

# 脑死亡判定的伦理学及实践中的几个问题

王 宁<sup>①</sup> 陈文劲<sup>①</sup> 徐跃娇<sup>①</sup> 程玮涛<sup>①</sup> 凌 锋<sup>①\*</sup>

**摘要:** 脑死亡是临床实践中的常见问题,随着当代医学科学的发展,经过临床严格的判定程序,患者脑死亡即生物学死亡已经成为科学标准,但由于我国在脑死亡立法、公众认知以及医生的各种心理考量,在我国开展脑死亡的判定还存在许多障碍。我们结合自己在判定患者脑死亡后的医患心理变化,以及存在的一些问题,期望引起更多的医学、法学和社会学家关注,使得临床医生对脑死亡的判定,顺应科学发展又能符合患者及其家属的最大利益。

**关键词:** 脑死亡, 伦理, 临床实践

中图分类号: R-052 文献标识码: A 文章编号: 1002-0772(2009)8-0074-02

**Problems of Ethics and Clinical Practice on the Judgement of Brain Death** WANG Ning, CHEN Wen-jin, XU Yue-qiao, et al. ICU of Neurosurgical Department, Xuanwu Hospital of Capital University of Medical Science, Beijing 100053, China

**Abstract:** Brain death is a common problem in routine clinical practice. That brain death means biological death after a strictly evaluation procedure has been accepted to be a scientific standard. However, there are still some obstructions in our country due to the legal, public recognizability and complex psychological considerations of the physicians. According to our experience of brain death cases, we report psychological changes of both physicians and the relatives of patients, as well as some problems existed in this clinical procedure. We want to induce more attentions of medical, legal, and sociological experts so as to the judgment of brain death accords with both of the largest benefits of the patient and scientific spirits.

**Key Words:** brain death, ethic, clinical practice

对生命的本质、疾病以及死亡的认识,经历了一个相当长的演进过程。比如对死亡的判定,就经历了“心跳停止”为指标和“脑死亡”为标准的进步过程<sup>[1]</sup>。

心脏跳动和呼吸运动从古至今都被视作是人生命的本质特征。将这两个指标作为人生命的终点,并无错误,以“心跳停止”作为人生物学死亡的判定标准,既是医学界的科学标准,也是社会公众可以接受的普通标准,二者相同也就不会产生矛盾冲突。但现代科学的发展,对脑功能、意识的认知更加深入和清晰,脑功能活动已经成为了人生命最重要的特征。尤其是心肺复苏、呼吸机和生命支持与监测技术的应用,在脑功能消失后,应用呼吸机,可以长时间地维持心脏跳动。1959年,法国学者 Mollaret 和 Goulo 首先报告了 23 例脑死亡状态,即患者无自主呼吸,需用呼吸机维持,全身肌肉松弛,各种反射均消失,但心跳存在。1968 年,美国哈佛大学死亡定义审查特别委员会制定出了第一个脑死亡标准——哈佛标准,而使得脑死亡得到医学界的广泛关注<sup>[2]</sup>。经过近 50 余年的医学实践,脑死亡已经成为医学界广泛接受的判定临床死亡的“金标准”。

当职业医生接受了脑死亡作为人生物学死亡的标准之后,社会公众的思维仍然停留在心脏死亡为人体死亡的标准上,那么,在判定医治的患者死亡时,必然引起医生和患者家属的矛盾冲突。那么,医生应该有怎样的哲学思考,进而采取怎样的临床实践策略,在这一具体的临床事件处理中,符合科学原则和大众的伦理观念?根据我们近几年来临床处理 23 例脑死亡患者的经历,报告一些体会。

首先是脑死亡患者家属对医生科学能力的质疑。从法国学者首次提出“脑死亡”概念后,经多年的临床实践,许多西方国家

已经颁布了脑死亡的法定标准,脑死亡已经成为医学技术标准和公众认可的心理接受标准<sup>[1-2]</sup>。我国从 1986 年开始在医学学术层面讨论将脑死亡作为临床死亡标准,2003 年《中华医学杂志》发表了卫生部脑死亡判定标准起草小组制定的《脑死亡判定标准(成人)征求意见稿》<sup>[3]</sup>,到目前为止我国的卫生行政管理机构并未将此作为宣告死亡的法律标准,而社会公众更是将“脑死亡”停留在是一“名词”或仅有模糊认识的层面。判定人的死亡不仅涉及科学标准,还包含伦理和法学的标准问题。所以,即使在国内的医学权威机构,向家属通告和解释“脑死亡”后,家属常一脸狐疑,甚至怀疑医生的判断,并对诊断治疗过程产生疑问,显然这不利于患者面对亲属死亡后的心理适应,同时还加剧了医患之间潜在的不信任情绪,甚至引起医患纠纷和冲突。

其次,临床判定患者脑死亡后患者亲属剧烈的心理冲突。由于普通公众长期以来形成了针对心跳停止即死亡这一概念的认识和心理预期,一旦在患者仍有心跳情况下,向家属宣告患者已经死亡,将会对患者的亲属产生极大的心理冲击,表现在临床实践中就是不愿接受脑死亡这一指标作为人死亡的标准。尤其是从发病到脑死亡之间,时间非常短暂的情况下,患者的亲属还没有从突然失去亲人的心理打击中调适,很难接受脑死亡这一标准作为人死亡的标准。

再者,脑死亡标准也对传统文化带来了挑战。中国社会受几千年传统文化的浸染,对待生死有根深蒂固的传统观念,在日常的生活中,要表现出赡养尽孝,对待死去的人要做到盛殓厚葬,这固然体现出了一一种做人的美德,但在判定一个患者脑死亡后,如果脑死亡者能够捐赠器官使受到疾病折磨的他人解除病痛,现代科学与人文精神能够完满地结合,那将是最大的一种美德<sup>[4]</sup>。从我们的资料统计,在 ICU 的条件下,维持脑死亡状态每天的平均医疗费用在 3 000 元~6 000 元,这将同时给社会医疗

①首都医科大学宣武医院神经外科 ICU 北京 100053

保险和其家属带来沉重的经济负担,患者家属宁肯负债,但整个家属群体中的每一位都不愿背负不孝、不义的眼光或声誉,我们在5例家属接受了脑死亡判定后提及器官捐赠的谈话中,只有1例成功,其他4例均被家属拒绝,可见中国传统文化的影响。

除了家属可能产生的心理问题之外,每一位处理脑死亡患者的医生,所面临的问题也不可小视。医生内心也充满了精神痛苦与伦理的冲突,这种冲突表现在:

#### (1) 传统观念对医生的束缚

医生同样是社会人,前述患者的心理矛盾也会不自觉地反映到医生的工作实践中,医生在面对患者脑死亡时,更愿意屈从患者家属的意愿,而不是遵循医学科学标准。以我们治疗的23例脑死亡患者来看,脑死亡患者在ICU的精心治疗护理下,可以维持心跳数天至长达月余,在这么长的时间里,面对科学判定为死亡的“病人”,每日临床医生仍然需要严谨地工作和书写医疗文件。这一作法是一个普遍现象,也不违背一般的伦理道德规范,但客观上阻碍了脑死亡即生物学死亡这一概念在公众中的认知,对科学发展没有起到积极的推动作用。

#### (2) 医生判定脑死亡时的心理重负

医生只是社会不同分工中的一种职业,并不代表某种权力,而神圣的生命来自何方?谁有“权力”决定一个人的死亡?在文明社会极端尊重生命权的氛围中,社会分工并未赋予医生必须作出患者已经脑死亡的“决定”。因此,实际工作中,医生即使已经作出了“脑死亡”的诊断,而具体操作上仍然采取顺其自然,维持患者的人工呼吸、循环和内环境的稳定,直到其循环衰竭和心跳停止,并且,在心跳停止后还要例行心肺复苏程序,以达到医生自身的心理安慰和平衡。

(3) 日趋激烈的医患对立情绪,使得医疗机构和医生更多地采取保护性的医疗措施

当前,我国正处在经济和社会的高速成长期,各种社会矛盾也反映在医患关系之中。在判断出患者是脑死亡后,医生与患者交流的出发点,首先考虑的是如何更有利于保护自己,保护医院的权益,表现在与家属交谈中,尽管表述了脑死亡的真实含义,但家属仍然体味到医生会尽最大努力,积极治疗的愿望,进而患者家属没有要求,医生更不能积极主动。在临床实践中,判定脑死亡后维持相当长的“治疗状态”成为一种普遍的现象,在这种“治疗状态”中,有些脑死亡患者多次经历心跳骤停,但在常规的心肺复苏程序中,心跳又重新恢复。

(4) 脑死亡同近年来的器官捐献和移植的不恰当联系,使得死者家属怀疑医生的动机

脑死亡判断本身,与器官捐献没有直接的联系,100多年前就有了第一例器官移植,而脑死亡的概念是在1960年后才开始的,有学者认为从科学与发展的角度,脑死亡并不能使器官移植技术受益<sup>[5]</sup>。但近年来器官移植需求越来越多,而脑死亡患者是最好的器官供体群,在某些不规范和严谨的医疗行为之下,使患者家属、甚至舆论界产生了脑死亡判定是为了得到更多器官供体的误解,阻碍了我国法学界、伦理学界对脑死亡的立法进程。这种误解在国外同样存在,如巴西最近的报告表明,如用脑死亡这一名词替代死亡时,家属器官捐赠的意愿将下降20%<sup>[19]</sup>。我们临床中要避免将这两种医疗行为在同一医疗机构进行。

在医学发展的早期,由于科学技术条件的限制,医学与神学、巫术、哲学等在起源、发展、演进等方面有着千丝万缕的联系,在对人的生命和疾病的认知中,自然夹杂着这些学科的印象。

随着人体解剖学、生理学、病理学、分子生物学的研究进展,今天的医学高度发达,作为一门独立的自然科学,似乎在临床实践中不需要作哲学的思考,其实不然。1988年美国医学伦理学家彼莱格里诺和托马斯马在《为了病人利益》一书,提出了被西方国家称为“后希波克拉底誓言”,其中指出:我保证把病人多方面的利益作为我的专业伦理的第一原则。我认为,这种多方利益当然要包括患者、患者家属和社会的利益,一名医生,如果不把社会—心理—生理这一医学模式,贯彻于医学实践中,就不能达到医生的职业目的。

我们常常遇到在家属的坚决要求下,长时程维持脑死亡状态的病例,表面看似是其家属的个人意愿,但在我国医疗资源作为公共资源,在仍然不足的情况下,这种社会医疗资源的占用,必然影响其他患者获得这种医疗资源的权利,因此是有损于社会利益的行为。“即使我不能治愈患者,也总要帮助他们,当死亡不可避免时,要帮助我的病人按照他或她自己的打算死亡”。这也是伦理学对医生的基本要求,尽管我们大多数情况下并不知晓脑死亡患者的“打算”,但这种“打算”决不可能是其自己、亲属经受生理和心理的痛苦;也不可能是其脑死亡后让其家族承担巨额的债务,影响亲人的今后生活。我们有4例病人,在判定脑死亡后,有3例家属接受了医学解剖,为医学科学作出了贡献,1例患者家属自愿捐赠了器官进行了器官移植,使其其他垂危的患者受益。尽管在我们的病例中这种比例较小,但说明我们国家公众已经具备了接受“脑死亡”的基础条件。

医学科学的进展,同样使我们面临许多新的问题,具体表现在科学的进步是日新月异,而社会所形成的伦理规范是固有的,这样就出现了公认的伦理原则与新科学认识之间的冲突,这种冲突一方面阻碍科学的发展,另一方面又会促进人类新的伦理道德观的形成。因此,有必要对此进行理论和实践探讨,其目的,在于促进科技的进步,人类的伦理道德观健康发展。临床对脑死亡的判定,在节约社会公共资源,减少无谓经济负担,促进器官移植及医学发展方面,有积极的作用,但也要根据脑死亡患者亲属的合理意愿,心理承受能力,在社会和公众中产生的实际效应,积极而又审慎地开展和进行。

(\* 通讯作者)

#### 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] 李舜伟, 吴 逊, 方 强. 脑死亡 理论与实践[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 1—4.
- [3] 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]. 中华医学杂志, 2003, 83(3): 262—264.
- [4] 陈忠华 裘法祖. 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(2): 89—92.
- [5] Machado C, Kerein J, Ferre Y, et al. The concept of brain death did not evolve to benefit organ transplants[J]. J Med Ethics, 2007, 33(4): 197—200.
- [6] Tessmer C S, da Silva A R, Barcellos F C, et al. Do people accept brain death as death? A study in Brazil[J]. Prog Transplant, 2007, 17(1): 63—67.

作者简介: 王宁(1963—), 男, 陕西城固人, 医学博士, 副主任医师, 主任, 研究方向: 颅脑损伤, 神经外科危重病的临床与基础研究。

收稿日期: 2008—06—30

修回日期: 2009—02—26

(责任编辑: 杨 阳)