

对我国脑死亡立法问题的反思

胡林英^①

摘要:在对1999年以来我国脑死亡问题的研究成果进行初步梳理的基础上,针对我国学者主张脑死亡立法的主要论据,提出并分析了脑死亡问题的三个主要问题:(1)脑死亡是真正的死亡吗?(2)能否以经济效率的考量来定义生死?(3)器官移植和脑死亡到底有什么关系?还提出,脑死亡立法需要在我国现实的医疗卫生条件下进行讨论。

关键词:脑死亡,经济效率,器官移植

中图分类号:R-052 **文献标识码:**A **文章编号:**1002-0772(2008)1-0020-03

Reconsider Legislation of Brain Death in China HU Lin-ying, Medical Ethics Department of Health Science Center for Peking University, Beijing 100083, China

Abstract: To study major research results on brain death in China since 1999. Contraposing Chinese scholars' main arguments for the legislation of brain death proposed and analyzed three issues of brain death: (1) Is brain death real death? (2) Should death be defined by implications of economic efficiency? (3) What is the relationship between organ transplantation and brain death? Meanwhile, this paper argued that the moment of death could not be discovered by any scientific knowledge; any studies on brain death should be conducted under the conditions of Chinese health care.

Key Words: brain death, economic efficiency, organ transplantation

我国医学界对脑死亡问题的研究表现出惊人的一致,即以现代科学的力量推动脑死亡立法,以人文精神的名义要求器官捐献。笔者对1999年以来我国学界对脑死亡问题的研究成果进行了初步的梳理,发现我国学者主张脑死亡立法的主要论据有以下三个方面:

(1)脑死亡是真正的死亡。和传统死亡相比,脑死亡更加符合科学的标准,是对个体死亡更接近本质的全新认识;以脑死亡作为死亡标准体现了医学的进步,也体现了人类对死亡认识上的进步^[1]。

(2)节约有限的医疗资源,减少患者家属与社会的治疗压力。有文指出,对脑死亡者来说,医疗上的任何努力已经无济于事,除了耗费人力、物力、财力之外无任何其他益处。如果医疗部门能把这笔款项用来抢救另外一些可以治愈的病人,就为社会节省了巨大的财富^[2]。

(3)脑死亡标准对器官移植有着重要意义。学者普遍认为,器官移植技术日臻完善,但世界各国都面临着一个共同的困难就是如何解决器官移植的供体来源。以心肺功能丧失作为死亡的判定标准,呼吸循环停止导致体内器官缺血性坏死,从而大大降低了移植手术的成功率。而实行脑死亡标准,医生可以通过现代医疗技术,使脑死亡病人的心、肺及其他器官免于衰竭,这些脑死亡病人的器官便成为移植手术的理想供体^[3]。

笔者认为,以上三点主张看似有理,但实际上存在着诸多问题,需要进行深入论证。本文将从伦理学的角度对上述三点论据逐一加以剖析。

1 脑死亡是真正的死亡吗?

有专家曾在其文章中称,“脑死亡=死亡”乃是科学真理^[4]。事实是否真的如此呢?我们需要对脑死亡这一概念做一个更加清晰的透视。

1959年法国学者第一次提出“脑死亡”这一概念,但当时“脑死亡”并不是作为死亡标准提出来,而仅仅是指一种特异病

态^[5]。1968年哈佛大学医学院特别委员会(The Adhoc Committee of the Harvard University Medical School)提出死亡的新标准,即,不可逆转的昏迷和无可识别的中枢神经活动^[6]。1981年美国总统委员会颁布“统一判定死亡法案(the Uniform Determination of Death Act)”,规定符合下列情况者可以被判定死亡:(1)循环功能和呼吸功能不可逆转地停止;或(2)包括脑干在内的全脑不可逆转地失去所有功能^[7]。这一标准遂被美国及世界许多国家引以为判定死亡的标准。

自脑死亡标准提出以来,脑死亡问题就被认为是一个“被迅速解决,但又一直悬而未决的问题”^[8]。虽然“脑死亡”这一概念在世界范围内广为接受,但关于脑死亡的诊断标准和脑死亡标准的价值与意义一直存在着激烈争论。

首先,传统的死亡是指个体的循环、呼吸和神经功能停止。其中一种功能的消失会导致其他两种功能停止,从而丧失三种功能。这种死亡标准直接有效。但随着呼吸机和心肺支持设备的发展,个体在没有任何可检测出的神经功能的情况下,仍然可以继续呼吸和循环。也就是说,尽管个体失去大脑功能,但仍然会保留大部分生命体的指征。哈佛大学医学院麻醉学系教授Robert D. Truog曾用正常人的生命特征对活着的人、脑死亡者和心死亡者进行了对比^[9]:

活人的特征	活着的人	脑死亡者	心死亡者
心脏跳动 温暖,血液循环良好	有	有	无
呼吸	有	有(呼吸机支持下)	无
重要器官(如肝、肾)保持功能	有	有	无
肉体的生长发育	有	有	无
再生的能力	有	有	无
意识能力	有	无	无

有人会指出,脑死亡者只有在呼吸机支持下才能呼吸,因此应该被看作是无呼吸。这种观点看似有理,实际上却是站不住脚的。因为首先他们是在呼吸,胸腔起伏,空气由肺部进出。其次,是否需要呼吸机支持才能呼吸和是否存在生命并不必然相关。比如,许多颈部瘫痪的患者都无法自主呼吸,靠呼吸机维持,但这一点从来没有被当作是死亡的标志。再进一步讲,依靠

① 北京大学医学部医学伦理学教研室 北京 100083

现代医学设备维持身体重要器官功能,使生命得以延续,正是医学科学的进步给人类带来的无限福祉。想象一下世界上有多少人要靠心脏起搏器来维持心脏跳动,又有多少人在靠定期的血液透析来维持生命,就足以证实这一点。

此外,目前脑死亡的诊断标准能否满足“包括脑干在内的全脑不可逆转地失去所有功能”这一要求也遭到越来越多医学科学家们的质疑。越来越多的证据表明,满足当前脑死亡临床诊断标准的患者并不一定会丧失全脑的所有功能。许多在临床上被诊断为脑死亡的患者仍然保持着下丘脑分泌功能和脑电反应,还有证据表明,某些脑死亡者还有对环境做出反应的迹象;而且,从生理学上,大脑被定义为中枢神经系统,但许多被临床诊断为脑死亡的患者却仍然以脊髓反射的形式保留着中枢神经系统的活动^[9]。不仅如此,在国际麻醉学界,甚至对于脑死亡患者摘除器官时是否应该施以麻醉这一问题还存在着激烈的争论^[11]。

鉴于上述论点,我们可以看到,脑死亡的概念虽然在世界范围内得到一致接受,但脑死亡的诊断标准仍然存在分歧;脑死亡的临床诊断标准无法满足脑死亡的核心条件。脑死亡的判定,以及脑死亡是否是真正的死亡等诸多问题仍然充满了争议。而我国有些专家则对这些争议充耳不闻,武断地认为“脑死亡=死亡”是“一个再也简单不过的道理”^[14]。可以说,我国脑死亡立法的主张是以“脑死亡=死亡”为预设前提,而缺少对这一前提进行科学审慎的深究和反思。

2 能否以经济效率的考量来定义生死?

早在1968年哈佛大学医学院特别委员会提出脑死亡标准的时候,就明确表明,对死亡进行重新定义主要为了:(1)减轻患者家庭的负担;(2)腾出ICU的床位,以及(3)获得器官用于移植。^[16]可见,脑死亡的提出本身就是利益权衡的结果。而这种功利主义的考量也成为多年来人们质疑脑死亡的理由。Alexander Capron曾在《新英格兰医学杂志》撰文称:“这种(概念上的)模糊使人们越来越怀疑,死亡成了可以根据功利目的而任意更改的概念。”^[18]脑死亡病人的抢救花费巨大,在美国,及早判定脑死亡并撤销救治,大概能节省4万美元的医疗费用;而在我国,抢救一个脑死亡病人一天的费用也足以救治上百个普通病人。从经济学角度看,脑死亡的诊断无疑符合效率优先的原则。但是人的生命无法用经济学统计数据来加以权衡和取舍。生命伦理学主张,人的生命具有绝对价值,没有等价物可与之相比照。用成本收益分析的方法,否定那些花费成本大收益少的患者的生命价值,去成全全社会经济效率,违背了生命伦理学的基本原则。而且,这种观点容易走向滑坡理论,即,如果以效率优先为原则,是不是所有的残障人士、老年人或其他花费更多医疗成本和生活成本的人群,比健康人群、年轻人群更不值得活在这个社会上?再一步讲,医生职业精神的首要内容就是“患者利益放在第一位”和“尊重生命,救死扶伤”。在我国,不少医生比普通人更加倾向于经济效率的原则,这本身就是令人担忧的。

3 器官移植和脑死亡到底是什么关系?

脑死亡标准的提出从一开始就和器官移植紧密联系。把两者联系在一起的是“死亡捐献原则”(Dead-Donor Rule),即患者在被移植走任何维持生命的重要器官(如,心脏、全肝,或双肾等)之前必须确定为死亡。这一伦理和法律原则禁止为了获得器官而杀害生命,哪怕是为了拯救其他人的生命;这一原则适用于任何人,包括失去意识、极度濒死的人^[12]。尸体捐献向来是器

官的可靠来源。但目前在世界范围内,尸体捐献的器官远远不能满足等待移植的患者的需要。传统标准下死亡的患者,其某些器官常会出现缺血性坏死而无法移植,或因为等待时间较长而大大降低移植的成功率。死亡捐献原则在一定程度上限制了移植器官的获得和使用效率。因此,脑死亡标准的提出对于目前的器官移植而言至关重要,因为如果能够判定仍有循环和呼吸,但丧失大脑功能的人为死亡的话,那么从他的身体中取走器官就成为合法。

对此,Robert D. Truog教授曾提出尖锐批评:“没有其他选择,我们相信,有人会制造出一个合理的功利主义论调,在维护器官移植事业的诸多利益时,忽略掉许多一直没有解决的问题。”^[13]从理论上讲,这种功利主义的主张也存在着诸多问题。在生命问题上,我们坚持“人是目的”的基本原则,正如康德所说,“人是一个可尊敬的对象,这就表示我们不能随便对待他……他乃是一种客观目的,是一个自身就是作为目的而存在的人,我们不能把他看成只是达到某种目的的手段而改变他的地位。”^[14]为了保护接受移植者的生命和健康权利,而对死亡重新定义,否定脑死患者的生命价值,这就意味着前者的生命较后者具有更大的优先权。这一点是违背生命伦理的基本原则的。

基于此,许多国家的生命伦理学和刑法理论界都开始认为,应该把脑死亡与器官移植问题分开讨论。美国总统委员会1981年提出的“统一的死亡判定法案”也持同样的立场。脑死亡是涉及到对脑死患者能否视为有生命的人而予以保护的问题,而器官移植是关系到怎样把移植作为救治患者的必要手段的问题,二者分属不同的理论范畴;如果把二者联系在一起,在判定脑死亡时就难免侧重考虑移植的必要性,以至过早地判定脑死亡,侵害患者的生命权利。在我国有学者声称,实施脑死亡标准,并非是“为了解决‘器官移植供体不足’的问题”。实施脑死亡标准有诸多重大意义,惟有“器官移植受益最小”^[15]。但在我国推动和主张脑死亡标准及脑死亡立法的最重要的力量来自于医疗界的器官移植学专家,这却是一个不争的事实。无论如何,器官移植的伦理基础不需要建立在一个充满争议的死亡的定义上,而应该建立在尊重和不伤害的基本原则之上。

我们相信,现代日益发展的科学知识将使许多医学诊断日益精准。但是对于死亡的诊断和判定却和我们的科学知识水平并不必然相关,也就是说,进步的科学知识和精密的科学仪器并不能产生一个确定无疑的死亡的定义,它和人们对于死亡意义的理解息息相关,而这些理解在不同的医学和社会文化背景下各不相同,难以通约。而且,对死亡的新定义不仅仅牵涉到医学和生物学,从根本上讲,它牵涉到社会、法律和伦理层面的许多问题。这就意味着,生命终止的时间不是任何科学知识或逻辑过程所能够决定的,它必须由社会民众加以选择。根据脑死亡的各种症状可以判断大脑损伤程度和不可逆转性,但是“对死亡的判定仍然需要由社会约定作出”^[19]。

此外,值得提出的一点是,任何科学命题的研究都不能脱离现实的社会条件。在我国,脑死亡问题的研究是在医疗卫生自愿分配不公正、医疗卫生体制亟需改革的前提下进行的。在我国城镇和农村的医疗保障覆盖率逐年下降,卫生统计表明,将近50%的人患病没有得到任何医院治疗。在这种情况下,脑死亡对某些人而言,可能仅仅意味着一种可供选择的科学的死亡标准;但对于大多数民众而言,在巨额的抢救费用带来的巨大的经济压力之下,人们更容易草草选择脑死亡而不愿成为家庭的负

担。另外,国外接受脑死亡标准的一个基本前提是,医生通过自身的专业精神较好地维护了患者对医生的信任,即,患者相信医生以患者的利益为第一位,尊重生命,维护患者权益。而在我国,医患关系紧张,医患信任度降低已是不争的事实。因此,即使脑死亡的判定完全符合科学,人们对脑死亡及其标准的接受仍然有待时日。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 欧阳康.“脑死亡”的价值与挑战[J].华中科技大学学报:社会科学版,2004,(1):54-58.
- [3] 林苗苗,田克敏.浅谈脑死亡及其立法问题[J].理论前沿,2007,(6):42-43.
- [4] 陈忠华,裴法祖.脑死亡者捐献器官——现代科学和人文精神的完美结合[J].中华医学杂志,2004,84(8):618.
- [5] D. A. Shewmon. Recovery From Brain Death: A Neurologist's Apologia, [J] Linacre Q., 1997, 75(30): 32-37.
- [6] A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death [J], JAMA 1968, 337(205): 337.
- [7] President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Defining Death: A Report on the Medical, Legal, and Ethical Issues in the Determination of Death [R]. Washington, DC: Government Printing Office, 1981.

- [8] Alexander M. Capron. Brain Death—Well Settled Yet Still Unresolved [J], New England Journal of Medicine, 2001, 344(16): 1244-1246.
- [9] Robert D. Truog, Walter M. Robinson. Role of Brain Death and the Dead-Donor Rule in the Ethics of Organ Transplantation [J], Critic Care Medicine, 2003, 31(9): 2391-2396.
- [10] Truog R D, Fackler J C. Rethinking Brain Death [J], Critical Care Medicine, 1992, 20(12): 1705-1713.
- [11] Young P J, Matta B F. Anaesthesia for Organ Donation in the Brainstem Dead: Why Bother? [J], Anaesthesia, 2000, 105(55): 105-106.
- [12] John A. Robertson. The Dead Donor Rule [J]. Hastings Center Report, 1999, 29(6): 6-14.
- [13] Robert D. Truog, Walter M. Robinson. Role of Brain Death and the Dead-Donor Rule in the Ethics of Organ Transplantation [J]. Critic Care Medicine, 2003, 31(9): 2391-2396.
- [14] 康德.道德形而上学原理[M].上海:上海人民出版社,1986:80.
- [15] 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.
- [16] Dagi T F, Kaufman R. Clarifying the Discussion on Brain Death [J]. Journal of Medical Philosophy, 2001, 26(9): 503-525.

作者简介:胡林英(1974—),女,哲学博士,北京大学医学部医学伦理学教研室副教授,主要研究方向:生命伦理学、科研伦理学、医学伦理学。

收稿日期:2007-10-10

修回日期:2007-11-27

(责任编辑:杨阳)

(上接第12页)合征等等,这些综合征常常都有下述主要表现:如眼睛干涩、视力下降、头晕、头痛、肩—颈—背部肌肉僵硬、酸困、常伴有胸闷、易汗出等,这些,也都属于比较典型的亚健康表现。由于它们的发生场所多由于不良工作习惯和行为导致的。因此,可将它们统称为“不良工作习惯综合征”。

这类症候群相对较单纯,通过适当运动,合理安排工作时间等措施,上述症状可以明显改善。

20世纪90年代中期以来,社会的各种资源都以极快的速度向有限的大城市中积聚,在这种情况下,发展的机会也就越来越集中在这些地方,而这些地区社会生产力快速提高,分工日益细化,大量的财力、人力资源、学术资源和机会高度集中,共同“发酵”出各种现代新综合征。可以说,诸种综合征的产生是在整个社会高度失衡的背景下出现的,是环境、心理、生理等因素共同作用造成的结果。因此,消除社会结构的失衡,建立一个宽松良好的工作场所,是改善白领人群身心健康的重要环节。

工作场所是一个复杂的系统,包含了多种社会和环境条件,这些条件共同影响员工身体、心理和社会的健康^[2-3]。尽管早期常常表现为亚健康(各种现代新综合征),但改善办公室人群的工作场所和其他生活场

所(如居住环境、上下班的方式和社区卫生服务系统等)^[6]一样至关重要,因为他们的健康受到了所有这些生活环境因素的影响。进一步而言,社会生态学模式强调:健康、亚健康和疾病受社会生态中多因素、多水平和多层次影响,可以说涉及到人及其所处环境的方方面面,并且,健康、亚健康和疾病的表现可以在多种分析水平上被检验出(如生理的、心理的、人际之间的、组织的、生活环境的、制度的和社区水平的)。因此,需要从上述各个不同的领域提出有关增进健康,逆转亚健康和防范疾病的措施和研究方法,并使之成为一体。这才是现代人所期盼的健康事业。

参考文献

- [1] 刘增桓,何裕民.心身医学[M].上海:上海科技出版社,2000:8.
- [2] Stokols D. Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion [J]. Am Psychol, 1996, 47(1):6-22.
- [3] Quick J C. Stress and well-being at Work: A assessments and Interventions for Occupational Mental Health [R]. Washington DC: American Psychological Association, 1998: 56-63.

作者简介:张琦(1982—),女,陕西西安市人,医学硕士,从事中医基础理论体质学说方向研究。

收稿日期:2007-10-23

修回日期:2007-12-10

(责任编辑:赵明杰)