

诊断脑死亡的伦理思考

郭 勇

(新乡医学院, 河南 新乡 453003)

摘要: 随着医学的进步和社会的发展, 死亡的定义、诊断标准和医生道德责任有了新的内容, 脑死亡就是生命终结已为医学界普遍接受。诊断脑死亡是非常专业的技术性工作, 有权进行脑死亡诊断的医疗单位和医生必须达到相应的资质要求。确诊和宣布脑死亡应遵循的伦理准则则包含多方面的内容, 如家属应有死亡标准选择权、脑死亡的诊断程序、脑死亡诊断结果的宣布和生效等方面的问题。

关键词: 脑死亡; 诊断; 伦理

中图分类号: R-052 文献标识码: A 文章编号: 1002-0772(2004)03-0044-03

The Ethical Ponderation of the Examination of Brain Death GUO Yong, Xinxiang Medical College, Xinxiang 453003, China.

Abstract: Along with the advancement of the medical science and the development of our society, the definition and diagnosis standard of the death and the moral duty of doctors have new contents. And it has been universally accepted by the world of medicine that the death of brain is the end of the life. The diagnosis of brain death is a very professional technical work, and as a result, the medical departments and doctors that have the power to diagnose brain death must acquire corresponding qualification. The ethical principles that should be followed in diagnosing and declaring brain death include various contents such as family members should own the right to choose the standard of death, diagnosis procedure of brain death, the declaration and the effect of the diagnosis results etc.

Key words: brain death; diagnosis; ethic

人的生命是有限的, 生命终结就是死亡。死亡作为生命的终点, 无论对个体和社会, 都有不同寻常的意义。如何判断一个人的死亡, 无论在医学、伦理学以及法学上都是一个非常重要的问题。现在, 新的脑死亡标准已经在一定的范围尝试使用, 我们应该对诊断脑死亡时所能涉及的伦理问题给以足够的重视。

1 新的死亡标准, 脑死亡概念及其含义

1.1 心死的死亡标准和缺陷

死亡是医疗实践中的常见现象, 关于它的定义, 死亡的诊断标准和医生对垂死病人的道德责任等问题, 随着医学的进步和社会的发展而有了新的内容。长期以来, 医学界一直把呼吸和心跳停止看成是死亡的惟一定义, 一直把心肺功能作为生命的本质特征, 心跳和呼吸的停止几乎是死亡的同义词。把心脏停止跳动和停止呼吸作为死亡的定义和标准, 沿袭了数千年之久, 直至今日。

20 世纪中叶以后, 随着现代医学科学技术的发展, 对死亡的定义标准上有了质的飞跃, 不再仅仅

植术等措施的作用下维持生命。另一方面心跳和呼吸也并不是判断死亡的绝对可靠的标准, 现代医学已能使体温降到 5~6℃、心跳和呼吸完全停止若干小时的人经过复温, 一切生命活动完全恢复成为可能^[1]。这就对传统的死亡概念提出了挑战, 迫使人们必须重新界定死亡的定义和标准。

1.2 脑死亡标准的提出和被认同

1968 年, 美国哈佛大学医学院死亡审查特别委员会, 对死亡的定义和标准提出新的概念, 即“不可逆转的昏迷或脑死亡”。新的死亡诊断标准包括: (1) 对外部刺激和内部需要无接受性和无反应性; (2) 无自主肌肉运动或无自主呼吸; (3) 诱导反射消失, 包括由脑干支配的反射一律丧失; (4) 脑电波平坦等。以上各种指征在 24 小时以上重复多次而没有变化, 才能确认为死亡^[2]。但是有两个例外: (1) 体温过低 (小于 32.2℃); (2) 刚服用过巴比妥类药物等中枢神经系统抑制剂的病例。

脑死亡是一个已经被严格定义也因此具有明确所指的概念, 它是指“包括脑干在内的全脑功能

脑死亡的标准已为医学界普遍接受,并在相当多的国家得到承认。联合国189个成员国中已有80个国家承认脑死亡的标准,全球发达国家几乎无一例外地确认了脑死亡或脑细胞完全死亡是判断人死亡的科学标准^[3]。我国至今一直沿用的是心死亡标准,面对历史的进步,给脑死亡以应有的地位已是势在必行。有鉴于此,卫生部已经多次研究脑死亡的标准,现在制定的中国脑死亡诊断标准(成人)第三稿中指出:脑死亡是包括脑干在内的全脑机能丧失的不可逆转的状态。诊断脑死亡的先决条件有二,(1)昏迷原因明确;(2)排除各种原因的可逆性昏迷。临床诊断脑死亡的标准是:(1)深昏迷;(2)脑干反射全部消失;(3)无自主呼吸(靠呼吸机维持,呼吸暂停试验阳性)。以上三项必须全具备。在此基础上进行确认试验:(1)脑电图平直;(2)经颅多普勒超声呈脑死亡图型;(3)体感诱发电位P14以上波形消失。以上三项必须有一项阳性。最后,要在脑死亡首次确诊后,观察12小时无变化,方可确认为脑死亡^[4]。

2 脑死亡的诊断鉴定权限问题

2.1 脑死亡的诊断要求较高的技术水平

脑死亡与心肺死亡不同,脑干是否已经完全死亡,是一项非常专业的技术性工作,不但非医务人员难以判断,就是那些非脑病相关的医务人员也难以准确诊断。另外,诊断脑死亡需要用到一些专业的仪器设备,这些设备在条件不是很好的医院要么没有,要么不能很好的使用。由于以上的原因,对可以进行脑死亡诊断的医院和医生进行认证是非常必要的。

2.2 制定条例和实施细则规范开展脑死亡诊断的医院或医师的资质

死亡的判定关系到人的生命终结,对脑死亡的判定要十分严肃和审慎。国家或卫生主管部门可以考虑制定相应的条例和管理细则,规定哪些单位或人员可以申请脑死亡诊断鉴定资格,有权进行脑死亡鉴定诊断医疗单位或医生必须达到技术水平,国家认可的脑死亡鉴定的资格获得途径等,没有获得脑死亡诊断鉴定资质者不能从事脑死亡的诊断鉴定。之所以如此规定,是为了最大限度地保障患者的权利,保证脑死亡诊断鉴定的权威性和正确性,如若不然,不管什么医院和医生都可以诊断脑死亡,就很可能发生脑死亡的误诊,一旦发生误诊,后果是极其严重的,甚至会有故意杀人之嫌。

2.3 与器官移植相关的医疗机构和医务人员不宜

严,而不是为了器官移植

根据现有的医学水平,任何措施都不可能使脑死亡者起死回生。所以,与其进行带给病人痛苦的、没有丝毫希望的仅仅是维持脑死亡者心跳和呼吸的治疗或抢救,还不如让脑死亡者有尊严地离开人世,走好生命的最后一程。随着社会的进步,有尊严地死去和有尊严地活着一样被视为个人的权利而受到重视。另外,中止对脑死亡者的治疗也有使医疗资源得到有效合理的利用、减轻病人家属的经济和精神负担的作用。这是一种真正意义上的人道主义。

研究表明,脑死亡供者的器官较之无心跳者更好,一个已脑死亡而靠复苏术维持呼吸和心跳的人,是器官移植的最佳供体。但是,脑死亡概念并不是移植学家为了获得更好的器官而建立的。如果把脑死亡标准的采用看作是器官移植而设计的,那是一个莫大的误解。邱仁宗指出:“……将‘脑死’定义的讨论与供给器官的效益问题联系起来是不道德的。”^[5]

2.3.2 器官移植相关的机构和医生不应参与脑死亡的诊断

第一,现在已实行“脑死亡法”的各国在认定“脑死亡”时一般都规定,与器官移植相关的医生不得参与脑死亡的诊断。“例如在美国,脑死亡的认定需要有两组毫无关联的医生的分别鉴定,其中器官捐献者的经治医生以及将要实施移植手术的医生都是不能参与‘脑死亡’鉴定的”^[6]。因而,我国做出类似的规定是依国际惯例行事。第二,尽管我们可以相信,绝大多数的器官移植机构和医生是可以信赖的,是严格依照脑死亡的标准来进行诊断的,但是,我们不能保证他们中的每一个人都会出于器官移植的需要而提前判断病人已经脑死亡,从而有可能影响脑死亡判断的客观和公正。第三,器官移植相关的机构和医生参与脑死亡的诊断,很容易给人造成之所以采用脑死亡的标准判断病人是否死亡是出于器官移植的需要,病人家属的困惑、误解和抵触情绪就会油然而生。这样以来,就会给脑死亡的诊断带来许多本来可以避免的麻烦。

3 确诊和宣布脑死亡应遵循的伦理准则

脑死亡的确诊和宣布,不仅事关病人及其家人的利益,也与公共利益和社会秩序的稳定密切相关,脑死亡的确诊和宣布涉及伦理学、法学、社会学和医学等多方面的问题。因而脑死亡的宣布必须慎之又慎,不能有半点的草率和马虎。由于目前我国尚无脑死亡方面的法规和条例,脑死亡的宣布面临许多

的诊断宣布规范化,在制定有关脑死亡的法规条例中,我国脑死亡的宣布应考虑以下几个方面的因素:

3.1 脑死亡与心死亡标准并存,只有患者家属有选择使用何种标准的权力

死亡问题承载着几千年的文化,科学即使能够达到这样一种共识,认为脑死亡代表人体死亡,推行和实施这一死亡标准仍然要考虑社会公众对脑死亡的接受程度和心理的承受力,不能强制推行。脑死亡问题不仅是一个科学的概念,而且具有社会性,涉及到法律、伦理、公众的认可态度等一系列社会问题。基于以上考虑,宜采用脑死亡和心死亡标准并存方式。医生初步判断病人脑死亡后,应告知病人家属,详细说明两种死亡标准的异同和后果,并不得有任何的倾向性,只讲科学事实,切实履行自己的告知义务,医生还应该建议病人家属向有关专业人士咨询脑死亡方面的信息。病人家属在充分了解有关脑死亡的必要信息基础上,经权衡比较,做出是否选择脑死亡的决断。

3.2 启动诊断和宣布脑死亡程序,以家属的书面申请为准

一旦病人家属决定采用脑死亡标准判断病人的状况,应该向医院提出书面的脑死亡鉴定诊断申请。脑死亡诊断申请中应说明病人的基本情况,申请者与患者的关系,自愿要求医院用脑死亡标准确定病人是否死亡等事项,同时,要在申请书上签字。若仅有口头的脑死亡诊断意愿表示,医院不得接受家属对患者进行脑死亡诊断要求。接到病人家属的书面申请后,医院方可启动诊断和宣布病人是否脑死亡的程序。如果在实施的过程中家属中有人出现异议,只要有一个家属不同意,医院就必须立即停止其判定行为。

3.3 脑死亡的诊断应由合格专家组成的专家组或专家委员会完成

脑死亡不能由某个人认定,应由医院或医学会出面组织专家组或专家委员会进行认定,专家组中最好能邀请一名以上的非本单位的专家,病人的主治医生不应该是专家组的成员。参加脑死亡认定的专家要在仔细研究病人病历,认真查看各种检查结果,亲自进行体格检查后,严格依照脑死亡的标准进行分析讨论,然后用无记名投票方式做出是否脑死亡的诊断。每个专家都必须签字表示对诊断结果负责。最后,诊断结果报送脑死亡鉴定的组织者。

3.4 脑死亡的诊断应至少做两次以上

为保证病人生命的权利不受侵犯,避免可能的

次脑死亡诊断认定应有一定的时间间隔,间隔时间至少不能少于12小时。并且,两次脑死亡诊断的专家组应有一定的人员更新,也就是说,两次脑死亡认定的专家应该有所不同,以便充分吸收合理的建议和推断。为保证两次的诊断都是独立的诊断,专家间不允许相互通报诊断情况并施加影响。

3.5 脑死亡的最后诊断和结果宣布

两次独立的专家组诊断结果均为脑死亡,脑死亡鉴定的组织者才能做出病人是脑死亡的结论,除此之外的任何情况不能认定病人处于脑死亡状态。病人脑死亡的确诊结论可由医院或医学会委派专人向病人家属宣布,也可通知主治医生向家属宣布。

3.6 脑死亡的最终诊断结果是否生效,应由家属决定

尽管已经做出脑死亡的医学诊断结论,也不能剥夺病人家属选择心死和脑死的权利。专家做出的医学上的脑死亡结论,仅仅具有向家属提供事实的效力,而不能代替家属的选择,此时,病人家属仍然有最终的决定权,决定是否按脑死亡标准接受病人已经死亡的结论。只有病人的全部家庭成员明确表示接受病人脑死亡现实,并一一签字表示同意后,才能确定病人业已死亡。

3.7 脑死亡的诊断依据资料必须完备齐全,并妥善保管

脑死亡病人的病历,各种检查的记录,家属的脑死亡诊断申请,专家组的查体记录、讨论纪要和建议,医院或医学会的确诊意见等,以及病人家属对脑死亡结论的认可材料等,都必须列出清单,登记清楚,存档备查,不得损毁或遗失。

参考文献:

- [1] 邱仁宗. 生命伦理学[M]. 上海: 上海人民出版社, 1987. 183—192.
- [2] 杜治政. 医学伦理学纲要[M]. 南京: 江西人民出版社, 1985. 288—291.
- [3] 丁相顺. 脑死亡立法 目下尚须慎行[N]. 检察日报, 2003—04—28.
- [4] 卫生部脑死亡判定标准起草小组. 脑死亡判定标准(成人)(征求意见稿)[J]. 中华急诊医学杂志, 2003, 12(2): 142.
- [5] 邱仁宗. 利用死刑犯处决后的器官供移植在伦理学上能否得到辩护[J]. 医学与哲学, 1999, 20(3): 22—25.
- [6] 潘 圆, 周艳秋. 器官移植专家呼吁“脑死亡法”[N]. 中国青年报, 1999—03—04.

作者简介: 郭勇(1962—), 男, 河南太康县人, 1983年郑州大学经济系毕业, 现任新乡医学院社会科学部副教授, 教研室主任, 法学硕士, 主要从事经济和伦理方面的研究。

收稿日期: 2004—01—05