构成的,细胞核内的 DNA 分子的全部总和就是人类基因组。今天人们已经知道,人的生老病死,生物的进化、变异等都与细胞核内的基因有关。

#### 一、基因的发现与发展

早在 19 世纪之前人们并不知道基因的真实存在,虽然人们对遗传、双亲特征进行过研究,并提出了许多假说来解释遗传特性,如认为是基于一些物质“血的混合”、“元素”,但人们并没有真正弄懂到底是什么物质。直到 1909 年丹麦生物学家约翰逊才提出了基因这一名词,以代表在染色体上中介遗传的假设颗粒,于是新的遗传学说染色体—基因学说产生了,基因就在染色体上,生物体内几乎每一项生物特征都是由基因所控制的,基因是生命的基础。

1920 年温克勒将基因与染色体合成一个新词,称为基因组,以表示染色体上的全部基因。1941 年美国科学家比德尔和塔特姆因发现基因的功能在于制造蛋白质,明确了基因与蛋白质(酶)的关系,因而获得 1958 年诺贝尔医学奖。

生命的基本单位是一个细胞(cell),人体约有 100 万亿个细

胞,每个细胞内有一个携带 DNA 的细胞核,构成细胞核的物质称为染色质,这些染色质在复制过程中,会旋转成染色体。正常人类共有 23 对、46 条染色体,每一条染色体都由脱氧核糖核酸(DNA)组成,并成双螺旋链,基因就是这个长链上的组成部分。人类不同的基因,如生长、发育、健康、长寿等全部信息,就蕴涵在由碱基组成的长链上,所以人们说,生命的历史铭刻在 DNA 链里。

所谓基因密码就是 DNA 中核苷酸排列的顺序和蛋白质中氨基酸的关系,核苷酸序列由 A、G、C、T 四种碱基通过不同的排列组合形成,它是遗传信息传递、表达、性状分化和发育的依据。基因是遗传的基本单位,负责把生物特性一代代地传递下去。只要基因出现一个小小的缺憾,就将会给后代造成严重的后果。

人类只有一个基因组,含有 30 亿对碱基序列,构成人类生命基因蓝图。

1990 年美国国会正式批准了人类基因组计划,成立了国家人类基因研究中心,在诺贝尔生理学奖获得者达贝尔的影响下,全球各国纷纷开展了国家级的研究。1999 年中国作为唯一的发展中国家加入了这一研究组织,并承担了相应任务。有关人类基因组计划的第一张人类基因组“工作计划图”已经在 2001 年完成。

## 二、基因研究的价值

人类基因研究,乐观地讲,它为人类开启了一扇了解自身的窗户,深入地研究将“决定一个人”,并为基因治疗奠定基础。同时也展现了人类对自身美好的追求,以实现人类健康、预防疾病、延长寿命的美好前景。人类基因组计划研究确实有巨大的潜在价值。

### (一)对生物医学研究的促进

长期以来人们始终被疾病的发生机制所困扰,人为什么会生病,疾病到底是怎么发展和变化的,传统医学只能从组织器官水平来认识,很难深入到疾病的本质中研究。人们今天已经认识到,除

了一些极度营养缺乏外,绝大多数疾病都与遗传因子有关,与环境有关,通常是个人遗传因素与环境因素相互作用的结果。从对基因的研究中发现,仅仅某一个基因发生改变,就会引起疾病,很多疾病的发生就是几个基因的变异和环境的影响结果,我们称之为多基因疾病。对人类基因组图的研究,使医学从长期、传统的疾病规律中寻找基因的作用,转变到从已知基因去探索基因与疾病的关系,利用基因信息研究人类疾病的机理和生命活动规律。如果人们寻找出特定基因与特定疾病或生命活动的关系,然后再控制这些特定基因或改变这些基因活动,在医学上将会产生深远的影响。

人类认识到基因是生命密码后,就进一步明白了疾病的内在原因。现代医学已经清楚表明,人类几乎所有的疾病都与基因有关,所以出现了所谓“基因病”的新名词。从传统生物医学来看,过去的内科医生从没有真正“治愈”过什么疾病,药物的作用只是帮助机体自己恢复而已。我们目前的所有治疗方法只能起到缓解症状的作用,但却不能解决根本的“病根”。所以今天人们提出第四次医药革命,即人类基因工程的出现,将深刻改变以往数十年药物治疗的现象,基因疗法的出现,给整个医学活动带来了新的动力和生机。

### 1. 基因诊断

基因诊断是用分子生物学的方法,在DNA水平和RNA水平上对某一疾病相关基因的分析,从而对特定的疾病进行诊断。研究已经证明,人类除外伤以外的所有疾病几乎都与基因有关,包括遗传性疾病,甚至感染性疾病、肿瘤、心血管疾病、退行性疾病、寄生虫疾病等,凡是涉及遗传物质改变的疾病都可以进行基因诊断。

目前通过对外源性基因检测、自身基因及表达状态的检测、基因分型等方法进行基因诊断已广泛应用。基因诊断可以明确个体是否患病,是否存在基因缺陷,区分出正常基因、某种疾病易感者、

对药物反应等作出诊断预测。与传统疾病诊断相比,基因诊断灵敏度高,适应性强,诊断范围广,尤其对病原体的检测更为方便。

### 2. 基因治疗

基因治疗有广阔的前景,对遗传疾病是一种治本的新方法。如某一基因没有了可以补上一个,多了就减去一个,这与以往的治疗方法相比是一种全新的治疗手段。研究表明,一些目前困扰人类的主要疾病都与基因有关,如果找出与这些疾病相关的基因,并针对相应的病变区位进行药物选择或设计新药,就能修补或替换这些病变的基因,从而根治这些疾病。所以人们对明天的基因治疗抱以极大的期望。

基因治疗大体上分两类,即体细胞基因治疗和生殖细胞基因治疗。目前,体细胞基因治疗是允许的,体细胞基因治疗是基因治疗的主体,是针对已发疾病或将发病机体细胞,在基因层次上作医疗介入,用于治疗遗传性疾病或获得性疾病。透过病毒载体或使用物理方式,将好的基因传送到欲治疗的体细胞或组织,以取代或修补缺陷的基因,并发挥正常的生理机能。生殖细胞基因治疗,是将正常外源程序性基因注射转移入患者的胚胎细胞内,以期后代不再患同样疾病,但对生殖细胞的这种遗传修饰,目前仍认为是非法,是很难实施的。总之,在施行基因治疗中,都要遵守有关伦理规定,不违背人类社会传统道德、法律,真正用基因治疗技术为人类造福。

#### (二)对医学实践的影响

人类享有一个共同的基因组,它决定了人类解剖、生理上的共同性。但不同个体基因组之间又存在着极大的差异,基因组的多样性产生了不同个体诸如外貌、个性、行为举止等方面的种种差异,这对于医疗实践也产生了重要影响。

基因组图的完成,使过去的以群体资料为基础的医疗实践,转变成以个体医学为主体的医疗模式。医生可以根据每个病人的基

因组图,进行诊断、用药及治疗,同时也能对疾病的预后、转归有明确的预测。如果今后能将每个人的疾病谱、对药物的和治疗的反应特征存到计算机中,那么对疾病的诊断治疗将更准确、方便、高效,同时也能避免误诊或用错药等情况的发生,对人类的健康保障会有巨大的影响。

### 三、基因研究中的安全控制问题

从20世纪开始,全球性基因研究有了很大发展,有关基因隐私、基因歧视和保护生物基因多样问题为全球人们所重视。

#### (一)基因隐私问题

国外有调查显示,人们对基因组图计划表示担忧,其担心的问题是隐藏在人类基因组图中的秘密被公开化,从而可能对个人带来一系列不利后果。这也与人们过去对生物医学试验分析所涉及的问题相似,即必须保证提供者的隐私权和人身自由。隐私权是人的基本权利。事实上人的隐私被公布后可能给本人带来不可估量的损失,甚至会影响正常的生活,造成巨大的伤害。因此,有关法律对个人隐私权应加以保护,从发展的观点看,制定这样的保密原则,还是有可能的。

有关人类基因组图研究结果使每一个人都可以利用自己的一根头发或一滴血查出自己的基因组图。人类的基因组图有99.9%是由相同基因所组成,就是说所有人的基因构成,有99.9%是全人类都完全相同的,而仅仅有0.1%的基因组图是与别人有差别、不相同的。也正是这0.1%构成了个人的基因隐私,即一个人只有全部基因中的0.1%是与别人不同的,表达了个人与其他人的差别。

在基因研究中人们注意到,这0.1%的差别中,可能含有某种遗传疾病的基因,或有某种缺陷的基因,这样基因有缺陷的人,如果他们的基因隐私不能被保密,就会遇到许多麻烦。如果保险公

司看到某人有糖尿病基因时,还会给他投保吗?如果某人身体内存在一些有缺陷的基因,在就业、结婚、特殊工作方面会顺利吗?所以有人认为,对个人基因全部公开,人们就生活在一个毫无隐私和保障的社会环境中。人的一切基因如果都曝光,就会变成一个透明的人。有学者认为,通过基因普查并制作一张基因身份证后,人们就可以通过这张身份证了解健康,预计可能发生的疾病,采取有效的预防治疗方法,这无疑是有好处的。

人类基因组图研究应该保护个人及家庭的基因隐私。在研究实践中,要遵守相应的规范和法律,尊重病人及家属的尊严和人权,建立严格的保密程序和方法,完善伦理委员会制度,严格保管好基因信息,对泄露者要给予处罚,限制有损于人的尊严的基因研究。

## (二)基因歧视问题

基因隐私权的丧失,必然会导致新的社会歧视,即由于基因问题而带来的歧视。我们现代社会中本来就有许多歧视,如性别歧视、年龄歧视、同性恋歧视、容貌歧视、残疾歧视等。当通过基因组图认识并知道人的某些性状与基因有关时,就会产生由于存在某种基因而带来的歧视。对一些携带不良基因的人,就会产生某种程度的歧视。过去借口种族、肤色、性别、残疾、性取向等方面的差异,其实大部分原因是由于基因遗传的结果,如果人们对存有这些基因的人加以歧视,就应当受到谴责。

现在依靠基因组图研究,我们可以准确无误地诊断出致病基因的存在,并可能预知此致病基因何时发作,甚至可以预测导致伤残或死亡的时间等。当社会运用这些基因资料能够将某些人与大多数人区别开来时,会给社会带来复杂的影响,会对个人生活产生巨大的压力。如果人们一旦知道自己得了不治之症时,会若无其事吗?还会有人去作基因组图检测吗?保险公司也将因此不给他们投保,或将失去某一工作等。

对此,1997年联合国科教文组织大会一致通过了《世界人类

基因组与人权宣言》，宣布人类基因组图意味着人类大家庭所有成员在根本上是统一的，也是意味着对其固有的尊严和多样性的承认。宣言指出，任何人都不应因其遗传特征而受歧视。从这一点看全世界的人都应该是平等的。

### （三）保护生物基因多样性

生物多样性是需要我们重视的一个问题。地球上缤纷多彩的生命世界体现了生物多样性特点，物种的多样性、基因组图的差异、生态系统的复杂性，都向人们提出了保护地球、保护环境、保护生物多样性就是保护我们人类自己的要求。

对人类基因组图的研究有利于认识人类个体间表型差异，对探索人类进化历史、防治疾病、提高人体素质等都有重要意义。当今从基因组图中发现，没有人拥有一套尽善尽美的基因组图。通过对基因组图的研究，人们能借助科学的力量，人为地改进基因组图吗？对基因进行操纵的价值标准是什么？其伦理、法律保护干预体系如何？改善基因组图能否出现意想不到的灾难性后果，如何解决？我们能否允许通过改变基因组图来不断改变我们的身体，控制生育过程、克隆器官、复制人？面对这些新问题，我们的伦理道德和法律又该如何适应？

### （四）基因能否成为武器

过去人们的注意力往往集中在伦理道德的“知情同意权”或属于商业开展的垄断获利权上，却忽略了一个非常重要的国家安全观点。因为遗传基因的开发研究，已经使得开发只针对特定人群基因的武器有了现实的可能性。而掌握特定人群的基因缺陷，是开发这种基因武器的关键。

基因武器也称遗传工程武器、DNA 武器。其原理主要是利用遗传工程技术或类似的技术，在现有致病细菌或病毒中植入抗普通疫苗的基因，在本来不致病的微生物体中接入致病基因等。基因武器的特点是：杀伤力强大，制造方便，成本低；使用方便，隐蔽

性强;难以防范。

中国在抗日和抗美援朝战争中,经历了两次生物战,由于国家的重视,建立了完整的医疗和防疫体系,加上核威慑能力,保护了中国五十余年没有受到大规模生物战的侵害。我国基因研究快速发展,完善的防疫体系在疫病研究和传染性疾病的防治中都取得了重大的进展,并成为我国的宝贵财富,其价值和效益是无可限量的。

假如这些成果一旦为某敌对势力所利用,其影响也是巨大的。如果有一天针对中国人特点来制造基因武器,其后果是十分可怕的。所以,从保卫国家安全出发,看好中国人自己的遗传密码是十分重要的任务。为此,我们要警惕遗传工程研究中的国家安全隐患。

#### 四、基因治疗中的伦理和法律问题

##### (一)基因治疗的良好前景

随着基因技术的发展,人们在这一领域正在取得越来越多的突破,给人类带来更多的希望。因此,有关基因的治疗已在全球范围内风起云涌,其成果是喜人的。据报道,我国有关克隆技术的应用研究有很大的进展。如中山医科大学治疗用克隆技术已有突破,利用皮肤细胞而非“有生命”的受精卵克隆出人类胚胎,由于开展的治疗性研究将不涉及伦理学争议,可能给医疗带来新的希望。上海第二军医大学南京医学院分子医学研究所发表了人体内皮抑素基因(又称饿死肿瘤基因)能有效阻止肿瘤新生血管生成,防止肿瘤扩散转移,切断肿瘤血液供应使肿瘤死亡的研究成果。浙江大学生物工程研究所从人体组织中提取、克隆了防止皮肤老化和粗糙的“美容基因”,并研制出产品,揭开了中国基因美容时代的序幕。解放军304医院利用异基因造血干细胞移植法医治实体肺癌获得成功,为治疗其他实体肿瘤开辟了新途径。

目前通过干细胞移植技术,给人类带来了希望之光。分子生

物学基因配型的造血干细胞移植,由于配型精确度高,误差率低,临床应用效果很好。目前造血干细胞移植是世界公认的治疗血液系统疾病、先天性遗传性疾病和多发性转移性恶性肿瘤等疾病的最好办法。

现在对肿瘤的治疗还没有很好的办法,基因治疗可能为肿瘤的治疗开辟新的前景。肿瘤的基因治疗属于生物治疗手段,大体上有以下基因治疗方法:通过基因修饰的瘤苗或抗原导入人体激发或增强人体对肿瘤免疫功能,有抗原基因、细胞基因等,还有抑癌基因、自杀基因、抗血管生成基因等方法。在临床治疗中已经初显成效,但要应用于临床还须努力工作。据《英格兰医学杂志》报道,经造血干细胞移植后肾细胞转移癌消退,19例肾细胞转移癌患者接受了造血干细胞移植,3名患者肿瘤全部消退,7名患者部分消退。结论是异基因造血干细胞移植对转移癌患者,可诱发稳定的癌瘤消退。

目前随着人类基因组图谱破译成功,生物技术正进入后基因时代,如可以大规模地对所有蛋白质进行研究,为进一步治疗奠定了基础。另如日本在研究短命基因,为开发新的长寿药物开创了良好局面。

当人们掌握了基因组图后,如何保密又成了一个十分重要的问题,这一新的伦理争论,将会使伦理道德评价发生新的观念变化。

人类基因治疗的伦理争论在20世纪60年代就已经开始。早在1962年美国尖端科学联席会上,就有科学家提出“遗传工程的威胁和前途”的报告,讨论了有关细胞和生殖细胞的改变、复制、行为的遗传性、性别筛选、选择性复制的可能性及其伦理道德问题。经过数年的研究人们认为,基因治疗要注意两个问题,一是出于治疗疾病目的的体细胞基因治疗,在伦理上是可以接受的。二是出于预防或治疗疾病,增强人类能力的生殖细胞基因干预,在伦理上

还需要研究。

## (二)基因治疗的伦理问题

在基因治疗中如何遵守伦理道德规范和人权问题,是一个值得重视的问题。运用基因组图研究成果,提高人类的健康水平,有充满希望的前景。但基因组图研究和应用也会给个人或社会带来负面影响,需要在使用中认真地思考。具体讲就是基因治疗中的安全性、同意、保密和新治疗方法的应用问题。从基因治疗的安全性和必要性方面看,要对严重遗传疾病进行基因治疗,因为遗传基因不改变会使他们所携带的致病基因传给其后代,这种致病基因在人群中继续保存、繁衍下去,就等于保持坏基因的传递。还有就是基因治疗费用高,广泛开展会造成有限卫生资源的比例失衡。如果人类全力地去去除或引入自身的某些基因成分,是否会对人类的生存产生影响?经由病毒载体将外在基因携带入人体,会不会对人体细胞产生潜在的危害?能不能出现新的高传染性病毒等安全问题,已经引起研究者的重视。

因此,在基因治疗时,首先要在伦理方面考虑以下几个基本问题。使用基因治疗什么疾病;有没有其他可代替的治疗方法;有什么预期或潜在的伤害;有哪些预期或潜在的好处;通过什么程序选择接受治疗的病人;如何确保患者及其家属或监护人知情同意;如何保障病人的隐私权等。医学实践中基因治疗对此都要给予认真的回答。

虽然在病情危重,目前常规医疗方法治疗无效后,选择基因治疗能为广大群众所接受,但在具体实施中,也要注意一些伦理问题。一是不能伤害患者,增加病人的健康风险,产生有害基因突变,导致传染性疾病的传播;二是不能伤害医务人员和病人家属,这些伤害包括基因治疗导致疾病传染,心理影响等;三是不能伤害一般人民大众,这种伤害可能是新病毒的产生并传染,会危害广大人群,增加治疗费用的负担及其他意外事件等。

(三) 干细胞研究中的伦理指导

干细胞是具有自我复制和多种分化潜能的原始细胞,是形成生命机体各种组织器官起源的原始性全能性细胞。胎儿、新生儿胎盘脐带血、儿童和成人人体内组织中存在亚全能、多能和专能干细胞,统称为成体干细胞。胚胎干细胞与成体干细胞都是人体发育过程中先后出现的干细胞。自从20世纪90年代建立干细胞库至今有很大的发展,有储存他人干细胞的公共库,以满足需要移植但自体干细胞没有被保存的病人的需求。自体库则是储存在自己出生或健康时采集的部分干细胞,以备自己生病时用。自体脐血储存大多由父母为子女来做。目前我国卫生部批准在北京、天津、上海和山东等地设置了脐血干细胞库。美国的脐血干细胞库已有46个,保存脐血已超过8万份,到2000年已经为1200位患者提供了脐血干细胞移植。

干细胞作为在人类生命发育中起“主干”作用的原始细胞,它可诱导分化成为全身各种类型的细胞,由此带来基因治疗、器官移植等革命性进展。因此,干细胞移植研究已经成为医学研究的热点,也引发了激烈的伦理争论。

有关人类胚胎干细胞研究,必须尽快制定出符合国际标准,又符合中国国情的生物伦理规范,这是一项十分紧迫的任务。制定生物伦理规则的核心要体现出为人类造福,为人类发展的医学目的,即以提高疾病防治水平,攻克疑难杂症为目标。要体现出行善和救人,尊重和自主,无伤和有利,知情和同意,谨慎和保密等原则要求。

国家人类基因组南方研究中心已经制定了《人类干细胞研究的伦理指导大纲》,对克隆人、临床用人畜细胞融合技术等“生命危险游戏”亮起了红灯。其主要内容为:反对任何以复制人类为目的的研究,严禁把人的体细胞核与动物卵细胞质结合后用于人体移植;凡涉及胚胎、流产死亡胎儿及卵母细胞的捐献者,均应视同组

织器官的捐献者一样,在签署知情同意后,研究者方可实行;所有干细胞研究所用胚胎不得超过 14 天,不允许将用于干细胞研究的胚胎重新植入妇女子宫。

#### (四)基因治疗需要立法管理

出于人们对治疗实践中诸多问题的考虑,一些国家对基因治疗的管理给予高度的重视,如英国,将基因治疗管理与新药审批一视同仁,同时还要加上一条,即任何基因治疗都需要经过地方伦理委员会或基因治疗咨询委员会的审查和同意,最后由医学管理机构颁发准许证。第一个基因治疗咨询委员会是于 1993 年在英国成立的,这是一个非法定机构,代表医学管理机构和其他政府机构对基因治疗临床方案的可接受性进行审查和管理,并协调与其他相关机构的关系。2001 年该机构要求对任何可能改变生殖细胞基因的试验慎重评估,病人在试验中和结束后一段时间不得怀孕,以免影响后代等。

法国国家伦理委员会于 1990 年在有关基因治疗的声明中指出,基因治疗要满足下列条件:仅限于体细胞,绝对禁止任何人类生殖细胞或胚胎基因的改变,限于对单基因疾病的治疗等。

1990 年德国制定了世界上第一部《基因工程法》,共 7 章 42 节,对基因治疗的基本规定、操作、基因专利、临床试验等进行了规定。美国对基因治疗的监督,由健康和人类服务部的食品与药品管理局和人类研究保护办公室两个法定机构负责管理。

我国对基因治疗的管理也开始走上规范化的道路。卫生部成立了医学伦理专家委员会,同时还成立有国家人类基因组南方研究中心、北方研究中心和各地医院的伦理委员会,对基因研究和临床治疗都起到了重要的规范管理作用。

## 第六章 与性有关的伦理道德问题

人类的性特征和性能力,是生物界的性特征和性能力不断进化的必然结果。人类的两性关系是种族繁衍的基础和社会发展的前提。自古以来,人类两性关系的文明程度与人类的文明发展水平呈高度的相关性。从一定意义上来说,人类两性关系的文明程度是衡量人类社会文明发展的重要尺度。两性问题是社会生活中的一个重要问题,在现代社会生活中这个问题尤为突出,它和每个人的生活都有密切关系,怎样对待这个问题对社会发展影响很大,因此,从伦理道德上研究人类的性问题具有重要意义。

### 第一节 性道德的进化与意义

依据进化论的观点我们知道,人是由动物进化而来的,人类的性爱也是由纯粹的动物性欲逐渐转化来的。人和动物虽然都有两性关系,但人与动物本质的区别以及人的社会属性决定,人类的性问题必然将道德观念引入到人类的两性关系中。由于人类的社会属性与动物的本质区别,在人类社会中,对原来纯粹属于私事的两性关系,普遍实行着社会道德干预。在人类的历史发展长河中值得注意的是,人类的性道德观念、原则和规范不是一成不变的,而是经历着一个发生、发展和变化的过程。

我们研究有关性伦理道德问题,就是研究人类两性关系和社

会道德规范之间的相互关系的科学,它主要研究两个问题,一是什么样的性行为和性关系是符合道德的;二是什么样的性观念是正确的。

## 一、性道德的意义

人类社会是一个非常复杂的群体组织,为了有利于群体的生存和发展,社会必须通过一定的手段来维持群体内部的安定与和谐,道德就能起到这种调节人与人行为关系重要准则的作用。在一个由众多男女所组成的社会中,社会对两性关系的调节是通过道德手段进行的,规定适合于当时社会中男女共同生活的恰当形式,并制定相应的伦理道德规范、准则让人们来遵守,这有利于保障社会的安定,有利于促进社会发展,是社会文明的体现。性伦理道德的意义和作用,就在于教育和培养人们在两性关系中的责任感、义务感、羞耻感、贞洁感和良心,从而在人们的内心形成一种强大的自我约束力量。

人类性道德是社会诸因素制约影响的结果。首先人类性道德关系受社会生产力发展水平的影响,这是从原始社会中人类群婚杂交的性行为中充分体现了的一点。以后随着生产力的发展和社会的进步,人类对性行为实行了限制,出现了有关伦理等父母、子女及近亲的性关系限制。这种有关性道德的原则规范,体现了当时社会生产发展的需要,表现出对人类健康发展和对社会的进步意义。其他如社会文化发展,人们的社会需要与人类的文明程度,都影响着人类的性道德关系变化,如性卫生知识及优生避孕知识,就是文化与性道德关系的一种体现。不同人的性行为可能有不同的动机和目的,如古代出于政治目的的“和亲”、“美人计”,“租妻”和“借种”,出于经济目的的卖淫等,也是社会面貌的折射,是一定性道德观念的反映。性可以扰乱社会结构,破坏社会身份,解散社会团体。正因为如此,任何社会为了维护其固有的社会秩序,都对

人们的性行为有严格的控制。原始社会的“性禁忌”，封建社会的“无媒不交”、“贞节”等都是当时社会调节人们性道德关系的社会规范和准则，为社会的发展完善发挥了重要的作用。

我们已经进入 21 世纪，也需要一定的性道德观念指导教育和规范人们的性行为，也需要性道德准则约束和控制人们的性行为，以更好地为社会主义建设事业服务。

当今的性知识普及明显存在需求提前而教育滞后的现象。这几年青少年生长发育提前，并受到新思潮的冲击，必然导致性知识需求的旺盛和前移。同时，成年人由于受传统教育，不愿也不敢在公开场合谈论性问题，这又使性健康教育始终流于表浅，使需求与教育难以真正吻合。

青少年往往接受能力强而辨别能力差，面对其正常的生理要求，如得不到及时的科学指导，或者得到的是“犹抱琵琶”的性教育，负面影响就会乘虚而入，他们的性心理就可能畸形发展。另外，青少年教育工作者自己观念尚未更新，又怎能拿出受青少年欢迎的教育方式呢？面对我国性病与艾滋病已经高发且年轻化的势头，社会各界都有责任高度重视青少年的性健康教育，通过循序渐进地指导，勇于揭开性爱的面纱，使他们正常的生理需要获得有益的疏导和满足。

上世纪 90 年代以来，青少年的性无知所导致的性行为失误、怀孕堕胎、感染性病及吸毒等现象明显增加。据北京一项调查表明，未婚人流女青年中，73% 的人对避孕一无所知。陕西有调查表明，2.4% 的农村高中女生有过性行为。对深圳初中女生进行的一项满分为 15 分的性病、艾滋病调查中，平均得分为 7.1 分。专家认为，对青少年进行的性教育，除了狭义上的性心理、性生理知识传播和预防意外妊娠及感染性病、艾滋病等方面的保险教育外，还应该有广义的性别意识、角色教育和人际关系教育，社会适应、恋爱择偶及将来婚姻家庭生活准备教育等。

在大学和中学中开展的“同伴教育”，是解决中国学生有关性教育相对滞后的一个好办法，教育的内容应有预防艾滋病、性病、安全性行为选择，面对艾滋病增强自尊、自信和自责感等多种模式教育，可以大大地提高学生这方面的知识。未婚青年需要多了解性知识，社会应该消除妨碍未婚青年获得生殖健康信息和服务的各种障碍，家庭、学校、社会都应关心和重视未婚青年正常的性知识需求，并采取相应行动。

## 二、性道德的发展

许多研究表明，性道德是人类社会发展到一定阶段的产物，是人类社会意识形态的体现。距今约 300 万年前，人类正处于从动物状态向人类状态升华的过渡阶段，那时人类的两性关系还处于与动物相比没有明显差异的混乱性交时期。其主要特点是一群男子与一群女子互为所有，也就是说，在这个群体中所有的男人与女人间处于一种没有伦理辈分和血统界限的相互间杂乱的性交阶段。而且这种性行为是可以随时随地、完全公开、不必隐瞒地进行，是无所谓性伦理道德准则约束的。

在约 170 万年前，人类虽然仍处于蒙昧时期，但有关性禁忌已经开始逐渐产生。这种性禁忌的产生，是一种性道德行为的表现形式，是当时社会干预两性行为关系的一种重要手段。之所以产生这种乱伦禁忌的性道德要求准则，与当时社会生产力发展水平密切相关。一方面是混乱的性行为对后代造成的不健康影响，性禁忌有利于提高人类的生存能力；另一方面，性禁忌关系的确立，有利于协调两性关系和人群关系，促进群体团结，有利于促进生产发展。

随着社会生产力的发展，私有制的产生，男性在经济生活中的地位越来越重要，父权制最后取代了母权制。为了使私有财产有明确的继承者，以一夫一妻制为核心的两性关系便应运而生。恩

格斯在谈到一夫一妻制时曾说：“根据我们对古代最文明、最发达的民族所能做的考察，一夫一妻制的起源就是如此。它决不是个人性爱的结果，它同个人性爱绝对没有任何共同之处，因为婚姻和以前一样仍然是权衡利害的婚姻。一夫一妻制是不以自然条件为基础，而以经济条件为基础，即以私有制对原始的自然长成的公有制的胜利为基础的第一个家庭形式。”（《马克思恩格斯选集》，第4卷，66页）一夫一妻制是私有制的产物，那么，由一夫一妻制派生的性道德也必然是私有制的产物。为了有利于私有制的巩固，其性伦理道德就势必要限制女性自由，要求妻子除了丈夫外，不再与任何一个她中意的男子发生性交关系，这样有关性伦理道德中的性贞操观念就产生了。这时的夫妻关系也变得比以往牢固得多，它已经不能随意解除。

在封建社会中，两性关系的确立和解除，通常受到男女双方双亲和亲属的直接干涉和主宰，社会也是以“从一而终”、“白头偕老”、“嫁鸡随鸡、嫁狗随狗”等道德观念对两性关系加以规范和影响。显而易见，封建社会的一夫一妻制道德关系主要是针对女性的。在封建社会以前的社会中，对男子来说，只要有经济实力，想多占有几个女性也是社会道德所允许的。只不过在宏观上看由于男女比例相接近，所以多妻问题并不能成为两性关系中的普遍现象，这样也就不能动摇一夫一妻制的主体地位。虽然人类历史有相当长的一夫一妻制社会历程，但仔细考证起来，在不同的社会经济条件下，性道德关系也有一些较明显的差异。

封建社会更加强调女性贞操观，甚至通过法律的形式加以肯定。男子把妇女当作自己的私有财产，女性若不守贞节，就意味着男子的私有财产被盗，意味着男子的所有权被侵犯。妇女在两性关系中丧失了主动权，婚姻要依靠“父母之命，媒妁之言”，婚姻的终止权则掌握在丈夫或公婆手中。“三从四德”是我国封建社会妇女的性道德原则，贞节观念是禁锢妇女的牢笼，而“七出”之条就是

古代“休妻”的伦理道德规范。

在中世纪的西方,基督教的传播对性伦理道德产生了很大的影响,基督教对人类的性行为一般采取排斥的态度,认为性行为是不洁的行为,是人类的原罪之一。受基督教的影响,鄙视性欲,压制性欲就成了西方中世纪的主要性伦理道德原则。

资产阶级为了反封建制度,提出了“自由、平等、博爱”等口号,主张人身自由和个性解放,主张恋爱自由,取消包办婚姻和买卖婚姻,其性伦理道德观念认为两性关系纯粹是男女当事人之间的一种契约关系,未经当事人同意不得确立婚姻关系。两性之间可以自由选择配偶,亦可以自由离婚。与封建社会相比,资本主义的性道德无疑有了很大的进步,但资本主义的私人占有本质,决定了两性关系的建立和终止仍不可能摆脱双方经济地位和各种利害关系的制约。娼妓制度在资本主义社会之所以合法,就是因为它也符合“一手交钱,一手交货”的资本主义经济法则。当代资本主义社会提出了所谓的“性解放”、“性自由”等口号,社会也对男女两性给予很大的性自由,但这种在资本主义制度下的实践,却造成了一系列严重的社会问题,因此,这些口号在今天已经逐渐偃旗息鼓了。

社会主义社会真正实现了生产资料公有制,经济基础的变化影响着人们的性伦理道德观念,在社会主义新型性伦理道德关系建立的过程中,首先要扬弃旧有性伦理道德的影响,注入与社会主义新型生产关系相适应的新内容。社会主义性道德观念要能体现出两性的平等,尊重人的权利和尊严等特点,主张恋爱自由、结婚自由、离婚自由、寡妇改嫁自由,严格实行一夫一妻制,提倡性生活的专一性和新的贞操观,反对通奸、卖淫、嫖娼及一切婚前性行为或婚外性生活。

### 三、性道德的影响因素

性道德观念的形成和发展是一个比较复杂的问题,影响因素

很多,大体归纳起来有以下几个方面:

### (一) 社会意识形态

不同的生产力水平决定着不同的生产关系和人们的意识形态,这种社会意识形态影响着人们之间的关系及家庭组成和夫妻关系形式,也必然产生与这种关系相适应的性道德观念,来规范和调节人们的性行为。如在封建社会,人们观念中形成的“三妻四妾”、“不孝有三,无后为大”等观念,反映在人们的夫妻关系中就形成“休妻”、“纳妾”等道德观念,而在男性主义社会中也必然产生如妓院这种为男人提供性服务的场所,并被看成是天经地义的事情。凡此种种与性道德相关的意识形态,都是在一定社会条件下人们性道德观念的反映。

世界范围之大,社会发展水平及社会意识形态的多样化,使得与之相对应的性道德观念也是多种多样的。如我国西南地区少数民族的“走婚”形式,非洲某些地区的多妻婚姻制度,法国人的性观念与中国人传统性道德观念的差别等,都是性道德观念多样化的充分体现。

有报道称:2001年法国国民大会讨论通过了允许在公立学校初中和高中学生中发放一种避孕药丸,供学生们在发生性关系后72小时内服用。据法国教育部称,在发放的6个月期间,有7074名青少年(包括4720名未成年人)申请了该药,有1678人得到了避孕药丸,试想这种做法在中国能行得通吗?

### (二) 风俗习惯

国家不同、地区不同,民族的风俗习惯也大不相同,传统民族风俗习惯往往对一个民族的性道德有重要影响。个别地区一些民族有正式结婚前的性开放风俗,有的民族允许“试婚”,而有的民族则允许“抢婚”和“走婚”等,都是一种民族风俗习惯的反映。这种符合本地区民族风俗习惯的性行为是与其民族文化相适应的,就被认为是道德的,反之则被认为是不道德的。

### (三) 宗教信仰

宗教是人们社会意识形态的体现,不同的宗教对社会事物的态度不同,对有关性行为的态度认识也不一样。这种有关性道德观念的差异,在不同的宗教中表现尤为突出。例如,基督教把性交看成是人类的原罪;佛教则把性交时不射精的人看成是童子身,是修成正果的重要手段。

### (四) 个人品德修养

在同一时代的同一社会中,每一个社会成员的文化修养、社会地位、经济状况以及道德观念等往往呈现出明显的差异,也必然反映在其价值观念和道德观念方面。性道德观念是个人道德观念的组成部分,自然也就随之表现出显而易见的差别。古代的柳下惠能坐怀不乱,多少人能不为美色所动;而另一些人则能在公共场合作出侵害妇女的违法举动,这就是道德品质影响的结果。

## 四、性道德的社会作用

有关性科学的研究发展是由社会对这门学科的需要程度决定的,我们对性科学的研究正出于这种需要,虽然算是刚刚起步,但近年有关性科学的研究对推动我国社会主义精神文明建设却有重要的意义。

### (一) 性科学的研究是建设社会主义精神文明的需要

我国《公民道德建设实施纲要》提出建设社会主义精神文明,提高公民的道德意识,提倡健康、科学的生活方式是对广大人民群众健康的极大关心,是社会主义事业发展的客观需要。现在由于人们物质生活水平和教育文化程度的提高,生活方式就开始向更加文明、健康、科学的方向发展,性行为也要讲文明、健康和科学。有关性行为的不文明、不健康、不科学的表现是很多的,如对自己妻子的性暴力、不正当的性手段等常常导致疾病或严重后果。上海计生所有统计表明,对4万人的咨询中,有1万多人有不文明、

不健康和不科学的性行为,这些显然对提高人们的生活质量不利,对促进社会发展不利,是应该加以纠正的。

### (二)性道德研究有利于巩固和发展良好的家庭关系

建立和谐幸福的社会主义新型家庭关系,必须首先搞好夫妻关系,只有夫妻关系和睦、愉快,才能谈得上家庭的美满幸福。夫妻关系表现在很多方面,其中性关系占有十分重要的地位。男女相爱才结婚,而性爱是其生理基础,双方间的爱情是性爱和各种社会关系的综合升华。婚后夫妻间的爱情还需要不断充实、发展,而和谐的性关系在其中起着重要的调适和促进作用。社会的发展和水平越高,生理与心理的需要就越趋于统一,心理需要的满足就占有更重要的地位,夫妻间的性生活的质量也就越高,家庭关系也就越巩固。有关离婚案的调查认为,夫妻性生活不和谐是导致家庭关系不和与离婚的重要原因。如性无知、道德品质问题等也会导致家庭不幸。因此,研究性科学,自觉地认识和调节这种关系对巩固家庭关系将起着重要作用。

### (三)开展性教育是青少年健康成长的需要

青少年是人成长中的重要阶段,在这个长知识、长身体、心理与生理急剧变化的时期,青少年对于有关性问题急需加以解决。那些天真幼稚的孩子,逐渐感受到异性的吸引力,开始对性产生了朦胧意识和追求,再加上成熟的机体和幼稚的心理,如果得不到正确的指导,就很容易走上两性罪错的歧路。青少年是社会的未来,是人类的希望,所以必须引导和教育他们,使他们健康成长。

对青少年的性道德教育应该扩展和加强。我国每年有 2000 万青少年进入青春期,随着性生理成熟的提前和结婚年龄的推后,“性行为期”明显延长。20 世纪的一百年中,每过 25 年青少年的性生理成熟便提前一年。北京大学一项调查显示,我国城乡青少年青春期生长发育已全面提前,有关青春期的性教育已经滞后,青春期的性教育应该从小学开始并在初中重点进行为宜。

#### (四)防止性罪错,保障社会安定

进行性教育不仅是传播有关性知识,而且也是移风易俗的大事,必须认真抓好。我国封建社会时期较长,在性问题上的表现更为突出,如把性行为看成是猥亵的、见不得人的事,把性问题看得过于神秘,封建贞操观念还在压迫妇女,认为老年人不应该有性生活等。我们正处于一个伟大变革的年代,对有关性的观念和性的风俗也到了应当改革的时候了。

当前,社会治安中有关两性罪错呈现较高的发展势头,需要引起全社会的关注。仔细分析一下,这与青少年不掌握性知识,性道德观念淡漠有很大关系。为此,必须进行综合治理,通过家庭、学校和社会教育,形成一个全方位的性教育过程,以提高其认识能力;另一方面是通过将相关法制的强制力量和个人内心的自我控制意识结合起来,规范个人的行为。这样通过教育、社会舆论和法律的强制相结合,对形成良好社会风气,形成良好道德氛围,是有积极的促进作用的。只有通过有效的教育指导提高思想认识,才能从根本上解决两性罪错,才能促进社会安定团结与和谐发展。

#### (五)有关安全套广告的道德文明问题

由于中国长期受传统思想观念的影响,认为安全套是一种肮脏的东西,这是一种错误的观念。第一,安全套广告面对公众,意在倡导性不仅是个人的隐私,也更需要性行为的安全与健康。因此,安全套广告给我们社会带来的不是“狼”,而是一种社会文明。第二,安全套给人们带来了新的性医学文明。有关资料显示,目前我国有700万性病患者,艾滋病的实际感染者已经达到60万以上,而且呈现激增的势头,国际上公认的防护方法和手段就是使用安全套,所以进行宣传是不可缺少的一环。第三,安全套给我们带来了性教育的文明观念。我国虽然加强了对青少年有关性观念、性道德、性生理等知识的教育,但往往忽视了性安全教育。考虑到实施计划生育和预防性病、艾滋病的需要,安全套仍是最安全的工具。

## 第二节 临床实践中的性道德

社会授予医疗卫生工作者以职业特权,他们出于医疗的需要,可以要求病人裸露身体,对包括生殖器官在内的全身进行检查。如果医务人员不重视自己的性道德修养,出于个人目的,在大量地、方便地接触异性身体考验面前就容易失去理智,作出有损于医务人员职业形象的不道德举动,甚至会利用工作便利及医生的特殊身份,从事某种犯罪活动。对此,医务人员要有充分的认识。

有鉴于此,中外历代医家都很重视医务人员在性道德方面的修养。早在公元前西方著名的希波克拉底在其《誓言》中,就有“尤不作诱奸之事”的戒条。在我国古代名医陈实功的《医家五戒十要》中也曾明确规定:“凡视妇女及孀尼僧人等,必候侍者在旁,然后入房诊视。倘旁无伴,不可自看。假有不便之患,更宜真诚窥睹,虽对内人不可谈,此因闺闼故也。”又说:“凡娼妓及私伙家请看,亦当正已视如良家子女,不可他意见戏,以取不正,视毕便回。贫窘者药金可擘,看回只可与药,不可再去,以希邪淫之报。”在宋代张杲著的《医说》中曾记有一则“医不贪色”的故事,讲的是宣和年间,有一士人抱病缠年,百病不瘥。有何澄善医,其妻请到,引入密室。妻告曰:妾以良人抱疾日久,典卖殆尽,无以供药,愿以身酬。澄正色曰:娘子何出此言!但放心,当为调治取药,切勿以此相污!何澄这种正派的医学伦理道德风尚,一向为医道后人所赞颂并奉为楷模。

今天随着医学的进步和社会的发展,医务人员为病人诊治疾病的方式和方法与过去相比有了很大的不同,但在当今社会中医务人员的性道德修养仍然是一个值得高度重视的问题,所不同的只是性道德修养的内容有了相应的变化而已。

## 一、临床诊断过程中的性道德

在中国《执业医师法》中规定：“男性医务人员在给女性患者做检查时，应有女护士或第三者在场，不允许对异性患者躯体作不当的检查，更不允许利用职权之便侮辱女性患者，违者要酌情给予政纪或法纪制裁。”

我们知道，医生与女病人之间的医患关系是一种不平等的关系，这种不平等的关系主要表现在男医生处于一种职业上的主动地位，他拥有检查女性病人和性关系上的优势，而女性病人则处于一种被动、顺从的地位。一旦男医生缺乏应有的医学道德，特别是在性伦理道德方面有缺陷，就会因为这种双方的不平等地位，而造成失足或违法事件发生。所以从医学临床角度看，各国几乎毫不例外地执行男性医生在给女性病人作检查时，要有女护士或第三者在场的规定。这是一种针对薄弱环节而采取的预防措施，是对男性医务人员的一种保护办法。这种办法的实施至少有以下三个方面的好处：一是减少了女性患者的顾虑，使其愿意与医生合作，有利于医疗活动；二是减少了医生的顾虑，使其不必担心因检查异性病人而给自己带来不易说清楚的麻烦，也有助于医疗活动的展开；三是减少了可能会因男性医生与女性病人间对检查认识的不同所引起的纠纷。

2002年1月1日《半岛晨报》报道：英国妇科权威罗·莱德沃德竟是一个大色狼。他人前人后两张皮，人前他是一个道貌岸然的妇科医学权威；人后他是一个地地道道的大色狼，警方证实被其强奸的妇女有六十多人。他利用病人来医院检查的时机作案，其办法是在检查女病人时把当助手的护士打发出手术室，当手术室就剩下莱德沃德与女病人两个人时，他就把罪恶的手伸向无助的女病人。按规定，在对女病人进行妇科检查时应该戴手套，可他却脱掉手套，直接用手触摸病人的私处，甚至强奸女病人等。对此英

国首相布莱尔下令要坚决调查处理。这些实例,都表明性道德行为规范对医生的重要意义。

尊重病人人格和尊重病人的意愿是对医务人员的基本道德要求,特别当前来医疗的是女性病人时,这一点就更应该引起格外的重视。有些妇科检查女病人不愿意作,医务人员就不要强迫她去作或欺骗她去作。如果不作这种检查就会严重影响到疾病的诊治时,医务人员也不应该听之任之,应该加以说服指导。医生应该从女性病人的态度中加以分析,得出结论。女性病人拒绝检查的原因不外乎有两个,一是在陌生的医务人员面前暴露自己的性器官及相关部位会使女性病人在心理上产生强烈的羞耻感和紧张感;二是女病人大多缺乏必要的医学知识,不了解这些检查与疾病的诊断治疗有多么重要的关系,主观上认为作不作检查关系不大。对此,医务人员要从以下三个方面来解决这个问题:一是要解释,要用通俗的语言,耐心地为病人讲解这些检查的重要性和必要性,有时也可以请家属来帮助做思想工作,促使病人自愿与医生配合;二是体贴病人心理,要在作检查时尽量照顾病人的心理需要,如检查室的隔离,无关人员不得入内,检查时不要暴露太多身体部位等。如果条件允许,最好由女医生给女病人检查;三是医务人员良好的行为举止,庄重的态度,是取得女病人合作的基础。所以医生要通过自己的行为态度,来取得女病人的信任,这对检查合作是十分重要的保证。

尊重病人的人格和尊重病人的意愿,还表现在需要病人为学生示教或使用病人的影像资料时,要充分征得病人的同意,只有在病人同意时才能进行;需要发表的有关资料,要注意采取一定的保密措施,如刊登照片时要遮住眼睛,资料不要涉及病人的姓名等等。

在临床医疗中医务人员重视保护病人特别是妇女的名誉,是一个值得重视的问题。这是因为在社会家庭中,妇女的名誉直接

影响到家庭婚姻关系的稳定,关系到家庭幸福,甚至影响到妇女整个人生的道路。对此,医务人员自己要端正服务态度,用医学道德规范来要求自己,决不乘病人之危,利用行医之便,作出不利于维护病人人身自主权之事,以免给病人造成不应有的名誉损失或身心伤害。假如有此类事情发生,就决不单纯是道德品质问题,而是触犯了法律,理应受到法律的追究和处罚。许多有前途的医生,就是在这一点上缺乏应有的自我控制能力,结果一失足成千古恨,对此应该引以为戒。

医务人员严格保守医疗秘密,特别是对有关女性病人或性病病人病情的保密,是医学伦理道德规范对医生的职责要求。在现代社会中面对这些“不名誉疾病”,医生有权利、有义务为其保密。这不但是对医务人员的道德要求,也是保护病人名誉和人权的一个重要体现。遇到一些与性疾病有关的病情,或某些妇科疾病、性器官发育缺陷等时,需要关注这些病人对自己病情不愿意外泄的心理,努力做到为其保守秘密。医务人员决不应当将这些资料当作茶余饭后的闲谈资料,随意张扬。

在医学伦理学中为病人保守秘密,是对医务人员提出的最起码的道德要求,对病人有关性问题的保密也是如此。处理好对与性有关问题的保密,要与社会整体利益相符合,不要危害其他人的利益。这些问题在婚前检查,在性病或艾滋病检测中,常常需要医务人员作出正确的道德选择。如有一对青年来进行婚前检查,当医生发现女方有性器官发育缺陷,这种缺陷有可能给婚后性生活或生育带来影响时,医务人员还应该对双方当事人隐瞒不说吗?医生不能一味强调女性的保密权而忽视了男方的知情权,损害男方的利益。当然,医生对其他不相干的人就不能随意乱讲,仍然需要遵守保密原则。又假如一女患者因卖淫而致性病或艾滋病时,她希望要求医生给予保密,这时医生应该怎么办呢?正确的做法应当是积极诊断,认真治疗,像对待所有的病人一样,尊重其人格,

普同一等。决不能因她的疾病而敷衍塞责甚至不理,因为这样的医疗行为是不符合人道主义原则的。另一方面医生要遵守医疗规范,按要求有上报疫情的责任,还有对病人保密的义务和需要时向有关部门如公安部门如实报告病情的责任,如果处理不好就会对社会、对人群产生不负责任的行为后果。

### 二、临床治疗过程中的性道德

在对性疾病特别是对女性病人的诊治过程中,医务人员要充分认识到自己行为的道德责任。性器官对所有人特别是对妇女来说具有重要的特殊意义。这种特殊一方面表现在性器官的特殊生理功能方面,另一方面是性器官代表了男人或女人的性身份。这些性器官的存在与否、健康与否不仅对人的正常生活产生难以估计的影响,而且对人的心理健康也会产生难以估量的影响。有些研究已经证实,摘除子宫会增加妇女精神病的发病率,乳腺癌根治术切除乳房的病人,自信心会丧失,并影响其生活的希望。

在临床医疗中医生对性器官的处理要格外审慎,特别要注意病人的知情同意权。以计划生育中的输卵管结扎为例,医务人员不但要考虑到受术者的身体条件,还应顾及到社会效果,掌握手术时机,这是在实施计划生育手术时对女性绝育术的基本道德要求。此外,做绝育手术还须征得受术者丈夫或妻子的知情同意。为了做到知情同意,医生要帮助他们夫妇双方理解手术,讲清楚手术大概过程及可能产生的情况,帮助他们作出理智的选择。在这一环节中医生的任何强迫和欺骗都与医学人道主义精神相悖,也都是不道德的行为。

在医疗实践中,一些医务人员缺乏必要的道德观念,以为只要对病人有利又有医学根据,就可以对病人采取治疗行为,而不去尊重病人的人格和知情同意原则,这是缺乏医学道德的错误行为。在这种观念指导下的行为就可能招致医疗纠纷,造成“好心没有好

报”的结果。日本学者松仓丰治在他的著作《怎样处理医疗纠纷》一书中,曾讲过这样一个病例:一位35岁的女电影演员,因右侧乳房有一硬结到医院就诊,经活体检查证实为乳腺癌,需要尽快作右侧乳房全切和周围淋巴结清除术。在征得病人及其父亲同意后立即手术,医生在手术中为慎重起见,在术中对左侧乳房的肿物也作了活体组织病理切片,结果为“乳腺瘤性肿瘤,伴有腺体增生”。从医学角度看,现在虽然不是癌症但是有癌变的危险,所以医生当即决定左侧乳房也同时切除。术后病人及其家属认为医生没有经过病人同意就切除了左侧乳房,造成病人精神上的巨大压力,要求医院及医生对此结果负责并赔偿损失。从医疗过程看,医生切除病人左侧乳房是有医学根据的,其根本目的是为了病人的利益,但法律审理的结果还是判医生和医院应负有责任并赔偿了病人的损失。在我国的一些医院中,类似事件也时有发生。这里不难看出只要医务人员遵守基本的医学道德原则,重视病人的知情同意权,尊重病人人格和权利,是完全可以避免类似事件的。有鉴于此,在对待女性病人治疗时,特别对与性器官有关的治疗中,尤应注意到知情同意原则问题。

与上例相关的教训也需要注意,这就是对妇女与性器官治疗有关的问题,要注意讲解清楚,尽到医生的责任。如有一妇女患了乳腺癌,由于害怕影响体型美而拒绝手术,以致造成癌转移,医生也有不可推卸的责任。其责任就是医生要向病人讲解清楚病情,帮助病人认识、分析、判断疾病的后果,积极帮助病人了解自己的病情,采取正确的治疗措施,是医生的重要道德责任。

治疗中的另一个常见情况是有关流产妇女问题。非婚性交导致的怀孕,要求人工流产,是医生可能面对的一个常见情况。从社会道德上讲,非婚性交是应该反对的,妇女自身也有错误,但当她们来到医院要求人工流产时,医务人员就应该与对待平常人一样,一视同仁,而决不能讽刺挖苦,或以粗暴的操作和不友善的语言污

辱病人,或到处张扬病人的隐私,这只能增加妇女的痛苦和心灵的创伤,严重者可酿成人间悲剧。我们都知道许多非婚妊娠妇女,就是由于害怕到医院做人工流产会弄得人人皆知,以后无脸见人,只好冒险采用自己堕胎或找江湖医生堕胎的办法,有时造成严重疾病或丧失性命。所以,医务人员正确对待非婚妊娠妇女的医疗问题是一个重要的道德要求。其他还有强奸或诱奸受害妊娠者,也需要医务人员用真诚关心和尊重人格来抚平她们内心的创伤,通过积极地为她们治疗和保密,尽可能减少她们名誉和心灵上的伤害。

### 三、有关性病防治的道德

据中国疾病预防控制中心和卫生部卫生监督中心 2001 年 1 月 24 日报告,2000 年我国新发生性病病例 86 万例,到 2000 年底感染艾滋病人超过 60 万人,并每年以 30%~40% 的速度上升。

性病目前在临床中占有一定比例,但由于人们受传统道德观念束缚,许多人得了性病还不敢公开地求医诊治,这就造成了性病的难治性及特殊性。其一有些人得了性病就觉得低人一等,这对病人治疗十分不利。为此,医务人员要帮助性病病人建立治疗信心,使他们正视自己的疾病,减轻心理压力,树立治疗信心,在精神上不能垮,同时病人也应认识到,积极治好自己的疾病也是对他人、对家庭应尽的责任和健康道德义务的体现。病人也要相信医生,性病也是一种疾病,在医生面前没有什么特别,一样能得到正确及时的治疗。其二是一些病人由于羞于此病,就寻找一种不见其人的看病方式,找街头广告就医或自己随意买药私下进行治疗,这样很难取得治疗效果。病人应该明白,医生看病需要了解病人的症状、体征,通过化验及特殊检查,才能明确诊断,才可对症下药。相信庸医只会延误病情,危害自己的健康。其三是正确对待性病,对性病需要有一个正确的观点,性乱者与性病不能画等号。

许多性病可能是不卫生习惯感染而发生的。对此需要大力宣传性卫生知识,要求个人“洁身自好”,防止感染和切断传染源。为此医务人员要通过健康教育等方式,维护生殖健康,倡导性文明,反对“性解放”的性乱行为。一些久治不愈的性病病人,可能是由于医生只“就医下药”,而没有教育病人采取预防方法,因此,重要的是需要告诉病人学会防止它的传播。如果能明白了性病的传播途径是有限的,杜绝不洁性接触,了解卫生预防知识等,作到洁身自好,绝大多数性病是可以被拒之门外的。

对性病的治疗不能复杂化,要有科学态度。要加强对广告宣传的控制,适当宣传有关预防性病的知识,克服“恐性病症”。只要能在正规的医疗单位治疗,花几百元就能治愈,其他所谓的最新、最贵的药物都是缺乏科学根据的。一些医疗部门为了满足私利,实施过度治疗,采取输液、长期大量使用“新、贵”药是没有科学根据的。部分病人由于在一些诊所接受了长期过度的治疗,被诊所假化验、多卖药等手段榨取了钱财,给病人造成了长期难以摆脱的心理负担,这些都是不道德的医疗行为。

#### 四、医疗实践中的性道德原则

有关医疗实践中的性道德原则,是需要医务人员认真对待的问题。因为这些原则的认真执行,不但有利于病人的医疗和身心健康,也有利于社会、家庭安定,对个人与社会都是有益的事。为此提出以下几条性道德原则,供医务人员在处理与性有关的医疗活动中遵守。

1. 尊重女性患者的人格和意愿,充分照顾其性心理特点,在诊疗过程中不采取任何强迫或欺骗的办法进行检查处理;
2. 严格保守与性有关的医疗秘密,注意妇女的名誉;
3. 不得利用职务之便,诱奸或强奸女性患者;
4. 对被强奸、诱奸或非婚妊娠妇女,要与其他妇女一视同仁、

平等对待；

5. 对性器官的医学处理应格外慎重,不仅要考虑到性器官本身的疾病问题,还应考虑到这种医学处理会给当事人心理、家庭生活所带来的影响；

6. 在处理与性有关的疾病或问题时,不仅要对求医者负责,还应注意到对他人、对家庭、对社会的道德责任。

### 第三节 艾滋病防制道德问题

#### 一、艾滋病流行概况

自从 1981 年在美国首次发现艾滋病以来,在短短的二十多年间,艾滋病在全球肆虐传播流行,没有一个国家幸免,已经成为重大的公共卫生问题和社会问题。到今天,艾滋病已经成为世界卫生组织和各国政府高度重视,迫切需要解决的全球问题。艾滋病的流行特点一是蔓延速度快,全球每天有 8500 人成为艾滋病新的感染者;二是从城市蔓延到乡村;三是发展中国家患病率高,全球约有 95% 的艾滋病病人来自非洲的发展中国家;四是亚洲地区特别是南亚地区艾滋病的流行呈上升趋势。

为号召全世界人民行动起来,团结一致共同抵抗艾滋病,1988 年世界卫生组织在伦敦召开了一个有一百多个国家参加的“全球预防艾滋病”部长级高级会议,会上宣布每年的 12 月 1 日为“世界艾滋病日”;1996 年 1 月,联合国艾滋病规划署在日内瓦成立;1997 年联合国规划署将“世界艾滋病日”更名为“世界艾滋病防治宣传运动”,使艾滋病防治宣传贯穿全年。WHO 和联合国艾滋病联合规划署发布了《2001 年艾滋病状况报告》,指出 2001 年全球约有 500 万人感染上了艾滋病。报告说,在发现了艾滋病毒 20 年后的今天,已经约有 2500 万人死于这种疾病,据联合国 2003 年

12月报告估计,在全世界至少有4000万名艾滋病病毒携带者,其中250万人是15岁以下儿童。

报告说,东欧地区的艾滋病感染率呈后来居上的趋势,俄罗斯染病人数近3年增加了3倍,主要是由吸毒造成的。非洲情况更为严重,在2001年有340万人感染艾滋病,有230万人死于艾滋病。亚洲在2001年感染艾滋病的人数首次超过了100万并有43.5万人死于这种疾病,目前在亚洲已有700万人感染艾滋病。艾滋病所造成的经济损失也是十分严重的,报告预测,南部非洲地区艾滋病危机最严重的国家,到2020年将遭受相当于国民生产总值20%的经济损失。

卫生部、联合国艾滋病规划署、世界卫生组织2006年1月25日在北京发布《2005年中国艾滋病疫情与防治工作进展》。疫情评估结果显示,截至2005年底,我国现有艾滋病病毒感染者和病人约65万人,2005年新发生艾滋病病毒感染者约7万人,因艾滋病死亡约2.5万人。

最新评估结果显示,我国艾滋病疫情仍呈上升趋势;新发生的感染者以注射吸毒和性传播为主,发病和死亡依然严重;疫情由高危人群向一般人群扩散;存在疫情进一步蔓延的危险。

现在艾滋病的阴影笼罩着全球,造成“恐艾症”的原因是多方面的。据北京艾滋病热线电话咨询分析:艾滋病人以20~40岁为多,且90%以上是男性。80%~90%的电话咨询者是艾滋病恐惧症患者,他们有过一两次不洁性行为,HIV检查呈阴性,但总有认为自己是艾滋病病人的心理恐惧。另一个原因是医生的误导,这也是导致恐艾症的原因之一。艾滋病抗体测定的窗口期一般不会超过三个月,极个别人会延长至半年,但绝不会超过半年。而某些医生却对窗口期已经超过半年的“恐艾症”者说,你继续观察吧,这是一种错误的导向。所以医生的素质、扎实的基本功和道德情感是十分重要的。目前一些人往往把艾滋病与道德败坏相提并论,

其实这是不正确的。艾滋病不能和道德败坏、伤风败俗等同起来,人们像躲避瘟疫一样躲避着艾滋病人,却没有想到在我国大多数艾滋病病人是因为献血、输血或配偶、母婴传播而造成感染的。即使是由于自身不检点而致病,他们也是受害者,是弱者,理应得到社会和人们的人道主义的同情和帮助,应该享有正常人能享有的工作和就医的权利。

### 二、艾滋病防制的社会意义与道德

#### (一) 艾滋病防制的社会意义

面对艾滋病这种流行不减速的趋势,2000年联合国召开了关于艾滋病问题的特别会议,并发表了《关于艾滋病问题的承诺宣言》,各国领导人在同年9月的《联合国千年宣言》中作出了一系列承诺,为防制艾滋病的国际合作确定了若干具体行动指标,以实现在2015年以前制止并开始扭转艾滋病蔓延趋势的总体目标。WHO还为此公开发表声明:“全世界医疗卫生专业工作者加倍努力,遏制艾滋病病毒与艾滋病流行趋势并积极控制其产生的后果。”

艾滋病已远远超出医学范畴,成为全世界的经济和社会问题,甚至是政治问题。贫富差别越大,社会变革越剧烈的地方,艾滋病的传播越严重,艾滋病必将给各国政府带来巨额的医疗支出。群众的义愤、政治意愿、市场力量及先进的科学技术政策在使卫生政策基本原则得以实现,即根据人们的需求而不是根据支付能力提供基本药品,缩小贫富差距,使全世界的人民真正享有平等的健康权利。

艾滋病是什么问题?这个问题在十年前回答是医学问题。在五年前回答是经济问题或社会问题。现在人们对艾滋病的认识有了新的变化,普遍认识到应从非医学观点来看待艾滋病问题,今天人们会认为艾滋病是政治问题。其原因是:一是在联合国这样一

个纯政治组织中,为疾病专门成立一个协调组织的只有艾滋病,即联合国艾滋病规划署,并为此召开了联合国艾滋病问题特别大会。二是艾滋病既感染穷人,也感染富人,但对穷人,因他们无力支付昂贵的医疗费用,打击是巨大的,结果贫富差别越大的地方,艾滋病传播越广。三是艾滋病给各政府带来巨额的医疗开支,当艾滋病通过高危人群向更广的范围扩散时,各国政府就处于不干涉不行的境地。因此,国家必须制定防治艾滋病策略和实施细则。

在中国这样一个大国,有些地方艾滋病已经跃过了开始传播阶段(高危人群感染率达5%以内)进入了局限流行阶段(高危人群感染率在5%以上)。到2001年底有数字表明,我国感染艾滋病病毒的总人数累计估算超过85万,其中艾滋病病人累计约20万,现存活的艾滋病病人约8~10万;截至2005年6月底,全国累计报告发现126808例感染者,艾滋病病人28789人。其中大多在农村。如果每年以30%~40%的速度上升,到2010年我国艾滋病感染人数将达到1000万人,然而不幸的是,2001年我国艾滋病病毒感染者年增长速度已经高达40%,所需要进行的防治工作任务是相当繁杂的。但是从全国来看与局限流行还有一段距离,这与我国政府高度重视艾滋病的防治和相关法规条例的制定有关。如1995年《关于加强预防和控制艾滋病工作的意见》,1999年《关于对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的管理意见》等,都为艾滋病的防治创造了良好的条件。同时近年政府又制定了《中国预防与控制艾滋病中长期规划(1998--2010)》,日前又公布了《中国遏制与防治艾滋病行动计划(2001—2005)》,卫生部等三十多个部门单位共同制定的这一计划确定了我国最近五年防治艾滋病系列行动的措施和详细工作指标。其中也包括了为艾滋病病毒感染者和艾滋病患者提供医疗和社会救济措施,并对农村艾滋人群有特别关注的规定。

贫困和无知是疾病的敲门砖,发展的无序和缺乏科学管理能

力是错误的催化剂。当艾滋病已经在我国兴风作浪,并成为我国的社会问题时,我们就应该提高认识,积极对待,为实施有关艾滋病的防制规划而积极努力。

### (二) 艾滋病防制的道德意义

有关艾滋病的感染问题,虽然目前还没彻底搞清楚,但作好预防对防治艾滋病的意义是不容置疑的。个别人不感染艾滋病,是因为第3号染色体短臂上CCR5基因是趋化因子的受体,阻止了巨嗜细胞艾滋病病毒(HIUV-1)进入人体细胞内,所以有机体获得了天然的抵抗艾滋病病毒的屏障,这是研究艾滋病的重要里程碑,但对大多数人来讲,目前还没有好的预防方法。

在当前艾滋病流行趋势还没有完全控制的情况下,进行必要的宣传教育是我国预防艾滋病的最好方法。在艾滋病防制宣传活动中,我国政府采取了许多切实可行的措施,取得了很好的效果。如采用艾滋病宣传进校园活动,在2001年11月9日,在中国人民大学由中国计划生育宣传教育中心开展的艾滋病防制宣传活动,就取得了良好效果。通过宣传告诉人们要树立自己人生的远大目标,同时告诉人们婚前性行为会阻碍自己实现这些远大目标,通过宣传人们也知道了艾滋病的传播方式和防治方法。只要我们运用好各种宣传形式,协调好艾滋病预防、普查、治疗和社会关注的综合有效机制,或多或少对控制艾滋病的蔓延会有作用,对防制艾滋病也将发生重要影响。如湖北省面对艾滋病病人的感染问题,除了宣传教育外,还提出艾滋病人享受医疗保健待遇;对艾滋病病人死亡后可减免火化费用,对艾滋病人家庭适当减免乡统筹、村提留、义务工等措施。据报道,湖北省艾滋病感染率现在已达3.26%,在家庭中两代感染者占10.1%。为此,全省将加快“安全输血”战略实施。将宣传艾滋病知识列入农民健康教育计划中,设立预防艾滋病专项基金,开展了以社区卫生服务为基础,实施艾滋病预防、治疗、护理和生活救助体系的“温馨家园工程”。

对艾滋病病人推行匿名就诊,保护患者隐私权,禁止艾滋病病人献血,献器官,献精液及性乱行为。通过政府加强执政能力和宣传攻势,对预防艾滋病肯定有效。

### 三、艾滋病防制道德要求

#### (一)全民参与,教育全民

考虑到艾滋病不仅是卫生问题,更重要的是教育、社会和经济问题,有人预测亚洲将是下一个艾滋病感染严重的疫情地区。而预防又是艾滋病防治策略的中心,这样就必须加大对艾滋病的教育宣传力度。公民具有一定的预防艾滋病常识是预防艾滋病的重要方法。预防艾滋病的宣传形式多种多样,宣传广告、电视等公益广告等活动,都是进行宣传教育的好形式。通过科学的宣传教育,扩大对高危人群的重点防治,人们就会权衡自己行为及代价,进而减少高危行为。

由世界银行编写的《正视艾滋病》一书,以全新的视角透视了艾滋病对人类的健康、生命以及社会的经济等诸多方面的影响。全书收集了160多个国家地区艾滋病的防治经验和教训,提出了对艾滋病的预防战略。艾滋病是一个社会问题,是一个社会公共卫生问题,艾滋病主要攻击对象是青壮年,而青壮年死亡的直接后果是经济损失巨大,并造成老人赡养、儿童抚养等一系列社会问题。对此,需要社会有正确的认识,通过教育提高全民的参与主动性,通过教育提高人们的道德意识水平。这样就会使提高两性间的互相尊重,忠实配偶,固定单一性伴侣,全程使用保险套等性道德行为成为可能。通过强化家庭功能,促进家庭美好和谐,对增强良好的青少年道德品质和人格特征,规范青少年良好健康行为的养成,都有重要作用。

中国政府对艾滋病的预防给予高度重视,根据国家教育部的要求,各省级教育行政部门从2003年春起,在中小学课时中安排

预防艾滋病专题教育课。初步方案定为初中 6 课时、高中 4 课时、中等职业学校 4 至 6 课时。这是中国教育行政主管部门首次明确要求预防艾滋病课程必须走进所有中学课堂,纳入常规教育轨道。

### (二) 充满温情,不受歧视

要帮助艾滋病病人走出自卑、自弃、悲观、绝望或麻木不仁的状态,使他们能用较正常心态面对治疗与生活。要在全民树立“关爱病人,拒绝歧视”的精神,对艾滋病孤儿加倍关爱,政府设立收养机构等。

从事有关艾滋病防治工作的医务人员,要以高尚的道德情操,树立全心全意为人民服务的思想,以忘我的敬业精神,毫不利己的态度,为艾滋病防制作出自己的贡献。这一方面要求从事艾滋病防治的医务人员对病人要充满温情,关怀爱护病人。同时也需要尊重病人,不歧视艾滋病病人,平等对待艾滋病病人,真诚地体现人道主义精神。

### (三) 健全救助机构

有关艾滋防制组织在我国还是一个新生事物,有些国家采用一些防治艾滋病基金的形式,对防制艾滋病发挥了重要作用。通过这些公益性组织的工作,监督控制疫情,对病人进行心理指导,开展相关医学教育和康复服务等工作,同时在救助患者及家庭和死者遗属管理捐款等方面也将发挥了很好的作用。

收治艾滋病病人医院或救助机构要体现出对病人的关心。由于病人长期忍受病痛折磨,会显得疲惫、消瘦,同时也由于对艾滋病认识 and 理解的加深,大多数人没有恐惧、激动、抑郁和悲伤,表现得会很平静,他们对未来都有心理准备,默默地等待着生命的终结,以获得最后的解脱。医院或救助人员都要像对平常人那样,关心他们并为其举行葬礼,体现出对死去的人的关怀和对还活着病人的尊敬。

#### (四) 加强伦理道德教育

中国传统医药文化和传统伦理道德价值观念对预防艾滋病有重大意义。在过去的岁月,我们开展了一些有关艾滋病的预防宣传教育工作,对广大人群了解艾滋病的相关知识,提高对艾滋病的认识发挥了很好作用。在对青少年的有关性教育中,增加了有关艾滋病的知识,同时针对我国艾滋病主要传染途径是输血和吸毒这一特点,开展有针对性的教育工作,也是当前需要注意进行的教育内容。

开展艾滋病病人现身说法的教育方式,生动形象,影响巨大,对健康人群可以产生深远的影响。我们相信通过加强《公民道德建设实施纲要》的落实,人们的道德观念和道德意识一定会有很大的提高,在规范自己性道德行为方面会有更强的自我控制能力。人民群众道德水平的提高,必将更好地规范人们的行为,这对预防控制艾滋病感染传播都是有重要意义的。

#### (五) 完善法律措施

WHO 有关《2001 年艾滋病状况报告》和《关于艾滋病问题的承诺宣言》是全球防制艾滋病的重要法规措施。在我国,艾滋病防制工作得到了政府的重视,早在 1995 年就制定了《关于加强预防和控制艾滋病工作的意见》,1999 年又公布了《关于对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的管理意见》等法规,都为艾滋病的防治创造了良好的条件。同时近年政府又制定了《中国预防与控制艾滋病中长期规划(1998—2010)》,日前又公布了《中国遏制与防治艾滋病行动计划(2001—2005)》,确定了我国最近五年防治艾滋病系列行动的措施和详细工作指标。由于我国在艾滋病防治上采取积极、有效的措施,保障充足的经费,有望在 2010 年将艾滋病病毒感染人数控制在 150 万之内。到 2002 年底要完成的工作是:

1. 坚决取缔违法采集血液或原料血浆点;对所有临床用血实行艾滋病病毒检测,确保供血渠道规范,生物制品原料血浆合格;

2. 完成医务人员艾滋病、性病知识全员培训；
3. 全国至少一半或多数艾滋病病毒感染者和艾滋病病人，能在社区内得到医疗和生活照顾；
4. 建成全国地市级以上的艾滋病、性病监测网络系统；
5. 制定有关降低人群危险行为的政策，建立输血风险与艾滋病防治人员职业意外感染风险机制，为艾滋病病人提供医疗救助。

当前在我国重要的是需要认真执行防治艾滋病的有关法规，特别在我国由于违规采血供血所造成的艾滋病传播情况严重，必须下决心解决采供血的管理。对此，在艾滋病传染严重的河南省，这一问题已经得到了解决。还有就是需要加强对性犯罪的惩处，特别是已经患有艾滋病的病人或艾滋病病毒感染者的性犯罪问题，要给予严厉的打击，从而发挥法律的强制作用，规范人们的行为，杜绝艾滋病的传播和蔓延。

#### (六) 开展国际合作，用政策保证防治效果

联合国艾滋病规划署顾问组成员马·约翰斯通博士在第六届亚太地区艾滋病国际大会上提出，除了全球共同行动，政府积极参与等措施外，要通力加强国际合作，如开发有关艾滋病疫苗的研究等，以加强艾滋病的防治工作。

从国际有关艾滋病疫苗研究看，HIV 疫苗如果临床试验一切顺利的话，距离应用至少还需要 6 年时间。同时，疫苗用于预防比用于治疗 HIV 感染更有效。药物的价格也是防治艾滋病的关键，因为大多数艾滋病患者在经济上处于较低的生活状态中。从事艾滋病疫苗研制的私人公司，希望从研究中得到回报，需要疫苗的人又难以承受这种高价格，这个问题在社会主义国家较容易解决，但在资本主义国家，政府又不太可能下令降价。最好的办法是，努力耐心地争取医药公司参与艾滋病药物的开发，同时政府和社会团体要积极争取财力资源的支持，所以研制一些民众能承担得起的 HIV/AIDS 疫苗和治疗药物，是各国政府努力的目标。按医疗市

场规律,这需要人们研究出一个双赢的办法,经过努力争取到国际财力的支持,医药公司因此也能得到利益,增加他们研制的信心和投资,扩大研究生产,只有这样才能使更大比例的人口得到价廉的疫苗和药物。

这些做法从根本上说,是政府的责任,是政府卫生政策的体现,也是制定相关政策人的道德情操的体现。

## 第四节 同性婚姻、变性的伦理道德争议

### 一、同性恋及其原因

#### (一)同性恋的概念

同性恋在变态心理学中称其为性颠倒,即性对象的颠倒。这种人对异性不能作出反应,却能为同一性别所吸引,产生恋慕同性的情爱行为。

“只要是选择与自己相同性别的性伴侣,就是同性恋。”

同性恋不是一种“非意愿的”自然状态,而是一种“意愿的”行为模式。

金赛博士将同性恋定义为:“一个超过18岁,曾与和自己相同性别的伴侣有多次肉体接触,并因此达到高潮者,称为同性恋。”

弗洛伊德的性学理论,将同性恋分为三种类型:

1. 完全颠倒者;
2. 两栖性颠倒者;
3. 偶尔颠倒者。

著名性学家金赛将绝对的同性恋到绝对的异性恋分为7个等级:

1. 完全异性恋;
2. 大部分为异性恋,只是偶然同性恋;

3. 大部分为异性恋,多于偶然同性恋;
4. 异性恋与同性恋程度相等;
5. 大部分为同性恋,多于偶然异性恋;
6. 大部分为同性恋,只是偶然异性恋;
7. 完全同性恋。

《金赛报告》中称,男性绝对同性恋者的比率约占所有男性的10%,女性绝对同性恋者则占2%~6%。

#### (二) 同性恋的原因

对产生同性恋的原因,长久以来科学家们都在为此进行讨论,其主要观点有以下几种。

##### 1. 同性恋源于遗传

19世纪心理学家冯·克拉夫特·埃宾认为,同性恋源于遗传。但至今仍未找到同性恋基因。

##### 2. 异性恐怖说

精神分析学派认为,儿童时潜意识中种下的异性恐怖的种子,使其成年后害怕与异性接触。其根据是早期的心理——性发展,可以决定成人后的性心理与行为。

##### 3. 行为学说

行为学派认为,同性恋行为是受环境的影响学习来的。如在与异性交往中受挫,异性恋感情得不到正常发展,同时又受同性的诱导,就会产生同性恋现象。这一学派特别注重伙伴关系,认为偶然的机遇,特殊的性经历,如童年时受到同性恋者的诱导等,都可能是产生同性恋行为的原因。

##### 4. 生物学说

生物学派认为,在男性同性恋者中,尿中睾丸酮较异性恋者少,血浆睾丸酮浓度比异性恋男子低40%左右,精子的数量比异性恋男子少。女同性恋者血浆及尿中睾丸酮浓度较异性恋女人要多,但低于男性。这说明性激素对精神状态的影响是一个重要因

素。

### 5. 脑结构说

有研究表明,同性恋男性大脑中的两个部位与异性恋男性不同,基因也有差异。大脑解剖发现,同性恋者的大脑结构与异性恋者不同,特别是下丘脑的一组细胞要比异性恋者小数倍。专家们认为,在胚胎发育过程中,大脑接触性激素,而性激素会根据胚胎性别决定其今后的性行为方式,而一旦确定后便不会改变。同性恋者往往是在胎儿时,下丘脑神经受到破坏,造成成人后的性行为方式畸形。

到目前为止,同性恋的原因还有待进一步的研究探索,有关同性恋是先天或后天的讨论还在继续中。共同的认识是,同性恋如异性恋一样是自然的,也是正常的。这种论点将有利于同性恋者获得社会的同情和认同,因为他们生来就是如此,毫无选择的余地。多数人认为这不属于伦理道德问题。

## 二、同性婚姻及其伦理道德

评价同性恋行为是否道德要有相应的标准。传统的评价观点认为:一是要看其是否符合某些公认的伦理道德原则;二是要看其行为是否对他人造成伤害或损害社会的后果。

### (一)认为同性恋是不正当的

目前,对同性恋的行为,在伦理道德层面仍存在激烈争论。认为同性恋行为不符合伦理道德的观点主要有以下一些:

#### 1. 同性恋行为违反了某些公认的伦理行为准则

西方国家基督教认为,同性恋违反了伦理原则。中国儒家则认为同性恋违反孝道。这些观点都有一个共同认识,即性活动的唯一目的是生育,为了生育而性交,就是合乎伦理道德的,反之,一切非生育目的的性活动就是不道德的。同性恋属于非生育目的的性活动,因此是不道德的。

## 2. 同性恋行为给他人和社会带来危害

同性恋的多个性伴侣和随意性特点,是造成道德败坏,破坏社会风气的根源,容易引起犯罪。虽然同性恋行为不一定有多个伴侣,并能长期保持稳定的“婚姻”或“夫妻”关系,但这要承受很大的社会歧视和压力,通常只能到公园、街角进行,而这又破坏了社会风气。

同性恋有传播疾病的危险性。但是传播还是不传播,决定于性行为参加者本身是否有病,以及是否采取保护措施。异性恋者传播疾病与同性恋者相比,究竟哪个不道德呢?这是需要认真研究考虑的。

### (二) 同性恋是变态偏差行为

同性恋者的生理、心理与常人无异,若自己不主动表示同性恋身份,别人是很难知道他的同性恋身份的。同性恋是一种性取向,是他们不自觉地自然拥有的同性恋倾向。如果不妨碍社会和他人的任何追求个人意愿的行为,不应当受到干涉和歧视。

金赛的研究认为,人类的性取向是一个多元混杂、含糊难分的连续体,并不是非此即彼,互相排斥对立的,而是程度级别不同的等级度数。金赛认为,从人类历史开始,同性恋就是人类的基本潜能的一部分。

同性恋是否为病态,是否为行为偏差?肯定者认为,从“繁衍后代”的观点看,同性恋行为无法完成“生育”这一使命,因此,其行为是不正常的,是行为偏差。同性恋的产生是不正常环境因素造成的,同性恋当然就是不正常的。

### (三) 认为同性恋是正当的

有学者在研究中认为,从权利的观点看赞成同性恋,认为同性恋应当享有恋爱的基本权利。同性恋者有权选择自己的恋爱甚至婚姻模式。同性恋者应当享有与其他人一样的基本权利。

有关同性恋的争论,各有自己的理由。我们认为,世界天天在

进步变化,我们的社会也在发生意想不到的变化。今天我们社会伦理道德观念还不接受同性恋者,但是明天就有可能放宽尺度,慢慢地同性恋者将为人们所接受,为社会所容纳,因为,每个人都应当有追求自己生活方式的自由。

### (四)同性恋解放运动

世界上同性恋占人口比率最高的要属美国,曾有统计表明,同性恋占美国人口的12%,大约有2000万人是同性恋者。同性恋者组织在美国是一个强大的政治势力,但也有与其相反“耻辱”的呼声。而同性恋者则认为,他们并不是在争取任何特殊权利,而只是希望同性恋者能够拥有其他人能够享受到的平等生活权利,希望生活在一个没有任何歧视的社会里。同性恋者还希望能通过设立反对歧视法来保障同恋者不受迫害,这也是全球的社会现状。

目前,已经有法国、澳大利亚、丹麦、瑞典、新西兰、芬兰等国先后批准了有关的同性恋法规,由于国情差异,有的认可同性恋,有的认可同性婚配,而荷兰则使同性恋婚姻合法化。

今天,在世界大部分地区,尽管许多人仍在厌恶同性恋的人,但对同性恋行为的态度已经有了很大变化,由过去认为是病态、不符合道德的行为变得相对宽容,只要不违反法律规定,人们已经不再干涉。但从艾滋病流行后,根据同性恋间传播疾病的事实,支持同性恋人们的态度又有了深入的反思。

### (五)法律认可同性婚姻

世界上一些国家已经通过法律程序,将同性婚姻合法化。继荷兰、比利时和西班牙之后,加拿大在2005年7月20日由最高法院大法官贝弗莉·麦克拉克林签署“认可同性婚姻”的相关议案,议案随后在议会两院宣读,从而成为法律。

新法律赋予同性夫妇与传统婚姻中男女同等法律权利。其实,在加拿大10省3个地区中,8个省和2个地区已将同性婚姻合法化。2005年10月1日,在美国的康涅狄格州西南部城市斯

坦福德,两名男子办理了登记结婚手续。当天,康涅狄格州宣布同性恋婚姻合法化。

### 三、变性的伦理争议

在人类社会历史发展中,曾经有关于“为什么是一个男的,而不是一个女的”的记载,并有人企图改变自己性别的记述。中国古书中有关自然变性、人工“缩阳术”的记载,西方在1912年就有变性手术的记录。为什么有的人会有如此的性别变化要求呢?人们一直在争论不休。

#### (一)有关性别概述

性别是指人体上的男与女在结构、器官、功能等方面呈现区别的总称。法律上承认只有男、女,性别是人格权的一种象征,并在社会上规定不同的权利和义务。人类社会就是在这种男女结合过程中发展、变化、前进的。

从医学上讲,可以对人的性别变化区分如下:

1. 男性体质:生理、心理均符合现代关于男性性别的判断标准。
2. 女性体质:生理、心理均符合现代关于女性性别的判断标准。
3. 中性体质:亦称阴阳人或半阴阳人,即出生时有器官畸形,呈现出两性的性器官形态。大体上有6种类别:

(1)假半阴阳人,指一个人同时具有两性的性器官,但其没有正常发育。

(2)真半阴阳人,指一个人身体两侧各有一个睾丸及一个卵巢,都没有发育完全。

(3)女性半阴阳人,指一个人有一对卵巢,但其身体同时具有男、女两性一般特征。

(4)男性半阴阳人,指一个人有一对睾丸,但其身体同时具有

男、女两性一般特征。

(5)半身阴阳人,指一个人的身体一边有一个睾丸,而另一边有一个卵巢。

(6)内外不符性半阴阳人,指一个人外部的性器官完全属于一个性别,但内部性腺呈现与外部性器官完全相反的性别。

对以上一些畸形,外科手术整修成哪一种性别都是可能的。而对于变性欲者,如男性的变性欲者,身体是男儿身,但其思想是女性,于是就会有女性的心理去爱男性,对于这样的人来说,不是同性恋而是异性恋。究其原因,目前还难以给予明确的科学解释。

#### (二)变性者的特征

依目前文献记载,变性者有如下特征:

1. 智力正常,承认自己解剖、生理学上的特征,但确信自己是存在有与自己身体性别不同的性别。
2. 有变性欲望者,认为自己身体上存在性别特征表现,十分厌恶。
3. 自小就有变性的欲望,并随着年龄增长而强烈。
4. 从小就有异装癖好,并不断发展。
5. 变性欲望者对自己的性器官有强烈的厌恶感。
6. 变性欲望者性格内向,情绪不稳,拒绝心理治疗,只认为变性手术合乎自然的处置方法。

#### (三)变性手术及其伦理观念

有关变性手术在国外早已经进行,我国近年也有数例变性手术成功的报道。变性手术目前在法律上缺乏明确规定,在伦理道德层面尚存在许多争议。

经过变性手术后,是否还是同一个人?变性人在社会生活中是否会受到歧视?变性人的亲情、婚姻、家庭观念会产生怎样的伦理问题,也一直存在许多争议。

考虑到变性手术者的心理,其精神心理上有性别转换要求,经

过较长时间的观察后,综合考虑,可审慎进行变性手术。

从目前许多国家开展变性手术情况看,需要考虑以下一些条件,才能开展变性手术。

1. 手术前必须进行精神心理学方面的检查;
2. 对手术者家族关系、生活史与未来生活环境的调查;
3. 需要经过医生会诊后再作决定,并由有能力的医生进行;
4. 手术当事人的同意,如有配偶需要有其配偶的同意。如为未成年人,需要其监护人同意。

## 第七章 人类行为控制与伦理道德

使用药物和外科学技术对人类行为进行干预控制问题的争论中,主要涉及有关人的尊严和自主权问题。对此,进行一些简要的讨论。

### 第一节 行为控制问题与道德

科学技术的进步提高了医疗水平并增进了健康的手段和能力,特别是使精神科医生、神经外科医生、神经科医生改变病人思维和行为的能力成为可能,控制人的行为的手段,目前已经被临床医生们采用。那么,这种技术的应用能否被用来威胁个人的自由或控制异端的行为呢?这已经引起人们广泛的关注。

#### 一、有关行为控制的概念和种类

行为控制技术是企图利用这种技术达到解决个人和社会问题,以创造一个对个人来说新的生活环境。

##### (一)行为控制的概念

是指通过技术控制,使某人按某人的意旨行事的能力,或使其产生持续和随意的行为的诱发控制。行为控制通常涉及控制者和受控制者双方,即控制者一方通过某种技术方法使受控制者一方产生控制者所要求的行为。

## (二)行为控制种类

### 1. 信息控制

即通过说服、教育、心理等信息方式,将有关控制信息刺激信号传输到受控制者的大脑,通过其思维机制使其产生反应,影响其行为。

### 2. 强制控制

是指直接影响、操纵受控制者身体的过程。通过某种刺激使受控制者产生反应行为,达到影响受控制者行为的目的。这种方式往往是绕过受控制者的思维机制,通过物理、化学等手段,直接影响受控制者的身体,使其产生行为变化。

## 二、行为控制技术的应用

### (一)电刺激对脑的干预

#### 1. 电刺激的评价

长期以来科学家在寻找脑和行为之间的关系,电刺激方法就是被用来试验的方法之一。早期研究中发现,当使用电极刺激猴脑某一区域时,可以引出猴子某种动作,如一腿弯曲,或张开嘴巴,或改变面部表情等。当用动物试验刺激鼠脑同一区域时,老鼠可有不同的行为,有的去吃东西,有的去喝水,有的发生性行为等。这一试验表明,对动物脑相同位点的刺激往往能诱发出不同的行为。就是在同一动物中,对不同位点进行电刺激,也可能诱发出相同的行为。即在脑的一定位点进行电刺激,并不一定能引发出某种人们所期望的特殊行为。这些试验表明,在脑中存在许多不可控制的变量,说明受试群体的组成、动物的等级社会、个体的作用、性别、环境等因素,都对动物的行为起着重要的甚至是决定的作用。

研究结果认为,至今人们仍然没有找到能表明对大脑某一位点进行电刺激可以诱发产生特异的、可预言的行为的证据。同时

认为,每个人的生理、心理状态,环境等多种因素都会影响受试者的行为。

目前,许多神经生理学家都认为电刺激是一种对脑的粗暴手段,会破坏神经通路,影响正常神经功能,并不能达到精确调节神经通路的目的。

## 2. 对脑的干预伦理问题

对脑的物理干预大体上有三种方法,电休克、脑电刺激、神经外科手术。无论哪种方法都会使受控制者在主观经验上或某一功能上发生改变,产生某些不受自己思维控制的行为,因此,会产生许多伦理道德问题。

### (1) 电休克

电休克疗法是意大利精神病学家切雷列蒂和比尼法于1938年发明的,这是一种使用短暂、适量而无损伤的电流刺激病人脑组织,使其意识丧失和全身抽搐,以达到治疗目的的方法。在临床上用于治疗精神病的严重抑郁、木僵及兴奋躁动等症状,现在已经基本不使用了。过去接受这种方法治疗的病人,都缺乏表示赞同与否的认知能力,实际上是受控于医生,同时这种疗法极易使病人产生恐惧感,对病人造成记忆障碍、行动迟缓等后遗症。

从伦理道德分析,这种电休克疗法把对一个人的行为控制权置于另一个人的手中,病人自己是否主观同意,是否是自己的真实意愿,都无法回答,并且这种行为控制是通过外人直接操纵自己的脑进行的,这样就提出了许多属于伦理道德方面的问题:什么样的行为应该用这种脑电刺激来控制?由谁来作出这种脑电刺激决定?控制者对病人、对社会要承担什么样的责任?这种脑电刺激对病人的利害如何?这一系列涉及病人自主权、知情同意权等伦理道德问题,需要进一步研究,以更好地维护病人的权益。

### (2) 脑电刺激

生理学在研究脑功能时,早就采用脑电刺激的方法,在对大白

鼠的奖惩试验中,就已经证实通过脑电刺激对动物的行为可能产生影响。国外有文献报道,采用电遥控刺激丘脑的方法治疗神经方面的疾病,可使 80% 的帕金森病、60% 的其他震颤性麻痹的症状得到控制。将特制的电极置于人眼睑部位,通过电刺激可激活萎缩的神经,治疗病人的视力或听力。其他如假肢传感电刺激的应用,对记忆丧失病人的治疗等,都表明电刺激疗法在治疗神经方面的疾病上是可以取得一定疗效的,但用于精神和行为控制方面则必须十分慎重。

对脑电刺激疗法,我们主张在使用时要特别谨慎,需要得到病人知情同意,并经过伦理委员会的审查批准。

#### (二) 神经外科手术

神经外科手术是通过手术的方法治疗精神病的脑外科技术。主要目的是通过手术改变人的思维、社会行为模式、个性特征、情绪反应或主观经验等方面的脑外科手术,即用手术摘除或破坏脑组织,以改变其行为,治疗精神疾病。

神经外科的特点是,在手术中对正常和异常的脑组织都可能造成破坏,其手术的目的是为了改变脑功能或行为,而脑外科手术主要是为了摘除或破坏病变的脑组织。

神经外科手术的创始人是葡萄牙脑外科医生莫尼斯,他将猩猩的额前叶白质切断,发现猩猩变得非常驯服。1936 年莫尼斯把这种脑叶切断术用在病人身上,并因此获得了 1949 年诺贝尔生理医学奖。之后的 30 年间,全球约有十余万精神分裂症患者、强烈不安和行为异常的人、疼痛难忍的癌症晚期病人等接受这种手术。手术后精神病人症状好转,疼痛者不再感到疼痛,但接受这种手术的病人却失去了积极性,不再同他人接触,发生人格改变等。

20 世纪 90 年代,中国医学界报道了“选择性额叶皮层切除术”治疗精神分裂症,有效率达到 90.3%,经过这种手术后,病人精神恢复正常,不再攻击他人,还能参加劳动等。之后我国相继有

报道,使用精神外科手术改变人的行为来处理社会上的毒瘾问题,或其他诸如儿童多动症、同性恋、酗酒等等。这种滥用精神外科技术的现象可能会产生不良后果,对此,在医学界展开了激烈的争议,因为对行为紊乱的病人进行脑外科手术,确实值得商榷,如对术后造成的人格伤害等,说明人们对脑功能的研究仍需努力,所以,此种手术要更加审慎对待,不宜推广。

从伦理道德角度来分析,对人的脑外科手术要十分慎重,因为脑是人的主要器官,是意识、情感和个性的源泉。人脑是不可随意侵犯的。到目前为止,对脑的研究还有许多空白,用手术破坏的方法对人脑功能的随意干预,是不符合伦理道德的,所以应当禁止这种精神外科手术。另一种相反的观点认为,脑同身体其他器官一样,可以干预。

我们认为,在决定施行脑精神外科手术时,必须征得患者本人的同意,在本人不能表示时,则应由其亲属、朋友或法庭作出决定。目前脑手术技术并不是十分成熟,还处在初级阶段,许多脑手术是带有试验性质的,对此,在施行手术时必须考虑尊重病人自主权与为人类获得知识的一致性问题。从伦理学方面看,应当以维护病人利益为原则。在考虑个人行为正常或异常时必须十分慎重,因为从医学角度看,其界线也是十分模糊的,对此,必须从伦理道德和法律上有充分的考虑,防止行为控制技术被用于某种政治目的。

### (三)化学方法刺激

由于大多数人不愿意接受电刺激疗法,使用化学药物控制人的行为和情绪的方法已被越来越多地采用,其目的是通过化学药物改变行为、动机、情绪和思维等。据WHO统计,全球有4000多万人患有精神疾病,在群体中精神病的发病率大约为0.9%。而遗传因素在精神分裂症发生中有决定作用,现在使用抗精神病药物来治疗精神疾病发展很快,其共同特点是不仅影响患者的行为,也会产生许多不良反应,阻止了大脑边缘系统、锥体外系统及神经

内分泌改变等。

化学刺激类药物大体可分三类：治疗剂、非治疗性药物（能改变人的正常情绪，产生欣快感，如大麻、吗啡、催欲剂等）和改进能力的药物（咖啡因、安非他明）。在临床中使用最多的属于第一类治疗性药物，计有：

#### 1. 精神病药物

这类药物大致有催眠、镇静、改变情态等效用，多用于治疗控制妄想症、躁狂症、精神分裂症、青春期痴呆等疾病的症状，有助于病人回归社会生活。但使用这些药物并不能完全治疗精神病。同时也要注意，使用这些药物也有一些副作用。

#### 2. 抗焦虑药物

对精神病人几乎无效，但可起到稳定情绪、减轻紧张、改善睡眠、松弛肌肉等作用。主要用于治疗短期的焦虑和紧张心理，长期使用本药可能会成瘾，如巴比妥类药物等。

#### 3. 抗抑郁药物

此类药物多为丙咪嗪的衍生物、单胺氧化酶抑制剂或运动神经兴奋剂等，使用这类药物有助于病人减轻抑郁心理，参加社会生活。虽然多数药物较安全，但在使用中也要注意有一些毒副作用。

化学药物疗法的使用，被许多精神病人称为“化学紧箍咒”，在药物作用下使病人受到控制，其自由和自决权被取消了。但是从医疗管理方面看，为了社会和防止伤害他人时，其治疗方案也应当得到赞成。因此，有人提出人们应该如何对这类药物进行控制和管理？从生物、心理、社会医学模式观点看，人们应当改变传统的药物治疗方法，进一步重视心理社会环境的综合治疗方式，这种观点已经取得人们的广泛认同。

### 三、行为控制与用药道德

使用物理、化学等方法，对人体进行干预，影响和控制人的行

为,已经在医学中应用。这种使病人行为发生改变的做法,在医学伦理学、社会学和法学上都引起了颇大的争议和讨论。

#### (一)精神药物使用中的问题

在人群中精神疾病的发病率约为 0.9%,据 WHO 统计,全世界有 4000 多万人患有精神病。对精神病主要是通过使用抗精神病药物来控制精神病人的行为来治疗。这类药物有一个共同特点,即不仅影响患者的行为,而且还有许多不良的反应。这些药物可以使椎外系统及神经内分泌发生改变,如出现男子女性化乳房、乳溢、女子无月经及体重增加、视力模糊、口干、便秘和低血糖等,其中有些精神药物可以使实验动物致癌。

一些抗焦虑性精神药物对精神病人只有一些稳定情绪、减轻紧张状态、改善睡眠的作用,对精神病人似乎无效。此类药物还有松弛肌肉的作用,长期使用可以成瘾。若突然停药还可能发生停药症状。

抗抑郁药也有一些副作用,如导致心律及传导紊乱,如果此药剂量加大时,可出现幻觉、肌挛缩、抽搐及昏迷。精神运动兴奋药可以促使大脑释放儿茶酚胺,在一定情况下可诱发精神病、强迫行为,产生幻听、幻觉等,出现类似精神分裂症样妄想狂。这类药物由于对人有愉快作用,因此有被滥用的危险存在。对此医生一定要有所警觉。

如果精神病人出现反社会或伤害他人的行为时,病人的自主权就会被取消,这时医生只有运用法律的力量对病人实施强制性治疗。同时,在一些病人丧失理智情况时,病人也没有意识表示对治疗原则的态度。因此,在这种情况下,人们就必须考虑那些作用于精神的药物,如麻醉药是用于治疗还是用于达到看管精神病人的目的?

许多已经痊愈的精神病人认为,这些药物是一种“化学紧箍咒”,给病人用这类药,就会使其如同一具僵尸,很容易受医生和医

院的控制。病人自我感觉好像处于一台看不见的“绞肉机”中被使劲地绞着,失去了自由和人权。然而医院却认为这样很好,为维护医院的秩序,精神病人必须“服从”。这个问题在西方国家也同样存在,人们在探讨,医院这种行为是否违背人权?是谁给医生或医院这种管理病人的权力?

除了一些精神药物具有控制他人的作用之外,还有一些治疗药物可以使人发生戏剧性的行为改变。医生应该如何控制和管理这类药物呢?难道对精神病人的管理就只能用这类药物进行控制吗?

目前在我国,传统的精神病治疗已经有了新的变化。药物、心理、社会综合治疗方法已经取得令人满意的结果,它改变了单纯用化学药物控制病人的传统模式,使病人在社区、在家庭中,在音乐、体育、工娱等许多有益身心全面健康的活动中,积极配合医生,主动参与治疗,收到很好的效果。

## (二)使用精神药物的伦理道德

### 1. 两种对立的价值观

使用药物控制人的行为和情感,在医学伦理学界一直存在较激烈的争议,主要有两种不同的观点。

#### (1)药理主义观点

这种观点认为,人基本上是怀疑和厌恶所有控制精神的药物,特别是用于非治疗目的的精神药物。如果有一种药物使你感到舒服,那么,从伦理道德上讲,这种药物肯定是不好的。持这种观点的人认为,任何精神药物都是支持人体的拐杖,只有脱瘾才是最高尚的美德。

现代医学认为,身心健康可以通过使用语言的洞察力和自决来解决,而不是通过使用药物来达到目的;药物疗法在道义上是错误的,某些药物还潜藏着成瘾的危险以及对人体和精神的伤害。同时,因为使用者可能会对药物产生依赖性 or 使人体重要器官受损,严重者还可能导致后代染色体畸变。所以,即使在最困难的情

况下,人们也要认真努力奋斗去争取健康,而不是去寻找任何由药物给予幸福的捷径。人们应该通过自身的奋斗努力,调整身心,发展自己,以达到幸福的未来。

现在人们提议,要公众媒体加强宣传教育,强调人们要对药物使用的节制,反对放纵,加强对违禁药物使用的管治,努力减轻人类对药物的依赖。

### (2) 享受主义观点

持这种观点的人认为,人们应该利用现代高科技的优势,使人们的生活变得轻松舒服才好。所以人们都积极注射疫苗,以从药物中获得利益。人们都知道用麻醉药减轻手术的疼痛,骨折复位要使用止痛药或麻醉药,以缓解痛苦或不快。如果坚持不用药,乐意忍受疼痛,不是精神力量或美德的表现,而是愚蠢的和缺乏敏感性的表现。所以我们认为,为精神病人开药,是与希波克拉底的《誓言》相一致的。“我(医生)根据我的能力和判断力,采取所需的治疗方法,我以我的病人的利益为我考虑问题的出发点。”根据医生的判断和能力,给病人使用抗精神疾病药物,是符合为病人谋利益的观点的。

在现代对待精神疾病的态度与以往有了很大的变化。现在医学认识到心理社会因素在精神疾病中的作用,认识到精神与躯体的统一性,精神疾病已经是可治疗的疾病了。

### 2. 控制自身权利问题

为了解除痛苦,改变精神状态,使用药物进行自我控制,已经在医学伦理学、社会学和法学上造成了严重的问题。

有人认为滥用药物是个人的一种基本权利,然而医学伦理学家却提出:长期使用麻醉药难道是一个人决定自己生活方式的权利吗?应该尊重个人这种用药的自由吗?自由取得麻醉药是解决生活中难题的好办法吗?使用一种“快乐的药丸”获取幸福值得吗?药物是否会减少个人获得成功的行为动机?滥用药物所造成的症

状与精神病症状被模糊了。这些问题都需要认真研究,慎重对待。

如果用药成瘾,或长期、过量地使用一种药物,也往往会造成严重的伦理道德问题。一方面药物可能严重地损害使用者的身体健康,有的药物甚至导致患者精神错乱,引发攻击他人的行为;有的药物能诱发病人的自杀行为;有些药物还可能给自己的后代造成残疾。另一方面是由于药物成瘾者身体与心理健康都可能受到损害,整天处于病态之中,意志消沉,注意力和劳动能力下降,这必将给社会经济生产造成一定的损失。有的人甚至自此道德沦丧。

中国有统计说,每年用于治疗药物不良反应的费用高达10亿元,这必然使本来就不充足的卫生资源在分配上造成新的不公。

从社会学上讲,一个人的成长需要依赖所经受的“苦难”的磨炼,不经受社会化的磨炼过程,人就不会健康成长。医学伦理道德认为,药瘾病人侵占了他本应拥有的医疗资源份额,瘾君子所依赖的药物只不过是他的拐杖,依赖药物得到暂时的“快乐”、“安全”、“悲伤”、“忧虑”,或达到逃避现实的目的,这些行为都是错误的,不道德的。

从以上分析我们认为,社会应当有权限制个人使用药物的自由,因为这是符合社会人群的基本利益的行为,是符合伦理道德的行为。一方面要宣传教育群众,说明长期大量服用镇静药、安眠药物的危害,同时也要从医生处方上控制病人获得过量的镇静安眠药物。更重要的是社会要加强药品管理监督,控制任何非法拥有、买卖及供他人滥用的手段。我国对此已经有了专门立法,在这方面有专门的规范要求。如《药品管理法》、《麻醉药品和精神药品管理条例》以及《刑法》等,对一些毒麻药进行了严格的管理并规定了对违法者的惩处条例。

## 第二节 药物的全球滥用

### 一、药物使用中的道德

长期以来用药物作为预防和治疗疾病的手段之一,其目的一般来说是与医疗、预防目的是相同的,就是挽救和维持病人的生命,治疗或解除病人的疾苦,促进和维护人的身心健康。因此,在医疗过程中如何合理使用药物,正确处理用药过程中的有关问题,对医药人员来说是一个十分重要的道德问题。

#### (一)正确用药的道德意义

医和药是人类医疗卫生保健事业的两大支柱,是防治疾病、保障人民身心健康的重要物质技术手段,二者缺一不可。临床医生要依医德原则规范,作好对药品的微观分配,保障广大病人的切身利益。要按《药品管理法》的有关规定,给患者开出用药清单,体现出医生、医院的负责态度和对病人知情权的尊重。

#### 1. 要树立合理用药的道德观念

所谓合理用药,是指依据当代综合的医学、药学、管理学知识,明智地使用药物,以符合用药安全、有效、经济的要求。其主要原则是:尽量少用药,尽可能不联合用药,尽可能不用贵重药品。而那些违反合理用药要求与用药规则的表现,被指为不合理用药。不合理用药是一种全球现象,WHO的统计资料显示,全球1/3死亡病人的死因是不合理用药,而非疾病本身。2002年《深圳特区报》报道,我国2001年不合理用药的比例占到了全部用药的11%~26%,由此造成的药源性疾病导致全国19.2万人死亡。

在医疗活动中强调用药道德是为了医疗和预防的目的,只有这一目的才是符合伦理道德的行为,否则就是不道德的行为。合理用药主要表现为以下一些情况:

(1)用药目的是医疗本身需要,是为解除疾病痛苦、机能障碍或机体不适;

(2)用药是为了改善治疗疾病的各种操作,减轻病人痛苦,如手术中用麻药等;

(3)为了开发新药,以更好用于病人的治疗,如实验性治疗;

(4)为了恢复机体健康而用的营养药品,如各种维生素、滋补品等;

(5)预防用药及疫苗等。

当然在药物的使用方面,出现的问题是十分复杂的,医务人员必须对药物有一个正确的认识,所选用药物也必须要有科学、负责的道德情感,有一颗一切为病人着想的道德良心,才能作到科学合理用药。药物和所有医疗手段一样,也具有两重性,是药三分毒,即药有治疗疾病和有毒性致病作用。因此,从临床用药效果来看,符合用药道德的也可能给病人带来不良后果。所以医务人员对药物要有一个正确的认识,在使用中力求做到动机与效果、手段与目的统一。

## 2. 合理用药应注意的问题

在临床中病人的疾病不同,症状不同,而药物又是多种多样,就是药理作用基本相同的药物,在剂型上又千差万别,时效也各有不同。因此,对于医生来说,讲究用药安全、有效、合理、低费、低毒、恰当剂型等,是一个需要有足够医学、药学知识及丰富的临床经验和高尚道德情操的医生才能做到的。因此,在临床中如何选用药物,减少副作用,合理用药,确保病人安全,是我们医药人员的重要道德责任。为此,要注意以下几点:

(1)注意药物的作用,合理科学选用,对病人负责

医生要熟悉所使用药物的各方面作用,注意几种药物联合应用时所产生的增加药效或减低药效作用,这对于避免同类药物使用中的浪费,避免过度使用药物给病人带来的各种危害是有益的。

但现在临床医生不知出于什么目的,在对一些腹痛病人使用阿托品的同时又用颠茄片,有时还要加上杜冷丁;在使用消炎药物时是越多越好,几乎把所有的抗生素全用上才放心。其实这样做是不科学的也是有害的,浪费病人的金钱不说,还很容易使病人产生抗药性,其影响将是十分深远的。这一方面可能是医生的无知,严重点也可以说是医生别有用心在害人。

#### (2) 在用药中要注意配伍及其对病人的危害

任何药物对人体都可能是有毒性的,医生要掌握各药物单独或联合使用时的作用。有些药物有很强的毒性,有时为了达到治疗作用,使用量要大,使用时间又需要长久,此时应该怎么办?这就要权衡对病人的利弊,找出病人利益的所在,决定取舍使用。如为治疗菌痢使用氯霉素时,还需要加用磺胺类制剂吗?此时还要苯妥英钠来镇静吗?这就要考虑到氯霉素可能导致白血病,还能抑制苯妥英钠在肝中的转化,引起毒性反应。所以医生掌握各药物间的协同或拮抗作用,针对不同的病人和病情慎重选用,才是符合医学道德的。

#### (3) 建立合理用药的科学评价和管理机制

由于目前我国医院补偿机制不合理,药物政策调整频繁,公众的医药科学知识素质不高,药品质量参差不齐,医生合理规范化用药就成了目前的重要问题。从2001年11月卫生部首次举办的“合理用药培训班”中获悉,在合理用药行为中医生是起决定作用的角色。医生不顾疾病病情,大范围过度使用多种抗菌素,个个病人都给补液,造成用药方面的严重不规范和卫生资源浪费。为此,在此次学习中,重点研究了完善用药管理的规章制度问题,促进合理用药的措施等等,并将着手建立合理用药的相关科学评价和管理体系。

#### (4) 尊重患者用药的知情权

2001年新修订的《药品管理法》第58条规定:“医疗机构应当

向患者提供所用药品的价格清单,医疗保险定点医疗机构还应当按照规定的办法,如实公布其常用药品的价格。”这些法律约束就是为了保障患者的知情权,加强患者对医疗机构的监督,维护广大人民群众的根本利益。药品价格清单虽然是很简单的一页纸,却有丰富的内涵。它体现了以人为本、医患平等的理念,顺应医疗改革的发展方向,推开了医疗系统“透明服务”的沉重大门,把药品清单原原本本地向患者公开,既能赢得患者的信任,又能促进医务公开,减少医患纠纷,有利于推动医疗机构改革深入进行,是一件利国利民利己的好事。但是在一些医院中,一些医务人员对法律无知和淡漠,法律意识和道德责任感不强,什么《药品管理法》,什么药品清单,对此都一无所知。在使用药品方面,有法不依,执法不严的苦果,我们已经品尝得太多了。

### (二) 价值论与用药道德

药物的作用总是具有两重性的。因使用人的种族、性别、年龄、体质、血型、营养状态以及药物的质量、剂量、剂型等的差异,都可以引起人体的不良反应。尤其是在大剂量、长期服用某一种药物的情况下,不良反应则更加严重。

许多医学研究事实证明,大部分药物都同时具有治疗作用即正价值和不良毒副反应即负价值,这两方面作用都是医学研究的重要内容。很多药物在一定的剂量下,对人体是有治疗作用的,是有益的;但是在另外一种剂量下,却变成了毒药,甚至致人死亡。这就是药物客观存在的两重性表现。

医药临床应用的事实表明,很多药物在一定剂量下对治疗有益,而在另一个剂量下却变成了毒药。因此,用药要注意药物的两重性。使用药物种类越多,副作用也越多。据 WHO 报告,住院病人中大约有 5% 的人与药物不良反应有关。病人在住院过程中,还会有 10%~20% 的人发生药物不良反应。中国有调查显示,每年大约有 5000 万人住院,照此比例计算,5% 就是 250 万,

10%~20%就是500~1000万,这样庞大的数字,要引起人们的警惕。所以在1989年卫生部成立了“药品不良反应监察中心”,以加强这方面的管理。例如维生素C被认为是营养品,服用没什么副作用,其实这是错误的。有报道说维生素C高浓度静脉注射可导致溶血性反应,大剂量可形成血栓或突然死亡。又如当今减肥似乎成了时尚,在医药市场五花八门的减肥药品中,主要是以苯丙胺及其类似物,如盐酸甲基苯丙胺、苯甲吗啉等。尽管人们知道这些药物在控制体重方面作用不大,也不太安全,但仍有许多人在继续使用。科学家们一再指出,这类药物可以引起神经高度兴奋,而它的副作用就是能抑制食欲,继而减低体重。当几周过后药物就不再对体重减轻有效,除非加大苯丙胺的服用剂量,因此就导致了药物滥用,如长期服用就能导致服用者神经错乱、恐慌或生理功能紊乱。服用这类药物还有可能造成新生儿先天缺陷。滥用药物的危害人们已经清楚,但那些肥胖者还在要求社会关注他们的实际问题,希望用这些药物来解决他们的痛苦。我们有权力限制肥胖者滥用苯丙胺的自由吗?医生能随意开出肥胖者认为有益的药方吗?肥胖者本人用这些药是明智的吗?而我们的制药厂商,为满足肥胖者的需要,不断在变换花样,这些新药的毒副作用又会引起什么样的问题呢?

有资料报道,合用2~5种药物的病人不良反应约为4%,使用6~10种不良反应约为10%,合用10~15种药物不良反应约为28%,合用15~20种药物不良反应约为54%。另外,一些医生在临床用药中,还要注意两种心理状态,一种是对药物的过分信赖和依靠药物的心理,把康复希望完全寄托于药物。有这种心理的医务人员或病人,必然会主动要求多用药而不嫌其多并导致药物的滥用。另一种是拒绝用药的心理,这可能是由于担心药物的毒副作用,对药源性疾病的恐惧所造成的。这两种用药心理反应在医患中都可能影响诊断和治疗。因此,在临床中对病人要积极解

释,讲明药物的作用及可能的副反应,提高病人的心理承受能力;而对于医务人员,就要从掌握医药知识和道德观念上引导他们,作到科学、合理用药。

价值论特别强调医生的行为,即医生的用药行为对病人的影响。因为在医疗活动过程中,主动权始终掌握在医生的手中,用什么药,是否需要联合使用,只有医生才能下医嘱选择用药。从这一点说,医生是进行医药卫生资源微观分配的人,他们的医药知识和医德水平,将直接影响病人利益乃至他人或国家的利益。如稀有药物给谁,给这个病人几种药物才符合科学与道德,用贵重药还是用普通药,其中的许多道理是不言自明的。

但是也要认识到,科学和符合医学道德的用药也并不意味着就绝对没有负价值,即也可能产生副作用,影响病人的疾病治疗与健康。临床中对用药方面的这种判断,是十分困难的事。在评价药物的正或负价值时,医生要知道起主要决定性治疗作用的效果,知道副作用的次要地位和不可避免的情况,认真作到审慎选择,仔细观察,合理处方,一心为病人。

### (三)药源性疾病

国外有报道说,目前药源性疾病约占常见病的8%;药物引起的医疗事故占医疗事故的30%;药源性疾病病人入院率约占住院病人的2.9%~5.1%。美国有统计表明,在死亡病例中有3%以上是由药物事故所造成的。导致药源性疾病的原因很多,其中滥用药物是造成药源性疾病的主要原因,药源性疾病是滥用药物的严重后果。

#### 1. 药源性疾病的含义

WHO药物依赖委员会对滥用药物的定义为:“跟正常治疗实践不一致,或长期或偶然地超量使用与疾病无关的药物。”这个定义有两个要点:一是与治疗目的不一致的用药,二是不合理的用药。

一般来说,不合理用药即不适合病人的病情,影响病人的生理

状况,给病人带来一定危害的用药,称为滥用药物。滥用药物是指在临床中无用药指征,不顾病人实际需要,不考虑病人后果的一种违背医学科学规律的用药。药物可以治病,也可以致病,“用药如用兵”,一不小心会招致严重后果,这种比喻和说法有很深的医学道德内涵。

目前出于种种原因或目的,过度用药,无指征的用药不少。滥用激素类、抗生素类、维生素类及滥用各种补药更是屡见不鲜。有资料报道我国某大医院,抗生素合理使用率只有40%。当今滥用药物已经引起世界各国的关注,并纷纷采取措施,制定相关法规,对药物的安全性和有效性进行监督,以保证广大人民群众用药安全。

## 2. 药源性疾病的状况

现代社会生活中,人们生活和工作节奏加快,竞争使人们的紧张度增加,使人们处于忧伤和悲痛之中,身体不适就成了家常便饭。为了求得安宁,一部分人便频繁地求助于各种药物,如抗焦虑药、止痛药、镇静药和催眠药等,以求获得特殊的快感、舒适感,达到控制自己行为的目的。如果是小剂量不起作用后,他们便会逐渐加大剂量,于是就不知不觉地在心理上和生理上形成了对药物的依赖,即产生了药源性药瘾,如安眠药严重成瘾者,麻醉药成瘾者等。这些药物成瘾者一旦中断用药,不仅会出现无法忍受的戒断症状,有人还会陷入没有药物就难以活下去的境地。报刊中已有不少报道,讲医院工作人员利用职务之便和管理制度的不完善,使杜冷丁成了毒品的重要代替品的实例。

当今,药源性药瘾已经成为一种世界性疾病,它几乎与酗酒、吸毒一样都属于社会病,极大地危害着人类的健康、文明和社会进步。现在世界上无论是发达国家还是发展中国家,药瘾的发病率都很高。在英国的成年人中大约有40%的人每天都服用不同的药物,而在同时接受1~5种药物的患者中,有18%的人受到药物

副作用的危害。在美国因药瘾挽救无效而死亡者占死亡人数的25%以上,因吃药而送命的人比被谋杀的人多三倍,比死于车祸的多一倍,药瘾死亡成为美国的第六大死因。

在我国药瘾也正在成为一种严重的社会问题,主要表现是滥用抗生素、滥用心血管药物、滥用解热及止痛药物。北京一份调查资料表明,在1000多万北京人口中,药物依赖者有2万多人,其中女性多于男性,山区多于平原,城乡之间无差别。据2002年1月26日《深圳日报》报道,药瘾者每人每年服用镇痛片12.5片,平均服用年限为7~9年,相当于每人累计服用“非那西汀”7.3千克。分析得出多数患者有成瘾性格,如意志薄弱、多愁善感、优柔寡断、缺乏自信和自制力、依赖性强、情绪易激动等。1989年在北京安定医院成立了我国第一家药物依赖治疗中心。现在全国几乎各省市都有了相似的治疗组织,用于治疗药物依赖或强制戒毒治疗。目前我国由于多方面原因,如医生的不负责任,药店不遵守非处方药与处方药的规定,加上药品管理的漏洞等,也使滥用药物有增无减,同时也为吸毒开了方便之门。

### 3. 药源性疾病的原因

产生药源性疾病的原因大多与临床疾病的治疗用药有关,因此,必须从药物的使用角度来分析产生药源性疾病的原因。大体上有以下几种情况:

#### (1) 医务人员源性

作为治疗主体的医生是掌握用药的主宰者,是决定用药品种和药物剂量大小的人。如果医务人员的责任心不强,医疗技术水平低,对药物的理解和掌握水平不高,就不可能针对病人疾病情况,选择恰当的药物。如果医务人员的道德责任感不强,也不会去认真思考用药的价值,不计后果,随意处方用药,其结果也是有害的,这是产生药源性疾病的主要原因。在临床中常见的医生方面的原因有:

- ①不认真考虑病人体质或忽视病人用药史；
- ②不熟悉药物的毒副作用、远期作用和使用药物相互间的作用及配伍禁忌；
- ③用药方法不当；
- ④随意使用无明确治疗目的的药物；
- ⑤照书本使用，忽视病人个体差异和病情变化。

以上这些由于医生方面的原因，还可以列举许多，如为回扣开药，为推销开药，开失效过期的药，为试验开药，为减少医院损失开药等，都可能造成药源性疾病。

### (2)病人自身源性

病人自己方面的原因也是造成药源性疾病的原因之一。当今人们对健康的追求一天比一天高，媒体广告对药品的宣传已经达到了前所未有的程度。一些人稍有不适就要开药服用，以期达到健康长寿的目的。这样就造成了不听医生劝告，私自买药，向医生指名开药，不遵医嘱吃药等情况时有发生。特别是一些病人由于缺少医药知识，听信传销人员、药品推销员的宣传，加上又不了解自己到底是患了什么疾病就乱用药物等，都是造成药源性疾病的重要原因。

### (3)社会源性

社会源性的滥用药剂也是目前需要解决的一个社会问题。特别是药品管理部门执政能力有待继续加强，管理力度还不够，或听任假药在市场销售，或对虚假广告不加干涉，对所谓街头义诊卖药，对药店经营管理人员资格认证和素质规范管理力度不够，对新药的审批、对临床药物试验的管理偏差等都是目前造成社会上对药品管理失控的原因。而这些正是造成药源性疾病的社会原因。虽然现在开始加强了对药店的管理，对方剂药与非处方药的管理等也出现了可喜成果，但真正实现有说服力的药品管理和使用还需一段时间。

另外,由于医院经营方针的不端,医、药还没有从根本上分开经营,卖药成了医院收入的主要渠道,开大处方,乱开药难以禁止,也是造成药源性疾病的重要社会原因。

#### 4. 药源性疾病的后果

滥用药物的后果是十分严重的,可以归纳为以下几个方面:

##### (1) 病人对药物的依赖性

表现为精神依赖性和生理依赖性,这不仅危害病人的身心健康,影响病人的生活能力,有时也影响病人的正常思维,进而影响病人的人际关系、家庭关系,并可能带来一系列的社会后果。

##### (2) 药源性疾病

##### (3) 医药卫生资源的巨大浪费

##### (四) 用药误区中的道德行为选择

人生在世,谁没用过药? 药物是人们诊断、治疗和预防疾病的重要武器,要明白怎样对待这个武器,如何使用这个武器。应当在明确诊断的情况下,根据药物的适应症和作用选择使用药物。用什么药,怎样用药应该是医生的职责。然而在日常生活中,药物可以经处方获得,也可以从药店买到。因此,要从医生做起,明白用药的意义,要从对病人负责,一心为了病人的目的出发,正确选择用药,千万不要由于个人的原因或私利或其他因素,影响病人的用药。所以在临床中要注意以下几点:

##### 1. 要克服药品价格高疗效好的认识

价格并不代表药物效用,评价药物唯一的标准是安全、有效和质量。要认识到药品价格与药物质量、作用并无必然联系。药物价格是受多种因素制约的,如原料、工艺设备和条件、生产规模、管理水平、劳务以及药品包装、广告宣传费用等。所以要明白,药品价格与疗效无必然联系。

##### 2. 不要盲目追求新特药

医药工业是一种朝阳工业,全球的新药上市层出不穷,据不完

全统计,从 1970 年到 1989 年间,平均每年上市新药约有 50 种以上。新药给人们增加了与疾病作斗争的武器,但广告的轰动效应也使病人和医家存在使用新药的迫切心理。由于新药也需要有一个临床试用过程,许多不良反应或副作用需要时间来证实,几年之后便退出药品市场的药物也不在少数。所以用药首要的是安全。

### 3. 不是用药越多越好

药物治疗在于对因和对症的治疗,急则治其标,缓则治其本,在一些情况下也可以标本兼治。前面我们已经讲过,多种药物的联合使用会造成许多不良反应。据统计,2000 年我国因药物不良反应住院者约有 250 万人,这真是一个惊人的数字。

### 4. 抗生素不是万能药

抗生素是一类治疗细菌感染的药物,使用时需要明确感染细菌与抗菌素的抗菌谱作用特点相匹配,千万不能滥用抗生素以防止产生抗药性或副作用。不少抗生素对人体肝、肾等器官是有毒性作用的,对此,医务人员和病人都要明白。

### 5. 补药不能医百病

生命在于运动,药补不如食补,这两句至理名言要牢牢记住。所谓补药的作用就是调节人体的免疫功能,使机体恢复平衡,维持机体与内外环境的统一。世上医百病的药是没有的,这种想法也不切合实际,应当辨证论治,反对盲目进补,以防发生不良反应。

### 6. 中草药也有副作用

祖国医学是一个巨大的宝库,许多中草药至今仍延续使用。但是在使用中要注意药性及作用,掌握配合禁忌中所谓的“十八反”,要克服中草药无副作用的偏见,以免给病人造成危害。

### 7. 偏方不一定能治病

偏方是人们防治疾病的经验总结,总的看来缺乏严格的医学科学试验,其安全性及有效性尚需要检验。因此,不要滥信偏方治大病的传说。

### 8. 药品广告不能全信

药品广告的目的旨在推销药品,其内容要按《广告法》的有关规定进行宣传。药品是特殊商品,广告宣传必须科学地、实事求是地反映药品的有关使用知识,不能夸大药品作用。对当前媒体上的药品广告要提防一点,不能全信,必须仔细阅读药品说明书。

#### (五)合理用药的道德

祖国医学历来重视合理用药问题,许多古典医籍中都提到医生如同法官,用药如用刑、用兵。医生草率用药可以杀人。药物作用的两重性和临床医生的不合理用药所带来的后果都告诫医生们在用药问题上,应该以科学与伦理道德为基础,按最优化原则慎重选择应用。在临床用药中,医生应当力求作到合理用药:

#### 1. 严格掌握适应症

严格掌握用药的适应症是保证用药安全有效的基本原则,没有明确的疾病诊断就盲目用药,是滥用药物的表现,也是一个临床医生所不能允许的不道德行为。如有些发热或疼痛病人,在未有明确诊断前,就轻率投药退热解痛,这不仅不能消除病因,还有可能破坏机体的正常功能,掩盖疾病的主要症状,给正确的诊断与治疗造成困难。所以掌握用药的适应症是一个好医生的道德情操体现。医生不能忽视了疾病的适应症,要认真考虑病人的心理因素,不能随意用药,特别是在使用毒麻药时,就更要注意应当严格掌握适应症。

在临床用药中有些药物可能出现与治疗目的相悖的作用,对此,医务人员不能忽视,否则会导致严重后果。如最近有报道讲:镇静催眠药引起兴奋不安;抗心律失常药导致心律失常;降压药使血压升高;抗组织胺药引起过敏反应;平喘药加剧哮喘;糖皮质激素诱发加重感染;抗癌药促发肿瘤;抗癫痫药加剧癫痫发作等,都是药物在使用中产生的矛盾效应。所以必须合理用药,一定要按医嘱用药,以免造成不良后果。

## 2. 力求安全有效

由于机体不同,疾病的表现也有差异,即使对症的药物,对不同的病人来说,在使用时也要考虑药物的剂量和病人对此药物的耐受能力。特别是在使用一些高效、安全范围窄、在机体内代谢慢不易排泄的药物时要更加小心,一定要考虑病人机体状况、过去用药的有关情况,认真观察用药的反应与效果,适时调整用药。而不问病情地盲目用药,就容易给病人增加痛苦或不必要的负担。所以医生在用药时一定要保证病人用药的平安有效,如果用药不能保障病人的安全和有效,增加病人的痛苦或经济负担等,都是不道德的。

## 3. 尊重科学原则与经验

用药要严格遵循医学科学原则,注意病人的个体差异、病情差异以及病人对药物的耐受性等。药理学有关剂量、治疗作用与毒副作用,对细菌的药物敏感情况等都是医生选用药物时所要遵循的科学原则。病人性别、年龄、病情不同,机体对药物的耐受性也不一样,所以在用药时必须认真考虑,按病人情况灵活用药。经验是医生在长期医疗实践中的重要财富,它可以帮助医生决定用药的取舍,有时会产生很好的效果。但在临床实践中医生必须以科学态度来思考,以负责态度来行动,这样才能作到科学合理地用药。对婴幼儿和老年人要注意剂量酌减;对异体质的人,常规的剂量也有发生过敏的可能,要禁用;对脏器功能不好的病人,要考虑药物存在的蓄积而中毒等。所以用药讲究科学性、灵活性是一个重要的原则,有道德的医生对此是十分关注的。

在用药的方式与剂量上,更要以科学态度对待,是口服还是注射,是肌肉注射还是皮下注射都要遵循科学要求,不能随意而行。报纸曾报道说,一个病人不愿意静脉滴流,医生说不滴流也行,那就喝了吧。这就是一个明显不尊重科学给药的不道德行为。剂量对病人的重要性在于它关系到病人的生命。有些药物是以毫克或

微克计,多一点对人体都会造成极大的危害,对此,医生要有高度的认识。

#### 4. 合理配伍减少药物的副作用

药物的两重性即治病或副毒作用,是客观存在的事实。医生在用药时对此要有充分的认识 and 了解。如硫脲类药物对甲状腺机能亢进有治疗作用,对骨髓的造血机能有抑制作用,医生要不了解这些药物的基本知识和性能,只追求一个方面,就容易对另一方面造成危害。因此,医生在用药时要根据药物的性能特点,恰当选择,扬长避短,合理配伍使用,才能发挥药物的最佳效力。但是医生也要注意配伍用药的“队伍”也不是越长越大才好。因为药物的数量太多,不良反应的发生率和死亡率也就越高。对于一些容易引起过敏、变态反应的药物,必须按规范要求做过敏试验,并随时准备好抗过敏药及急救药品,做到常备不懈,以备抢救。

#### 5. 注意近期与远期效果的统一

使用药物时,在考虑对病人治疗的同时,也要认识到药物可能对病人造成的机体损害,要做到在取得病人近期疗效的同时,还要考虑到病人的长远利益,包括对病人康复以后的机体影响、经济影响等诸多方面。如果只为迎合病人心理要求,或图药到病除,给病人大量抗生素或某些贵重药品,都可能为以后的治疗设置障碍,一旦再次生病后,使用抗生素就不灵了。

#### 6. 谨慎使用毒麻药品

按照国家有关药品管理法的规定,对毒性药品、麻醉药品、精神药品等实行分类特殊管理,医务人员在使用这些药品时,要严格按照有关规定谨慎使用。医生在使用这些药品时最主要的问题是在了解有关药物的性质后,要特别关注这些药物的成瘾性、依赖性和安全性。毒性药品的作用剧烈,安全范围小,必须严格掌握适应症,不乱用、不用错,坚决执行限量使用的原则规定;对麻醉药品和精神药品,要注意它的成瘾性和依赖性,防止因为医生的过错,导

致病人由于用药而致的成瘾或依赖。一些医院对麻醉药管理不善,或医生参与毒品交易的事实,使我们必须认识到对毒麻药品加强管理的重要性的对医务人员教育的迫切性,因为,这种行为不但是不道德的,也是法律所不容的。

### 7. 选择用药与考虑病人负担

用药如用兵,用药的的目的是为了治病,这是医生选择用药的唯一目的。中国医学科学院巴德年院长说:“能用最低廉方法治好病人那才是名医高手。”这句话真正体现出医生高尚的道德情操。如果廉价药能达到治疗目的而不用贵重药,这个原则无论从治疗角度或经济角度看,都是正确的符合最优化原则的,因此,这种行为也是道德高尚的行为。无论是公费病人还是自费病人,都要注意到国家卫生医药资源的缺乏,医生在掌握卫生医药资源微观分配权这一位置上的重要社会作用。现在有的医生在用药时常考虑与药品回扣的关系,不少医生往往受利益驱动,不顾病人后果乱用药,对此,我们要有一个正确的态度,决不能允许医生有以开药得回扣的方式获取个人好处的行为。我们相信随着新药品管理法的实施,主管部门整治力度的加大,这一领域的问题将会得到解决。我们社会当然希望“能用最低廉方法治好病人的名医高手”多一些才好。

一个有道德修养的医生,应在用药问题上出于公心、秉公办事,要考虑社会公益,不徇私情,为了病人利益尽量使用廉价药,不能用药品来作交易,作出一些不道德的事。

### 8. 注意药物的心理效应

现代生物、心理、社会医学模式认为,在疾病的诊断与治疗中心理因素是十分重要的,为此在疾病的诊断与治疗过程中,要始终注意病人的心理效应。病人对使用药物的认同,病人主动积极配合医生的治疗,对提高药物的治疗效果是很重要的。药物能起积极的治疗作用,一方面是药物的理化作用,另一方面也与病人的心

理状态有关。病人信任医生,信任医生为他选择的药物和使用方法,那么他就会主动配合治疗,也会取得较满意的效果。为此,医务人员要注意自己的言行举止,取得病人的信任,同时更要关心病人的心理情绪变化,使病人能处在一个良好的心境下,积极配合药物治疗,那么治疗就会有效。

### 二、体育竞赛与滥用药物问题

发展体育运动,增强人民体质,是我国体育运动的宗旨。增强体质,提高工作效率,健康长寿,可以说是每个人的本能愿望。为此,人类自古以来就积极想办法来提高自己的体能,以争取在竞争中获胜。随着社会的发展和体育比赛日益受到全世界的关注,有人就开始服用某些药物以提高比赛成绩。从医学保健角度讲,滥用药物不但有违体育比赛道德,更有可能给运动员带来生命危险,必须引起特别的注意。

#### (一) 体育中的药物公害与斗争

在体育竞赛中服用兴奋剂早有记载。据文献记录,在古罗马举行的二轮马拉战车竞赛中,选手中就有人用蜜和水的混合物来喂自己的赛马。1879年法国选手在体育比赛中就使用了以咖啡因为主的混合物,比利时的选手使用了酒精浸泡过的砂糖。以后相继有人服用硝化甘油、海洛因、可卡因等药品或毒品。这些做法,从医学和人体保健角度看,滥用这些药物或毒品,有可能给运动员带来生命危险。

进入20世纪以来,兴奋剂的使用有急剧蔓延之势。几乎所有的体育项目中都可查出服兴奋剂的运动员。使用的药物品种也十分繁多。如1908年英国和比利时拳击选手使用了马钱子硷。在20世纪20年代,使用磷酸盐化合物;50年代用安非他明、盐酸硫胺、甲基硫胺等兴奋剂。在体育比赛中使用兴奋剂开始泛滥成灾,此事被医学和伦理学界强烈批评和谴责,但使用兴奋剂的运动

员却没有减少。如 1952 年在奥斯陆冬奥会上,在七百多名教练员、训练员及其助手中,有 35%的人使用了安非他明。1961 年意大利足协 A 级俱乐部的球员中,就有 94%的选手使用了各种违禁药品。进入 80 年代,在体育竞赛中使用兴奋剂进入了一个高潮,一些世界级顶尖选手因此创造了人类体能极限的佳绩,前苏联、东德曾强迫给运动员注射兴奋剂。也有人认为使用兴奋剂等违禁药品是不可少的。到了 90 年代,在体育比赛中使用兴奋剂更是有增无减,只不过更为隐蔽,更难查出兴奋剂而已。

在体育比赛中使用兴奋剂违背了体育比赛的公平、公正原则,同时使用兴奋剂也会给运动员带来生命危险。这种由于使用兴奋剂所造成的严重后果,在许多年前就已经出现。1886 年巴黎自行车比赛中途英国一位运动员退出,后查明因为服用了兴奋剂,1960 年罗马奥运会上丹麦自行车运动员由于服用了兴奋剂而中毒死亡。1968 年以后相继发生了美国、德国、法国等国运动员使用安非他明和血管扩张药而死亡的事件。

对体育比赛中服用兴奋剂的斗争,早在 20 世纪中叶就开始了。1968 年国际奥委会宣布了一份违禁药物名单,同时规定了对违禁药物的检查和性别检查。这种局面是民族主义和商业主义在作祟,还是体育界把比赛优胜者视为英雄造成的?还是比赛优胜者的巨额奖金或一夜变成富翁的思想,在要钱不要命的金钱驱使下,所结出来的恶果?现在对兴奋剂的严格检查和对服用者的坚决处理,正是对体育比赛公正和公平精神的体现,是一种体育比赛伦理道德的回归。

有关在体育比赛中严禁使用药物或兴奋剂之类的规定,已日益受到全球的关注。各种体育组织或国家相关部门都对运动员实行严格的药检,一经发现坚决处罚。自 1970 年世界举重锦标赛到 1992 年巴塞罗那奥运会,对兴奋剂的检查更为严格,共查出违禁药物 107 种之多,处罚了近百人。1996 年亚特兰大奥运会后虽然

检查更为严格,但仍有人蒙混过关了。至今,反兴奋剂的斗争仍是国际体育界的当务之急。到2002年盐湖城冬奥会上仍有运动员使用EPO违禁药物被处罚。

随着国际比赛的增多,我国在20世纪80年代后开始出现了兴奋剂,并有逐年增加之势。中国坚持“严令禁止,严格检查,严肃处理”的方针,在1988年公布了《举重运动员使用违禁药物的处罚暂行办法》,1992年成立了中国奥委会反兴奋剂委员会,并在1995年的《中华人民共和国体育法》中规定了“在体育运动中严禁使用禁用的药物和方法。禁用药物检测机构应当对禁用的药物和方法进行严格的检查”,反映了中国政府反兴奋剂的决心。世界各国反兴奋剂的决心和态度是一致的。美国在1991年对类固醇实施控制法,贩卖或拥有者要判处五年徒刑。之后英国宣布,运动员服用兴奋剂者,将终生不能参加比赛。德国法院曾判处提供兴奋剂者有罪。法国将资助体育的资金用于反兴奋剂斗争。然而这些办法仍不能根本解决使用兴奋剂的问题。一些国家的体育官员在担心,如果自己的国家采用反兴奋剂的措施超过了其他国家或奥委会所采取的措施,那么,自己国家的运动员在比赛中就会处于劣势。于是就出现了以保护个人隐私或行政干扰等手段对抗兴奋剂的检查,所以服用兴奋剂在全球体育比赛中仍然是禁而不止,体育比赛中仍然接连不断出现顶尖运动员使用违禁药的丑闻。

#### (二) 体育竞赛中使用药物的利与弊

众所周知,医药产品是用于治疗疾病的,是对病态的人起作用的特殊商品,而对于处于正常状态下的人不表现出疗效。对处于安静状态病人的某一机能起亢进或抑制的药物,用到没有疾病的运动员身上,是有效还是无效是很难证明的,也可能一些药物对运动员能力的提高根本没有作用,甚至产生副作用。仔细分析这些药物,按生理和药理作用有以下几类,有一百多个品种,还处于增加之中。

刺激剂类兴奋剂,主要通过神经系统起作用,使运动员达到增强精力和体力的作用,让运动员比赛时发挥更好。其有害之处是会导致运动员过度兴奋或焦虑,失去正常判断能力,有时超极限发挥容易导致受伤,甚至造成猝死。如安非他明及安非他明的衍生物(毒品),可卡因等药物,可以暂时提高活动性,提高运动能力,但是也会引起中毒、死亡,也会出现戒断状态。

镇痛剂类,包括麻醉镇痛药,品种繁多,有吗啡、海洛因、阿片生物碱等。其作用是在止痛的同时,产生欣快感觉,在比赛中容易进入极佳竞技状态,运动员可以产生出一种超越自身能力的幻觉,这就易导致受伤等严重后果。这类药有成瘾性,处理不好会导致复杂的社会和法律问题。

类固醇类,其作用是刺激肌肉快速生长以加强力量。举重、田径、健美运动员常用。由于此药影响运动员体内激素的平衡,导致性功能紊乱,发生第二性征改变。男性服用后性格暴躁,充满敌意,秃顶,易发生性侵犯行为等。有时会造成思维紊乱,情绪波动,甚至潜在诱发癌症。

$\beta$ -阻断剂类,这是一类有镇静作用的药物,如心得宁,其作用是使心率减慢,从而造成心有余力不足的错觉,容易发生超越自身能力的伤亡事故。

利尿剂类,其作用是加速人体排尿,用于限制体重,以暂时减轻运动员体重。由于本药可以迅速从体内排出,容易逃避药检。但由于此药同时引起钠、钾的丢失,容易导致心脏、骨骼肌功能失常。此外利尿剂还有毒性,可以引起胰腺炎及黄疸等病症。

生物工程兴奋剂,这是一种近年出现的生物高科技产品,如促红细胞生成素(EPO),能刺激体内的红细胞生成,大大提高运动员的耐力。因为人体红细胞只要增加十分之一或百分之一,就可以使运动员的竞技成绩大幅度提高。但它会损害心脏功能。由于红细胞生成素可以由人体内部不断地合成,要想检测出来是比较困

难的。但 2002 年 2 月冬奥会上仍然通过药检宣布将 Darbepoetin 列为违禁药物,并取消了三名选手的奖牌。

### (三) 禁用兴奋剂的伦理问题

体育是一种由人们创造的有很高欣赏价值的文化,体育竞赛是人体能力最大限度的发挥,是一种力量和美的较量,是一种实力的竞争。

长期以来体育比赛中充斥着滥用兴奋剂的丑恶行为,对此体育行业内或医学家、伦理学界都进行了斥责,大家一致认为使用兴奋剂是不道德的行为。

1. 使用兴奋剂对人体有害,是有损于人体健康的不道德行为  
使用违禁药物会对运动员造成机体损害,有的药物还具有潜在的致癌作用,一些运动员猝死运动场的事例,就是最好的证明。

2. 使用兴奋剂对体育比赛是欺骗行为,使体育比赛变得不公正、不公平

使用某些兴奋剂虽然能够取得一时的成绩,但这毕竟是人为造成的,不是机体自然能力的发挥,这就违背了体育竞赛的宗旨。这是一种用“偷偷摸摸”的手段来达到提高竞赛能力从而取得胜利的行为,是一种欺骗行为,是与体育竞赛正大光明的精神背道而驰的。这种不公正和不公平的行为应该受到道义上的谴责。

3. 使用兴奋剂容易产生药瘾,对个人或家庭、社会造成严重的危害

违禁药物大多是镇静药或刺激剂,这些药物使用后多容易成瘾。这样不仅在运动场上给体育比赛带来欺骗和不公,而且对个人家庭生活或社会生活都会造成十分有害的甚至是破坏性的影响。从社会道德和社会治安角度看,药物成瘾所造成的危害是十分严重的。

#### 4. 使用兴奋剂提高运动成绩受到普遍谴责和憎恨

使用违禁药物提高运动成绩,不但受到运动员同行们的谴责,也受到全社会的憎恨。人们不会再信任使用违禁药物不讲体育道德的运动员,并会蔑视他们。如马拉多纳屡次吸毒及使用违禁药物被曝光后,球迷们愤恨地说:“一个神话破灭了,迭戈是个伟大的运动员,但他是个小人。”阿根廷国家体委主席说:“这是国家的耻辱。”

#### 5. 要合理地提高运动成绩,达到公平竞争

我们认为符合体育竞赛道德的行为,大致有以下一些:

(1)合理的训练与合理的调整,使训练、比赛与调整科学地结合起来。这里既有统一的要求,又要特别注意运动员个体差异,采用心理学、运动学等综合学科理论,指导运动员的平时训练和竞赛调整,以期在比赛中发挥最好潜能。

(2)合理的营养调理,保证运动员的体能所需。这也要根据运动员个人状况和参加的体育竞技项目的要求来进行,达到既保证营养又控制好体重。使运动员处于一种良好的体能水平,为竞赛作好准备。

(3)补充运动消耗。由于运动员参加的项目不同,机体条件不一,所消耗的物质就有所差异。对此,一定要解决好运动员的营养补充,以防止各种维生素的缺乏或某些营养方面的缺陷。

(4)要通过正常的医学手段解决运动员的伤病或疲劳恢复。一旦发现运动员有伤病,就要从保护运动员出发,认真医治和防止加重。不能不顾运动员的伤病,强行其参加比赛,这样容易造成不可挽回的后果,对此,一定要尊重、爱护运动员,使运动员的人格权利不受侵犯。对疲劳等症状,也要采取积极的医疗处置,通过积极调整,促其早日康复。符合道德的做法是一定不能用药物来消除疲劳。对使用某些能源物质如葡萄糖、氯化钠、维生素、水等,不应被看作是违禁药物。如马拉松比赛时,允许运动员补充这些物质。

又如运动中产生许多乳酸、丁酸等,都需要用氧来处理,此时,适当补氧有利于消除疲劳。现代人们要用理性的方法处理这些运动问题,使运动员的体能得到发挥,竞技水平得以提高。

## 第八章 临终关怀与死亡道德

生死问题,是随着人类的产生而出现的的一个极其重要的医学科学问题和道德哲学问题。

人从四面八方走来,又归于同一去处,起点各异,而终点却又一致。有生必有死,无论当今医学怎样发达,死亡都注定是不可避免的,因此,死亡是人生的一个永恒主题。尽管世上大多数人避讳谈论死,但死亡是不可避免的,已跨入 21 世纪的人类,应该有勇气直面现实,思索死亡,调整和接受死亡教育,赋予人生完整充实的意义。因此,如何对待那些已经失去治疗时机的晚期癌症患者及当前医疗技术尚无法挽救的危重症病人,使其在告别人世的前夕,尽可能减少一些痛苦,安适坦然地在无限宽慰中逝去,已成为当前医学心理学、医学社会学研究的重要课题之一。

### 第一节 临终关怀概念及道德

临终意味着面临死亡,在病人即将告别亲人、结束人生的最后日子里,不仅生理上发生了很大变化,而且心理和行为反应上也十分复杂,更需要精心照护和良好道德情感的抚慰,使病人愉悦地度过生命的临终阶段去到达永恒的归宿。近几年来,为了临终病人的安详舒适,一种更为全面体现人道主义的形式——临终关怀事业迅速兴起,成为达到这一企盼的有效举措。

## 一、临终关怀概念

临终关怀(hospice care)是指对临终者的照顾,原意为“招待所”、“济贫院”。现代意义上的临终关怀是一种“特殊服务”。是指为濒死病人及其家属建立起来的特殊医院,并由受过训练的医务人员对其进行善终服务、安宁照顾。其服务方式一般为提供姑息性及支持性疗法(如输液、止痛等)、给予咨询服务或者共同讨论死亡意义等。

近年有关临终关怀护理或称安宁护理或缓和医疗的观点,就是在这种形势下发展起来的。1990年世界卫生组织曾将其定义为:“对一位当今科技无法治愈的末期病患者及家属,提供整体性照顾,借着解除疼痛及其他不适之症状,并综合心理、社会、灵性之照顾,来提升病人及家属的生活质量。”

临终关怀的概念包括两方面的含义:其一,临终关怀是一种“特殊服务”,是对临终病人及其家属所提供的一种全面的照护,包括医疗、护理、心理、伦理和社会等各个方面,目的在于使临终病人的生命质量得到提高,能够在舒适和安宁中走完人生的最后旅程,并使家属得到慰藉和居丧照护。其二,临终关怀是一门以临终病人的生理、心理发展和为临终病人及其家属提供全面照护的实践规律为研究对象的新兴学科。

### (一)临终关怀的起源与发展

“临终关怀”一词源于西方宗教界,是指为朝圣者旅途中提供饮食、休息的地方,以帮助他们达到最后目的地。1967年,英国的桑德斯(D. C. Saunders)在伦敦创建了世界上第一个临终关怀院“圣克里斯多弗临终关怀医院”,1974年在美国也组织建立类似的医院。现在,荷兰、丹麦、芬兰、冰岛、加拿大、日本和中国香港等40多个国家和地区都纷纷建立临终关怀医院,全球总数已在2000所以上。

我国天津医科大学在 1988 年首先成立临终关怀研究中心,同年 10 月,上海南汇护理院建成我国第一家临终关怀医院,北京的松堂医院也是这种医院。另外在一般的综合性医院中有的已为临终病人设立专门病区。据统计,目前我国这样的医院已经有几百所。对那些不能进临终关怀医院的病人和家属,有的地区(如上海)则对家属作必要的培训,让他们在家中照顾临终病人。

### (二)临终关怀的特点

国外提出有关安宁护理的特性包括:

1. 疾病无法治愈,只能针对症状作缓和治疗,而非治愈性治疗;
2. 病人日渐衰弱,可能昏迷,对外界事物反应差;
3. 死亡过程中病人有恐惧、焦虑等反应,会影响其行为,须给予情绪、灵性的支持;
4. 死亡过程为渐进的而非突发的,处理上的特殊伦理讨论。

总之,在临终安宁关怀护理中,有效的沟通、良好的照顾,会加强医患双方的信赖与合作,使病人及家属得到良好的照护。

临终关怀医院与普通的医院或病房相比较,临终关怀事业有以下特点:一是收治的主要对象是临终病人,特别是晚期肿瘤病人或患有类似疾病,身心正遭受折磨的病人;二是不以治愈疾病为目的,而是以支持疗法、减轻症状和全面照护为主;三是不以延长临终病人的生存时间为重,而是以提高病人临终阶段的生命质量为宗旨;四是从多方面照护病人,不仅注意病人的躯体痛苦,更注意对病人的心理关怀和社会支持;五是整体的、全方位的关怀,不但关怀临终病人,而且对其家属也予以慰藉、关怀和帮助及居丧照护。

目前在台湾提出对临终病人的“四全”关怀,即对病人的人格、心灵的关怀照顾,对家属的真诚照顾,对病人及家属的全面照顾和对病人及家属的全程关怀照顾。

## 二、临终关怀的道德意义

临终关怀受到世人的关注和支持,是因为这项事业具有特殊的道德意义,具体表现在以下方面:

### (一)体现了生命神圣论、生命质量论和生命价值论的统一

一个人为他人、为社会、为国家奋斗了一生,到生命临终之时,给予他更多的关心、照顾,就是体现了生命的神圣和对其生命的尊重。同时,在一个舒适、安详、无痛苦的环境中度过临终阶段,使他活着的每一天都心情愉快,提高了生命的质量。最后,病人的死亡是一种不同于其他方式的有尊严的死亡方式,提高了生命的价值。因此,临终关怀体现了生命神圣、生命质量和生命价值的统一。

### (二)医学人道主义精神得到升华

在人们眼里,医院是救死扶伤的场所,其根本宗旨是维护人的生命和促进人的健康。但是,由于传统的生命神圣论思想的影响,医务人员把病人死亡视为医疗技术的失败,在实践中总是回避死亡,使得一些无法挽救的病人,虽痛苦万分也难以住进医院,即使住进医院也是在药物、手术或医疗器械的作用之下痛苦地延长生命,不能得到更多的关心和照顾。临终关怀事业的发展,不以延长病人痛苦的生命为目标,而主要是满足临终病人和家属在生理、心理和社会等方面的需要,使病人在一个舒适的环境中有尊严地、无遗憾地离开人间,使亲属在心灵上得到慰藉。因此,这是人道主义精神在医学领域内的深化和升华。

### (三)展示了人类文明和社会进步

社会经济的发展为精神文明建设提供了物质前提,同时也促进了道德的进步,这些都为临终关怀事业的发展创造了有利条件。现在,社会上越来越多的个人和团体参与、关心这项事业,成立了一些志愿者组织,给临终病人和家属以全面的关怀和照顾,为临终病人奉献他们的爱心和温暖,说明人们已能正确认识生命的价值

和意义,是人类思想境界的提升,并充分展示了人类情感的真诚,标志着人类文明进入到更高的阶段。

### (四)提高了临终关怀工作者的道德水平和思想境界

从事临终关怀事业的医务人员的工作不同于临床医务工作者。首先,除了具有一定的专门知识和技术外,还要掌握缓解病人疼痛的各种心理疗法、姑息疗法及药物治疗方法,以减轻病人痛苦。其次,对死亡的意义和如何对待死亡进行讨论,以消除病人及家属对死亡的焦虑和恐惧,正视死亡。再次,还应具有较高的道德水平,要富有同情心和责任感,尊重病人人格、权利和生命价值,使临终病人在充满人性温情的气氛中安详地、有尊严地离开人间。在这种道德约束下,临终关怀医务工作者的道德水平和思想境界将会不断地得到提高。

## 三、临终关怀的道德要求

英国圣乔瑟夫临终关怀机构院长汉拉蒂(Hanratty)曾说:“正如出生的过程,死亡亦需要高度熟练的医护照顾。”当一个病人濒临死亡时,将由以治愈为主的治疗转变为以对症疗法为主的照料,其目的在于缓解病人躯体上的不适或疼痛,减轻心理上的痛苦,提高其生存质量,维护病人的人格和生命的尊严。为此,对临终关怀医务人员提出了相应的道德要求。

### (一)了解病人的生理状况及需要,作好生活照护,减轻病人的疼痛

由于临终病人生命垂危,他们最需要的已不再是治愈以延长生命,而是休息和尊严。因此,医务人员首先应为病人创造舒适、温馨的环境,如病房内摆放一些鲜花、播放一些轻快的音乐,使其陶冶性情,减少焦虑。此外,帮助病人调整到舒适的体位,补充营养和液体,注意病人的清洁卫生等,作好病人的生活护理。对晚期恶性肿瘤疼痛的病人或某些自控力差、对死亡恐惧感较大的人,医

务人员应给予镇痛或镇静剂及辅助措施,适度治疗以减轻病人的痛苦。

(二)针对病人心理行为反应作好治疗和护理,以减轻其对死亡的恐惧和忧虑

临终病人的心理和行为反应具有易发怒、易恐惧、易焦虑、易悲伤的特点,再加上临终病人的社会地位、文化背景、世界观和人生观不同,他们的心理、行为反应有很大的差异。有的临终病人面对死亡视死如归,抓紧时间完成未竟事业,主动配合医疗和护理,力争使生命得到延长;相反,也有的临终病人悲观失望、精神萎靡;有的临终病人由于意外事故造成意识丧失;有的临终病人头脑清醒却常伴有难以忍受的心理痛苦。总之,医务人员要针对临终病人的共同及个体的心理、行为反应进行劝导,有针对性地开展心理治疗和护理,帮助他们树立健康的心态,勇于面对现实,理性地迎接死亡。

(三)针对家属的心理状态,做好安慰、劝导工作,使其从痛苦、恐惧中解脱出来

临终病人家属以往平静的生活被打乱,加上沉重的经济负担和精神上的压力以及在感情上难以接受即将失去亲人的现实,一系列的困扰和问题使他们的心理处于应激状态,变得心情异常沉重和苦恼。可以说,临终病人家属精神的痛苦不亚于临终病人肉体上的痛苦。临终关怀事业是对临终病人及其家属全方位的照护,因此必须对病人家属做好安慰、劝导工作,使其从焦虑、痛苦、恐惧的压力下解脱出来,与医务人员相互配合给临终病人良好的照护,以提高其生命质量为根本出发点。

(四)贯彻人道主义原则,对病人实施全方位的整体服务

临终病人由于病情危重,面临死亡,与普通病人相比,应该得到更多的人道主义的关怀和照顾。医务人员对临终病人要有更多的爱心、同情、关怀和理解,尊重病人的人格和权利,尽量满足病人

的要求。对一些极端痛苦,难以忍受疾病折磨的临终病人,要尊重他们选择死亡的权利,这也是一种人道主义的体现。

面对临终病人,必须对其进行全方位的整体关照,全面护理,24小时服务,满足病人生前最后的希望和要求,为家属作好丧后服务,真正体现出医务人员的人道主义精神。

## 第二节 死亡的问题性

死亡代表生命的终结,死亡是无可避免和无可奈何的事,是人生的正常过程。有诗人曾说:“人真的只有两天,一天用来出生,一天用来死亡,而终点往往比起点更为神秘。”但是死亡到来又是不可预测的,死亡不是先验的,每一个人都必须面对。因此,人们在极力避免人为可控制的死亡外,只能追求自然死亡的安详自在,避免生理上的痛苦和精神上的恐惧。

### 一、对死亡的认识变化

一个人的人生是生与死这两点之间的轨迹,即生命从开始到终结。而人的死亡称为生命的停止或消失,这是万物发展的客观规律。

中国古代以气绝、脉断作为死亡的特征,是生命的终止。

1951年美国《布莱克法律辞典》将死亡定义为“生命的永息,生存的灭失,血液循环的停止”。医生确定血液循环全部停止以及由此导致的呼吸、脉搏等动物生命终止,即为死亡。

死亡是一种生物学上的事实,是一个逐步形成的历程,并不是顷刻间出现的现象。生与死是逐渐由生转变到死的一种持续进行的过程,是一个脏器接着一个脏器地丧失功能,最后有机体全面死亡,而终致生命功能的全部消失。

死亡并不是瞬间发生的,而是人体支持生命存续的各种内脏

器官系统功能逐渐消退的过程,这是一个连续的过程,不是同时消失的。由此,人们认为,在生物学上、临床医学上对生死界限的认识,又有进一步的发展。

古典传统死亡概念是心脏呼吸的概念。当心跳停止,血液循环随即终止,接着呼吸停止、大脑功能丧失、瞳孔放大,这三项指征作为死亡定义及判定死亡的标准依据。数千年来,人们就是依据心跳停止、呼吸停止而且瞳孔放大,并失去对光反射能力来判定死亡。这种判定死亡的方式,长期支配着医学、法律、社会观念、伦理道德和宗教对死亡的认定标准,得到社会、法律和学术上的一致认同,也没有反对意见。

传统“心死”标准已经被 1968 年的哈佛“脑死亡”标准所取代,但直到今天全球医学界、伦理学界和法学界还没有完全认同。其中最关键的障碍是有可能导致失控并引发危险的犯罪。由于脑死亡是一个医学概念,并不是伦理和社会学概念,从人权意义上讲,脑死亡与器官移植在不同的民族文化、宗教信仰、生活习俗和经济地位情况下,得到一样的认同是难以在短期内实现的。

## 二、关于植物人问题

依目前医学的定义,植物人就是指处于植物状态的人,具体讲就是丧失意识活动,不能保持自主呼吸和血压等生命活动的患者。

英国在 1996 年公布了植物人诊断规则,指出植物人有三种:暂时性状态、持续性状态和永久性状态。暂时性状态指患者受伤在 5 周之内会苏醒;持续性状态是指超过 5 周,头部受伤 1 年,或脑溢血后持续 6 个月仍然处于无意识状态;永久性状态就是几乎无苏醒可能。

我国在 1996 年 4 月也制定了七条植物人标准:认知功能丧失,无意识活动,不能执行指令;保持自主呼吸和血压;有睡眠和觉醒周期;不能理解或表达语言;能自动睁眼或在刺激下睁眼;可有

无目的性眼球跟踪活动；丘脑下部及脑干功能基本保存。

目前大多数医生认为植物人是不可恢复的。植物人不是都可以醒来的,我国每年新增植物人近 10 万,全球每年新增加植物人 53 万,醒来者的比例却不到 1/10。目前,世界上尚无有效方法治疗此病,亲人的护理对病人的康复是非常重要的。哈尔滨市北城郊“中国康复研究中心黑龙江康复医院植物状态脑复中心”是我国目前最大的植物人促醒救治中心。

### 三、死而复生的出现

长期以来人们认为死后不能复生,“死而复生”是一种神话,但从现代医学看来,过去在许多死亡诊断上却发生了错误。由于许多原因的出现,人们在医学和法律面前受到了空前的震撼,引发着医学职业道德与责任的思考,也向医生们提出了新的课题。

#### (一) 医学工程仪器与生和死

人工心肺复苏技术的发展,使心肺功能的停止已经成为可逆的。这样过去仅以心跳、呼吸是否停止为标准的死亡判断已经不能代表这个人是否完全死亡。医学高新技术的干预,使传统的生命延续的征兆变得难以立足。

在医学工程仪器干预下,医学上出现脑死亡患者,在人工呼吸器支持下存活几个月甚至几年的事例,我国某医院曾有脑死亡者在人工呼吸机帮助下,存活 22 年的报道。

当代医学研究认为,在脑机能停止后未使用人工呼吸机的状态下,1 至 10 天内心脏就会停止跳动,而成为心脏死亡状态。脑死亡后即使依赖最先进的医疗手段,也无法长时间维持心跳和呼吸。对脑死亡病人的研究发现,停止使用呼吸机后,所有患者最终将停止心跳。脑死亡发生在心脏停止跳动之前,而死亡的神经细胞是不可能复活的。那么,为什么脑死亡后心脏还会跳动呢?这是因为心脏除接受大脑支配外,还有一个独立的心肌收缩起搏、传

导系统,所以,在人工呼吸机的支持下,心脏仍在跳动并保持全身的血液循环。只是由于大脑无法复苏,没有意识存在,这种心跳是没有生命意义的。

对此,有关死亡时间认定就不能单纯依赖心肺死,而需要考虑脑死的标准,以适应医学发展的需要。

### (二)新死亡概念——脑死亡观念的提出

随着1967年南非心脏移植手术的完成,人们对死亡有了新的认识,供体的心脏依然跳动,呼吸依然进行,这样的人是真的死亡了吗?相反,一个脑功能已经丧失但呼吸依然存在,还有心跳的具有生物活性的人,确实是一个活人吗?但作为医学意义和道德主体的人已经不存在了。那么,作为人的本质特征的意识已失去,又该如何看待心脏跳动的死尸呢?

由于对死亡概念认识混乱,在医学界也需要有明晰的“死亡”观念,因为,生死与法律上的杀人,毁坏尸体,家庭关系,继承财产,器官捐献有关,也与生者有法律、道德、权利、责任等有关。因此必须确立一种死亡判定的原则和定义,以帮助医生回答“病人是否死亡”。

## 第三节 死亡标准及其道德

死亡既是人的本质特征的消失,又是机体生命活动和新陈代谢的终止。但是,出现了怎样的特征就意味着人已经死亡?随着人们对死亡认识的不断深入,判断死亡的标准也随之经历着认识上的发展变化过程。

### 一、有关死亡定义的思考

脑死与心肺死亡存在时间上的差别,确定死亡的界限,就不应当固定在一元说——“心死”的认识上,而应当改变观念,融合脑死

说,以二元论的观点,确认死亡的时间界点。为此,在探讨确定死亡定义时,必须考虑以下一些原则:

(一)要全面考虑综合指标

确定死亡,不能仅依赖单一的心肺或脑死的标准和对其中单一功能的评价,而应当考虑全面,以更多的标准最终确定死亡时间点,这样在医学上就会减少判断错误。

(二)采用脑死亡标准同时重视心肺标准

近年对死亡标准的讨论已经有了很大的进展,人们在采用脑死亡标准的同时,也不应当破坏继续使用传统的心肺死亡标准,而是应当比较对照。脑死亡观点的提出和实施旨在补充传统心肺说的不足,使死亡定义更科学、更准确,并不是完全取代传统心肺说。同时考虑到目前器官来源的严重不足,大批病人在等待器官移植中死去,人们认识到脑死亡在生命救护方面,提供器官移植时是可供选择的死亡认定标准。

(三)需要统一死亡标准判定

在判定死亡时,人们最大的担心是不同医生、不同医院会不会有不同的标准。这种情况下病人就有可能被诊断为脑死亡而实际上并没有死亡。一个典型的例子就是 2002 年香港凤凰卫视主播刘海若在火车事故后被英国医院判定为脑死亡,但中国医生会诊后认为,刘海若有接触反应,已能自主呼吸,判定不是脑死亡,其后康复出院。这一事例说明,医学界应将死亡定义当作临床实践的基础,避免在这一医院确定脑死亡的人,在另一医院认定不是。

医学的死亡定义要使所有符合同样标准的个体都获得同样的处理,使确定死亡的定义获得公众的认同,从而使死亡标准具有医学基础、社会基础和法律环境。

## 二、死亡标准的概念

### (一)死亡的概念

死亡标准,就是指人们用以衡量与判断死亡的标准或尺度,它随着医学科学的发展和人们观念的改变在不断地演变,迄今为止,人们提出的死亡标准有两个。

传统的死亡标准首先认为心肺功能是生命最本质的特征,因此提出心肺功能的停止就是死亡,在医务界和非医务界都曾认为这是无可辩驳的事实。到了20世纪50年代,《布莱克法律辞典》中给死亡下的定义也是以此传统标准为基础,认为死亡是“生命之终结,人之不存,即在医生确定血液循环全部停止以及由此导致的呼吸脉搏等动物生命活动终止之时”。但是,大量的临床实践表明,死亡不是生命的骤然停止,而是一个连续发展的过程。在许多情况下,心脏骤停之时,脑、肝、肾等器官并未随之死亡,而是还能存活一定时间。

现代医学随着人工复苏技术的发展,维持心肺功能的技术、器械和药物的应用,使心跳和呼吸停止的病人经抢救也可以维持生命,甚至能够痊愈出院。即使某些人已丧失脑功能,仍然能在生命维持装置的控制下使心跳、呼吸维持很长时间,特别是器官移植技术的开展,已使肺、心脏的移植成为可能。因此,医学高新技术的发展向传统的死亡标准提出了挑战。传统的心跳呼吸停止的死亡标准是极不科学和极不准确的,于是促使国内外的医学理论家们纷纷探索新的死亡标准。

人体是一个多层次、多器官的有机体,到底哪一层次的什么器官、什么组织死亡之后才算这个人已经呈现不可逆性的死亡了呢?经病理生理学证明,只有脑死亡是不可逆的,中枢神经已经不可逆地丧失了功能的脑死亡者,即使继续使用人工心肺机进行救治,也不能使脑死的人复活。在此基础上,人们提出了新的死亡标

准——脑死亡标准。

### (二)有关脑死说

脑是由大脑、小脑及脑干三部分组成的。大脑是运动感觉的控制中枢及记忆和思考等精神活动的指挥中心。小脑是运动调节中枢。脑干中有保证人体各器官正常活动的神经中枢,包括呼吸、循环中枢,对生命有极重要的作用。目前,脑死说在世界各国已经成为一种主导学说,以脑死作为个体死亡的立法方式已经得到了广泛的承认,并在这一原则下摘取器官进行器官移植。那么脑死是指大脑死还是指全脑死还是指脑干死?目前,对此有以下一些看法:

1. 以脑干在内的脑全体机能不可恢复地丧失,为全脑死。主张全脑死的观点认为,大小脑及脑干各部分的机能都已停止,即为全脑死。

2. 以脑干机能不可恢复地丧失为脑死观点,即脑干死说。认为脑干机能停止,即为脑干死。脑干的呼吸中枢机能是十分重要的,脑干死亡,呼吸停止,意识也会丧失,人死亡就是伴随呼吸机能丧失的意识丧失,于是脑干死,即一个独立个体的死亡。脑死与植物人的区别,本质上就在于脑干机能的有无。

3. 以大脑的机能不可恢复,意识丧失为脑死的观点,即大脑死说。大脑机能的丧失就意味着死亡。

### (三)脑死亡标准

脑死亡标准最早是在1968年由美国哈佛大学医学院死亡意义审查特别委员会提出的,以“脑功能不可逆性丧失”即“脑死亡”作为新的死亡标准,并提出了确立脑死亡的四条标准:

1. 没有感受和反应性。即对外界的刺激和内在的需求完全丧失了感受能力及作出反应的能力,病人呈现不可逆的深度昏迷;

2. 没有自主呼吸和自主运动;

3. 脑干反射消失。丧失可诱导的生理反射作用,如瞳孔对光

反射、角膜反射、眼运动反射消失等；

4. 脑电波平直。

以上四条标准需 24 小时持续观察并反复测试结果一致才可认定,而且要排除低体温( $< 32.2^{\circ}\text{C}$ )或刚服用过巴比妥类药物等中枢神经抑制剂的病例,就可宣布死亡。

### 三、脑死亡的伦理争论

在脑死亡的争论中,主要有以下两个方面的问题。

#### (一)反对脑死亡的理由

1. 由于传统观念中,以呼吸和血液循环功能的停止作为生命终止的标准,心肺死的观念已经长期存在于人们的传统观念和社会各项制度中。如果脑机能停止而心脏仍在跳动,病人还可借助医学工程仪器手段维持呼吸和血液循环,还有体温及脉搏,脸色及身体等也多无变化,此时如何以脑死亡观点认定为脑死亡?还有在家庭关系中,如果一方已经被宣布为脑死亡,虽然心跳、呼吸还有,配偶婚姻已经消失,继承已经开始等,这种行为也与人们的日常观念及感情相悖。

2. 目前对脑死及脑干死还没有制定出权威的判断方法,同时,死亡之后要经过多长的观察期,才能确定真正死亡,也没有统一标准。因此,目前对脑死判定还有不确定性。在日本是须经过 6 小时观察,没有变化才可判定脑死;在台湾就变成 12 小时;在英国将脑干死视为死亡,不必等到全脑死等。

3. 医生独断与治疗机会问题。有关脑死亡的判定一般人不易清楚了解,而是由医生们来决定的。是否有为便于摘取器官、是否有医生与家属密谋杀害患者等情况发生,也是人们反对的理由。

4. 脑死亡与器官移植问题。脑死亡立法的急速推动,其背后有为器官移植而确保获得更多可供移植用新鲜器官的动机。因此,容易出现导致过早宣布患者死亡的危险性。在伦理上直接功

利主义很容易引起人们的反感。

5. 政府不便于制定有关死亡标准,不能对残废进行管制。同时也要考虑社会人民群众的承受能力和认识水平。由于各国生死观的差别,医学水平、医师水平的参差不齐,脑死亡可能有被泛用的危险。

#### (二)支持脑死亡的理由

赞成脑死亡的观点认为:

1. 脑为人体不可替代的器官,脑功能永久而完全的丧失,对整体生命而言已无意义。人类的生命中枢在脑而不在心、肺等脏器。

2. 从人学角度讲,脑是表现人的个性特征的,具有保障人的精神活动的机能。因此,脑是人精神或灵性功能的中枢,对人生存有决定性意义。脑是人意识所在,人因为有意识才有个体的存在。只有脑是活着的个体,才具有意识和精神活动的生命,这样认为,脑死即人死。

3. 脑功能一旦丧失,即无法恢复,进入脑死的病人不能复生,如果此时宣布其死亡,终止治疗,从精神上、物质上、经济上、感情上,对负责照顾的家属来讲,可减轻痛苦和负担。

4. 脑死后即将发生全身生物学上的死亡,脑死后将出现血液循环、呼吸功能的停止,因此,有必要将有限的卫生资源,如人工呼吸器等,转用于其他有康复希望的病人身上,这对提高卫生资源利用率是有益的。

5. 承认脑死后,脑死之人即为活体标本,可摘取可供移植的器官,供需要器官移植的病人使用,从而使摘取身体上唯一器官成为可能。

### 四、确立脑死亡标准的伦理道德意义

脑死亡标准取代传统的心肺死亡标准具有非常深刻的伦理学意义:

(一)有助于科学地认识死亡,尊重生命

传统的心跳、呼吸停止的死亡标准,并不能科学地判断死亡,以此为标准的检查方法不易鉴别假死状态,如服毒、溺水、触电、冻死等患者,特别是服用中枢神经抑制剂自杀的假死者。而脑死亡是不可逆的,采用脑死亡作为判断死亡的标准,就可以有效地避免用“心死=人死”的标准来判定假死状态的人为死亡,使人们更接近对死亡的认识,从而维护了人的生命和尊严。

(二)有助于合理利用卫生资源

脑功能不可逆丧失的病人,即使用人工的方法继续维持他的心跳和呼吸,也无助于使其复活,维持的只是一个生命质量极低的毫无意义的“生命”,对家属和社会都失去了价值。脑死亡标准的确立,为终止对这种病人的抢救提供了依据,有利于有限的社会卫生资源的合理分配,同时也减轻了家庭和社会的经济负担。

(三)有助于器官移植的开展

器官移植需要从尸体身上摘取活的器官,而且要求越早越好,越新鲜越好,尤其是心脏移植,这样才能保证移植后的成活率。按照传统的死亡标准是难以达到这种要求的,从而限制了器官移植技术的发展。因此,确定科学的死亡标准——脑死亡标准极为重要,否则,“过早”摘取器官就成了故意杀人,过晚就会造成器官移植成活率低,失去移植的意义。确立脑死亡标准,可以在病人出现脑死亡状态时,终止对病人的抢救,经家属同意就可以摘取他的器官,使他人从中获得生命的延续。

## 五、脑死亡立法与威力

脑死亡的判断是关系到终止人生命的大事,因此,不但要求对“脑死亡”所下的定义及标准不能有任何模棱两可之处,而且还应为脑死亡立法。只有这样,才能做到既科学地对待生命和死亡,又能有效地缓解传统死亡标准带来的伦理难题,同时为解决器官移

植中供体器官不足等问题开辟道路。

早在 1970 年美国堪萨斯州就率先制定了有关脑死亡的法规,并获得一致通过。当时给出了两个“死亡定义”：“一个人已经丧失自然脑功能,而且参照医学界通常标准,当丧失脑功能后,为维持或恢复呼吸和循环器官而施用合理手术不会奏效时,那么死亡即已发生。死亡的宣布应当在关闭帮助呼吸和循环的医疗器械之前,也应在切取用于移植的重要器官之前。”或者“一个人已经丧失自然呼吸和心脏功能,由于疾病或其他因素导致上述器官停止,或由于这些器官停止时间过久,以致抢救措施被认定不能奏效。在此情况下,这些器官功能停止时,死亡即已发生。”以此为基础,美国其他州也加快了脑死亡的立法进程,到 1980 年美国已有 25 个州完成了脑死亡立法。在这之后,世界上许多国家相继通过了脑死亡法案。1987 年 5 月瑞典议会通过了脑死亡特别法,这项法律规定,当一个人的所有脑功能完全停止起作用并无可挽救时,即被认定已经死亡。1997 年日本也通过了脑死亡法。

我国迄今为止还没有一套成文的脑死亡法案,现在还是以心脏停止搏动为死亡标准,因此,在卫生资源的分配、器官资源的采集与应用等方面,我们还面临许多艰难的伦理抉择。

首先,脑死亡立法对于摘取脑死亡者心脏等脏器供移植是极为重要的。巴纳德教授是世界上做第一例心脏移植手术的著名外科大夫,当时人们不是为他的高超医术获得的成功喝彩,而是以他的行为是否造成杀人而使他面临诉讼的困扰。因为心脏是人体的单一器官,从活体摘取必然会导致供体的死亡,器官的供体只能是尸体,而且要求这具尸体的心脏还在跳动。尽管脑死亡标准使医生从心脏还在跳动的尸体身上摘取器官成为可能,但传统的死亡标准根深蒂固,从一个心脏还在跳动的脑死者身上摘取心脏,在许多国家尤其是东方国家,还是违背多数人的伦理道德观念的。就我国来说,尽管日前移植外科非常发达,但制约移植外科发展的不

是技术,而是供体严重不足。一个人如果脑死亡,这时把他的心脏、肝脏、肾脏等器官取出来,他将是一个很好的供体,但如果循环停止了,这个供体也就消失了。其次,脑死亡立法有助于医疗卫生资源的合理分配。由于我国还是沿用传统的死亡标准,这个标准不知浪费了多少卫生资源。有一些病人大脑已死亡,没有意识,而且永远也救不回来,但我们仍在使用人工心肺机及各种药物维持这样的生命。由于目前我国没有给脑死亡立法,只要家属有要求,就必须继续治疗,据报道,这样的生命最多可维持20年以上,并有成为先进事例典型的报道,这种观念对卫生资源的消耗是可想而知的。

对死亡定义的确立和脑死亡立法是件十分重要而严肃的事情,处理不好不但会极大地妨碍现代医学科学技术的发展和进步,而且还会造成许许多多扯不清的官司。就我国来讲,也应像其他发达国家一样,把脑死亡确立为死亡标准,这样就可以节省大量的卫生资源,为脏器移植提供更好的供体。所以,我国应尽快将脑死亡立法提到议事日程上来,在中国及早实施脑死亡法。

### 第四节 安乐死及其道德

医学科技的进步,使医学已经成了一种救人的艺术,医学极大地预防了人类的疾病并延长了人的寿命,但医学至今仍无办法避免人的死亡。对于人而言,总有一天会死,人们相信“死亡的艺术”这样的概念,死亡要自然地发生,平静地离去,最后时光要好一些。

#### 一、人类对死亡认识的变化

生命是无比珍贵的,没有其他任何事物具有可与其相比拟的价值,维护生命是医学的职责,因此,人们利用医学科技不惜一切代价避免死亡或延长生命,哪怕只有几天、几小时也是好的,并幻

想在“最后一刻也许会出现奇迹”，“也许会有新的药物或方法发挥起死回生的作用”。

19世纪英国诗人克劳弗写给医生的诗中说：“你不要杀人；但也不需过分地努力去维持生命”，其意思是对医生的嘲笑，但在今天脑死亡观念确立，维持生命技术的广泛应用，使许多医生已经接受了这条箴言。

医学科技固然延长了生命，但人们仍不能延迟死亡和减少死亡产生的痛苦，仍有无数不治之症的患者最终仍不能避免死亡。人们不能不承认用医学手段挽救生命有时只是毫无意义地延长生命。人们面临死亡到来时，总希望死神降临时能不虚此生，问心无愧，同时也希望走得自然、平静、无惊恐和痛苦。人们从积极地挽救生命到消极地接受死亡，是一种传统文明观念。但从消极放任地处置生命到积极地、规范地处置生命，使临终病人免去痛苦安逸地死去，保持死亡的尊严，这是一种对死亡态度的转变，是人类对死亡意识的一次飞跃，是死亡文明的象征。

伴随死亡观念的变化，人们提出了死亡是不是一种人的权利问题。于是各国出现了讨论安乐死的热潮。传统观念认为，如果治疗结果最后还是无法恢复正常，让病人泰然接受死亡，是人生的理想，是不违反伦理道德的，而苟延残喘反倒破坏一个“人”的美好形象。意识丧失，生命还有价值吗？

安乐死是一个古老而又新鲜的话题，也是一个复杂有趣的问题。由于牵涉生死大事，涉及范围贯穿伦理、医学、法律、社会、宗教等等，半个多世纪以来，一直是国内外争论较多，但仍未能取得一致意见的问题。全球倡导安乐死的国家有瑞士、英国、丹麦、瑞典、澳大利亚及日本等国，但到目前为止，除荷兰、比利时外都因反对势力过大，无任何国家通过实施安乐死的法案。安乐死会带来哪些伦理问题？在我国能否实施安乐死？都是我们关注的问题。而对这一切问题的回答都基于我们对安乐死的科学认识。

## 二、安乐死的概念

安乐死(euthanasia)一词源自希腊文,原文是由“美好”和“死亡”两字组成(eu=good, well 美好; thanasia=death 死亡),也就是“一个安宁而轻松的死亡”或“无痛苦的死亡”、“快乐的死亡”。早在培根的《新大西洋》一文中就说:“医师的职责是不但要治愈病人,还要减轻他的痛苦和悲伤。因此,不但有利于他的健康的恢复,而且也是可能当他需要时,使他安逸地死去。”所谓安逸地死去,就是安乐死。

韦氏字典对安乐死的定义是:“一个安宁而轻松的死亡”,或“导致安宁而轻松的死亡行为”,是一种“善死”、“安详地死去”。

现代意义上的安乐死,是指“医师为了减轻痛苦,而对死亡过程进行干预”的意思。全球各国对安乐死的关心,并理智地讨论,使人们开始摆脱以往对死亡的恐惧。

安乐死包括两层意思,一是无痛苦地死亡,安然地去世;二是无痛致死术,为结束患者的痛苦而采取致死措施。就是对已经患有公认的不治之绝症,或受到致命的创伤,在医学上又无法挽救其生命,死亡迫在眼前的病人,为解决其痛苦,基于本人的愿望,由医师以适当的手段,结束其残存的生命时间,而使其死亡的行为。

我国专家学者对安乐死下的定义为:患不治之症的病人在濒临死亡状态时,由于精神和躯体的极端痛苦,在病人或其亲友的要求下,经过医生的认可,用人为的方法使病人在无痛苦状态下度过死亡阶段而终结生命的全过程。

安乐死的概念有广义和狭义之分。广义安乐死是指一切因“健康”原因致死,任其死亡或自杀。它甚至把远古时代对老、弱、病、残的“处置”,也列入“安乐死”的范围。狭义安乐死就是我们现在所指的安乐死,则是把安乐死局限于对患有不治之症的病人或死亡已经开始的病人,不再采取人工的方法延长其死亡过程,为制

止剧烈疼痛的折磨不得不采取可能加速死亡的措施,也就是前面概念中定义的安乐死。

安乐死本身并未涉及生和死的选择,而是每个人必须面临的死亡方式——痛苦地死还是安逸地死的问题。安乐死的本质是决定死亡时是痛苦还是安乐。目的在于通过人工控制和调节,使死亡呈现出一种理想状态,避免濒死者死亡时痛苦的折磨,代之以相对舒适和幸福的感受,维护死亡时的尊严。

### 三、安乐死的类型

安乐死的分类方法较多,争议较少的一种意见是把安乐死分为主动安乐死和被动安乐死两大类。

#### (一)主动安乐死

又称积极安乐死,指由病人自己或他人(医师)以积极的手段断绝临终前受煎熬的生命,以解除其痛苦。是指对符合安乐死条件的病人,即那些确定无法挽救其生命而又极其痛苦的病人,医生用药物或其他方法主动结束病人痛苦的生命,让其安宁、舒适地死去。

主动安乐死是指由医务人员或其他人采取积极的措施加速病人死亡。采取某种措施主动结束医学无法挽救的,濒临死亡,并伴有难以忍受剧烈痛苦病人的生命或加速其死亡过程,为主动安乐死。

主动安乐死又可分为三种:

#### 1. 自愿的、直接的

如病人自己选择,自己执行,常见的有病人偷服过量药物或者吞服纸巾、自行拔除医疗软管等。由于是出于病人自己的有意识的抉择,实质上就是自杀的一种。

#### 2. 自愿的、间接的

由病人提出要求,由别人(医师或家属)施以致命药物或针剂。

是协助自杀,目前除荷兰和比利时有明文规定免除此项行为的刑责外,一般都认为是杀人行为。

### 3. 非自愿的、直接的

病人始终未提出结束自己生命的要求(如畸形的婴儿、严重弱智或陷于昏迷中),医师或家属不问病患的意愿,径自采取某种积极手段,如施以致命的针剂或给予服食致命的药物,即所谓的“仁慈助死和仁慈杀死”。

主动安乐死合法或违法的问题,一直在学术界争论不止。主张合法者认为在一定严格的条件下,主动的安乐死可以防止违法。为此,执行严格的条件是十分必要的。这些条件有:

1. 病人的确患有现代医学知识与技术所不能治疗的病症,并且已经濒临死期;
2. 病人极端痛苦,任何人均不忍心;
3. 病人意识尚清楚时,应有其本人直接的嘱托或承诺;
4. 假医师之手实施为原则,否则须有不能由医师实施的充分理由;
5. 实施安乐死的方法,在伦理上认为妥当者。

反之,主张违法者认为,不问是否出于病患的意思,采用缩短生命手段的安乐死,不但不符合治疗行为,也不能认为所采取的措施是正当的,所以应当属于违法。这些合法与违法之争,至今仍无定论。

### (二)被动安乐死

又称消极安乐死,是指对一个垂死的病人,为不延长其痛苦,作出终止或不给予任何治疗的干预,亦即不作额外和非正规的医疗操作,任由他自然死亡,换言之,就是指未受外来干预死亡结果,但却是相关者(医生或家属)有意地消极放任,而使临终过程缩短。其实这是一种“见死不救”或“放任死亡”,不采用药物或其他医疗方法,不加以延长死亡的过程。被动安乐死是指中止维持病人生

命的措施,确实无法挽救其生命的病人,中止维持其生命的医疗措施,任其死亡为被动安乐死。

从医疗方面讲,医生一旦接受为病人服务,即有维持病人生命的义务,但也并不是说医师当然有想尽办法延长病人生命的义务。是否有延长病人生命的义务,必须依病人的具体情况而定,其中最主要的当然是病人自己的意志,如果痛苦的病人不希望采取延长其生命的措施,加上考虑其康复无望,医疗费用数额巨大,医生是否还有采取措施延长其生命的义务呢?多数人认为,此种情况,医师作为义务并不存在,其不作为亦不违法。因此,在临床中只要病人明示拒绝治疗,一般情况下都排除救助义务人即医生的刑责。

被动安乐死在法律上及道德上都比较容易获得宽容,因为,只是容许垂死的病人在临终过程中自由发展,对苟延残喘的病人不作强硬的挽留,仅给一些辅助维持生命的人工呼吸、饮食导管等任其自然死亡而已。被动安乐死可分为:

#### 1. 自发性的被动安乐死

是指病人自己要求安乐死,或有过这种愿望,或对安乐死表示同意。也就是在病人清醒或稍许清醒的情况下,根据病人的意愿,除去任何维持生命的医学仪器,不再进食及服药,而任其自然死亡。多见于癌症末期濒死状况的病人,或因车祸陷于全身瘫痪的病人,或其他经医生断定为绝症的人。

病人安乐死亡意愿的表达有两种方式:一种是事先表明,如“生存意愿预嘱”、“预留医疗批示”,这是在病人意识正常时,考虑到病危或突发意外,当事人可能丧失意识,而无从表达自己意愿;另一种则是在病人病危时,病人意识清楚,能自己作出决定。

#### 2. 非本意性的被动安乐死

病人已经患有恶疾,但有意识能力,本人没有安乐死的表示,仍然有生存的意愿。第三人在违反本人意愿的情况下,或未征询病人意愿的情况下结束其生命。

对非本意的安乐死,由于病人本人的意愿无从得知,很难确定是否违反了本人意愿。但违反本人意愿的安乐死,则是不道德的,也是不能称其为安乐死,这在伦理学上是非是明确的。

### 3. 非自发性安乐死

病人处于昏迷之中,不能表明自己的意愿也不能推定同意,如植物人、车祸昏迷、中风昏迷病人等,由医生或家属代为决定是否安乐死的情形。非自发的安乐死也称为非自愿的安乐死,对婴儿、脑死亡病人、昏迷不醒病人、精神病人、智力严重低下者实施安乐死,这些人不能表达自己的要求、愿望,自然也无法预留生存遗嘱或医疗指示。非自愿安乐死是指无意愿的安乐死。

在临床中事实上已经在进行这些被动安乐死的情况。如有些医生认为没有治愈希望的危重病人,病人本人也失去治疗信心,医生嘱其回家或在医院继续“治疗”,吃点好的,“治治看”等“等死”情况,就是这种被动安乐死的实施体现。有人又提出,此种被动安乐死只是“自然地死亡”,不是“安乐地死亡”,这种死亡未必不痛苦,并不具有安乐死的性质,它可以是医学上临终处置的一种方式,但不属于安乐死的范畴。

## 四、有关安乐死的伦理问题

安乐死不仅仅是医学问题,作为一种观念,它更应属于意识形态的范畴,要受到社会经济、文化及科学发展程度的影响,尤其是传统观念、习惯的影响。另外,安乐死问题本身也还存在一些模棱两可之处,对于不同情况、不同类型的安乐死,人们的认识和理解也不一样,造成评价判断的困难。因此,无论在医学伦理学领域还是在生命伦理学领域都一直存在较为激烈的争论。

安乐死的对象主要是那些患了绝症,目前无法治疗,只是在人为条件下维持心跳、呼吸或意识已经处于昏迷或完全丧失的状态,虽生犹死的病人。

支持安乐死的人认为:人有生的权利,也应有选择死亡方式的权利。人类最大的愿望是生活得好,活得有质量,没有必要以自身难以忍受的痛苦和花费大量的人力、物力、财力为代价去换取低质量的生命。安乐死反映了人们追求无痛苦的、有尊严地死亡的强烈愿望,这是社会进步和人类文明的标志。

反对安乐死的人认为:生命是神圣的,医务人员是救死扶伤、治病救人的,安乐死违背医务人员救死扶伤的意愿和神圣职责。如果不积极进行救治,会导致医务人员放弃探索救治“不治之症”病人的道德责任。同时病人在选择安乐死时,其心理矛盾十分明显,其变化矛盾心理有时会很难作出明确的取舍。况且大多数国家没有立法,没有法律的保障,从一定经济、政治利益出发,实施安乐死有可能会成为医生变相杀人的手段,这又是极不人道的。

在有关安乐死的争议中,特丽·夏沃案引发诸多的伦理道德法律争论。2005年,41岁的特丽于1990年突发心脏病并因脑部缺氧造成永久性损害而成为植物人。从那时起她一直依靠进食管提供营养。1998年特丽的丈夫迈克尔·夏沃向佛罗里达州法院提出诉讼,要求停止给其妻子进食,理由是她不愿意这样毫无意义地“活”下去。但特丽的父母坚决反对,称她不时显示出有意识的迹象,她的身体仍然有恢复的希望,从此,双方开始了一场旷日持久的官司。在这场官司中根据法院判决,特丽·夏沃的进食管曾先后两次被拔除,后又根据州议会紧急通过的法令而两次重新插上。2005年3月18日,根据州法官的裁决,特丽·夏沃的进食管再次被拔除。但由于共和党控制的国会的干预,并紧急通过特别法案,随后由总统布什在3月21日签署后成为法律,授权联邦法院审理此案,但多数美国人认为,国会和布什的做法侵犯了地方权限,有违宪法。特丽的父母随后多次向联邦地方法院、巡回上诉法院和最高法院提出紧急申诉,请求法院同意将他们的女儿的进食管重新插上,但这些法院都拒绝推翻佛罗里达州法院此前作出的

判决。

从这一案例中我们可以得出以下对有关植物人及其道德法律方面的认识。特丽·夏沃是植物人吗？人们认为特丽·夏沃已经处于“永久植物人状态”。从1990年特丽陷入昏迷至今，她从未再找回她失去的意识。由于脑电图一直没有反应，医生也认为她的病情不会好转，“她属于永久性失去意识，而且不会再恢复了”。

从道德层面认识，特丽的永久性植物状态是生死之间的灰色地带，因为她的大脑仍有部分活着。医生们对此往往是凭经验得出结论，还没有一个统一的标准。

对特丽·夏沃的态度，提出了有关法律命题的争论。特丽的丈夫迈克尔是其法定的监护人，特丽的安乐死就是迈克尔在1998年提出的，迈克尔说，特丽曾表示不愿依赖人工辅助而活着。特丽的父母认为迈克尔看上了特丽的100万美元赔偿金。由于迈克尔已经与另一女子同居、生子，怀疑他是图财害命。官司打了7年，最后佛罗里达州法院在3月18日裁决批准拔去进食管，被其父母申请，获得了州政府甚至国会、总统的干预，企图阻止法院的裁决。但历时13天后，特丽终因被拔除进食管并停止了呼吸而死亡。

据路透社2005年10月5日报道：现年38岁的萨尔瓦托雷·克里萨富利两年前深陷昏迷，医生断定他处于濒死状态，不过3个月前他却从看似没有指望的昏迷中苏醒过来。这名醒来的意大利男子告诉家人，他在昏迷状态中能听到和感知周围发生的事情。这一事例又为反对安乐死者提供了有力的佐证。

安乐死之所以在世界引起极大的关注，重要的原因在于它与每个人都休戚相关。死亡是每个人都不可逃避的结局，人人都会想到当自己有一天身患绝症且异常痛苦时，该采取什么样的措施。

我们分析安乐死的道德是非问题，必须站在科学的立场上，以人道主义的道德观，并严格按医学伦理学的原则来研究、讨论安乐死的可行性问题。

第一,从生命质量、生命价值原则出发。强调人应该尊重生命,但生命的存在必须以生命的质量和价值为前提,有质量有价值的生命才是神圣的,才是应全力救治的。人的生命价值体现在生命自身价值和个人的生命对他人、社会和人类的意义两个方面,认识到这些问题才算是真正地尊重生命。因此,人在重视生命的同时也应该接受死亡、正视死亡,这是尊重人的生命价值的两个方面,所以,只有生命的存在是不够的,还需要生命的高质量和有价值,这使生命更有尊严,也更有意义。因此,当一个人已濒临死亡且异常痛苦或处于永久性不可逆昏迷状态时,其生命质量和价值极低,人的死亡只是时间问题,继续维持生命显然已无实际意义。治疗所花费的巨大代价只能使生命在痛苦不堪的状态中拖延。在这种情况下,为维护病人的尊严,采取安乐死是符合伦理原则的。

第二,从尊重人的权利和自主原则出发。应该承认人对自己的生命拥有自主选择的权利,一个人有要求生存的权利,有要求生存得更美好和幸福的权利,同样也有要求死亡时没有痛苦的权利。安乐死的权利属于公民,是否施行安乐死只能由公民本人决定,任何个人或部门都不能侵害或剥夺公民的这种权利。公民行使安乐死权是选择死亡的安乐状态,不是选择死亡。公民的死亡权是性质不同的另一个问题,应当另作别论。因此,对无法医治,身心又极端痛苦的病人,在不违背病人自身利益的同时,也不对家庭、他人和社会可能造成危害和损失的前提下,自主自愿的安乐死应该成为有意识的成年人的权利。

从社会角度而言,应该确定安乐死的社会道德标准。对个人来讲,应树立正确的价值标准和生死观,正确处理个人同他人、同社会的关系,把自己的生死同人类的幸福与利益结合起来,只有确立了这样的社会道德标准,安乐死的价值才能得到充分的肯定。由此可见,安乐死不只是一个医学问题,还是一个社会问题。作为一名医务人员,不仅要對病人负责,而且要对社会负责,不仅要履

行对病人的道德义务,而且还必须遵循对社会和国家的道义原则。在对某些不可逆转、无法救治的患者的治疗上,应适可而止,没有限度的救死扶伤是不适宜的。

在对待安乐死问题上,我们不能离开两个前提:一是病人极端痛苦;二是病人的疾病已无可挽救。如果疾病尚可救治,治疗就是主要矛盾。但是,当疾病完全控制了人体,死亡已不可避免时,主要矛盾就转化为病人死亡过程中的痛苦,这时,全力解决痛苦这个主要矛盾,才是医学人道主义的真实体现。

第三,从有限卫生资源的分配和利用方面考虑。由于全球卫生资源的短缺和卫生资源分配的不合理现象十分严重,已经成为重要的社会问题。有资料报道,大量卫生资源耗费在临终前的数天内,而且多半是毫无希望的生命维持治疗上。因此,实施安乐死有利于卫生资源的合理使用,减少资源浪费。这样做无论从个体或公益道德原则上看,都是公正、公益道德原则的体现,是符合维持整个人类生存质量不断提高的利益的,是人类道德进步的体现。

### 五、安乐死的道德意义

#### (一) 实施安乐死有利于病人自身的利益

因为安乐死的对象仅限于不可逆的脑死亡病人或死亡不可避免,且身心极端痛苦的病人。对这些病人来说,作为生命的社会存在已经丧失,或者生命的质量和价值已经失去意义,延长他们的生命实际上只是延长他们的痛苦,延长其死亡过程,在这种情况下,实施安乐死帮助病人无痛苦、有尊严地死去,应该说是人道之举,是符合他们自身利益的。

#### (二) 实施安乐死有利于病人家庭的利益

家属对家庭成员虽有照料的义务,但耗费家庭大量的物力、财力及家庭其他成员有意义的生命去维持一个生命质量及价值极低的生命是没有意义的。实施安乐死可以使家属从精神痛苦和巨大

的经济负担中尽快解脱出来。

### (三) 实施安乐死有利于节约有限的卫生资源

实施安乐死,放弃对一个无意义生命的救治,可以节约为维持其生命而消耗的大量有限的卫生资源,使之应用到更需要的地方去,使卫生资源得到合理分配,有利于社会的公平、公正和稳定和谐发展。

(四) 实施安乐死有利于推进生命质量、生命价值观念的形成,有利于推进对医学目的的讨论

传统的生命神圣论一味强调维护生命,造成人口数量过度膨胀,人口质量下降,有限的卫生资源不能得到合理有效的分配等严重的社会问题,从而制约了医学乃至社会的发展。只有树立生命质量、生命价值的观念,才能科学地认识到哪些生命是有意义,值得救治的;哪些是不值得救治的,使卫生资源得到合理分配。此外,还会对医学目的的讨论起到推动作用,生物学方面的健康不是医学的唯一目的,生物学和社会意义双重的身心健康才是医学真正的目的。

## 六、对安乐死认识的深化

安乐死本身是一个古老的话题。古希腊、罗马时期就允许病人或残疾人结束自己的生命,甚至还可以借助外力。在柏拉图、亚里士多德的著作中都提到要将畸形婴儿致死。那时安乐死已被看作是一种减轻死者不幸的特殊医护措施,并已有人开始运用于临床实践中。到20世纪30年代,由于医学科学的发展出现了一些新情况,安乐死日益为人们所重视,在西方掀起了安乐死运动。1936年英国首先成立了自愿安乐死协会,随后美国、澳大利亚也相继成立了这样的协会。当时欧美许多国家的医务界、哲学界、伦理学界都提出了安乐死问题,并发起和组织活动,谋求安乐死得到法律的认可。但是安乐死的命运和本质也曾被歪曲利用,成为“二

战”时期纳粹法西斯分子屠杀人民的借口,使安乐死一度名声扫地。直到 20 世纪 70 年代,各国经济的复苏以及医学和生物医学工程技术的发展,带来了安乐死运动的复兴。近些年来,国外支持安乐死的力量增长很快,在美国,90%的人相信临终病人有权拒绝延长生命的人工手段;英国的民意测验表明,72%的公民赞成在某种情况下的安乐死。因此,人们普遍认识并大多数接受了安乐死,但各个国家在安乐死的立法方面都采取了较为慎重的态度。

安乐死的观念是从 20 世纪 80 年代以后传入中国的。1986 年陕西省“汉中安乐死事件”后,我国召开了两届有关“安乐死”的学术研讨会,并通过各种形式在社会广泛征集意见,展开了热烈的讨论。与它在西方民众中争论激烈的情形不同,许多中国人似乎一开始就敢于正视这个问题。上海曾以问卷形式对 200 位老年人进行了安乐死意愿调查,赞成者占 72.5%;而有关部门在北京地区所做的另一次千人问卷调查表明,91%以上的人赞成安乐死,85%的人认为应该立法实施安乐死。这说明安乐死在我国已得到大多数人的赞同和认可,推动了安乐死在中国的合法化进程。

### 七、安乐死的立法

在世界范围内,英、美等发达国家要求对安乐死立法的呼声最高,但至今没有通过。1936 年,英国安乐死协会曾提出建议,对限于有行为能力的人可以实行自愿安乐死,此立法建议未获通过,1969 年英国安乐死协会再次提交自愿安乐死法案,要求允许主动安乐死,仍未获通过。1939 年,美国安乐死协会提交立法建议未获通过,1947 年、1969 年两次提交安乐死法案仍未获通过。1969 年以后,在美国至少有 35 个有关安乐死的法案递交 22 个州的立法机构审议,结果,美国的法律并无有关安乐死的条款。

虽然如此,这两个国家私下里为解除病人痛苦而实施安乐死的行为却很多。英国虽然每次都否决安乐死提案,但没有医生因

实施安乐死而受到惩罚。比如一个英国医生曾承认他在 30 年时间里用安乐死的方法帮助了 300 名病人死亡,2000 年底英国报纸曾报道说,英国已有 27 万人在医生的帮助下以安乐死的方式结束生命。但美国自从 Karen Ann Quinlan 案件后,消极安乐死在绝大多数州已通过立法,但没有一个州允许主动安乐死,医生经常要面临接受审判的境地。美国有一个叫凯弗奇恩的病理学家,是一个安乐死的积极拥护者和实践者,从 1990 年至今他先后给 130 多人实施了安乐死,被称为“死亡医生”,美国法院最后判他二级谋杀罪和非法拥有毒品罪。

1996 年,世界上第一部自愿安乐死法在澳大利亚北部地区生效,随后有 4 名身患绝症的病人被实施了安乐死。但由于一些民间组织的强烈反对,联邦政府在 1997 年 3 月宣布废除该法律。日本虽然承认积极安乐死,但只有判例法而无成文法。至今为止,世界上只有荷兰和比利时是既允许消极安乐死又允许积极安乐死的国家。2001 年 4 月 10 日,荷兰议会上院以 46 票赞成、28 票反对、1 票弃权的表决结果通过了将安乐死在特定条件下合法化的法案,使荷兰成为世界上第一个承认安乐死合法的国家,每年大约有 2.5 万人选择了安乐死。2002 年 4 月,比利时议会通过安乐死法。

从 20 世纪 70 年代起,安乐死问题在我国某些学术领域有了探讨,进入 80 年代,安乐死问题在我国医学界、法学界、伦理学界等都进行了讨论,在我国争论已有 20 多年,但至今没有有关安乐死的相关法律。自 1986 年陕西省“汉中安乐死事件”以来,法学界和伦理学界对安乐死的法律问题进行了深入的思考,在各界对安乐死的看法中,医务界赞成安乐死的较多。1996 年第 8 届全国人大第 4 次会议期间,上海市 33 位代表联名提交了“关于同意上海市制定安乐死地方性法规”的议案。由于安乐死是一个复杂的、涉及多学科的历史难题,虽然我国开始从安乐死的理论研讨向立法发展,但其进程将会十分艰难。山东中医药大学祝世讷教授领导

的课题组,从1980年开始致力于安乐死的理论研究,提出了一系列新观点,主张从中国国情出发,建设和发展中国式的安乐死,并提出《安乐死暂行条例(草案)》(建议稿),已呈报全国人大法制委员会等国家有关部门,以此为线索展开更广泛、深入的讨论。这说明我国已向安乐死立法迈进了一大步。当然,只有当国人在伦理上对此完全接受的情况下才能制定出严格的法律。

当今时代人们越来越多地认为,人有权决定自己生命的终结方式;安乐死亡的目的对病人本身是避免痛苦,对于社会来说,一方面是为了尊重病人的权利,给予病人有尊严地死去的自主权;另一方面也是为了节约有限的卫生资源,用于更有希望的病人身上,对病人、家属和社会均有利。

总之,要树立全新的安乐死伦理观。“善终”或“安然去世”自古就是人类的一种理想,现代社会已经有条件把它变为现实,使崇尚安乐死成为新的社会风尚。在这种新的社会文明中,人们不但要求增加生命的量,而且要求提高生命的质;不但追求“活要活得好”,而且追求“死亦死得好”;把“优死”摆在与“优生”同等重要的地位;以“愚昧地死”、“死亡愚昧”为耻,以“科学地死”、“文明地死”为荣。安乐死将成为人们普遍的伦理观念,死者自愿要求安乐死,社会上积极评价安乐死,安乐死的合法性、道德性将成为新的伦理规范。

### 第五节 死亡教育问题

我国有忌谈死亡的民俗传统和文化心理背景,死亡在很多场合下都意味着沉痛、不吉祥、不应该、不干净,人们一想到死,最常用的感觉就是阴沉、恐惧,因此总是尽可能地回避死亡的话题。应该说,这是一种有缺憾的文化构成。那么,让人们在感受到“生如夏花之灿烂”的同时,在人人都不可逃避的死亡面前也能领悟到

“死如秋叶之静美”的深邃魅力,是文化的责任,更是教育的责任。所以,对于每一个人而言,死亡教育是他人生中很重要的一课。

## 一、死亡教育的意义

从人的本性来讲,肯定不愿触及那些残忍的东西,比如关于死亡的话题,但这并不等于人生就可以不残忍、不现实、不丑陋,所以,我们在客观上需要接受一些我们无法回避的死亡教育,去一点点了解那些真相,尽管我们可能不太愿意。

死亡教育其实首先意味着帮助人们去认识,死到底是个什么东西,是飘飞在炉火中的骨灰,或者是化为蓝天里的一缕青烟;还是物质的泯灭,抑或是肉身的消散。认清了死亡的本质,同时也就认清了生命的本质,这是我们战胜对死亡恐惧的前提。当我们明白,死亡也是生命的一部分,当我们明白,死对于生的意义,我们才能更好地去以死悟生,珍惜生命。

死亡教育是一个很大的话题,不一定非要在殡仪馆内上课才能诠释清楚。我们认为,凡是有影响力的电影、广播、文字,无不牵涉到关于死亡、关于爱的主题,而那些刻骨铭心的生死记录或影像展现,可能都会比一堂课更有教育意义。死亡是人生的最大真相,只有人们明白了这一点,才可能明白如何经营我们的生命,而真相总有一种摧毁的力量,面对这样强大的力量,人们该以怎样的方式,让年轻的生命一点点地认识死亡,是需要思考的问题。死亡教育是值得肯定的,如何教育,选择什么年龄层的对象进行教育,以什么样的方式进行教育,都是值得仔细考虑的。

死亡教育是指通过对死亡现象、方法和状态的客观分析,使人们正确地、科学地认识死亡,以便树立起正确的生死价值观。当前,许多国家都非常重视死亡教育,其伦理意义主要表现在以下几个方面:

(一)开展死亡教育有利于人们正确认识死亡,消除对死亡的恐惧

我国忌讳谈死,受迷信思想的影响,把“死”与“鬼”联系起来,对死怀有莫名的恐惧,害怕黑暗、独居,许多人在濒死阶段都是怀着如此心理痛苦地死去。通过死亡教育使人们认识到由生到死是一个过程,生命是有限的,死亡是生命的最终归宿,这是不可抗拒的生死规律。正确认识死亡就会使人们对自己的生命终点作好心理上的准备,与其在恐惧中折磨自己,像动物那样被动地承受死亡,不如主动地认识死亡,坦然接受死亡,选择恰当的死亡方式,平静而无遗憾地渡过生命的最后阶段。

(二)开展死亡教育有利于人们珍视和尊重生命,提升生命质量和价值

死亡是生命过程的必经点,对它的认知是人生的课题,是提升生命质量的一剂补药。只有对生命本身高度肯定和重视才能健康地领悟死亡的意义;也只有体验到死亡的真实意义后才能更有效地升华生者的生活质量和生命价值,死既是对生的否定,又是对人生价值的最后评定。因此,我们首先应当积极地生,珍惜生命、尊重生命,实现人生价值,做到死而无憾。爱因斯坦曾说:“一个人的价值不在于他得到了多少,而在于他贡献了多少。”因此,在有限的生命时间内,应自觉地把社会的需要当作自己行为的目标,多做有益于社会和人民的事,为他人、社会多作贡献而创造自己的人生价值,使自己的生命更加充实,更加有意义。

(三)开展死亡教育有利于强化人们的权利意识

一个人寿命的长短并不是最重要的,重要的是人活得是否健康,是否有质量和价值,痛苦地、无意义地、无价值地活着,从某种意义上说比死更坏。生是权利,死也是权利,我们不应主张无条件地生,也不应无条件地反对死,我们主张既要尊重生命,在特殊情况下,又要接受死亡,医学应在提高生命的质量和价值的下去

维护人的生存权利,否则就是无意义的。因此,通过对人们进行死亡教育,强化人们对死亡权利与义务的意识,增强人们的生命质量和价值的观念,强化人们对死亡既是权利又是义务的认识,具有深远的意义。

#### (四)开展死亡教育有利于促进医学科学的发展

众所周知,医学科学的发展离不开尸体解剖,尸体解剖在认识疾病的本质、探索疾病发展的规律和提高诊治水平方面都具有其他检测方法不可替代的作用,它是医学发展的重要条件和基础。但在我国,由于社会文化和传统伦理观的影响,尸解率一直处于较低水平。相比较而言,捐献器官和遗体就更难,从一定意义上讲,已经阻碍了我国医学科学的发展。通过开展死亡教育使人们认识到,生老病死、新陈代谢是自然规律,人死后将遗体用于医学研究是为人类作出的最后奉献,是有益于他人、有益于社会的行为,是精神的升华。

## 二、死亡教育的原则和途径

### (一)死亡教育的原则

目前,我国的死亡研究是一个理论弱区,由此带来的是人们的死亡观念陈旧,不符合时代发展的要求,因此必须重视并加大对死亡的研究。死亡教育涉及社会政治、经济制度、风俗习惯、文化传统、宗教、伦理道德等领域,因此,进行死亡教育应遵循一定的原则。从我国的现状出发,进行死亡教育须遵循以下原则:

#### 1. 继承性与时代性相结合的原则

目前,优生的观念已深入人心,由于受封建迷信和唯心史观的影响,人们对死亡持一种否定、排斥、恐惧的态度,从生命神圣论出发,不能正确认识生与死。随着社会的发展,人们对死亡的认识不断深化,死亡学已作为一门独立的学科存在,时代的发展要求人们必须摒弃传统落后的死亡观念,代之以体现时代特色的新认识、新

观念。因此,开展死亡教育一方面要继承、挖掘我国传统文化中对待和克服死亡恐惧方面的经验和智慧,如我国传统文化讲究“善始善终”、“颐享天年,度百年而去”,活着追求快乐、幸福,死时也要求没有痛苦,以及大义凛然、舍生取义等人生态度。另一方面要树立辩证唯物主义世界观及具有时代特色的生死价值观,树立优死的观念,只有将二者结合起来,才能树立起符合我国特色的生死观。

### 2. 科学性 with 实用性相结合的原则

开展死亡教育必须体现严密的科学性,用医学、哲学、伦理学、社会学、法学、心理学等学科领域的知识加以分析和思考,提供科学的理论依据,给人们以正确的舆论导向。同时,死亡教育的内容要注重实用性,从国家、社会及个人的利益出发,讲明正确认识死亡及树立正确的生死价值观的意义,使人们容易接受和履行。只有将二者结合起来,死亡教育才能取得较好的效果。

### 3. 全面性和针对性相结合的原则

死亡教育要在全社会范围内广泛地开展起来,从小学、中学直到成年人都要接受死亡教育,使全社会的人们普遍树立起正确的人生观和死亡观,使人们认识到死与生一样都是生命的一部分,都要追求质量,死是生的必然,从而作到坦然面对,消除对死亡的恐惧。同时,死亡教育还要针对不同年龄、不同文化程度、不同民族、不同宗教信仰、不同职业特点区别进行。二者只有结合起来,才能提高死亡教育的整体水平,从而收到更理想的效果。

## (二) 死亡教育的途径

死亡教育可通过以下三条途径来实现:

### 1. 学校教育

死亡教育应列入从小学到大学以及成人教育的教学计划,创造条件,积极开展起来。事实上,许多国家都已开始实施,如美国,死亡教育已成为学校教育的一个专科,1985年全美国已有60%的大学提供至少一个学时的时间来研讨有关死亡的问题;在日本,有

的大学还开设了“死亡哲学”课。当前,我国的这项任务已非常紧迫,尤其应在医学大中专院校开展,使医学生树立科学的死亡观,以便今后对社会人群开展死亡教育以及自身在面对“生”与“死”的问题时尽到自己的职责。

### 2. 医院教育

医务人员面对临终病人及其家属时,一方面要实施临终关怀,此外还须进行死亡教育,除了要使病人能够正视死亡、接受死亡,最终安详、有尊严地死亡,消除对死亡的恐惧,还要教育病人家属接受死亡的现实,尽快从悲痛中解脱出来。使死亡教育达到“死者安息,生者满意”的程度。

### 3. 社会教育

就是要把死亡教育纳入全民健康教育内容中。近些年,许多国家在社会人群中开展了死亡教育,美国成立了死亡教育学会,出版了《死亡研究》专刊;在日本,出版了专门论述死亡的书籍,对一般居民经常举办“关于生与死的讨论”讲座等。我国在近些年也相继出版了《死亡哲学》等方面的著作。老年人是我国接受死亡教育的重点人群,不但要使老年人“老有所养”、“老有所依”,还要使其认识到“老有所终”的自然规律,使其正视死亡,坦然接受死亡。

## 三、医务人员在死亡教育中的责任

随着医学科学社会化趋势的发展及生物—心理—社会医学模式的建立,赋予医务人员更高的道德责任和义务。医学不但要研究如何使人类更好地生存,也要研究如何使人幸福、安详地死亡,即在注重优生的同时,也要注重优死,这是一个问题的两个方面,缺少哪一方面都是不完全的,所以,医务人员肩负着对社会人群进行死亡教育的责任和义务。特别是对老年人和临终病人及其家属,医务人员应针对其死亡观念及心理进行辅导,在帮助病人减轻疾病痛苦的同时,通过死亡教育减轻病人对死亡的恐惧和焦虑,从

而转化为积极的人生态度,提升其生命质量和死亡尊严。同时,劝说病人家属正确认识死亡,不要过度悲伤等。此外,医务人员也有必要对自我进行死亡教育,增强对死亡恐惧的抵抗能力,达到超越死亡的境界。

## 第九章 生态环境保护与伦理道德

人们赖以生存的环境是一个十分复杂的生态系统,在这个生态系统中栖息着包括人类在内的所有生物群落。本章将简要讨论一下人类对待生态环境所应有的道德态度及人类在这个赖以生存的生态环境中的行为准则,以提高公民的道德环境保护意识,使人类能够在地球上更好地生存发展下去。

### 第一节 生态环境保护道德意义和作用

生态环境保护道德是指人类在开发、利用和保护生态环境中,尊重自然和社会发展规律,保持人类生活、生产环境的质量,保护生态环境平衡,以维护人类共同生存的地球环境。生态环境的保护对人类健康和人类后代的健康发展,对社会生产环境和自然资源环境的保护都有着极为重要的道德意义。

#### 一、生态环境保护的概念

有报告指出,最近十年地球环境的各个环节都每况愈下,环境污染、气候变暖、资源浪费、贫穷、国际环保力量软弱等问题已经凸显在人类面前。过去十年中,二氧化碳的排放量平均增加了9%,直接导致的结果是气候变暖。近一百年来全球气温上升了0.6℃。目前全球生物的多样性正迅速降低,大量物种濒临灭绝,消失的速

度比历史上任何时候都快,平均每天有 140 种生物消亡。人类大面积砍伐森林,全球森林面积正以每年约 1700 万公顷的速度消失,而全球每年有 600 万公顷的土地沦为荒漠。现在全球有 11 亿人无法饮用安全干净的水,30 亿人的生活条件达不到卫生标准。由于不洁净水而导致的疾病每天会夺去 1.4 万到 3 万人的生命。海洋也不再清澈,全世界每年流入海洋的石油达 1000 多万吨,还有数十亿吨的淤泥、污水、工业垃圾和化工废物等。土地也不再洁净,各种各样的垃圾堆成了山,其中包括很多有害的不可降解的废弃物。

我国《环境保护法》指出:环境“是指影响人类生存和发展的各种天然的和经过人工改造的自然因素的总体,包括大气、水、海洋、土地、矿藏、森林、草原、野生生物、自然遗迹、人文遗迹、自然保护区、风景名胜区、城市和乡村等”。

在生态系统中,生物周围的一切都是它的环境。环境按性质可分为三类:一是无机或物理因素,如光照、土壤、温度等;二是有机或生物因素,如各种生物之间的关系;三是人的因素,因人类活动对环境的影响日益增大,所以将人的因素从生物因素中分离出来认识。

在全球生态系统中,非生物环境为生物群落提供物质和能量,而生物群落则利用非生物环境提供的能量和物质进行生命活动,使这些能量和物质从一个群落传递到另一个群落,从而构成了非生物环境与生物之间的能量流通和物质循环,形成一个复杂的生态功能系统。

现在人们把地球上能利用光合作用将无机物合成有机物的绿色植物称为生产者,把那些只能直接或间接利用有机物的异养生物称为消费者。这一系统内绿色植物为第一级营养水平;食草动物为第二级营养水平;以食草动物为食的动物为第三级营养水平;以食肉动物为食的动物是第四级营养水平。各级营养水平的生物

量依次递减并呈一数量上的金字塔状,从塔基向上各级消费者依次减少,级次越高数量越少。人类就生活在这众多生态系统中,并成为其中的一部分,人参与了生态系统的发展和变化,同时还与生态系统中的其他成员共同进化和发展。

生态系统是一个开放的系统,有抵抗各种干扰和维持内部平衡稳态的能力,生态系统通过自动调控功能,影响着同种生物的种群密度、异种生物种群间的数量及生物与环境间的相互适应,从而使生态系统能维持相对稳定状态。生态系统的稳定是相对的,是处于一定振幅范围之内动态平衡。比如在人与生物圈中人与其他生物和所居住的环境相互作用、相互制约的关系中,人既可能是生物圈的盲目破坏者,也可能是生物圈的自觉建设者。

自从 20 世纪中期以来,人类社会经济获得了高速的发展,大规模的经济活动打破了全球生态系统的稳定临界点,区域性的生态环境变化被放大成了全球性灾难,成了社会经济发展的巨大阻力。近三十年来全球干旱、洪水、地震等天灾增加了两倍,其中 90%是在发展中国家。进入 21 世纪后,全球人口激增,为了发展经济,资源开发与环境保护之间的矛盾更加尖锐,全球环境进一步恶化。

## 二、生态环境保护的道德意义

回顾人类在开发利用和保护生态环境所经历的漫长道路,研究人与生态环境的相互关系,可以认清两个问题:一是人类社会的进步,人们生活条件的改善,人们日益增长的物质和文化需要的满足,一时一刻也离不开良好的生活环境和生态环境;二是人类在社会经济发展和自身生存的发展中,又做着损害和破坏自己赖以生存的生态环境的蠢事。《环境保护法》中指出:环境“是指影响人类生存和发展的各种天然的和经过人工改造的自然因素的总体,包括大气、水、海洋、土地、矿藏、森林、草原、野生生物、自然遗迹、人

文遗迹、自然保护区、风景名胜区、城市和乡村等”。生态环境是人类赖以生存和发展的基本条件,必须认真加以保护,如果破坏了人类赖以生存的环境,就将影响和威胁人类的生存和发展。

### (一) 必须尊重生态环境,保护生态环境,按自然规律办事

从人类发展历史看,人与生态环境的关系大体上经历了早期愚昧时期、中期征服自然的冲动时期和今天认识到保护自然生态环境的觉醒时期。在远古时代,人类是大自然的奴隶,生产力水平低下,只能依靠自然的恩赐,人们对大自然顶礼膜拜。随着生产力的发展,人类从单纯适应自然的被动处境到逐渐掌握了主动权,开始提出“征服自然”的口号。特别是在早期资本主义发展阶段,对大自然环境的疯狂掠夺和破坏,达到了猖狂的程度,给后人带来了无穷的灾难。面对自然生态环境的无情惩罚,人们开始觉醒,认识到人们的活动必须尊重、保护生态环境,必须按自然规律办事,才能维持人类的健康发展。

### (二) 生态环境急剧恶化,威胁人类的生存发展

#### 1. 土地荒漠化

现在全球荒凉的沙漠或旷野即土地荒漠化,是当今世界最严重的环境问题。过度放牧、滥伐森林、不合理耕作、水资源利用不当、乱开滥采矿物资源等人类活动,是造成土地荒漠化的主要原因。目前全球有 3600 万平方千米土地荒漠化,6 大洲 110 个国家有 1/6 的人口受荒漠化影响。在亚洲已经有 30% 的土地荒漠化,有 1 亿人口受到荒漠化影响。我国荒漠化问题已经十分严重。

森林资源减少,水土流失,洪水泛滥是土地荒漠化的重要原因,地球上的森林面积已经由原先的 76 亿公顷下降到 20 世纪 90 年代的 26.4 亿公顷,减少了 65%。在亚洲地区森林正以每年 470 万公顷的速度递减。我国森林覆盖面积仅为 13.92%,人均仅有 0.113 公顷,是世界人均量的 1/5,但每年的毁林面积多达 50 万公顷。由于毁林不减,每年平均有 300 种生物灭绝,而一种物种的消

失可能带来 10~20 种物种消失。到 21 世纪初,人类已知物种将有 20% 彻底消失。持续毁林正在制造地球上第六次物种灭绝的悲剧。毁林造成气温升高,雨水异常,旱涝成灾。干旱导致荒漠化加剧,全球沙漠化速度触目惊心,在非洲,沙漠每天向草原推进 16 米。我国是世界上沙漠分布最多的国家之一,沙漠面积占国土面积的 17.6%,同时还以每年 2460 平方千米的速度扩展。沙漠化每年给国家造成的经济损失高达 540 亿元人民币。土地沙漠化是造成某一地区人类文明衰落的一个重要原因,中国西部的事实就充分证明了这一论断。

### 2. 环境污染

人类社会进入工业化后,对自然的过度掠夺和惊人消费,所产生的废弃物也给环境带来了严重的污染。据统计,全球每年城市产生的废弃物就有 7200 亿吨,其中大部分不经过处理,随意向环境排放,造成土地、水体和大气污染。地球已经陷入难以医治的病态,人类赖以生存的空间受到了严重的威胁,全球每年有 520 万人死于废弃物引起的疾病,这一切包括中国在内显得尤为严重。

水体污染也十分严重。全球可供人类饮用的淡水仅占地球水资源的 3.5%,而这仅有的淡水资源,现在还有 1/3 以上受到化肥、垃圾和各种化学药品的污染。现在全球已经有 3 亿人喝不到清洁的淡水。1997 年 WHO 报告亚洲每年有 50 万人因饮用不洁水或卫生条件差而丧生。争夺水资源已经成为战争的导火线。海洋的污染更令人担忧,长期以来,人们一直把海洋当成销纳人类垃圾尤其是毒物和放射性废弃物的巨大公共垃圾场。海洋的污染有 70% 是陆地污水排放所致。据统计,全世界每年至少有 1000 万吨石油、2000 万居里的放射物、30 万吨铅、5000 万吨汞倾倒入海洋。这些有害的重金属进入食物链以后,最终受害的还是人类自己。20 世纪 50 年代日本的水俣病,就是人吃了含汞的鱼虾所致。中国每年因水污染造成的损失已经高达 500 亿美元。全球变暖将造

成自然灾害频繁,疾病流行,海平面上升,淡水供应紧张等灾难性后果。

陆地污染也不容忽视。随着工业化进程和人民生活水平的提高,大多数国家的城镇已经被工业和生活垃圾所包围,这些难以销纳的废弃物对土地的污染更是触目惊心。发达国家向发展中国家转移废弃物的丑闻不断出现。仅 1987、1988 两年,工业化国家向发展中国家输出废弃物就达 600 万吨。欧盟每年生产的废弃物多达 1.8 亿吨,并向非洲国家大量出口,而东欧国家为赚取外汇,竟每年接受有毒垃圾约 30 万吨。美国废弃物处理公司的营业额每年竟高达 75 亿美元以上。就连美国前总统卡特都承认,美国及其他富国是世界环境灾难的主要根源。这些有毒物质不仅危害公众的身体健康,有学者研究发现,环境污染还与社会犯罪率上升有关,统计显示,在铬及镉高污染区犯罪率比其他地区高 3 倍。

大气污染也十分严重。自工业化革命以来,人类大量使用煤、石油,使大气中的二氧化碳浓度增加了 25%。如不加控制,每年还会以 0.5% 的速度继续增加。根据阿勒尼斯的计算,大气中二氧化碳浓度每增加一倍,地球气温就会上升 4.5℃。除二氧化碳外,一氧化碳、甲烷和臭氧也是产生温室效应的重要因素。

20 世纪 50 年代,造成大气污染的主要是二氧化碳,如当时英国伦敦、美国多诺拉镇、比利时马斯河谷的烟雾事件。而到 70 年代后随着工业化进程的加速,大气污染也日益严重,主要成分已变为二氧化碳、二氧化硫及氮化物等。全球每年向大气排放二氧化碳约 60 亿吨,而美国就占其中的 1/4。我国也是二氧化碳排放量很大的国家之一。从理论上讲这 60 亿吨的二氧化碳只有约 2/3 被海藻和森林等吸收和利用,残留的 1/3 却始终包围着地球,这不但降低了空气的自我净化能力,也造成了地球的温室效应,所造成的厄尔尼诺现象使人类吃尽了苦头。当今人为造成的二氧化碳等排放量增加是形成“温室效应”、导致全球气温升高的原因。近一

百年全球气温上升了约  $0.6^{\circ}\text{C}$ ，预计到 2025 年将上升  $1^{\circ}\text{C}$ 。南北极冰盖融化，海平面上升了约 15 厘米，如果继续下去，一些沿海地区就可能沦为泽国。中国的酸雨也占国土面积的 40%，仅江浙等 7 省因酸雨造成农业减产，每年的经济损失约 35 亿元人民币。20 世纪 90 年代受氯氟烃化合物影响，大气臭氧空洞扩大，不但破坏了食物链，也影响了人体免疫系统，如皮肤癌等疾病增加，呼吸系统、心血管系统、神经系统疾病发病率增多。据 WHO 统计，在亚洲经济高速发展的国家中，每年死于空气污染的约有 156 万人。1997 年曾有报告指出全球 20 个大气污染最严重的城市，有 10 个在中国，因此所造成的经济损失每年约为 40 亿美元。

1995 年，柏林《联合国气候变化框架公约》规定了“强化工业化国家的义务，不给发展中国家增添新的责任”这一基调。发达国家承担实施减排温室气体指标，成为遏制全球变暖的关键。

### 3. 突发灾难事件

战争是对自然环境破坏的突发事件和最大原因，其破坏力远远大于自然灾害。如 1991 年海湾战争时，从伊拉克油罐中流出原油 600 万吨，战后从水面上回收原油 100 万桶。在科威特，700 千米海岸线被石油污染，石油浸入土地深达 30 厘米，到 1992 年科威特仍有 60% 的国土被石油所覆盖，大批海鸟、鱼类死亡。核事故的污染更是令人毛骨悚然，1986 年前苏联切尔诺贝利核电站爆炸，经济损失达数十亿美元，2 万多人死亡，14 万多人受到核辐射，北欧 900 多万人受辐射影响，500 多万公顷农田荒废，并有大批畸形儿出生。这样的事故在美国 1979 年三里岛核电站也发生过。频繁的地下核试验与地震形成也有关。

工厂、矿山等突发事件也造成污染。如 1984 年印度博帕尔农药厂爆炸，有毒气体泄漏造成 2 万多人死亡，对周围环境污染十分严重。2005 年 11 月 13 日吉林化学工业公司化工厂爆炸，苯等有害物质泄露，造成下游松花江水污染等事故，都说明各国出现工业

生产事故、泥石流灾害、风暴袭击等,使人们防不胜防,危害极大,有时带来的打击是毁灭性。

### 三、生态环境保护的内容和作用

#### (一)生态系统稳定性及其重要性

目前我国生态环境形势十分严峻,总体上生态恶化加剧的趋势还未得到有效遏制。虽然近年我国生态保护和建设有了长足的进步,但生态环境的形势仍然十分严峻,生态破坏的范围在扩大,程度在加剧,危害在加深,并呈现出区域性破坏、结构性解体和功能性紊乱的发展态势。许多地区还存在边治理、边破坏的现象,点上的治理赶不上面上的破坏,治理的力量与破坏的力量不成比例。

在我国森林人为破坏不止。由于森林人为破坏严重,生态功能不强。虽然我国森林覆盖面积从解放初期的 8.6% 提高到 2001 年底的 16.55%,但人工林及中幼龄林占多数,森林生态效益下降。同时,挤占林地屡禁不止,每年损失达 200 万公顷以上。

土地退化严重。现在我国有退化草地 135 万平方千米,约占可利用草地面积的三分之一。土地沙漠化现象突出,每年新增沙漠化面积约 3436 平方千米,相当于损失一个中等县的土地面积。同时由于人为引起的水土流失面积每年增加 1 万平方千米。

水生态出现失调,旱涝灾害频繁,水环境安全度下降。主要表现为水资源短缺,地下水位下降;河道淤塞,河流断流;湿地破坏,湖泊萎缩,调蓄洪水能力下降,富养化问题严重。加上农业资源污染加剧,形成对土壤的破坏性影响。

海洋环境破坏严重。沿海红树林面积由过去的 25 万公顷减少到 1.5 万公顷,珊瑚礁生态系统破坏严重,仅海南周围海域 80% 的珊瑚礁生态系统受到破坏。在海南省,海岸线向陆地推进了近 300 米。

生态环境的恶化加剧了各种自然灾害的发生,造成巨大的经

济损失,严重制约了地区经济和社会的可持续性发展。

### (二)寻找对策保护环境

面对如此急剧恶化的环境,人们正在从科学、立法和伦理道德三个方面寻求对策。一是科学家正采用各种科学手段消除生产中所产生的污染,或寻找以无污染的产品代替有污染的产品,或想办法兴利去弊;二是从伦理道德更新角度出发,提高全民环境保护意识;三是制定相应政策法规,以规范人们的环境保护行为,减轻或消除社会经济发展可能对生态环境造成的污染和破坏。

人与生物圈计划实施始于1971年,是联合国科教文组织针对全球面临的人口、资源、环境问题发起的一项政府间的国际性科学研究计划。到2005年全球已在97个国家建立了459个世界生物圈保护区。在我国共有26个,占世界生物圈保护区的5%。十年评估一次,合格者保留。2001年11月在我国广西召开的国际生态卫生科学大会对生态卫生内容进行了研讨,与会代表认为,生态卫生内容十分丰富,关系到人们的习惯、环境、健康、食物和水。会议认为搞好生态卫生建设有深远的影响,作好对排泄物中有机磷和营养的再循环,可最大限度地节约用水并保护水源。采用可持续性方法处理家庭废水,以家庭为单位最大程度地再循环和重复利用等都是生态卫生的内容。它与人居环境废物管理系统、卫生与环保系统以及农业系统相耦合。生态卫生的总目标是通过自生和再生维持代谢系统结构、功能和过程的生态稳定性。

全球环境的恶化趋势加重,南极臭氧空洞日益扩大,喜马拉雅主峰冰川景观发生改变,全球海平面上升并威胁到太平洋小岛上居民的生存,一系列事实向人们敲响了警钟。如何留给子孙后代一个可供生存和可持续发展的环境,已经引起世界各国的关注。为此,1992年联合国通过了《联合国气候变化框架公约》,到2005年已经有185个国家和地区参与,并成功地举行了数次缔约国大会。到1997年缔约方终于形成了关于限制二氧化碳排放量的法

案,并以本次大会举办地日本京都命名,称《京都议定书》。该议定书规定,各缔约方在 2008—2012 年,应使自己的全部温室气体排放量比 1990 年减少 5.2%。限排的温室气体包括二氧化碳、甲烷、氧化亚氮、氢氟碳化物、全氟化碳、六氟化硫等。对此有 186 个国家和地区达成一致,38 个工业国许诺实现减少本国温室气体排放的有约束力的目标。

把协议变为法律,强制欧盟各国到 2010 年,使温室气体排放量在 1990 年基础上减少 8%,英国减少 12.5%。协议估计,只要占 1990 年全球温室气体排放量 55% 以上的至少 55 个缔约方批准,协议即可生效,但是到 2005 年春为止,俄罗斯已经批准,美国仍拒绝签字承担义务。协议还规定工业化国家每年向发展中国家提供 5 亿美元,帮助它们发展新清洁技术。工业化国家通过植树、改变耕作等方法来减少二氧化碳排放量等。

### (三) 树立环保的消费观念

环保的消费观念可概括为以下五个方面:节约资源,减少污染;绿色生活,环保选购;重复使用,多次利用;分类回收,循环再生;保护自然,万物共存。

从环保角度考虑,不购买污染环境的产品,包括过度包装,以及用后会变成污染物、生产时会制造污染,或者使用时会造成浪费或污染的产品。在消费过程中注重对垃圾的处置,不污染环境。转变陈旧的消费观念,崇尚自然,追求健康,在追求生活舒适的同时,注重环保,节约资源和能源,实现可持续消费。环保的消费观念要求人们不再以大量消费资源、损害环境求得生活上的安全、舒适,这是人们消费心理和消费行为向崇尚自然、追求安全和健康的转变。抛弃过度消费,抵制恶性消费,在求得舒适的基础上,将环境保护融入我们日常的消费行为中,为自己也为他人创造一片蔚蓝的天空。

## 第二节 生态环境保护与道德

生态环境是人赖以生存的基础,在面对生态环境伦理道德问题时,需要人们处理好两个关系:一是人类行为中人与人之间的利益关系;二是人与自然环境间的利益关系。这是人类试图借助道德的力量和社会的舆论来调节人类行为以缓解人与自然环境间的冲突,改善人类赖以生存的环境的努力。虽然有关环境道德在不同的社会发展阶段有不同的具体要求,但都是人类环境价值观念的反映,都是为了人类在地球上很好地生存。

### 一、人与环境和谐相处

人类自古以来对待生态环境的态度不外乎两种,一种是与其对立,另一种是与自然生态环境和谐相处。在人类有关自然生态环境伦理道德观念的形成中,宗教的影响是巨大的。在我国古代就有关于“天地合一”的思想,在《周易》中即有“天地交而万物通也”及“天地感而万物化生”的记述。讲的就是万物是由天地生成,生命的形成是天地本身运动的过程。老子将“天地人合一”思想阐述为:“人法地,地法天,天法道,道法自然。”也就是说,人以地为法则,地以天为法则,天以道为法则,道以自然为法则。这就要求人只能以自然为规范,人必须遵循自然法则,除此之外无路可走。这种把天、地、人的整体统一看成是宇宙整体的统一,是一种符合事物发展规律的进步的认识态度。在《内经》一书中就有“天地者,万物之上下也”,“天覆地载,万物悉备,莫贵于人。人以天地之气生”。在道教及佛教中都有关于神、自然、人三位一体的自然观,天人合一,自然轮回的思想,体现了佛、人与自然相互间的转化关系。人可以立地成佛,自然界的山可以成为“神山”,树可以成为“神树”,水可以成为“神水”等等。这种朴素的自然观,把人本身看成

是宇宙中的一个有机组成部分,也就是自然界的一部分,人是一个小宇宙,就应该处于自然大宇宙法则的约束之下,这一系列观念对我们认识人与自然环境的关系有重要的意义。

在《圣经》中对人与自然关系的解释,使我们看到在当时生产力水平较低情况下,人们对自然的征服愿望和早期对生态环境保护思想的否定。在基督教义中“上帝”的地位最高,人次之,自然地位最低。由于人有语言,所以能接近上帝,而动物没有语言不会获得知识,因此它们永远不能接近“上帝”,于是动物只能在人之下,为人所用。正如当时哲学家弗朗西斯·培根曾说:“神给了我们征服自然的权利。”这充分反映了人们在当时生产力水平低下和自然灾害面前的无奈,企盼控制自然的意愿和对原始生态环境保护思想的否定。

这种以人为中心的思想,到了工业化过程中,就表现为人们对自然界的无限制的开发和利用,对自然生态环境的过度消费,动植物物种的灭绝,生态环境恶化的后果逐渐显现了出来。只是在近代人们才意识到仅仅把自然生态环境作为资源的错误思想,逐步加深了对保护自然生态环境的认识,开始顺应自然发展的规律。

现在无论是在东方还是在西方,人们普遍认识到人类绝非是大自然的统治者,而仅仅是自然环境中普通的一员,是与自然生态环境处于一个统一整体之中的。人们也认识到人类在征服自然的过程中又被自然所征服,因此人类与自然生态环境应当共生共存的思想应该是人类的价值中心,追求人类活动与大自然的协调是人类最高的境界。

1972年联合国在瑞典斯德哥尔摩召开的人类环境会议上,提出了人类“只有一个地球”的概念之后,更进一步加深了对人与自然关系的认识。有关生态环境学家与伦理学家认为,人类仅仅为了自己的功利目的而关心生态环境稳定性和对自然生态环境的保护是远远不够的,人类应当从自然生态环境的全局出发,来认识人

类的行为与自然环境交往关系是否正当,人类的利益应该与自然环境发展规律相协调。

近年一些科学家提出“天地与人一体化”观念,认为人是宇宙包裹起来的一部分,应该以高瞻远瞩的眼光,审视人类的活动对自然的影响,以及宇宙的变动对人类的生活造成什么样的反作用。积极协调好人与环境的关系,改善人类生存环境,避免更多的人加入到环境难民的行列中。

## 二、人类应与万物共尊

我国古人早就有“万物共尊”的思想,认为包括人在内的世上所有生命都是等价的,应当怜悯生命,不吃荤、不杀生成为人们追求的戒律。美国人 A. 莱昂波特(A. Leopold)1949年在《大地伦理学》一书中指出:“花草树木、飞禽走兽都有自己生存与繁殖的权利,不容任意践踏。”生态伦理道德认为生物与人一样需要水、空气和食物,它们同样有权利从地球上得到所必须的东西,同样具有生存和发展的权利。人们要看到没有野生动物、植物,就没有我们人类自己,就没有人类社会的发展。人是杂食性动物,人在维持生存时,要吃掉一些野生动、植物,在这种物质循环和能量流通中,生物权利平等原则,不是以生物个体为尺度,而是以物种为尺度,人类要不吃其他生物怎么能生存下去?关键是“杀生”要有个限度,人类的生存行为要顾及维护一个物种的生存,要有控制地适度消费,要取得一个合适的平衡状态。保护生物多样性,维持生态系统、物种和基因多样性,就是保护人类自己。

对人类生存的无机环境,也必须考虑到同样的价值标准,掠夺性开发和过度伤害环境、破坏环境都是人类超限违反环境平衡的不道德的行为。从道德上讲,不加处理就随意向环境排放废弃物是不道德的、违法的,道德行为应该是处理后再排放或将废弃物重新加工利用。只有这样,人类才能有一个舒适的生活环境,后代才

能有一个理想的生存空间。19世纪60年代一个美国酋长给当时的总统的信中说：“世界上的万物都是相互联系的，就像血液把我们身体的各部分联结在一起一样，生命之网并非人类所编织，人类不过是这个网络中的一根线、一个结，但人类所做的一切最终会影响到这个网络，也影响到人类本身，因为降临到大地上的一切，终究会降临到大地的儿女们身上。”我们判断人类对自然环境的态度和行为的是非曲直，人类的整体利益是唯一的衡量尺度。

### 三、人类之间的利益调整

伦理道德认为人类共同在地球上生存，人人都应该享有平等的权利。但实际情况是贫穷国家的人民为了生存拼命开发自然资源，出口初级产品，造成自然资源破坏，自然灾害频繁发生，使得穷国越来越穷。有统计表明，20世纪80年代与70年代相比，全球自然灾害增加了50%，其中大部分发生在发展中国家，损失惨重，死亡人口是发达国家的6倍。而富国则以个人为本位，拼命追求个人享受，任意开发和掠夺破坏自然资源，或以人类中心主义为归宿，把自然界的一切看作是为人类而存在的，“植物为动物而存在，禽兽为人类而存在”，人只要愿意就可随意捕杀消费。生态伦理道德认为，人类赖以生存的环境质量和自然资源是社会共有的财产，富国应该停止掠夺自然资源的行为。人类对自然资源的开发和利用，不仅要为现代人负责，更要对后代人负责。地球用了45亿年才演化成今天这个模样，然而人们开发它利用它才多长时间呢？人类进入工业化后才几百年，地球已经被破坏得满目疮痍，正如有人讲“我们不但继承父辈的地球，而且借用了子孙的地球”。所以，我们要珍惜每一份自然资源，每一种野生生物，保护好生态环境，把一个完好的地球和健全的生态环境传递给后代，是人类应有的道德责任和道德义务。

#### 四、保护环境就是保护生产力

当前生态环境的破坏对人类的生存构成了巨大的威胁,保护生态环境就是保护生产力,就是拯救人类自己和子孙后代,这已经成为大多数人的共识。为此,人们提出可持续发展的思想,统筹安排考虑资源、环境、人口等因素,通过政府干预、法律法规保证,把人类赖以生存的生态环境保护好。

通过宣传大幅提高人们保护生态环境的意识,人们在消费时必须考虑到产品的环境保护因素。环境科学技术产业的开发,为环境保护创造了条件。我国环境保护产业正在兴起,年产值已经达到 300 亿元人民币。全球对环境保护工作和投入不断加强,“绿色资助”、“野生动物保护基金会”等活动,在全球各地蓬勃发展。中国已经把环境保护列为基本国策,如“三北防护林带”、“退耕还草、还林”、“江河治理”等都是造福后代的重大环境保护工程。《环境保护法》的公布为依法保护环境提供了坚实的基础。

国际上 1992 年《21 世纪议程》、《里约热内卢环境与发展宣言》、《联合国气候变化框架公约》和《生物多样性公约》等的签订,为全球环境保护指明了方向。虽然各国领导人均作出了承诺,但是要真正实施仍然是任重道远。

#### 第三节 环境保护道德原则和要求

人类离不开环境,人类在同生态环境的交往中仍然是处于主动地位,因此,人类对自然生态环境的利用、改造,必须遵守自然生态平衡规律,预见环境变化可能给人类带来的后果。在处理与生态环境的关系时,既要求人们注意当前现实的需要和可能,也要放眼未来,为子孙后代留下一个良好的生态环境空间,以利于人类继续生存和发展。为此,必须重视环境保护的道德原则和要求。

## 一、环境保护的道德原则

### (一) 尊重自然原则

自然生态环境有其固有特性和规律性。自然生态环境是处于一种动态平衡之中,环境中的一切都有其存在的价值及其发展变化规律。破坏了自然生态平衡规律,人们必将受到大自然的惩罚。人类生存发展离不开生态环境,人与自然生态环境是相互依存、平等互利的存在。对人类赖以生存的自然生态环境的尊敬、保护,就是对人类自己负责任的具体体现。

### (二) 整体综合原则

人与自然生态环境共同构成一个开放式的动态平衡系统,在这个大系统中任何一个子系统的变化,必将引起其他相关系统以至整个自然生态系统结构和功能的变化,对此,需要有一个清醒的认识。人类的活动是在系统内进行的,因此,遵守系统论的观点,自觉地将人类的活动置于自然生态系统之中,树立整体综合观念,要从全局出发,从人类现在及将来利益出发,遵循有关法令和规则,协调好人与自然的关系、近期与长远的关系,为人类可持续发展作出贡献。

### (三) 同步效应原则

生态环境保护工作是一项建设精神文明与物质文明的工作,其成效关系到公民道德素质的提高和国民经济的发展,关系到科学技术水平的提高和社会各部门的密切协作,是一项相互联系的系统工程。因此,必须重视伦理道德方面的要求,在具体工作中要树立同步效应观点。也就是要求环境工作者与政府有关部门及人民群众,在经济建设、城乡发展、环境建设与保护方面能作到同步规划、同步实施、协同发展,以促进经济效益、社会效益和环境效益的协调发展。任何忽视环境效益,片面追求经济效益的做法,都是背离生态环境保护道德的原则的。

#### (四)面向未来原则

生态环境保护不仅是现代人的事业,而且与子孙后代关系密切。如果我们不注意从现在开始抓好生态环境保护工作,我们的生态环境必将受到严重的破坏,并将成为一个难以解决的问题。我们不能做那种自毁家园、破坏生存条件的蠢事,也不能不考虑未来人的生存发展,而只顾及现代人的生存。对生态环境保护的态度需我们从树立对当代人负责、对后人负责和对全人类负责的战略高度来认识,通过宣传教育,通过法制完善,提高全民族的生态环境保护意识,动员全国人民积极提高环境保护意识并努力行动,保护人类生存的家园。

## 二、环境保护的道德要求

### (一)提高环境保护意识,严格遵守各项环境保护要求

长期以来人们对生态环境保护与人的关系认识不足,对生态环境缺乏保护意识,人民群众对环境保护工作还没有充分的认识,因此只知道向环境索取,而没有认识到利用环境资源与保护环境的重要性,造成对生态环境的污染和破坏。同时,在这种情况下,环境保护人员也没有认真履行环境保护的宣传教育职责,以使广大人民群众提高环境保护意识。甚至环境保护人员自己还没有认识到保护好生态环境对人类眼前利益与长期发展的重要性,仍在高呼向江河湖海宣战等口号,不计后果地向大自然索取。结果森林被滥伐,草场退化,土地荒漠化等现象屡屡发生。所以,提高对生态环境的保护意识,一定要从环境保护工作人员作起,首先保证自己的工作不给环境造成污染和破坏,同时要认真遵守各项环境保护工作条例,忠于职责。通过他们认识的提高和转变,再教育广大人民群众认识到保护生态环境的重要性和迫切性,树立起以污染环境和破坏环境为耻,以保护好生态环境平衡为荣的社会风尚。人人都要爱护大自然,人人都成为大自然的朋友。

**(二)积极作好宣教,传授环保知识,争取社会支持**

环境保护是一项系统工程,需要社会各行各业共同行动,齐心协力自觉和主动地去做。仅仅依靠小部分环境保护工作人员是难以取得成效的。为此,首先要做好环境保护的宣传教育工作,使全社会都重视环境保护工作,使人人都认识到环境保护工作的意义和重要性。逐渐形成和提高人民群众关心生态环境,保护生态环境的意识。其次,环境保护部门和工作人员要及时进行信息沟通和发挥指导作用,协调社会有关部门共同参与,切实解决人们生活与生产中的各种环境保护问题。特别是环境保护部门和卫生行政部门需要相互理解和合作,齐抓共管,综合治理,使人类所生存的环境得到良好的保护。

**(三)依法严格监督,执法坚决**

人类生存对环境的污染和危害,有时是一个潜在的长期过程,今天人们的行为可能是影响后代人健康生存的原因,对此,有关部门需要认真工作,作好预防监测,及早防止和及时治理。特别是与人有重要关系的水体污染、土壤变化、大气污染等都要认真依法监督,限期治理和处罚。环境保护工作人员要提高自己的道德意识和道德责任感,在工作中要提高执政能力,勇于冲破阻力,以法律和法规为准绳,廉洁奉公,大公无私,严格执法,不徇私情。

## 第四节 环境保护政策与立法

面对现代社会技术发展和经济发展所造成的环境污染恶化的后果,人们应该积极寻找科学措施、法律措施和道德措施,去禁止或限制人们对生态环境造成损害的一些做法,号召人们采取正确态度和行为,以维系人与自然生态环境的和谐共处与发展。

当人们面对生态环境如此严重恶化的情况时,为了人类和后代有一个适宜的生存和发展环境,使人类能公平分配自然资源和

保持资源使用的平衡,就需要人类有与其相适应的政治和经济政策,需要各国政府制定和推行一套行之有效的生态环境保护政策。

我国政府十分重视对生态环境的保护,在农业上采取的一些政策,给人们留下了深刻的印象。如应用生态循环和转化规律推出的北京农村生态农业系统样板,其措施一是加强畜牧业,增加系统收入,畜牧业为农业提供大量有机肥,节省了化肥开支,使粮食和蔬菜增产;二是促进加工业、服务业发展,以保障整个系统运行。

在德国也有类似的环境保护方式,德国政府鼓励农民不用农药和化肥,提倡自然种植,设立生态农业奖。农民只要在5年内不使用化学方法种植农业,保护好生态环境,都可以获得数千到数万马克的奖金。由此,德国生态农业已经达到全国农田总面积的30%。

由于各国政府的重视和社会的宣传教育,广大公众会逐渐树立起正确的生态观念。同时政府也认识到建立健全环境保护法是迫在眉睫的任务,由于各国条件和社会发展水平的差异,各种各样的环境法应运而生。这些有关保护和改善生活环境、生态环境、防治污染和其他公害所产生的各种社会关系法律规范的建立和实施,对保护人类共同生存的生态环境发挥了重要的作用。环境保护法已经成为维护良好生态环境,制止环境污染和破坏的有力工具。目前,世界各国都已经制定了许多相当完备的环境保护法,如美国和德国的环境法规就多达上百种。

我国自古就十分重视对环境的保护,早在公元前就曾有过各种各样的保护生活环境、动植物、水源等法令和乡规民约,甚至还有专职的官吏管理实施。中国的历代政府也都有完善的保护环境的法令。新中国成立后,早期制定的环境保护法令大多以保护自然资源为主。随着经济生产的发展,对自然资源的破坏和污染加剧,防止环境进一步受到破坏的法规相继出台。1979年颁布了《中华人民共和国环境保护法(试行)》,实施了十年后于1989年

12月正式公布了《中华人民共和国环境保护法》，这部法律以《宪法》为基础，以生态规律作为立法指导思想，明确了权限和责任，强化了法定行为模式，规定了“国家制定的环境保护规划必须纳入国民经济和社会发展规划，国家采取有利于环境保护的经济、技术政策和措施，使环境保护工作同经济建设和社会发展相协调”，用法律手段把国家组织管理经济建设的职能与保护和改善环境的国家政策统一起来。

自从环境保护法公布以来，我国又颁布了二十多个法令和二十多个法规，确定了五十多个环境测量标准，并签署了二十多个国际环境保护条约。1997年修订后的《刑法》增加了“破坏环境资源保护罪”，包括污染土地罪、污染水体罪、污染大气罪；非法进口固体废物罪；非法捕捞水产品罪；非法捕杀国家重点保护野生动物罪；非法采伐、毁坏珍贵树木罪；盗伐林木罪等。

现在许多发展中国家已经觉醒，各国共同为保护环境积极努力。1989年3月，一百多个国家在瑞士通过了《巴塞尔公约》，以管制跨国危险废弃物贸易，并将这种贩卖废料行为定为刑事罪。虽然目前全球对环境的保护和治理取得了一些进展，但是边治理边污染的局面并未扭转，人类面临的环境保护任务仍然十分艰巨。

2001年全球变化科学大会《阿姆斯特丹宣言》指出，人类对全球环境的改造不断增长，人类引起的全球变化已经超出了自然变化的范围。如果不对人类活动排放的温室气体采取严格的限制措施……可能引起我们现在难以想象的灾难，威胁人类的生存和发展。各国政府十分关注自然生态系统变化问题，纷纷组织力量，建立机构，制定政策法规，加强能力建设，以进一步实施环境保护。

2005年2月，德国著名全球气候变暖问题研究所的比尔·墨尔在气候变化国际会议上公布了全球变暖时间表。指出在今后一百年内，全球气温每升高一定程度，对世界各地的生态系统和野生动植物、粮食生产、水资源以及经济可能产生影响。预计本世纪中

叶,气温将高出工业革命前 2℃,北极冰层将大量融化,全球各地树木将大大缩减,高山植被会大部分消失,陷入饥饿的人口将迅速增加,会有多达 55 亿的人生活在粮食大面积减产的地区,有 30 亿人口会面临水资源缺乏。所有这一切的后果将是灾难性的。今天的人们必须为此共同努力寻求对策。

## 第十章 卫生政策与伦理道德

卫生政策是维护和促进人民群众健康行动的方针和方法,是政府领导卫生事业的一种重要手段,是卫生事业发展的重要保障。充分利用有限的卫生资源,采取最有效的卫生措施,最大限度地满足人民群众对健康日益增长的需求,是制定卫生政策的目的。

### 第一节 卫生政策与道德

#### 一、卫生政策的概念

WHO把卫生政策定义为:“改善卫生状况的目标,目标的重点以及实现这些重要目标的主要方针。”有学者提出,卫生政策一般分为三种基本目的,一是使已经有的卫生资源尽可能地合理分配;二是控制先进的医疗技术在治疗个人时对社会和经济的影响;三是利用医学知识来推进有利于下一代或下一代的集体利益或社会理想或目标。

要实现卫生政策目标,必须尽可能地使有限的卫生资源最大限度地造福于人类健康,因此,必须符合公众的健康利益,公平、公正、合理地利用卫生资源,满足人民群众的眼前利益和人类长远的发展目标。

卫生政策是国家整体政策体系中的重要组成部分,卫生政策

作为整个卫生事业的核心,包括政策目标、政策价值、政策效果和政策主体与客体的关系等。国家通过制定合理的卫生政策,调整卫生资源的社会分配使用并使其优化,提高卫生服务水平,从而达到维护广大人民群众的健康目标。

### 二、卫生政策的地位与作用

正确的卫生政策以及相关的卫生管理规章制度和法律,是推动卫生事业和谐发展的重要措施。国家利用卫生政策导向,对卫生资源进行宏观调控,以期达到区域卫生规划和合理配置卫生资源的目标。同时,通过制定卫生服务与发展的管理规则、条例等,实现防病治病、救死扶伤,保障广大人民群众身心健康,为实现人道主义的基本医疗保健服务,为“人人享有健康”的卫生保健目标提供政策保证。所以说卫生政策对保护人民群众身心健康,保护劳动生产力,对发展经济和社会繁荣进步都具有重要的地位和作用。

#### (一)指导卫生事业良性发展

卫生政策的重要作用之一就是在确定卫生发展目标的情况下,指导规划卫生事业的发展。卫生政策制定者的价值观,通过对人民群众卫生需求的理解,根据人民群众健康与疾病的实际情况,考虑国民经济发展和资源状况,以及卫生科学技术水平等综合因素,通过制定卫生政策的方式,确定某一时段或历史时期的卫生保健目标,用于指导卫生部门、单位、卫生工作人员和广大人民群众进行有关工作和协调卫生服务,保障全社会卫生保健工作的运行。

#### (二)控制卫生事业合理发展

按卫生发展目标要求,政府通过制定和实施卫生政策,采取一系列具体的方针措施,控制总体目标和分目标,长远目标和近期目标的实施。通过规范措施和目标管理,加强对卫生事业发展运行的控制。如依据国情和经济发展,控制高精尖医学技术设备的配

置;通过政策规定确定农村合作医疗的支付比例;通过招生和医师资格考试,控制卫生人员的合理比例;通过药品监督和企业认证,调整药品生产与供应等,以达到卫生事业协调、有序、健康与和谐的发展。

通过政策条例等规定,制定有关实施预案,保证对突发公共卫生事件的处理。

可以说,我国卫生事业的科学管理与均衡持续发展,就是通过卫生政策的制定和执行来实现的。

### (三)调节卫生事业和谐运行

同其他事业的发展不平衡、有差异的情况一样,卫生事业的发展也是如此。卫生事业的发展要适应社会主义现代化建设的发展速度,要适应国民经济能力,要适应生产发展的环境,要适应人民群众日益增长的对健康保健的需求,要适应加入世贸组织后全球医药市场的发展,要适应全球疫病流行变化的趋势等。对此,也需要通过卫生政策的制定和调整,协调和管理卫生事业资源分配、发展结构和布局、人力培养、筹集财力等。政府通过看得见的手,实施政府管理职能,在医药卫生市场的发展中,力求协调有序、和谐发展。

## 三、卫生政策制定与道德的关系

卫生政策指导全社会的卫生事业和谐发展,以适应和保障人民群众不断增长的卫生保健需求。因此,卫生政策必须反映出政府对人民群众健康保健和对卫生事业发展的态度和道德责任。

卫生政策的内容不可避免地涉及伦理价值选择,体现广大人民群众的切身利益,如所制定的政策方针,必须体现出公平、公正的伦理观念,反映出政策方针对医疗卫生资源分配的价值取向,对卫生服务设施的态度,对高新技术应用的管理,对区域卫生规划的态度,对人民群众眼前利益和长远利益的伦理道德责任和道德义

务等。卫生政策的制定和执行,其受益者可能是社会广大成员或是部分成员,是保证基本医疗服务或保证少数特殊需求,是看重目前还是有长远规划等,都是卫生政策制定时必须要注意和体现的问题。因此,在制定卫生政策时,要注重卫生政策与伦理道德和卫生价值目标间的相互关系,以实现卫生服务的社会公正、公平和效益原则。

(一)卫生事业发展需要有相应的卫生政策控制

社会经济的发展,人民生活的改善,对健康的需求日益增强。医学模式的转变,疾病谱、死因谱的变化和医学高精尖技术的应用,都给卫生事业发展提出了一系列需要解决的问题。为此,从全球乃至各国政府,都必须制定相关的适用于全球或本国家、本地区的卫生政策来协调、管理,也需要有相应的卫生政策来指导、控制具体实施,以保证卫生事业与国民经济按比例、协调有序地发展,实现人民群众的健康目标。

在卫生事业的发展进程中,许多问题的发展和解决就是相关政策方针指导实践的结果。诸如对医学高精尖技术的控制,对卫生资源的分配和利用,有关区域卫生规划的调整,全民健康教育的开展,全民保健形式的调整,卫生人力资源的培养,乃至具体的疾病如艾滋病、禽流感的防治措施等,都是通过制定相关的卫生政策,进行指导、协调和控制的,从而保证卫生工作目标的实现,维护人民群众的身心健康,推动社会经济发展和保证人民群众的幸福生活。

加入 WTO 后中国的医药卫生出路何在,如何与世界接轨;面对全球疫病流行情况,如何采取对策等,都需要通过制定相关的卫生政策来解决。国民经济计划调整后,职工医疗保险问题,农民疾病保险问题,医疗体制改革问题,药品价格问题,计划生育问题等,都是通过一系列政策法规来解决,以保证我国卫生目标的实现。为此,近年国家制定和发布了许多卫生政策方针,如 1997 年 1 月

15日公布的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》,《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,有关计划生育政策的新规定,有关药品价格的管理措施等数十个政策文件。对我国的城乡卫生工作目标,卫生改革指导思想,卫生改革步骤方法,加强农村卫生工作,城市社区卫生服务,预防保健工作与中西医发展,突发性卫生事件的控制,药品管理和价格控制,增加卫生投入比例,加强对卫生工作的领导等诸多方面,都制定了相应的政策规定。这对我国跨世纪卫生发展目标的顺利实现起到重要的保证作用。

### (二)影响卫生政策制定的各种因素

卫生政策的制定和实施,必须以所面临的现实状况为基础,并与所处的现实环境相适应。也就是说,与人民群众疾病和身心健康有直接关系的卫生政策,必须从人民群众的疾病与健康状况的现实出发,考虑到人民群众对健康的基本需求、国民经济发展水平、医疗科学技术水平等诸多因素,既注重眼前需要,又考虑长远发展,有良好的伦理道德价值观念,才能制定出适应社会发展,满足人民群众健康需求的卫生政策。

#### 1. 卫生政策要适应市场经济的发展

在计划经济向市场经济的转变过程中,卫生服务必然受市场经济的冲击和影响。同时又必须认识到卫生经济是一种特殊的与市场经济不同的经济形式。医疗卫生市场是一个不完全的,需要受控制的市场,卫生服务也不能如商品一样被完全推入市场。对此,卫生事业发展面临许多困难,如高精尖技术的应用加快了医疗费用的上涨,医院经济收入的失衡,卫生人员对收入的期望加重了病人的经济负担,国家投入的增长与医院发展的矛盾逐渐显现。于是在医疗卫生服务中出现了道德滑坡,如索要红包、优质优价、滥用高新技术、“千元门诊”、过度医疗等情况。这些问题都需要我们运用伦理道德原则,制定适宜的卫生政策来调节和管理。

## 2. 卫生政策要照顾大多数人的健康利益

健康是一项基本人权,保护广大人民群众的健康,预防疾病是人民自己的责任和义务,也是政府的重要责任。据 2005 年 1 月 11 日全国卫生工作会议报道,我国有半数群众有病不就医。城乡卫生投入差别巨大,大部分卫生设备和人力资源在城市,农村缺医少药,群众的医疗服务需求受五大因素抑制:

(1)医疗资源总体不足。我国人口占世界总人口的 22%,但医疗卫生资源仅占世界的 2%,而且卫生服务水平不高,群众不能享受到基本卫生服务。

(2)医疗资源分布不均衡。80%在城市,20%在农村,农民缺医少药的状况还没有真正改变,不少群众长途跋涉,异地就医,增加了就医困难。

(3)医疗保障覆盖面太小。我国 44.8%的城镇人口和 79.1%的农村人口没有任何医疗保障,绝大多数居民自费看病,承受生理、心理和经济三重负担。

(4)医疗费用上涨过快。近 8 年来,人均门诊和住院费用平均增长了 13%和 11%,大大高于人均收入增长幅度,人民群众经济负担沉重。这里有合理的因素,也有体制、机制以及医药购销和医疗服务不正之风的影响,必须着力解决。

(5)政府投入不足。在目前的卫生总费用中,大约有 60%靠居民自费,还有 20%多靠集体负担,政府投入仅占 17%。

卫生工作与人民群众利益密切相关,人民群众往往通过医疗卫生看政府的政策水平、管理能力,看社会的公正、公平程度。因此,在制定方针、政策、措施和办法时,都要优先考虑大多数群众的健康利益。

## 3. 卫生政策要适应医学模式的转变

随着医学模式的转变,人民对身心健康的需求不断提高,对卫生服务的要求也不断变化。高新技术的应用,使得诊断疾病往往

变得比治疗疾病容易得多。在传统生物医学模式影响下的卫生政策,必须进行调整,以满足人民群众对身心健康、对心理社会影响、对高精尖技术、对健康教育、对某些疫病流行防治、对付费方式、对社区保健和家庭医生需求等多方面的变化。卫生政策制定者必须考虑这些群众愿望和急需,通过政策制定卫生资源分配、区域卫生规划、高新技术准入制度,健康教育进社区、城乡医疗保险、社区卫生服务等政策方针,以达到卫生服务的公正、公平,尽可能满足广大人民群众的健康需求,实现卫生保健目标。

#### 4. 卫生政策要有较高的伦理价值观念

制定任何政策过程中,决策者都面临一个重要的选择:是使社会所有成员成为卫生政策的受益者,还是仅仅使社会某一部分成员受益;是把主要资源投入到初级卫生保健、疾病预防,还是优先发展高精尖技术,解决少数疑难疾病;是只对当代人的健康负责,还是需要扩大考虑到我们子孙后代的健康;在医疗服务中挽救病人生命的同时,是否还需要注重病人的生命质量和生活质量;在计划生育中仅仅考虑控制人口数量,还是也注重人口性别比例等。对这些问题可能会有不同的回答,但卫生政策的价值目标和卫生服务的最终目的,是预防疾病、保护生产力,促进经济和社会和谐发展,造福人民,提高人民群众的健康水平。只有以伦理道德价值观念为指导,才能制定出适宜的政策方针。

#### (三) 制定合理卫生政策的伦理依据

医疗卫生是为人类卫生保健服务的,因此,必须通过制定相应的卫生目标和可行的方针措施,以尽可能地利用有限的卫生资源,调动一切可利用的因素,减少有害因素,合理优化有限的卫生资源,极大提高人口的健康素质和保健水平,满足人民群众日益增长的卫生保健需求。

医学伦理道德告诉人们在医学活动中应当做什么,怎么做,不应当做什么等,也就是要求人们知道医疗活动中的是与非、美与

丑、善与恶。而卫生政策方针措施就是告诉人们哪种行为是允许的,哪种行为是不允许的,哪种行为是错误的。因此,医学伦理学的原则、规范、范畴等是制定卫生政策的依据,是指导和规定卫生政策内容和方向的基石。在制定卫生政策中必须遵守以下主要伦理原则。

### 1. 公益原则

公益原则强调行为的目的是为了社会公益,为了人类子孙后代的利益,而不是为了个人和少数人的利益。坚持公益原则,必须关注以下几个问题。

(1)对落后地区基本卫生需求的保障政策;

(2)对特殊人群的照顾政策;

(3)坚持长远可持续发展的政策。

### 2. 公正原则

在制定卫生政策中,追求公平,遵守公正原则是重要基础。卫生政策涉及社会各方面人群间的关系。有眼前利益又有长远利益,有整体利益也有局部利益,有国家利益也有地区、部门利益,有卫生服务提供者的利益,也有享受卫生服务者的权利和义务。因此,卫生政策必须体现公正、公平。在制定卫生政策中追求公平、公正原则并不等于绝对平等,而是要在人的生存机会的医疗分配时考虑病人的需求,而不考虑某些社会特权。要真正施行在医学伦理学中有关“普同一等”的思想。

我们讲公正就是要使社会所有成员,都能平等共享医学科技成果,而不是医学科技手段被人为地、不公正地分配,从而造成某些成员健康权利的损失。公正的伦理观念将最大限度地使每个社会成员都能享受到基本的卫生服务,“人人享有健康”的标准,改善人民群众的健康目的。

卫生政策的公正,一是表现在对各种卫生资源的公正分配上,达到对具有相同卫生保健需要的人群,都能提供相同的卫生服务;

对同一状态下的不同个体,则应给予不同的服务。二是所有的社会成员均有获得尽可能高的健康水平的机会,即每一个社会成员有公平的机会达到最佳的健康状态。面对卫生政策的公正性导向,必须注意以下几个方面:

(1)卫生资源要公正、公平分配。要按需要进行分配,相同需要的人相同对待,不同需要的人不同对待。既保证基本医疗,又照顾特殊需求。

(2)卫生服务供给公平与公正。是指政府要按人群、区域差别,提供需要的卫生服务设施、人力、财力资源。

(3)卫生服务费用支付的公正、公平。要考虑不同人群의 支付能力,通过政策,作好转移支付,政府、集体、个人确定支付比例,以保证尽可能地公正。

### 3. 效益原则

效益原则是指最有效地、最合理地利用卫生资源,同时要减少浪费的原则。目前全球各国都感到卫生资源的不足,特别是一些全民免费医疗的国家,更感到卫生资源缺乏的沉重压力,同时又存在着普遍的卫生资源的浪费现象。这虽然已引起各国政府的重视,但至今仍没有找到妥善的解决办法。

造成卫生资源不足和浪费现象同时存在的原因,主要是卫生经费筹集、分配、使用缺乏科学合理的措施和良好的制度,对社会各人群或个人利益有过多的照顾,缺乏公正、公平的伦理思想。如城乡间人口享受卫生资源分配中的差异,职业岗位间人员卫生资源享有的差别等。所以,必须通过卫生政策的制定,以调整卫生资源分配中的不公正现象,力求达到更好效益的合理目标。从目前我国的情况看,要注意以下几点:

(1)提高卫生资源分配意识,增强医药卫生人员提高卫生资源分配的公平、公正和效益观念,提高卫生保健服务的享受者节约卫生资源的意识,促进合理和有效地使用卫生资源。

(2)提高健康责任意识,加强自己投资健康的意识。调整和改进卫生费用支付方式,使卫生费用的支付成为合理运用卫生资源的调节器。

(3)采取切实措施,控制高新技术的滥用。目前,卫生资源浪费与高新技术的滥用有直接关系,过度检查、过度治疗、过度住院等现象虽然与经济因素有直接关系,但通过制度规范,能够控制滥用高新技术,从而减少卫生资源的消耗。

(4)强化生命质量意识,减少高新技术延长无质量的生命现象。

#### 四、卫生政策的道德要求

卫生政策反映了一个国家政府最基本的伦理道德价值观念,卫生政策的出发点和归宿,都是人民群众和人类的根本利益和价值体现。

##### (一)伦理学是人的价值观与卫生政策间的桥梁

人的价值是制定政策时选择目标的指南和标准的基础,而伦理道德是人的价值观与卫生政策之间的桥梁。伦理价值观衡量不同的卫生政策方针,在伦理道德上的可行性、必要性、公正、公平和社会效益性原则。寻求在选择卫生政策方针过程中,必然遇到的价值观念分歧和解决途径。伦理道德价值观念的任务就是用伦理道德价值观来考察分析各种卫生政策方针,比较决策,选择维护和增进人民群众身心健康,推动经济发展和社会和谐进步的政策。

美国伦理学家埃得蒙·皮来格力诺认为,卫生政策制定者在制定卫生政策时,一定要考虑以下三个基本问题,这三个问题值得我们思考。

1. 对于无限制地使用先进医疗技术手段所造成的社会、经济影响要加以控制

现代高新技术的发展,医学工程仪器设备的应用,极大地提高

了医疗诊治水平,许多过去的不治之症增加了治愈的机会。在临床中发现,自动呼吸机的应用,使病人濒死的时间延长了;“植物人”或终生残疾者存活的几率大大增加;一些低生命质量、生活质量的人大量存活;高新技术的滥用,过度医疗等,使卫生资源已经到了前所未有的浪费境地。政府主管卫生政策制定者要从伦理道德观念出发,制定适当的卫生政策加以指导和调节,以便更好地配置卫生人力、物力、财力资源,保证有限卫生资源的合理运用。

### 2. 争取公平分配医疗福利

公平原则是一项伦理道德的基本原则,是人们长期奋斗的理想目标。每一个国家政策的制定者都从自己的国家利益出发,对卫生事业的各个领域、部门,对全社会行业间的资源配置,有总体的考量。并根据国情、民情、商情、社情,综合考虑国家的承受能力和需求水平,制定出合理的公正、公平的资源分配原则,以体现出国家对人民群众的公平原则。在社会发展中,各个阶段不同,其人民群众的需要也会不同,卫生政策就要依社会经济发展和人民群众的具体需要,不断地进行调整和改变,以适应不断发展变化的健康需求。

### 3. 医学知识要用来为当代人和后代人的整体利益服务

医学是为人类发展服务的。医学既要为当代人服务,也要考虑人类的长远健康目标。特别是在现代高新技术发展的形势下,就更应该考虑高新技术应用对人类当前和长远利益的影响。如今医学已经能控制人口出生性别,克隆人已经成为可能,基因组图的发现和应用甚至能预测人的生、老、病、死,那么能不能一概拿来应用呢?显然不行。这就需要用伦理道德规范来调节,从人类发展的长远利益来评价是否可行。如至今为止有关克隆人的做法仍没有被允许,联合国也发出规定不允许克隆人。这就是从全人类利益出发的政策决定。所以,卫生政策的制定必须考虑人类的利益,才能维护人类的健康发展的伦理价值目标。

以上几个问题都是政策制定者需要加以认真考虑的问题。每一项卫生政策的制定,是否符合实际情况,是否有利于广大人民群众的利益,取决于制定政策者的伦理价值观念,有什么样的伦理道德价值观念,就会制定出什么样的政策。所以,人们常常说,什么样的人有什么样的伦理价值观就会制定出什么样的政策来,这是千真万确的事实。

### (二) 伦理观念是选择卫生政策的基础

不同的社会文化背景决定了政策制定者的伦理价值观念,而政策制定者、政策决策人的伦理价值观,又影响着卫生政策的制定和选择。因此,人的伦理价值观对卫生政策制定有举足轻重的作用。

#### 1. 价值观念是制定、选择卫生政策的依据

有什么样的价值观念,就会制定和选择什么样的政策。卫生工作涉及千家万户的悲欢离合,影响人民群众的身心健康和经济社会发展。因此,在制定和选择卫生政策时,就要考虑是否可行,受益的人群是谁,对广大人民群众的影响如何,对人民群众的身心健康和子孙后代的健康发展,以及对经济社会发展有什么影响等。如果没有符合人民身心健康和社会发展的伦理价值观,没有人民群众利益观念,卫生政策方针的制定和选择必然偏离公正、公平的价值目标。

#### 2. 价值观念是确定由谁来制定卫生政策的基础

选择政策的制定者,就等于选择了价值观,卫生政策方针就是建立在卫生政策制定人的价值观的基础之上的。我们国家实行公务员制度,国家通过一套对公务员的考核制度,公务员的伦理道德法规教育、党员先进性教育等活动,其目的都是在努力提高公务员政策制定者的伦理道德价值观念,当那些能代表广大人民群众利益的公务员参与政策制定、决策时,就能把其伦理道德价值观念体现在其所参与的政策制定中,这样,所出台的政策就能体现出

人民群众的根本利益。

3. 在选择政策及涉及的政策事实中,以及如何利用事实来制定政策时,价值观念是关键

一个适宜卫生政策的制定,需要从事实出发,要考虑与政策有关的社会、经济、文化、群众需求等因素。对这些事实的收集和分析,就是制定政策的基础,离开了基本事实,所制定的政策必然是盲目的、脱离实际的。制定卫生政策时就需要考虑人民群众的疾病状况、健康需求,掌握国民经济发展和社会资源状况,以此为根据,才能制定出合乎国情、社情和民情的卫生保健政策。如有关我国卫生国情的报告使我们认识到目前的现状,依据国民经济和社会资源,全面分析、真正代表人民群众利益,实践“三个代表”,才能制定出适当的卫生政策,满足人民群众对卫生事业的需求。

4. 在寻求制定多文化背景的卫生政策时,伦理价值观是重要的基础

世界是一个多样化的世界,需要并允许多样化的存在和发展。在面对这些差别时,必须尊重和承认这些差别和存在的合理性。如有的国家卫生政策要求对带有不良基因的人实施绝育或限制生育;有的国家不允许人工流产;有的国家实行计划生育,有的国家则允许自由生育;有的国家允许安乐死,有的国家则反对安乐死等等,这都说明伦理价值观念在制定卫生政策时的重要作用。

## 第二节 卫生政策的伦理价值分析

### 一、努力实现社会健康目标

WHO 宪章中规定,健康是人的基本权利之一。健康是个人的责任,也是政府的责任。1981 年第 34 届世界卫生大会上,通过了“2000 年人人享有卫生保健”的全球战略及行动要点。中国政

府对此目标作了承诺,并在近年的卫生政策中有了明确的近期和远期的卫生工作目标规定和实施要求。

“人人健康”体现了基本人权,体现了在医疗卫生服务面前人人享有公平、平等的权利。从医学伦理道德角度出发,人人健康,人人参与社会卫生工作,是一项基本的健康道德责任。“人人享有健康”不是指人们都健康,不生病,或把所有的疾病都治愈和消灭,而是指从家庭到社区,从工厂到机关、学校、团体等,都来关注健康生活方式,关注人们的生产与生活环境,并积极地维护和提高健康水平,实现自己的健康责任。通过健康教育促进人们认识到自己有能力防治疫病,减少疾病带来的痛苦,更好地享受便捷的卫生服务。在宏观上进一步合理和完善卫生资源分配,做好卫生资源配置,使所有的居民都能享受到基本的卫生服务。实现人民卫生人民办,办好卫生为人民的宗旨。

通过卫生政策方针,协调全社会的资源,发挥人的潜力,真正做到不仅没有疾病和虚弱现象,而且在身体上、心理上和社会适应能力上达到完满状态的社会健康目标。

## 二、卫生事业是社会生产力的组成部分

在生产要素中,最活跃的生产力要素是人,医疗卫生工作是保护人健康,发展社会生产力的根本保证。良好的医疗卫生工作需要正确的卫生政策保障,从而提高卫生工作的社会效益,为经济生产的发展提供合格的劳动力,这对推动社会经济建设、文化发展和社会进步非常重要。

从整体上看,对医疗卫生资源配置的态度,对推动和发展生产有重要影响。对卫生事业的投资也是生产性投资,卫生事业不是单纯的消费,而是一种产业,是社会生产力,对此要有正确的认识。如医药产业中的药品生产、基因产业等,都可能是拉动经济的重要支柱,使人们看到卫生事业在社会生产力发展中的巨大作用。

### 三、树立“大卫生”观,办好公共卫生事业

树立“大卫生”观是办好现代化卫生事业的需要,是人民群众健康的需要,是和谐社会发展的需要。“大卫生”观把卫生事业看成一个从个体到群体、从生活到生产、从物质生活到精神生活、从卫生部门到整个社会多元化的相互联系的整体。因此,要制定卫生政策必须树立大卫生观念,用系統工程的观点,办好卫生事业。具有中国特色的城市社区医疗,农村合作医疗,爱国卫生运动,疫病的防治等,都能体现出社会“大卫生”观的积极作用。

现代医学已经从临床医学向预防医学和社会医学时代发展,医疗卫生事业已经日益高度社会化、精细化,人们的健康需求逐步向预防保健过渡,医疗卫生事业已经成为全社会的公共卫生事业,其产业规模已有空前的发展。这些变化伴随伦理道德观念的发展,构成“大卫生”观的核心内容,体现出全社会人人对健康的负责的道德观念。为进一步调整好人与人、人与自然、人与社会之间的关系奠定了基础,以确保人们维护健康、发展生产的愿望。

### 四、努力实现公正、公平和社会效益目标

伦理道德观念中的公正、公平和社会效益原则,是我们今天制定卫生政策的基础和出发点。考虑到我国城市、农村现实和我国经济社会发展水平,我们制定了有关城市和农村的卫生发展规划,分别制定了有关城、乡卫生费用支付比例办法,在卫生资源分配中注意到重要卫生资源的合理配置,对高新技术应用等限制规定,对农村人口医疗费用的转移支付政策等,对满足广大人民群众基本医疗需求,解决我国卫生状况,提高劳动者健康水平都产生了重要影响。

实现伦理公正、公平和社会效益是社会追求的人权目标,也是医学人道主义的核心。我们主张平等、公正,是强调要在医疗卫生

面前,人人享有无差别的医疗卫生服务;我们强调社会效益原则,是要在社会公正原则下,在医疗卫生资源分配中要考虑社会效益,体现按功酬劳,以调动人的积极性,有利于促进社会的和谐发展。

反映伦理道德方面的义务论、价值论、公正、公平和社会效益论等伦理观念,是医疗道德思想的体现,尽管要真正实现还有许多工作要做,但树立这种观点,并努力去追求,对制定正确的卫生政策,维护人民群众健康,保护生产力,推动社会发展都是重要的。

### 第三节 我国卫生政策与立法实践

在改革开放、经济发展的新时期,人们的伦理道德观念发生了许多变化,随之我国的卫生政策对此有明显的反映,在政策实施和卫生立法中都有不少新突破。

#### 一、我国卫生政策的完善

中共中央于1997年发布了《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》,正式提出了新时期卫生政策是“以农村为重点,预防为主,中西医并重,依靠科技与教育,动员全社会参与,为人民健康服务”的卫生工作方针。这一卫生政策方针的提出,体现了伦理道德的公正、公平和社会效益原则,体现了在“医疗面前人人平等”的思想,以及实现提高人口健康素质,实现“人人享有健康”的社会目标。

##### 1. 卫生资源分配政策

卫生资源是指在一定的社会经济技术条件下,国家、社会和个人对卫生事业人、财、物投入的总称,如卫生人力、设备、药械和资金、房屋建筑等的总和。卫生服务是通过资源分配体现的,卫生资源是进行卫生服务的必要基础。卫生资源从总体上讲是有限的,而人民群众对卫生服务的需求则是不断增长和变化的。在我国由

于国家总体实力和社会经济发展的制约,卫生资源与发达国家相比差距很大。但我们在卫生资源分配政策中必须坚持努力开发、合理分配、正确使用,以不断提高卫生资源利用的社会效益和经济效益。

## 2. 医政管理政策

对任何活动来说,科学管理都是首要的任务。卫生管理政策是卫生事业顺利发展的关键。加强科学管理,提高效率,是管理的核心目标。因此,卫生事业的管理者要提高科学管理水平,实行目标责任管理,利用国际有关先进的管理经验和模式,完善医院的质量认证标准考核,开展先进的医疗技术,树立自己的品牌,用良好的服务获得病人的信任。

目前我国医院提出的人性化管理,其落脚点就是在管理中要一切为了病人,公开透明服务、真正忠诚地为病人服务。

## 3. 预防保健政策

预防为主是我国长期坚持的卫生工作政策方针,通过全社会的健康教育,开展爱国卫生运动,建设健康城市及制定有关法规等,以更好地贯彻预防为主的卫生方针,提高全民健康素质,实现“人人享有健康”的目标。

## 4. 卫生人力教育政策

良好的医学教育能保证卫生人力资源不断得到补充,而随着医学技术的快速发展,政策规定医务人员通过继续教育,不断提高其服务水平,是满足群众医疗需求不断提高的重要方面。根据政策对医学人才培养、招生规模、学科设置、继续教育等都有配套方法。在医疗市场竞争中管理者逐渐认识到,医疗的竞争说到底就是人才的竞争、人员素质的竞争、医务人员伦理道德水平的竞争。

## 5. 医学科技产业政策

科学技术是第一生产力的观点已经得到社会的认同。通过科学产业政策,明确医疗卫生机构研究的重点和方向,对科技部门进

行结构优化调整,增强科学研究的活力,扩大交流,引进智力和先进的管理经验等,都会对医药科技发展起到积极的促进作用。

#### 6. 药品管理政策

药品在市场经济中的作用日益显现,而药品给群众造成的影响也十分明显。因此,通过药品管理政策,明确价格、质量、基本药物、处方药等政策方针和管理规定,无疑是十分必要的。政策将药品生产、经营、流通、销售、使用等环节都管理起来,就保证了人民群众用药安全、可靠。药品政策应切实在为人民群众提供优良药品上发挥重要作用。

#### 7. 卫生经济政策

卫生经济是科学的范畴,确定正确的卫生经济政策,对卫生事业可持续发展十分重要。要认识到市场经济体制下,卫生经济应该是一个受控制的,而不应该是一个完全开放的市场。卫生经济市场有自己的独特性,对此政府在制定卫生政策时,确立了卫生事业是带有福利性的社会公益事业。这样就规定了发展卫生事业要依靠国家投入,卫生单位是不以营利为主的带有福利性的公益事业。在卫生事业经营管理中就要拓宽筹资渠道,完善政府管理职能,树立勤俭办卫生事业的观点。

#### 8. 初级卫生保健与合作医疗政策

初级卫生保健、社区卫生服务和合作医疗制度等,是对我国城乡卫生服务模式的重要调整,对维护城乡人口在享受卫生服务的利益方面有了极大的改进。加之配套的付费方式的改革,医疗保险制度的完善,为保证人口的基本医疗服务奠定了重要的基础。由于在政策制度中,把各级政府的责任明确规定在卫生发展责任目标中,对加强基层卫生建设,实行科学管理,提高卫生服务水平等,都起到了卫生政策的保证作用。

## 二、卫生政策与卫生立法的基本道德原则

### (一) 卫生政策的基本目标

根据第 34 届世界卫生大会通过的“2000 年人人享有卫生保健”的全球策略,各会员国共同提出了全球的卫生目标,中国对此也作了承诺。其卫生政策是:

1. 健康是一项基本人权,是全世界的--项目标;
2. 当前在人民健康状况方面存在着巨大差异是所有国家共同关注的问题,这些差异必须大大地加以缩小,为此,要求在各国内部和各国之间合理分配卫生资源,以便能得到初级卫生保健及其支持性服务;
3. 人民有权利,也有义务单独或集体地参加他们的卫生保健计划和实施;
4. 政府对人民的健康负有责任;
5. 各国要使自己的全体人民都健康,必须在卫生事业中贯彻自力更生精神,发挥本国的积极性,同时,卫生策略的制定和实施需要国际合作;
6. 实现“2000 年人人享有卫生保健”需要卫生部门与其他社会经济部门协调一致,特别要搞好同农业、工业、教育、住房、公共工程及交通等部门的协作;
7. 必须更加充分和更好地利用世界资源来促进卫生事业的发展。

我国的卫生改革有了很大的进步,多种卫生经济成分和多种服务层次及多种管理模式并存发展,在以人为本的环境下,出现“人治”与“法治”并存,逐渐向法治方向发展的势头。这体现出我国现代化发展中的卫生事业基本形态。这种基本情况就是我们制定卫生政策目标的基本伦理思考和依据。

## (二) 卫生政策与卫生立法的伦理关系

法律和法规是道德的重要保证,两者间既有区别又相辅相成。法律由国家权力机关制定,履行立法程序,是强制人民群众执行的行为准则。其特点是具体、准确,对公民有强制的约束力,规定了人们不能做什么的具体行为准则要求。常见的法律条文要求,往往是用“必须”、“不得”、“禁止”或“不准”等规定,体现了法律的强制性和严肃性特征。

对卫生工作人员来讲,只有在伦理道德原则下,严格遵守有关卫生法律和法规,才能较好地遵守伦理道德原则和规范。国家根据卫生工作的特点和实际需要,颁布相关法律规定,就是为更好地督促医务人员,使其遵守医疗道德,更好地为人民的健康服务。如《执业医师法》、《医院工作人员守则》、《护士管理办法》、《全国医院工作条例》、《医务人员医德规范及实施办法》、《医疗事故处理条例》、《药品管理法》等,都是以法律、法规的形式,确定了医药卫生人员的职业道德行为准则要求。

卫生法律与伦理道德虽然不同,但法律法规对道德能起到保护和促进作用。道德是法律、法规的补充,道德精神可以提升人们的法律意识,法律法规可以促进人们的道德观念和精神文明建设的发扬。两者相互促进共同发展,在全国《公民道德建设实施纲要》中都有深刻的体现。

## (三) 卫生法制建设对卫生政策道德的保证

我国卫生法律法规建设都是依据《宪法》制定的,《宪法》第 21 条规定:“国家发展医疗卫生事业,发展现代医药和我国传统医药,鼓励和支持农村集体经济组织、国家企事业组织和街道组织举办各种医疗卫生设施,开展群众性的卫生活动,保护人民健康。”第 25 条规定:“国家推行计划生育,使人口的增长同经济和社会发展计划相适应。”第 26 条规定:“国家保护和改善生活环境和生态环境,防治污染和其他公害”等。在《宪法》的指导下,已经有一整套

相关的法律、法规,保障了公民的生命安全和健康促进,保障了公民的合法权益和正常的工作秩序。《关于维护医院秩序的联合通告》、《民法通则》等运用法律的形式确保了卫生工作人员的人身安全和合法权益不受侵犯。其他如《食品卫生法》、《国境卫生检疫法》、《环境保护法》、《城市规划法》、《水污染防治法》、《药品管理法》、《传染病防治法》等法律、法规,都为伦理道德在卫生政策方面的实践提供了坚实的保障。

#### (四)卫生政策与卫生立法的伦理道德评价

##### 1. 保护人民健康的原则

我国的法律、法规和卫生政策及伦理道德的根本目标,都是为满足人民群众对医疗卫生的保健需求,都是为了人民群众健康水平的提高,保护生产力,推动社会经济发展和现代化建设。要实现这一战略目标,满足日益增长的医疗服务需求,就要保证包括人力、物力和财力等方面的资源供给。卫生政策和卫生立法的目的也就是以人民群众的根本利益为出发点,以社会效益为最高准则,提供更好的卫生服务,保证人民群众的身心健康水平。所以要按经济规律办事,适应国情、社情和民情,尽力实现基本医疗保障,达到尽可能高的服务水平,维护人民群众的健康权利。

##### 2. 体现公正、公平社会效益原则

在医疗面前实现“普同一等”是长期以来伦理道德的追求,卫生法律、法规和伦理道德要求体现出公正、公平和社会效益的服务原则,使人人都能享有卫生保健,实现“人人健康”的战略目标。有关卫生法律法规建设,也要尽可能体现公正、公平和社会效益原则,通过有关规定、文件,力求做到医疗卫生服务、卫生资源分配、预防保健实施等体现出社会公正与公平,以实现建立和谐的、健康的社会目标。

##### 3. 较低成本原则

考虑到国家经济发展和人均卫生资源占有比例较低的情况,

特别是考虑到人民群众的承受能力不高的情况,国家在发展医疗卫生事业,在制定卫生发展政策时,要注意体现出低成本原则,以满足广大人民群众的基本医疗需要,如农村的合作医疗制度,农村医疗保险的费用支付办法,初级卫生保健措施,城市社区卫生服务制度,职工医疗保险制度,计划免疫制度,人口政策等,都是通过相关的卫生政策达到控制和管理的目的。同时国家也通过法规,要求各级政府按国民经济发展比例,保证向卫生事业的投入,以推进和保证医疗卫生事业的良性运行。

#### 4. 更好的健康收益原则

国家通过相关法律和政策措施,提高医疗部门的工作效率和服务质量,加强医疗预防保健工作,增强人民群众的体质,减少疾病的发生。通过政策调整医疗费用比例,力求以最低的成本,透明的价格,最好的服务,使有限的卫生资源得到充分的利用,并满足不同人群的需要。这是伦理道德的目标,也是卫生法律的目标。几十年来我们国家就是以较少的投入获取了较大的全民的健康收益。

#### 5. 供需双方满意原则

卫生事业是一项关系到人民群众生命安全的特殊职业,医患双方在卫生服务供需认识上存在很大的差异,并因此造成医患双方的矛盾,影响医疗卫生事业的正常运行。这种情况需要伦理道德教育,也需要有关法律、法规调节。从健康是一项基本人权出发,《执业医师法》、《医疗事故处理条例》、《医药工作人员守则》、《护士管理办法》、《全国医院工作条例》、《医务人员医德规范及实施办法》等都起着重要的规范调节作用。如果通过伦理道德教育和普法教育,医患双方都能提高认识,互相尊重、理解,在伦理道德和法律允许的范围内进行医疗保健工作,那么,医疗卫生服务的满意率就会有更大的提高,双方的满意会促进卫生工作的和谐发展。

## 附录

### 附录一 (中国)基因工程安全管理办法

(1993年12月24日)

#### 第一章 总 则

第一条 为了促进我国生物技术的研究与开发,加强基因工程工作的安全管理,保障公众和基因工程工作人员的健康,防止环境污染,维护生态平衡,制定本办法。

第二条 本办法所称基因工程,包括利用载体系统的重组体DNA技术,以及利用物理或者化学方法把异源DNA直接导入有机体的技术。但不包括下列遗传操作:

- (一)细胞融合技术,原生质体融合技术;
- (二)传统杂交繁殖技术;
- (三)诱变技术,体外授精技术,细胞培养或者胚胎培养技术。

第三条 本办法适用于在中华人民共和国境内进行的一切基因工程工作,包括实验研究、中间试验、工业化生产以及遗传工程体释放和遗传工程产品使用等。从国外进口遗传工程体,在中国境内进行基因工程工作的,应当遵守本办法。

第四条 国家科学技术委员会主管全国基因工程安全工作,成立全国基因工程安全委员会,负责基因工程安全监督和协调。国务院有关行政主管部门依照有关规定,在各自的职责范围内对基因工程工作进行安全管理。

第五条 基因工程工作安全管理实行安全等级控制、分类归口审批制度。

#### 第二章 安全等级和安全性评价

第六条 按照潜在危险程度,将基因工程工作分为四个安全

等级：

安全等级Ⅰ，该类基因工程工作对人类健康和生态环境尚不存在危险；

安全等级Ⅱ，该类基因工程工作对人类健康和生态环境具有低度危险；

安全等级Ⅲ，该类基因工程工作对人类健康和生态环境具有中度危险；

安全等级Ⅳ，该类基因工程工作对人类健康和生态环境具有高度危险。

第七条 各类基因工程工作的安全等级的技术标准和环境标准，由国务院有关行政主管部门制定，并报全国基因工程安全委员会备案。

第八条 从事基因工程工作的单位，应当进行安全性评价，评估潜在危险，确定安全等级，制定安全控制方法和措施。

第九条 从事基因工程实验研究，应当对 DNA 供体、载体、宿主及遗传工程体进行安全性评价。安全性评价重点是目的基因、载体、宿主和遗传工程体的致病性、致癌性、抗药性、转移性和生态环境效应，以及确定生物控制和物理控制等级。

第十条 从事基因工程中间试验或者工业化生产，应当根据所用遗传工程体的安全性评价，对培养、发酵、分离和纯化工艺过程的设备和设施的物理屏障进行安全性鉴定，确定中间试验或者工业化生产的安全等级。

第十一条 从事遗传工程体释放，应当对遗传工程体安全性、释放目的、释放地区的生态环境、释放方式、监测方法和控制措施进行评价，确定释放工作的安全等级。

第十二条 遗传工程产品的使用，应当经过生物学安全检验，进行安全性评价，确定遗传工程产品对公众健康和生态环境可能产生的影响。

### 第三章 申报和审批

第十三条 从事基因工程工作的单位,应当依据遗传工程产品适用性质和安全等级,分类分级进行申报,经审批同意后方可进行。

第十四条 基因工程实验研究,属于安全等级Ⅰ和Ⅱ的工作,由本单位行政负责人批准;属于安全等级Ⅲ的工作,由本单位行政负责人审查,报国务院有关行政主管部门批准;属于安全等级Ⅳ的工作,经国务院有关行政主管部门审查,报全国基因工程安全委员会批准。

第十五条 基因工程中间试验,属于安全等级Ⅰ的工作,由本单位行政负责人批准;属于安全等级Ⅱ的工作,报国务院有关行政主管部门批准;属于安全等级Ⅲ的工作,由国务院有关行政主管部门审批,并报全国基因工程安全委员会备案;属于安全等级Ⅳ的工作,由国务院有关行政主管部门审查,报全国基因工程安全委员会批准。

第十六条 基因工程工业化生产、遗传工程体释放和遗传工程产品使用,属于安全等级Ⅰ至Ⅲ的工作,由国务院有关行政主管部门审批,并报全国基因工程安全委员会备案;属于安全等级Ⅳ的工作,由国务院有关行政主管部门审查,报全国基因工程安全委员会批准。

第十七条 从事基因工程工作的单位应当履行下列申报手续:

- (一)项目负责人对从事的基因工程工作进行安全性评价,并填报申请书;
- (二)本单位学术委员会对申报资料进行技术审查;
- (三)上报申请书及提交有关技术资料。

第十八条 凡符合下列各项条件的基因工程工作,应当予以批准,并签发证明文件:

(一)不存在对申报的基因工程工作安全性评价的可靠性产生怀疑的事实;

(二)保证所申报的基因工程工作按照安全等级的要求,采取与现有科学技术水平相适应的安全控制措施,判断不会对公众健康和生态环境造成严重危害;

(三)项目负责人和工作人员具备从事基因工程工作所必需的专业知识和安全操作知识,能承担本办法规定的义务;

(四)符合国家有关法律、法规规定。

#### 第四章 安全控制措施

第十九条 从事基因工程工作的单位,应当根据安全等级,确定安全控制方法,制定安全操作规则。

第二十条 从事基因工程工作的单位,应当根据安全等级,制定相应治理废弃物的安全措施。排放之前应当采取措施使残留遗传工程体灭活,以防止扩散和污染环境。

第二十一条 从事基因工程工作的单位,应当制定预防事故的应急措施,并将其列入安全操作规则。

第二十二条 遗传工程体应当贮存在特定设备内。贮放场所的物理控制应当与安全等级相适应。安全等级Ⅳ的遗传工程体贮放场所,应当指定专人管理。从事基因工程工作的单位应当编制遗传工程体的贮存目录清单,以备核查。

第二十三条 转移或者运输的遗传工程体应当放置在与其安全等级相适应的容器内,严格遵守国家有关运输或者邮寄生物材料的有关规定。

第二十四条 从事基因工程工作的单位和个人必须认真做好安全监督记录。安全监督记录保存期不得少于十年,以备核查。

第二十五条 因基因工程工作发生损害公众健康或者环境污染事故的单位,必须及时采取措施,控制损害的扩大,并向有关主管部门报告。

## 第五章 法律责任

第二十六条 有下列情况之一的,由有关主管部门视情节轻重分别给予警告、责令停止工作、停止资助经费、没收非法所得的处罚:

- (一)未经审批,擅自进行基因工程工作的;
- (二)使用不符合规定的装置、仪器、试验室等设施的;
- (三)违反基因工程工作安全操作规则的;
- (四)违反本办法其他规定的。

第二十七条 审批机关工作人员玩忽职守、徇私舞弊的,由所在单位或者其上级主管部门对直接责任人员给予行政处分。情节严重,构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第二十八条 违反本办法的规定,造成下列情况之一的,负有责任的单位必须立即停止损害行为,并负责治理污染、赔偿有关损失;情节严重,构成犯罪的,依法追究直接责任人员的刑事责任:

- (一)严重污染环境的;
- (二)损害或者影响公众健康的;
- (三)严重破坏生态资源、影响生态平衡的。

第二十九条 审批机构的工作人员和参与审查的专家负有为申请者保守技术秘密的责任。

## 第六章 附则

第三十条 本办法所用术语的含义是:

(一)DNA,系脱氧核糖核酸的英文名词缩写,是贮存生物遗传信息的遗传物质。

(二)基因,系控制生物性状的遗传物质的功能和结构单位,是具有遗传信息的DNA片段。

(三)目的基因,系指以修饰宿主细胞遗传组成并表达其遗传效应为目的的异源DNA片段。

(四)载体,系指具有运载异源DNA进入宿主细胞和自我复

制能力的 DNA 分子。

(五) 宿主细胞, 系指被导入重组 DNA 分子的细胞, 宿主细胞又称受体细胞。

(六) 重组 DNA 分子, 系指由异源 DNA 与载体 DNA 组成的杂种 DNA 分子。

(七) 有机体, 系指能够繁殖或者能够传递遗传物质的活细胞或者生物体。

(八) 重组体, 系指因自然因素或者用人工方法导入异源 DNA 改造其遗传组成的有机体。

(九) 变异体, 系指因自然或者人工因素导致其遗传物质变化的有机体。

(十) 重组体 DNA 技术, 系指利用载体系统人工修饰有机体遗传组成的技术, 即在体外通过酶的作用将异源 DNA 与载体 DNA 重组, 并将该重组 DNA 分子导入宿主细胞内, 以扩增异源 DNA 并实现其功能表达的技术。

(十一) 遗传工程体, 系指利用基因工程的遗传操作获得的有机体, 包括遗传工程动物、遗传工程植物和遗传工程微生物。下列变异体和重组体不属于本办法所称遗传工程体: 用细胞融合或原生质体融合技术获得的生物; 传统杂交繁殖技术获得的动物和植物; 物理化学因素诱变技术改变其遗传组成的生物; 以及染色体结构畸变和数目畸变的生物。

(十二) 遗传工程产品, 系指含有遗传工程体、遗传工程体成分或者在遗传工程体目的基因表达产物的产品。

(十三) 基因工程实验研究, 系指在控制系统内进行的实验室规模的基因工程研究工作。

(十四) 基因工程中间试验, 系指把基因工程实验研究成果和遗传工程体应用于工业化生产(生产定型和鉴定)之前, 旨在验证、补充相关数据, 确定、完善技术规范(产品标准和工艺规程)或者解

决扩大生产关键技术,在控制系统内进行的试验或者试生产。

(十五)基因工程工业化生产,系指利用遗传工程体,在控制系统内进行医药、农药、兽药、饲料、肥料、食品、添加剂、化工原料等商业化规模生产,亦包括利用遗传工程进行冶金、采油和处理废物的工艺过程。

(十六)遗传工程体释放,系指遗传工程体在开放系统内进行研究、生产和应用,包括将遗传工程体施用于田间、牧场、森林、矿床和水域等自然生态系统中。

(十七)遗传工程产品使用,系指遗传工程产品投放市场销售或者供人们应用。

(十八)控制系统,系指通过物理控制和生物控制建立的操作体系。

物理控制,系指利用设备的严密封闭、设施的特殊设计和安全操作,使有潜在危险的 DNA 供体、载体和宿主细胞或者遗传工程体向环境扩散减少到最低限度。

生物控制,系指利用遗传修饰,使有潜在危险的载体和宿主细胞在控制系统外的存活、繁殖和转移能力降低到最低限度。

不具备上述控制条件的操作体系,称为开放系统。

第三十一条 国务院有关行政主管部门按照本办法的规定,在各自的职责范围内制定实施细则。

第三十二条 本办法由国家科学技术委员会解释。

第三十三条 本办法自发布之日起施行。

## 附录二 (中国)人类遗传资源管理暂行办法

科学技术部 卫生部(1998年6月10日)

### 第一章 总则

第一条 为了有效保护和合理利用我国的人类遗传资源,加强人类基因的研究与开发,促进平等互利的国际合作和交流,制定本办法。

第二条 本办法所称人类遗传资源是指含有人体基因组、基因及其产物的器官、组织、细胞、血液、制备物、重组脱氧核糖核酸(DNA)构建体等遗传材料及相关的信息资料。

第三条 凡从事涉及我国人类遗传资源的采集、收集、研究、开发、买卖、出口、出境等活动,必须遵守本办法。

第四条 国家对重要遗传家系和特定地区遗传资源实行申报登记制度,发现和持有重要遗传家系和特定地区遗传资源的单位或个人,应及时向有关部门报告。未经许可,任何单位或个人不得擅自采集、收集、买卖、出口、出境或以其他形式对外提供。

第五条 人类遗传资源及有关信息、资料,属于国家科学技术秘密的,必须遵守《科学技术保密规定》。

### 第二章 管理机构

第六条 国家对人类遗传资源实行分级管理,统一审批制度。

第七条 国务院科学技术行政主管部门和卫生行政主管部门共同负责管理全国人类遗传资源,联合成立中国人类遗传资源管理办公室,负责日常工作。

第八条 中国人类遗传资源管理办公室暂设在国务院科学技术行政主管部门。在国务院科学技术和卫生行政主管部门领导下,中国人类遗传资源管理办公室行使以下职责:

(一)起草有关的实施细则和文件,经批准后发布施行,协调和监督本办法的实施;

(二)负责重要遗传家系和特定地区遗传资源的登记和管理；  
(三)组织审核涉及人类遗传资源的国际合作项目；  
(四)受理人类遗传资源出口、出境的申请，办理出口、出境证明；

(五)与人类遗传资源管理有关的其他工作。

第九条 中国人类遗传资源管理办公室聘请有关专家组成专家组，参与拟定研究规划，协助审核国际合作项目，进行有关的技术评估和提供技术咨询。

第十条 各省、自治区、直辖市科学技术行政主管部门和卫生行政主管部门(以下简称地方主管部门)负责本地区的人类遗传资源管理工作。

国务院有关部门负责本部门的人类遗传资源管理工作。

### 第三章 申报与审批

第十一条 凡涉及我国人类遗传资源的国际合作项目，须由中方合作单位办理报批手续。中央所属单位按隶属关系报国务院有关部门，地方所属单位及无上级主管部门或隶属关系的单位报该单位所在地的地方主管部门，审查同意后，向中国人类遗传资源管理办公室提出申请，经审核批准后方可正式签约。

国务院有关部门和地方主管部门在审查国际合作项目申请时，应当征询人类遗传资源采集地的地方主管部门的意见。

本办法施行前已进行但尚未完成的国际合作项目须按规定补办报批手续。

第十二条 办理涉及我国人类遗传资源的国际合作项目的报批手续，须填写申请书，并附以下材料：

(一)人类遗传资源材料提供者及其亲属的知情同意证明材料；

(二)合同文本草案；

(三)审批机关要求的其他材料。

第十三条 依本办法第十二条提出的申请,有下列情况之一的,不予批准:

- (一)缺乏明确的工作目的和方向;
- (二)外方合作单位无较强的研究开发实力和优势;
- (三)中方合作单位不具备合作研究的基础和条件;
- (四)知识产权归属和分享的安排不合理、不明确;
- (五)工作范围过宽,合作期限过长;
- (六)无人类遗传资源材料提供者及其亲属的知情同意证明材料;
- (七)违反我国有关法律、法规的规定。

第十四条 重要人类遗传资源严格控制出口、出境和对外提供。已审核批准的国际合作项目中,列出人类遗传资源材料出口、出境计划的,需填写申报表,直接由中国人类遗传资源管理办公室办理出口、出境证明。

因其他特殊情况,确需临时对外提供人类遗传资源材料的,须填写申报表,经地方主管部门或国务院有关部门审查同意后,报中国人类遗传资源管理办公室,经批准后核发出口、出境证明。

第十五条 中国人类遗传资源管理办公室对国际合作项目和人类遗传资源材料的出口、出境申请每季度审理一次。对于符合本办法要求的,核发批准文件,办理出口、出境证明,并注明《商品名称及编码协调制度》中相对应的编码;不符合本办法要求的,不予批准;对于申请文件不完备的,退回补正,补正后可重新申请。

第十六条 携带、邮寄、运输人类遗传资源出口、出境时,应如实向海关申报,海关凭中国人类遗传资源管理办公室核发的出口、出境证明予以放行。

#### 第四章 知识产权

第十七条 我国境内的人类遗传资源信息,包括重要遗传家系和特定地区遗传资源及其数据、资料、样本等,我国研究开发机

构享有专属持有权,未经许可,不得向其他单位转让。获得上述信息的外方合作单位和个人未经许可不得公开、发表、申请专利或以其他方式向他人披露。

**第十八条** 有关人类遗传资源的国际合作项目应当遵循平等互利、诚实信用、共同参与、共享成果的原则,明确各方应享有的权利和承担的义务。充分、有效地保护知识产权。

**第十九条** 中外机构就我国人类遗传资源进行合作研究开发,其知识产权按下列原则处理:

(一)合作研究开发成果属于专利保护范围的,应由双方共同申请专利,专利权归双方共有。双方可根据协议共同实施或分别在本国境内实施该项专利,但向第三方转让或者许可第三方实施,必须经过双方同意,所获利益按双方贡献大小分享。

(二)合作研究开发产生的其他科技成果,其使用权、转让权和利益分享办法由双方通过合作协议约定。协议没有约定的,双方都有使用的权利,但向第三方转让须经双方同意,所获利益按双方贡献大小分享。

## **第五章 奖励与处罚**

**第二十条** 对于发现和报告重要遗传家系和资源信息的单位或个人,给予表彰和奖励;对于揭发违法行为的,给予奖励和保护。

**第二十一条** 我国单位和个人违反本办法的规定,未经批准,私自携带、邮寄、运输人类遗传资源材料出口、出境的,由海关没收其携带、邮寄、运输的人类遗传资源材料,视情节轻重,给予行政处罚直至移送司法机关处理;未经批准擅自向外方机构或者个人提供人类遗传资源材料的,没收所提供的人类遗传资源材料并处以罚款;情节严重的,给予行政处罚直至追究法律责任。

**第二十二条** 国(境)外单位和个人违反本办法的规定,未经批准,私自采集、收集、买卖我国人类遗传资源材料的,没收其所持有的人类遗传资源材料并处以罚款;情节严重的,依照我国有关法

律追究其法律责任。私自携带、邮寄、运输我国人类遗传资源材料出口、出境的,由海关没收其携带、邮寄、运输的人类遗传资源材料,视情节轻重,给予处罚或移送司法机关处理。

第二十三条 管理部门的工作人员和参与审核的专家负有为申报者保守技术秘密的责任。玩忽职守、徇私舞弊,造成技术秘密泄漏或人类遗传资源流失的,视情节给予行政处罚直至追究法律责任。

#### 第六章 附 则

第二十四条 军队系统可根据本办法的规定,制定本系统的实施细则,报中国人类遗传资源管理办公室备案。武警部队按照本办法的规定执行。

第二十五条 本办法由国务院科学技术行政主管部门、卫生行政主管部门负责解释。

第二十六条 本办法自发布之日起施行。

## 附录三 (德国)基因工程法

(1990年6月20日)

### 目 录

#### 第一部分 一般性规定

§ 1 颁布本法的目的

§ 2 本法的应用范围

§ 3 本法中有关概念的规定

§ 4 委员会

§ 5 委员会的任务

§ 6 谨慎、细心和记录的义务,预防危险的发生

#### 第二部分 基因工程实验室中的基因工程工作

§ 7 安全级别,安全措施

§ 8 基因工程实验室及设备的申报及批准手续

§ 9 以研究为目的的其他级别的基因工程工作

§ 10 以工商业为目的的其他级别的基因工程工作

§ 11 审批程序

§ 12 申报程序

§ 13 获得批准应具备的必要条件

#### 第三部分 释放和出售

§ 14 释放和出售

§ 15 为释放和出售应准备的文件材料

§ 16 释放和出售应获得批准

§ 17 文件材料的使用

§ 18 听证程序

#### 第四部分 共同规定

§ 19 附带规定,补充命令

§ 20 临时停止

§ 21 报告的义务

§ 22 其他当局的决定

§ 23 排除私法抗拒的要求

§ 24 费用

§ 25 监督、回答咨询和接受监督的义务

§ 26 当局的规定

§ 27 批准的失效

§ 28 报告情况的义务

§ 29 与安全有重要关系的资料处理

§ 30 发布法律规定和管理规章

§ 31 负责当局

#### 第五部分 责任的规定

§ 32 责任

§ 33 最高责任罚款

§ 34 事故原因的推测

§ 35 受害者了解情况的权利

§ 36 赔偿措施

§ 37 其他法律规定所规定的责任

#### 第六部分 处罚和罚款的规定

§ 38 罚款的规定

§ 39 处罚的规定

#### 第七部分 过渡时期和最终的规定

§ 40 在公布法规时众议院的参与

§ 41 过渡时期的规定

§ 42 为向一个统一的德国转化的有关规定

(具体内容节译)

## 第一部分 一般性规定

### §1 颁布本法的目的

(1) 为保护人类的生命和健康,为保护动物、植物及其环境免受基因工程工作及其产品可能造成的危险,并预防此类危险的发生。

(2) 为研究、开发、利用基因工程在科学和技术中的各种可能性制定一个法律规范。

### §2 本法的应用范围

本法适用于:

(1) 基因工程实验室及设备的建立和运行。

(2) 基因工程工作。

(3) 基因工程改造的生物的释放。

(4) 含有此类生物或由此类生物生产的产品的流通;倘若这种流通是由与本法的规定相当的其他法规管理的,而这些法规给予上述产品流通的许可是建立在相应的危险性评价基础上,那么本法的 § 32~ § 37 适用于此种情况。

### §3 本法中有关概念的规定

(1) 在本法中生物是指有繁殖能力或能传递遗传物质的个体。

(2) 基因工程工作是指还没有得到批准、进行以其后进入环境为目的的释放和流通的:

a. 研制由基因工程技术改造的生物。

b. 基因工程技术改造生物の利用、繁殖、贮藏、销毁或残渣的清除以及企业内部的运送。

(3) 基因工程技术改造的生物是指某种生物的遗传物质,以一种在自然条件下通过杂交或自然的基因重组不可能出现的方法被改变。这里所说的改变遗传物质的方法,特别是指:

— 通过载体系统而进行的 DNA 重组技术。

— 直接将遗传物质引入生物体的方法,如显微注射、大量注

射和显微小囊。

借助于自然条件下不可能出现的方法,如:通过细胞融合或杂交的过程而形成具有新的遗传物质组合的细胞。

除非使用基因技术改造的生物作为供体或受体,否则以下操作方式在本法中不被作为改变遗传物质的方法:

——体外授精。

接合、转导、转化或其他任何自然存在的过程。

——多倍体的诱导。

——诱变。

植物细胞的细胞和原生质体融合的方法。通过此种方法培养出的植物也可用传统育种方法培育出来。

此外,除非使用基因技术改造的生物作为供体或受体,否则在基因工程实验室中以下操作不被认为是改变了遗传物质:

产生动物体细胞的杂交细胞。

——自然存在的非致病生物的自我克隆,条件是这些生物不含有外来成分或者它们经长期使用而被证明是安全的,或其体内含有限制其在自然界生殖或繁殖能力而不具有不良后果的限制因素。

#### (4) 基因工程实验室及其设备

是指能在封闭的条件下进行 § 2 中所定义的基因技术工作的实验室及其设备。可以使用物理的,在可能的情况下使用生物的限制措施,以避免所研究的生物与人和周围环境接触。

#### (5) 以研究为目的进行的基因工程工作

指以教学、科研或提高为目的而不是以工商为目的、小规模进行的基因工程工作。

#### (6) 以工商为目的的基因工程工作

指除第(5)点中所限定的内容以外的任何其他基因工程工作。

## (7) 释放

是指有目的地将基因工程技术改造了的生物放入周围环境,只要还没有得到批准、以进入周围环境为目的的出售或转让。

## (8) 出售或转让

指将含有基因工程技术改造的生物或由此类生物制成的产品出售或转让给其他人;只要这不涉及海关监督管理下的过境运输,在本法的范围内称之为出售或转让。

.....

## (15) 载体

指能将核酸片段引入一个新细胞中去的生物携带者。

.....

## § 6 谨慎、细心和记录的义务,预防危险的发生

.....

(3) 经营者必须记录基因工程工作的进行情况,并根据要求呈报给有关当局。联邦政府借助于法律规定征得参议院同意,并根据委员会的听证,将对记录的形式和内容以及保管和出示的义务进行.....

## 第二部分 基因工程实验室中的基因工程工作

## § 7 安全等级,安全措施

## 1. 基因工程工作可划分为四个安全等级:

(1) 第一级是指根据当前的科学水平看,对人类健康和环境无危险;

(2) 第二级是指根据当前的科学水平看,对人类健康和环境仅有微小的危险性;

(3) 第三级是指根据当前的科学水平看,对人类健康和环境有中等程度的危险性的基因工程工作;

(4) 第四级是指根据当前的科学水平看,对人类的健康和环境有较高的危险性或者有理由怀疑其有高的危险性的基因工程工

作。

.....

2. 在进行基因工程工作时,还应重视实验室和生产的安全措施。联邦政府根据委员会的听证,借助法律规定、征得联邦参议院的同意,针对不同安全级别,根据当前的科技水平制定必要的实验室和安全生产措施,并且提出对基因工程工作中使用的受体生物和载体的选择及安全评估的要求。

#### § 8 基因工程实验室及设备的申报及批准手续

(1)基因工程工作只能在§ 3 第 4 款中所规定的基因工程实验室和设备中进行,只要本法律条文中没有其他规定,基因工程实验室的建立和运行都必须得到批准(设备许可)。得到批准就有权进行批准决定中所允许的以工商业或研究为目的的基因工程工作。

(2)以研究为目的只进行安全级别为一级的基因工程工作,其实验室的建立和运行及计划进行的基因工程工作,最迟在打算开始.....

.....

(4)一个基因工程实验室的位置、性质或其运行情况发生重要改变时,应得到设备许可证。这与第 2 款无关。

#### § 9 以研究为目的的其他级别的基因工程工作

(1)以研究为目的进行安全级别为二、三或四级的基因工程工作时,必须在计划开始前两个月向有关当局申报。

(2)以研究为目的计划进行一项比根据§ 8 第 1 款得到批准或根据§ 8 第 2 款进行申报的工作高一个级别的基因工程工作时,只需得到一个新的设备许可证就可进行。

#### § 10 以工商为目的的其他级别的基因工程工作

(1)以工商为目的进行安全级别为一级的基因工程工作时,应在计划开始前两个月向有关当局申报。

(2)以工商为目的要进行安全级别为二、三或四级的基因工程工作时,每次都应分别得到批准。

(3)以研究为目的,计划进行根据 § 8 第 1 款得到批准的基因工程工作高一个安全级别的基因工程工作时,只需根据一个新的设备许可证即可进行。

.....

### 第三部分 释放和出售

#### § 14 释放和出售

1. 进行以下工作的人必须得到联邦卫生局的批准:

(1)释放基因工程改造的生物。

(2)把含有基因工程改造的生物或由此类生物构成的产品投入流通(出售)。

(3)为了与目前符合规定的、应用不同目的,而出售含有基因工程改造的生物或由此类生物构成的产品。

准予进行释放和出售也包括批准外基因工程所改造生物的后代,其他繁殖材料的释放和出售。对出售的许可限制在一定的应用范围内。如果对产品已经给予这样的许可,那么出售此产品就不再需要得到批准。

.....

### 第四部分 共同规定

#### § 19 附带规定,补充命令

只要有关当局认为有必要,可以对它的决定加上附带规定,以确保给以批准的必要条件能够达到。通过这些命令,可以对诸如基因工程实验室的操作方法、安全措施、某种性质或装备作出规定。事后的补充命令是允许的。

#### § 21 报告的义务

(1)经营者应事先向负责申报、批准以及监督的有关当局报告:关于项目负责人、负责安全的代表或委员会成员的每一个变动

情况。对于一个事先没有预料到的变动,事后应及时报告。在报告中应证明其专业知识。

(2)此外,对安全上重要的基因工程实验室中的设备,计划进行的每一个改变都应报告。即使通过改变的基因工程设备能符合经申报并得到批准的基因工程工作所必需的安全等级的要求,也不例外。

(3)经营者应对没有达到预期结果的基因工程工作,释放或流通的过程以及在此过程中对有可能造成对 § 1 第一点中所提到的合法财产的危害的怀疑,及时向负责审批和监督的当局报告。同时应对所有安全评定必需的信息以及已计划或已采取应急措施一并报告。

(4)在一次释放结束后,经营者应向联邦卫生局报告与对人类和环境造成危害有关的释放结果。同时还要对计划中的流通进行着重说明。

(5)如果经营者获悉一个危及人类健康和环境的新信息,应及时向有关当局报告。

.....

#### § 25 监督、回答咨询和接受监督的义务

.....

(2)经营者以及在 § 3 第 10、11 款中所说的负责人,应根据要求立即提供有关当局出于监督需要而提出质询的有关情况。

(3)受委托进行监督的人有权:

- a. 进入企业所属地区、营业地点和办公室,并进行视察;
- b. 进行一切为完成他们任务所必需的审查,包括抽取样品;
- c. 为完成他们的任务而查阅必要的资料,并可制作影印件或副本。

为预防对社会安全和公共秩序造成严重危险,无论何时都可以在上句所提到的地方以及住宅采取措施。经营人有义务接受根

据第 1 句第 1、2 点和第 2 句话所采取的措施,支持监督人员为履行他们的职责而必须进行的工作,提供必要的业务条件。在这种情况下,住宅不受侵犯的基本权利受到限制。

#### § 30 发布法律规定和管理规章

.....

2. 联邦政府授权根据委员会的听证,通过法律规定并征得联邦参院的同意为达到 § 1 第 1 款中所要实现的目的,对以下问题进行规定:

.....

(2) 必需的业务上的措施,特别是:

a. 应如何制定工作程序,以使从事基因工程工作和释放的职工不会受到伤害。

b. 应如何监督工作场所,以便及时发觉并确定基因工程改造的生物的污染。

c. 应如何在单位内部保管用基因工程改造的生物,并说明有什么样的危险,以便不会因为保管不当而使职工受到伤害,并通过危险性说明将这些生物引起的危害告知职工。

d. 应采取什么样的措施不使用基因工程改造的生物与手接触,或不使其丢失。

e. 应采取什么样人身防护装备供职工根据规定使用。

f. 可以限定从事基因工程改造生物工作的职工人数和职工从事此类工作的期限。

.....

#### 第六部分 处罚和罚款的规定

##### § 38 罚款的规定

1. 由于故意或疏忽(失职)而有下述行为者,按违章处理。

(1) 违反 § 6 第 3 款第 1 句的要求,没有进行记录;

(2) 违反 § 8 第 1 款第 1 句的要求,而进行基因工程工作;

(3)没有获得 § 8 第 1 款第 2 句所要求的批准,就建立基因工程实验室和设备;

(4)没有获得 § 8 第 4 款所要求的批准,就对基因工程实验室及其设备的地点、性质或运行进行重要改变;

(5)违反 § 8 第 2 款、§ 9 第 1 款或 § 10 第 1 款,没有或没有及时申报要进行的基因工程工作;

(6)没有获得根据 § 9 第 2 款或 § 10 第 2 款或第 3 款的要求而进行基因工程工作;

(7)没有获得 § 14 第 1 款第 1 点、第 2 点或第 3 点就出售含有基因操作改造的生物或由此类生物组成的产品;

(8)违反根据 § 19 第 2 句所发布的一项命令或根据 § 26 的一项规定;

(9)违反 § 21 第 1 款第 1 句,也包括第 2 句或第 2、3、4 款或第 5 款的内容,没有或没有及时报告;

(10)违反 § 25 第 2 款的要求对质询没有或没有及时或没有完全地或不正确地给予答复;

(11)违反 § 25 第 3 款第 3 句中所提到的责任;

(12)违反根据 § 6 第 3 款第 2 句, § 7 第 2 款第 2 句或 § 30 第 2 款第 1~6 点或第 3 款所作的任一法律规定,只要已经告知违犯这些法规的行为是要被罚款的。

2. 违犯规定的行为可处以直至 10 万马克的罚款。

3. 只要联邦当局实施本法律,本法在 § 36 第 1 款第 1 点中所指出的管理违章行为的当局就是根据(本)州法律所规定的有关当局。

### § 39 处罚的规定

1. 只要已经被告知违犯法规的行为是应被罚款的,那么对于违反根据 § 36 第 1 款第 1 句作出的一项规定的人将处以拘留 1 年或罚款处分。

2. 触犯下述条款的人处以直至 3 年监禁或罚款处理:

(1) 没有得到 § 14 第 1 款第 1 句第 4 点所规定的批准就释放基因操作改造了的生物。

(2) 没有得到 § 8 第 1 款第 2 句所规定的批准就运行基因工程实验室及其设备。

3. 由于 § 2 或 § 38 第 1 款第 2、8、9 或 12 中所说一个过失而导致人身伤害或生命危险,他人具有重要价值的物品或有重大生态意义的自然景观的组成部分损坏的人,处以直至 5 年的监禁。

4. 即使是试图进行 § 2、§ 3 中所说的活动也可以受到处罚。

5. 由于疏忽而触犯 § 2 的人,处以直至 1 年监禁或罚款处理。

6. 由于疏忽而引起 § 3 中所说危险的人,将被处以直至 5 年监禁或罚款处理。

7. 在 § 3 的情况中由于操作失误,并疏忽造成危险的人,处以直至 3 年的监禁或罚款处理。

## 附录四 纽伦堡法典(1946)

1. 受试者的自愿同意绝对必要。

这意味着接受试验的人有同意的合法权力；应该处于有选择自由的地位，不受任何势力的干涉、欺瞒、蒙蔽、挟持、哄骗或者其他某种隐蔽形式的压制或强迫；对于试验的项目有充分的知识和理解，足以作出肯定决定之前，必须让他知道试验的性质、期限和目的；试验方法及采取的手段；可以预料得到的不便和危险，对其健康或可能参与实验的人的影响。

确保同意的质量的义务和责任，落在每个发起、指导和从事这个实验的个人身上。这只是一种个人的义务和责任，并不是代表别人，自己却可以逍遥法外。

2. 实验应该收到对社会有利的富有成效的结果，用其他研究方法或手段是无法达到的，在性质上不是轻率和不必要的。

3. 实验应该立足于动物实验取得结果，对疾病的自然历史和别的问题有所了解的基础上，经过研究，参加实验的结果将证实原来的实验是正确的。

4. 实验进行必须力求避免在肉体上和精神上的痛苦和创伤。

5. 事先就有理由相信会发生死亡或残废的实验一律不得进行，实验的医生自己也成为受试者的实验不在此限。

6. 实验的危险性不能超过实验所解决问题的人道主义的重要性。

7. 必须作好充分准备和有足够能力保护受试者排除哪怕是微之又微的创伤、残废和死亡的可能性。

8. 实验只能由在科学上合格的人进行。进行实验的人员，在实验的每一阶段都需要有极高的技术和管理。

9. 当受试者在实验过程中，已经到达这样的肉体与精神状态，即继续进行已经不可能的时候，完全有停止实验的自由。

10. 在实验过程中,主持实验的科学工作者,如果他有几分理由相信即使操作是诚心诚意的,技术也是高超的,判断是审慎的,但是实验继续进行,受试者照样还要出现创伤、残废和死亡的时候,必须随时中断实验。

## 附录五 国际人类基因组组织(HUGO) 关于遗传研究正当行为的声明

(这份声明由 HUGO 伦理、法律和社会问题(ELSI)委员会起草,由 HUGO 理事会 1996 年 3 月 21 日海德堡会议上批准)

在 1980 年提出 1990 年正式启动的人类基因组研究计划(HGP),其具体目的是鉴定所有人类基因和将整个基因组排序。在未来 15 年完成 HGP,将为生物学和医学提供一本原始资料。然则,在这个时间框架内,所有基因的功能,单个基因或基因协调一致的功能,还不会知道,基因在世界范围内的变异也不能确定。

人类基因多样性研究计划(HGDP)是一项国际性科学工作,它是 HGP 的补充,通过分析全世界人群、家庭和个人的 DNA 来考察人类基因组的变异。HGDP 有可能帮助我们了解人类的基本单位,人类的生物史,人群流动,以及对种种人类疾病的易感性或抵抗性。

HGP、HGDP 以及其他遗传研究业已引起若干关注:

- 担心基因组研究可导致对个人和人群的歧视和侮辱,被滥用来助长种族主义;
- 尤其是由于专利和商业化而丧失为了进行研究而获得发现成果的机会;
- 将人归结为他们的 DNA 序列,将社会和其他人类问题归诸遗传原因;
- 缺乏对人群、家庭和个人的价值、传统和完整性的尊重;
- 在计划和进行遗传研究时科学共同体与公众没有充分的交流。

HUGO 理事会要求它的伦理、法律和社会委员会(HUGO ELSI,现改名为伦理委员会),包括来自一些国家和专业的专家针

对这些关注提供指导和程序,以保证进行 HGP 和 HGDP 时符合伦理标准。

HUGO ELSI 委员会将它的建议基于下列四个原则:

- 认识到人类基因组是人类共同遗产的一部分;
- 坚持人权的国际规范;
- 尊重参与者的价值、传统、文化和完整性;
- 承认和坚持人类的尊严和自由。

HUGO ELSI 委员会建议:

科学能力(competence)是进行合乎伦理的研究的基本前提。它包括合适的训练、计划、预试验和现场试验,以及质量控制。

交流(communication)不仅应该是科学上准确的,而且应该是为有关的人群、家庭和个人能理解,并且对他们的社会和文化情境敏感。交流是一个相互的过程,研究人员必须努力理解他人并被他人理解。

咨询(consultation)应该在招募可能的参加者以前进行,并且应该贯穿在研究过程中。文化规范是各种各样的,对健康、疾病和残疾的感知,对家庭以及个人的地位和重要性的感知也是如此。

同意(consent)参加的知情决定可以是个人的、家庭的,或在社区和人群层次。理解研究的性质、风险和受益,以及其他任何可供选择的办法是很关键的。这种同意应该摆脱科学的、医学的或其他权威的强迫。在一定条件下获得适当的许可,为了流行病学的目的和监测,匿名检测可以是同意要求的一个例外。

参加者就从他们那里取得或获得的材料或信息的储存或其他用途作出的任何选择(choice)应该得到尊重。要知道或不要知道伴随的研究成果的选择也应得到尊重。这种选择对其他研究人员和实验室具有约束力。这样,个人、文化和社会的价值就能得到尊重。

对遗传信息加以保密(confidentiality),保护隐私,防止未经授权地获得这些信息。应该规定对这些信息加以编码,确定合理

获得这些信息的程序,以及制定转让和保留样本和信息的政策,并在取样以前就确定下来。对家庭成员的实际和潜在的利益应给予特殊考虑。

个人、人群与研究人员之间,以及各规划之间的协作(collaboration),信息的获得和交换不仅对科学进步不可缺少,对所有参加者的目前和未来受益也不可缺乏。应该促进工业化国家与发展中国家之间的合作和协调。为保证有活力的协作和成果的比较,采取整合方法和条件的标准化是不可缺少的。

在信息交流时和协议达成前,应揭示利益的实际或潜在冲突(conflict)。在研究开始前,也应由伦理审查委员会审查这种实际和潜在的冲突。合乎伦理的研究的基石是正直和不偏不倚。

应该禁止通过给个人参加者、家庭和人群补偿(compensation)而进行不正当的引诱。然而,这种禁止不包括与个人、家庭、团体、社区或人群的协议,这些涉及技术转让、为当地人提供训练、合资、提供医疗保健或信息基础设施、报销费用,或可能利用一定百分比的专利权税用于人道主义目的。

为实施这些建议,不断地审查(continual review)、监督和监测是不可缺少的。这种审查如有可能应该包括参加这项研究的代表。事实上,没有不断地评价,就有忽视剥削、欺骗、放任和滥用的可能。正如能力一样,在国际合作遗传研究中尊重人的尊严,不断地审查是必须的。

## 附录六 世界人类基因组与人权宣言(1997)

联合国教育、科学及文化组织大会，

忆及教科文组织《组织法》前言援引“人类尊严、平等与相互尊重等民主原则”，并摒弃“人类与种族之不平等主义”；它明确规定，“文化之广泛传播以及为争取正义、自由与和平对人类进行之教育为维护人类尊严不可缺少之举措，亦为一切国家关切互助之精神，必须履行之神圣义务”；它宣布，“和平尚必须奠基于人类理性与道德上之团结”；而且它指出，本组织应尽力“通过世界各国人民间教育、科学及文化联系，促进实现联合国据以建立并为其宪章所宣告之国际和平与人类共同福利之宗旨”。

郑重忆及对尤其是下述公约和宣言确认的人权普遍原则的热爱：1948年12月10日的《世界人权宣言》和联合国1966年12月16日的两个国际盟约（《经济、社会、文化权利国际盟约》以及《公民权利和政治权利国际盟约》）、1948年12月9日的《联合国防止及惩办灭绝种族罪公约》、1965年12月21日的《联合国消除一切形式种族歧视国际盟约》、1971年12月20日的《联合国智力迟钝者权利宣言》、1975年12月9日的《联合国残疾人权利宣言》、1979年12月18日的《联合国消除对妇女一切形式歧视公约》、1985年11月29日的《联合国为罪行和滥用权力行为受害者取得公理的基本原则宣言》、1989年11月20日的《联合国儿童权利公约》、1993年12月20日的《联合国残疾人机会均等标准规则》、1971年12月16日的《关于禁止发展、生产和储存细菌(生物)及毒素武器和销毁此种武器的公约》、1960年12月14日教科文组织的《反对教育歧视公约》、1966年11月4日教科文组织的《国际文化合作原则宣言》、1974年11月20日教科文组织的《关于科学研究人员地位的建议》、1978年11月27日教科文组织的《关于种族和种族偏见的宣言》、1958年6月25日国际劳工组织的《关于

就业和职业歧视的公约》(第 111 号)及 1989 年 6 月 27 日国际劳工组织的《关于独立国家土著和部落民族的公约》(第 169 号)。

考虑到在无损于其任何条款规定的情况下有可能涉及知识产权领域之遗传学应用的国际文件,尤其是 1886 年 9 月 9 日的《伯尔尼保护文学艺术作品公约》,1952 年 9 月 6 日通过并于 1971 年 7 月 24 日在巴黎最后修订的教科文组织《世界版权公约》,1883 年 3 月 20 日通过并于 1967 年 7 月 14 日在斯德哥尔摩最后修订的《巴黎保护工业产权公约》,1977 年 4 月 28 日世界知识产权组织关于国际承认为专利程序存放微生物的《布达佩斯条约》以及 1995 年 1 月 1 日开始生效的成立世界贸易组织之协议附件的《关于涉及贸易的知识产权方面的协议》(ADPIC)。

亦考虑到 1992 年 6 月 5 日的《联合国生物多样性公约》,并就此强调指出,根据《世界人权宣言》的前言,承认人类遗传的多样性不应导致任何可能危害“人类家庭所有成员的固有尊严及其平等的和不移的权利”的社会或政治方面的解释。

忆及其决议 22C/13. 1、23C/13. 1、24C/13. 1、25C/5. 2、25C/7. 3、27C/5. 15、28C/0. 12、28C/2. 1 和 28C/2. 2,这些决议表明教科文组织决心从尊重人权和基本自由的角度,就生物学和遗传学领域中科技进步的后果,促进并开展伦理探讨及与其有关的活动。

承认对人类基因组的研究及其应用为改善个人及全人类的健康状况开辟了广阔的前景,但强调指出,它们同时应充分尊重人的尊严、自由和权利,并禁止基于遗传特点的一切形式的歧视。

宣布下述原则并通过本宣言。

#### A. 人的尊严与人类基因组

##### 第 1 条

人类基因组意味着人类家庭所有成员在根本上是统一的,也意味着对其固有的尊严和多样性的承认,象征性地说,它是人类的遗产。

第 2 条

a) 每个人都有权使其尊严和权利受到尊重, 不管其具有什么样的遗传特征。

b) 这种尊严要求不能把个人简单地归结为其遗传特征, 并要求尊重其独一无二的特点和多样性。

第 3 条

具有演变性的人类基因组易发生突变。它包含着一些因每个人的自然和社会环境, 尤其是健康状况、生活条件、营养与教育不同而表现形式不同的潜能。

第 4 条

自然状态的人类基因组不应产生经济效益。

B. 有关人员的权利

第 5 条

a) 只有在对有关的潜在危险和好处进行严格的事先评估后, 并根据国家法律的其他各项规定, 才能进行针对某个人的基因组的研究治疗或诊断。

b) 在各种情况下, 均应得到有关人员的事先、自愿和明确同意。如有关人员不能表态, 则应由法律从其最高利益出发予以同意或授权。

c) 每个人均有权决定是否要知道一项遗传学检查的结果及其影响, 这种权利应受到尊重。

d) 在进行研究的情况下, 应根据这方面实行的国家和国际准则或指导方针, 对研究方案进行事先评价。

e) 按法律规定, 如有关个人不具备表示同意的能力, 除法律授权和规定的保护措施外, 只有在对其健康直接有益的情况下, 才能对其基因组进行研究。一项无法预计对有关人员的健康是否直接有益的研究只有在特殊情况下才能十分谨慎地进行, 而且要注意使有关人员冒最小的风险、受最少的限制, 但条件是这项研究应有

利于属于同一年龄组或具有相同遗传条件的其他人的健康,而且符合法律规定的条件及保护有关人员个人权利的原则。

第 6 条

任何人都不应因其遗传特征而受到歧视,因此类歧视的目的或作用均危及他的人权和基本自由以及对其尊严的承认。

第 7 条

为研究或其他任何目的而保存或处理的与可识别之个人有关的遗传数据应按法律规定的条件予以保密。

第 8 条

任何人都无权根据国际法和国内法对直接和主要因对其基因组施行手术而受到的任何损失要求公正合理的赔偿。

第 9 条

为了保护人权和基本自由,只能由法律根据迫切需要并在国际公法和国际人权法的范围内,对同意和保密原则予以限制。

C. 人类基因组的研究

第 10 条

任何有关人类基因组及其应用方面的研究,尤其是生物学、遗传学和医学方面的研究,都必须以尊重个人的、或在某种情况下尊重有关群体的人权、基本自由和人的尊严为前提。

第 11 条

违背人的尊严的一些做法,如用克隆技术繁殖人的做法,是不能允许的。要求各国和各有关国际组织进行合作,以便根据本《宣言》所陈述的原则,鉴别这些做法,并在国家或国际一级采取各种必要的措施。

第 12 条

a) 每个人都应本着尊重其尊严和权利的精神,利用生物学、遗传学和医学在人类基因组方面的进步。

b) 知识进步所必需的研究自由取决于思想自由。有关人类

基因组研究的应用,特别是在生物学、遗传学和医学方面的应用,均应以减轻每个人及全人类的痛苦和改善其健康状况为目的。

#### D. 从事科学活动的条件

##### 第 13 条

鉴于对人类基因组进行研究的伦理和社会影响,在从事这一研究的范围内,应特别注意研究人员从事活动所固有的职责,尤其是在进行研究及介绍和利用其研究成果时的严格、谨慎、诚实和正直态度。公立和私立部门科学政策方面的决策者在这方面也负有特殊的责任。

##### 第 14 条

各国均应采取适当的措施,以便在本《宣言》所规定的原则范围内,促成有利于自由从事人类基因组研究活动的精神和物质条件,并考虑这些研究会产生的伦理、法律、社会和经济影响。

##### 第 15 条

各国均应采取适当的措施,确定在遵守本《宣言》所规定之原则的情况下,自由从事人类基因组研究活动的范围,以确保尊重人权、基本自由和人的尊严,以及维护公众的健康。各国应努力确保这些研究的成果不用于非和平目的。

##### 第 16 条

各国应承认在有关各级促使建立有利于独立的、多学科和多元化的伦理委员会有利于对人类基因组研究及其应用所造成的伦理、法律和社会问题进行评估。

#### E. 团结互助与国际合作

##### 第 17 条

各国应尊重和促进对那些特别易患或已患遗传性疾病或残疾的个人、家庭或居民积极履行团结互助的义务。各国特别应鼓励进行旨在鉴别、预防和治疗遗传性疾病或受遗传影响的疾病,尤其是罕见病和使全世界许多人感到痛苦不安的地方病的研究工作。

第 18 条

各国应在遵守本《宣言》所规定之原则的情况下,努力继续促进在国际上传播关于人类基因组、人的多样性和遗传学研究方面的科学知识,并促进这方面的科学文化合作,尤其是工业化国家和发展中国家之间的合作。

第 19 条

a)在与发展中国家进行国际合作的范围内,各国应鼓励采取以下措施:

i)对为所欲为的行为进行预防,对人类基因组研究的危险和好处进行评估;

ii)根据发展中国家的具体问题,扩大和提高其进行人类生物学和遗传学研究的能力;

iii)发展中国家利用科学技术研究成果,促进有利于所有人的经济和社会进步;

iv)自由交流生物学、遗传学和医学领域的科学与信息。

b)各有关国际组织应支持和鼓励各国为上述目的所采取的措施。

F. 宣传《宣言》的各项原则

第 20 条

各国应采取适当措施,通过教育和各种相关的手段,尤其通过在若干跨学科领域中的研究和培训,以及促进各级生物伦理学教育,特别是面向科学政策负责人的生物伦理学教育,来宣传《宣言》中阐述的各项原则。

第 21 条

各国应采取适当措施,鼓励开展其他各种研究、培训和信息传播活动,进一步提高整个社会及其每个成员面对生物学、遗传学和医学领域的研究及其应用可能提出的维护人的尊严的各种根本问题而应承担的的责任的认识。各国还应就该问题促进在国际上开展

广泛的辩论,确保各种社会文化、宗教和哲学思潮的自由表达。

#### G.《宣言》的实施

##### 第 22 条

各国应努力宣传《宣言》中阐述的各项原则,并采取一切适当措施促进这些原则的实施。

##### 第 23 条

各国应采取适当措施,通过教育、培训和信息传播,促使人们尊重、承认和有效执行上述各项原则。各国还应鼓励现有的、独立的伦理学委员会之间的交流联网,以促进它们之间的合作。

##### 第 24 条

教科文组织国际生物伦理学委员会应努力传播本《宣言》所述原则和深入研究由于这些原则的执行和有关技术的变化而提出的各种问题。它应组织与有关方面,如与各个易受伤害群体的有益的磋商。它应根据教科文组织的法定程序向大会提出建议,并就《宣言》的落实工作,特别是就鉴别那些可能违背人的尊严的做法,如对生殖细胞系进行干预的做法提出意见。

##### 第 25 条

本《宣言》中的任何一条规定都不能被解释为可由某一国家、团体或个人以某种方式用来开展违反人权和基本自由,包括违反本《宣言》所述原则的某项活动或行动。

## 附录七 赫尔辛基宣言

### ——关于人体医学研究的伦理原则

1964年6月芬兰赫尔辛基第18届世界医学协会大会正式通过

1975年10月日本东京第29届世界医学协会大会

1983年10月意大利威尼斯第35届世界医学协会大会

1989年9月中国香港第41届世界医学协会大会

1996年10月南非希萨默塞特第48届世界医学协会大会

2000年10月苏格兰爱丁堡第52届世界医学协会大会修订

#### 一、引言

1. 世界医学协会已将《赫尔辛基宣言》发展成为一份伦理原则的声明书,为医生和其他从事人体医学研究的人员提供指导。人体医学研究包括可识别的人体物质或可识别的数据研究。

2. 增强和保障人们的健康是医生的职责。医生应奉献其知识与良心以履行其职责。

3. 《世界医学协会日内瓦宣言》以“病人的健康是本人应首先考虑的因素”作为约束医生行为的准则;《国际医学伦理准则》声明:“医生在为病人治疗以减轻他们的身心痛苦时,唯以病人的利益为重。”

4. 医学的进步基于科学研究,而科学研究最终在某种程度上取决于人体实验。

5. 在人体医学研究中,考虑受试者的健康应优先于科学和社会的利益。

6. 有关人体医学研究的主要目的旨在改善预防、诊断和治疗的方法,提高对疾病病源和疾病发生因素的认识。即使这些方法已日臻完善,还是应该通过对这些方法的有效性、功效、易理解性和质量的研究而不断地向其挑战。

7. 在现阶段的医学实践的研究中,大多数的预防、诊断和治

疗的方法都含有风险和责任。

8. 医学研究须遵从既促进对所有的人的尊重又保护他们的健康和权利的伦理标准。参加研究的人们有时很脆弱,需要给予特别保护。必须意识到经济条件差和治疗上不利的人群的特殊需求。需要给予特别关注的是那些自身无能力同意或拒绝同意参加研究的人、迫于压力而参加研究的人、参加研究又不能得益的人,以及既参加研究又须治疗的人。

9. 研究人员必须了解他们国家和国际社会对有关人体研究在伦理、法律和法规上的要求。任何国家的伦理、法律和法规若降低或取消本宣言阐述的关于保护受试者的原则要求,都是不能允许的。

## 二、医学研究的基本原则

10. 在医学研究中,医生的职责是保护受试者的生命、健康、隐私和尊严。

11. 有关人体的医学研究必须遵照普遍接受的科学原理,并且基于详尽的科学文献知识、其他相关的信息来源和充分的实验,包括适当的动物实验。

12. 医学研究或许会对环境有一定的影响,所以进行实验时要保持恰如其分的谨慎,同时也应善待用于实验的动物。

13. 人体实验的每一个步骤的设计和操作都必须在实验方案中系统阐明。特别设立的伦理审查委员会将对方案进行分析、评价和指导,待合适时予以批准。伦理审查委员会必须独立于研究者、主办者,或避免来自其他方面的影响,但也须遵守进行实验的国家的法律和法规。伦理审查委员会有权监管正在进行的实验,研究者有责任将监管的信息,尤其是一些相关的不良事件提供给伦理审查委员会。研究者还应向伦理审查委员会提供有关资金、主办单位、机构成员、其他潜在的利益冲突和对受试者激励的信息,以供审查。

14. 研究方案应该包括相关的伦理思考的陈述,并明确表明完全符合本宣言所阐述的原则。

15. 有关人体的医学研究应该由合格的科技人员来操作,并由临床医学专家监督。即使受试者对研究给予知情同意,研究者仍应承担对受试者的责任,而不应是受试者本人负责。

16. 每一个有关人体的研究都应该事先认真地评估该研究会给受试者或其他人带来怎样的风险和负担,并与可预见的利益相比较,这也包括参加医学实验的健康志愿者。所有的研究设计应该是普遍可行的。

17. 医生只有在对人体研究中将出现的风险有信心作出充分的评估,并且能够满意地加以控制时,才能从事有关的研究。假如发现风险超过潜在的利益,或者有确切的证据表明只有正面的利益,就应该中止其研究。

18. 只有在研究目的的重要性超过其给受试者带来的固有风险和负担时,才能进行相关的人体研究,特别是对有健康志愿者参与的研究尤为重要。

19. 只有具有这样的可能性,即参加医学研究的对象能够从实验结果受益时,此类研究才会是正当、有效的。

20. 在研究项目中,受试者必须是志愿者和知情的参与者。

21. 受试者保护自己尊严的权利应该得到尊重。要采取防范措施确保他们的隐私得到尊重,个人资料得到保密,并将研究对受试者的身心健康和人格的不良影响减少到最小的地步。

22. 在任何的人体研究中,每一位可能的受试者都必须被充分告知该研究的目的、方法、资金来源、可能的利益冲突、研究机构成员、预期的收益和潜在的风险,以及将会带来的不适。另外还应知道放弃参加实验的权利,或他们可以在任何时候退出研究而不受到报复。只有在确定受试者已经了解上述信息后,医生才能获取受试者任何形式的知情同意,当然最好是书面的知情同意。如

果不能得到书面的知情同意,非书面的知情同意必须有正式的文件证明和见证人。

23. 在得到受试者的知情同意时,医生应该特别注意受试者是否和医生之间存在着一种依赖关系,或受试者被迫作出知情同意。在这种情况下,应该由一名不参与实验并且独立于双方关系之外,又很好掌握知情原则的医生来获得受试者的知情同意。

24. 对于一个缺乏法律行为能力,身体和智能上无法予以知情同意的受试者,或没有法律行为能力的未成年人,研究人员必须依据法律规定,从这些人的法定委托人那里获得知情同意。这种类型的人一般不应该参与医学研究,除非医学研究对促进这些人的健康是必须的,并且不能由具有法律行为的人所取代。

25. 如果一位缺乏法律行为能力的受试者如未成年人,有能力自主决定参加研究,研究人员还必须得到他的法定监护人的知情同意。

26. 如果有关的研究不可能得到代理人的知情同意或预先的知情同意,只有在受试者的身体和精神状况妨碍其作出知情同意是不可避免的特点时方能开展研究。这种因受试者的身体条件导致不能作出知情同意的特定理由,应该写在实验方案中以备伦理审查委员会的审查和通过。实验方案应该声明知情同意仍然需要,研究人员必须尽早得到受试者或其法定代理人的知情同意。

27. 研究报告的作者和出版商都具有伦理责任。研究结果发表时,研究人员有义务确保结果的正确性。有利和不利的结果都应该全部发表或以其他方式对外公开。资金来源、研究机构成员和任何可能的利益冲突应该在出版物中作出表达。跟本宣言所列的原则不符的实验报告不允许发表。

### 三、医学研究和医学治疗相结合的附加原则

28. 只有在某一医学研究被证明是有潜在的预防、诊断和治疗价值时,医生才可以将研究和治疗相结合。研究和治疗一旦结

合在一起,附加原则就被用来保护作为受试者的病人。

29. 一种新方法所带来的利益、风险、负担和效用,应当和现行最好的预防、诊断和治疗的方法所具有的利益、风险、负担和效用进行对照实验。这一原则不排除安慰剂的使用或不予以治疗,只要在研究中证明没有预防、诊断和治疗方法的存在。

30. 在研究结束时,应保证每一参加研究的病人都能得到已为研究所确认的被证明为最好的预防、诊断和治疗方法的机会。

31. 医生应该详尽地告诉病人,治疗的哪一些方面是和研究相关的。而病人拒绝参加研究绝不应该影响到病人和医生之间的关系。

32. 在治疗病人期间,当证明不存在预防、诊断和治疗的方法,或者这些方法不起任何作用,医生如果根据自己的判断,认为有挽救病人的生命的希望,以恢复他们的健康或减轻他们的痛苦,在征得病人的知情同意后,完全可以运用未被论证的新的预防、诊断和治疗措施。如果可能,这些方法应该被作为研究的课题,作出安全性和功效性评估的设计。所有的医案和新的信息应该被记录下来,适当的时候可以发表。本宣言中其他相关的指导性原则都应遵守。

**附录八 国际医学科学组织委员会(CIOMS)关于涉及  
人类受试者生物医学研究的国际准则**  
(2002年2月修改稿)

**伦理学辩护**

准则 1:涉及人类受试者的生物医学研究的伦理学辩护

**伦理学审查**

准则 2:伦理学审查委员会

准则 3:由外部资金资助的研究的伦理学审查

**知情同意**

准则 4:个人的知情同意

准则 5:取得知情同意:提供给未来研究对象的基本信息

准则 6:取得知情同意:资助者和研究者的义务

准则 7:诱导参与

准则 8:参与研究的利益和危险

准则 9:对于无行为能力作出知情同意的个体的研究危险性的辩护

**对社区的责任**

准则 10:在资源有限的人群和社区中的研究

**对照**

准则 11:临床试验的对照组

**易受伤害群体**

准则 12:负担和利益的公平分配

准则 13:涉及易受伤害者的研究

准则 14:涉及儿童的研究

准则 15:涉及因精神或行为疾患而不能作出知情同意的人的研究

**妇女作为研究参与者**

准则 16: 妇女作为研究参与者

准则 17: 妊娠妇女作为研究的参加者

**保密**

准则 18: 维护保密

**赔偿**

准则 19: 受试者得到赔偿的权利

**审查能力**

准则 20: 加强生物医学研究的伦理学和科学审查能力

**医疗服务**

准则 21: 外部资助者提供医疗服务的义务

准则 1: 涉及人类受试者的生物医学研究的伦理学辩护

资助者和研究者必须保证所建议的涉及人类受试者的研究符合普遍接受的科学原则, 并且是在对有关的科学文献的充分知晓的基础上。所使用的方法对于研究目的和研究领域应该是适当的。资助者和研究者还应保证所有参与研究的人员在教育 and 经验方面是合格的, 有能力履行他们的职责。这些考虑应该充分地反映在递交给伦理学审查委员会和基金会的研究方案中以取得批准。

准则 2: 伦理学审查委员会

所有涉及人类受试者研究的建议必须递交给一个或多个科学和伦理学评审委员会, 对其科学价值和伦理学的可接受程度进行审查以获得批准。这些委员会必须独立于研究组之外并不从本研究中获取直接经济利益或其他物质利益。研究者在进行研究之前必须获得批准。伦理学审查委员会在必要时要在研究进程中进一步审查以进行监督。

准则 3: 由外部资金资助的研究的伦理学审查

外部资助机构或个体研究者应将研究方案递交资助机构所在国的伦理学和科学评审委员会,所实施的伦理学标准应该和该国的标准一样准确。所在国的相应权威机构,包括一个独立的全国性或地方性伦理审查委员会或与之相当的机构,应该确保该研究建议符合所在国的健康需要和优先考虑,并符合必需的伦理学标准。

#### 准则 4:个人的知情同意

对于一切涉及人的生物医学研究,研究者必须取得未来受试者自愿的知情同意,如其无能力作出知情同意,则由其法律授权的代表人按照法律作出允诺。放弃知情同意将被认为是不寻常和例外的,在各种情况下都应由伦理审查委员会考虑和批准。

#### 准则 5:取得知情同意:提供给未来研究对象的基本信息

在请求某人同意参加研究之前,研究者必须以文字或其他能被理解的交流方式提供以下信息:

- 1) 该人是被邀参加研究的,选择参加的理由,参加是自愿的;
- 2) 该人可自由拒绝参加,可自由撤出研究,而不会受到处罚或失去本应赋予的利益;
- 3) 研究目的,研究者和受试者实施的程序,方案中在常规医疗措施之外所增加的部分;
- 4) 关于对照试验,解释研究设计的特点(如随机,双盲),受试者在研究完成和解盲之前将不被告知所分配的治疗;
- 5) 参加研究的预期期限,试验或参与有可能提前结束;
- 6) 是否将向参加者提供货币或其他物质形式的回报,如果有,其种类和数量;
- 7) 研究结束后,参加者将被告知结果;
- 8) 伴随参加研究而来的可预见的危险、痛苦不适或不便,包括对受试者配偶或伴侣的健康或健康状态的危险;
- 9) 参加者预期能从研究结果得到的直接利益;

10) 社区或范围更大的社会从研究中所能获得的预期利益, 或对科学知识的贡献;

11) 当受试者参与研究结束后, 被研究证明为安全有效的产品或干预方法能否及何时能提交给受试者, 他们是否要付钱;

12) 现时是否还有其他可供选择的治疗程序或疗程方案及其潜在的利益和危险;

13) 确保尊重受试者隐私和医疗记录保密的规定;

14) 研究者维护保密性的能力的法律或其他限度, 违反保密性的可能后果;

15) 在适当的时候, 制定关于透露或使用遗传试验的结果和家族遗传信息的政策和防范措施, 以防止在未征得受试者同意的情况下将受试者个人遗传试验结果透露给其近亲;

16) 研究基金的来源和性质, 研究资助者, 研究者所属单位, 研究者的经济激励;

17) 参加者在临床医疗中的医疗记录和生物标本的可能的直接或衍生的研究用途;

18) 研究中收集的生物标本在研究结束时是否计划销毁, 如果不是, 应告以贮存和未来使用的详情, 参加者有权决定在未来的使用, 或拒绝贮存, 或将材料销毁;

19) 是否要从生物标本中开发商业产品;

20) 研究人员是仅仅作为研究者, 还是既作为研究者, 又是受试者的专业医疗保健人员;

21) 研究者有多大责任向受试者提供医疗服务;

22) 为某些特殊类型的与研究相关的损伤或并发症将免费提供医疗, 以及此类治疗的经费是否有不确定之处;

23) 如因这类损伤而造成残疾或死亡, 受试者或受试者的家属或子女是否将得到赔偿;

24) 在某一特定国家, 赔偿权在法律上未得到承认;

25) 研究方案已得到伦理审查委员会批准。

准则 6: 取得知情同意: 资助者和研究者的义务

资助者和研究者有义务:

——避免不公正的欺骗、不正当的影响或胁迫;

——只有在确定未来的受试者已充分理解有关的事实和参加的后果, 而且有足够的机会考虑是否参加之后, 才能征求其同意;

——作为一般规律, 从每个未来的受试者取得的知情同意证明应该是书面的——如果这个一般规则有例外, 研究者应有正当理由, 并得到伦理审查委员会的批准(见准则 4, 评论, 同意文件);

——如果研究的条件或程序有明显变动, 或者有了可能影响受试者继续参加的意愿的新信息, 应该重新签署知情同意书。

准则 7: 诱导参与

受试者可因给其带来的不便或所花费的时间而得到金钱或其他奖赏; 也可接受免费医疗服务。但所付的钱不应太多, 医疗服务的面也不应太广, 以至于诱使未来受试者违反其良好的判断而同意参与研究(“不正当诱导”)。向受试者提供的一切支付、回付和医疗服务均应得到伦理审查委员会的批准。

准则 8: 参与研究的利益和危险

对一切涉及人的生物医学研究, 研究者必须确保在潜在的利益和危险之间有一合理平衡。对于个别受试者有直接的诊断、治疗或预防利益的前景的干预措施或程序, 至少必须和任何已有的其他措施在可预见的危险和利益上对个人同样有利, 才能被认为是合理的。这类“有益的”干预措施或程序的危险必须和个别受试者的利益相权衡以说明其合理性。对于个别受试者不具有直接诊断、治疗、预防利益的前景的干预性措施必须以对社会的预期利益(可普遍化的知识)来论证其合理性。这类干预性措施的危险应该是:(i) 减到最低限度, (ii) 对于所得到的知识的重要性来说是合理的。

准则 9: 对于无能力作出知情同意的个体的研究危险性的辩护

当研究参加者无同意能力时, 则对个别受试者无直接利益前景的程序或干预措施的危险不应多于或大于这些人的常规医学或心理学检查的危险。比这些危险性略有增加或有次要增加是允许的, 当这种增加具有非常重要的科学或医学的合理性并得到伦理审查委员会的批准, 并且当出于科学的原因研究不能在有同意能力的个体进行时。

准则 10: 在资源有限的人群和社区中的研究

在资源有限的人群和社区中进行研究之前, 资助者和研究者必须尽一切努力来确保:

——研究符合该人群和社区的卫生需求和优先需要;

——所开发的任何干预措施和产品, 或所产生的知识将为了该人群和社区的利益而以合理的价格被提供。

准则 11: 临床试验的对照组

在对一种新的治疗、新的诊断或预防程序进行对照研究时, 它的利益、危险、负担和效果应以目前最佳治疗和程序来检验。安慰剂可以作为一种比较物, 但只有当目前没有经过证实的最佳治疗或程序能作为比较物时, 或当它不会对受试者造成额外的危险或严重的不可逆伤害时才应使用。在当前最佳方法以外建议使用其他对照物需要充分的科学和伦理学理由。

准则 12: 负担和利益的公平分配

被邀请为研究受试者的小组或社区的选择应该是: 研究的负担和利益将被公平分配。如个人将从参与研究中获益, 则将其排除在研究之外要有充分理由。

准则 13: 涉及易受伤害者的研究

在邀请易受伤害的人做研究受试者时, 需要特别的理由, 如果他们被选上了, 应该严格实施保护他们权利和福利的措施。

#### 准则 14: 涉及儿童的研究

在进行涉及儿童的研究之前,研究者必须确保:

- 如果研究能在成人同样好地进行,则不应在儿童进行;
- 研究的目的是获得与儿童健康需要有关的知识;
- 得到孩子的一位父母或法定监护人的允许;
- 孩子拒绝参与研究必须得到尊重。除非按照研究方案,实验性干预显示有希望获得治疗利益,而且没有其他可接受的治疗。

#### 准则 15: 涉及因精神或行为疾患而不能作出知情同意的人的研究

在进行涉及因精神或行为疾患而不能作出知情同意的人的研究之前,研究者必须确保:

- 当研究能同样好地在知情同意能力无损害的人身上进行时,不要把这些入作为研究受试者;
- 研究的目的是为了获得与精神或行为疾患者特殊健康需要有关的知识;
- 在每个受试者能力范围内取得其同意,未来受试者拒绝参与研究应得到尊重,除非没有其他可供选择的医疗方法,或当地法律允许将其反对意见搁置一边;
- 在未来受试者缺乏同意能力的情况下,可由一位负责任的亲属或法律授权的代表根据有关法律作出同意。

#### 准则 16: 妇女作为研究参与者

研究者、资助者或伦理审查委员会不应把育龄妇女排除在生物医学研究之外。在研究过程中有可能怀孕本身不应成为预先排除或限制参加的理由。但是,就妊娠妇女及其胎儿的潜在危险进行充分讨论,是妇女对是否进入临床试验作出合理决策的前提。在这一讨论中,如果研究可能对妊娠妇女或胎儿有害,则资助者/研究者应保证给未来的受试者做妊娠试验并提供有效的避孕方法。

如果不能提供这些方法,则研究者不应募集有可能怀孕的妇女参加这些可能有危险的研究。

**准则 17:妊娠妇女作为研究的参加者**

妊娠妇女参加生物医学研究应视为合法。研究者和伦理审查委员会应确保妊娠的未来受试者已被充分告知对她们自身、她们的妊娠、胎儿及她们以后生育的子女的危险和利益。在所有情况下,对妇女和胎儿的危险都应降低到最大限度。即使关于危险的证据还不知道或很模糊,关于接受危险的决定应该由妇女作出,作为知情同意过程中的一部分。

只有当研究与该妊娠妇女的特殊健康需要或妊娠妇女的一般健康需要有关时,才应进行本组研究。如果动物实验提供了可靠的证据,特别是关于致畸和致癌的危险的证据支持这项研究。

**准则 18:维护保密**

研究者必须建立牢靠的保护参加者研究资料机密性的办法。参加者应被告知研究者保密能力的法律或其他限制,以及破坏保密的可能后果。

**准则 19:受试者得到赔偿的权利**

受试者由于参加研究而受到伤害时,有权为这些伤害得到免费医疗,并为所导致的损伤、丧失能力或身体残疾获得经济上或其他形式的相应补偿。赔偿权不得放弃。

**准则 20:加强生物医学研究的伦理学和科学审查能力**

许多国家没有能力确保在其管辖范围内所建议或实施的生物医学研究的科学质量和伦理学可接受性。资助者和研究者有伦理学义务使其所负责的生物医学研究计划在这些国家中能为国家或地方设计实施生物医学研究作出有效贡献,并为此类研究提供科学和伦理学审查和监督。

能力建设包括(但不限于)以下活动:

· 建立并加强独立和有能力的伦理学审查;

——加强研究能力；

——发展卫生保健和生物医学研究的适宜技术；

——培训研究和卫生保健人员；

——对研究参与者所在的社区进行教育。

准则 21:外部资助者提供医疗服务的义务

外部资助者有伦理义务提供医疗服务：

——当医疗服务对于研究的实施非常重要时；

——当受试者因研究中的干预措施造成伤害而需要治疗时；

——当医疗服务是资助者承诺的必要部分,用以制造有利的干预方法或产品,它们是研究结果的一部分,并使有关的人群或社区合理地获得这些结果。

外部资助者负有提供医疗服务的义务：

——当资助者承诺对研究受试者提供特殊医疗服务,即使严格地说该服务项目对于研究的进行并不重要；

——当该服务项目是资助者所承诺作出贡献中具体规定的部分,即以社区的能力建设作为递交伦理学和科学审查和生物医学研究的一部分,使社区有能力提供卫生保健设备和人员。

### 参考文献

1. 邱仁宗 《生命伦理学》 上海人民出版社 1987 年
2. 宾克莱 《二十世纪伦理学》 河北人民出版社 1988 年
3. 松本文六 《医生的艰难选择》 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社 1998 年
4. 徐宗良等 《生命伦理学》 上海人民出版社 2002 年
5. 马文元 《医学伦理学》 大连出版社 2002 年
6. 杜治政 《医学伦理学探新》 河南医科大学出版社 2000 年
7. 黄丁全 《医疗 法律与生命伦理》 法律出版社 2004 年
8. 马文元 《医患关系与维权》 科学出版社 2004 年
9. 《人体器官移植条例即将出台 脑死亡标准首次确定》 中国医学伦理学 2005. 3(18)17
10. 肖媛等 《生命科学家的社会伦理责任》 医学与哲学 2005. 2(26)32
11. 陈琦等 《探析美国国家生命伦理委员会》 医学与哲学 2005. 2(26)35
12. 《第七届世界生命伦理学大会在澳大利亚悉尼举行》 医学与哲学 2005. 1(26)80

## 后 记

现代生命科学技术的迅猛发展,给人类生活带来了巨大的科学进步并开辟了美好的前景。但同时也对人类社会文化、伦理道德和法律、医学、生存环境及公共卫生政策等方面,造成强烈的冲击。

生命伦理学的研究和发展,是随着我国改革开放以来社会经济、政治、科学技术的迅猛发展而兴起的。面对当今多元文化的时代,我国与世界各国的科技文化交流、不同文化意识形态的融合与交汇,影响着生命伦理学各种观点的争论。这对提高我国生命伦理学学术水平,解决医学发展中遇到的难题,都将起到深远的影响。

在我国,生命伦理学的研究始于上世纪的 80 年代,比国外晚了十年左右。从美国人波特在他的《生命伦理学:通往未来的桥梁》一书中使用“生命伦理学”一词起,有关生命伦理学研究范围就是“根据道德价值和原则,对生命科学和卫生保健领域内人类的行为,进行系统的研究,以解决在高新技术发展中,人们所面临的生命科学难题”。生命伦理学的产生与发展有力地推动了医学伦理学的发展和完善,使传统的医学伦理学研究内容更加丰富和得到发展,对医学高新技术的应用,对医疗保健政策的制定,对生物环境的保护等,都提出了新的挑战,并形成生命伦理学的研究内容。

虽然我国对生命伦理学的研究比西方晚了十几年,但由于我国政治经济的发展、科学技术的进步,生命科学技术已经渗透到社会生活的各个方面。如有关人工授精、精子库、代母亲、亲子鉴定、干细胞与克隆人研究、基因研究、器官移植、艾滋病问题以及卫生资源分配与利用等问题,不但冲击着中国的传统婚姻和社会道德观念,也引发了商业炒作和伦理道德争论。面对这种新形势,医学科学工作者、伦理学工作者和卫生政策制定者,不但需要考虑科学本身,也需要考虑对广大人民群众的人文关怀,更要考虑到在具体

实施中的伦理道德价值取向。

由于东西方在生命伦理学研究上的文化差异,我国学者都注重有关研究必须与中国实际相结合。而改革开放与多元化文化的交流现状,使我国的生命伦理学研究更快地融入全球人类的共同利益之中。

我国的医学伦理教育,历经数十年进程已经取得了较好的发展,但从医疗卫生行业整体看,医学伦理道德教育仍需要努力加强和提高。同时,面对高新技术应用,有关疾病防治中的伦理道德难题,也急需加以认真解决,只有这样医学新技术应用才不至于被传统伦理道德观念所束缚。有关因科学技术应用而产生的生命伦理学研究和争论,会更好地提示科学工作者和广大人民群众进一步转变伦理道德价值观念,建立起新的生命伦理价值观,以适应科学技术发展所带来的伦理道德冲击。

历史告诉人们,科学的发展不能单纯等待出现完善的伦理道德规范和法律,而应当与时俱进,在不断创新发展的实践中转变人们的伦理道德观念,在实践中发展和完善生命伦理道德观念,以适应医学科学技术发展的需要。

由于在我国高等医学教育中还没有普及生命伦理学教育,生命伦理学还没有真正进入大学课堂,仅在七年制医学教育和研究生教育中开设了本课程。在公众中传播和普及更是相对落后,在一些生物医学模式观念根深蒂固,影响较深的人的头脑中,更需要进行有关生命伦理学的继续教育,以更新知识,转变观念。面对如此情况,生命伦理学教育还任重道远。

全球生命伦理学第八次大会于2006年8月在我国北京召开。为迎接此次大会,我们将近年有关生命伦理的研究和教育研究成果等和收集到的有关国外生命伦理学研究资料,列出相关问题进行科学的讨论,目的在于探讨这些争论的意义,以及我国有关这方面的研究和现状,相信会对生命伦理学的研究有所帮助。

我们谨将此书献给2006年北京国际生命伦理学大会。

