

择医与择病—明清医病间的权力、责任与信任

涂丰恩

[摘要] 本文旨在讨论明清医疗过程的进行，及医病关系中牵涉的权力与伦理。本文指出，明清社会的病人不是无知、被动而等待被解救的角色，而可能活跃地主导了医疗过程。本文首先探索病家求医的策略，依次讨论病人的择医、请医与换医。当医疗市场缺乏管制与规范时，病家要如何找到适合的医者？我强调病家在择医与请医时，人际网路的重要性。他们时常相互荐医，或是透过第三者延请医者。医案中的病人更常「换医」，结果要不是医者来去匆匆，就是同一时间医疗场所内存在数名医者。不过医疗现场的众声喧哗还不只于此，除了众多医者外，病人的家属在医疗过程中往往也各有主张。最后，我要把眼光引向医病间的多方角力，还有，众声喧哗之后，暴露出来的责任问题。由此进而反思前近代社会中的信任关系。

[关键词] 医病关系、医疗市场、权力、信任、责任

前言

明代徽州医者汪机（1463—1539）的女婿王琇，和许多徽州人一样，客居在扬州。他曾三度患上胁痛，三度都仰赖自家名医丈人而得治。初发之时，镇江一名钱姓医者曾投以「龙荟丸」，不过只能稍稍减缓其痛。汪机得知后，「冒雪自芜湖徒行至彼」，用橘皮枳朮丸加黄连，这才让王琇脱离苦海。五年后，王琇旧疾复发，汪机又是「冲寒陆路至彼」，并且亲自照料，数夜不寐。第三次病发时，王琇正在徽州为汪机祝寿。这一次汪机总算无需长途跋涉。但他回首这三次治疗经验，感觉「其劳甚矣」，又带着抱怨的口吻说道：「情须丈婿，恩同父子，不知彼以父亲我乎，以人视我乎？」¹汪机并未明言他与女婿之间究竟有何情事，让他发出如此喟叹。但我们看到的是，身为医者的汪机，为了病人而屡屡远赴异地。这是常态，抑或是为了自家亲戚而格外的付出呢？

对明清的医者而言，长程移动并不成太大的问题。只要经费足够，明清的交通网路已经足以让因各种理由外出的游人顺利到达目的地。远离家乡经营事业的行商自不待言，就是女性也可以离开闺阁，开始她们混合着朝圣与娱乐的行旅。²医者当然也是如此，我们从医案中就看到屡屡医者来往各地，游走在城市与乡村之间：汪机虽未移居外地，足迹也出现在徽州各处；³乾隆年间的医者方肇权，因为接获病家亲戚的邀请，而「越二十里，至病者家」；⁴在他行医各地的经验中，亦遇过医者，「每日晨往乡间疗病，午后熏熏然而归」。⁵

更值得注意的是医者移动之频繁。明末医者吴楚有次治疗病人的伤寒病，他在开完药方后本要离去，但病人心中不安，期盼他能暂留一晚，静待病情的发展。吴楚自称「余实不得

¹（明）汪机，《石山医案》（收入《新安医籍丛刊·医案医话卷》）（合肥：安徽科学技术出版社，1993），第2册），卷上，页22。

² 关于明清交通的综论，见韩大成，《明代城市研究》（北京：中国人民大学出版社，1991），页237-271；另见刘铮云，〈城乡的过客——档案中所见的清代商贩〉，收入李孝悌编，《中国的城市生活》（台北：联经出版公司，2005），页417-450，特别是「行走天涯」一节，页426-441。Dorothy Ko, *Teachers of the Inner Chambers: Women and Culture in Seventeenth-century China* (Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1994), pp. 219-227。

³ 《石山医案》，卷中，页48。

⁴（清）方肇权，《方氏脉症正宗》（收入《新安医籍丛刊·综合类》）（合肥：安徽科学技术出版社，1995），第一册），卷四，页180。

⁵ 《方氏脉症正宗》，卷三，页160。

暇，又念人命关系，不能恣然，不得已勉留一宿。」⁶从文字上看来，医者真是来去匆匆，竟连留宿一晚都如此勉强，不得闲暇。

吴楚的故事或许是个特例，但相较于现代医者好整以暇地坐在诊疗室中，等待病人上门，明清医者如此的不安于室，提示我们注意医疗空间的转换。在现代医院与诊所诞生前，明清的医疗空间显得十分多元：有些名医坐镇家中便有病家慕名而来；有些名医一早起来，门外便早已站满求诊的病人；⁷不过，医疗的进行也可能是在病人的家中，或是第三地，如吴楚就碰过病人留宿在地方的「长生庵」中。⁸如果现代医疗机构带来了医生权威的上升，及医学对病人的身体规训。那么本文要问的是，在这些制式的医疗空间出现以前，病人与医者的关系呈现了何种样貌？

择医与请医

明清地方充斥着各形各色的医者，明代的顾起元（1565—1628）在《客座赘语》中，曾描述南京的医界描述：「南都正嘉间，医多名家，乃各技各专一门，无相夺者。如杨守吉之为伤寒科；李氏、姚氏之为产科；周氏之为妇人医；曾氏之为杂证医；白骡李氏、刁氏、范氏之为疡医；孟氏之为小儿医；樊氏之为接骨医；钟氏之为口齿医；袁氏之为眼医，自明其家。」⁹万历年间的汪道昆（1525—1593），也描述当时的徽州是「众医棋布，各用所长」，他更明白地纪录着：「小儿医丁氏、妇人医黄氏以按方，里人汪济川以着论，路万以辩给，吴玄以纵横，汪椿用纤，巴深用罔。」¹⁰

但对病家来说，在这众多医者中，究竟如何选择适当的医疗方式？明代徽州的一份「卖药招医帖」，透露了一些线索，该帖写道：

△处△△先生，医宗扁鹊，卜揲灵龟。上药、中药、下药，虽尝备于囊中；五色、五气、五声，不易攄其怀抱。予以险症访知先生，先生乃代按其阴阳，卜其凶吉，不特膏肓应药，而且决断如神。近以训蒙，潜居里内。倘有染病求医，用方点药，或减或加，既从其便；价轻价重，亦得其宜。凡我近村，不必往诸△△处之遥，只需问以△△书屋矣。谨白。¹¹

本帖由病人的口吻写成，以亲身见证的方式，推荐某位医者。它收录在一本名为《应酬便览》的书籍中，是一种简单的套式，提供需要摹写之人参考之用，因此缺乏明确的指称。但它既然可以代换为不同时刻不同场景，因此具有相当代表性，反映出一般常民的心态和相对普遍的状况。

值得注意的是文中对医家的推崇，固然提及医术高明，但这位「医宗扁鹊」对用药的态度却很有弹性。他虽然决断如神，但也能听从病家之便而加减用药。还有，病家请医时的经济考量也清楚地展现在文中。因此本帖不忘提及该医者价钱公道，更打出方便联络的优点来招揽顾客。由于缺乏进一步的材料，我们并不清楚这种卖药招医帖如何被使用。但清代医者

⁶ 吴楚，《医验录二集》（收入《新安医籍丛刊·医案医话卷》，第2册），卷一，页38。

⁷ （明）汪道昆，《太函集》（合肥：黄山书社，2004），卷三十一，〈世医吴洋吴桥传〉，页663-664。

⁸ 见《医验录二集》，卷二，页121。

⁹ （明）顾起元，《客座赘语》（北京：中华书局，1987），页227。

¹⁰ 《太函集》，卷三十一，〈世医吴洋吴桥传〉，页661。

¹¹ 王振忠，《徽州社会文化史探微——新发现的16-20世纪民间档案文书研究》（上海：上海社会科学出版社，2002），页228。

赵学敏（1719—1805）曾说，走方医有所谓「贱、验、便」三字诀，¹²对照这份请医帖，似乎确实有几分能投病家之所好。

「卖药招医帖」是明白的广告形式，「医案」则可能是医者未曾言明的宣传。吴楚的病人就是看了他的医案《医验录初集》后，而辗转找上门来。¹³

除此之外，病家之间还时常互荐杰出的医者。¹⁴如一本《增补书简活套》，就收录这一类的书信往来的格套。其中荐医者写道：

闻宅中某某抱恙，延医调治未见痊，可今某处有一医生，世业岐黄，满园哉杏，按脉立方，屡试屡效，忝叨至爱，愿为缘引，可请与否，伏惟裁夺。¹⁵

病家则回信：

舍下某某卧病已久，服药寡效，正踌躇间，忽称翰及，特荐某某，必能挽回，登之再造也。随着家僮持帖恭请，倘幸得全，则戴兄台之德于无既矣，先函申覆，容俟全可，晤谢不宣。¹⁶

从荐医互动中，隐约浮现出病家间的人际网路。透过人际网路，病家得以寻找值得信赖的医者，医家则逐渐拓展在地方上的名气。如孙一奎的医案中，就写到有位名为马迪庵的士人，正为了心腹胀痛之疾而寻医，据说就是「时有张太学怀赤者，迪老甥也，见予起张思轩夫人疾，喻亟请予。」¹⁷可见寻医的因缘是透过层层亲友关系而建立的。

口耳相传的讯息，也是病家在挑选医者时的重要参考。孙一奎记载了一个有趣的案例，病人是一位上了年纪的老太太。当时她的病情严重，已经吩咐家人准备办理后事。她对丈夫说：「病若此，汝曷不延名医一决生死乎？」丈夫回答她：「所延皆名士。」她却不放弃，意有所指地问道：「昔常闻程方塘参军，患疯三年而起者谁？」丈夫回答是孙一奎；她进一步问：「吴西源孺人病燥，揭痰喘三年，与程道吾内眷劳瘵晕厥，谁为起之？」答案同样是孙一奎。她于是说：「何不请孙君决我生死？」家人果然听从她的意见，找来了孙一奎。老太太对孙一奎的事迹瞭若指掌，但她显然只闻其名而未见其人。当孙一奎上门来时，病人还有些半信半疑，「私至三家访予状，皆曰魁然长髯者也」，这才相信眼前男子确实是传说中的名医。¹⁸

病家之间的人际网络，也让他们可以顺利延请到原本不熟识的医者。对于缺乏经济能力的病人，透过人际网路延请名医是常见的办法。有回孙一奎寄居在朋友家中，其门下一位竹匠为了妻子之病，就透过孙一奎的仆人孙安求诊，而孙安也因为心有怜悯，转而恳求孙一奎治之。¹⁹

吴楚笔下一名仆人的求医经过，与上述案例相仿，但过程更加曲折。当时吴楚同样寄居在朋友家中，碰上一人央求吴楚诊治。吴楚看过脉象，判断已无生机，只能向病家辞谢告退。

¹² （清）赵学敏，《串雅》（北京：人民卫生出版社，2007），页18。

¹³ 《医验录二集》，卷二，页105。

¹⁴ 蒋竹山，〈晚明祁彪佳家族的日常生活史：以医病关系为例的探讨〉，收入《都市文化研究》第二辑（上海：三联书店，2006），页187-188。

¹⁵ 汪文芳，《增补书柬活套》（据扫叶山房石印本覆刻，收入《中国语学资料丛刊·尺牍篇》（东京：不二出版，1986），第3卷），页7-8。

¹⁶ 《增补书柬活套》，页8。

¹⁷ （明）孙一奎，《孙文垣医案》（收入《孙一奎医学全书》[北京：中国中医药出版社，1999]），卷一，页742。

¹⁸ 《孙文垣医案》，卷三，页797。

¹⁹ 《孙文垣医案》，卷一，页746。

病人的父亲闻言后，哀恸不已。隔天他恳请家中主人为他写一封信向吴楚求情。吴楚接到信后，有些无奈地回复：「昨看盛使之恙，非忍心不救，以寒症日久，本难挽回；而又历数医，服半月药，未曾错撞着一味对症药，所谓药伤更难医也。且系贫贱之子，谅无力服参，益难措手，是以不便粘手耳。」虽然吴楚认为救治甚难，他却给病家提供一丝希望：「今承台翰淳淳，既不敢方命，而其父情词哀切，又复堪怜。嘱其今日且勿服药，俟附中杂投之药稍空。今夜若有命不死，明日至宅看会，再为诊视，尚可救，则极力救之可也。」隔日一早，病人的父亲便到吴楚家门前，「长跪待开门，叩首不计其数」。吴楚当然也就欣然出诊。²⁰这两个案例，一个是透过孙一奎的仆人，一个是经由吴楚的友人，虽有所差异，但都是病人透人际网路请医的例证。

有些病家要请医时，态度十分强硬。医者程文囿的医案有个例子。那是在嘉庆辛未年（1811）春天，当时程文囿因时常感到晕眩，待在家中修养。正巧友人张汝功来访，却不是前来慰问，而是告知有位洪梅翁因为病况不佳，希望程文囿前去一诊。人在病中的程文囿，此时想辞之以疾，但他说「汝兄强之」，结果程文囿也只能由他人搀扶而出诊。²¹程文囿用「强」字来描述病家的延医之举，生动地透露着病家的霸道和医者的无奈。

不过在多数医案中，病家延请医者时，仍是十分礼遇。他们或「迎」或「邀」，有时为了让异地的医者能即时诊治，甚至抬轿来请。有次孙一奎人在苕城，病人还让他「乘快舡兼程而进。」²²有时情况不那么紧急，病家也会与医者预约时间。像是吴楚的族叔就对他说明早出苏州，内人久嗽，恐成痼怯，来日烦为诊视。」²³次日吴楚也如约视之。

若是较具礼数的请医，病家还会执帖而来。在另一本书信套式的类书《翰墨全书》中，就有这类请医帖的样貌，如：「某以不谨致疾，非先生国手不可治，专人固请，幸即惠然，以慰倒悬之望，毋曰姑徐徐云尔。」²⁴此外，地方文书还可看到针对种痘医者的请医帖，如：

立关书经手人△△，恭请△△△先生驾临敝舍，布种天花。惟祈窠窠聚顶，粒粒成珠，孩童幼女，遇此吉祥，各社孩童，托赖赐福，始终如一，万象回春。每男劳金若干、女多少叙明，挨闾共膳，仰望轮流看视。今将男女名目并劳金开载。²⁵

在清初文人詹元相的日记中，记载延请种痘医者的过程，跟这份文书内容相互呼应：詹元相等延请医者同样以全村为单位，迎来一位种痘医者。医者来了以后，也一如请医帖中所言，轮流到各家用膳，当然亦轮流处理各家孩童的种痘事宜。延请种痘医者之所以需要集体而行，大概是由于价格昂贵，而必须由众人分摊。至于行走于各地的种痘先生而言，能一次招揽全村的客户，也能符合经济利益。²⁶

这份请医帖中另一个值得注意的问题是，医者与病人之间仿佛建立起某种契约关系。在明末以降的商业氛围下，契约关系是否渗透到各个领域，甚至包括医疗，是个有意思的问题。医疗契约的重要性，很可能不在于其中的经济交换——病家需要给予报偿应是自古皆然——

²⁰ 《医验录二集》，卷一，页 40-42。

²¹ （清）程文囿，《杏轩医案》（收入伊广谦，李占永主编，《明清十八家名医医案》（北京：中国中医药出版社，1996）），页 647。

²² 《孙文垣医案》，卷一，页 739。

²³ （清）吴楚，《医验录初集》（收入《新安医籍丛刊·医案医话卷》，第 2 册），卷上，页 24。

²⁴ （明）王宇编，《新镌时通用通式翰墨全书》（据明天启六年刊本覆刻，收入《中国语学资料丛刊·尺牍篇》，第 1 卷），页 16。

²⁵ 王振忠，《徽州社会文化史探微》，页 264。

²⁶ （清）詹元相，《畏斋日记》（收入中国社会科学院历史研究所清史研究室编，《清史资料》（北京：中华书局，1983），第 4 辑），页 227-229。邱仲麟认为明清时期种痘的价格并不便宜，下层民众有时难以负担。见邱仲麟，〈明清的人痘法——地域流布、知识传播与疫苗生产〉，《中央研究院历史语言研究所集刊》77.3（2006），页 491。

但医疗契约将双方互动关系表面化，从原本的心照不宣变成有字可据。²⁷但这个现象是否成立，又有多普遍，还有待更多的材料验证。

除此之外，另一个问题是，种痘本身是比较形式化的医疗行为，纵然过程容或发生种种意外，但大体上有一定流程，种痘医者的责任也相对清楚。但一般的医疗却非如此，医者需要更多个人判断与临机应变，尤其在传统「医者意也」的思想下，医疗过程成为医者各显神通的时刻。但另一方面，对病家而言，这也意味着医疗过程的不确定性。医者与病家对于医疗进程并没有一致的共识，医者或显得信心满满，病家却感觉前途茫茫。在这种背景下，对病家而言，择医是要冒着风险的。吴楚在他的书中曾提到，有些医者会向病家提出「包医」之说，即由一位医生专责治疗，「力言包好，否则甘罚」，然后再跟病家谈好价，并先交付一半。²⁸如此一来，不管医疗结果如何，至少已经获得一定报酬。这种托付式的关系，与一般不稳定的医病关系形成了强烈对比。

脆弱的信任

任何人如果阅读明清时代的「医案」，印象最为深刻的恐怕不是「包医」，而是其中频繁的「换医」。病家时常找来二、三名医师共诊，富有人家更可以找来十余名医者，孙一奎就曾利用「医者星罗」来形容眼前的医疗情境。²⁹此外，他也碰过病人「递医递患，递针而递插药，计其患者凡八遍，计其医之更者，如张、如鲁、如冯，凡八人，有陈外科者，则总其中而受谢最多。」³⁰像这样一个医者换过一个医者，同样不稀罕，甚至有人「病数年，百医不效。」³¹这当然可能只是修辞，不能当真。但对经济资本雄厚的家庭而言，医疗资源显然不虞匮乏。有时就连贫穷人家也会多方求医，吴楚笔下一名仆人就接连看过两位医者，又更换一位「名医」，最后才找上吴楚。³²

对医案的作者来讲，病人经历的医者数目越多，越能显示该病之难治，当然也就能突显自己过人之处。这可以解释为何他们总在医案中，大费周章地描述换医过程。虽然如此，医者对换医之举还是多所抱怨，而在他们笔下，病人往往也因此受害。吴楚就纪录了一个病案，病人原给吴楚诊治，并服下吴楚所开的药方，内中含有人参等药。后来恰逢邻居找来专门女科，病人的母亲非常高兴地迎来该女科，但女科看了吴楚开的药方后，却说：「此病或还可救，吃了人参再救不得了。」其母听到之后，痛哭流涕，追悔不已，只好又回头求助吴楚。病人的父亲知道此事，不客气地斥责：「尔不信吴相公之言，杂投致死，看亦何用？」倒是在一旁的吴楚虽然「窃怪其信用不专」，还是好心为病人一诊。³³

有时医者并不排斥这种多方会诊的情境。程文囿就曾经和疡科好友潘日章共同商议病方。吴楚面对特别难治之病，也曾经专程写信给同样从医的朋友，邀他前来协助。³⁴《翰墨全书》中亦有邀人问病的套式，邀请人写道：「疾病相扶持，亲睦休风也。今某抱恙，久欲亲问而未暇，特约偕行，不是肯怀孟敬子之心否？」收信人回应：「某人受恙，驰切悬悬，

²⁷ 参考Pierre Bourdieu着，谭立德译，《实践理性：关于行为理论》（北京：三联书店，2007），页158-161。

²⁸ 《医验录二集》，〈医医十病〉，页21；实际的例子，见同书，卷二，页111,118-120。

²⁹ 《孙文垣医案》，卷二，页759。

³⁰ 《孙文垣医案》，卷一，页736。

³¹ 《孙文垣医案》，卷五，页836。

³² 《医验录二集》，卷一，页41。

³³ 《医验录初集》，卷上，页57。

³⁴ 《医验录初集》，卷下，页76。

久欲问之而未遂，蒙邀同往执事，笑谈宽辟而拔去病根，或有赖焉，岂敢后也。」³⁵医家程茂先（1581—?）更呼吁病家若遇上重病，「必多请高明之士，自有奇见」，又要医者「遇疑难掣肘之症，当自虚心，幸勿包揽，如斯方不误济人利物之心，而亦不致误伤生命矣！」³⁶

不过医者的相互合作，大概多数发生在医者熟识的情境下。程茂先的呼吁，也只是针对「包医」而来，他对病家换医之举，恐怕还是没有好感。因为在换医或是会诊的过程中，医者有许多机会评断对方治法。有时病家在请医之时，会拿着其他医者的诊断，提供给被邀请的医者参考。³⁷多方会医的局面，因此造成医者的对立与竞争。尤其当医者的诊断与治法时而南辕北辙，医疗场面遂变成众医者的唇枪舌战。有次吴楚就抱怨：「每投药之际，辄如此辩论一番，几欲呕出心肝，和药与服，其如一傅众咻，愈见效，愈生疑。」³⁸

医者为了捍卫自己在医疗过程的地位，有时争得面红耳赤，各种不客气的话语也纷纷出笼。有位「名医」看到吴楚的方子，竟「持方掷地，厉声曰：此浮游之火，如何服得人参，黄芪？如何服得白朮、当归？服下还要发狂了。」³⁹明代医者孙一奎（ca. 1522—1619）在江南行医时也曾碰到类似的场面。当时他正评论一位王姓医者的谬误，该名医者的学生听了以后，不无警告意味地对孙一奎说，幸好他的老师不在场，否则「渠发剂而有议者，辄面唾之。」身经百战的孙一奎也只有笑而回答：「渠是而议者非，则当唾人；渠非而议是者，是自唾且不暇，何暇唾人。」⁴⁰

寓居江南的郑重光（1638—1711?），所遇到情形稍有不同。那时他尝试治疗一位染了时疫的女病人，连续一周，每天报到，但「诊视者五人，药剂乱投，余不能肩任」。到了第九天，被晾在一旁的郑重光终于等不下去了，他向病人家属宣告：「病危矣！不知连日所服何药，已传少阴，将至亡阳，若不急救，明日即不可治。」但即使他如此大力疾呼，病家对他仍未投以完全的信任。倒是在场其他八位医者，见到郑重光开出来的药方，竟同声「皆曰不可取」。直到当天夜里，病人病情转重，病家才勉强服下半剂。⁴¹故事中郑重光没有被人「持方掷地」或是吐口水，他是为了捍卫自己地位而高声疾呼的医者。按说郑重光在扬州已是小有名气的医者，但他的意见仍如此不受重视，既反映医疗市场竞争之激烈，也反映出医者在医疗过程中缺乏了主导权。

所有换医历程中最有意义的例子，当属吴楚在康熙二十年（1681）间的病案。那年冬天，吴楚的母亲因为家务辛苦，身体不适，又因为隐忍不言，病情转剧，最后竟成痘症，浑身面目发黄。身为医者的吴楚，自是要亲手为母亲救治。不料连续几日，几番服药，母亲的病情却是时好时坏，不见起色。对此，一旁的妻子不禁对吴楚发出质疑：

内人彷徨曰：病愈数日，又复增重，必然不轻，当接高明先生商酌，不可单靠自家主意。

予曰：无益。接名医至，彼只认病之外貌，不能认病之真神。见如此洪大之脉，必谓一块时热。见如此发黄，必谓有湿。直以芩、连、栀子、茵陈、灯芯之类投之，非徒无益，又害之矣。

内人又云：也接来一看，免人议论，如此重病，竟不接人医治。

予曰：吾求实效耳，岂务虚名乎？父母之前，并欲务名，则狗彘不如矣。刘伶所谓

³⁵ 《新饒时用通式翰墨全书》，页5。

³⁶ （明）程从周，《程茂先医案》（收入《新安医籍丛刊·医案医话卷》，第2册），卷二，页34。

³⁷ 《孙文垣医案》，卷三，页793。

³⁸ 《医验录初集》，卷下，页103。

³⁹ 《医验录初集》，卷上，页27。

⁴⁰ 《孙文垣医案》，卷一，页740。

⁴¹ （清）郑重光，《素圃医案》（收入《新安医籍丛刊·医案医话卷》，第2册），卷一，14-15。

妇人之言不可听也。⁴²

因此，吴楚还是选择独力救治，没有延请其他医者。后来，吴楚的母亲果然在他的救治下完全康复。新年拜庆时，吴楚回首过去这段日子，心里十分快慰，尤其是「其中几番轻而复重，若非自己主意坚稳，亦必至不起。」⁴³显然对吴楚而言，母亲之所以可以痊愈，全有赖于自己在妻子的压力下也未曾动摇。但若抛开吴楚后见之明，重新省思整个医疗过程，也许吴楚的「不换医」反而映照出「换医」的合理性，或者，我们至少更能体会吴楚之妻的立场。当医者的诊治屡屡不见功效时，究竟如何能要求病人对医者投诸全然的信任？恐怕也只有像吴楚这般，医者与病家的立场完全一致，才可能忍受如此不确定的医疗进程吧。

换医虽然常见，也不是唯一的医病互动模式。病人服下药剂后，若能明显感受到改善，自然无须换医。因此，看似走方医的特长的「速效」，又暧昧地成为某些医者标榜的价值。吴楚就反对「治重病，先需用药探之」，在他心中，若能一眼看穿「病之真情」，自然能「一发中的」。⁴⁴另一方面，病家与医者间也会建立长期的关系，如程文囿和他的好友鲍觉生，两人自年轻时结识，到了晚年鲍觉生患病，即便人在远方，仍想求治于程文囿；⁴⁵而汪机也曾经为他的病人「调养十余载」，⁴⁶虽然始终未能彻底消除病根，但双方的关系仍是持久不辍。

从上述讨论中我们得知，当医疗场景转换到病人家中时，病人有更多的主导权。他们时常多方请医，无法立即见效时，便又不停换医，医者有时反而像是挥之即去的匆匆过客。这是一个众声喧哗的医疗空间，数名医者彼此对话、竞逐的场面，已是常态。下一节我们要看到，医病的互动还不只于此，病人的亲戚与家属乃至友邻，同样活跃于医疗过程中。他们或指指点点，或强力介入，为医病的互动增添更多复杂的变因。

对话与角力

在医案中，医者与病人的对话时而被保留下来，它可能作为一种戏剧性的手法，以便带出医者对疾病的诠释，并突显后者的高明与识见。如一名五十来岁的病人周凤亭，就对孙一奎的治法半信半疑。他看见孙的药方中有「枳实」和「黄连」等药，委婉地说：「先生之方善，但枳实、黄连恐体虚者不足以当之。」但孙一奎却对他说：「唯此二味，适可以去公之病根，舍是则不效。」周凤亭也只能姑且信之。据孙一奎的记载，周凤亭服下四剂后，无视病情好转，贸然停药，结果第七天又转成疟疾，这才开始追悔，回过头寻求孙一奎的协助。⁴⁷

但病家抵抗甚至是提出诘难的态度，亦是医者需要克服的障碍，程茂先在碰到类似情境时，就认为这有赖医者临机应变，毕竟「民可使由之，不可使知之。」只要能让病家服从，则稍有欺瞒，也无不妨。⁴⁸不过，病人的发声，显示他们无畏于表达自身意见。也显示明清的医疗并非医者单方面的责任，病人不仅活跃地参与其中，更具有相当的决定权。

⁴² 《医验录初集》，卷上，页 46-47。

⁴³ 《医验录初集》，卷上，页 47。

⁴⁴ 《医验录二集》，卷一，页 30。

⁴⁵ 《杏轩医案》，页 627, 670；（清）鲍桂星，《觉生自订年谱》（收入《清代徽人年谱合刊》，第二册），页 576-77。

⁴⁶ 《石山医案》，卷中，页 39。

⁴⁷ 《孙文垣医案》，卷二，页 770。

⁴⁸ 《程茂先医案》，卷二，页 29。

病人怀疑医者的药方，或甚至自行停药，有时出于自身的医疗知识。明清的医疗知识并没有制度性的垄断，在各种歧出的医学理论之下，病人往往也对自身病情有所见解。经济状况与知识水准的较高的家庭，有更多资源得以学习医疗知识，他们也习于和医家商议病情，甚或是激烈地提出质疑。程茂先的病人项执竟就是「有志轩岐之业」的通医之人。当程茂先判断他得了痢症而需要通利消滞之时，他却说：「腰痛日久，初又梦遗，虚之极矣！再不宜用行药。」程茂先只好委婉地回答：「兄言是也。但煎剂之外仍有法，治香连丸可以从缓奏功。」

49

清代徽州医家程文囿曾经感叹：「幸彼农家，不谙药性，与药即服。」⁵⁰可见他认为村夫村妇因为没有这类知识，反而让医者得以顺利治疗。程文囿的说法并非完全错误，有些不谙药性的病家，见到富有盛名的医家，确实也只能「唯唯听命」。⁵¹但下层民众的无知和顺从，也可能是出自医者想象或投射。吴楚就说：「每见少年病虚者，问名医可用参否？辄答云：如此年纪，便要服参，何时服得了？而村翁多奉为名言。」⁵²这段话看似证明无知病人的盲从，但从另一个角度看，这说明底层人民仍可借着口耳流传接触医学知识。

「是否用参」是医者与病家时常出现齟齬之所在。有病人因为害怕用参，而拒绝让他出痘的儿子服用程茂先的药方。⁵³吴楚也曾经力劝病人服用人参，可是对方不仅不信，还「质之名医，亦严戒其勿用。」⁵⁴在这些故事的最后，都是病人因为病情加重，而终于不得不信服医者的诊断。这是医案的另一个功能，即透过实际案例来传达医者的医疗理念。但我们也看到，很多医疗过程宛如一场多重奏，不同的声音先后出现其中。发言人可能是病人本身，或是周遭亲友，或者是上一节论及各式各样的医者。

《程茂先医案》中的第一个病案，就带我们从医病一对一的单纯关系，进入医者、病人与家属三方互动的情境。故事主角是一位六十三岁的老夫人，也是程茂先友人方叔年的母亲。她因为染上霍乱，上吐下泻，无法进食，甚至贴身服侍的奴婢都被她「毒气」所染。老夫人原以为已无希望，交代家人办理后事。程茂先得知后，先用攻下之法，让老夫人排出积秽之物，又用参、芪、黄连、槟榔等十余味药为其调养。老夫人病情虽然稍见好转，但仍感觉「胸膈不宽」，怀疑是药中的人参所害。因此，程茂先虽然逐次加重人参服用量，却刻意不让老夫人得知。此迎合之举，当然让被蒙在鼓里的老夫人更加肯定自己的想法，有回她特别叮嘱方叔年：「此数日来膈中方快，在勿服参。」与程茂先交好的方叔年，既然详知内情，当然也只是唯唯应命，另一方面仍和医者协议沿用旧方。经过三个月的调养，原本濒死的老夫人总算得以痊愈。能让病人从极危中复生，程茂先认为「叔年公居其半」。程茂先有此感触，自是因为病人对他的质疑。虽然故事中不见匆促换医，但若真的按照病人意见行事，恐怕程茂先的治法也难以遂行，他才因此特别感谢方叔年的配合。⁵⁵

这个故事显示了医者、病人与家属三方的微妙关系。病人虽有自己的意见，医者却与家属联合阵线，配合行动。身为女性的病家虽然有发言权，却缺乏主导权。这在妇女医案尤其常见，因为与医者交涉的往往是她们的丈夫或儿子。《杏轩医案》中，一名五十多岁的妇女患病，却是由其长子出面请医。⁵⁶这显然与小儿因缺乏表达能力，而需要由父母代言的情形不同，其中的性别与权力关系也就值得留意。孙一奎医案中有另一则案例，病妇年仅二十一

⁴⁹ 《程茂先医案》，卷二，页 28。

⁵⁰ 《杏轩医案》，页 636。

⁵¹ 《程茂先医案》，卷一，页 13。

⁵² 《医验录初集》，卷下，页 116。

⁵³ 《程茂先医案》，卷二，页 24。

⁵⁴ 《医验录初集》，卷上，页 25。

⁵⁵ 《程茂先医案》，卷一，页 7。

⁵⁶ 《素圃医案》，卷四，页 71。

岁，就由他的丈夫出面延请孙一奎。孙一奎把完脉后，病人的丈夫上前询问病情，两人遂讨论起来：

予曰：心神脾志皆不大不足，肺经有痰。

夫曰：不然，乃有身也。

予曰：左寸短弱如此，安得有孕？

夫曰：已七十日矣。

予俯思乃久，问渠曰：曾经孕育否？

夫曰：已经二次，今乃三也。

予曰：二产皆足月否？男耶女也？

夫曰：实不敢讳，始产仅九个月，手足面目完全，而水火不分，齑肉一片，产下亦无啼声，抱起已身冷矣。细检之，乃知其无水火也。次亦九个月，产下又无啼声，看时口中无舌，二胎之异，不知何故？闻先生能细心察人之病，特祈审之。

这段对话清楚展现明清医病互动的两个现象。一是病家有充分的权力与医者对话，甚至是推翻对方的诊断。其二是在女性病案中，发言者却往往是男性。一如在上述案例中，商讨病情的是病人的丈夫与男性医者孙一奎，真正患病的女性反倒沉默无语。当我们说明清的病人具有相当的发言权时，这样的沉默就格外值得留意。它显然不是一个普遍的现象，而是特定性别关系下的产物。

有时女性的沉默是有难言之隐。孙一奎碰过一个案例，就是由于妻子患了隐疾，而由丈夫代而向医者求诊。据孙一奎的描述，该名丈夫「三造门而三不言，忸怩而去」，其后再至，「未言而面先赭」。还是在孙一奎的谆谆善诱下，他才坦白自己妻子的下体长出异物，因此特来求诊。⁵⁷郑重光也遇过另一名患有隐疾的女病人，同样不肯露面，只让他隔着帘幕诊脉，而且「默不言病，似欲考医者。」郑重光还是向她的丈夫询问后，才肯定是被出入青楼的丈夫传染了梅毒。⁵⁸

不过，医案中还有另一类女性，既非沉默，但也未必直接与医者互动。她们是病人家中的女眷。医者时常将她们塑造为无知、迷信或容易惊慌失恐的角色，并视为医疗过程中的杂音。如程茂先笔下一位年约三十的妇女，起初月经不至，服下某医者的药剂后，反而血流不止。百日内找来扬州八位名医，均束手无策。终于让程茂先上场，细审之下，判定并非血崩，而是死胎。病人的儿媳见了程茂先的诊断，「私相谓曰：『尝闻间或漏胎者有之，每月漏胎者亦有之，未闻百余日而红，脉不断者，尚云是胎，无怪乎诸医之难查也。』」显然对程茂先的诊断啧啧称奇。但数日之后，病人因服下程茂先的药方，产下死胎，昏厥于净桶之上，这些家中的妇女竟是围绕着病人而束手无策地哭泣。最后还是病人公公出面，叱喝她们：「尔辈悲号，何益于事，速延程公或可复生。」⁵⁹

吴楚也遇过类似的情境，当时他受邀为一名产后妇女治病。此前她已经为这名妇女看过几次病，但病人停止服药后，病又复发。病家就近找来医家诊疗，该名医者看了吴楚的方子后，惊叹：「产后如何用得此种药，此命休矣。我不使用药，仍请原经手治之。」病家这才紧急把吴楚请回来。吴楚诊脉之后，判断病情并不严重，却发现「其家诸女流皆环立床后及两侧担心窃听，亦余诊后，亦必谓凶险不治矣。」即便吴楚已经宣告病人无恙，「其家尤不信，再四盘问」。⁶⁰

⁵⁷ 《孙文垣医案》，卷二，页 773-774。

⁵⁸ 《素圃医案》，卷四，页 85。

⁵⁹ 《程茂先医案》，卷一，页 10-11。

⁶⁰ 《医验录初集》，卷上，页 54-55。

无论在程茂先或吴楚的故事中，女性角色仿佛是为了衬托医者或家中其他男眷的冷静和镇定。就是在一般医书中，女性对医疗的效果也往往是负面的。如清代一本产科医书就教导人们：「忌闲人，凡临产，宜择老成稳婆，及谨慎妇女二人在旁扶持，屏去一切闲人。盖孕妇临盆，原羞见人，或有亲戚在旁，又不便感逐，未免焦躁，且人多则言语混淆，嘈嘈杂杂，令产妇心乱，或在门外窗下探望窥伺，唧唧啾啾，犹令产妇心疑，产家皆当忌也。」⁶¹该书的眉批更说：「嘈杂可厌，为害非轻，切宜屏忌。」⁶²仿佛女性总是吵吵闹闹，徒增医疗时的麻烦。但这些例子也描绘出一个充斥着女性的医疗空间，这些女性或环立窗边，或在门外窥伺，仿佛无所不在。换言之，虽然对外与医者交涉的人可能是男性，但真正担任医疗照顾者的却是女性。⁶³这种空间的成立，当然也与病人本身的性别有关。当病人为女性，尤其涉及生产等问题时，家中的妇女更有机会或是更理所当然地接近病人。

相对于妇女的医案，我们在男性病案中，似乎比较少看到女性的介入，过程也因此相对简单。这或许并非因为女性在医疗过程中的缺席，而是她们缺乏发声的空间、管道或机会。在这些病案中，更常提供意见的是病人的友朋或兄弟，而这些意见会成为医疗决策的临门一脚。如方叔年侄子生病时，他的兄长方鸿宇持着程茂先的方子而犹豫不决，方叔年便告诉他：「茂翁自有真见，听其裁酌可也。」⁶⁴方鸿宇果然也就接受了他的意见。换言之，在男性的病案中，虽然也有病人与医者的冲突或协商，但是病家本身的分歧却是相对少见的。

从这些例子，我们看到一个更复杂的医病关系：医者虽然可以绕过病人，与家属打交道，但家属内部也可能出现分歧的意见。医者、病人与家属彼此合纵连横，架构并推动着医疗的开展。医疗空间是一个多方势力在其中竞逐的场所，没有人在其中有绝对的决定权。而我们也注意到，这种不同意见的角力，时常巧妙地被医者转化为性别差异与冲突。无论如何，在明清的医疗情境中，医者很难全盘掌握医疗的进程，也缺乏了绝对的决定权。

伦理与责任

我们或许记得程文囿被病家「强」而看诊的故事。事实上，类似的遭遇还不只一次。另一回的经过是这样的：当时程文囿的旧识许礼门，因侄媳生病而找上程文囿。晤谈之际，程文囿提到最近看了两名女子，最后病皆不治。许礼门听了以后，有些担心地问道：「舍侄媳病候与此仿佛，奈何？」程文囿进一步追问病情，发现恐怕难以回天，遂向许礼门说：「适谈前张、鲍两女证，维时病人犹能行动，尚不可疗，况如是乎。」说完便要离去。此时许家一名仆人突然出现，希望程文囿能为他的妻子一诊。程文囿一问病症，竟是与前述三人同属「暑入心包」之症，程文囿因此说「可不必往」。奇特的是，许礼门却跳出来，坚持程文囿要前去一看。众人就这么来到了仆妇之家。程文囿纵有些无奈，几次推托，仍勉强地开了一帖清解暑热的药方。隔日，仆人来向程文囿回报，许礼门的侄媳已然病故，不过他的妻子已稍见好转。尔后程文囿继续为她调养，仆妇最后终得以痊愈。⁶⁵

这故事虽然经过程文囿的剪裁，剧情转折略显突兀，但仍能反映医者面临难治之病或不治之症时的反应。当他碰到「暑入心包」之候时，屡次推辞不肯治疗。对他来讲，既是死症，多看无益。其实程文囿不是唯一辞却病人的医者，汪机的病人也曾经碰到久治不效，最后医

⁶¹ (清)郑茂，《生生录》(康熙五十七年刊本，合肥：安徽省图书馆藏)，页14-15。

⁶² 《生生录》，页15。

⁶³ 李贞德研究汉唐之间的家庭照护，她指出健康照护符合女性的伦理角色，但对男性而言却是「孝悌异行」，见李贞德，《女人的中国医疗史——汉唐之间的健康照顾与性别》(台北：三民书局，2008)，页305-348。

⁶⁴ 《程茂先医案》，卷三，页39。

⁶⁵ 《杏轩医案》，页649。

皆离去的状况。不过程文囿的案例，代表了另一种型态：他还未尝试救治就已经拒绝病人。但程文囿并未因此被视为医德不佳，事实上，医案的作者们多少都有类似的举动。我们不妨以此为起点，进入另一个尚未妥善处理的主题，即医者的伦理和责任。

所谓「伦理」，可以指医者与病家双方如何定义「良医」。对于这个问题，直截的回答是考察历来文献对「良医」的定义。这种定义时而出现在医书中，尤其在明清两代大量出现。医者反复呼吁高尚的医德标准，说来不外乎三个方向：一是心存仁爱，二是精进医技，三是轻利重义。如明代医家龚廷贤的《万病回春》中，就有「医家十要」，他要医者：

一存仁心，乃是良箴，博施济众，惠泽斯深。
二通儒道，儒医世宝，道理贵明，群书当考。
三精脉理，宜分表里，指下既明，沈疴可起。
四识病原，生死敢言，医家至此，始至专门。
五知气运，以明岁序，补泻温凉，按时处治。
六明经络，认病不错，脏腑洞然，今之扁鹊。
七识药性，立方应病，不辨温凉，恐伤性命。
八会炮制，火候详细，太过不及，安危所系。
九莫嫉妒，因人好恶，天理昭然，速当悔悟。
十勿重利，当存仁义，贫富虽殊，药施无二。⁶⁶

这十条规范与明清许多医家的发言相仿，都从儒家的伦理论述中吸取了养分，如「存仁心、通儒道」等，此外则强调医术的精进，如「精脉理、识病原、知气运、明经络、是药性、会炮制」。这些准则有时是抽象的道德诉求，有时则是实际的行业规范，如「莫嫉妒、勿重利」，表面上看来是针对医家个人修养的建议，却反映出医者彼此竞争的状态。

细观医者提出的伦理准则，我们不难体会他们心中的良医想象。历来医学史对此问题的讨论其实不少，除了一些描述和颂扬中国传统医德的研究外，⁶⁷文树德（Paul Unschuld）对传统中国医学伦理的研究，也指出这些伦理讨论，反映儒医与其他医者间的资源争夺：前者不停想要垄断医学的主导权，进而在文字操作中塑造出属于儒医的正统。⁶⁸要讨论这个问题，我们可以探问医者如何区别彼此优劣，并在医疗市场中定位他我。⁶⁹

但此处我关心的是伦理的另一个面向，即医者的「责任」。这是一个传统医者很少直接讨论，却又不得不面对的问题。对此问题医者缺乏共识，众说纷纭，但我们仿佛可以在不同的意见中，隐约感觉到医者共享的某些心态。从程文囿的案例，我们要问的是：医者是否可以拒绝病人，或何以拒绝病人？病人的生死该由何人负起责任？是医家或病家？或者，究竟何谓「负责任」？

难治之症固然是医者展现自己过人医技的绝佳机会，却也要背负失败的高度风险。医者因此也要「择病而医」，而在面对病人求诊时「辞而不往」。⁷⁰现代读者看到这类记载，或许不免要生出疑窦。直观上我们认为医者存在目的是救人，至少是尽可能活人生命，如何还能

⁶⁶（明）龚廷贤，《万病回春》（收入《龚廷贤医学全书》（北京：中国中医药出版社，1999）），〈云林暇笔〉，页461。

⁶⁷ 姚敏杰等着，《中国古代医学伦理道德思想史》（西安：三秦出版社，2002）。

⁶⁸ Paul U. Unschuld, *Medical Ethics in Imperial China: A Study in Historical Anthropology* (Berkeley: University of California Press, 1979); also see Angela K. Leung, "Medical Ethics in China," in *Encyclopaedia of the History of Science, Technology, and Medicine in Non-Western Cultures*, ed. Helaine Selin (Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers, 1997), pp. 667-669.

⁶⁹ 涂丰恩，〈明清医疗市场中的徽州医者〉，《第八届科学史研讨会汇刊》（新竹：清华大学，2009），页214-225。

⁷⁰ 雷祥麟，〈负责任的医生与有信仰的病人：中西医论争与医病关系在民国时期的转变〉，收入李建民编，《生命与医疗》（北京：中国大百科全书出版社，2005），页466-469。

挑选病人，甚至「见死不救」呢？更令人讶异的是，有些辞谢离去的医者，但未受病家追究，反而获得厚谢。⁷¹何以如此？

病家抱持的宿命论或是解释之一。程茂先有次亲自为他有孕之妻调养，不料下错一帖药，几乎导致妻子小产，几番折腾才挽回情势。程茂先认为自己按照医理行事，却经历这般曲折，不禁感叹：「岂真天意有在焉？」⁷²许多病家在医者束手之际，也只能祈求神迹。换言之，既然是天意注定，那么人之死活就不是医者所能控制的。

不过宿命论只能解释一部份人的心态，很多人对此仍不以为然。清代小说《姑妄言》就嘲弄医者道：「病若好了，夸他的手段高明，索谢不休。医死了呢，说人的命数修短，潜身无语。真个是：招牌下冤魂滚滚，药箱内怒气腾腾。」⁷³可见医者未必能用宿命论来自圆其说。因此我们还可以思考另一个面向：在传统中国，活人生命固然是值得尊敬的善举，但「决人死生」也是医者追求的理想。在此我想用两位上古名医的传记，来说明这一点。

《史记》一书中，史家司马迁透过各种角度，描绘了扁鹊的过人医术。其中齐桓侯的故事，司马迁利用富有层次的手法，一步步描绘出扁鹊和病人之间的互动：

扁鹊过齐，齐桓侯客之。入朝见，曰：「君有疾在腠理，不治将深。」桓侯曰：「寡人无疾。」扁鹊出，桓侯谓左右曰：「医之好利也，欲以不疾者为功。」

后五日，扁鹊复见，曰：「君有疾在血脉，不治恐深。」桓侯曰：「寡人无疾。」扁鹊出，桓侯不悦。

后五日，扁鹊复见，曰：「君有疾在肠胃闲，不治将深。」桓侯不应。扁鹊出，桓侯不悦。

后五日，扁鹊复见，望见桓侯而退走。桓侯使人问其故。扁鹊曰：「疾之居腠理也，汤熨之所及也；在血脉，针石之所及也；其在肠胃，酒醪之所及也；其在骨髓，虽司命无奈之何。今在骨髓，臣是以无请也。」

后五日，桓侯体病，使人召扁鹊，扁鹊已逃去。桓侯遂死。⁷⁴

医学史家栗山茂久对这段文字有如下诠释：「无知与轻忽会助长疾病的恶化，轻微的小病也可能演变成沉重的疾病。这种说法将疾病与『沉重』的观念结合在一起，似乎疾病的恶化就是身体变的愈来愈沉重的过程。相较之下，扁鹊对于齐桓侯的诊断则表现出一种空间的层次感——将身体结构视为深浅的构造，而疾病则是毒素的逐渐侵入。疾病首先感染皮肤与毛孔，接着则持续向内部入侵——进入血脉、肌腱、肉、内脏，最后则进入骨髓。疾病还在毛孔附近时，可用膏药或针刺加以医治；疾病较深入时，则必须服药；等到疾病侵入骨髓时，就无药可医了。」⁷⁵

熟悉医案的读者，则不难从中察觉一种习见的叙事结构：一方是洞察先机却又无能为力的医者，另一方是执迷不悟却握有决定权的病家。我们在本文中已经看过无数类似的案例：并非医者无力治疗病人之疾，而是病人无知地拖延，才让病情难以回天。因此，病人死亡并非医者的责任，反而吊诡地衬托出医者的高明。

淳于意故事，把这一点表达的更加清楚。司马迁写道，当时汉文帝将淳于意诏至面前，要他交待自己擅长的治病之法、学术渊源、训练经历，以及「尝有所验，何县里人也？何病？」

⁷¹ 《程茂先医案》，卷一，页 16-17。

⁷² 《程茂先医案》，卷三，页 40-41。

⁷³ （清）曹去晶，《姑妄言》（北京：金城出版社，2000），页 58。

⁷⁴ （汉）司马迁，《史记》（北京：中华书局，1982），卷一百五，〈扁鹊仓公列传第四十五〉，页 2785-2794。

⁷⁵ 见栗山茂久，陈信宏译，《身体的语言——从中西文化看身体之谜》（台北：究竟出版社，2001），页 176。

医药已，其病之状皆何如？」⁷⁶身为臣子的淳于意，遂一一托出。不过，所谓的「尝有所验」，却未必是淳于意起死回生的纪录。事实上，在淳于意一口气说出的二十五的案例中，就有十个病人最后不治而死。但这同样不妨碍淳于意成为一位良医，因为病人之无法治疗，早已在淳于意的掌握之中。病人死亡，反倒是证成了淳于意的未卜先知。

透过这两则古典的案例，我们可以重新思考医者的伦理问题。病人死亡并不直接指向医者的无能，而有更复杂的意义。其一，如果医者早已诊断出病人的「死候」，那么病人死亡反而成为医者高明的例证。这样的想法出现在《史记》中，也出现在明清医者的病案中。孙一奎在宜兴时曾经断言病人不治，病人还认为「前诊者皆无为难色，公何云然？」结果七日后病人果然病逝。据说「邑中先生士民相传，谓余能决死生云。」⁷⁷此所以医案的作者们虽然倾向强调自己成功的故事，但仍会在医案中记下病人病故的案例。

其次，死亡的责任未必在医者手上，清代医家徐大椿(1693—1771)就认为：「人之死，误于医家者，十之三；误于病家者，十之三；误于旁人涉独医者，亦十之三。」⁷⁸只要看过了医疗现场的众声喧哗，我们很容易就理解徐大椿的说法。医者对病人死亡的结果究竟要付多少责任，其实有很大的模糊空间。

当医疗的最后决定权掌握在病家手中时，医者不再需要独自承担医疗结果。毕竟医者未必全程参与医疗，也可能没有全然的决策权。他可能只是中途加入的参与者，或仅提供参考意见。许多医者也都意识到这一点。程茂先面对病人的死亡时，就曾对病家说：「此前人之衍，非不佞之过。」而据他所言，在场众人亦「皆首肯余言，深恨相接之晚」。⁷⁹反倒是病家得为医疗过程负责，吴楚就曾经理直气壮地指责病家：「余尽力为尔家救命，而尔家犹复怠缓自误，此何说也？」⁸⁰

为此龚廷贤在「医家十要」外，还撰写了「病家十要」，告诫病人：

- 一择名医，于病有裨，不可不慎，生死相随。
- 二肯服药，诸病可却，有等愚人，自家耽搁。
- 三宜早治，始则容易，履霜不谨，坚冰即至。
- 四绝空房，自然无疾，倘若犯之，神医无术。
- 五戒恼怒，必须省悟，怒则火起，难以救获。
- 六息妄想，须当静养，念虑一除，精神自爽。
- 七节饮食，调理有则，过则伤神，太饱难克。
- 八慎起居，交际当祛，稍若劳役，元气愈虚。
- 九莫信邪，信之则差，异端诳诱，惑乱人家。
- 十勿惜费，惜之何谓，请问君家，命财孰贵。⁸¹

可见医疗不只是医者的责任，病家方面也有相对的义务。其中的第四、五、六、七、八，算是对于病家日常生活与个人修养的建议；但其他的第一、二、三、九、十，都触及病家在医疗中的举措，把这几条诫示放在明清的社会脉络下阅读，会是十分有趣的文化史材料，如「勿惜费」，似乎可作为明清时代经济态度的线索。

⁷⁶ 《史记》，卷一百五，〈扁鹊仓公列传第四十五〉，页 2795。

⁷⁷ 《孙文垣医案》，卷五，页 828。

⁷⁸ (明)徐灵胎，《医学源流论》(收入《徐灵胎医学全书》(北京：中国中医药出版社，1999))，卷下，页 157。

⁷⁹ 《程茂先医案》，卷一，页 14。

⁸⁰ 《医验录二集》，卷一，页 84。

⁸¹ 《万病回春》，〈云林暇笔〉，页 461。

医者纵然有许多说词可为自己开脱，但病家未必全然接受，有时仍不免还是将矛头指向医者。徐大椿在一篇〈名医不可为论〉中，把医者心态的矛盾和困境讲的最为透彻。他说病家对处理轻小之症时并不寻求名医，唯有在病势危笃、近医束手之际，才期盼名医一到能起死回生。但徐大椿认为这是病人对名医投以过高的期待，毕竟病情拖延至此，名医也要束手无策。他告诫同业：「若此病断然必死，则明示以不治之故，定之死期，飘然而去，犹可免责。」不然所有的责任都归于名医一人，毕竟「人情总以成败为是非，既含我之药而死，其咎不容诿矣。」⁸²相较于龚廷贤的道德推理，徐大椿的说法无疑更贴近现实，更像是长期行医经验的反映。

徐大椿绝非唯一意识到此问题的医者，在《保赤存真》一书中，徽州医者余含棻还建议医者「治病宜看病家用药」。他没有高蹈地要求医者对病家一视同仁，反而看到医者在不同情境下应有的应变，如：

贫乏之家，遇有病者，彼既绝少知交，名医又无力延致，得一医至，不啻菩萨降临，药王再世，立方用药，急觅煎服，并无疑心。此则宜切实实施治，不可作世故周旋也。

83

看来贫穷之家还较处理好，因为他们平时没有门路，⁸⁴也无力找到名医，只能乖乖听从医者之言。真正麻烦的是富贵之家，他接着说：

若富贵之家则不然，平时往来者，俱是有名之士，及其病也，必先延若辈治之，药之不愈病，然后出门求医朋友来问病，又择其有名者荐引，医愈多而病愈重，本家与旁人均束手无策，尔时有一真医士，应亦坚心信服矣，而世情不尔也。到此地步，只以为渠亦讲医，请试试看。……以致危之病，当至重之时，犹存一试试看之心，是非确知为真医也，亦为诸名家都看遍，无路可投，无门可告耳。心既不诚，信必不笃；信既不笃，药必多疑。此时倘不觉及，而以对症之方投之，不特可以杀人，而先可以招谤。⁸⁵

余含棻的发言，恰可作为上文讨论的一个注脚。他用简要而生动的文笔，叙述病家不停换医所带来的困扰，总结了医疗现场的竞争及其隐含的问题。余含棻与徐大椿都把医者的伦理实践，具体放在医患交往过程之中，敏锐地察觉到医者可能要负担的责任问题。简言之，不只病家要择医，医者也要懂得「择病」。

关于责任问题，还有一个重要环节不可忽略：法律。在明清两代的法律中，其实对庸医杀人也都有惩戒的条款，如《大明律》就明定：「凡庸医为人用药、针刺，误不如本方，因而致死者，责令别医辨验药饵、穴道。如无故害之情，以过失杀人论，不许行医。若故违本方，诈疗疾病而取财者，计赃准盗论；因而致死及因事故用药杀人者，斩。」⁸⁶《大清律》基本上也延续明律的口吻，对庸医杀人制定严厉的惩罚条款，并在过失杀人之下，增加「依律收赎，给付其家」等规定，似乎将医疗产生的纠纷转化为经济性的计算。⁸⁷

⁸² 《医学源流论》，卷下，页 156-157。

⁸³ （清）余含棻，《保赤存真》（清光绪二年刻本，上海：上海图书馆藏），页 11。

⁸⁴ 这呼应了前文对病家人际网路的研究。

⁸⁵ 《保赤存真》，页 11-12。

⁸⁶ （明）刘惟谦等，《大明律》（沈阳：辽瀋书社，1990），页 156。

⁸⁷ 《大清律》的〈庸医杀伤人〉一条全文如下：「凡庸医为人用药针刺，误不如本方，因而致死者，责令别医，辨验药饵穴道，如无故害之情，以过失杀人论。（依律收赎，给付其家）不许行医。若故违本方，（乃以）诈（心）疗（人）疾病，而（增轻作重称危以）取财者，计赃，准盗论。因而致死，及因事（私有所谋害）故，用（反证之）药杀人者，斩（监候）。」见（清）沈之奇，《大清律辑注》（北京：法律出版社，2000），卷十九，页 701。

但我们需要追问的是，这样严厉的法条在明清两代实践的情形如何？有多少庸医因为过失杀人，而被判定不许行医？又有多少庸医恶意杀人而被斩？答案恐怕是很少的。当各类文本（特别是文学作品）中不断出现庸医杀人的描述，留存的法律纪录却是不成比例。清代《比照案件》搜罗来自各省共六则庸医杀人的判例，其中五则是针对巫医，一则是误卖药材之例，都未必能算是庸医杀人。⁸⁸《姑妄言》中也有言：「《大明律》中，虽有庸医杀人的罪款一条，从来可曾见用过一次？」⁸⁹官方之所以少为介入医疗的争议中，一方面固然是对地方医疗事业控制的退缩，另一方面也是因为过失难以追究。对一般地方的行政官员而言，医疗所造成生命的伤害，显然不是他们关心的问题。

因此，我们只能零星看到一些医疗法律案件，如在明代徽州地方官所编写的《歙纪》中，有一段谳语写道：

审得郑荆源医吴质之孩不效，质欲改医，荆源不察其为不治之症，愿立约包谢。术不工则有之，以为用意则非也。无何，而药肆中忽负死人，亦当自耻矣。乃父子游颇自诩，何也？查原受过质药资数十金，以其半偿草木之费，其会票十五金，应源吐还，以销质丧明，并鼓盆之怨。仍儆源父子。⁹⁰

这则医疗纠纷案件得以成立的原因，正是因为医者提出要「立约包谢」。换言之，在此案例中责任的指向非常明确，这证实了医疗纠纷的罕见与责任归属的困难有密切的联系。更值得注意的是判官的心态。他既不是以庸医伤人的角度判决此案，也没有打算中止医者的行医事业，反倒是要求医家把所得之财归还病家，以平息争议。

邱仲麟在讨论明清人痘法时，也曾引用另一则内阁大库档中的医疗纠纷案件。他将案情摘要如下：「乾隆二十年（1755）二月十一日，湖南岳州府临湘县人赵开道之母，因见村中各家小孩多出痘花，乃请常在村里种痘的同府巴陵县人钟文宗为孙子才保种痘，先送三钱银子当开手礼，约定好了在谢一两银子。十六日，开道出佣回到家，又被酒款待文宗。十七日才保见了痘花，但十八日晚上却死了。开道哭了一阵，想到没钱买棺，于是向文宗讨那三钱银子。文宗不给，开道抢了棉被欲去典押。文宗见此，骂他『伤天害理，所以绝子绝孙』。开道听了大怒，拿起撑门的木棍打了起来，不慎打中文宗的心坎，致其倒地不起。这时，开道的妻子也拿镰刀赶来，在文宗的头上、脚上砍了三刀。当天晚上，痘医钟文宗就这样死了。」⁹¹注意这个纠纷中并未去追究医者是否失误，或何以失误。种痘费用的问题似乎才是纠纷的主因。

官方态度如此，病家也只能自寻出路。碰到类似案件时，他们未必寻求法律的协助，而宁可选择另外两种途径：一是徇私报仇，二是诉诸报应。汪道昆就写到一位名为吴汝拙的文人，因父亲被庸医所害，持匕首就要手刃庸医，还说「所不心父仇者，非夫也」，凶狠地让庸医赶忙逃窜藏匿。⁹²

若是不能亲手泄愤，病家也只能期待天理昭彰，杀人的庸医终将受到天谴。这想法显然不只存在病家心中，许多医者对庸医的口诛笔伐，也从报应角度出发，吴楚就说：「人有病，医亦有病。欲医人，先医医。人并不藉医，安能去病？医病不自医，安能医人？夫人病不医，

⁸⁸（清）佚名，《比照案例》（收入杨一凡、徐立志主编，《历代判例判牍》（北京：中国社会科学出版社，2005），第8册），页537-538。

⁸⁹《姑妄言》，页58。

⁹⁰（明）傅岩，《歙纪》（合肥：黄山书社，2006）；转引自韩秀桃，《明清徽州的民间纠纷及其解决》（合肥：安徽大学出版社，2004），页180。

⁹¹见邱仲麟，〈明清的人痘法〉，页492。原始文件见：内阁大库元藏明清档案原件（台北：中央研究院历史语言研究所藏），登录号054358，乾隆二十一年二月二十五日，户部尚书署理刑部尚书事务总管内务府大臣巴里衮题。

⁹²《太函集》，卷三十六，〈吴汝拙传〉，页788。

伤在性命；医病不医，伤在阴鹭。性命伤，仅一身之害也；阴鹭伤，乃子孙之害也。」⁹³另一位徽州医者徐春圃则告诫医者「庸横早亡，人皆目击」，他并举了一个实际的例子，说是「还有士人被误药而立毙，家人讼之法司拘而审律，不过札罪，随释而驰归，未逾年被贼肢解而死，岂非天道之报耶？」⁹⁴

综上所述，医者的责任在明清时代是一个暧昧的问题。不过，这不意味着明清的医者全都不负责任，吴楚就曾经对不信任他的病家说：「但依我用药，若死，我当偿命。」⁹⁵但他以偿命之语作为负责的象征，反而凸显这个时代缺乏明确论述与外在制度的规范。明清的医疗文化既未把负责任视为医者的义务，官方的法律也缺乏惩戒医者过失的机制，医者愿意肩起医疗责任，只能回归个人的选择。他可能是出于宗教性的原因，或是对于自身道德的要求。负责任一事，并未成为医者职业伦理的一环。

结语

诚如西方医学史的研究者指出，当代的医学面临了一大吊诡：现代医学在治疗上固然取得巨大成就，却又饱受质疑和攻击。⁹⁶这些批评一方面是对医学和科学知识本身的商榷，人们开始注意到所谓「不断进步」的背后可能隐藏的风险或后遗症。另一种批评是针对医病关系的变化：医者专业与权威不断高涨的另一面，是病人在面对疾病时的无力与无能；医生与病人的距离越来越远，而不愿与病人沟通病情，仅要求后者托付式的顺从。论者把当代医病的矛盾、混乱与紧张，指向近代医学的本质。社会学家N. D. Jewson认为，现代医生眼中所看到的，不再是整体的「病人」，而是裂解为特定器官的「疾病」，「病人」从科学化的医学宇宙观消失了。他并进一步指出，病人「在诊病关系中被分派到的是一个消极的且无批判力的角色，其主要任务就是去忍受并等候。」⁹⁷病人何以甘于接受消极而无批判力的角色？大概出自我们对现代医学的信任，而后者更是以权威性的姿态，把各种另类医疗排除在外。

由历史反省当代，或从当代回观历史，我们可以反思：现代医病关系的模式并非必然，而毋宁是在时间长河中偶然形成的结果。如果读者对本文中某些医病互动感到惊讶，那是因为其中许多现象，显然异于当代人的医疗经验。我们习于到诊所与医院就医，而非邀请医生至家中看诊；我们不会怀疑科学化的医学比巫医更为「正确」；我们倾向信赖医者的专业训练，包括他们对疾病的诊断，也包括他们对日常生活的判断（如饮食）。是什么让我们与前近代的病人有所不同？细思之下，我们身处的时代，巫医依旧在大小庙宇中替人治病；⁹⁸各种成份可疑的成药同样在市面上販售；而病人想要获得医学知识，书肆中亦不乏相关书籍。但我们终究是与明清的病人活在不同世界。

将明清与当代医学并置比较，前近代的医学倾向信任单一的「名医」或「明医」，抑或世医传承下的医者；⁹⁹现代医学的信任则是投诸于整体的医学制度，经过正统医学教育洗礼

⁹³ 《医验录二集》，〈自序〉，页9。

⁹⁴ （明）徐春圃，《古今医统大全》（据明嘉靖三十六年刊本，收入《新安医籍丛刊》[合肥：安徽科学技术出版社，1995]），上册，卷三，页233。

⁹⁵ 《医验录二集》，卷二，页99。

⁹⁶ Roy Porter, "Introduction," in *The Cambridge Illustrated History of Medicine* ed. Roy Porter (Cambridge: Cambridge University Press, 1996), p. 6.

⁹⁷ 朱申（N. D. Jewson），曾凡慈译，〈论医学宇宙观中病人的消失，1770-1870〉，吴嘉苓、傅大为、雷祥麟主编，《科技渴望社会》（台北：群学出版，2006），页174。

⁹⁸ 参见人类学家的研究，如张珣，《疾病与文化：台湾民间医疗人类学研究论集》（台北：稻乡出版社，1989）。

⁹⁹ Yuan-ling Chao, "The Ideal Physician in Late Imperial China: The Question of Sanshi (三世)," *East*

的医生，成为此一制度的具体化身。所以我们被教导去相信，甚至服从医生的指令。¹⁰⁰想象一个明清的病人来到当代，当他看到我们对医生与医学投注高度信任时，是否也要感到惊讶呢？

如果将视野放大，那么我们对明清医病的互动或许会出现不同的感受和评价。比如多方求医就并非中国的独特现象，在近代早期的西欧社会中，也可见得类似情形。英国医生 Thomas Percival(1740—1804)在《医学伦理》(*Medical Ethics*)一书中，还特别教导其他医生如何面对这种场面。Thomas Percival要求在场医生应该维持某种伦理位阶，避免反驳资深医生的意见，以保持后者的威望。¹⁰¹这是欧洲医者开始出现群体意识的一个例证，在中国的材料中因此不见类似论述，反倒在医案中看到不少医者唇枪舌战，互不相让的场面。这个现象甚至延续到民国初年，曾在上海执业的中医陈存仁(1908—1990)在回忆录中就写到：「一般老医生有时看我所开的药方，总是摇摇头，好像我们方子不对，甚至连正眼也不望一望。其实这是旧时上海病人的习惯，病重时常常请两三个医生各处一方，来对证一下，但是医生与医生之间，往往甲医说乙医不对，乙医说丙医不对，相互讥评，已成习惯。」¹⁰²

明清中国并没有一个制式、犹如现代诊所或医院般的医疗空间，医疗进行的场合很不固定。有些药店会找来坐堂医为病人看诊，有时病人到医者的家门前求诊，但更多时候医疗发生在病人的家中。有时医者到友朋家中拜访时，也会遇到有人前来求医。这些现象在十六到十八世纪的欧洲也是十分类似。此时西欧的医院组织仍比较接近慈善机构，尚未成为固定的医疗场所。西欧的医生，也就与中国的医者一样，需要到处巡回看诊。¹⁰³

而在此医疗空间中，无论在中国或西欧，医者要面对的都不是单一的病人。前面已经说到，多方求医的行为是中西皆然，因此无论是中国或西欧的医者，在医疗进行的过程中都可能面对不同诊断意见的挑战。除了病人会多方请医外，病人的家属也会参与其中。无论判断正确与否，他们总不吝说出自己的意见。研究西方妇产科史的学者，便指出在生产过程中，妇女的家人、邻居或是其他人都不仅是旁观者，还可能在旁下起指导棋，份量几乎要超过产妇本人。¹⁰⁴这样的医疗过程，因此成为医病间的多方角力，并开启了医者与病家间巧妙的合纵连横。

众声喧哗之后，浮现的问题是医者的责任。至于医者对于医疗的责任，在中国并未成为医者特别关注的问题，国家的律法也很少惩戒失误的医者。相形之下，在十七、十八世纪的英国，法律权威已经进入医病互动之中，一些医疗纠纷的法律案件也因此产生。¹⁰⁵但学者亦指出，此时整个医学伦理的标准，主要规范力量不在国家，而是教会。¹⁰⁶至于在中国，并无国家力量，也无教会组织，病家若非自认倒楣，就只能动用私刑，或是期待天理报应。传统医者并非全然不负责任，不过责任的确并未成为医者的职业规范，最多成为医者个人的道德修养或选择。

Asian Science, Technology, and Medicine 17(2000): 66-93.

¹⁰⁰ 张莹云，〈从不稳定的口碑到主要的求医场所：台湾西医读制度信任建构〉，《人文及社会科学研究汇刊》，8.1（1998）：161-183。

¹⁰¹ Dorothy Porter and Roy Porter, *Patient's Progress: Doctors and Doctoring in Eighteenth-century England* (Cambridge: Polity Press, 1989), pp. 79-81.

¹⁰² 陈存仁，《我的医务生活》（桂林：广西师范出版社，2007），页12。

¹⁰³ Dorothy Porter and Roy Porter, *Patient's Progress*, pp. 73.

¹⁰⁴ Yaarah Bar-On, "Neighbours and Gossip in Early Modern Gynaecology," in *Cultural Approaches to the History of Medicine*, pp. 36-55.

¹⁰⁵ Helen Dingwall, "'General Practice' in Seventeenth-Century Edinburgh: Evidence from the Burgh Court," *Social History of Medicine* 6(1993): 125-42; Catherine Crawford, "Patients' Rights and the Law of Contract in Eighteenth-Century England," *Social History of Medicine* 13.3(2000): 381-410.

¹⁰⁶ Andrew Wear, "Medical Ethics in Early Modern England," in *Doctors and Ethics: The Earlier Historical Setting of Professional Ethics*, ed. Andrew Wear, Johanna Geyer-Kordesch and Roger French (Amsterdam; Atlanta, GA: Rodopi, 1993), pp. 130.

睽诸当代讨论医病互动的研究，最富洞见的成果，应该是剖析医病之间的权力关系。¹⁰⁷自傅柯以降，人们对于知识与权力的关系有着更多体会：看似进步的科学与医学，也可能是规训身体的笼牢。沿着傅柯的思路，不少学者以开始批评医生在医疗过程中的过度权威，并尝试为病人找回应有的主动权。¹⁰⁸循此，我们或要以为前近代的医病互动中，病人对自己的身体与疾病更具有主导权，而医病间协商似的关系，亦仿佛更接近于当代医疗社会学研究者的理想。但对明清的医者或病人而言，这个时代也并非失落的乐园，他们同样有各自的问题需要面对。缺乏信任就是明清医病关系的一大症结。

缺乏责任的规范，可能是医病互动处处存在不信任感的原因。但也是在这样的背景下，人际网路的重要性于焉凸显。如荐医之举，就是将信任感投注于医病以外的第三者。当然，医者与病人之间并不一定完全缺乏信任。长时间的交往，是有可能赋予医病彼此的信任。但长时间的信任得来不易，而历史中的信任关系更是值得深入研究的问题。当代社会学家鲁曼（Niklas Luhmann）曾说：「信任像资本一样累积，而资本为更广泛的行动打开更多机会，但它必须被持续地使用与保护，它并且使使用者专心致志于呈现自我的值得信任，而要从中逃脱是非常困难的。」¹⁰⁹鲁曼的这段话，也许恰提醒我们对「信任」的历史课题，进行更加动态、深入的思考。这是本文尚未能完全解答的问题，也是未来值得研究的方向。而医病间的互动只是其中一端，同样的问题可能也存在诸如明清的商人，甚至宗教系统，人们何以信任他人？人与人的信任如何藉由互动而逐步累积建立？信任又在社会关系中扮演了什么角色？¹¹⁰由此，或许我们甚至想象或追问，进而谱写一段饶富意义的「信任的历史」。

Power, Duty and Trust: Physician-patient Relationship in Late Imperial China

TU Feng-en

(Research Center for Digital Humanities, National Taiwan University, Taiwan)

Abstract: Through analyzing the medical cases written by the Ming-Qing physicians, this article focuses on the power, duty and trust between patients and physicians in pre-modern China. In late imperial China, patients were active in the process of remedy. They could choose varieties of healers, including literati-physicians, charlatans and even shaman-doctors, and sometimes they also did self-healing. In the bedside, the sickness often consulted several different physicians simultaneously. The healing process thus was a tug of war in which different forces including the physicians, patients and the relatives of the patient disputed.

Keywords: Patient-physician Relationship, Medical Marketplace, Power, Duty, History of Trust

作者简介：涂丰恩（1984-），男，台湾大学数位典藏研究发展中心博士后研究员。

¹⁰⁷ 当代多数关于医病关系或医病互动的研究，还是以实证性的为主，未必具有强烈的批判意识。这类的研究回顾文章见L. M. L. Ong, J. C. J. M de Haes, A. M. Hoos, F. B. Lammes, "Doctor-patient Communication: A Review of the Literature," *Social Science and Medicine* 40.7 (April, 1995): 903-918; Stuart T. Hauser, "Physician-patient Relationship," in *Social Contexts of Health, Illness, and Patient Care*, ed. Elliot G. Mishler et al. (Cambridge: Cambridge University Press, 1981), pp. 104-140.

¹⁰⁸ 成令方，〈医「用」关系的知识与权力〉，《台湾社会学》3（2002）：11-71。

¹⁰⁹ Niklas Luhmann, *Trust and Power: Two Works* (New York: J. Wiley, 1979), p. 64.

¹¹⁰ 我要特别感谢雷祥麟与梁其姿教授这个具有启发性的提问。