第 23卷第 4期 Vol 23 No 4 中国医学伦理学 Chinese Medical Ethics Aug 2010 2010年8月

非脑死亡患者 399例放弃治疗后 死亡伦理与法律思考

姬绍先,欧阳九鸿

(武汉市中心医院神经外科,湖北 武汉 430014)

摘要〕目的 总结 399例非脑死亡患者在住院期间放弃治疗后死亡的事例,分析放弃治疗的原因、放弃治疗涉及医学、伦 理、法律和社会保障等问题。方法 重审我院 2007~2008年死亡的病历,将放弃治疗后死亡的病历分类分析统计。结论 病 情恶化、病程不可逆转是放弃治疗的主要原因。 医生应该尽告知义务,要尊重患者生命权、健康权、知情权、选择权、决定权和隐

私权。医生没有放弃治疗的权利。患者和家属应该签署"放弃治疗"的医学文书,以示对"放弃"负责和承担相关后果。在法律

关键词]放弃治疗:非脑死亡:疾病晚期;医学伦理学:死亡伦理

的基础上,弘扬我国社会和谐,人文道德,医学伦理。

仲图分类号]R-052 〔文献标识码〕A [文章编号]1001-8565(2010)04-0118-03

The Patients with Non—Brain—Death Die after Gyng up Tream ent, Ethical and Legal Reflection JI Shao— xian OU— YANG Jiou— hong

(Department of Neurosurgery Wuhan Central Hospital Wuhan 430014 China)

Abstract Objective To sum up 399 cases of patients with non—brain—death who died after giving up

treatment the authors and yze the reasons of their giving up treatment Methods Medical data were gathered from the deaths of in-patients hospitalized during the year 2007-2008 in Wuhan Central Hospital Result Turns for the worse and the malignant nature of diseases are the main reasons for giving up treatment Doctors have no right to

give up treatment for any patient At present the law does not support doctors to give up the treatment in China The doctors should inform patients and their familes of the illness state. The patients and their familes have the right of "

knowing electing and deciding" during he examination and treating process. In case of giving up treatment an

informed form must be signed by the patients and/or their families and take corresponing responsibility for their choice of giving up treatment Based on legislations medical staff should develop the idea of social harmony morality and medical ethics in our country

Keywords Giving up Treatment Non—Brain—Death Terminal Stage of Disease Medical Ethics Ethics of

Death

12月我院 399例非脑死亡患者放弃治疗后死亡的病历,报告 如下。

1 一般资料

放弃治疗涉及医学、法律、伦理、社会保障等诸多问题,

特别是伦理与法律问题。作者总结了 2007年 1月至 2008年

自 2007年 1月至 2008年 12月,全院死亡病案总计 1313

例, 作者对全部病 历进行 重审, 其中非 脑死亡 患者 或家 属出 于不同的原因表达放弃救治后死亡 399例, 占同期死亡病例

的 30.4%,其中男性 245例,女性 154例。年龄在 16~94 岁, 高峰年龄为 70~79岁, 平均年龄 69.96岁。年龄组分布: 大于 90岁 6例, 80~89岁 84例, 70~79岁 145例, 60~69岁

74例, 50~59岁 67例, 40~49岁 19例, 小于 40岁 4例。其

中,60岁以上的老年患者占 77.4%。

2 方法和结果

放弃救治的含义和范围:在患者和家属完全知情后,患 者本人或家属选择拒绝相关检查,放弃治疗和抢救措施、限 制医护人员实施医疗作为、限制药物使用范围、限制医疗设

等。在病历中,家属签字明确表达了放弃的内容和意愿,视 为放弃治疗的病例。 重审放弃治疗的病历,分别统计。完全放弃治疗 215例

(占 53.9%) 包括停止一切检查和治疗、仅仅保留形式上支

持疗法、给予临终关怀和安抚或出院回家。 部分放弃治疗 184例 (占 46 1%),包括限制医护人员实 施医疗作为、限制药物使用范围、限制医疗设备的使用、拒绝 无创性或有创性的检查、拒绝有风险性治疗或有创伤的治 疗、拒绝气管插管和切开、不进监护室、仅仅给予对症处理等 等。没有医生主动放弃治疗的病例。

死亡诊断分类 (以第一诊断为主):恶性肿瘤 173例 (43.4%) 脑血管病 91例(22.8%) 呼吸系统感染 53例 (13.3%) 肾脏疾病 24例 (6%) 腹部感染 14例,心血管病 13例,血液疾病 12例,多器官功能衰竭 8例,肝功能衰竭 4 例,其他 7例。 患者社会状况: 我院位于武汉市中心城区, 为市属中心医

院(国家三级甲等综合性医院)。患者以中心城区居民、企业、

■ 極绍先、等: 非脑死亡患者 399例放弃治疗后死亡伦理与法律思考 医疗保障占 329例(82.5%),自费 57例(14.3%),公费 4例 元。社会医保、公费、保险和单位报销的患者超过 342例,占 (1%),其他如保险、实报实销、先垫付后报销等 9例(2.3%)。 本组 85.7%。 其余不足 57例现金缴费。签字放弃治疗时,放弃治疗的患者最后一次住院发生的医疗费用人均 12620 83 家属明确表达有医疗费用困难的病例仅 3例,占 0.8%。本元,自费患者人均费用 9443.16元。最后一次住院时间 1至 组虽然没有真实的反映医疗费用对家庭有多大的压力,但是

332例(83.2%),有医生病程记录,无患者方签名的病例8例 (2%)(包括患者对抗医疗后死亡,1例服用大量安眠药,另1 例患者本人强行拔去各种治疗管道)。 按签署放弃救治至患者死亡的时间长短,将病例分为三 组:签署放弃意愿至死亡时间,在 24小时以内死亡,称临终 放弃治疗,共 129例(32 3%);在 24~72小时内死亡,称病 危病重期放弃治疗,共 140例 (35.1%),超过 72小时的死亡 病例,称疾病晚期放弃治疗,共 130例(32.6%)。 全组无医患纠纷或家属成员之间法律纠纷。 3 讨论 3.1 非脑死亡患者放弃救治的原因 3.1.1 病情恶化是患者和家属放弃救治的主要原因。 本组患者均处于病程的晚期、垂危期和临终期。放弃救 治后,患者生存的时间很短,从 1小时至 31天不等。 放弃治 疗后 72小时以内死亡的达到 67.4%。当医师充分告知病情 后,家属理解了疾病的后果,不愿增加患者痛苦,希望患者平 静地离去,选择了放弃救治。在本组病例中,从诊断、治疗过 程以及放弃治疗时患者状况分析,这种原因是第一位的。 3.1.2 人性化的原因。 患者和家属已经理解疾病性质和预后,担心再做有创伤 的检查和治疗得不到任何效果,反而增加了患者痛苦。疾病 晚期或临终期,家属不愿看到患者再受到病痛折磨。 本组 60 岁以上老年患者占 77.4%, 平均年龄 69.96岁。很多家属持 有"患者年事已高,顺其自然"的想法。因此,在患者弥留之际

比较留恋亲情的时候,家属要求多一点时间陪伴他们度过余

患者本人期盼解除精神和肉体的痛苦,减少对子女和亲

属的负担,拒绝任何治疗和抢救,强烈要求放弃治疗,尽快结

束生命, 甚至在医生和家属没有满足患者要求时, 患者不顾

家属反对,对抗医疗,以致死亡,我们曾经经历过有患者住院

期间发生跳楼、跳江、自杀等放弃治疗的极端情况。医院管

理人员、医务人员、患者家属以及雇佣看护人员都应该警惕

本组最后一次住院费用为人均 1. 26万元。其中, 自费

患者人均费用 0.94万元。享受社会保障医疗的患者,个人

生, 拒绝和放弃患者住进隔离的监护室。

3.1.3 患者要求从疾病痛苦中解脱。

和防范这一类意外事件发生。

3.1.4 医疗费用的负担。

在医疗文书中,签署"放弃治疗"的责任人有患者或其配

偶、父母、成年子女、兄弟姐妹。 责任人与患者关系明确的 201

例(50.4%)。签字书中,没有注明与患者的关系,责任人与患

者关系不明确的 190例(47.6%),没有责任人签名的 8例

(2%)。在表达放弃治疗时,患者有民事行为能力的 119例 (29.8%),无民事行为能力的 280例 (70.2%)。患者对医疗

相关事宜委托亲属主持,并有委托书的 67例 (16 8%) 无委

托的 332例 (83.2%)。表达放弃意愿有单独的记录单的 59

例(14.8%)仅在病程记录中,家属书写了放弃治疗内容的

31 日。

因涉及法律、债务、犯罪等问题而放弃救治、结束生命的病 例;未发现违背道德,弃养亲人而放弃治疗的病例。 32 放弃治疗的伦理与法律 3.2.1 脑死亡,非脑死亡的放弃治疗问题。 除了心脏疾病或猝死导致死亡外,在一部分患者中,脑 死亡即是生命死亡的起点。但目前,脑死亡在我国没有得到 社会的公认,也没有相关法律法规。 本组病例都不具有脑死亡表现,与脑死亡定义有严格的 区别,对有生命特征的患者放弃检查、放弃治疗、放弃任何救 治措施,都有违医疗工作的宗旨,是医疗行为"不作为或不负 责任",都甚至有引起法律纷争的可能。目前,对非脑死亡患 者放弃治疗, 得不到 医学和 法律的 支持。在临床工作中, 医 护人员应该积极救治所有患者,直至患者死亡;否则,医护人 员有可能被诉医疗不作为,并追究其相关责任。 医生向患者和家属尽到告知义务, 患者和家属在完全知 情的情况下,特别是病情处于晚期的患者和家属,由于多种 原因表达放弃治疗意愿, 医生应该尊重患者和家属的选择和 决定,这在法律上是被允许的。在任何情况下,医生都不能 主动提出放弃治疗,这在法律上得不到支持。 32.2 放弃治疗病历文书应该达到科学和法律双重要求。 病历是重要的医学文书,除了临床医学、科研、教学等作 为重要资料以外,还有法律、公安、监察、审计等法律凭证作 用。卫生部颁布的《病历书写基本规范》中,有关"常用知情 同意书格式及说明"内容中对手术同意书、麻醉同意书、有创 检查同意书等等,都有明确的规定,有明确的医学文书格式。 在同意书中也可以表达"自愿选择拒绝、放弃检查、治疗"的 内容。签署规定的医学文书,表达放弃意愿,即有法律效力。 本组病例中, 有以下几种放弃治疗的表达方式以及存在 的问题:①在病程记录中,医生记录了患者或家属放弃治疗 的内容,患者或家属仅签姓名,表示认可。②签名者填写了 具体内容,例如"停止救治","要求出院","拔去各种治疗管 道,气管插管、静脉输液管 "等等,家属签名。③填写内容或 姓名都在普通的病程记录中,没有统一的规定和格式。④医

可以肯定地说, 本组患者医疗费用负担不是放弃 救治的主要

原因。随着社会医疗保障覆盖面的扩大,新型农村合作医疗

的推广,国家医疗改革政策出台,广大患者医疗费用负担逐

晚期、垂危期和临终期,患者和家属知情后,提出完全或部分

放弃医疗措施,采用安抚性、安慰性、基本的、形式上或对症的

医疗,以减少患者和家属痛苦。面临疾病晚期和临终期,患者

和家属选择了主动放弃治疗,理性面对现实。[2]在本组病例中

患者无人照料, 经费拮据, 无质量的生存将拖累亲属和

相关人员,本组存在这类因素,但非主要原因。本组未发现

还没有发现能够治愈、有可能恢复而放弃救治的患者。

患者和亲属都可以理解自然规律。面对患者处于疾病

步减轻,因医疗费用负担而放弃治疗的患者将减少。[1]

3 1.5 理性面对死亡。

3 1.6 家庭和社会的特殊原因。

为能力,但是没有本人的签名,又没有签署委托书。⑥在专 用的 "同意书"上表达放弃治疗的内容,并且注明了签名人与 3.2.3 放弃治疗案例引起伦理和法律大波。 患者的关系,法律上代表全家成员的意见,还有患者的委托 2009年,北京发生"丈夫拒绝手术签字致母婴死亡",家 书。目前,第六类是比较完善的形式。但是"同意书"不能完 属"状告丈夫和医院"案: 2009年底,深圳发生了"丈夫拔管 全表达患方放弃救治的意愿和相关内容,不能用"同意书"代 致妻子死亡"一案;1986-1992年,陕西汉中发生了全国第一 替"放弃书"。应该另立"放弃检查、救治书",以便明确医患 例 "安乐死案"; 2009年 12月, 广州发生了"甲流患儿被弃尸 两方的法律责任,避免不必要的医患或家属成员之间的法律 水沟事件"。这些都涉及医院、患者、家属相互之间的法律纠 纠纷。前五种形式都将影响法律效力。作者建议,应该填写 纷。上述案件引起医学、法律、伦理界一片 哗然, 医疗卫生管 统一规范的 "放弃检查或治疗意愿单", 内容应该包括: 患者 理部门进行了深入调查和广泛关注。2009年12月,全国人 姓名、年龄、性别、入院时间和诊断、适时病情及诊断、家属终 大常委会通过的《中华人民共和国侵权责任法》明示,患者或 止救治的原因:家属全权代表人姓名、性别、年龄、与患者的 其家属不配合医疗机构进行符合诊疗规范的诊疗,造成患者 关系、职业, 是否有授权, 签订和实行时间。 有损害的, 医疗机构不承担赔偿责任。 目前,《病历书写基本规范》还没有明确规定放弃检查或 3.2.4 放弃治疗后医务工作重点转向临终关怀和安抚。 治疗应该书写成统一的 "放弃单 "。全组病历按卫生部病历 放弃治疗不是冷漠。应保留形式上治疗、对症治疗、基 书写规范质量评分要求均能达到甲级水平,但是从法律角度 本姑息治疗、减轻痛苦的措施,提供临终关怀的环境。 尊重 审视本组病历,发现其仍有缺陷。存在法律隐患的病历有以 患者或逝者人格, 离开医院前对患者容貌进行整理, 给予家 下几方面:放弃治疗意愿无家属签名:签字人与患者关系不 属提供便利等,均要体现社会、家属和医务人员和谐氛围。 明;签字人在家属中的法律地位不明确;患者有民事行为能 参考文献] 力(有能力与医生和家属沟通,意识清晰的患者) 但是没有 [1] 王林.晚期恶性肿瘤放弃治疗的伦理学问题[』.中国 委托书。《病例书写基本规 范》虽然没有 规定或 明示对 于患 医学伦理学, 2006 19(3): 33-34 者和家属放弃治疗的规定及处理办法,但是医疗病历书写规 [2] 王志杰.放弃治疗与安乐死的伦理争论[』.中国医学 范有相关的规定:各种治疗、检查(包括有创性措施)、手术同 伦理学, 2005 18(4): 61-63. 意书应该由患者本人签名表示同意,或者由授权委托代理人 [3] 彭兆丽, 孟浦, 成于珈, 等. 医疗机构病 历书写规范 [M]. 签名表示同意方可实施。如果患者或家属明确表示不同意、 武汉:长江出版社,2008 80-91. 拒绝、放弃某种或全部检查救治方案,并且签名以示担责,应 作者简介 〕 该视为放弃治疗,患方应该承担相应后果。 为了明确医 患双 姬绍先(1941一)男,湖北武汉人,主任医师,教授。研 方的责任、义务和权力,防止医方与患者以及家属之间法律 究方向:神经外科临床和科研。 纠纷,在临床工作中,医学文书必须符合法律要求。 収稿日期 2010-02-04 病历应该对医学、法律、患者及其家属负责。《中华人民 2010-05-20] 修回日期 共和国侵权责任法》规定,患者和家属要求查阅、复制病历 [編 辑 王 耀] 的,医疗机构应提供。病历随时可能公开,医生必须具有医 学和法律两方面的知识。 (上接第66页)强烈。其道德的基础在于优先帮助自己人, [3] 徐宗良,刘学礼,瞿晓敏,等.生命伦理学——理论与实 是形成关爱与人际关系的纽带,也是广为人们所接受的责任 践探索 [M. 上海: 上海人民出版社, 2002: 193. 机制。「『若我们认同首先照顾自己人之伦理,那么尸捐优先 Gillon Raanan Transplantation and ethics From Thomasma [4] 指定给亲友虽是一种类似利己的私人道德,但是却是符合道 D C and Kushner T, Birth to Death-Science and Bioethics [M]. Cambridge Cambridge University press 1996 111. 德观点的,因为若是与陌生人的利益相比较 绢器官给陌生 人),则我们的本性应该是更愿意促进自我与我们近亲的利 内尔。诺 斯.学会关心教育的另一种方式 [M.于天庆, [5] 益。以此思维,对一个脑死者而言,虽然其器捐是由代理人书 译. 北京: 教育 科学出 版社, 2003, 26 面同意,但从自然的关怀,其亲属是关系最密切者,应具有指 Held Virginia The Ethics of Care Personal Political and the [6] 定优先性,必要时其他器官再捐赠给需要的他人。 G bball M. Oxford Oxford University 2006 98 吾人期望脑死器捐亲人可以优先受惠之分配原则可以顺 [7] 彼得。辛格.实践伦理学[M.刘莘,译.北京:东方出 利推动,也希望因此带动器官尸捐之风气。 但是在"亲人优 版社, 2005 227-228. 先等候"的原则下,器官捐赠必须遵循不伤害等伦理原则。 作者简介 〕 〔参考文献〕 李素贞(1954一)女,台湾嘉义人,讲师,博士。研究方 向:生命伦理学。 [1] 邱浩彰.脑死判定:法律与医学伦理[Ⅰ.台湾医学, 収稿日期 2009-10-21 2004, 8 (4): 595 [2] 史达策.拼图人—— 一个器官移植外科医师的回忆录 修回日期 2010-04-18

当医疗护理活动与患方、患方与社会、医院与社会、患者

家属成员等之间发生矛盾时,病历文书是最有力的举证资

玉

学 伦 理 学。

的签名认可。⑤签名存在的问题,没有注明签名者与患者的

关系,没有表明签名人在家庭中的法律地位。患者有民事行