



## 美国医学会伦理学杂志®

2021年1月，第23卷，第1期：E6-11

### 案例与评论：同行评审文章

临床医生参与“大屠杀”如何体现保护公共安全的当代职责？

Matthew K. Wynia（医学博士、公共卫生硕士）

#### 摘要

本案例与评论探讨了卫生专业人员在为个别患者争取权益、保护其社区以及正确解决他们之间的冲突等方面所肩负的职责。医生为了加强社会安全而进行错误尝试，故意伤害个别患者，此行为的危险性已在“大屠杀”中得到了充分阐释。然而，如果认为公共卫生的重要性永远比不过个人偏好甚至个人需求，那就过于简单化了。本文中的评论阐述了一些标准，这些标准或许能证明医生为保护公众而采取有悖于其个别患者利益的行动这一行为的合理性。

#### 案例

P先生是一位76岁的独居鳏夫，靠当卡车司机养活自己。由于患有糖尿病和高血压，他需要这份工作的收入。而由于这两种疾病都需要药物控制，因此，尽管药物越来越昂贵，他仍然必须定期服用。

几周前，他发生了意外事故，将卡车撞到了墙上。目击者叫来一辆救护车。救护车到达时，P先生已经醒了，他告诉紧急医疗救护技术员自己并未失去知觉，不过不确定自己在哪里，也不知道是怎么到那里的。当他到达急诊室时，他再次表示他不记得事故是如何发生的，还询问自己在哪里。P先生被送到综合内科，进行进一步诊断。

医生要求进行实验室检查和影像检查，以排除低血糖或中风的可能性，检查结果均为阴性。在接下来的几个小时里，P先生的短期记忆有所改善并逐渐恢复正常，但仍然不记得事故是如何发生的。诊断结果为短暂性全面性遗忘症；几天后，他获准出院，并被告知不要开车，至少在内科医生D医生对他进行随访之前。在出院后与D医生进行会诊的过程中，P先生表示他感觉良好，并请求允许他重新驾驶卡车。

P先生所在州的法规关于医生对受伤司机进行报告一事规定如下：“司机应自行报告可能导致意识丧失、癫痫发作等问题的身体状况。”

如果患者患有有可能影响其安全驾驶机动车辆能力的疾病，我们强烈建议医生进行报告。”该法规会保护“善意”进行此类报告的医生。

D 医生向 P 先生解释说，尽管他质疑报告的效力，并且通常不愿意这么做，但觉得有必要向该州的机动车辆管理局报告本次事故，该机构可能会审查 P 先生的案件，并确定 P 先生能否继续驾驶卡车。P 先生认为可能无法养活自己，并为此苦恼，故恳求 D 医生不要报告。

### 评论

该案例表明，必须考虑卫生专业人员作为**州级行为主体**的职责是否（以及何时）比保护其个别患者利益的职责更重要。平衡这些职责并不容易，却往往过于草率，特别是在将医生参与“大屠杀”的历史作为考虑因素之时。

如果我们假设短暂性全面性遗忘症 (TGA) 的诊断结果是准确的，那么该案例相对而言就会比较简单。D 医生在法律上没有义务向机动车辆管理局报告 P 先生的情况，但是如果他选择“善意”地报告，则可受法律保护，免于承担责任。由于绝大多数 TGA 发作过的患者从未再出现过 TGA 症状，也不曾受到长期损伤，<sup>1,2,3,4</sup> 因此几乎没有理由认为，P 先生对其他路上行人构成的威胁要大于其他普通人构成的威胁。实际上，作为一名患有高血压和糖尿病的 76 岁老人，他在未来 10 年内患上心血管疾病的风险要高于 50%，<sup>5</sup> 这意味着相较于 TGA 复发，他在驾驶过程中心脏病发作或中风的风险要高得多。<sup>6</sup> 此外，D 医生还指出，即使法律上强制要求他报告可能是非安全驾驶员的患者，此类报告要求可能也无法有效减少机动车辆事故。<sup>7</sup> 相反，鼓励患者自我报告并自愿不开车上路似乎是一个更切合实际的方法。<sup>8</sup> 因此，以下做法似乎较为合理：D 医生同意不报告 P 先生的情况，而是鼓励他照顾好自己，注意高血压和糖尿病，或许可以开始服用适度剂量的他汀类药物。<sup>5</sup>

但是，该案例也促使我们思考，如果可以，卫生专业人员为了保护更大的群体而伤害个别患者的行为何时才算合乎道德。医生在权衡个别患者伤害和社会群体利益时做出严重误判，“大屠杀”并不是唯一事例。例如，美国医生直接参与了关塔那摩湾虐囚事件，掩盖阿富汗审讯期间谋杀囚犯的行为，<sup>9</sup> 以及在新墨西哥州的一家诊所对一名男子进行了非自愿的结肠镜检查，因为警方错误地怀疑他携带毒品。<sup>10</sup> 这些医生极有可能像纳粹医生一样，认为其行为在伦理上站得住脚，这也许是因为他们认为自己必须服从执法机关或军官的要求，或者是因为他们认为，伤害患者可能在某种程度上可以帮助更大的群体。然而，以上两个原因都是错误的，错误原因并不在于医疗保健伦理要求医生永远不能违背个别患者的利益。

### 医生的社会职责

对于专门关注个别患者应尽义务的伦理立场，人们可能会称之为医疗保健伦理的“律师版”，<sup>11</sup> 因为律师在伦理上有义务为每个客户尽其所能，而且通常不允许向与客户有冲突的其他人提供服务。<sup>12</sup> 此类规定适用于律师，有以下两个原因。第一个原因是，无论是与另一方还是与某个州有冲突，都有另外一位律师为对方辩护。第二个原因是，有一位保持中立的法官，有时还有一个陪审团，负责做出公正的裁决。而在医疗保健专业领域，既没有对方律师，也没有法官，而且医疗保健专业人员和患者都不喜欢这两者的存在。因此，为了确保在（会对某一群体造成影响的）卫生决策中体现社会利益，医疗保健伦理必须包括临床医生为个别患者和社会服务的职责，尽管这种

双重承诺要求临床医生<sup>11</sup>在上述情况下平衡这两项职责。更重要的是，当临床医生弄错平衡关系时，可能会对社会造成伤害，这是从“大屠杀”中吸取的教训。

### 平衡职责

正如专业伦理规范、判例法和政府指南所述，临床医生必须力求为所有人提供优质护理，明智地使用共享临床资源，并且当某位患者构成重大危险时，要帮助维护群体安全。<sup>13,14,15</sup>值得注意的是，遵循州当局告知临床医生要做的事并不在此职责之列。此外，我此前曾称，临床医生的意愿和能力可以带来显著的社会效益——例如，回忆一下护士 Alex Wubbles 的事件，<sup>16</sup>——他勇于对抗一个州级行为主体，而这个州级行为主体要求临床医生做一些违背其职业核心伦理价值观的事。<sup>17</sup>

但是，即使具有与州当局对抗的意愿或能力，也并不总能帮助临床医生在对个别患者应负的职责和对社会应负的职责之间找到平衡。<sup>11</sup>应该采用哪些标准作为指导，以此决定临床医生在何时应对谁承担哪些职责呢？在哪些情况下，违背个别患者的利益以保护整个社会在道德上是可接受的，我们在这方面还需要加强指导。此类指导只适用于一些少数特定情况，例如，在报告传染病<sup>18</sup>时或限制个人自由（以实施必要的隔离）时失信于患者。<sup>19</sup>总的来说，有更强有力的论据支持，在五种情况下，卫生专业人员可以为了保护某一群体而采取行动，且此类行动可能会伤害个别患者，而这五种情况也构成了采取此类行动的标准。

### 相关标准

*迫在眉睫的危险。*当危险迫在眉睫时，紧急干预（包括可能伤害个别患者的干预措施）更容易被证明是合理的。如果有可能在遥远的未来对社会造成伤害，那么便来得及先尝试其他干预措施，并且必须提供更多或更有力的理由来证明，临床医生采取的可能会伤害个别患者的行动是合理的。对于 D 医生来说，公共危险并非迫在眉睫，因为 P 先生近期 TGA 复发的风险很低。

*公共伤害的确定性和严重性。*如果确定会对某个群体造成严重伤害，则有更有力的论据支持临床医生采取可能会伤害个别患者的行动。对于 D 医生来说，如果 P 先生再发生其他事故，则其造成伤害的严重性可能会较高，但出现这种情况的几率很低。

*会对患者造成最低程度的潜在伤害。*如果与临床医生未采取行动而造成的潜在公共伤害相比，仅会对个别患者造成最低程度的伤害，这也将是支持临床医生采取行动的有力论据。在 D 医生的案例中，报告 P 先生的身体状况将对 P 先生造成重大伤害。

*可识别性。*如果能够识别一个可能会受到伤害的人员、地点或群体，那么与不清楚可能会受到伤害的人员（如有）相比，将有更有力的论据支持采取行动。对于 D 医生来说，没有任何可识别的人员或地点会因 P 先生继续驾驶卡车而处于危险中。

*伤害预防的可能性。*如果更确定某项行动可以预防伤害，则有更有力的论据支持采取可能会伤害个别患者的行动。D 医生的患者对社会造成的危险很小，因此并不能确定报告干预可以降低对社会造成的伤害。

以上每项标准均可更详细地说明，并且在（除上述情况外的）其他情况下，其他考虑因素可能也很重要，但就临床医生平衡其对个别患者的职责和其对社会的职责而言，

以上标准可以提供一般性指导。以上标准还有助于解释一些方面，例如，医生何时应该隔离有症状的患者或已知携带有（对公众构成重大风险的）传染病病毒的无症状患者。<sup>19</sup>

## 结论

卫生专业人员的主要义务是为其个别患者争取权益，但也有义务采取行动保护公众。平衡这些职责不仅无论如何都要遵循法律或服从权威人物，或是宣称临床医生必须始终将个别患者放在首位，也是为了确保每当卫生专业人员核心价值观面临挑战时，都要根据公开阐述的标准考虑并仔细研究这些挑战。正如“大屠杀”警示我们的那样，盲目服从国家权威并不是卫生专业人员的价值观。

## References

1. Jan K, Chuin S. A case of recurrent transient global amnesia: don't forget the hippocampal punctuate diffusion restriction. *Oxf Med Case Reports*. 2018;2018(6):omy025.
2. Marazzi C, Scoditti U, Ticinesi A, et al. Transient global amnesia. *Acta Biomed*. 2014;85(3):229-235.
3. Jäger T, Bätzner H, Kliegel M, Szabo K, Hennerici MG. The transience and nature of cognitive impairments in transient global amnesia: a meta-analysis. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2009;31(1):8-19.
4. Uttner I, Weber S, Freund W, Schmitz B, Ramspott M, Huber R. Transient global amnesia—full recovery without persistent cognitive impairment. *Eur Neurol*. 2007;58(3):146-151.
5. Cvriskcalculator. Heart Risk Calculator. Accessed February 23, 2020. <http://www.cvriskcalculator.com/calculated?age=76&gender=1&race=0&total-cholesterol=150&hdl=50&sbp=140&dbp=80&treated=1&diabetes=1&smoker=0>
6. Hodges JR, Warlow CP. Syndromes of transient amnesia: towards a classification. A study of 153 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1990;53(10):834-843.
7. Agimi Y, Albert SM, Youk AO, Documet PI, Steiner CA. Mandatory reporting of at-risk drivers: the older driver example. *Gerontologist*. 2018;58(3):578-587.
8. Elgar NJ, Esterman AJ, Antic NA, Smith BJ. Self-reporting by unsafe drivers is, with education, more effective than mandatory reporting by doctors. *J Clin Sleep Med*. 2016;12(3):293-299.
9. Miles SH. *The Torture Doctors: Human Rights Crimes and the Road to Justice*. Georgetown University Press; 2020.
10. Hassan C, Bothelo G. \$1.6 million settlement for man forced by cops to have enemas, colonoscopy. *CNN*. January 16, 2014. Accessed May 7, 2020. <https://www.cnn.com/2014/01/16/justice/new-mexico-search-settlement/index.html>
11. Wynia MK. The short history and tenuous future of medical professionalism: the erosion of medicine's social contract. *Perspect Biol Med*. 2008;51(4):565-578.
12. American Bar Association. Rule 1.7: Conflict of interest: current clients. *Model Rules of Professional Conduct*. Accessed June 16, 2020. [https://www.americanbar.org/groups/professional\\_responsibility/publications/model\\_rules\\_of\\_professional\\_conduct/rule\\_1\\_7\\_conflict\\_of\\_interest\\_current\\_clients/](https://www.americanbar.org/groups/professional_responsibility/publications/model_rules_of_professional_conduct/rule_1_7_conflict_of_interest_current_clients/)
13. Scheper A. AMA Code of Medical Ethics' opinions related to organizational influence in health care. *AMA J Ethics*. 2020;22(3):E217-220.
14. *Tarasoff v Regents of University of California*, 13 Cal 3d 177 (1974).

15. National Highway Transportation Safety Administration, US Department of Transportation. *Physician's Guide to Assessing and Counseling Older Drivers*. Chapter 7: Legal and ethical responsibilities of the physician. Accessed June 16, 2020. <https://one.nhtsa.gov/people/injury/olddrive/olderdriversbook/pages/Chapter7.html#Anchor-6%20DiMa-55739>
16. Utah nurse gets \$500,000 in blood arrest row. *BBC News*. November 1, 2017. Accessed August 28, 2020. <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-41827040>
17. Wynia MK. Civic obligations in medicine: does “professional” civil disobedience tear, or repair, the basic fabric of society? *Virtual Mentor*. 2004;6(1):30-32.
18. American Medical Association. Opinion 3.2.1 Confidentiality. *Code of Medical Ethics*. Accessed May 7, 2020. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/confidentiality>
19. Wynia MK. Ethics and public health emergencies: restrictions on liberty. *Am J Bioeth*. 2007;7(2):1-5.

**Matthew K. Wynia**（医学博士、公共卫生硕士）在位于奥罗拉市的科罗拉多大学医学院担任医学和公共卫生教授，兼任安舒茨医学校区科罗拉多大学生物伦理与人文中心主任。

#### 编者注

本评论所对应的案例由社论文章提供。

#### 引用

《美国医学会伦理学杂志》。2021;23(1):E6-11.

#### DOI

10.1001/amajethics.2021.6.

#### 利益冲突披露

作者没有要披露的利益冲突信息。

本案例中的人物和事件均为虚构。如与真实事件或生者或死者名字雷同，纯属巧合。本文所述观点仅为作者个人观点，并不一定代表AMA的观点和政策。

版权所有 2021 美国医学会。保留所有权利。  
ISSN 2376-6980