

“脑死亡”立法的伦理学思辩

朱 珉, 陈 实, 陈 栋, 曹荣华, 龚 瑾

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 器官移植研究所, 湖北 武汉 430030)

中图分类号: R-052 文献标识码: A 文章编号: 1002-0772(2003)05-0039-03

目前, 欣闻一份符合中国国情的“脑死亡”诊断标准, 已经由卫生部初步制定了出来, 正广泛征求各方意见加以修改和完善。这标志着我国的“脑死亡”立法工作已经进入了实质性的准备阶段。然而, 立法背后引发的伦理学讨论告诉我们, 让承载着数千年道德标准的生死观让位于新锐的“脑死亡”, 我们仍有一段漫长的路要走。

1 生死观之辩

人类文明的发展, 如果从生死哲学的立场来看, 即是对生死, 尤其是死亡逐渐加深认识及理解的过程。中国千百年来形成的乐生恶死的传统观念根深蒂固, “天覆地载, 万物备悉, 莫贵于人”强调的正是人生命的重要性。人们深信: 人的生命是最宝贵和最神圣的; 另一方面, 传统文化中亦有“杀身以成仁”、“舍身而取义”的至理名言, “生死俱善”则在一种更加平和的心态中阐释了死亡的价值。由此看来, 并不是到了科学技术高度发展的今天, 人类才在生死问题上具有伦理道德的多元性, 只是哪种价值取向所占比重孰轻孰重罢了。旧有的以人生命自然价值为中心的医学伦理观对于维持人的生命, 推动医学为人类健康服务起了十分重要的作用; 但随着生命神圣论向生命价值论的转变, 重视人生命诸方面价值的现代医学伦理观得到了长足发展。割裂个体作为社会的人的存在而刻板地强调生命无价性, 不仅不符合伦理价值规范, 对个人的尊严也是一种践踏。故现代医学不仅要不断推进科学技术的发展来维持和延长人的生命时值, 从而满足人作为生命有机体的自然需要, 更要关注人生命的价值和意义, 在更高的层次上满足人区别于动物的精神需求。

2 死亡标准之辩

数千年文明与文化的发展, 科学的进步, 至今仍不能减少人类在死亡问题上的困惑, 以及减轻人们

死亡的降临还相当的遥远。过去我们用“心脏永远停止了跳动”来形容人的死亡, 人们普遍接受以呼吸和心跳停止作为生命终止的标准。但随着现代医学的发展, 尤其是在呼吸维持技术和现代危重症支持治疗飞速发展的今天, 用呼吸机和体外循环技术维持呼吸和心跳已并非难事, 大量因溺水、冻伤或吞食中枢神经抑制剂而呼吸心跳暂停的患者也因此“死亡”过后重获新生, 但处于脑死亡状态的患者, 从来都没有救活过。随后人们开始逐渐认识到, 呼吸和心跳停止的死亡观点是不全面的, 还有更为高级的大脑神经中枢控制着人的死亡。另一方面, 有些人对脑已经死亡, 但心脏还在跳动的现象无法理解, 这是因为心脏虽然也受大脑的支配和调节, 但又是一个自主性较强的脏器, 拥有一套独立的支配心肌收缩舒张的起搏和传导系统。所以脑死亡之后, 在接受人工呼吸等支持的情况下, 心脏仍可以跳动, 并保持全身的血液循环。但由于大脑已无法复苏, 对生命来说心跳已无意义。故传统的“心死”标准并不能真实反映个体是否死亡。

从医学的角度来看, 以脑为中心的中枢神经系统是整个生命赖以维系的根本, 由于神经细胞死亡的不可逆性, 当作为生命系统控制中心的全脑功能因为神经细胞的死亡而陷入无法逆转的瘫痪时, 也即意味着全部机体功能的丧失, 换句话说, 脑死亡敲开了死亡之门。有人曾拿某某植物人经过若干年苏醒过来的事例反对脑死亡作为死亡标准, 认为脑死亡无异于扼杀了植物人生的权利。其实, 医学界早有定论, 认为脑死亡和植物人是两个概念。后者为脑皮质死亡, 还存在脑电波活动, 神经系统并没有完全破坏, 有恢复意识的可能; 而脑死亡的定义为: 包括大脑、小脑、脑干在内的全部脑机能完全的、不可逆转的停止, 即全脑死亡, 而不论心跳和脊髓机能

“心死”更具有科学性。临床上如果脑死亡的诊断尚未成立,即使呼吸和心跳均已停止,也不能放弃抢救措施。从哲学的角度来看,人类作为有意识的生命个体,意识思维的存在是其价值产生的前提,当意识、感觉等脑固有的机能不可逆并永久性丧失的时候,个体已经失去了人的本质特征,成为哲学意义上的死亡^[2]。

3 脑死亡立法的动机之辩

在反对脑死亡立法的呼声中,“脑死亡标准的建立有利于器官移植的发展”是极有代表性的批驳之词,似乎脑死亡概念的提出就是为了解决日益紧缺的供体器官问题,这样的想法实际上过于狭隘。脑死亡概念成熟于 20 世纪 60 年代,此时临床尸体器官移植才刚刚起步,有关供体器官质量的认知还十分有限。到 70 年代后期,才不断有研究表明脑死亡供者的器官较之无心跳者更好,而此时脑死亡已经在欧美国家得到广泛的认可。其次,判定一个人脑死亡,并不等于这个人的器官就必然可以用于移植。是否可以移植器官,必须有死者生前的明确同意并符合家属的意愿。而且,因为中国传统“人死留全尸”的观念影响着人们自愿捐献遗体或者器官的积极性,即使满足这两条,器官移植仍然可能不能进行。所以,只要人们的观念没有变,即使建立了脑死亡的标准,仍然不能解决器官移植供体短缺的矛盾。现代化程度很高的日本 1997 年为脑死亡立法,但至今仅有 19 人通过脑死亡法捐献器官,说明器官移植并非脑死亡立法的既得益者,“为了器官移植来定脑死亡标准”的说法无从谈起。由此可见,脑死亡者成为器官移植供体的关键不在于是否立法,而在于我们能否通过脑死亡法的实施摆脱传统观念的束缚,移风易俗,打破封建意识禁锢,为树立科学的死亡观扫清障碍,继而在全社会提倡脑死亡后捐献出自己的器官。

就在脑死亡概念的提出已经引起公众伦理困惑的同时,更有危言耸听者认为在脑死亡判定的过程中可能会出现医生为了获取更多器官而造成人为“草菅人命”的惨剧,对于这种说法,我们惟求以医生的神圣职责加以澄清。医患的相互信任是历史积淀的传统,这一传统建基于希波克拉底誓言中“我之唯一目的,在为病家谋幸福”的承诺,而“健康所系,性命相托”是任何一位国内从事医疗行业的医师最郑重的誓言。对生命价值的珍视已经成为整个医疗实践的道德根基,因此,医学从来不是由无视感情的纯技术主义把持的领域。脑死亡的判定是一个具有

与之相关的程序也正是考虑到有可能发生的误解,但如果把医患关系降低到如此不信任的程度,试问医疗行业还能够健康持续的发展吗?我们承认,脑死亡概念的提出颠覆了人们长久以来对死亡的经验判断,在短期内必然需要有一个心理上的缓冲过程。因此,要推动脑死亡的立法,首先要有科学的脑死亡标准,以切实可靠与有效的证据和方法告诉人们:脑死亡就是死亡,进而让人们像接受以往对死亡的经验判断一样地接受脑死亡对生命的宣判。当然,我们在为脑死亡概念立法争取实现的同时,也要尽可能避免与器官移植直接挂钩,否则很容易造成瓜田李下之嫌。

除了攻击器官移植和脑死亡联系在一起不道德外,还有学者认为出于经济学上的考虑而为脑死亡立法太过于功利。我们认为:医疗资源的节省可能是实施脑死亡后的客观后果,但我们决不能因此而本末倒置,溯果为因。过去传统的医疗伦理观点要求医务人员对每位患者惟求施以最佳治疗而不问所需费用多少,但传统的生物学模式已转变为生物—心理—社会医学模式,个体死亡不应仅只看作是其生命的终结,还与活着的人尤其与其家人及整个社会存在联系。当我们不管采取何种手段去试图实现生命无价性这一原则的结果仍为死亡时,我们就不得不考虑经济问题与医疗资源问题,盲目地相信医学而刻板地强调“救死”,是不符合伦理价值规范的。一个值得注意的现象是,在脑死亡确立后的坚持救治中,往往是公费医疗在承担着巨额费用;而自费者家属则大多选择了放弃。难道是后者更冷漠无情亦或是更容易接受斯人已逝的事实吗?其实,这样的一种状况更能让人舍弃主观情感上的牵挂而还以客观世界的现实。因为我们生活在一个现实的社会中,资源总是绝对匮乏和有限,如何善加利用有限资源是我们做任何事情都难以回避的问题,生命和死亡的经济学考量也因之而绝不与道德相背。无庸讳言,脑死亡标准的确立能减少相当数量的医疗费用。这些费用之所以在长久以往被认为是理所当然的该花,并不是因为它们起到了什么挽救生命的作用,而恰恰是因为人们对死亡的错误理解和无知。我们现在做的,不过是把颠倒的重新倒回来,还生命以真实的尊严。

实践证明,伦理道德的合理性与一切科学的合理性一样,均属于历史的范畴。其体现的只是一定历史时期一定范围的道德准则,而不是亘古不变的绝对戒律。道德只有从实际出发,维护了人类整体

如果我们跳出传统伦理思维的羁绊,从发展的角度思考问题,不仅考虑个人的利益,而且考虑如何公平的分配和使用有限的卫生资源,维护更多人的健康权利乃至促进整个社会的良性发展,那么我们还有什么理由拒绝脑死亡立法呢?

4 社会观念落后之辩

有学者分析:死亡问题承载着国人几千年的文化,真正接受脑死亡的概念并非易事。我们承认:客观上,科技的进步总是先于伦理、法制的发展,导致伦理观念和法制的制定严重滞后,即观念的转变需要一个过程,但这决不是反对脑死亡立法的理由。对于社会中已经存在的各种根深蒂固的偏见,我们不能消极被动地等待它达到一致而延误文明的到来,而应主动地应用伦理学理论对旧的思维定式施以影响。

我们也承认:主观上,由于死者家属强烈的关于“仁孝”的情感冲突,即使对脑死亡者实行的是仪式性抢救,其家属也将在内心深处寻求到宽慰的支点,

·论著摘要·

但这也不是反对脑死亡立法的理由。解放后火葬政策的推行,决没有因为死者不能“入土为安”令其家属抢天呼地而放弃执行。而现在,国人已经在心理及行动上接受了火葬。

道德对医学的发展天生扮演着审查者的角色,这在防止科技畸形发展中起到了重要作用,全世界对克隆人的强烈反对就是最好的例证。但这决不是在以人类全面发展和社会进步为目标的前提下仍反对更符合人性的科学概念的理由。承认力有所不逮并不羞耻,不知而拒之才是幼稚和愚昧的表现。当然,突破传统的习俗和观念,立法者自身当有对社会习俗的力量及民众观念的转变有一个理智和宽容的估计。

参考文献:

[1] 郑仲璇.法医学[M].北京:法律出版社,1989.

[2] 郭清秀,靳凤林.死亡的哲学探讨[J].医学与哲学,1992,13(4):16-19.

收稿日期:2003-01-08

(责任编辑:张 斌)

谈临床检验实行社会化服务的必要性

王 青¹,徐维家¹,安立姝²,彭柏颀²

(1. 大连市临床检验中心,辽宁 大连 116033;2. 大连市 卫生局,辽宁 大连 116012)

中图分类号:R446 文献标识码:A 文章编号:1002-0772(2003)05-0041-01

临床检验的社会化服务是指由一个具有很强检测能力的单位(可以是公立、个体、合资、独资),向没有能力完成检验工作的医疗单位提供相应的检测服务。其服务方式是检测单位县预约服务单位按时收取样本、及时检测和发放报告,被服务单位只需负责采集样本。

目前,从我市各级医院检验科情况看十分需要这项服务。从仪器设备配备看,各级医院不同程度地存在着由于病源少资金缺而不能购买一些新型的设备,制约了一些项目的开展。从质量上看,手做眼数的结果无法与全自动的检测结果相比,满足不了临床诊治对检验项目和结果质量的要求。

在竞争激烈的今天,最大限度地满足病人的需要是每个医疗单位工作的核心。如果因一些检验项目不能做,让病人

到别处跑或延误了诊治,势必要导致医院名誉的降低,由此带来的负面影响是不能低估的。如果将临床检验推向社会化服务,实现资源共享,由此换来的不仅仅是优质的检验报告,更有临床对病人的及时正确诊治带来的经济效益和社会效益。并且将极大地方便那些长期需要检测用药效果的糖尿病、甲亢等慢性病患者及进行健康体检人的需求。他们不再东奔西走,只要到最近的医疗单位留取所需样本,就能得到一流检测水平的服务。

临床检验实行社会化服务,将真正解决中小单位检验难的问题,真正做到方便于民服务于民,真正起到提高本地区检验和临床诊治水平的作用。

收稿日期:2003-02-25

(责任编辑:张 斌)