

■ 沈英甲

“脑死亡”： 科学与伦理的 再次交锋

2003年2月25日，武汉同济医院的专家按照世界医学权威机构对于“脑死亡”的定义和国家卫生部“脑死亡”法起草小组的最新标准评估，在征得病人家属的同意后，宣布一位脑干出血的毛姓患者正式死亡，这也是中国内地首例真正意义上的“脑死亡”病例。

武汉同济医院以极为严格的程序和审慎的态度宣布了中国第一例“脑死亡”，无论对于医学界还是对于公众来说，这都是意义重大的事件。在中国还没有“脑死亡”的相关立法，“脑死亡”诊断标准还在草拟阶段，宣布“脑死亡”既需要科学的程序，更需要勇气，还需要社会的广泛理解。据报道，在征得患者的30多位家属一致签字之后，医生才停止了“脑死亡”者呼吸辅助设备，由此可见群众对“脑死亡”的理解已经有了可喜的进步。

但是全国首例“脑死亡”事件，还是受到一些人的非议：心还在跳，怎么能不抢救？诸如此类议论纷纷。当事人家庭承受了巨大的压力。专家们希望能有更多的人像死者的家属一样，尊重科学，多一些理解，少一些责难。医学界已承认“脑死亡”比“心死亡”更科学，但在世俗力量面前，这种观念往往得不到人们的理解，甚

至还引发矛盾和冲突。当事人家庭所承受的压力，正是传统观念和科学的交锋，这也是“脑死亡”立法与否在中国争论达二十多年的主要原因。

■ “脑死亡”判定更科学

参与抢救毛姓患者的医生之一，“脑死亡”协作组负责人陈忠华教授，多年来一直致力于推动“脑死亡”立法。他解释：人在“脑死亡”后，心脏仍可以依靠机器和药物维持。但如果患者大脑全部功能不可逆地衰竭并永久性丧失，也就是脑部神经死亡后，就不可再生。“脑死亡”就意味着人的真正死亡，脑死亡比心脏死亡更科学。

目前有14个国家为“脑死亡”立法。1986年以来，我国医学专家就在为“脑死亡”诊断标准以及立法多方呼吁。国家卫生部的“脑死亡”诊断标准已六易其稿，但仍然没有进入立法程序。那么，实施脑死亡究竟有何意义，实施脑死亡的障碍又在哪里？有关医学专家认为，确认脑死亡观念和实施“脑死亡”，可以适时地终止无效的医疗救治，减少无意义的卫生资源消耗。

一个已经“脑死亡”的患者，在凭借机器和药物的情况下，发展到心死亡，平均约有7天时间。其间，医务人员不得不进行大量无效的“抢救”工作，而一个“脑死亡”者，每天要花数千元以维持呼吸、心跳。对死者来说，这种做法既不科学，也无价值。“脑死亡”立法不仅仅是为了节约资源，也是为了让死得更有人尊严。实施“脑死亡”标准，为“脑死亡”立法，是尊重科学，移风易俗的大事。

“脑死亡”作为一种更科学的诊断标准，目前已被包括中国在内的约80多个国家承认。

■ 脑死亡标准首次被披露

以前只出现在医学教材上的“脑死亡”诊断标准将被列为法律规定，由国家卫生部“脑死亡”法起草小组制定的“脑死亡”诊断标准对“脑死亡”做了严格定义。诊断标准中规定，“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。患者的临床症状为深昏迷，脑干反射全部消失，无自主呼吸（靠呼吸机维持，呼吸暂停试验阳性），脑电图平直，经颅脑多普勒超声诊断呈脑死亡图形，且观察12小时无变化，方可确认为“脑死亡”。目前医院只有临床死亡标准：心跳、呼吸停止，心电图呈直线、瞳孔散大等。

以前我国对“脑死亡”没有明确的法律定义，“脑死亡”的评定方法只出现在20世纪90年代的教材里。”天坛医院神经外科副主任王贵怀医生说。旧的“脑死亡”诊断标准是：患者只有心跳，没有自主呼吸，深昏迷，脑电图呈直线，对外界刺激没有反应。据北京博爱医院神

经科张通主任介绍,除了外伤,造成“脑死亡”的疾病有脑炎、脑出血、脑缺氧和窒息。

据了解,在“脑死亡”的状态下,患者各种脏器是完好无损的,血液中还有氧气,是做移植手术、挽救他人的最佳时机。当然实施移植手术的前提是患者或家属同意。但实际上,家属看到亲人仍有心跳,在呼吸机的帮助下仍在呼吸,就认定亲人还活着。其实“脑死亡”已经没有抢救意义了,继续维持只能无端浪费钱财。

从器官移植的角度说,人“脑死亡”之后,其他器官可以捐献出来拯救别人的生命。因为“脑死亡”后的病人有一段时间脏器血液循环还未停止,此时实施器官移植手术容易成功。在英国,一个人捐献的器官和组织可以帮助30个到40个需要进行不同类型器官移植的病人。

■科学还是伦理

由医学专家以国家卫生部“脑死亡”法起草小组的身份,在正式场合公布“脑死亡”诊断标准,其意义不同寻常。“脑死亡”立法在稳步推进,以“脑死亡”来界定生死,大概已经是时间早晚的问题。

媒体评论员张天蔚指出,如果以唯物主义的观点视之,人的死亡首先是一个科学问题。如何对待死者,才是社会伦理问题。而在人们的经验中,以呼吸、心跳长时间停止为表征的死亡,是一个可以直观判定而无须争议的事实。科学问题已经解决,随之而来的伦理问题可以与科学问题截然分开。

在人们还不能普遍接受以科学的而非经验的方式对生命进行判定时,科学问题就与伦理问题搅到了一起。在过去关于“脑死亡”的各种争论中,医学家们始终坚持“脑死亡”就是死亡,因此“脑死亡”标准的实施并不给人们增加额外的伦理难题。而反对实施“脑死亡”标准的人也往往首先对“脑死亡”的科学依据提出质疑。而如果这一关不过,那么生者面对的伦理问题就不是如何对待死者,而是拯救还是放弃的伦理困局。

因此,如果要推动“脑死亡”立法,医学界首先要做的是清晰地将科学问题与伦理问题进行剥离,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。在这个基础上再来谈论死者的医疗费用,或对死者的器官移植,应该没有太大的障碍。

不幸的是,医学界在提出“脑死亡”立法的同时,就急切地提出了节省医疗费用和脑死亡者的器官利用价值问题,甚至有人直接将其列为推动“脑死亡”立法的理由。尽管上述两个问题可能一直在困扰着我们的医生,但在普通百姓还不敢以“脑死亡”来对自己的亲人进行

是死是活的判断的时候,医学界即使有充分的科学依据,也需要在论证的过程中充分考虑到公众的心理感受,以消除公众的伦理困惑。卫生部官员曾表示,即使“脑死亡”立法,“脑死亡”和传统的死亡标准也可以“并行”,这应该是一种合理的选择。

张天蔚说,人类对自己、对生命、对死亡的认识,总是在不断地发展。现在被视为“自然”的死亡标准,一定也曾经有过不断被验证然后被普遍接受的过程;第一个把不再喘气的亲人埋掉的人,一定也有过踌躇。因此如果“脑死亡”确实是一个可靠的标准,就一定会逐渐被公众所接受。在此之前,最好还是慎言“脑死亡”者的利用价值。

■“脑死亡”是个科学问题

在科学日益发达的今天,死亡不再是一个常识问题,而是科学性很强的问题。一个按常识判断已经“死亡”的人,在现代医学的拯救下,很有可能死而复生。同样,在我们常识看来还活着的人,在西方许多国家的法律中,早已被判断为死亡,“脑死亡”就是这样的情形。根据医学和法学界提供的材料,世界上已经有80多个国家以法律或医学标准的方式承认“脑死亡”,并以“脑死亡”作为医疗和法律的结论。不过,对于许多中国人来说,目前还只能接受一种常识化的死亡标准——心跳和呼吸都停止,身体冰凉。

有报道说,中国第一个提出“脑死亡”立法建议的是一个搞器官移植的医务工作者,为了照顾公众的情绪和理解力,也为了减轻认知方面的阻力,国家有关部门在制定“脑死亡”标准时,一直坚持“让器官移植专家走开”。而坚持以“脑死亡”为死亡标准的医学界人士在几乎所有的场合也一再声明,节约医疗资源、提供器官移植并不是制订“脑死亡”标准的直接和主要动力。

媒体评论员蔡方华先生说,国际医学界一直也把“脑死亡”与器官移植区隔开来,避免公众的误解,但是,在一些国家的立法中,并没有回避器官移植,德国就是新的器官移植法中,首次承认了“脑死亡”,日本也是在器官移植法中把“脑死亡”作为医学和法律死亡的标准,这样的例子不少。公众对科学的信赖超过了常识,普遍认同“脑死亡”的科学基础,了解“脑死亡”的判定程序,就没有必要回避器官移植。所以,如果能让中国的老百姓也接受“脑死亡”的标准,重要的不是择清“脑死亡”与节约资源、器官移植的关系,而是要反复讲明“脑死亡”是一种科学结论,是被世界上许多国家反复证明、并无争论的科学定论,接受“脑死亡”标准其实是对生命的真正尊重。■

【责任编辑】庞云