

对脑死亡立法问题的思考

陈少珍,周春燕,张 建

(中山大学附属第一医院神经科 ICU,广东 广州 510080)

摘要:随着医学科学和技术的发展,脑死亡作为新的死亡判定标准被许多国家和地区的人们所接受。但在中国,受医学知识、传统文化、风俗习惯和社会伦理等各方面的影响,人们对脑死亡仍然存在许多不解和误解。脑死亡立法更是步履维艰、任重道远。其实,脑死亡立法是医学科学发展的结果,也是社会文明发展的需要,具有广泛的社会价值。本文将从医学基础、伦理原则和社会意义三方面来探讨这一问题。

关键词:脑死亡;立法;伦理

自从法国学者 Mollare 和 Goullon 1959 年首次提出脑死亡的概念以来,脑死亡作为人的死亡标准被许多国家的人们所接受。2000 年底,联合国 189 个成员国中已经有 80 个国家和地区颁布了成人脑死亡标准,其中约 70 个国家有相应的实施指南或法规。但是,脑死亡立法在中国却是饱受争议的社会性难题,很多人受医学教育程度、传统文化、风俗习惯和社会伦理等影响,对脑死亡存在着许多的不解和误解。实际上,无论是从医学基础、伦理原则,还是从社会意义来看,脑死亡立法都具有足够的合理性和价值,以下从这三方面阐述这一问题。

1 脑死亡立法的医学基础

医学问题是脑死亡立法的基础,是解决伦理问题和法律问题的依据。在讨论脑死亡相关问题的时候,需有共同的基础和讨论平台,避免产生误解,因而首先应明确脑死亡的概念、脑死亡的标准和脑死亡与死亡的关系。

1.1 脑死亡的概念 1968 年美国哈佛大学医学院特别委员会对脑死亡进行了定义,即“脑死亡是包括脑干在内的全脑功能丧失的不可逆转的状态”。此后第八届国际脑电、临床神经生理学会提出“脑死亡是包括小脑、脑干,直至第一颈髓的全脑功能不可逆转的丧失”。这两个脑死亡的概念是目前广为接受的概念。理解这两个脑死亡的概念需从其解剖部位、相关结构的功能作用及损害程度的严重性着手。

另外,明确脑死亡的概念需把脑死亡与脑部其它疾病区别开来。植物状态的病人脑干功能是正常的,即存在可以逆转的特点,患者只是目前缺乏对自身和周围环境的认知能力和内在思想活动。而脑死亡是大脑、脑干全脑功能的不可逆丧失,不具有自我维持生命的能力和高级神经功能活动。

1.2 脑死亡的标准 目前,许多国家和地区纷纷制定了自己的脑死亡标准,这些标准大同小异,主要原则与 1968 年哈佛大学医学院特别委员会制定的脑死亡标准是符合的。

根据 2003 年公布的第三版征求意见稿,我国的脑死亡标准包括以下方面:

- 1.2.1 先决条件 ①昏迷原因明确;②排除各种原因的可逆性昏迷。
- 1.2.2 临床诊断脑死亡的标准 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。
- 1.2.3 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。
- 1.2.4 脑死亡观察时间 首次判定后,观察 12h 无变化,方可确认为脑死亡。

在所有检查方法中,脑循环的停止是确诊脑死亡最可靠的根据。有人担心脑死亡法可能会被滥用,其实有神经专科中高级职称的医生均有能力进行判别。我们可以通过立法或行业标准进一步规范脑死亡的诊断,形成一整套的程序和规定。例如启动诊断和宣布脑死亡程序,以家属的书面申请为准。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。脑死亡最终诊断结果是否生效,应由家属决定。脑死亡的诊断依据资料必须完备齐全,并妥善保管等等。这个问题的解决在于重建诚信,重建医患关系。再者,脑死亡标准与传统的心肺死亡标准是可以同时应用的,即所谓双轨制。患者家属拥有选择死亡标准的权利。推行和实施脑死亡标准必须要考虑社会公众对脑死亡的接受程度和心理承受力,不可能强制推行。

1.3 脑死亡与死亡的关系 从生物医学的角度而言,死亡是指整体的有机体功能之永久的丧失,生命活动和新陈代谢的终止。从哲学的角度而言,死亡是个体生命终结和自我意识的丧失,是不可逆的过程。传统的心肺死亡标准实际是“心跳停止+自主呼吸停止+脑死亡=死亡”。因而死亡包括心跳停止、自主呼吸停止和脑死亡三个事件。一些人认为脑死亡患者在呼吸机维持下虽然仅有数星期时间,但这时候患者依然是有生命的。这种观点是错误的。首先,从人的自然性来看,脑是人体生命活动的中枢,神经系统具有将人体所有生命活动、所有生命系统整合起来成为一个整体的功能。一旦一个人脑死亡,人体就不可能成为统一的整体,必定肺死、心死,人也就死亡。其次,从人的社会性来看,脑死亡后,人就丧失了对内外环境的接受能力和反应能力,丧失了内在的精神心理活动和外在的社会交往能力,人作为社会中的人已经死了。因而,脑死亡是真正的死亡。

2 脑死亡的伦理原则

脑死亡的问题也是伦理原则的问题,如果脑死亡只符合医学原理,却不符合伦理的基本原则,脑死亡也是不能立法的。基本的伦理原则是不伤害、有利、尊重和医疗公平原则。①不伤害原则。脑死亡是全脑功能不可逆的丧失,是事实的死亡,在脑死亡标准能够准确反映脑死亡的基础上,脑死亡对患者并无伤害。②有利原则。一旦人脑死亡,人就失去了逆转的可能。如果忽略这个事实,继续予积极的抢救,是对死者生命尊严的践踏,是毫无意义的医疗行为。对脑死亡者进行治疗并不能使其获益。③尊重原则。延伸为被广泛使用的自主原则或患者自主原则、宽容原则。实施脑死亡,同样尊重患者的生命自主原则。正如前述,脑死亡标准并不否认传统的死亡标准。我国完全可以实现双轨制,尊重患者生前或家属对死亡标准选择的决定,在绝大部分情况下使用传统的心肺死亡标准。之所以制定脑死亡标准,主要是为了解决特殊情况下(脑死亡)的死亡判定。而且这种特殊情况下的最终死亡标准选择权、决定权仍然属于患者家属。④医疗公平原则。医疗公平原则根据生命权的要求,按合理的或大家都能接受的道德原则,给予每个人所应得到的医疗服务。目前,我国是用世界 1% 的医疗资源服务世界 22% 的人口,卫生资源并不富足。如果对脑死亡者进行积极的抢救措施,必将占用大量宝贵的卫生资源,间接减少其它可治疗患者的医疗服务,是不符合医疗公平原则的。因而应对脑死亡者宣告死亡。

3 脑死亡的社会意义

脑死亡标准的实施具有巨大的社会意义,主要体现在以下几个方面:

3.1 移风易俗、推动社会进步 随着医学科学技术的不断进步,人们

越来越重视脑作为基本生命调节和精神心理活动的核心作用。这是科学历史发展的必然结果,是符合马克思主义哲学生产力决定上层建筑、道德观念和意识形态的基本原理的。脑死亡标准的实施可以进一步加深脑中枢的观念,推动社会道德观念的发展和进步。当然,我们也必须认识到这种观念的转变必然是一个长期的过程,允许人们有一个认识和接受的心理缓冲。相信在我国实施也是如此。

3.2 科学确定死亡时间,减少各种纠纷 生命权是人的基本权利,神圣不可侵犯。但是,如果没有法定的死亡时间,就没有生命权终止的时间,会带来各种医疗、人生保险、财产继承、刑事责任等各方面的纠纷,不利于社会的稳定和团结,不利于建设和谐社会。而脑死亡标准的确立,既符合医学原理,有符合伦理原则,如果能够通过法律的形式确定下来,必将减少各种纠纷,有利于个人、家庭、社会的和谐发展。

综上所述,正是基于以上的医学基础、伦理原则和社会意义,国内关于脑死亡的讨论虽然各持己见,表述不一,但总的来说,脑死亡的观点仍然在争议中逐渐发展、接受。目前,我国的脑死亡问题还停留在标准制定阶段,距离立法和实施还有很长的一段路要走。但是,

脑死亡标准是科学进步、社会发展的产物,符合伦理基本原则并有巨大的社会意义,其最终被实施也只是时间的问题。

参考文献:

- [1]苏镇培.弄清什么是脑死亡,才能解决立法争论[J].中国神经精神疾病杂志, 2005, 31(3): 239-240.
- [2]邱仁宗.脑死亡的伦理问题[J].华中科技大学学报(社会科学版), 2004, 18(2): 30-33.
- [3]孙慕义,主编.医学伦理学[M].北京:高等教育出版社, 2004.
- [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]郭勇.诊断脑死亡的伦理思考[J].医学与哲学, 2004, 25(3): 44-46.
- [6]钟明华,吴素香,主编.医学与人文[M].广州:广东人民出版社, 2006.
- [7]陈忠华,袁劲.论自愿无偿器官捐献与脑死亡立法[J].中华医学杂志, 2004, 84(2): 89-92.
- [8]苏镇培.论心、脑死亡标准不能分割[J].中国神经精神疾病杂志, 2008, 34(3): 183-184.
- [9]陈忠华.论脑死亡立法的生物医学基础、社会学意义及推动程序[J].医学与哲学, 2002, 23(5): 26-30.

编辑/杨倩

应急预案在血液透析室的护理应用

魏远琼,梁素心,农玉勤

(广东省佛山市顺德区新容奇医院血透室,广东 佛山 528303)

摘要:目的 探讨血液透析室一套实用可行的应急预案,应用于透析护理工作中。方法 通过本科室全体护士收集资料后讨论决定,制订出血液透析全过程的应急预案,规范管理,加强护理人员应急能力的培训。结果 实施应急预案后护理质量达标 98%,患者的满意率为 99%,无发生护理差错和纠纷,无因停水、停电等紧急事件而导致终止透析的意外事件。结论 制定应急预案使护理管理工作科学化、规范化、程序化,应急预案是保证护理安全和患者安全透析的重要措施,是护理管理者关注的主要问题。

关键词:应急预案;血液透析室;护理

血液透析室护理应急预案是指在透析过程中患者发生意外情况、护理发生操作意外、一些突发事件而采取的一系列应急对策。护士如何立即采取有效措施,直接关系到病人的生命安全,因此不容一点的犹豫和马虎。血液透析是一项专业性较强,技术复杂,风险性较大的医疗护理行为^[1]。有效的将透析风险化解到最小,从而保证患者的安全,提高医疗护理质量。本科从 2009 年 1 月开始制订应急预案,完善应急措施,效果满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院有血液透析床位 19 张,拥有德国费森尤斯血液透析机 8 台,瑞典血液透析机 8 台,血滤机 3 台,单泵 1 台,德国劳尔双级反渗透水处理系统 1 台,金宝全自动复用机 1 台,护士 8 人,每周开放透析工作日 6 天,每天 2 班,每月透析合计 782 例次左右。

1.2 方法

1.2.1 收集资料的方法 根据本院血液透析室的资料(护理差错记录本,透析不良反应登记本、护士长手册、护士培训记录)等归纳了这些意外的、突发事件的事件,根据这些意外查找不安全因素、薄弱环节、规章制度欠完善的各种问题进行归类、分析存在的护理不安全因素,护士长召开会议,经全体讨论收集资料后确定应急预案的总项目。

1.2.2 确定总项目 公共方面为停水、停电、地震、火灾、设备突发故障时护士对透析患者的处理,患者有自杀倾向、坠床的应急处理、水质异常、医疗纠纷的处理,护理操作中易出现的问题,包括特殊用药、输血输液反应、消毒隔离工作、医护人员职业病防护等子项目,采取

医院制定的应急预案。专科方面有透析器破膜、管路破裂、首次使用综合症、静脉探测器破裂、透析中发生高血压、低血压、休克、心力衰竭、溶血、空气栓塞、致热源反应等,护理操作过程中发生导管脱落、内瘘血栓、深静脉留置导管内血栓、动静脉穿刺处渗血、肿胀等子项目。

1.2.3 制定预案的流程 根据事前预防措施,事发的抢救措施、事后查找原因,提出整改方案。

1.3 应急预案的应用 成立血透室突发事件的应急处理小组,护士长负责指挥、组织、协调等工作,资深护士负责流程培训,护士长秘书通过实际操作,负责修改流程的细节。护士长每周对血透室的每个流程出现的应急预案为主题提问,随机提问如透析时发生了空气栓塞,该怎么处理?患者出现首次使用综合症,护士要如何做?通过不断地训练和实践积累,逐步提高护士的应急能力,将理论变成熟练的动手能力。

1.3.1 当不同的意外情况发生时,要严格执行报告制度,同时启动相应的应急预案并采取处理措施。参加预案的护士必须服从领导的安排。科室负责人要 24 小时开机,随叫随到,确保预案快速启动。

1.3.2 突发事件发生时,向患者做好解释工作,尽量协助患者解决意外情况而造成的不便。对危急的急救工作,护士要马上做好抢救的准备工作,配合医生进行救治。

1.3.3 应急预案处理完,护士长要召开会议,对这些事件进行总结和评估,制订制度防范措施,并向相关职能部门报告。

2 应急预案的管理

2.1 实行血液透析全过程"零缺陷"的管理 要求方案要传达到每个