

验目的、意义、方法,使病人对此有一定了解,消除恐惧心理,从而积极配合。

3.2 严密观察试验反应 在点刺过程中,高敏病人可能会发生较强烈的局部反应,点刺部瘙痒、起皮疹,个别病人会出现严重的全身反应。如过敏性休克可发生在给予变应原后几秒钟至几分钟,其典型的警觉症状是舌头上下、咽部、特别是手心和脚底瘙痒和热感。因此,在试验时应嘱病人若有异常不适及时告之。在变态反应室应备有抢救设施及药品,若出现过敏反应立即进行治疗和抢救。本组 120 例点刺试验均未发生全身性过敏反应。

过敏性皮肤病病因较复杂,临床上常找不到明确病因,给预防和治疗带来困难。因此,明确过敏原对变态反应性皮肤病有

重要意义。皮肤点刺试验费用低,过程简单无需其他设备,短时间内即可检测出病人过敏源,不依赖病史,痛苦小,病人易接受。通过试验可以为临床诊断治疗及预防提供有效依据。

参考文献:

[1] 马川,李林峰,陈学荣.过敏性皮肤病患者血清吸入性过敏原特异性 IgE 研究[J].临床皮肤科杂志,2002,31(1):15-16.

作者简介:郭忻梅(1961—),女,山西省沁县人,主管护师,大专,从事皮肤科护理工作,工作单位:044000,山西省运城市中心医院;冯敏竹工作单位:044000,山西省运城市中心医院。

(收稿日期:2005-09-27;修回日期:2005-12-13)

(本文编辑 寇丽红)

## 对脑死亡的伦理思考

### Ethical thinking on brain death

胡斌毅

Hu Binyi (Chinese Mining University, Beijing 100083 China)

中图分类号:R47 文献标识码:C

文章编号:1009-6493(2005)12C-2782-02

脑死亡的提出,是现代科技发展使人们对死亡概念认识深化的结果。几千年来,人们一直把呼吸、心脏停搏看成是人死亡的标准,但随着现代医疗技术的进步,在许多情况下不能因为一个人的心脏停止跳动而轻易的宣布他的死亡。如何判断一个人的死亡,无论在医学、伦理学上都是一个非常重要的问题。

#### 1 新的死亡标准,脑死亡概念及含义<sup>[1,2]</sup>

1968年,美国哈佛大学医学院死亡审查委员会,对死亡的定义和标准提出了新的概念,即“不可逆转的昏迷或脑死亡”。新的死亡诊断包括:①对外部的刺激和内部需要无接受性和无反射性;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。以上各症状在 24 h 以上重复多次而没有变化,才能确认为死亡。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。脑死亡是指包括脑干功能在内的全脑功能不可逆和永久的丧失。虽然在给以呼吸机辅助呼吸和心血管药物支持时,呼吸和心跳都能在没有中枢神经系统调节的情况下维持相当一段时间,但对于生命已无实际意义,大量临床研究发现,对这类病人进行的抢救最终都归于失败。

#### 2 脑死亡立法的必要性<sup>[3]</sup>

由于一个人的死亡不仅意味着他个人的一些基本权利和义务的终止和转让,而且也会引起亲属及其他相应社会关系的法定权利和义务的变化,所以,死亡标准的判定又是一个严肃的法律问题。人类几千年来已习惯上将心跳呼吸停止当成死亡的标志,是否从法律上承认脑死亡,直接关系到一个已经处于脑死亡,但没有达到现行死亡标准(心脏死亡)的人的法律定位,关系到临床医生对于脑死亡病人的处置,涉及脑死亡病人死后利益

准,停止对已经脑死亡但尚未到达心脏死亡的病人进行抢救是不道德的,并构成治疗上的过失;如果直接从其身上摘除器官,将有可能构成伤害罪或者杀人罪等。因此,除了严格按照科学标准确定脑死亡外,还必须通过严肃的法律程序确定脑死亡病人为死亡,才能避免由此而产生的混乱。

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。

#### 3 脑死亡的伦理前提<sup>[4]</sup>

脑死亡标准的建立,不仅事关病人及家人的利益,也与公共利益和社会秩序的稳定密切相关。脑死亡的标准涉及伦理学、法学、社会学和医学等多方面的问题。对人的尊重是首要的伦理原则也是它的前提。尊重人包括尊重人类生命的尊严、尊重人格、尊重人的自主性、自主决定权等。

首先,生与死组成了一个完整的生命过程。人类“生死亦大”,生死标准,是人民的重大利益问题、重大情感问题。生命尊严并不仅仅限于生的阶段,死与生同样可以体现人类生命的尊严。当人类由于科学的进步而对死亡有了一种新的认识的时候,采用立法的形式将人类对死亡的新认识固定下来,是充分体现对人类生命尊严尊重的形式。

其次,脑死亡要体现对公民自主决定权的尊重。在涉及人的生死标准这样重大问题的時候,必须尊重人的自主性,充分尊重每个人的自主决定权。卫生部官员曾表示,即使脑死亡立法,也应实行呼吸心脏停搏死亡和脑死亡两种标准并存,两种选择自主的并行方针,也就是公民生前和死后,其亲属及其当事人有自主选择哪一种死亡判定标准的权利。这样做,①照顾到了我国公众的传统文化观念,有助于消除由于传统文化观念对公众的影响,进而可以进一步消除对脑死亡立法的阻力;②从现实出发,考虑到了我国现有的医疗条件和医疗水平,因为毕竟大多数基层医疗单位都不具备能准确判定脑死亡的医疗设备和具有足够医疗水准的专业医生。如果仅将脑死亡定为判定死亡的唯一标准必然会遇到极大的困难,甚至发生混乱。

第三,体现知情原则。每个人在作出任何自主选择之前都有一个前提,即对他所选择的对象要有充分的了解,不知情是无法进行自主选择的。所谓“知情”,一是要让公众明确什么是脑

要让公众知道脑死亡与呼吸心脏停搏的关系;人处于昏迷状态、植物状态与脑死亡之间的严格区别;脑死亡最起码的检测方法等。但除此以外,由于我国的儒家文化传统具有浓厚的宗教观念和先人崇拜意识,脑死亡者的亲属很难将仍然具有体温、心脏跳动的病人看作为死者。因此,要改变这种社会的、传统的观念,仍然需要一个较长的宣传工作的过程。

#### 4 脑死亡应遵循的伦理原则——有利、公平<sup>[5]</sup>

有的学者以唯物主义的观念视之,他们认为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。他们要清晰地将科学问题与伦理问题进行剥离,但脑死亡不只是一个纯科学问题,仅仅尊重科学事实并不是推动脑死亡立法的唯一动力,实际上,很多人在选择脑死亡作为判断是否死亡的标准时却是和医疗保险、财产继承、器官移植、家庭义务、刑事责任等问题联系在一起的。推动脑死亡立法的强大动力必然和社会的某些实际利益有所联系,由此也就需要建立一个合理的伦理原则,即有利与公平。

第一,在合理使用有限的医疗资源基础上的有利与公平。一个国家或社会的医疗资源是有限的。自从在医学上不断应用新科技成就以后,不论是论断或治疗,都直接或间接地受到了影响。有些是医生们引用新科技、有些是病人要求应用,结果医疗费用很高,也使得医疗资源分配问题变得尤为突出。这时一般人所接受的伦理标准是在相对的价值比较下,采取有利和公平的原则,考虑公众的最大利益,以大多数人的最多利益为基础进行医疗资源分配。对已经脑死亡的病人放弃无效的治疗抢救措施,肯定会减少社会和家庭支付的医疗费用,节约医疗资源。可以说,这也是确立脑死亡标准的社会意义和医学价值所在。另外,我们也可以看到那些极力主张将脑死亡与器官移植、医疗保险等实际利益性问题分开、割裂开考虑的学者,他们也认识到了为抢救脑死亡病人所造成的大量医疗资源的浪费。粗略估计,对已经脑死亡的病人进行徒劳无功的安慰式、仪式性的“抢救”,每年要浪费千万元的医疗费用,同时也严重影响了医务人员进行其他更重要的抢救工作。而这些医疗资源完全可以使其他更多的病人得到积极的治疗。

第二,在利于器官移植发展基础上的有利与公平原则。死后捐献器官造福他人,在现代社会被人们认为是一项善举。通过脑死亡立法,如果脑死亡者自愿捐献器官,将为器官移植开辟最广泛的前景,必然国利民。一些做器官移植手术的医生和盼望器官移植的病人都将期待着脑死亡立法的早日到来。

#### 5 对脑死亡的一些反思<sup>[6,7]</sup>

首先,脑死亡标准事关生命权利,必须要由有权制定条例或法律的行政机构或立法机构制定颁布。死亡标准涉及公民的生命健康权,而保护公民生命健康权是我国《民法通则》明确规定的。脑死亡标准的确定至少涉及对这一条法律的解释:什么时候公民的生命健康权已经丧失?因此,由一家医院来试行脑死

亡标准,是不妥当、不可取的,而应由权威机构制定、颁布法律来予以试行。即使家属同意这样做,他们仍然可以在他们认为需要时控告医生和医院,因为公民的生命健康权这个基本权利不可侵犯。

其次,生命伦理学专家邱仁宗指出,对中国人来说,心脏是人类生命中枢的看法似乎更为强烈,至少从孟子开始,就认为心脏是血液和精神活动中心(“心之官为思”)。从传统的心脏死亡概念到“脑死亡”概念是一次范式的转换。这种转换包括生命观、死亡观的转变,认知上的转变,也包括感情上的转变。毕竟,心脏停止跳动,是人们在直觉上和感情上容易接受的死亡概念,容易与悲痛的感情联系在一起。

日本国民到 1997 年才部分接受脑死亡概念,同年日本法律决定心脏死亡和脑死亡概念并存,由当事人选择。这一方面说明,只要经过理性的讨论,人们最终能够接受脑死亡概念,另一方面也说明,接受脑死亡不只是一个科学问题,它是一个要将科学与伦理结合起来考虑的问题,进而也就需要一定的时间来让我们公众接受的问题。

最后,在提倡脑死亡时,没有必要回避医疗资源分配、器官移植等实际利益性的问题,恰恰是因为这些问题与脑死亡有关才形成了社会上推动脑死亡立法的动力,否则脑死亡就只成了一个纯科学问题了。实际上,国际医学界一方面从事实上认定脑死亡概念的确定与器官移植之间没有必然的联系,避免公众的误解,但另一方面也从不否认脑死亡与器官移植的关系。例如,德国就是在新器官移植中,首次承认了脑死亡,日本也是在器官移植中把脑死亡作为医学和法律死亡的标准等,这样的例子不占少数。所以,只要公众对科学的信赖超过了常识,普遍认同脑死亡的科学含义,了解脑死亡的鉴定标准及所遵循的伦理前提和原则,那么也就能接受脑死亡,从而达到对生命的真正尊重。

#### 参考文献:

- [1] 邱仁宗. 生命伦理学概论[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2003: 1.
- [2] 沈铭贤. 生命伦理学[M]. 北京: 高等教育出版社, 2003: 1.
- [3] 徐宗良. 生命伦理学: 理论与实践探索[M]. 上海: 上海人民出版社, 2002: 1.
- [4] 倪慧芳. 21 世纪生命伦理学难题[M]. 北京: 高等教育出版社, 2000: 1.
- [5] 李玉珍. 医学与生命伦理[M]. 北京: 科学出版社, 2003: 1.
- [6] 孙慕义. 新生命伦理学[M]. 福建: 东南大学出版社, 2003: 1.
- [7] 中山研一. 器官移植与脑死亡[M]. 丁相顺, 译. 北京: 中国方正出版社, 2003: 1.

作者简介: 胡斌毅(1975—), 女, 山西人, 研究生, 工作单位: 100083, 中国矿业大学。

(收稿日期: 2005—10—21)

(本文编辑 寇丽红)

祝护理界同仁元旦快乐! 万事如意!