

· 卫生管理 ·

论安乐死与医生职业道德的伦理冲突与启示

邓雪竹, 邓世雄[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.07.046

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)07-0827-03

美国家喻户晓的“死亡医生”杰克·科沃基恩(Jack Kevorkian)是美国密歇根州专门协助病患自杀的一名退休医师,从1990~1998年他先后帮助150多位患者了却余生,曾4度被起诉犯了谋杀罪,但最后都判决无罪。1999年,科沃基恩终于因为在电视节目展示了协助安乐死的过程而被判二级谋杀罪入狱。尽管人们对科沃基恩帮助自杀的行为众说纷纭,但他的行为确实对推动安乐死的进程产生了实质贡献,不论是在医学、法学、宗教、哲学还是社会伦理领域都引起了人们激烈的争论和反思。本文将着重从患者安乐的死与医生职业道德的联系和冲突方面探讨安乐死的医学伦理学价值。

1 安乐死的概念与理论分类

1.1 安乐死的概念 “安乐死”原出于希腊文“euthanasia”一词,原文是由“美好”和“死亡”两字所组成,也就是“一个安宁而轻松的死亡”或“无痛苦的死亡”。古希腊所理解的“安乐死”是一种哲学的、非医学的概念,代表一种轻松的、无痛苦的、无负担的死亡,完全没有现代意义所指的“医师为了减轻患者痛苦,而对死亡过程进行干预”的含义。

实际上,“安乐死”一词是第二次世界大战后的新闻用语,其在医学上的用语为“安死术”,“安乐死”一词并不适用于自杀的情形,而是指医师对末期患者或伤患所施行的致死作为或不作为,是在患者意识清晰并明确要求之下对其生命的故意终止的方式。依此,安乐死是“他杀”或“致他人于死”,其本质涉及杀人的行为。在这个意义上,安乐死不应是古希腊所谓的“无痛苦的死”、“安乐而死”或“善终”的死亡状态,而是指促成这种善死的方法。

本文所讨论的与医生职业道德密切相关的“安乐死”则是取现代医学意义上的“安乐死”之说,即依现代医学知识与技术,患者系罹患不治之病而迫近死期,且任何人看了都难以忍受之肉体上的痛苦时,经取得患者本人之嘱托或同意,专为缓和、消除病患痛苦之目的,而采取提早死期之措施所引起患者之死。

1.2 安乐死的理论分类 有关安乐死的探讨虽有诸多歧义,不过在安乐死的研究中,关于安乐死类型划分的最好方式,就是以病患自主权的角度观之,可分为自发性的安乐死、非本意性安乐死和非自发性安乐死3种^[1]。

1.2.1 自发性的安乐死 自发性的安乐死是指患者自己要求安乐死,或有过这种愿望,或对安乐死表示过同意。在自发性的安乐死中,安乐死的意愿表达可能有两种:一是事先表达,如“预留医疗指示”等;另一种是患者病危当时为之,这必须以患者意识清楚,能做出决定为前提。在这种自发性的安乐死中,依其实施方式,可区分为“作为”和“不作为”两种。“作为”又称“主动的安乐死”,是以积极或主动式的介入死亡结果;“不作

为”又称“被动的安乐死”,是指以消极或被动性的不作为使病患因疾病产生死亡结果^[2]。这一类型的安乐死因其与现代意愿上的医德有契合的可能性,因而也正是本文所探讨的安乐死。

1.2.2 非本意的安乐死 是指当事人虽身罹恶疾,但有意识能力,也未为安乐死的表示,仍盼继续生存的,第三人在违反其意愿的情况下,或未征询患者之情况下,径自结束其生命之情形。这种违反意愿的安乐死在历史上有名的例子就是希特勒所实施的“安乐死计划”。这种安乐死不论在法律上还是道德上都是不能容许的,与故意杀人无本质区别。

1.2.3 非自发性安乐死 是指当事人不能表明意愿,也不能推定意愿,而由其家属或医师代为决定对其实施安乐死的情形。比如婴儿、脑死患者、昏迷不醒患者、精神患者、智力严重低下者等,这些人不能表达自己的要求、愿望或同意,自然也无法留下生存意愿遗嘱或医疗指示。这一类型的安乐死有违病患自主性原则,如若施行,则是对生命权的侵害,因此,不在本文的讨论范围之内。

2 传统医德及其与安乐死的伦理冲突

2.1 传统医德 医德观念在中国传统医学产生之初便受到足够的重视。首先,传统医德的主要原则便是“仁爱生命”^[3]。这一原则的内涵主要包括忠恕待患、精进医术、重义轻利、尊重同道等。这些内涵表现了传统医德对生命的关爱、仁爱。怀着对患者的真诚关爱之情,即带着古代医者所谓的“笃于情”来行医施治是古代医家一致的医德观及职业要求,历代医家的医德观念和行医实践都可印证这一点。其次,“医乃仁术”是传统医德的人性论基础,代表的是古代医者对医事达成的普遍共识,也是最根本的认识^[4]。由于中国古代医家以“仁心”来定义人和人性,并将医事理解为仁心实践的方式,医事与人和人性之间就形成了关联。古代大师名家都不乏“仁爱”之说。“仁者爱人”;“泛爱众而亲仁”;“人命至重,贵有千金,一方济之,德逾于此”等。可见圣人认为医事的主旨是救人、爱人,医学是救人、爱人的技术。古代医家把医德视为内在“仁心”的道德要求,很好地保证了医事活动中的道德自觉性和可靠性。同时,传统医德在内容上,不仅仅是职业道德原则和规范,古代医家把“悬壶济世”、“医者仁心”等作为职业理想的追求,因此,医术不仅仅成为谋生的手段,更成为至高境界的理想追求。最后,传统医德所遵循的形而上依据则是:“医者,赞天地之生者也。”古代医家从天道中不断自省、自修,逐渐完善自身的素质和修养,渐渐形成人道的医德。而天道之于医德的影响则在于使传统医德的立境更加高远、取材更加广泛,与自然万物、社会大众生生不息,创生万物之仁,使得具体的医事有了更加高远的追求、恢弘的气象。可见,在传统的中国社会中,确实存在医事的职业化,

但古代医家深受传统思想的影响,其身份虽是医家,但其观念却没有局限于医家,不是仅仅遵从所谓的职业道德,而是立足于“人性”的基础,以“仁心”驾驭“仁术”,以平等博爱之情对待患者,使医术不仅仅成为救人的技术,更是尊重生命、善待生命的途径。因而古代医家“救死扶伤”的思想深深植根于其医疗事业之中^[5]。

在古代的西方,医生们也是以“拯救生命”作为最崇高且惟一的理想。被称为医学之父的古希腊医学家希波克拉底的著名的医学伦理学文献《誓言》经过后世的修改,作为国际的医务道德规范。希波克拉底的誓言指出:“医生乃是仁慈的、权威的、以患者之最大福利为己任的专家,其核心内容就是要医生尽自己最大的努力去追求患者的最大利益。”

2.2 传统医德对推动安乐死进程的阻碍 从上文可以得知,中西传统医学都将医者的“仁心”放在首位,强调医生应“一心赴救”^[6]。因此,“救死扶伤”不论对于医生本身还是其他广泛的社会大众来说,都是医生不可动摇的职责。

有史以来,医师誓约中清楚地表明:“无论任何人提出要求,我绝不使用毒药于其身,也不做这种建议。”美国医学协会司法委员会重复此一声明:“一人故意结束另一人的生命,即所谓慈悲杀人,是与医师所代表的仁术背道而驰的且与美国医学协会的政策相反。”自古以来,医师理解自己的职责,在于为患者的最大利益而维持生命,公众也相信医师只会尽力救助而不会有意伤害人,所谓“医者父母心”。如若推行安乐死并使之合法化,医生作为医治者、安慰者和患者的保护者这一传统的形象与地位将会受到质疑,并失去所应有的信任和尊重^[7]。“无痛致死”、“仁慈杀人”将会成为医生的代名词。这与传统的“救死扶伤”相反,因此,不能为广大医务工作者和民众所接受。其次,医生虽然有了更多的选择,但也意味着责任的加重。纵然安乐死有严格的条件限制,但无疑却是对医生几千年来“救人”这一传统思想的挑战,不仅使医生感到恐慌,也因为医生有了更大的自由裁量权而使其无所适从,不断面临着信念、人生观、价值观的拷问^[8]。医生会成为“人道的专业者”还是“无人道的技术员”,这对每一个医生来说都将是在一念之间的一个抉择问题。再者,也有人认为如果无法救治的疾病就以安乐死为保护伞而不去救治,这不仅无益于医学的发展,也会使患者和医生以一种消极的态度来对待人生。“精进医术”作为医生医德的根本原则之一,不论在哪一个时代都是同样重要。安乐死的发展可能会成为医生怠惰的借口^[9-10],因而很多医学界工作者极力反对推行安乐死。

3 安乐死对现代医德的伦理价值启示

临终确实是不愉快的经历。虽然许多人因为陷入昏迷或神志不清,得以“既无意识,也无感觉”地离开人世;虽然有些人在疾病末期仍有知觉,也能幸运地安详辞世;虽然每年总有数以千计的人突然倒下死亡,没有经历片刻痛苦;虽然突发的意外伤害和死亡,有时可能不会让人感到恐惧、痛楚——但若仔细分析这些状况就会承认,仍然有大部分的人无法安然辞世,即使是那些去世时看起来很安详的人,在去世前的几天或几周,在他们还有意识时,也常饱受身心之苦,死亡对这些人来说变得极为难熬。

安乐死的目的在于避免病痛和其他不愉快的生理体验。不让一个赤裸裸的、毫无智慧、意识丧失没有感觉和激情的“生物存在体”选择死去,只以“医生的职责是最大限度的维持生命、延续生命”来反对安乐死,毋宁说是一张既失人性,又不仁慈的“生命保护伞”^[11-12],因为没有一个人正常的人愿意栖息于

一具没有真正生命的躯体。平静尊严地死去,不再苟延残喘才是一种最完美的结果。

随着现代人们对“生命价值”这一问题的深入思考,越来越多的人意识到不能以人的生物性存在作为生命神圣的惟一标准,还应注意生命中的其他要素,例如人性尊严、生命质量。从这方面来看,传统的医德也面临着伦理价值取向的拷问。作者认为,医生的职业道德毫无疑问理应是“救死扶伤”,然而是否置患者本人意愿和其困苦艰难的现实不顾而强行救治一个已无法挽救的生命才符合所谓的现代人道,才不违背现代医生的职业道德?其实不然。传统医德注重的是义务,而现代医德则更应注重价值,注重患者的尊严和权利。现代医德也融进了社会价值的成分。例如中国所施行的计划生育政策,虽然有人抨击说这是一项侵犯人权的政策,然而不论是从中国社会现状还是人们的价值共识来看,这都是最符合中国国情的政策,因而此项政策才能得以延续。而用价值尺度去衡量医生对患者实行安乐死时也正是如此,没人能够盲目地否认这种方法,因为这一方法能否得以存续是要通过众多社会价值尺度标准去检验的^[13-15]。

随着社会价值的变化,在看待安乐死问题时也应当意识到现代医德的转变。以违背医生职业道德为理由来阻碍安乐死的推进已经不能引起广泛共鸣了。现代医德更应该在传统医德“救死扶伤”的价值基础上更加强调“患者的权利”和“生命的价值”,而不是盲目地追求毫无质量的生命的延续。

4 结 论

既然安乐死已经成为一种社会需要,也经历了激烈的论争和实践的碰撞,就应该正视这个问题而不应一味地回避。安乐死的出现的确与医生传统的“救死扶伤”的职业道德有所冲突。但当深入思考探索后会发现机械地把传统医德的价值标准应用到与社会价值、医学伦理、法学哲学等多元化领域相关的现代问题时,这一标准已经不得不引起人们的反思了。

作者认为,强调现代医德的转变并非是要摒弃医生传统“救死扶伤”、“最大限度维持患者生命利益”等义务,而是在综合“患者权利”、“生命价值”等多种因素的基础上更加深入严谨地看待生命、看待死亡。医学既是一种救人的艺术,延长寿命的工具,也是一种死亡的艺术,解除痛苦的良药。医生的职责既应该是救人于危难、解除病痛,也应该是给予患者最大限度的权利、保持患者最大限度的尊严。

随着死亡观念的飞跃,人类出现了一种全新的思维模式,不再完全是“喜生恶死”、“谈死色变”。如果治疗结果终究还是无法复原时,让患者泰然接受死亡回归尘土,是人生的理想,也是死亡的境界。苟延残喘反倒破坏生为一个“人”的美好形象,“意识既失,什么都不能追求,废物一个,生命还有价值吗?”

正如英国哲学家弗兰西斯·培根在他的《新大西洋》一文中所说的:“医师的职责是不但要治愈患者,还要减轻他的痛苦和悲伤。如此不但有利于他的健康的恢复,而且也可能当他需要时,使他安逸地死去。”这也正是现代医德中值得不断探寻和思考的问题。

参考文献:

- [1] 李惠. 安乐死类型之辩[J]. 上海政法学院学报, 2011, 26(2): 30-37.
- [2] 任丑. 滑坡论证: 质疑安乐死立法的伦理论证[J]. 思想战线, 2011, 37(3): 55-59.

- [3] 李丛,陈嘉. 中西传统医德观的对比分析[J]. 中国医学伦理学,2008,21(2):73-74.
- [4] 陈明华. 论中国传统医学伦理思想的现代价值[J]. 中国医学伦理学,2007,20(5):68-70.
- [5] 王炜,裴传永. 从独尊医术到兼重德艺——传统良医论的历史演进[J]. 中国医学伦理学,2010,23(6):140-142.
- [6] 潘新丽. 传统医德思想探析[J]. 南昌大学学报,2011,42(4):23-27.
- [7] 曹刚. 安乐死是何种权利? ——关于安乐死的法伦理学解读[J]. 伦理学研究,2005(1):84-87.
- [8] 程雨. 安乐死的法律思考——关于安乐死在中国的立法建议[J]. 新财经,2011(5):330.
- [9] 张颖,李义庭. 安乐死的历史、现状与发展趋势[J]. 中国医学伦理学,2008,21(4):130-132.
- [10] 李志红. 安乐死的法理与伦理学探讨[J]. 医学与社会,2009,22(12):54-55.
- [11] 宋峰全. 我国安乐死与临终关怀现状的伦理审视[J]. 医学与社会,2009,22(10):38-39.
- [12] 康兰波. 安乐死与人生价值的哲学反思[J]. 青海社会科学,2006(5):60-64.
- [13] 黄丁全. 医疗法律与生命伦理[M]. 北京:法律出版社,2007.
- [14] 常爱华,张瑞军. 安乐死的复杂性及其对策探讨[J]. 中国医学伦理学,2010,23(1):47-50.
- [15] 刘日明. 法律实证主义与法哲学的安乐死[J]. 同济大学学报,2007,18(5):79-84.

(收稿日期:2012-08-15 修回日期:2012-10-24)

· 卫生管理 ·

临床路径设计的关键环节与执行障碍因素研究

杨惠英,刘丽敏[△],于秋滨,张丽娟

(哈尔滨医科大学附属第二医院,哈尔滨 150086)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.07.047

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)07-0829-02

随着现代医学诊疗技术的高速发展,各国的医疗水平也不断提高。然而,基于卫生资源的有限性,仅依附于高科技诊疗手段的医学发展模式不足以为居民提供高质量卫生服务。临床路径以缩短平均住院日、合理支付医疗费用为特征,按病种设计最佳的医疗和护理方案,根据病情合理安排住院时间和费用,实现对临床治疗关键环节进行质量监管的目标。临床路径是提高医疗服务质量、规范诊疗行为、控制医疗成本最为有效的途径之一^[1-2]。无疑,在中国现行的医疗体制背景下,衍生出的诸如医疗费用过高、医疗质量下降、医疗安全状况令人担忧及医患关系紧张等问题均表明,中国急需临床路径这一科学的医疗质量管理方法来改变卫生事业发展的窘迫现状^[3]。

1 临床路径发展的递嬗历程

关键路径分析法的产生可追溯到 20 世纪 50 年代,最初被应用于工业领域。在 20 世纪 80 年代,美国的内科医生开始使用路径分析法,尝试找出衡量卫生服务提供效果的标准。发展至 20 世纪 90 年代,临床路径法逐步发展成为控制医疗费用的主要手段。较之西方发达国家,临床路径的发展在中国起步较晚,2009 年卫生部研究制定了涉及 22 个专业,共计 112 个病种的临床路径方案,至此,由 86 家试点医院在全国范围内开展临床路径管理工作^[4]。

2 临床路径的关键环节设计

2.1 选取临床路径的实践领域 通过构造选择矩阵,来选取需要实施临床路径的领域。选择矩阵中的变量应包括:需要支付高额医疗费用的临床诊断、包含大量高科技医疗仪器检查的临床诊断、高死亡率的疾病、住院时间长的疾病、诊疗结果差异性大的疾病。基于以上矩阵变量,本文拟选用 2 型糖尿病这一病情复杂的慢性疾病,来探讨其临床路径设计的关键环节。

2.2 组建设计临床路径的专家团队 设计临床路径的专家应

来自各个学科,一般情况下,团队应包含内科医生、护士、营养师、药剂师、复健师、心理咨询师、社工以及病历管理者(临床路径实施的协调者)^[5]。结合中国大部分医院实际的行政组织结构,建议设计临床路径的专家团队应包含内分泌科主任、医院质量控制部负责人、医务部负责人、2 型糖尿病业务骨干、护士长及专门的临床路径管理人员。

2.3 定义明确的临床诊断标准 为每种疾病的诊断提供详细的临床选择标准,即制订明确、共享的疾病分期诊断标准。探究诊疗流程中,各步骤、各阶段之间的关系;制订相关策略与方法,协调并缩短在各诊疗步骤的时间。2 型糖尿病的诊断标准主要依据患者的血糖及血红蛋白水平。因此,应由专家团队制订不同治疗阶段上述 2 项诊断指标的标准。例如,当患者 HbA1c<8%和(或)FPG<200 mg/dL,CPG<250 mg/dL 时,该患者处于饮食干预合并小剂量口服降糖药物的治疗阶段^[6]。

2.4 按患者类型定义不同的临床路径 在临床选择标准的基础上,制订临床路径时还应考虑非临床选择标准,例如,患者的社会经济因素、住房状况及患者的年龄等^[7]。

2.5 临床路径的文献研究 基于循证医学的理论,应通过大量的文献研究与实践经验的借鉴,进行临床路径的设计,并确保临床路径的实践操作有可利用的卫生资源。大部分文献多集中于对单纯性的疾病进行临床路径设计的研究,对于 2 型糖尿病这一慢性疾病,病情的复杂性导致了变异因素过多,关于临床路径的可行性及操作性一直是关注的核心问题。因此,在设计 2 型糖尿病的临床路径时,应重点考虑其变异系统的建立与管理。

2.6 设计临床路径 首先,设定适当的目标以满足患者多方位的卫生服务需求。其次,将之前文献研究的成果与实际相结合,设计出适合本地区的临床路径。并根据疾病的种类不同,为诊疗过程中各领域的专家提供相应的临床路径设计方案。